

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Administração em Saúde:
a atitude dos servidores em relação à estrutura
organizacional para a gestão do sistema de saúde**

Marcelo Cardoso Pinheiro

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Saúde
Pública.**

Área de concentração: Gestão em saúde

**Orientador: Prof. Dr. Cláudio Gastão
Junqueira de Castro**



**São Paulo
2009**

**Administração em Saúde:
a atitude dos servidores em relação à estrutura
organizacional para a gestão do sistema de saúde**

Marcelo Cardoso Pinheiro

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Saúde
Pública.**

Área de concentração: Gestão em saúde

**Orientador: Prof. Dr. Cláudio Gastão
Junqueira de Castro**

**São Paulo
2009**

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

50826/2009 doc

Na esperança de que meu esforço na Saúde Pública contribua ao desenvolvimento do meu país, dedico este trabalho aos meus pais, Sandoval e Therezinha.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Cláudio Gastão Junqueira de Castro, por sua orientação tranquila e pela autonomia permitida – espero ter correspondido.

Aos professores Ana Maria Malik, Eurivaldo Sampaio de Almeida, Oswaldo Yoshimi Tanaka e Paulo Eduardo Mangeon Elias, pelas contribuições nas etapas de qualificação ou pré-banca e também pelos ensinamentos transmitidos durante os cursos de suas respectivas disciplinas. Em especial ao Prof. Eurivaldo e ao Prof. José Carlos Seixas, pois tenho convicção de que, para sempre, minha visão sobre Política de Saúde – com P maiúsculo! – estará apoiada na compreensão que adquiri em suas aulas. Nessa direção, desejo agradecer à Universidade de São Paulo como um todo, pois, durante minha pós-graduação na Faculdade de Saúde Pública, além de participar das disciplinas dos honoráveis docentes, pude me aproximar da Educação, com o curso da Profa. Myrian Krasilchik, do Direito Administrativo, com o curso da Profa. Odete Medauar, da Cultura Organizacional, com o curso das Profas Maria Tereza Leme Fleury e Rosa Maria Fleury, e da Política, com o curso do Prof. Gabriel, dentre outros.

Aos funcionários da Faculdade de Saúde Pública, que, em suas diversas funções, me fizeram sentir tão bem atendido na maior parte do tempo – em especial, Ângela, Cidinha, Lívia, Maria do Carmo, Margareth, Renilda, Vania e o pessoal da biblioteca.

À Profa. Ana Luisa D' Ávila Viana, com quem, através de sua postura e capacidade intelectual admiráveis, tenho aprendido muito sobre o ofício de pesquisador em Saúde Pública.

Ao Prof. Leandro Campi Prearo, da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, por sua disponibilidade em dialogar e passar seus conhecimentos sobre a metodologia quantitativa. Seu entusiasmo com a bela matemática resgatou muito de meu próprio entusiasmo, um pouco adormecido desde minha formação em Engenharia.

À amizade destas pessoas, que de diferentes formas significaram apoio para este doutorado: Alice, Camila, Carlos, Cássia, Christiane, Fernando, Itana, Juliana, Laura, Leila, Ligia, Lúcia, Marcelo, Márcio, Marcos, Marília, Matheus, Mazza, Regina, Ricardo, Sara, Tereza, Victor Javier.

À Angelina minha mulher – em seu amor me impulsiono e me refugio.

ÍNDICE

| | |
|---|------------|
| APRESENTAÇÃO | 6 |
| 1 INTRODUÇÃO..... | 9 |
| 1.1 ADMINISTRAÇÃO OU GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE | 13 |
| 1.1.1 Administração ou Gestão..... | 13 |
| 1.1.2 Sistemas de Saúde..... | 16 |
| 1.2 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL: UM CONCEITO DISPONÍVEL À GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE | 21 |
| 1.3 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO | 25 |
| 1.4 REFERÊNCIAS..... | 30 |
| 2 OBJETIVOS..... | 34 |
| 2.1 OBJETIVO DO ARTIGO 1 | 34 |
| 2.2 OBJETIVO DO ARTIGO 2 | 34 |
| 2.3 OBJETIVO DO ARTIGO 3 | 34 |
| 3 METODOLOGIA..... | 35 |
| 3.1 REFERÊNCIAS..... | 41 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 43 |
| 4.1 ARTIGO APRESENTADO À REVISTA <i>SAÚDE E SOCIEDADE</i> | 43 |
| Introdução | 46 |
| Metodologia..... | 48 |
| Resultados e Discussão | 50 |
| Referências..... | 70 |
| 4.2 ARTIGO FORMATADO PARA O PERIÓDICO <i>CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA</i> | 74 |
| Introdução | 77 |
| Metodologia..... | 80 |
| Resultados e Discussão | 82 |
| Referências..... | 99 |
| 4.3 ARTIGO APRESENTADO AO PERIÓDICO <i>REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA</i> | 100 |
| Introdução | 104 |
| Método | 106 |
| Resultados..... | 111 |
| Discussão | 112 |
| Referências..... | 117 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 119 |
| 5.1 REFERÊNCIAS..... | 124 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 125 |
| CURRÍCULO LATTES..... | 133 |
| ANEXOS..... | 134 |
| Anexo A – Questionário Aplicado..... | 134 |
| Anexo B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) | 139 |

Siglas Utilizadas

| | |
|-------------|--|
| AIDS | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CCZ | Centro de Controle de Zoonoses |
| CEFOR | Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores em Saúde |
| CPHA | Associação Canadense de Saúde Pública |
| DIMA | Departamento de Inspeção Municipal de Alimentos |
| DST | Doenças Sexualmente Transmissíveis |
| DTT | Divisão Técnica de Transportes |
| HIV | Vírus da imunodeficiência humana |
| IBAM | Instituto Brasileiro de Administração Municipal |
| LILACS | Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| MONITORAIDS | Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST/AIDS |
| NOAS | Norma Operacional de Assistência à Saúde |
| NOB | Norma Operacional Básica |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SMS-SP | Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo |
| SMSG | Secretaria Municipal da Saúde – Gabinete |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre Esclarecido |
| TGA | Teoria Geral da Administração |
| USP | Universidade de São Paulo |

APRESENTAÇÃO

Um Engenheiro que faz pós-graduação em Saúde Pública é um Sanitarista?

Talvez pelo fato de concluir mais uma etapa no caminho de uma transição profissional, tenho refletido mais que de costume sobre esta mudança, que sob determinados aspectos, tem sido radical. Naturalmente, a primeira formação molda muito o pensamento e a personalidade de um profissional; e, assim, a pergunta mais adequada talvez fosse: um Engenheiro, Médico ou Antropólogo que faz pós-graduação em Saúde Pública se torna um Engenheiro Sanitarista, um Médico Sanitarista ou um Antropólogo Sanitarista?

Dentre outros aspectos, a questão da linguagem me parece um importante sinalizador do território da prática e do conhecimento. Nesse sentido, a vivência da transição de um território – a Engenharia – para outro – a Saúde Pública – tem me colocado frente às diferenças entre os significados de cada um deles.

Acredito que seja fácil para um Engenheiro dizer o peso da dimensão técnica em uma decisão sua, visto que, para a prática da Engenharia, a questão do que é técnico está embasada nas Ciências Exatas ou em experimentos exaustivamente repetidos e com amplas margens de segurança. Por essa razão, também não deveria ser difícil para esse Engenheiro entender quando os problemas são de outra ordem, não mais técnicos, mas políticos ou administrativos, por exemplo. Ainda hoje, depois de mais de oito anos de vivência na Saúde Pública – vejam o peso da formação básica! –, soa estranho que profissionais sanitaristas, das mais diversas formações, se refiram a si próprios ou aos seus trabalhos como técnicos.

Motivado por essa questão de identificar e compreender os significados da Administração em outra área de atuação e também as possíveis diferenças entre eles decorrentes da vinculação a diversos campos teóricos, o primeiro artigo deste trabalho procura discutir várias abordagens da Administração para a Saúde Pública. Esse artigo é de natureza qualitativa, com tom de ensaio, pois traz reflexões a partir de publicações selecionadas, que dialogam com vivências/experiências pessoais e o modo do pesquisador compreender a Administração na Saúde Pública.

O segundo e o terceiro artigos são o resultado de experiências cujo alicerce remonta ao aprendizado de duas disciplinas de pós-graduação cursadas na Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo. O curso de metodologia forneceu o instrumental para a realização de uma pesquisa do tipo *survey*, a qual contou também com o conteúdo da outra disciplina (sobre estrutura organizacional). Esses dois artigos estão apoiados na metodologia quantitativa e representam uma reaproximação – do Engenheiro e Sanitarista – com a Estatística por meio de um estudo descritivo exploratório.

Além do recorte teórico realizado na preparação desses dois artigos (*i.e.*, a estrutura organizacional para a gestão do sistema de saúde no Município de São Paulo), realizou-se também um recorte de natureza metodológica, o qual definiu como objeto um nível gerencial da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP). Como gerir ou administrar não são verbos impessoais e exigem sujeito, entende-se que o nível central da SMS-SP é esse sujeito, que atua por meio de um coletivo de agentes públicos, ou seja, os funcionários que trabalham nesse nível da referida Secretaria.

No trabalho, foi incluída uma Introdução geral que trata da proximidade entre os campos teóricos da Administração Pública e da Saúde Pública. O Capítulo de Metodologia procura complementar aspectos sobre essa interface que não estão contemplados nos manuscritos, inseridos no Capítulo de Resultados e Discussão. Por fim, as Considerações Finais apresentam uma síntese crítica do percurso realizado e das contribuições projetadas para este trabalho.

Os artigos foram formatados de acordo com as instruções de cada um dos periódicos aos quais se destinam, a saber:

Artigo 1: intitulado “Administração Pública na Saúde Pública: uma análise qualitativa do tema *Administração* em duas revistas científicas brasileiras” foi submetido à Saúde e Sociedade.

Artigo 2: intitulado “A atitude dos agentes públicos em relação à estrutura organizacional do nível central de uma Secretaria Municipal da Saúde” foi formatado para submissão à Cadernos de Saúde Pública.

Artigo 3: intitulado “Fatores organizacionais e a opinião sobre a estrutura para gestão do sistema de saúde” foi submetido à Revista de Saúde Pública.

1 INTRODUÇÃO

Há uma crença subjacente a este trabalho que deve logo ser exposta: a de que o Sistema Único de Saúde (SUS) será tão bom quanto o for a sua administração. Os princípios constitucionais de universalidade e integralidade na garantia do direito à saúde se consubstanciarão à medida que o mesmo ocorrer com os princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência da administração pública. Por essa razão, o descritor *administração pública* será adotado para os três artigos que compõe esta tese de doutorado, no intuito de demarcar tanto a abordagem teórica pretendida, uma vez que os fenômenos sociais sob exame são de natureza organizacional, quanto a crença na relevância desse campo disciplinar para a Saúde Pública brasileira.

De acordo com PACHECO (2003), a Administração Pública enquanto campo disciplinar deve delimitar sua área sem evitar os dois termos: *administração + pública*. A confluência entre políticas públicas e análise organizacional permite o exame de uma série de questões que remetem ao conjunto de processos e fatores que operam dentro do aparato estatal. Nas palavras da referida autora, “governos são arranjos complexos, envolvendo política mais estruturas e pessoas – e deve-se conhecê-los e analisá-los” (PACHECO, 2003, p. 70).

Para BRESSER-PEREIRA (2003), a relevância que a gestão de políticas adquire é função de um conjunto de fatos históricos novos: aumento do Estado, aumento do nível de informação, teorias econômicas e sociais mais desenvolvidas e políticas públicas com maior capacidade de impacto. Assim, a capacidade gestora de

uma instituição não é uma variável independente, porquanto está imbricada em seu contexto social: “quanto menos desenvolvido o país, menos coesa será sua sociedade civil; quanto mais pobres e menos democráticas forem as instituições do Estado, maior será a probabilidade de o governo ser incompetente ou dominado por interesses” (BRESSER-PEREIRA, 2003, p. 219). Há, portanto, uma correlação bastante forte da qualidade dos governos e da governança com o grau de desenvolvimento de uma sociedade.

A discussão sobre os conceitos de *governabilidade* e *governança* tem contribuído para o aprofundamento das ferramentas analíticas nos estudos de políticas públicas. Esses conceitos ainda são bastante plurívocos, e existem vários caminhos para que se possa torná-los operacionais. A *governabilidade* pode ser compreendida como a distância entre as demandas sociais e a habilidade das instituições públicas em satisfazê-las. Já o conceito de *governança*, bastante carregado de sentido descritivo, pode ser entendido como os processos de interação entre atores estratégicos causados pela arquitetura institucional. Em estudos que articulam os dois conceitos, a *governança* é entendida como trama institucional e variável independente, ao passo que a *governabilidade* é conceituada como capacidade de governo conferida pela trama institucional e vista como uma variável dependente. Em outras palavras, a governabilidade consiste em uma capacidade conferida pela governança (PRATS, 2004).

KLIKSBERG (1996), em sua argumentação sobre a importância da modernização do Estado para o desenvolvimento social, aponta que a instrumentalização das organizações públicas é altamente complexa: há muito mais que processos administrativos; ocorrem “problemas organizacionais desconhecidos,

cenários imprevisíveis e dificuldades técnicas muito específicas, inexistentes em outros campos de gestão” (KLIKSBERG, 1996, p.79). A subestimação ou mesmo o abandono das variáveis institucionais e gerenciais resultam na falta de estratégias para fazer frente à problemática das estruturas burocráticas.

Consoante KLIKSBERG (1996, p. 80) “modernizar o Estado para o desenvolvimento social supõe como quadro conceitual prévio a substituição do enfoque mecânico e simplista da execução por outro, amplo e múltiplo, que admita os avanços das ciências gerenciais e as análises fundadas nos fatos dos processos de instrumentação das políticas públicas”. Características frequentemente encontradas, como proliferação de organismos, organogramas globais difusos, superposição de funções, coordenação insuficiente, procedimentos e rotinas pouco precisas e falta de normas detalhadas, são questões reais, mas não centrais. A gerência moderna demonstra que a excelência alcançada pelas organizações públicas e privadas estaria vinculada, dentre outros fatores, à “capacidade de identificar a agenda de decisões-chave” e seria efetivada “pelo desenvolvimento da rede de contatos, pelo desenvolvimento do pessoal, pelas inovações, pela flexibilidade, pelas políticas de imagem eficientes, pelas relações com o meio e pelo desenvolvimento de aptidões para lidar com a complexidade” (KLIKSBERG, 1996, p.81).

ABRUCIO (1999, p, 182) aponta que, em oposição a um antigo modelo administrativo, no qual “a burocracia tradicional é definida como uma organização com estrutura rígida e centralizada, voltada para o cumprimento dos regulamentos e procedimentos administrativos e em que o desempenho é avaliado apenas com referência à observância das normas legais e éticas”, foram surgindo modelos alternativos que se encaminham mais para a ideia de um pluralismo organizacional

do que para um paradigma global. A crítica ao antigo modelo, a qual acontece junto a uma redefinição do papel do Estado, tem levado diversos teóricos à reflexão de temas do republicanismo e, da democracia, a partir de conceitos como *accountability*, transparência, participação política, equidade e justiça. Nesse sentido, reconhece-se a administração pública como um sistema organizacional com diferentes tarefas e valores que pertencem a um contexto complexo de relações com a esfera política.

É necessário o enfoque em uma gerência social que atenda à missão particular dos programas sociais, às dinâmicas de alta volatibilidade e à orientação para participação, a descentralização e a transparência, de modo tal que o Estado seja capaz de orientar a formação de redes intersociais com vistas à solução de problemas sociais concretos. Para compor e fazer funcionar essas redes, é preciso empreender uma ação sistemática e laboriosa, a partir da qual o Estado social inteligente deve desenvolver as habilidades de entrar em acordo, negociar, planejar em conjunto e criar desenhos organizativos ágeis e abertos (KLIKSBURG, 2001).

Hoje, quando raros são os setores não regulamentados pelo Estado, SUNDFELD (1997), dentro do Direito Administrativo, utiliza a terminologia *administração ordenadora* para designar a atuação administrativa do Estado, diferenciando-a da ordenação legislativa, uma vez que administrar não é produzir, mas, sim, aplicar a lei. Porém, o autor ressalta que a Administração não age apenas de acordo com a lei, mas também deve atentar aos princípios da moralidade administrativa, da boa-fé, da boa administração, da razoabilidade e da proporcionalidade, os quais “adensam o conteúdo das imposições legais” (SUNDFELD, 1997, p.32).

1.1 ADMINISTRAÇÃO OU GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE

1.1.1 Administração ou Gestão

Nos dicionários, os verbetes *gestão* e *administração* aparecem como sinônimos, significando o ato de gerir, administrar, dirigir ou governar. Não obstante, enquanto *administração* tem também o significado de corpo de funcionários, a palavra *gestão* pode ser usada com o sentido de mandato político ou período de administração (FERREIRA, 1999; INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS, 2001).

De acordo com FERREIRA e col. (2002), ambas as palavras têm origem latina: *gerere* significa conduzir, dirigir ou governar; e *administrare* tem aplicação específica no sentido de gerir um bem, defendendo os interesses daqueles que o possuem. O termo *gestão* se aplicaria melhor à esfera empresarial enquanto o termo *administração*, assim como em francês (*administracion*) e em inglês (*administration*), estaria mais associado a atividades da Administração Pública.

Embora se perceba que há, no meio sanitário brasileiro, uma preferência pela utilização do termo *gestão* – ao contrário do apontado por FERREIRA e col. (2002) – e que a expressão de uso comum para se remeter à concepção de um campo teórico seja Teoria Geral da Administração (TGA), as palavras *administração* e *gestão* serão empregadas, indistintamente, como sinônimos no âmbito do presente trabalho.

A opção de se adotar uma abordagem teórica com matriz nas Ciências Administrativas não ignora que o meio sanitário, como qualquer grupo social, tende a estabelecer códigos e a adotar, na sua linguagem, termos que adquirem significados próprios. Além disso, não se negligencia o fato de que, enquanto campo teórico, a

Saúde Pública se constitui legitimamente para o desenvolvimento de conceitos e proposições.

ALVAREZ (2004) salienta que é frequente o fato de conceitos elaborados originalmente dentro de uma tradição teórica serem apropriados por outras tradições, podendo seu sentido original se perder e novas questões surgirem sob a mesma denominação. Partindo desse pressuposto, o autor faz uma recuperação da trajetória da ideia de controle social e pode-se apontar que esse termo tem uma acepção muito mais ampla que o mero exercício de poder de conselhos e conselheiros de saúde, sentido bastante exacerbado no meio sanitário.

Nesse mesmo sentido, *gestão* e *gerência* foram adquirindo uma diferenciação tal no meio sanitário que se estabeleceram, em documentos oficiais, significados distintos para cada uma dessas palavras. A título de exemplo, tem-se que a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 96 (BRASIL, 1996) apontava as responsabilidades de Estado, intransferíveis, do ente municipal: “(...) independentemente da gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços ser estatal ou privada, a gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente, da competência do poder público (...)”. Em 2006, o glossário de uma publicação do Ministério da Saúde traz as seguintes definições para cada um dos termos

Gestão: Atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde – municipal, estadual ou nacional –, mediante o exercício das funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, regulação, controle, avaliação e auditoria, gestão do trabalho, desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologia, dentre outras.

Gerência: Administração de uma unidade ou órgão de saúde (unidade básica de saúde, hospital, instituto, fundação, etc.), que se caracteriza como prestador de serviços no Sistema Único de Saúde.

ELIAS (2002, p. 28) propõe o resgate da matriz política na utilização da palavra *gestão* e busca “desvinculá-la dos marcos utilitaristas do mercado”. *Gestão* se referiria às duas formas de regulação vigentes nas sociedades capitalistas, mercado e Estado, sendo a perspectiva do primeiro a otimização da eficácia alocativa custo/benefício e a do segundo a otimização da eficácia da justiça. Essa abordagem, bastante presente no campo teórico da Saúde Pública, ressalta uma dicotomia entre as Ciências Políticas e as Administrativas e sempre fomenta debates do campo da Administração Pública no setor saúde.

Entretanto, a perspectiva deste trabalho é que, no campo da Administração Pública, o instrumental da administração deve se integrar ao universo da política, no qual a eficácia alocativa é também fator de otimização da eficácia da justiça. Assim, ao se admitir que as funções precípua da gerência administrativa – estabelecidas desde Fayol – são planejar, comandar, organizar, controlar e coordenar, as diferenças entre a gerência de sistema ou de unidades de serviço não se darão pela natureza da atividade, mas pela caracterização do objeto a ser gerenciado, pois ambas as gerências terão que planejar, controlar, gerir pessoas e tecnologia (FERREIRA e col., 2002). Dessa maneira, mais razoável seria a divisão proposta pela Organização Pan-Americana de Saúde, ao pontuar que a estrutura organizacional do SUS comporta dois grandes grupos de funções gerenciais, que correspondem aos segmentos do sistema e nos quais se desenvolvem diferentes processos gerenciais, a saber: as unidades de produção de serviços e as instâncias de comando e coordenação de âmbito institucional ou sistêmico em cada esfera de governo (SANTANA, 1997).

O que parecer ser de maior relevância na diferenciação dos termos pelo Ministério da Saúde é o destaque sobre qual responsabilidade se está tratando, a

administração de uma unidade de serviços de saúde ou a administração de um sistema de saúde. Conseqüentemente, a estrutura organizacional para o exercício de uma ou outra função será diferente, assim como seus objetivos e resultados esperados. Essa distinção encontra respaldo em PEREIRA e SANTOS (2001), segundo os quais o ponto de partida para a formulação de um conceito para modelo de gestão é a própria descrição da organização. Apoiados em diversos autores, PEREIRA e SANTOS (2001) estabelecem como elementos básicos constituintes de qualquer organização as tarefas, estrutura, pessoas e tecnologia. Como seria inútil pensar em uma organização sem a definição dos resultados que se espera alcançar, os autores sugerem que os resultados componham, como um elemento básico, a caracterização de uma organização. Para que o exercício das funções administrativas – planejar, organizar e controlar, dentre outras – tenha um direcionamento, mais um construto se faz necessário: a estratégia, a qual pode ser definida “como a determinação dos objetivos básicos de longo prazo e do negócio, e a adoção de cursos de ação e alocação dos recursos necessários para concretizar esses objetivos” (PEREIRA e SANTOS, 2001, p. 41).

1.1.2 Sistemas de Saúde

Para BUKLEY (1971), o desenvolvimento da Cibernética, da Teoria da Informação e da Comunicação e da pesquisa geral dos sistemas assinala a transição para a focalização da organização e da sua dinâmica, baseadas nos efeitos da transmissão da informação. Os problemas científicos estudados pela moderna Teoria

dos Sistemas seriam, dentre outros, os todos e a maneira de se lidar com eles como tais; a análise geral da organização; as relações complexas e dinâmicas das partes, sobretudo quando as partes são também complexas e mutáveis; problemas de intercâmbio com o meio, busca de metas, contínua elaboração e criação de estrutura mais ou menos adaptativa; e mecânica do controle, da autorregulação ou autodireção.

Assim, diversos campos de conhecimento podem adotar uma visão sistêmica. Na Administração, o enfoque sistêmico se expressa na visão de que toda organização se insere em um meio ambiente onde são originados os recursos utilizados para o desenvolvimento de sua atividade, seja ela de produção ou de prestação de serviços. Esquemáticamente, o sistema organizacional é representado por um conjunto de três elementos interdependentes, quais sejam: entradas, processamento e saídas. Esse sistema estaria envolvido pelas forças externas – tecnologia, cultura e sociedade, concorrência e aspectos jurídicos e legais, dentre outros – que provocam mudanças na estrutura e no desempenho de cada um desses elementos e, portanto, afetam o sistema como um todo (FERREIRA e col., 2002).

FREEMAN e MORAN (2002) contribuem com uma abordagem sistêmica para saúde bastante ampliada ao classificarem em três categorias as dimensões que influenciam o todo da assistência à saúde e, conseqüentemente, a configuração dos sistemas de saúde. A primeira advém da dimensão de bem-estar da assistência da saúde, considerada “um remédio poderoso para aliviar a ânsia, o desconforto e a incapacidade decorrente de doença ou deficiência de saúde” (FREEMAN e MORAN, 2002, p. 45). A segunda dimensão da assistência à saúde está relacionada com o poder, uma vez que as políticas, frequentemente, trazem implicação quanto à autoridade dentro de uma rede de instituições com diversos atores e interesses. Já a

terceira dimensão articula políticas nacionais e condições econômicas, configurando a dimensão industrial da assistência à saúde, visto que a provisão de serviços envolve uma considerável infraestrutura industrial e se constata a forte presença de instituições de saúde nas economias modernas.

A percepção de sistemas amplos de saúde toma força quando se adota a perspectiva da Associação Canadense de Saúde Pública (CPHA, 2001), segundo a qual a situação de saúde é resultado dos seguintes determinantes: ambiente social e econômico, influências biológicas, comportamentos e habilidades em saúde, ambiente físico e serviços de saúde. Já no Brasil, o Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM, 1991) adota uma visão ampliada, e um pouco confusa, de sistema municipal de saúde, composto: pelo conjunto de leis, normas e regulamentos; pelas políticas e diretrizes; pelos órgãos da Administração Central e de seus dirigentes; pela rede física das unidades de saúde; pelos recursos humanos, financeiros, materiais e técnicos existentes; e pelos usuários.

Neste trabalho, todavia, adota-se como núcleo central da composição de um sistema de saúde a rede de prestação de serviços de saúde e de ações que estão sob a responsabilidade pública (o que possibilitaria a distinção entre um sistema público e outro privado) e que são dirigidos por órgãos específicos da Administração de cada um dos entes federativos (o que, dada a heterogeneidade entre estados e municípios brasileiros, permitiria a diferenciação entre sistemas municipais e estaduais de saúde).

O Sistema Único de Saúde é, na sua concepção, um sistema nacional, alinhavado por princípios e normas. Contudo, deve-se ressaltar que o Estado brasileiro tem como característica político-institucional a integração entre os entes

União, Distrito Federal, estados e municípios e entre os poderes Legislativo, Executivo e o Judiciário. A Constituição Federal de 1988 prevê a autonomia desses entes na organização político-administrativa da República Federativa do Brasil, sendo de competência comum a todos cuidar da saúde (BRASIL, 1988).

MELLO (2004) contribui para um melhor entendimento da tensão que se verifica na construção de um sistema nacional de saúde em bases municipais. O autor aponta que, na história político-constitucional do Brasil independente, pré-constituição de 1988, ocorreu a falta de definição formal de um papel para o município como instrumento eficaz de ação governamental, levando à sua quase exclusão dos esquemas de organização nacional. Mesmo a Constituição de 1946, marco na evolução dos municípios brasileiros, que estava voltada para a redemocratização do país, com ideais eminentemente libertários, assegurou autonomia político-administrativa aos governos municipais, mas não definiu fronteiras funcionais e responsabilidades nem criou mecanismos adequados para as relações intergovernamentais. A ausência de demarcação de fronteiras funcionais e de responsabilidades acarretou a definição de um papel puramente político, uma vez que apenas a responsabilização permitiria aos municípios receber delegação das outras esferas de governo e articular-se com elas na execução de planos, programas, obras e serviços de interesse comum.

Conforme aponta MELO (2004), o município, no contexto da organização nacional, deve ser um instrumento eficaz da ação governamental na conquista do desenvolvimento, já que o crescimento, em volume, responsabilidade e complexidade, das funções governamentais impõe a divisão desse trabalho governamental, tornando a integração da ação governamental um pressuposto de

racionalidade tão importante quanto o da repartição do trabalho. A descentralização tem sido a resposta dos sistemas governamentais complexos aos fenômenos da urbanização e do crescimento das funções governamentais, devendo vir acompanhada de uma visão dinâmica em que o município participa do esforço global pelo desenvolvimento, não com uma perspectiva localista, mas integradora.

Ainda de acordo com MELO (2004), a descentralização envolve tanto a autonomia, representada pela atribuição de competência privatista, como a desconcentração, por meio do exercício de funções delegadas, as quais chegam a ser as mais importantes em muitos países. Essa estratégia exigiria uma revisão do conceito clássico de autonomia municipal e impõe novo esquema de relações intergovernamentais, com a fixação de padrões e normas de execução para assegurar níveis razoáveis segundo critérios estabelecidos, desde que a intenção do governo central seja distribuir equitativamente os frutos da ação governamental em benefício da comunidade nacional. A responsabilidade envolve prestação de contas e auditoria, com inspeção *in loco* para verificação da efetividade e da qualidade dos serviços prestados e da observância dos padrões, das normas e dos critérios estabelecidos. Deve-se estabelecer uma relação em que a cooperação intergovernamental leve à integração da ação dos três níveis de governo na execução de planos e programas nacionais de desenvolvimento, afastando certos pruridos de autonomia que conduzem ao isolacionismo, à descordenação e à competição estéril.

1.2 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL: UM CONCEITO DISPONÍVEL À GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE

A estrutura institucional e decisória do Sistema Único de Saúde é composta, além das Comissões Intergestores e dos Colégios participativos, pelos órgãos gestores Ministério da Saúde, no nível nacional, Secretarias Estaduais de Saúde, no nível estadual, e Secretarias Municipais de Saúde, no nível municipal. Partindo-se da compreensão de que as funções de gestão do sistema de saúde são diferentes das funções de prestação de serviços de saúde, a pergunta que configura o objeto deste trabalho é: “Como esses órgãos organizam seus núcleos gerenciais para desempenhar seus papéis no Sistema Único de Saúde?”

Segundo VIANA e col. (2002), em relação à gestão municipal do sistema de saúde, ocorreram mudanças significativas no processo de descentralização da política de saúde brasileira, sendo possível evidenciar que melhores condições de oferta de serviços de saúde estão associadas a máquinas administrativas mais robustas, identificadas, dentre outros, por aprendizado institucional e autonomia gerencial.

De acordo com GIBSON e col. (2006), *estrutura organizacional* é um conceito abstrato, ou seja, não é um objeto visível, de modo tal que aquilo que se vê são evidências de estrutura. A estrutura seria importante como fonte de influência no comportamento dos indivíduos e dos grupos da organização em função dos cargos que ocupam. O agrupamento dos cargos envolve a necessidade de sua coordenação, sendo que cargos especializados constituem partes separadas e inter-relacionadas de uma tarefa total que depende da correta execução de cada cargo. O processo pelo

qual a organização é dividida, combinando cargos em departamentos, pode seguir diferentes lógicas: por função, por área geográfica, por produto ou por cliente.

Para MINZTBERG (2006), a abordagem de “uma melhor maneira” tem dominado o pensamento sobre a estrutura organizacional. No entanto, uma série de fracassos tem mostrado que as organizações se diferem, de modo tal que a abordagem de “uma maneira certa” e “uma maneira errada” de se fazer o desenho de uma organização tem se dirigido para a abordagem “vai depender de”, conhecida formalmente como Teoria da Contingência. Como a estrutura deve refletir a situação da organização – sua idade, tamanho, sistema de produção e ambiente –, a abordagem “vai depender” não seria suficientemente abrangente e uma terceira abordagem seria necessária para se formular corretamente uma estrutura, qual seja: a abordagem da configuração. A essência do desenho organizacional seria a manipulação de uma série de parâmetros que determinam a divisão do trabalho e a obtenção da coordenação, dentre os quais se destacam: especialização do trabalho, formalização do comportamento, treinamento, agrupamento unitário, tamanho da unidade, sistemas de controle e planejamento, dispositivos de ligação e descentralização.

NADLER (1993) sublinha como forças que exercem pressão sobre as organizações a expectativa dos clientes e a dinâmica da mão-de-obra, mas aponta como a maior influência isolada sobre a arquitetura organizacional a evolução da tecnologia da informação. Muitas teorias atuais sobre desenho organizacional veem como tarefa básica da estrutura organizacional o processamento da informação: a coordenação das atividades de trabalho ocorre pelo movimento da informação entre pessoas e grupos na organização.

QUINNN e col. (2006) ressaltam que um desafio-chave para a cúpula é integrar as várias formas de organizar em um todo coerente, já que as organizações podem ser poliformes, contendo, em seu meio, subunidades com diferentes maneiras de enfrentar os problemas. Esses autores acreditam que muitas organizações conterão algumas subunidades altamente burocráticas, pois metas de flexibilidade e eficiência precisam coexistir com demandas de confiabilidade.

KEIDEL (1995) coloca em cada um dos vértices de um triângulo três tipos de relacionamento humano – a cooperação (integração), o controle (subordinação) e a autonomia (separação) – que originariam o desenho organizacional. Como trocas entre esses vértices, o autor apresenta a inovação e a estabilidade, a sinergia e a responsabilidade individual, bem como a perspectiva global e a sensibilidade local.

Para VASCONCELLOS e HEMSLEY (1997), a estrutura organizacional é composta pelo subsistema de autoridade, pelo subsistema de comunicação e pelo subsistema de atividades. A interação dos seguintes aspectos a serem estabelecidos em cada organização forma a estrutura organizacional: determinação das atividades, escolha dos critérios de departamentalização, definição quanto à centralização ou descentralização de áreas de apoio, localização de assessorias, decisão quanto à amplitude de controle e ao número de níveis hierárquicos, fixação do nível de descentralização de autoridade, sistema de comunicação, delimitação quanto ao grau de formalização. Estes autores chegaram à seguinte definição:

A estrutura organizacional pode ser definida como o resultado de um processo através do qual a autoridade é distribuída, as atividades desde os níveis mais baixos até a Alta Administração são especificadas e um sistema de comunicação é delineado permitindo que as pessoas realizem as atividades e exerçam a autoridade que lhes compete para o atingimento dos objetivos organizacionais. (VASCONCELLOS e HEMSLEY, p. 3)

Em 2006, o Pacto pela Saúde, editado na forma de portaria pelo Ministério da Saúde, propõe que sejam estabelecidas, de forma clara e pautadas no compromisso público, as responsabilidades de cada ente federado. É pressuposto deste trabalho que, para avançar na efetivação desse compromisso, os entes devem contar com a estrutura gerencial adequada para dirigir o sistema de saúde em seu território e apresentar caminhos para a formação de regiões intergovernamentais. Para tal, os órgãos gestores do Sistema Único de Saúde deverão se estruturar de modo a serem capazes de realizar funções como promoção, prevenção e assistência à saúde (BRASIL, 2006).

Existe um amplo referencial teórico disponível na teoria administrativa para colaborar no equacionamento, dentre outras, das seguintes questões na gestão da saúde pública brasileira:

- Que estrutura em determinado órgão governamental seria mais adequada para possibilitar a integração de programas de saúde com as estratégias de atenção?
- A segmentação por saúde da criança, jovem, idoso ou mulher pode servir de base para uma departamentalização?
- Qual é a hierarquia dentro da estrutura organizacional que deve haver entre os níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde?
- A departamentalização por região geográfica é uma boa alternativa para sistemas de saúde mais complexos?

1.3 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Qualquer trabalho que tenha como objeto o Município de São Paulo corre o risco de parecer simplório ou irrelevante frente às dimensões dessa cidade, com uma população de aproximadamente 11 milhões de habitantes e a proposta de orçamento para o ano de 2009 de aproximadamente 29 bilhões de reais. A Prefeitura do Município de São Paulo tem mais de 180 mil funcionários e, sob essa personalidade jurídica, ocorre uma departamentalização por meio dos seguintes órgãos de governo: Saúde; Educação; Habitação; Transportes; Trabalho; Verde e Meio Ambiente; Serviços; Relações Internacionais; Planejamento; Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida; Participação e Parceria; Negócios Jurídicos; Infraestrutura Urbana e Obras; Gestão; Finanças; Executiva de Comunicação; Especial de Desburocratização; Esporte, Lazer e Recreação; Cultura; Coordenação das subprefeituras; Assistência e Desenvolvimento Social; e Governo Municipal.

Pelas diretrizes do SUS e pelas dimensões do setor municipal de saúde, é fácil justificar a existência de um departamento para a função saúde. Em 2007, mais de 21 mil servidores públicos municipais mantinham vínculo com a Secretaria Municipal da Saúde. No entanto, se forem considerados também os vínculos da administração pública indireta, os servidores estaduais, federais e os contratados por parceiros, o número passa de 51 mil trabalhadores na Secretaria Municipal da Saúde. No ano de 2007, o orçamento empenhado na função saúde foi de quase 3,2 bilhões de reais.

A rede de unidades de serviços da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo é composta por 412 Unidades Básicas de Saúde, 120 Assistências Médicas

Ambulatoriais, 29 Núcleos Integrados de Reabilitação, 26 Ambulatórios de Especialidades, 24 Centros de Atenção Psicossocial Adulto, 21 Centros de Convivência e Cooperativa, 20 Centros de Especialidades Odontológicas, 17 Hospitais Municipais, 15 Núcleos Integrados de Saúde Auditiva, 15 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, 13 Prontos Socorros Municipais, 11 Centros de Atenção Psicossocial Infantil/Adolescência/Juventude, 10 Serviços de Atendimento Especializado em DST/AIDS, nove Centros de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS, nove Unidades de Referência à Saúde do Idoso, seis Clínicas Odontológicas Especializadas, cinco Centros de Referência Saúde do Trabalhador, quatro Laboratórios, quatro Pronto-Atendimentos, três Centros de Referência em DST/AIDS, dois Serviços de Diagnóstico por Imagem, um Ambulatório de Especialidades de Saúde Mental, um Centro de Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva, um Centro de Referência de Plantas Medicinais e Práticas Naturais em Saúde, uma Unidade de Medicinas Tradicionais e uma Casa de Parto.

A Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo foi criada pelo Decreto-Lei nº 430, de 8 de julho de 1947. A Figura 1 mostra o organograma da Prefeitura de São Paulo naquela época. Observe-se, a partir dessa figura, que é fácil entender por que se tem maior dificuldade na elaboração da representação gráfica da estrutura organizacional atual da SMS-SP para gerenciar um sistema com todos os serviços prestados hoje em dia (SÃO PAULO, 1992; PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1985).



FIGURA 1: Representação organizacional da Prefeitura de São Paulo e sua Secretaria de Higiene
Fonte: Prefeitura Municipal de São Paulo (1985).

No sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de São Paulo, das 22 secretarias, 11 disponibilizam seus organogramas. A Secretaria Municipal da Saúde não apresenta um organograma, mas uma lista com nomes de seus segmentos organizacionais do nível central, a saber: Assessoria Técnica, Assessoria Parlamentar, Assessoria Jurídica, Assessoria de Comunicação e Imprensa, Divisão

Administrativa, Coordenação Financeira Orçamentária, Divisão Técnica de Suprimentos, Coordenação de Epidemiologia e Informação, Coordenação de Recursos Humanos, Coordenação de Apoio ao Desenvolvimento de Gerência Hospitalar, Coordenação de Integração e Regulação do Sistema, Coordenação da Atenção Básica, Conselho Municipal da Saúde, Coordenação de Vigilância em Saúde, Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores e Saúde, Centro de Controle de Zoonoses e Ouvidoria (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2008).

O contingente de pessoas que trabalham vinculadas à estrutura organizacional da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, denominada de Gabinete, é de aproximadamente quatro mil funcionários, os quais se distribuem em cerca de 2.300 profissionais da saúde e 1.800 outros profissionais, conforme mostra a Tabela 1.

TABELA 1: Servidores municipais vinculados ao Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

| UNIDADE DO GABINETE – SMS-SP PROFISSIONAIS DA SAÚDE | Total |
|---|--------------|
| COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - CCZ | 107 |
| COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - COVISA | 285 |
| DIMA - DIVISÃO TÉCNICA DE LABORATÓRIO DE CONTROLE DE ALIMENTOS | 19 |
| DIMA - DEPARTAMENTO DE INSPEÇÃO MUNICIPAL DE ALIMENTOS | 13 |
| DIMA - GERENCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - LABORATÓRIO ALIMENTOS | 2 |
| GABINETE - SMSG - ALMOXARIFADO CENTRAL - SMS 34 | 11 |
| GABINETE - SMSG - APOIO ADMINISTRATIVO - BRIGADEIRO | 10 |
| GABINETE - SMSG – CEFOR | 28 |
| GABINETE - SMSG – GERAL | 346 |
| GABINETE - SMSG – SAMU | 133 |
| UNIDADES DO SAMU | 1314 |
| Total geral | 2268 |

| UNIDADE DO GABINETE – SMS-SP OUTROS PROFISSIONAIS | Total |
|--|--------------|
| COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - CCZ | 308 |
| COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - COVISA | 152 |
| DIMA - DIVISÃO TÉCNICA DE LABORATÓRIO DE CONTROLE DE ALIMENTOS | 1 |
| DIMA - DEPARTAMENTO DE INSPEÇÃO MUNICIPAL DE ALIMENTOS | 4 |
| GABINETE - SMSG - ALMOXARIFADO CENTRAL - SMS 34 | 47 |
| GABINETE - SMSG - APOIO ADMINISTRATIVO - BRIGADEIRO | 5 |
| GABINETE - SMSG – CEFOR | 41 |
| GABINETE - SMSG - DIVISÃO ADMINISTRATIVA - DTT | 86 |
| GABINETE - SMSG – GERAL | 463 |
| GABINETE - SMSG – SAMU | 113 |
| UNIDADES DO SAMU | 568 |
| Total geral | 1788 |

Fonte: Coordenação de Recursos Humanos da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 2008.

Não estava no alcance deste trabalho desvendar as relações entre os segmentos vinculados ao Gabinete ou a capacidade que esses segmentos têm em atuar na coordenação da rede de serviços, o que possibilitaria a compreensão da estrutura organizacional que desempenha a gestão central do sistema municipal de saúde em São Paulo. No entanto, cumpre apontar que, para o desenho da estrutura do Gabinete, foi seguido o critério de departamentalização funcional para a definição

das Coordenadorias Financeira Orçamentária, de Recursos Humanos, de Integração e Regulação do Sistema, de Vigilância em Saúde e de Epidemiologia e Informação e que foi utilizado o critério de departamentalização por serviços em relação às Coordenações de Apoio ao Desenvolvimento de Gerência Hospitalar e da Atenção Básica. Em um nível mais intermediário, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo conta, respondendo à Coordenação da Atenção Básica, com uma estrutura em conformidade com o critério geográfico de departamentalização, com o estabelecimento de cinco Coordenadorias Regionais de Saúde, quais sejam: Centro-Oeste, Leste, Norte, Sudeste, Sul (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2008; VASCONCELLOS e HEMSLEY, 1997).

1.4 REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. Os avanços e os dilemas do modelo pós-burocrático: a reforma da administração pública à luz da experiência internacional recente. In: BRESSER-PEREIRA LC; SPINK P (Org.). **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999. p. 173-99.

ALVAREZ, M. C. Notas em torno de uma noção polêmica. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 168-176, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203 de 5 de novembro de 1996. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 de nov. de 1996. Seção I, p. 22.932.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção I, p. 43.

BRESSER-PEREIRA, L. C. B. Auto-interesse e incompetência. **RBE – Revista Brasileira de Economia**, São Paulo, v. 57, n. 1, p. 209-222, 2003.

BUCKLEY, B. **A Sociologia e a moderna teoria dos sistemas**. São Paulo: Editora Cultrix, 1971.

[CPHA] ASSOCIAÇÃO CANADENSE DE SAÚDE PÚBLICA. **Promoção da Saúde no Canadá – Documentos Selecionados**. Rio de Janeiro: ENSP/ABRASCO/CPHA, 2001.

ELIAS, P. E. M. Por uma refundação macropolítica do SUS: a gestão para a equidade no cotidiano dos serviços. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 25-36, p. 2002.

FERREIRA, A. A.; REIS, A. C. F.; PEREIRA, M. I. **Gestão empresarial: de Taylor aos nossos dias: evolução e tendências da moderna administração de empresas**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FREEMAN, R; MORAN, M. A saúde na Europa. In: NEGRI, B; VIANA, A. L. A. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002. p. 45-64.

GIBSON J. L.; IVANCEVICH J. M.; DONNELLY R. K.; KONOPASKE, R. **Organizações: comportamento, estrutura e processo**. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

[IBAM] INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL. **A saúde no município: organização e gestão**. Rio de Janeiro: IBAM/UNICEF, 1991.

INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2001.

KEIDEL, R. W. **Seeing organizational patterns: a new theory and language of organizational design**. San Francisco: Berrett-Koehler, 1995.

KLIKSBERG, B. A modernização do Estado para o desenvolvimento social – algumas questões-chave. **RAP – Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 78-90, 1996.

KLIKSBERG, B. Como reformar o Estado para enfrentar os desafios sociais do terceiro milênio. **RAP – Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 119-151, 2001.

MELLO, D. L. O Município na organização nacional. Bases para uma reforma do regime municipal brasileiro. **Revista de Administração Municipal**, Rio de Janeiro, n. 250, p. 5-14, 2004.

MINTZBERG, H. A estruturação das organizações. In: MINTZBERG, H.; LAMPEL, J.; QUINN, J.B.; GHOSHAL, S. **O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados**. Porto Alegre: Bookman, 2006. p. 140-156.

NADLER, D. A. Arquitetura organizacional: metáfora para mudança. In: NADLER, D. A.; GERSTEIN, M. S.; SHAW, R. B. **Arquitetura Organizacional: a chave para a mudança empresarial**. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

PACHECO, S. P. Administração Pública nas revistas especializadas. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 63-71, 2003.

PEREIRA, M. I.; SANTOS, S. A. **Modelo de gestão: uma análise conceitual**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

PRATS J. O. El concepto y el análisis de la gobernabilidad. **Poder local** [periódico online], 25 out. 2004. Disponível em <http://www.poderlocal.net/leer_noticias.asp?id=6759>. Acesso em: 20 jan. 2009.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. **A Secretaria de Higiene e saúde da cidade de São Paulo: história e memórias**. Documento comemorativo de quadragésimo aniversário, coordenado por Aldaísa de Oliveira Sposati. São Paulo: Secretaria Municipal de Cultura, 1985.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Página da Prefeitura na Internet. Disponível em: <<http://capital.sp.gov.br/portalpmsp/homec.jsp>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

QUINN, J.B.; ADERSON, P.; FINKELSTEIN, S. Novas formas de organização. In: MINTZBERG H.; LAMPEL, J.; QUINN, J.B.; GHOSHAL, S. **O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados**. Porto Alegre: Bookman, 2006. p. 157-171.

SANTANA J. P. (Coord.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana de saúde, 1997.

SÃO PAULO. Decreto nº 32.773. Consolida as disposições relativas à organização da Secretaria Municipal da Saúde – SMS-SP, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 11 dez. 1992. Folha 1.

SUNDFELD A. S. **Direito Administrativo Ordenador**. 2. ed. São Paulo: Malheiros Editores Ltda, 1997.

VASCONCELLOS E.; HEMSLEY, J. **Estrutura das organizações**. São Paulo: Pioneira, 1997.

VIANA, A. L. A.; HEIMANN, L. S.; LIMA L. D.; OLIVEIRA, R. G.; RODRIGUES, S. H. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 (Suplemento), p. 139-151, 2002.

2 OBJETIVOS

Dada a opção pela apresentação desta tese de doutorado em um formato em que os resultados e a discussão consistem em manuscritos dirigidos a periódicos da Saúde Pública, foi definido um objetivo para cada artigo.

2.1 OBJETIVO DO ARTIGO 1

Discutir sobre a Administração Pública na Saúde Pública a partir da investigação do tema *Administração* em artigos publicados ao longo de cinco anos em dois periódicos indexados brasileiros.

2.2 OBJETIVO DO ARTIGO 2

A partir de fatores selecionados, evidenciar o nível atitudinal dos agentes públicos da esfera central da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo em relação a essa estrutura organizacional para a gestão do sistema de saúde.

2.3 OBJETIVO DO ARTIGO 3

Evidenciar a hierarquia da influência de fatores organizacionais selecionados sobre a opinião dos agentes públicos entrevistados em relação à estrutura organizacional da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo para a gestão do sistema de saúde.

3 METODOLOGIA

Também considerando a opção pela apresentação dos resultados e da discussão na forma de manuscritos direcionados a periódicos da Saúde Pública, cumpre sublinhar que a metodologia foi explicitada em cada artigo. Entretanto, como é possível que alguns aspectos metodológicos não tenham ficado suficientemente claros em razão das limitações de espaço para a confecção de cada artigo, tecem-se, neste Capítulo, algumas considerações metodológicas que perpassaram a realização de toda a pesquisa.

De acordo com MORA e COLLEGE (1980, p. 39), são três as principais teses filosóficas sobre a natureza e o modo de existência dos objetos conceituais, a saber:

- a. Platonismo: “Os objetos conceituais são seres ideais que existem por si mesmos, independentemente do mundo físico e, em particular, dos seres pensantes.”
- b. Nominalismo: “Os objetos conceituais formam um subconjunto dos objetos linguísticos. São signos, e só existem como tais.”
- c. Empirismo: “Os objetos conceituais são objetos mentais e existem, do mesmo modo que as outras ideias, ou seja, como sensações ou imagens.”

Poder-se-ia afirmar que alguma dessas teses predomina em relação à construção do direito à saúde no Estado Brasileiro? Embora, em algumas situações, o sistema de saúde seja apresentado como algo ideal, também existe uma busca pela

apreensão desse objeto conceitual através da linguagem, seja na forma de decretos ou de artigos científicos. Entretanto, se a virtude do empirismo está em tirar o objeto conceitual tanto do reino platônico das ideias quanto da tipografia e instalá-lo na mente humana, também parece que essa tese filosófica é aceitável para o objeto conceitual sistema de saúde.

MORA e COLLEGE (1980) julgam que nenhuma das filosofias tradicionais é satisfatória e propõem uma alternativa, denominada materialismo conceitualista e ficcionista. As teses principais seriam: (a) os objetos conceituais possuem natureza peculiar e irreduzível e existem na medida em que pertencem a certos contextos (teses conceitualistas); (b) a existência conceitual é fingida ou convencional; faz-se de conta que existem conjuntos e inventa-se seu modo de existência (tese ficcionista); e, (c) para existir conceitualmente, é necessário e suficiente que um objeto seja pensável por algum ser racional de carne e osso (tese materialista).

Verificar se sistema de saúde e demais objetos conceituais abordados neste trabalho estão de acordo com essa teoria postulada por MORA e COLLEGE (1980) foge ao escopo dos artigos e da competência dos autores. Provavelmente, se algum filósofo desavisado ler esses artigos, irá identificar o reducionismo atroz que, na maioria das vezes, as ciências aplicadas precisam encarar, já que a elas compete, no caso da saúde, apresentar soluções para o acesso a serviços. Assim, cabe indagar se o rigor lógico da Filosofia seria desejável no tratamento de estudos de Saúde Pública. Ou, de outra maneira, compete questionar como fazer para que as questões de natureza filosófica, tão presentes no campo da Saúde Pública, como justiça ou igualdade, tenham seu tratamento aplicado sem agredir a Filosofia.

Os artigos podem não trazer respostas objetivas a essas perguntas, mas são aproximações subjetivas. A título de exemplo, tem-se, no primeiro artigo, que a questão central é contribuir para a discussão de como, na Saúde Pública, enquanto Administração Pública do setor saúde, se origina o hibridismo entre as Ciências Políticas e Administrativas, tal qual entende CAVALCANTI (1984). Baseando-se nas premissas de KUHN (2006), para quem as revistas especializadas fornecem os problemas e as soluções para uma comunidade de praticantes de uma ciência, a discussão acerca da constituição desse hibridismo tomou como ponto de partida a análise os artigos publicados em duas revistas de Saúde Pública. Entretanto, deve-se reconhecer que o próprio KUHN (2006, p. 12) reconhece “a extensão dos desacordos expressos existentes entre os cientistas sociais no que diz respeito à natureza dos métodos e problemas científicos legítimos”.

Também não está no escopo deste Capítulo discutir a cientificidade da Saúde Pública, da Administração ou da Política, mas reconhecer que essa ainda é uma questão em aberto. De acordo com ALVARENGA (1994), a Saúde Pública é um campo de investigação que se torna complexo por apresentar especificidades em relação à interdisciplinaridade que caracteriza o campo das Ciências Sociais no qual está circunscrita.

CHILCOTE (1997) utiliza o método de investigação comparativa para poder abordar a pluralidade de teorias presente na Ciência Política, incluindo dimensões que vão desde ideologia a escolha racional, subdesenvolvimento a desenvolvimento ou cultura a movimentos sociais. Apenas para citar um conceito caro à Política, o Estado, existe uma revisão e uma avaliação crítica de dezoito diferentes teorias do Estado.

FERREIRA e col. (2002) entendem que a Administração ainda se encontra em uma fase amalgamada de arte e ciência, seguindo uma série de conceitos e reeditando modelos administrativos que parecem funcionar para, a partir da observação da prática, se retirarem as informações para constituição da Teoria da Administração.

Assim sendo, não se pretendeu superar a complexidade das questões epistemológica na Saúde Pública enquanto área de conhecimento. No caso específico do primeiro artigo, por exemplo, a contribuição pretendida foi elaborar uma discussão a partir de três conceitos bastante estabelecidos na Administração, quais sejam: organização, serviços e recursos financeiros.

Ademais, a percepção da amplitude de questões envolvidas na gestão de sistema de saúde e a complexidade da organização que se pretendeu abordar, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, assim como a dificuldade de aproximação com relação a essa Secretaria, levou à opção pela abordagem quantitativa na elaboração dos outros dois artigos que compõe esta tese de doutorado.

Para uma primeira aproximação com relação à Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo e seu Gabinete, realizou-se um levantamento da legislação pertinente. A legislação municipal vigente, no que diz respeito ao Gabinete da Secretaria, pareceu bastante anacrônica ao não definir o Gabinete como o espaço organizacional com o papel de coordenar a política municipal de saúde, mas conferir essa função à Secretaria Municipal da Saúde de forma geral. A norma legal que consolida as disposições relativas à organização da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, é o decreto nº 32.773, de 10 de dezembro de 1992, o qual estabelece o Gabinete do

Secretário como um componente da estrutura da SMS-SP com as seguintes atribuições:

- “I - oferecer, na área de sua atribuição, subsídios ao Governo Municipal para formulação das diretrizes de saúde;
- II - propor convênios de cooperação técnica, científica e administrativa com outros órgãos e instituições de áreas afins;
- III - definir normas e padrões de atividades no âmbito de saúde;
- IV – executar atividades afins.”

Em 2001, foi emitido um comunicado, 3/01 – SMS-SP, que, contudo, não foi transformado em projeto de lei como previsto. Nesse comunicado, o Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde foi ordenado de maneira bem próxima ao que hoje é apresentado no sítio eletrônico da Prefeitura de São Paulo, embora, no desenho do comunicado, estivessem previstos os Postos Avançados, que se constituiriam em unidades desconcentradas, subordinadas diretamente às unidades equivalentes do Gabinete do Secretário de Saúde.

Pode-se afirmar que apenas a estrutura da Coordenação de Vigilância em Saúde está atualizada em relação à legislação. Por meio da Portaria 915/2008, foram definidas como atribuições dessa Coordenação a coordenação técnica, planejamento, supervisão e avaliação do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde, composto por gerências, núcleos técnicos e supervisões.

Conforme já demonstrado na Tabela 1 localizada na Introdução deste trabalho, pode-se verificar que também estão vinculadas ao Gabinete pessoas que trabalham na prestação direta de serviços de saúde, como o atendimento de urgência ou os serviços de vigilância sanitária. Entretanto, o público-alvo desta pesquisa foram os funcionários das assessorias e das coordenadorias do Gabinete, considerando-se que elas fazem parte da estrutura organizacional com maior influência na tomada de decisões para a gestão do sistema de saúde. Por essa razão, o

universo passou a ser as pessoas que trabalham em dois prédios da Secretaria Municipal da Saúde: o edifício de onde despacha o próprio secretário e onde estão instaladas suas assessorias e coordenações, com exceção da Coordenação de Vigilância Sanitária, localizada no segundo prédio: Assim, de acordo com a tabela do total de funcionários vinculados ao Gabinete (4.056), fariam parte do público-alvo para responder ao questionário 1246 pessoas. No entanto, como a distribuição pessoal dos questionários (Anexo A) seguiu a orientação de deixar o número suficiente em cada segmento organizacional, foram entregues, nesses dois prédios, 732 unidades.

Embora a pesquisa tenha sido aprovada pelo Comitê de Ética, com o atendimento da exigência da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo B), a autorização de entrega em cada segmento seguiu diferentes caminhos, com distintos graus de retorno. Além disso, como a participação foi voluntária, a amostra se caracterizou como não-probabilística.

De acordo com HAIR (2005), o método de *survey* é um procedimento para coleta de dados primários a partir de indivíduos. O método de coleta consistiu no preenchimento do instrumento pelo próprio respondente, ao qual caberia dispor informações sobre seu perfil bem como a sua opinião sobre aspectos organizacionais. Para mensurar a opinião sobre aspectos organizacionais, utilizou-se uma escala diferencial semântica com o uso de âncoras finais bipolares, por ser considerada de fácil compreensão. A definição do número de categorias, sete, foi um julgamento do pesquisador na tentativa de obter o equilíbrio entre a maior exatidão da escala de mensuração e a dificuldade dos respondentes em processar a informação,

considerando-se que a escala de sete pontos é aceitável para pessoas que completaram o Ensino Médio.

O pré-teste do instrumento utilizado foi realizado no nível central de uma Secretaria Municipal da Saúde de um outro município de grande porte do Estado de São Paulo. Para atenuar a possível ocorrência do efeito Halo – contágio de respostas –, foram distribuídos questionários com três diferentes sequências das assertivas.

3.1 REFERÊNCIAS

ALVARENGA, A. T. A saúde pública como campo de investigação interdisciplinar e a questão metodológica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, n. 3, v. 2, p. 22-41, 1994.

CAVALCANTI, B. S. A gestão pública como componente do desenvolvimento curricular das escolas de administração. **RAP – Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 235-240, out.–dez. 1984.

CLILCOTE, R. H. **Teorias de política comparativa: a busca de um paradigma reconsiderado**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

FERREIRA, A. A.; REIS, A. C. F.; PEREIRA, M. I. **Gestão empresarial: de Taylor aos nossos dias: evolução e tendências da moderna administração de empresas**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

HAIR, J. F.; BABIN, B.; MONEY, A. H.; SAMOUEL, P. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 2006.

MORA, A. J. F.; COLLEGE, B. M. Natureza dos objetos conceituais. In: BUNGE, M. **Epistemologia: curso de atualização**. São Paulo: T.A. Queiroz / EDITORA da Universidade de São Paulo, 1980. p. 39-50.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Página da Prefeitura na Internet. Disponível em: <<http://capital.sp.gov.br/portalmmsp/homec.jsp>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

SÃO PAULO. Decreto nº 32.773. Consolida as disposições relativas à organização da Secretaria Municipal da Saúde – SMS-SP, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 11 dez. 1992. Folha 1

SÃO PAULO. Comunicado 3/01 da Secretaria Municipal da Saúde. Sua finalidade é definir e orientar os fluxos funcionais nas áreas de atuação da Secretaria Municipal da Saúde, 2001.

SÃO PAULO. Portaria 915/2008 da Secretaria Municipal da Saúde. Define as atribuições da Coordenação de Vigilância em Saúde e sua composição. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 13 jun. 2008.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentam-se, a seguir, os três artigos que foram ou serão submetidos a periódicos nacionais e que veiculam os resultados e as discussões desta pesquisa de doutorado.

4.1 ARTIGO APRESENTADO À REVISTA *SAÚDE E SOCIEDADE*

O artigo “Administração Pública na Saúde Pública: uma análise qualitativa do tema *Administração* em duas revistas científicas brasileiras” foi formatado de acordo com as instruções do periódico *Saúde e Sociedade*, publicação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e da Associação Paulista de Saúde Pública.

Situação: Enviado em 06 de março de 2008.

**Administração Pública na Saúde Pública: uma análise qualitativa do tema
Administração em duas revistas científicas brasileiras**

**Public Administration within Public Health: A qualitative analysis of the topic
Management in two Brazilian scientific journals**

Marcelo Cardoso Pinheiro

Mestre em Saúde Pública – Faculdade de Saúde Pública – USP

Doutorando em Saúde Pública – Faculdade de Saúde Pública – USP

Rua Tomás Carvalhal, 310 – apto. 81 – CEP: 04006 000

Paraíso – São Paulo – SP – Brasil

E-mail: marcelocapi@uol.com.br

Cláudio Gastão Junqueira de Castro

Doutor em Saúde Pública – Faculdade de Saúde Pública – USP

Professor Doutor – Departamento de Práticas da Faculdade de Saúde Pública – USP

Rua Dr. Arnaldo, 715 – CEP: 01246 904

Cerqueira César – São Paulo – SP – Brasil.

E-mail: claudiog@usp.br

Resumo

A Administração Pública e a Saúde Pública enquanto campos teóricos e de prática têm vários objetos em comum, sendo a administração da coisa pública forte espaço de intersecção entre eles. O objetivo deste trabalho é analisar como o tema *Administração* é abordado pela comunidade científica da Saúde Pública a partir da investigação de artigos publicados, em um escopo de cinco anos (2004–2008), em duas revistas dessa comunidade, a saber: *Cadernos de Saúde Pública* e *Revista de Saúde Pública*. O levantamento dessas publicações consistiu na busca, na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, por artigos cujos descritores utilizavam os termos *gestão* ou *administração*. A análise qualitativa seguiu os temas administração de recursos financeiros em saúde, serviços de saúde e organizações de saúde, bem como Política e Administração. Na Saúde Pública, enquanto Administração Pública no setor saúde, a utilização dos recursos financeiros, os serviços e as organizações formam uma miríade de objetos com potencial a ser explorado em perspectiva gerencial – perspectiva esta que apareceu mais frequentemente utilizada para análise de organizações hospitalares do que na definição de estruturas responsáveis pela gestão do sistema de saúde. Em se tratando da visão de gerenciamento de serviços, a organização e a definição dos processos que garantam o gerenciamento de sistemas de saúde receberam menos atenção que a produção dos serviços fins de saúde. Já em relação à utilização de recursos financeiros, parece mais fácil se referir de maneira agregada a unidades políticas que a serviços de saúde.

Palavras-chave: Administração Pública; Administração em Saúde Pública; Gestão em saúde; Publicações Periódicas como Assunto.

Abstract

Public Management and Public Health as both theoretical and practical fields share several objects in common, being the administration of public matters the ultimate place for their intersection. Building on articles published from 2004 to 2008 in two Brazilian journals (*Cadernos de Saúde Pública* and *Revista de Saúde Pública*), this paper aims at analyzing how the topic *Management* is approached by the Public Health scientific community. Data collection involved the search of articles with *management* and *administration* as keywords in the databank provided by Latin American and Caribbean Center on Health Science Information. The qualitative analysis targeted the topics management of healthcare financial resources, health services and health organizations, as well as Policy Making and Administration. In Public Health as Health-Oriented Public Management, the use of financial resources, services and organizations stand for a diverse set of objects with potential to be explored from a managerial perspective, and the results point out that such a perspective is more usual for the analysis of hospital organizations than for the establishment of frameworks for management of the health system as a whole. In terms of service management, process organization and definition have focused on producing target services rather than assuring the management of health systems. As for the use of financial resources, it seems easier to report on political units aggregately than on health services alone.

Keywords: Public Management; Health Public Management; Health Management; Periodicals as Topic.

Introdução

Ao propor, por meio do compromisso público, a determinação inequívoca das responsabilidades de cada ente federado na gestão do Sistema Único de Saúde, o Pacto pela Saúde – publicado em 2006 na forma de portaria do Ministério da Saúde – coloca mais uma vez na agenda política brasileira a questão da gestão pública no setor saúde (Brasil, 2006). Cumpre observar que, em 1997, a Organização Pan-Americana de Saúde, embora reconhecesse a elasticidade e a imponderabilidade dos anseios por bens e serviços de saúde, já apontava a baixa capacidade gerencial como um fator limitador cujas mazelas não mais poderiam ser toleradas, diferentemente de outros fatores, considerados aceitáveis, como barreiras tecnológicas e finitude de recursos financeiros (Santana, 1997).

Esses dois documentos reconhecem a expressiva ampliação da rede de estabelecimentos de saúde, com maior destaque para Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família, como resultante do processo de descentralização e sublinham a necessidade de um debate sobre como incorporar, no campo da Saúde Pública, as teorias e práticas da área da Administração Pública. Essa descentralização política, por sua vez, requer uma estruturação administrativa dos entes – União, estados e municípios – em relação às suas responsabilidades, seja em decorrência de novas funções ou como consequência das incorporações de novas demandas em saúde ou tecnologia.

De acordo com Alvarenga (1994), a Saúde Pública é um campo de investigação que se torna complexo por apresentar especificidades em relação à interdisciplinaridade que caracteriza o campo das Ciências Sociais no qual está

circunscrita. Em relação aos aspectos de sua metodologia, entendida não como métodos e técnica, mas como teoria do conhecimento, coloca-se a potencialidade da diversidade de abordagens do processo saúde-doença. Assim, a natureza interdisciplinar do campo e sua diversidade abrem perspectivas para a presença de várias disciplinas e tendências na abordagem dos problemas de investigação ou pesquisa que se apresentam.

Para Almeida Filho (2000), a Saúde Coletiva foi inicialmente postulada como um campo científico em que são produzidos conhecimentos e saberes disciplinares acerca do objeto saúde, que tem caráter interdisciplinar, com integração dominante no plano acadêmico, e não no plano das estratégias de intervenção-transformação da realidade de saúde. Em paralelo, o autor também considera que essa área do saber fundamenta um âmbito multiprofissional, compreendendo um conjunto de práticas que tomam como objeto as necessidades sociais de saúde, de modo que, além dos distintos saberes, as tecnologias materiais e imateriais se configuram como instrumentos de trabalho e as atividades são intervenções centradas nos grupos sociais e no ambiente.

Campos (2000) adverte sobre a tendência da Saúde Coletiva em confundir-se com todo o campo da saúde. Em um processo dialético, a Saúde Coletiva seria uma parcela do campo da saúde, uma área específica de intervenção, especializada e com valor de uso próprio, diferente da clínica ou de outra área de intervenção. Trata-se de um espaço em que as teorias sobre produção de saúde ou sobre o processo saúde/enfermidade/intervenção se baseiam nos aportes da Biologia, da Epidemiologia, da Psicologia e das Ciências Sociais.

O enfoque da Saúde Pública como um campo de intervenção pública também a insere como um setor da Administração Pública, outra área do conhecimento em que ocorre o diálogo entre as perspectivas de ciência aplicada e intervenção. A Administração Pública é um campo híbrido em cuja gênese está a associação entre a Administração de Empresas, com suas técnicas e procedimentos, e a Ciência Política, interessada na formação da agenda, nos atores e na intermediação de interesses, além da governabilidade e dos padrões de relação entre os poderes. No âmbito da Administração Pública, estão a governança, a implementação das políticas e os processos e estruturas organizacionais, os quais consistem em elementos fundamentais para análise do complexo arranjo do governo (Pacheco, 2003).

Nesse contexto, este artigo parte da seguinte pergunta: “como o tema *Administração* é abordado pela comunidade científica da Saúde Pública?” Para contribuir com esta discussão, refletiu-se sobre uma amostra de artigos publicados em duas revistas nacionais ao longo de um período de cinco anos.

Metodologia

A partir das ideias de Kuhn (2006), para quem a ciência é a reunião de fatos, teorias e métodos reunidos nos textos atuais, e da compreensão das revistas especializadas como objetos empíricos que expressam o pensamento de uma dada comunidade científica, foram utilizados como unidades de análise os artigos publicados em duas revistas de Saúde Pública classificadas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) na categoria A

Internacional, quais sejam: a *Revista de Saúde Pública* e a *Cadernos de Saúde Pública*.

O levantamento dos artigos das duas revistas foi realizado por meio da busca, na base de dados em saúde Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), por publicações de janeiro de 2004 a dezembro de 2008 que apresentavam o termo *gestão* ou *administração* como descritores. Verificou-se a existência de 80 e 16 descritores que utilizavam, respectivamente, os termos *administração* e *gestão*; entretanto, como 28 descritores veiculam o sentido de administração de medicamento e suas vias (*e.g.*, oral e dérmica), foi selecionado um total de 68 descritores.

Para a análise desse material, conduziu-se uma investigação de natureza qualitativa, sustentada no método da análise de conteúdo. Não obstante, compete sublinhar que este trabalho também admite tonalidades de ensaio, haja vista que as reflexões são feitas a partir de artigos selecionados e, concomitantemente, em diálogo com as experiências pessoais e a concepção do pesquisador em relação à Administração na Saúde Pública. Essa perspectiva vai ao encontro do que afirma Carmo-Neto (1993), segundo o qual a análise de conteúdo busca a essência de um contexto nos detalhes entre os dados disponíveis e tem como propósito descobrir nuances do objeto sob escrutínio percebidas nas reflexões e, neste caso, como complementa o referido autor, na *persona* do analista.

Segundo Triviños (1995), pode-se afirmar que a análise de conteúdo nasceu quando foram realizadas as primeiras tentativas de interpretar os livros sagrados, sendo que, já no século XVII, na Suécia, e no século XIX, na França, se encontram

esforços sistemáticos para a consolidação desse método. Contudo, foi no século XX que a análise de conteúdo atingiu maturidade como método de investigação.

Os resultados e a discussão da análise foram construídos a partir da seleção dos seguintes temas: serviços de saúde; organizações de saúde; administração de recursos financeiros em saúde; política e administração em saúde. As categorias relativas a cada tema não foram definidas antecipadamente, mas no decorrer da leitura dos artigos.

Resultados e Discussão

O levantamento na base LILACS para a seleção de artigos (a qual desconsiderou revisões, debates, fóruns, notas, comentários e informes técnicos) nas revistas *Cadernos de Saúde Pública* e *Revista de Saúde Pública* no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2008 levou a uma amostra de 57 artigos. Embora não seja objetivo deste trabalho fazer comparação entre os artigos das duas revistas, vale ressaltar que foram encontrados 14 e 43 artigos, respectivamente na *Revista de Saúde Pública* e na *Cadernos de Saúde Pública*, fato que parece sugerir que o tema *administração em saúde* está mais no foco do público desta que daquela publicação periódica. Além disso, verifica-se que os anos de 2006 e 2007 foram os anos com maior frequência de artigos (16 e 24, respectivamente).

Administração de recursos financeiros em saúde: deve-se falar em dinheiro na Saúde Pública?

Tanaka e Melo (2004) afirmam que a avaliação de programas e serviços de saúde deve incorporar a abordagem econômica, a qual, contudo, consiste em um tabu na realidade brasileira e latino-americana. Essa resistência pode ser justificada, consoante os autores, pelo fato de que, em realidades de profunda desigualdade social, a preocupação com custos das atividades relacionadas com a saúde pode assumir um caráter não-ético.

Em contrapartida, para Fortes (2008), é justamente no campo da ética que a distribuição e a priorização de recursos escassos, assim como a responsabilidade individual e coletiva sobre a assistência à saúde, devem ser enfocadas. Partindo do pressuposto de que a utilização dos recursos públicos com eficiência e efetividade já é em si um procedimento ético, as decisões em situações relacionadas a quem vai ter suas necessidades atendidas em primeiro lugar e quem vai ter oportunidade de continuar a viver (ou, em algumas circunstâncias, quem vai morrer) também levam a reflexões éticas.

Embora a questão financeira seja abordada em outros artigos também como construção de discursos lógicos, nos quais esse tema é evidenciado em expressões como “iniquidades na distribuição de recursos”, “aperto financeiro”, “baixo nível de investimentos”, “escassez de recursos” ou “baixos investimentos na ampliação da oferta do SUS”, as reflexões a seguir foram feitas a partir dos 16 artigos que abordam dados financeiros numericamente.

No maior número de artigos, 10, os dados financeiros abordados podem ser agrupados na categoria *financiamento da saúde*. Existe uma tradição de estudos, nacionais e internacionais, com matriz na Economia Política, que se baseiam nos valores públicos aplicados em saúde e sua relação com o Produto Interno Bruto, nos gastos de cada ente federativo na saúde, na composição dos tributos que financiam a saúde e no orçamento público da saúde. O acordo político, materializado na Emenda Constitucional 29, justificou estudos que buscaram verificar a aplicação dessa emenda na definição dos gastos em saúde em cada nível de governo e mantém o foco nessa linha de pesquisa incorporada pela Saúde Pública. Porém, a definição do financiamento explicita um difícil equacionamento entre o montante e as necessidades em saúde, o que deve gerar necessárias discussões teóricas na comunidade brasileira de Saúde Pública.

Em cinco artigos, são utilizados números para fazer referência à *renda da população*. Pode-se afirmar que a questão da renda como um dos determinantes do estado da saúde de indivíduos ou grupos já foi incorporada pelo meio sanitário, o que pode ser constatado pelo número de estudos epidemiológicos que trazem a variável renda em seu escopo. A correlação das políticas de saúde com outras políticas é um valor dentro do movimento sanitário brasileiro que foi incorporado na Constituição Federal, em seu artigo 196, o qual prevê que o direito a saúde é “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos”. Entretanto, é na continuação do artigo, “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, que parece estar a finalidade fundamental das organizações governamentais do setor saúde (Brasil, 2000). Assim sendo, conhecidas as questões das iniquidades na renda, a existência de

parâmetros acordados politicamente para o uso dos recursos públicos da saúde coloca um desafio a mais na gestão desses recursos, qual seja: garantir que a situação de pobreza não restrinja o acesso aos serviços e que, uma vez acessados, esses serviços estejam adequados às necessidades de cada grupo social. Vencer esse desafio, por meio de rearranjos organizacionais e tecnologia, traz à gestão pública da saúde um sentido redistributivo, visto que, como ressalta Castro (2001, p. 97), “há que se estabelecer um processo de trabalho, de planejamento e programação de ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos que dê conta dessas iniquidades e diferenças, oferecendo mais a quem mais necessita”.

Apenas três artigos trouxeram dados financeiros que foram categorizados como *custos de produção de serviços*. Um deles analisa o impacto econômico-assistencial de abordagens para a redução de custos em um plano odontológico de autogestão (portanto, privado). Em um segundo artigo, em que se apresentam os custos por criança atendida em unidades com ou sem a implementação de estratégia de atenção primária às doenças prevalentes da infância, é feita uma pertinente argumentação de que, sem informações sobre os custos nos serviços e o impacto de estratégias alternativas, os gestores operam em um vácuo de informação e são incapazes de determinar se estão avançando tão rápido quanto possível na direção de seus objetivos (Amorim e col., 2008). Já o terceiro artigo, sobre a assistência aos pacientes com HIV/AIDS no Brasil, permite inferir que o sucesso desse programa se sustenta em sua administração, amparado tanto em um sistema de monitoramento, o Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST/AIDS (MONITORAIDS), quanto em um adequado financiamento, que garante o acesso a

antirretrovirais a aproximadamente 170 mil pacientes, o que representa um gasto anual de cerca de US\$ 450 milhões.

Dois artigos trouxeram diferentes perspectivas na utilização de valores financeiros. O primeiro, de Souza e Roncalli (2007), traz uma parametrização de valores para salário de cirurgiões-dentista que compõem equipes do Programa Saúde da Família. O enfrentamento da questão salarial nas diversas categorias profissionais que trabalham nos sistema de saúde abre diversas perspectivas de estudo em Saúde Pública, inclusive a análise das relações com os mercados de profissionais e o sistema de formação indivíduos nas diferentes regiões do Brasil. A título de exemplo, apontam-se políticas públicas de incentivo a formação de profissionais que faltam ao sistema público ou de restrição para aquelas que inundam o mercado de profissionais com baixa qualificação e geram sua distorção se configuram como objeto de estudo para o meio sanitário. Já o segundo artigo, ao estimar os custos para a Previdência Social pelos benefícios concedidos por acidentes de trabalho, explicita a natureza intersetorial das políticas sociais e utiliza a dimensão financeira e seu impacto na gestão pública em uma linha de pesquisa tradicional na Saúde Pública, a Saúde do Trabalhador.

Serviços de saúde: da singularidade à integralidade, passa-se pelos serviços de gestão

Para Fitzsimmons e Fitzsimmons (2005), serviços têm natureza intangível, são ideias e conceitos. Os serviços produzidos por estabelecimentos ou profissionais da saúde são considerados de alto grau de interação, de modo que a presença do

usuário precisa ser compreendida como uma parte ativa do processo do serviço. A combinação das características dos serviços de intangibilidade e do cliente como um participante em sua prestação resulta na variação de serviços de cliente para cliente, processo denominado customização. Uma característica fundamental para a administração de serviços é que estes são criados e consumidos simultaneamente, não podendo, portanto, ser estocados, o que faz com que o sistema sofra todos os impactos de variações de demanda.

Os artigos trazem a diversidade dos serviços do campo da saúde ainda mais ampliada pela motivação do princípio político da integralidade no caso do sistema de saúde nacional brasileiro. A segmentação por tipos de serviços pode seguir diferentes lógicas: (1) tipos de organização, com as categorias hospital, Centros de Assistência Psicossocial, Unidades de Saúde da Família, dentre outras; (2) nível de atenção, com as categorias Atenção Primária, Secundária ou Terciária; (3) natureza jurídica, pública – administração direta ou indireta – ou privada – lucrativa ou não-lucrativa; (4) especificidades profissionais ou especialidades, como saúde mental, saúde bucal, saúde da mulher, saúde da criança, médico, enfermeiro, dentre outras.

Essa diversidade de categorias e sua sobreposição se configuram como um desafio complexo para os estudos de administração dos serviços de saúde ou dos sistemas de saúde, de modo que a maioria dos artigos se insere em diversas classificações. Se realizada a classificação dos serviços a partir de qual organização produz tal serviço, emergem, nesse bojo, os serviços hospitalares de farmácia, como no artigo de Messeder e col. (2007), ou o atendimento de urgência em hospital pediátrico, como no artigo de Melo e col. (2007). Este ressalta o fato de uma variável clássica na saúde, a urgência, ser ainda um tema em aberto nos serviços pediátricos,

haja vista a fragilidade das crianças muito pequenas e a ocorrência da interação com as outras variáveis que levam os acompanhantes dessas crianças a procurarem os serviços de urgência: ansiedade dos pais, experiência anterior com alguma perda, facilidade de locomoção ou recusa em aceitar o médico de família. Nesse contexto, tem-se que a hierarquização dos serviços se consolidará não apenas a partir do desejo dos profissionais, mas também a partir da consideração das características dos atendimentos e dos usuários no contexto específico de cada serviço de saúde.

Quando tipificados como serviços de Atenção Primária, os artigos concentram maior atenção no Programa Saúde da Família e destacam que a incorporação de serviços de saúde bucal nesse programa parece um problema de muito difícil equacionamento. É o que parecem sugerir as considerações finais do artigo de Souza e Roncalli (2007), com a afirmação de que o modelo assistencial em saúde bucal, após sua incorporação no Programa Saúde da Família, não avançou na maioria dos municípios estudados.

A pressão pela incorporação de novos serviços em saúde também pode ser identificada no artigo de Floriani e Schramm (2007), que propõe uma discussão acerca da introdução de cuidados paliativos dispensados aos pacientes com doenças avançadas e em fase terminal na rede de atenção básica e traz releituras da assistência à saúde a partir de relações entre conceitos como “cuidado total”, “dor total” ou “cuidado terminal”. Essa pressão também pode ser verificada no artigo de Horrovitz e col. (2006), que traz propostas para a formulação de políticas públicas em genética clínica, visto que 5% dos nascidos vivos apresentam alguma anomalia do desenvolvimento determinada total ou parcialmente por fatores genéticos e se registra um aumento da proporção de mortes atribuíveis a defeitos congênitos. Frente

à redução proporcional dos óbitos por causas infecciosas e respiratórias, as malformações congênitas passaram de quinta, em 1980, para segunda causa de mortalidade infantil no Brasil em 2000. Um raciocínio lógico leva à conclusão de que a inclusão desses serviços de cuidados paliativos e genética clínica viria acompanhada de novos custos, que não precisam, obrigatoriamente, estar no escopo desses trabalhos (Floriani e Schramm, 2007; Horrovitz e col., 2006), mas se tornam objeto para outros trabalhos, considerando-se que o aspecto financeiro deve ser considerado como determinante na construção e na gestão de sistemas de saúde.

Os serviços de saúde mental aparecem em três artigos e trazem em seu escopo a mudança da perspectiva: transferem a produção desses serviços da internação hospitalar para o espaço ambulatorial, numa mudança de enfoque de qual serviço de saúde se deseja oferecer a determinado público.

Corrêa (2006) destaca a importância de se desenvolverem, permanentemente, conceitos e técnicas de administração para as operações de serviços e as implicações da introdução do conceito de cliente interno. As atividades de apoio executadas por diversas subdivisões funcionais – gerências, departamentos ou seções – podem ser consideradas serviços e se caracterizam como uma relação cliente-fornecedor interno. A integração das muitas funções de uma organização vai depender de uma boa gestão dessa relação com a consequente quebra das barreiras organizacionais.

A partir do enfoque de Corrêa (2006), surge uma gama de serviços para além daqueles tradicionais no campo da saúde, por vezes chamados de serviços fins, para serem integrados à abordagem da gestão de sistemas de saúde ou da gestão do trabalho dos profissionais da saúde. Para um resultado mais efetivo, tanto a incorporação de novas tecnologias como os processos dos serviços já estabelecidos

precisam estar acompanhados de serviços de apoio e capacitação aos profissionais envolvidos. Tratando a gestão do desempenho como processo pelo qual os gerentes miram o desempenho de indivíduos e grupos no contexto dos objetivos organizacionais, Brissón e Spinelli (2005) permitem inferir de seu artigo que essa atividade pode ser considerada uma relação cliente–fornecedor interno. Entretanto, nesse mesmo artigo, os autores ressaltam que certas práticas de gestão ainda são associadas a empresas privadas, a estratégias de controle laboral ou ao cumprimento de uma tarefa burocrática a mais. De fato, parece haver uma tensão frequente dos serviços de gerenciamento e de cuidado com as diferentes perspectivas dos profissionais dessas diferentes áreas. Por exemplo, o artigo de Santos e col. (2007, p. 80), ao discutir o processo de acolhimento do Programa Saúde da Família, traz observações de que as recepções nas unidades estudadas “são burocratizadas e conduzidas por critérios administrativos e não técnicos”.

Embora se observe, nos artigos, a ocorrência do termo *qualidade* em relação aos serviços de saúde, não parece que a abordagem seja sob a perspectiva de uma teoria administrativa na modelagem Gestão da Qualidade Total. Pode-se afirmar que a presença desse referencial foi bastante incipiente e predomina a utilização do termo *qualidade* no sentido do senso comum e na análise da opinião e da satisfação dos usuários dos serviços. A perspectiva sugerida por Malik (1998, p. 19) – segundo a qual a “qualidade tem a ver com indicadores concretos que permitam dizer por que determinada prática é melhor que outra”, de modo que, na maioria das vezes, não existem comparações *a priori*, as quais precisam, pois, ser construídas – não ocorreu com a frequência esperada frente ao potencial desse instrumental para tratar da gestão de serviços de saúde.

Organizações de saúde: hospitais; unidades básicas e o que mais?

Para Chiavenato (1983), a tarefa da Administração é interpretar os objetivos propostos pela organização e transformá-los em ação organizacional por meio do planejamento, da organização, da direção e do controle dos esforços realizados nas áreas e nos níveis da organização. A partir dessa perspectiva, depreende-se que não se pode falar de Administração sem sua contraparte, a organização.

Na amostra analisada, o hospital se faz presente no maior número de artigos, 10, como principal forma organizacional. Dada a pressão por seus altos custos operacionais, o hospital tem sido o tipo de organização onde as inovações da gestão em saúde têm sido especialmente estudadas. A gestão da clínica, com instrumentos como gestão da patologia – monitoramento do tipo de cuidado, resultados e custos relacionados a doenças selecionadas – ou do caso – monitoramento de resultados e custos relativos a clientes selecionados ou a aplicação de diretrizes e protocolos clínicos –, compõe um ferramental bastante adequado ao contexto hospitalar. Todavia, apenas um artigo, que focaliza as operadoras de plano de saúde, trouxe no seu escopo esses objetos de estudo (Portela, 2008).

De acordo com o artigo de Lima e col. (2006), os hospitais filantrópicos que fizeram parte daquele estudo apresentaram estrutura gerencial pouco desenvolvida, com aparente diferenciação positiva com relação aos hospitais com planos de saúde em se tratando das dimensões direção e planejamento econômico-financeiro, recursos humanos, serviços técnicos, serviços logísticos e tecnologia da informação. As exigências da Agência Nacional de Saúde, especialmente no campo econômico-financeiro e da produção de atividades, aparece como fator explicativo de um melhor

desempenho. Essa constatação faz refletir sobre a capacidade reguladora do Estado como função de suas estruturas e a necessidade de conjugar o modelo organizacional – agência pública ou administração direta – com a missão em questão.

O artigo de Lima e Rivera (2006) trata de uma Coordenadoria com responsabilidade sobre a gestão de uma região de saúde do Rio Grande do Sul e expõe que, apesar de uma estrutura organizativa coerente com a missão definida, essa organização não conseguiu construir objetivos claros e concretos que expressassem no cotidiano aquilo que configuraria o empenho para realizar sua missão. Nas palavras desses autores, “sem objetivos claros, fica difícil definir prioridades e fazer escolhas, dificultando, ainda, a reflexão sobre se o que se está fazendo continua importante e adequado para os usuários” (Lima e Rivera, p. 2183).

Para Barbieri e Hortale (2005), a administração pública direta do setor saúde, ao estabelecer o Sistema Único de Saúde, antecede as premissas de uma reforma administrativa com enfoque gerencial, que prevê redução no controle de processos com ênfase nos resultados. Nesse estudo, identificaram-se, na Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, quatro níveis gerenciais com resultados de pesquisa que apontam problemas relativos à organização da Secretaria, que não implementou modelos de supervisão para conhecer como as ações são executadas. Ao fato de que pouco se conhece acerca dos mecanismos gerenciais internos dos municípios, os referidos autores ressaltam que, em organizações profissionais, como as de saúde, muitas decisões são tomadas pelo profissional em sua base operacional, fato inerente ao seu campo de conhecimento. Nesse sentido, os profissionais nos níveis executivos de organizações de saúde tendem a se identificar mais com as categorias às quais

pertencem do que à organização em que trabalham, o que pode induzir ao corporativismo.

De fato, construir estruturas organizacionais com a responsabilidade de gerir sistemas de saúde enfrenta a dificuldade de introduzir um novo nível hierárquico para lidar com organizações onde, dada sua natureza especializada, o controle sobre os processos de trabalho exige estruturas horizontalizadas. Esse quadro se agrava quando se trata de um contexto, principalmente para os municípios, de ausência de profissionais com formação ou experiência para a gestão de um sistema de saúde, como identificado no artigo de Silva e col. (2007).

Novas organizações ou estruturas organizacionais vão surgindo na administração pública brasileira, no contexto do Sistema Único de Saúde, para dar conta da gestão de aspectos específicos como, por exemplo, as centrais de regulação assistencial. O artigo de Evangelista e col. (2008), ao analisar a Central de Internação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, destaca a relação entre a localização da oferta e a localização dos usuários, reafirmando a proximidade geográfica como determinante do acesso e da utilização de serviços. Assim, uma organização desempenha seu papel de assistência de modo efetivo à medida que seus processos organizacionais de são capazes de atingir os resultados esperados em um contexto de interação entre as mais diversas variáveis.

Ademais, verificou-se que, em alguns artigos da amostra, a função gerencial do sistema de saúde é tratada de modo excessivamente difuso. As secretarias de saúde, estaduais ou municipais, aparecem como responsáveis pela gestão do sistema, sem serem explicitadas as responsabilidades das estruturas sobre os processos estabelecidos para sustentar essa função. Tratar essas organizações, órgãos de

governo de entes de médio ou grande porte, sem abordar as diferenças de responsabilidades dos seus níveis organizacionais aparenta um distanciamento de abordagens mais de acordo com as teorias administrativas.

O artigo de Machado (2007), ao analisar a articulação entre as funções de gestão do sistema no âmbito nacional, levanta, ainda que tangencialmente, a questão da organização do Ministério da Saúde. Mesmo dentro de uma tendência de substituição do Estado planejador, produtor direto de bens e serviços e empregador, pelo Estado regulador, suas funções executivas no sistema de saúde são: formulação de políticas e planejamento, financiamento, regulação, execução de ações e serviços de saúde. Essas funções têm pesos diferentes dentro do Sistema Único de Saúde: por exemplo, a diretriz da descentralização tem conduzido o exercício da função execução dos serviços de saúde aos entes subnacionais e, portanto, requer que a estrutura organizacional do Ministério da Saúde seja adequada para desempenhar cada uma dessas funções. O artigo observa, no período de 1990 a 2002, a sobreposição de antigas e novas estratégias de regulação em quatro âmbitos: sobre prestadores de serviços ao SUS, de sistemas estaduais e municipais de saúde, de regulação sanitária e de mercados em saúde. As estratégias – emissão de portarias, administração da remuneração de serviços, manutenção dos sistemas de informação ou ações de auditoria – são materializadas por agentes públicos em um contexto organizacional e no modo como organizações podem ser estudadas pela comunidade da Saúde Pública.

Política e Administração: como este hibridismo acontece na Saúde Pública?

De acordo com Cavalcanti (1984), a Administração Pública é entendida como uma disciplina híbrida, que tem ligações orgânicas com a Ciência Política e a análise organizacional. Entretanto, tanto a Política como a Administração também podem ser vistas como disciplinas híbridas, pois não há como não considerar o peso da Economia nos estudos da Ciência Política ou a importância da Psicologia para a abordagem da gestão de pessoas.

Na maioria dos artigos, 50, existe o olhar voltado para a coisa pública, campo de intersecção entre a Ciência Política e a Administração Pública. A gestão da coisa pública está no cerne dessas duas disciplinas, mas pode-se afirmar que, em alguns artigos, foi feita a opção pelo predomínio da perspectiva política, coerente quando o objeto de estudo selecionado são comparações de políticas de Estados. No artigo de Serapioni e Romani (2006), foram apresentados três modelos diferentes de participação em saúde – as instâncias colegiadas da Itália, Inglaterra e Brasil –, e, no artigo de Gerlinger e Urban (2007), foram traçadas tendências na política de saúde europeia, a partir de dados de Portugal, Alemanha, Suécia, Polônia e Reino Unido (não se justificando, portanto, a hibridação da Ciência Política com a Administração nestes casos). Entretanto, quando o foco é a implementação de políticas de saúde, uma maior ênfase nas dimensões organizacionais pode ser desejável nos artigos das revistas de Saúde Pública.

Para Keinert (2000), principalmente nos países latinos, a Ciência Jurídica pode ser considerada a “disciplina-mãe” da Administração Pública, já que aquela se originou como área do Direito Administrativo. No meio sanitário, a cultura política

legalista brasileira se manifesta na multiplicação de portarias e documentos oficiais com conteúdos genéricos que retroalimentam a construção do discurso “politicamente correto” presente nas publicações científicas da Saúde Pública e predominante no âmbito da participação social, como pode ser verificado pelos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (Pinheiro, 2003).

A perspectiva de Estado democrático não elimina a tensão na política, ainda mais em um país com desigualdades sociais como o Brasil. A tensão na política de saúde brasileira pode ser entendida em um contexto de tensão das garantias dos direitos individuais, quando predomina a modelagem de um Estado mais liberal, com a priorização da dimensão liberdade e as garantias dos direitos sociais, com priorização da dimensão igualdade, portanto em uma perspectiva de maior intervenção do Estado (por conseguinte, menos liberal) (Kerstenetzky, 1999).

De acordo com Medauar (2003), deve-se reconhecer a evolução do Direito Administrativo em consonância com a evolução conceitual de Estado democrático, o qual, antes de ser capaz de criar direito, atua na sua garantia. Como essa garantia de direitos se manifesta por meio da positivação de serviços, alguns estudiosos do Direito, ao ressaltarem essa dimensão dos serviços, se referem ao Estado de Direito como um Estado servidor, cuja soberania está sob o regime da lei e cujo poder se configura em dever.

É possível se entender que existe, no setor público da saúde brasileira, a responsabilidade de órgãos de governo – Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde – sobre a gestão de sistemas de saúde na qual ocorre materialmente a administração de recursos financeiros e humanos para a garantia do direito à saúde. Desconhecer a natureza política dessas organizações seria um

equivoco; porém, como afirma o artigo de Guimarães e col. (2004, p. 1644), a trajetória da administração pública latino-americana escreveu com mais cores “a rigidez conjugada com ineficiência; ausência de mecanismos de controle externo; distanciamento e não compromisso com as demandas dos cidadãos; excessos burocráticos e uso político da máquina estatal para realizar interesses particulares”.

Guimarães e col. (2004) entendem que, no campo da Administração, a gestão se aproxima da ideia de gerência, com caráter mais operacional e instrumental de uma função organizacional voltada à coordenação e ao controle. No campo da Ciência Política, o conceito de gestão incorpora uma dimensão de aspectos menos procedimentais, privilegiando a discussão sobre o poder e sua legitimidade. A complementaridade desses pólos conceituais ganha maior força quando abordada a função gerencial dos órgãos do poder executivo do setor saúde, com o tratamento dessas estruturas organizacionais seja sob uma perspectiva funcional, como no artigo de Garibotti e col. (2006), que trata da consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária e ressalta seu isolamento institucional no contexto da saúde, seja sob uma perspectiva geográfica, como no artigo de Lima e Rivera (2006), que investiga a gestão de sistema de saúde no contexto de departamentalização da Secretaria de Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul em coordenadorias de saúde.

Pode-se afirmar que, também em relação ao tema regionalização em saúde, ocorre a polarização entre as abordagens da Política ou da Administração. Lencioni (1999) afirma que a palavra região transforma os geógrafos em prisioneiros de um problema complexo.

[S]e de início ela pode ser considerada mera representação, a noção contém sentidos variados. É uma palavra de uso corrente e, como às vezes ocorre com o discurso geográfico, se exprime por metáforas. [...] a palavra região

assume caráter ideológico à medida que se torna referência para a construção de mistificações geográficas (Lencioni p.198).

Os dois grandes marcos do desenvolvimento do pensamento geográfico acerca da interpretação do objeto da geografia seriam: (1) o estudo da relação entre o homem e o meio, de modo tal que a região existe em si mesma e cabe ao pesquisador reconhecer a região por meio de análises; e (2) um campo de conhecimento voltado ao estudo das diferenciações das áreas, de forma tal que a região não existe em si mesma, mas se conforma no final do processo de investigação, o qual, ao elaborar critérios definidos, constrói um recorte espacial.

O artigo de Vianna e Elias (2007) é um exemplo da influência da geografia humana nos estudos de Saúde Pública e do potencial dessa integração interdisciplinar. Os autores realizaram também uma abordagem histórica do desenvolvimento de São José dos Campos enquanto cidade industrial e sanatorial, onde a abordagem política não dialoga com a Administração.

Para Viana e col. (2008), a regionalização fundamentada em outra concepção teórica contribui para uma ampliação do debate sobre a relação entre saúde e território, para que o planejamento territorial não signifique a somatória das políticas setoriais, mas a articulação destas em torno de projetos baseados no território usado. Contudo, há que se reconhecer que a regionalização da saúde vinculada à organização do sistema, considerando parâmetros epidemiológicos e de assistência, ainda tem importante papel a desempenhar, até mesmo para legitimar os órgãos públicos do setor saúde como atores políticos e administrativos competentes para um diálogo intersetorial.

O artigo de Paim e Teixeira (2006) traz um balanço do estado da arte da área de Política, planejamento e gestão em saúde, destacando que, entre o final das décadas de 1980 e 1990, se registrou, na literatura das Ciências da Saúde, um interesse crescente por essa área quando docentes e pesquisadores passaram a atuar junto a secretarias estaduais e municipais de saúde, mas referindo-se pouco as instituições e serviços de saúde. Esses autores reconhecem que a produção científica tende a ser atravessada por ideologias diversas e a presença de disputa por prestígio ou financiamento ocorre em uma intrincada trama de relações entre o meio acadêmico e as instituições de serviços. Esse reconhecimento está de acordo com Romano (2002), para quem o mundo da pesquisa, tal qual o universo social que o envolve, pode ser pensado como uma sequência de esferas, cada qual com lógica e ética próprias.

Em consonância com a Filosofia, que poder ser considerada a matriz de todas as ciências, encontrou-se, entre os artigos, o trabalho de Hennington (2008), que apresenta uma reflexão sobre o trabalho em saúde, confrontando o pensamento do filósofo francês Schwartz e a temática da gestão dos processos de trabalho no contexto da política de humanização.

Parece haver, no contexto da política brasileira de saúde, uma corrente segundo a qual documentos públicos assumem o formato de formulações idealizadas, contribuindo para que esse setor da Administração Pública, enquanto área de estudo, se afaste de uma requerida postura pragmática, “capaz de fornecer diretrizes, tanto menos ambíguas quanto possíveis, à ação social do Estado e de sua burocracia” (Cavalcanti, 1984, p. 237).

Publicações, na maioria do Ministério da Saúde, citadas como ponto de partida nos artigos das revistas de Saúde Pública, abrem, de alguma maneira, espaço para que questões complexas sejam tratadas de forma idealizada, sem a devida problematização entre as boas intenções do que se deseja implementar e a realidade. Assim, por exemplo, no artigo de Hennington (2008), verifica-se uma idealização formulada a partir da Política Nacional de Humanização, que “[...] pretende ter caráter transversal, perpassando todos os níveis de atenção à saúde. A humanização é entendida como uma transformação cultural da atenção aos usuários e da gestão de processos de trabalho”. Não obstante, a problematização parece ser transferida para a existência de uma visão gerencial, alimentando falsas polêmicas em relação à gestão de pessoas e gerando a postulação crítica de que “os trabalhadores da saúde não podem mais ser considerados simplesmente ‘instrumentos’ ou ‘recursos’ na oferta de cuidados necessários, mas atores estratégicos [...]”, argumentações que de fato, não estão de acordo com os atuais referenciais da Administração (Hennington, 2008, p. 556).

De acordo com França (2007, p. 3),

o cenário da gestão de pessoas nas organizações ascendeu de atividades operacionais e legisladas para ações corporativas estratégicas. As responsabilidades dos profissionais envolvidos, que tiveram como origem o “registro em carteira”, ampliaram-se para: qualidade pessoal, qualificações culturais, competências tecnológicas, responsabilidade empresarial e cidadania.

De fato, o marco legal de gestão de recursos humanos do Sistema Único de Saúde não está de acordo com esta visão mais contemporânea da gestão de pessoas, mas, provavelmente, com o período chamado de burocrático, de 1930-1950, com o advento da legislação trabalhista. Considerando-se o período seguinte, chamado de tecnicista (1950-1960), no qual é adotado o conceito de sistemas de recursos

humanos (compostos por, dentre outros, recrutamento, seleção, treinamento, avaliação de desempenho e programas de cargos e salários, com maior preocupação com eficiência e desempenho), pode-se afirmar que apenas alguns desses aspectos têm sido colocados em prática. Assim, para que a administração de recursos humanos do Sistema Único de Saúde possa ser considerada ingressante no período atual, iniciado em 1990, chamado de Reformas Estruturais Profundas, deve-se reconhecer a necessidade de um enorme salto qualitativo, a partir do qual argumentos, como os apresentados no artigo de Souza e Roncalli (2007), de que a ausência de isonomia salarial é evidência de relações de trabalho precárias, possam ser reavaliados mais criticamente. Provavelmente, a harmonização entre a Administração e a Política encontre na gestão das pessoas um dos campos de maior desafio.

O ambiente de mudança, bastante presente também no setor saúde, tem trazido novas abordagens organizacionais pelos estudiosos da Administração. Overholt (2000) aponta que as organizações bem-sucedidas serão aquelas que institucionalizarem sua capacidade de adaptação constante e criarem um ambiente estável para a mudança contínua. Na Saúde Pública, a resolução desse aparente paradoxo se dará com o desenho de arquiteturas organizacionais que cumpram diferentes finalidades estratégicas – gestão de serviços ou sistemas de saúde – no contexto do desenvolvimento da política de saúde.

Para Romano (2002), os grupos de pesquisadores devem ter licença para errar, pois, se lhe for dado esse tempo, permitindo que vários caminhos sejam empreendidos antes de serem estabelecidos conhecimentos ou procedimentos, será poupado tempo dos governantes. Assim, não se deve desejar que os pesquisadores de

Saúde Pública não errem no desenvolvimento do conhecimento da Administração Pública do setor saúde, mas, sim, que se façam efetivamente presentes.

Referências

- ALMEIDA FILHO, N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, n. 34, p. 11-34, nov.–dez. 2000.
- ALVARENGA, A. T. A saúde pública como campo de investigação interdisciplinar e a questão metodológica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, n. 3, v. 2, p. 22-41, 1994.
- AMORIM, D. G.; TAGHREED, A.; AMARAL, J. J. F.; GOUWS, E.; BRYCE, J.; VICTORA, C. G. Integrated Management of childhood illness: efficiency of primary health in northeast Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 42, v. 2, p. 183-190, 2008.
- BARBIERI, A. R.; HORTALE, V. A. Desempenho gerencial em serviços públicos de saúde: estudo de caso em Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1349-1356, set.–out. 2005.
- BRASIL. *Constituição Federal*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2000.
- BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional 29. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 14 set. 2000
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção I, p. 43.
- BRISSÓN, M. E.; SPINELLI, H. G. Utilización de proyectos de trabajo en una organización de salud del sector público en Argentina: paradojas, dilemas y oportunidades. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 554-564, mar.–abr. 2005.
- CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 5, n. 2, p. 219-230, 2. sem. 2000.
- CARMO-NETO, D. Como fazer uma análise de conteúdo. In:_____. *Metodologia científica para principiantes*. Salvador: Editora Universitária Americana, 1993. p. 409-427.

CASTRO, C. G. J.; WESTPHAL, M. F. Modelo de Atenção. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA E. S. *Gestão de serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS*. São Paulo: EDUSP, 2001. p. 91-111.

CAVALCANTI, B. S. A gestão pública como componente do desenvolvimento curricular das escolas de administração. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 235-240, out.-dez. 1984.

CHIAVENATO, I. *Introdução à Teoria Geral da Administração*. São Paulo: McGraw-Hill, 1983.

CORRÊA, H. L. *Gestão de serviços: lucratividade por meio de operações e de satisfação dos clientes*. São Paulo: Atlas, 2006.

EVANGELISTA, P. A.; BARRETO, S. M.; GUERRA, H. L. Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 767-776, set.-out. 2008.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2072-2080, set. 2007.

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS M. J. *Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia da informação*. Porto Alegre: Bookman, 2005.

FORTES, P. A. C. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 696-701, mar. 2008.

FRANÇA, A. C. L. *Práticas de recursos humanos – PRH: conceitos, ferramentas e procedimentos*. São Paulo: Atlas, 2007.

GARIBOTTI, V.; HENNINGTON, E. A.; SELLI, L. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1043-1051, maio 2006.

GUIMARÃES, M. C. L.; SANTOS, S. M. C.; MELO, C.; FILHO, A. S. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1642-1650, nov.-dez. 2004.

HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 42, v. 3, p. 555-561, 2008.

HOROVITZ, D. D. G.; CARDOSO, M. H. C. A.; LLERENA, J. C.; MATTOS, R. A. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: características do atendimento e propostas para formulação de políticas públicas em genética clínica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2599-2609, dez. 2006.

- KEINERT, T. M. M. *Administração pública no Brasil: crises e mudanças de paradigmas*. São Paulo: Annablume/FAPESP, 2000.
- KERSTENETZKY, C. L. Desigualdades justas e igualdade complexa. *Lua Nova*, São Paulo, n. 47, p. 5-26, 1999.
- KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 2006.
- LENCIONI, S. *Região e geografia*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.
- LIMA, J. C.; RIVERA, F. J. U. Gestão de sistemas regionais de saúde: um estudo de caso no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2179-2189, out. 2006.
- LIMA, S. M. L.; PORTELA, M. C.; UGÁ, M. A. D.; BARBOSA, P. R.; GERSCHMAN, S.; VASCONCELLOS, M. M. Hospitais filantrópicos e a operação de planos próprios no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 41, v. 1, p. 116-123, 2006.
- MACHADO, C. V. O modelo de intervenção do Ministério de Saúde brasileiro nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2113-2126, set. 2007.
- MALIK, A. M. Qualidade, profissionais e organizações de saúde. *Revista de Administração em Saúde*, v. 1, n. 2, p. 17-20, abr.-jun. 1998.
- MEDAUAR, O. *O direito administrativo em evolução*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2003.
- MELO, E. M. C.; ASSUNÇÃO, A. A.; FERREIRA, R. A. O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgência: fatores intervenientes no atendimento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n.12, p. 3000-3010, dez. 2007.
- MESSEDER, A. M.; CASTRO, C. G. S. O.; CAMACHO, L. A. B. Projeto diagnóstico da farmácia hospitalar no Brasil: uma proposta de hierarquização dos serviços. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 835-844, abr. 2007.
- OVERHOLT, M. H. Flexibilidade e vantagem competitiva. *HSM Management*, v. 18, n. 1, p. 68-72, 2000.
- PACHECO, S. P. Administração Pública nas revistas especializadas. *RAE – Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 63-71, 2003.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 40 (n. esp.), p. 73-78, 2006.
- PINHEIRO, M. C. *Equidade em saúde e as Conferências Nacionais de Saúde pós-Constituição Federal de 1988*. São Paulo, 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

PORTELA, M. C.; LIMA, S. M. L.; FERREIRA, V. M. B.; ESCOSTEGUY, C. C.; BRITO, C.; VASCONCELLOS, M. T. L. Diretrizes clínicas e outras práticas voltadas para a melhoria da qualidade assistencial em operadoras de planos de saúde sob a perspectiva dos seus dirigentes, no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 253-266, fev. 2008.

ROMANO, R. Ciência para justiça e equidade. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 11, n.1, p. 53-66, jan-jul. 2002.

SANTANA, J. P. *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 1997.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A.; RODRIGUES, A. A. A. O.; NASCIMENTO, M. A. A.; JORGE, M. S. B. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, jan. 2007.

SERAPIONI, M.; ROMANÍ, O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n.11, p. 2411-2421, nov. 2006.

SILVA, L. M. V.; HARTZ, Z. M. A.; CHAVES, S. C. L.; SILVA, G. A. P.; PAIM, J. S. Análise da implementação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 355-370, fev. 2007.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, nov. 2007.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. *Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas, 1995.

VIANA, A. L. A.; IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; LIMA, L. D.; ALBUQUERQUE, M. V.; IOZZI, F. L. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.

VIANNA, P. V. C.; ELIAS, P. E. M. Cidade sanatorial, cidade industrial: espaço urbano e política de saúde em São José dos Campos, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1295-1308, jun. 2007.

4.2 ARTIGO FORMATADO PARA O PERIÓDICO *CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA*

O artigo “**A atitude dos agentes públicos em relação à estrutura organizacional do nível central de uma Secretaria Municipal da Saúde**” foi formatado de acordo com as instruções do periódico *Cadernos de Saúde Pública*, que é uma publicação da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Situação: Não enviado

A atitude dos agentes públicos em relação à estrutura organizacional do nível central de uma Secretaria Municipal da Saúde

Titulo corrido: Atitude dos agentes públicos em relação à estrutura organizacional

Public agents' attitude towards the organizational structure at the core of a Municipality Health Department

Marcelo Cardoso Pinheiro

Doutorando em Saúde Pública – Faculdade de Saúde Pública – USP

Rua Tomás Carvalhal, 310 – apto. 81 – CEP: 04006 000

Paraíso – São Paulo – SP – Brasil

E-mail: marcelocapi@uol.com.br

Cláudio Gastão Junqueira de Castro

Professor do Departamento de Prática de Saúde

Pública da Faculdade de Saúde Pública – USP

Rua Dr. Arnaldo, 715 – CEP: 01246 904

Cerqueira César – São Paulo – SP – Brasil

E-mail: claudiog@usp.br

Resumo

As características do Sistema Único de Saúde fazem com que as secretarias de saúde dos estados e dos municípios de maior porte tenham estruturas organizacionais mais complexas para gerir o sistema de saúde sob suas responsabilidades. A partir de um questionário estruturado, que fomentou uma pesquisa quantitativa do tipo descritiva com uma amostra não-probabilística de 240 funcionários, o objetivo deste trabalho é evidenciar o nível atitudinal dos agentes públicos da esfera central da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo em relação a essa estrutura organizacional. No teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, com significância estatística de 0,05 ($\alpha < 0,05$), para as 26 assertivas que compuseram o questionário, ocorreram diferenças de opinião em uma, nove e três delas quando os funcionários foram agrupados por, respectivamente, tempo de serviço no Gabinete, tipo de vinculação profissional e tipo de cargo. A função a ser executada pelo nível central da Secretaria cuja importância atribuída mais variou foi a prestação de serviços de saúde.

Palavras-chave: Administração Pública; Gestão em Saúde; Sistemas de Saúde; Organização e Administração.

Abstract

The characteristics of the Brazilian Single Health System account for health departments with more complex organizational structures to manage local health systems in larger municipalities and states in Brazil. Building on a structured questionnaire yielding a qualitative, descriptive study with a non-probability sample of 240 employees, this paper aims at mapping the attitudinal level of public agents working at the core of Sao Paulo Municipality Health Department towards such an organizational structure. The Kruskal-Wallis non-parametric test at 5% significance level points out that, among the 26 statements in the questionnaire, respondents' opinion differed in one, nine and three of them when the agents were gathered, respectively, by seniority in the Department Cabinet, by type of professional contract, and by job. The function to be performed at the core of the Health Department which had more variation in terms of importance was the delivery of health services.

Keywords: Public Management; Health Management; Health Systems; Organization and Management.

Introdução

A estrutura institucional e decisória do Sistema Único de Saúde é composta, além das Comissões Intergestores e dos Conselhos de Saúde, também pelos seguintes órgãos gestores: Ministério da Saúde, no nível nacional; Secretarias Estaduais de Saúde, no nível estadual; e Secretarias Municipais de Saúde, no nível municipal.

Em 2006, o Ministério da Saúde editou, em forma de portaria, um documento, o Pacto pela Saúde, no qual é proposta a definição clara, por meio de compromisso público, das responsabilidades de cada ente federado. Nesse documento, é explicitada a necessidade de aprimoramento de gestão, com ênfase em aspectos como planejamento e definição de prioridades, fiscalização da aplicação dos recursos financeiros e racionalização de gastos, gestão do trabalho e capacitação, desenho de processos organizacionais como avaliação, monitoramento, auditoria e contratualização de prestadores de serviços, bem como gestão de sistema de informação. Em suma, faz-se necessário que a gestão do sistema de saúde objetive a promoção, prevenção e assistência à saúde e dê garantias aos princípios constitucionais de integralidade de atenção e universalidade do acesso.¹

Para que as boas intenções do pacto se concretizem, pressupõe-se que as Secretarias Estaduais de Saúde, assim como as Secretarias de Saúde de municípios de grande porte, responsáveis pela gestão de sistemas de saúde mais complexos, contem com estruturas organizacionais adequadas ao exercício desta função.

O enfoque de uma gerência que atenda à missão particular dos programas sociais, às dinâmicas de alta volatibilidade e à orientação voltada para participação, descentralização e transparência, no intuito de que o Estado seja capaz de orientar a formação de redes intersociais com vistas à solução de problemas sociais concretos,

exige uma ação sistemática e laboriosa. Nesse sentido, compete ao Estado social inteligente desenvolver habilidades que lhe facultem, com propriedade, entrar em acordo, negociar, planejar em conjunto e criar desenhos organizativos ágeis e abertos.²

A estrutura de uma organização deve refletir a situação da organização – sua idade, tamanho, sistema de produção e ambiente –, e sua configuração depende da manipulação de uma série de parâmetros que determinam a divisão do trabalho e a obtenção da coordenação. Destacam-se como principais parâmetros do desenho estrutural a especialização do trabalho, a formalização do comportamento, o treinamento, o agrupamento unitário, o tamanho da unidade, os sistemas de controle e planejamento, os dispositivos de ligação e a descentralização.³

Para Vasconcellos e Hemsley (1997)⁴, a estrutura organizacional é composta pelo subsistema de autoridade, pelo subsistema de comunicação e pelo subsistema de atividades. A interação dos seguintes aspectos a serem discriminados em cada organização forma a estrutura organizacional: determinação das atividades, escolha dos critérios de departamentalização, definição quanto à centralização ou à descentralização de áreas de apoio, localização de assessorias, decisão quanto à amplitude de controle e ao número de níveis hierárquicos, estabelecimento do nível de descentralização de autoridade, implementação de sistema de comunicação e determinação do grau de formalização.

A definição de estrutura organizacional, postulada por Vasconcellos e Hemsley (1997)⁴, foi utilizada como base para a elaboração das assertivas para apreender a opinião dos funcionários do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP) a respeito de sua de estrutura organizacional:

A estrutura organizacional pode ser definida como o resultado de um processo através do qual a autoridade é distribuída, as atividades desde os níveis mais baixos até a Alta Administração são especificadas e um sistema de comunicação é delineado permitindo que as pessoas realizem as atividades e exerçam a autoridade que lhes compete para o atingimento dos objetivos organizacionais.⁴

A cidade de São Paulo tem uma população de aproximadamente 11 milhões de habitantes e sua proposta de orçamento para o ano de 2009 foi em torno de 29 bilhões de reais. Em 2007, somando-se os diversos vínculos, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo contou com uma força de trabalho superior a 51 mil trabalhadores e um orçamento de quase 3,2 bilhões de reais empenhados na função saúde.⁵

Pode-se concluir que a gestão do sistema de saúde de um município do porte de São Paulo requer uma estrutura organizacional para gerenciá-lo. O Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo se caracteriza como essa estrutura, contando com quatro assessorias – Técnica, Parlamentar, Jurídica e de Comunicação e Imprensa – e sete coordenações – Financeira Orçamentária, de Epidemiologia e Informação, de Recursos Humanos, de Apoio ao Desenvolvimento da Gerência Hospitalar, de Integração e Regulação do Sistema, de Atenção Básica e de Vigilância em Saúde. Esses segmentos organizacionais dispõem de 1.246 trabalhadores, os quais constituem o universo a quem foi encaminhado o questionário aplicado por esta pesquisa. O objetivo deste trabalho é evidenciar, a partir de fatores organizacionais selecionados, o nível atitudinal dos agentes públicos da esfera central da Secretaria Municipal da Saúde em relação a essa estrutura organizacional para a gestão do sistema de saúde.

Metodologia

Esta pesquisa, que tem uma abordagem quantitativa do tipo descritiva, utilizou como técnica de levantamento de dados junto aos elementos amostrais um instrumento estruturado. Foram distribuídos 732 questionários nos dois prédios onde trabalham funcionários dos segmentos que representam os níveis gerenciais mais altos do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo: em um dos prédios, estão instalados o secretário, suas assessorias e todas as coordenações, com exceção da Vigilância a Saúde, que se localiza em um segundo prédio. Os questionários foram entregues para autopreenchimento voluntário entre setembro e outubro de 2008, constituindo, portanto, uma amostra não-probabilística. Foram devolvidos 240 questionários respondidos, o que significa uma taxa de retorno de quase 33%.

O questionário foi composto de perguntas dispostas em três blocos. O primeiro continha perguntas para composição de um perfil sociodemográfico, de formação acadêmica, de experiência profissional e de relação funcional com a Prefeitura Municipal de São Paulo. O segundo bloco compreendeu 26 assertivas sobre as quais se solicitou ao respondente que emitisse sua opinião por meio de uma escala intervalar de amplitude de 1 a 7, do tipo diferencial semântica bipolar, com extremos “discordo totalmente” e “concordo totalmente”. O terceiro bloco apresentava, além de questões sobre desenvolvimento e aproveitamento profissional, uma lista de possíveis funções a serem executadas no nível central de uma Secretaria para que o entrevistado desse uma nota de 0 a 10, segundo sua avaliação de importância, sendo 0 equivalente a nenhuma e 10 correspondente à maior importância.

Ressalte-se que, tanto nas assertivas quanto nas possíveis funções de uma Secretaria Municipal, buscou-se medir a atitude em relação a aspectos da estrutura organizacional do nível central e à importância das funções. Neste caso, a atitude é entendida como uma opinião ou avaliação sobre cada aspecto selecionado, de modo que o objetivo é a mensuração não dos fatos, mas da crença sobre determinados fatos, buscando-se inferências sobre características e inter-relações ou sobre a estrutura dessas crenças.⁶

Como resultado, foram elaboradas, segundo a pertinência, as seguintes estatísticas: frequência, média, mediana, moda, soma, percentis, desvio padrão e coeficiente de variação. Por meio do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, foram verificadas as diferenças de opinião entre estratos selecionados em relação às assertivas.

De acordo com Siegel (1975)⁷, as técnicas não-paramétricas de teste de hipótese são mais bem adaptáveis aos dados das ciências do comportamento por duas razões. Primeiro, para aplicá-las, não é necessário fazer suposição sobre a distribuição da população da qual foram extraídos os dados para a análise (*e.g.*, se a distribuição é normal). Segundo, esses testes, que também são chamadas de provas de ordenação, podem ser aplicados a dados que não sejam exatos do ponto de vista numérico, mas que se disponham em postos ou número de ordem.

Adotou-se a significância estatística de 0,05 ($\alpha < 0,05$) para a não aceitação da hipótese nula de igualdade entre os seguintes segmentos:

- Tempo de serviço no Gabinete, sintetizado nas categorias “até cinco anos”, “de cinco até 10 anos” e “mais de 10 anos”.

- Tipo de vinculação com a SMS-SP, representado pelas categorias “não efetivo”, “efetivo profissional da saúde” e “efetivo não profissional da saúde”.
- Tipo de cargo, segundo as categorias “comissionado” e “não comissionado”.

Por fim, cumpre destacar que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (parecer número 236/07) e seguiu a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96. Foi, inclusive, acolhida a exigência de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos respondentes.

Resultados e Discussão

A Tabela 1 mostra uma caracterização dos respondentes dos questionários a partir de variáveis sócio-demográficas. Verificou-se uma forte predominância do sexo feminino (72,5 %), além de que as faixas etárias de maior frequência foram a de 36 a 45 anos, com 25,4 %, e a de 46 a 55 anos, com 40,0%, as quais, agregadas, somam 65,4%.

Entre os respondentes, o grau de instrução que ocorreu com maior frequência foi o de pós-graduação, 40,8 %, seguido de superior completo, 37,5%. O fato de a titulação ter efeito explícito na progressão funcional ou promoção na carreira pública pode justificar a grande frequência desse alto grau de escolaridade.

Em virtude das características funcionais do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, com suas diversas assessorias e coordenações, pode-se prever a locação de profissionais com as mais diversas formações, como advogados na assessoria jurídica, psicólogos na coordenação de recursos humanos ou profissionais da saúde, como médicos e enfermeiros, em segmentos organizacionais

como Vigilância à Saúde e coordenação de Atenção Básica e de informações epidemiológicas. Encontrou-se, na amostra, uma ampla variação de formação entre os indivíduos que estão vinculados ao Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde, com o preenchimento de mais de 30 diferentes cursos superiores. Ocorreram altas frequências em formações tradicionais no campo da saúde, como medicina, enfermagem e psicologia, mas também foram encontrados, em menor frequência, trabalhadores com formação em física, química e história.

Tabela 1
Características sociodemográficas dos entrevistados.

| Variáveis | n | % |
|-----------------------------|-----|------|
| Sexo | | |
| Masculino | 66 | 27,5 |
| Feminino | 174 | 72,5 |
| Faixa Etária | | |
| até 25 | 13 | 5,4 |
| 26 a 35 | 32 | 13,3 |
| 36 a 45 | 61 | 25,4 |
| 46 a 55 | 96 | 40,0 |
| 56 a 63 | 23 | 9,6 |
| Não respondeu | 15 | 6,3 |
| Grau de escolaridade | | |
| Ensino Fundamental completo | 7 | 2,9 |
| Ensino Médio completo | 45 | 18,8 |
| Superior completo | 90 | 37,5 |
| Pós-graduação | 98 | 40,8 |

A Tabela 2 mostra uma caracterização do perfil dos respondentes em relação ao vínculo institucional, ao histórico profissional e à opinião sobre seu desenvolvimento e aproveitamento profissional. A maioria entre os respondentes correspondia a funcionários efetivos da Prefeitura Municipal de São Paulo, 74,2 %, dos quais 39,6 % tinham carreira de profissional da saúde e 34,6% possuíam carreira de não profissional da saúde.

O período de trabalho vinculado ao Gabinete variou até 27 anos, sendo que a maior frequência por agrupamento de anos foi da categoria “até 4 anos”, com 44,6%, o que sugere a ocorrência de uma alta rotatividade desses cargos. A maioria dos respondentes não ocupava cargo em comissão (77,5%), já tinha trabalhado em prestação de serviços de saúde (59,6%) e não tinha trabalhado em outra área do Gabinete (67,5%). Entretanto, se for considerada a ocorrência de incorporação de gratificação para 32,9% dos respondentes, o que ocorre pela permanência em cargos em comissão por períodos de cinco anos, e que alguns indivíduos permanecem no Gabinete por mais de 25 anos, pode-se inferir que alguns cargos ou competências individuais apresentam alguma tendência de continuidade.

Entre o total de respondentes, 52 estavam em cargo de comissão, 79 tinham incorporado gratificação por ter permanecido por determinado tempo em cargo de comissão e 16 estavam em cargo de confiança e já tinham incorporado gratificação. Esses dados sugerem a ocorrência, em determinada escala, de um reconhecimento da experiência anterior no exercício de funções comissionadas.

Na amostra, 66,3% dos entrevistados fizeram, no período em que estava trabalhando no Gabinete, algum curso cujo aprendizado tenha sido aplicado no trabalho. No que tange à opinião sobre o melhor aproveitamento do potencial de cada funcionário em outra área do Gabinete, houve equilíbrio entre o “sim” – parcialmente e totalmente (47,1%) – e o “não” (50%). Ainda que as limitações da amostra não-probabilística não permitam inferências em relação à população, esses resultados sugerem que pode haver uma alta porcentagem de indivíduos com baixa motivação em sua atual posição. De acordo com Chiavenato (1994)⁸, a motivação é uma função gerencial que precisa ser compreendido e utilizado como ponto de apoio para

potenciar e alavancar a satisfação dos funcionários para um bom desempenho no trabalho.

Tabela 2

Características histórico-profissionais dos entrevistados.

| Variáveis | n | % |
|--|-----|------|
| Vínculo com a Secretaria Municipal da Saúde | | |
| Não efetivo | 55 | 22,9 |
| Efetivo – Profissional da saúde | 95 | 39,6 |
| Efetivo – Não profissional da saúde | 83 | 34,6 |
| Não respondeu | 7 | 2,9 |
| Anos de Gabinete | | |
| Até 4 anos | 107 | 44,6 |
| De 5 a 10 anos | 71 | 29,6 |
| De 11 a 27 | 49 | 20,4 |
| Não respondeu | 13 | 5,4 |
| Cargo em comissão | | |
| Sim | 52 | 21,7 |
| Não | 186 | 77,5 |
| Não respondeu | 2 | 0,8 |
| Trabalhou em outra área do Gabinete | | |
| Sim | 78 | 32,5 |
| Não | 162 | 67,5 |
| Trabalhou em prestação de serviço | | |
| Sim | 143 | 59,6 |
| Não | 96 | 40,0 |
| Não respondeu | 1 | 0,4 |
| Fez curso aplicável no trabalho | | |
| Sim | 159 | 66,3 |
| Não | 73 | 30,4 |
| Não respondeu | 8 | 3,3 |
| Potencial seria mais bem aproveitado | | |
| Não | 120 | 50,0 |
| Sim, parcialmente | 79 | 32,9 |
| Sim, totalmente | 34 | 14,2 |
| Não respondeu | 7 | 2,9 |
| Incorporação de gratificação | | |
| Sim | 79 | 32,9 |
| Não | 153 | 63,8 |
| Não respondeu | 8 | 3,3 |

A Tabela 3 mostra as 26 assertivas ordenadas, de maneira crescente, pela média das respostas. As médias variaram de 3,5 a 5,9, sendo que as médias mais baixas, ou seja, aquelas com maior tendência à discordância, com médias inferiores a 4, corresponderam às assertivas de que “os conhecimentos adquiridos na minha formação são pouco utilizados no meu dia a dia” (3,5), “os funcionários que trabalham no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo têm uma boa visão do que acontece na rede de serviços de saúde no Município” (3,7) e há “integração entre os diversos segmentos/divisões do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo” (3,7).

Tabela 3:

| Média das notas dadas pelos entrevistados para cada assertiva | | |
|---|-------|-----|
| Assertiva | Média | n |
| Os conhecimentos adquiridos na minha formação são pouco utilizados no meu dia-a-dia. | 3,5 | 239 |
| Os funcionários que trabalham no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo têm uma boa visão do que acontece na rede de serviços de saúde no Município. | 3,7 | 233 |
| Há integração entre os diversos segmentos/divisões do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. | 3,7 | 237 |
| Os treinamentos oferecidos para os funcionários que trabalham no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo estão adequados às atividades por eles desempenhadas. | 4,0 | 229 |
| O poder de decisão está bem distribuído pelos segmentos/divisões do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. | 4,0 | 221 |
| As trocas de informações entre o setor que eu trabalho e outros setores do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo ocorrem com frequência. | 4,2 | 215 |
| Há muitas contradições entre as chefias no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. | 4,2 | 238 |
| A natureza predominante das atividades desenvolvidas pelos funcionários vinculados ao Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo é gerencial. | 4,3 | 223 |
| A distribuição das atividades no segmento/divisão em que trabalho é justa. | 4,3 | 235 |
| Estão claras as funções de cada um dos segmentos/divisões do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo em relação à gestão do sistema de saúde do Município. | 4,4 | 231 |
| O Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo tem um bom sistema de informação para a gestão do sistema de saúde do Município. | 4,4 | 234 |
| Tenho liberdade para tomar decisões dentro da minha função. | 4,5 | 236 |
| As pessoas que trabalham no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo entendem como o trabalho delas contribui para a gestão do sistema de saúde do Município de São Paulo. | 4,5 | 237 |
| Ter formação acadêmica na área da saúde deveria ser uma exigência para o funcionário ocupar um cargo de gerência de um sistema de saúde. | 4,7 | 214 |
| Existe muita sobreposição de funções entre os segmentos/divisões do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. | 4,7 | 225 |
| Quando assumem um cargo no gerenciamento do sistema de saúde, os profissionais da saúde mudam de uma atividade técnica para uma atividade administrativa. | 4,7 | 230 |
| O Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo tem uma boa estrutura para gerir o sistema de saúde do Município. | 4,7 | 235 |
| Tenho acesso às informações necessárias para desenvolver bem o meu trabalho no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. | 4,8 | 236 |
| As diretrizes no segmento/divisão em que trabalho estão bem definidas. | 4,8 | 239 |
| O profissional da saúde deveria atuar na prestação de serviços de saúde antes de trabalhar no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. | 4,9 | 237 |
| Trabalhar no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo faz os funcionários desenvolverem novas capacidades. | 4,9 | 233 |
| As atividades da área onde trabalho no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo estão bem definidas. | 5,1 | 236 |
| As informações produzidas na minha área de atuação são utilizadas pelos demais segmentos/divisões do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo para a gestão do sistema de saúde do Município. | 5,3 | 230 |
| O Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo é a principal estrutura organizacional para a gestão do sistema de saúde do Município. | 5,4 | 233 |
| Gerenciar o sistema de saúde do Município é a principal missão do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. | 5,9 | 231 |
| Tenho o apoio necessário do meu superior imediato para desempenhar bem minhas atividades. | 5,9 | 236 |

O questionário não foi construído para analisar a maior pertinência de uma ou outra formação na ocupação de determinado cargo ou função, mas captar a opinião

do profissional em relação à aplicação de seus conhecimentos no trabalho. Entre os respondentes, a maior parte opinou que esses conhecimentos não são pouco utilizados; assim, pode-se inferir a ocorrência da adequação da formação à função ocupada, seja pelo aspecto curricular no que diz respeito a conhecimentos específicos, seja por conteúdos amplos o suficiente para que o profissional atue nas mais diversas áreas da saúde.

Além de a assertiva “os funcionários que trabalham no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo têm uma boa visão do que acontece na rede de serviços de saúde no Município” ser aquela que obteve a segunda média mais baixa, foi também a que teve a maior frequência de notas 1 (um total de 42), sendo que a porcentagem acumulada de notas 1, 2 ou 3 foi de 47,3%. Considerando-se que a capacidade de ver o que acontece na rede serviços é condição necessária para a gestão do sistema de saúde, esse resultado para essa questão sugere que maior atenção deve ser dada a esse aspecto da estrutura.

A terceira assertiva com média entre as mais baixas foi aquela em que se afirma haver integração entre os diversos segmentos do Gabinete. De acordo com Gibson et al. (2006)³, a integração organizacional é um desafio permanente para a alta gerência; logo, quando se pensa em gestão de sistema de saúde, até por definição constitucional, a integralidade dos serviços depende de uma organização que precisa encontrar sua base no nível central da Secretaria Municipal.

Muitas são as possibilidades de departamentalização de uma Secretaria de Saúde. De modo geral, parece que foi adotada, no nível central do Município de São Paulo, uma mescla entre o critério funcional, em relação a departamentos como as coordenações Financeira Orçamentária e a de Recursos Humanos, e o critério de

serviços, no que tange às Coordenações de Apoio ao Desenvolvimento de Gerência Hospitalar e da Atenção Básica. Essas duas últimas Coordenações seguem, portanto, a lógica de organização de sistema de saúde segundo a complexidade dos serviços.⁹

Pode-se constatar a difícil integração de uma organização complexa como o Gabinete de uma Secretaria de Saúde de um município do porte de São Paulo quando se observa a opinião dos respondentes em relação à assertiva que trata da ocorrência de sobreposição de funções entre os segmentos do Gabinete. A porcentagem acumulada das notas 5, 6 e 7 (tendência a concordância) foi de 58,9%. Apesar de Kliksberg(1996)¹⁰ ressaltar que, na Administração Pública, ocorre muito mais que sobreposição de funções, essa questão parece particularmente importante para a gestão de sistemas de saúde, uma vez que estes precisam ser integrados e, nesse sentido, demandam uma definição clara das responsabilidades. Por exemplo, no caso da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, existe uma estrutura organizacional para o Programa da AIDS com uma rede de serviços que não estão sob a Coordenação da Atenção Básica, o que pode criar dificuldades na integração entre esses serviços e os da rede básica.

Dentre as cinco maiores médias das assertivas, todas acima de 5, duas se referem à missão do Gabinete. Para as afirmações tanto de que a principal missão do Gabinete é gerenciar o sistema de saúde como de que esse sistema é a principal estrutura para essa missão, verifica-se que a nota 7 foi a que teve maior frequência de respostas (47,2% e 38,2%, respectivamente). De fato, em um município do porte de São Paulo, com um complexo sistema de serviços de saúde, é de se esperar que se estructure um nível gerencial e que tal estrutura tenha maior peso que outras possíveis alternativas na visão dos trabalhadores da Secretaria Municipal da Saúde, seja dentro

da própria gestão municipal ou da estrutura do governo estadual ou federal. Uma possível explicação para a frequência acumulada de 13,3% de respondentes que tendem a discordar da assertiva de que o Gabinete é a principal estrutura para gerenciar o sistema de saúde municipal pode decorrer de opiniões que acreditam em uma maior ênfase na descentralização administrativa, com autonomia das unidades prestadoras de serviços na configuração do sistema ou na estrutura gerencial intermediária, as Coordenadorias Regionais, que respondem à Coordenação da Atenção Básica.

As outras três assertivas que obtiveram as médias mais altas abordam os seguintes aspectos conceituais da estrutura: distribuição de autoridade, especificação de atividades e delineamento de um sistema de comunicação. As notas 5, 6 e 7 atingiram o percentual de 83% na afirmativa sobre a existência de apoio necessário do superior imediato para desempenho das atividades, 68,3% na afirmação de que as atividades estão bem definidas e 70,1% em se tratando da utilização das informações pelos demais segmentos do Gabinete.

No conjunto das assertivas, quatro pontuam especificamente sobre sistema de informação. Quando comparadas as médias das respostas das assertivas referentes à “utilização das informações pelos demais segmentos” (5,3), ao “acesso a essas informações” (4,8), à “troca de informações” (4,2) e à “existência de um bom sistema de informação” (4,4), parece ocorrer uma dissonância: os funcionários tendem a achar que mais disponibilizam as informações do que têm acesso a estas.

A diferença entre as médias das assertivas de que “as atividades da área onde trabalho no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo estão bem definidas” (5,1), de que “estão claras as funções de cada um dos segmentos/divisões

do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo em relação à gestão do sistema de saúde do Município” e de que “as pessoas que trabalham no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo entendem como o trabalho delas contribuem para a gestão do sistema de saúde do Município de São Paulo” (4,5) sugere que pode estar ocorrendo uma relativa dissociação ou incoerência entre a definição e o papel das atividades diárias.

A Tabela 4 mostra funções passíveis de serem executadas no nível central de uma Secretaria Municipal da Saúde, as quais foram ordenadas pela média das notas dadas pelos respondentes (em uma amplitude de 0 a 10). Para todas as funções, a nota 10 foi a moda, assim como a nota que definiu o percentil 75%. Três funções apresentaram média inferior a 8, a saber: (i) prestação direta de serviços e estabelecimento do relacionamento (ii) com o Poder Judiciário e (iii) com o Poder legislativo, as quais apresentaram médias iguais a 6,2, 7,7, e 7,8, respectivamente. Também essas funções apresentaram percentil 25% inferior a 8 e percentil 50% inferior a 10. Além dessas três funções, apenas outras duas – identificar (ii) as necessidades das unidades de serviços e (ii) as necessidades dos usuários – atingiram valor superior a 10% de porcentagem acumulada de notas inferiores a 6.

Tabela 4:

Importância das funções a serem executadas pelo nível central da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

| Funções | Mé- dia | Me- diana | Coef. de var. | Ran- ge | Máx. | Soma | Perc 25 | Perc 50 | Perc 75 |
|--|------------|--------------|------------------|------------|------|------|------------|------------|------------|
| Prestação direta de serviços de saúde | 6,2 | 8,0 | 61,3 | 10 | 10 | 1428 | 2 | 8 | 10 |
| Estabelecer um relacionamento com o Poder Judiciário | 7,7 | 8,0 | 33,8 | 10 | 10 | 1769 | 7 | 8 | 10 |
| Estabelecer um relacionamento com o Poder Legislativo | 7,8 | 8,0 | 32,1 | 10 | 10 | 1799 | 7 | 8 | 10 |
| Identificar as necessidades dos usuários | 8,5 | 10,0 | 31,8 | 10 | 10 | 1962 | 8 | 10 | 10 |
| Identificar as necessidades das unidades de serviços | 8,6 | 10,0 | 26,7 | 10 | 10 | 1979 | 8 | 10 | 10 |
| Definir a incorporação tecnológica na rede de serviços | 8,7 | 10,0 | 23,0 | 10 | 10 | 2018 | 8 | 10 | 10 |
| Avaliar e controlar a rede de unidades de serviço | 8,9 | 10,0 | 21,3 | 10 | 10 | 2056 | 8 | 10 | 10 |
| Estabelecer o relacionamento com as outras esferas de governo: União, estados e municípios | 8,9 | 10,0 | 22,5 | 10 | 10 | 2041 | 8 | 10 | 10 |
| Fazer a integração entre os diversos níveis da atenção à saúde | 8,9 | 10,0 | 20,2 | 10 | 10 | 2066 | 8 | 10 | 10 |
| Planejar a cobertura dos serviços de saúde | 9,1 | 10,0 | 17,6 | 7 | 10 | 2107 | 9 | 10 | 10 |
| Fazer análise epidemiológica do Município | 9,1 | 10,0 | 20,9 | 10 | 10 | 2099 | 9 | 10 | 10 |
| Definir os parâmetros de qualidade dos serviços de saúde | 9,1 | 10,0 | 19,8 | 10 | 10 | 2103 | 9 | 10 | 10 |
| Distribuir os recursos financeiros da saúde | 9,1 | 10,0 | 19,8 | 10 | 10 | 2094 | 9 | 10 | 10 |
| Tomar as decisões necessárias para promover a equidade em saúde | 9,2 | 10,0 | 18,5 | 10 | 10 | 2112 | 9 | 10 | 10 |

Cinco funções apresentaram média superior a 9, quais sejam: planejar a cobertura dos serviços de saúde (9,1), fazer análise epidemiológica do Município

(9,1), definir os parâmetros de qualidade dos serviços de saúde (9,1), distribuir os recursos financeiros da saúde (9,1) e tomar as decisões necessárias para promover a equidade em saúde (9,2). Entretanto, apenas a função planejar a cobertura dos serviços de saúde não recebeu nenhuma nota inferior a 3.

Se forem adotados, de acordo com Fonseca e Martins (1996)¹¹, determinados parâmetros para avaliar a dispersão pelo coeficiente de variação (*i.e.*, baixa para valores inferiores a 15%, média para valores compreendidos entre 15% e 30% e alta para valores superiores a 30%), pode-se verificar que, entre os respondentes, quatro funções apresentam altos coeficientes de variação, a saber: prestação direta de serviços de saúde (61,3), estabelecer um relacionamento com o poder Judiciário (33,8), estabelecer um relacionamento com o poder Legislativo (32,1) e identificar as necessidades dos usuários (31,8).

A maior dispersão ocorre em relação à função referente à prestação direta de serviços de saúde. Contudo, considerando-se que sua mediana foi 8, pode-se afirmar que a maior parte dos respondentes acredita que não existe conflito no fato de que a estrutura que deve desempenhar os níveis gerenciais mais altos, ou seja, a gestão global, com formulação e coordenação de políticas e programas (Barbieri e Hortale, 2005)¹², também esteja incorporando atividades de uma unidade de prestação de serviços de saúde. De alguma forma, esses dados ensejam que a agenda de reformas, na qual as funções regulação e produção estão separadas, ainda não está amplamente incorporada por setores da Administração Pública da Saúde.¹³

Pelo menos duas hipóteses devem ser levantadas como fator explicativo para o fato de funcionários acreditarem que o nível central da Secretaria Municipal da Saúde, órgão do Poder Executivo, não deve estabelecer um relacionamento com os

poderes Legislativo e Judiciário. A primeira é que os respondentes acreditam que a função política da relação entre os poderes deve se dar em estrutura central específica (no caso da Prefeitura de São Paulo, a Secretaria de Planejamento, para discutir o orçamento da saúde na Assembleia Legislativa, ou a Secretaria de Negócios Jurídicos, para buscar encaminhamentos possíveis para a judicialização da saúde no Município de São Paulo). A segunda hipótese é que os respondentes opinam que essas questões devem ser tratadas pelos outros níveis de governo, o estadual ou o nacional. De qualquer forma, entende-se que nas questões relativas à saúde, o Gabinete deve assumir um papel de relevância nas relações governamentais, sejam elas entre os órgãos do próprio governo municipal ou com os outros níveis de governo, o estadual ou federal.

Já como justificativa para a identificação das necessidades dos usuários não estar entre as funções mais pontuadas pode residir no fato de que essa função pode estar descentralizada pelas organizações prestadoras de serviços de saúde.

A menor dispersão, valores inferior a 20, foi encontrada nas notas de avaliação da importância das seguintes funções: planejar a cobertura dos serviços de saúde (17,6), tomar decisões necessárias para promover a equidade (18,5), definir parâmetro de qualidade dos serviços (19,8) e distribuir os recursos financeiros da saúde (19,8). Esses dados indicam que tais funções podem ser entendidas como as mais consensuais em relação à sua importância dentro da missão de gerir um sistema de saúde na amostra de respondentes. Vale ressaltar que, entre as funções clássicas para gestão do sistema de saúde (planejamento e vigilância epidemiológica), a materialização da diretriz constitucional da equidade apareceu como a de maior importância na amostra sob escrutínio.

As respostas ao questionamento de quantas pessoas se reportam diretamente aos entrevistados que ocupam cargos em comissão obtiveram a amplitude de 1 a 65. A teoria aponta que não existe uma regra para definir a amplitude de comando, a qual seria variável de acordo com a complexidade das funções exercidas (*i.e.*, quanto mais complexa, menor a capacidade numérica do supervisor). A amostra desta pesquisa sugere que os segmentos organizacionais do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo variam significativamente de amplitude.

Como existe uma grande diferença entre os períodos de trabalho no Gabinete, aventou-se a hipótese de que a opinião sobre aspectos da estrutura variaria em função desse tempo, segundo os estratos “até 5 anos”, “de cinco até 10 anos” e “mais de 10 anos”. Os motivos que justificariam as diferenças de opinião seriam o acúmulo de experiência de trabalho ou a possibilidade de comparação com outros governos. Não obstante, para uma significância estatística de 0,05 ($\alpha < 0,05$), apenas em relação à assertiva sobre a adequação dos treinamentos houve a não aceitação da hipótese nula de igualdade. Os indivíduos com mais tempo de serviço no Gabinete tendem a concordar menos com a assertiva de que os treinamentos estão adequados às atividades, o que sugere que esse grupo pode ser da opinião de que os cursos oferecidos anteriormente eram mais adequados. De modo geral, verifica-se, na amostra estudada, que, no que diz respeito aos períodos definidos, o tempo de trabalho no Gabinete não foi uma variável que influenciou a atitude em relação à estrutura organizacional.

No que tange ao tipo de vinculação com a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, representado pelas categorias “não efetivo”, “efetivo profissional da saúde” e “efetivo não profissional da saúde”, a não aceitação da hipótese nula de

igualdade ocorreu para nove das 26 assertivas. Os efetivos não profissionais da saúde tendem a concordar mais com a afirmação de que os conhecimentos adquiridos na formação são pouco utilizados no dia-a-dia, com média 4,1, seguidos pelos não efetivos, com média de 3,8, e pelos efetivos profissionais da saúde, com média de 2,8.

Os entrevistados não efetivos e efetivos profissionais da saúde tenderam a opinar com maior concordância sobre a adequação dos treinamentos que os efetivos não profissionais da saúde. Esses resultados sugerem que os treinamentos oferecidos a este último grupo devem ser reavaliados.

Entre os entrevistados, os não efetivos concordam mais com a afirmação de que as funções dos diversos segmentos estão claras, com média 4,8, do que os profissionais da saúde, com média 4,1. Essa informação parece indicar que os ajustes para a ocorrência de uma departamentalização o mais adequada possível encontra um desafio de maior monta em relação às ações ligadas aos profissionais da saúde. Foi entre os efetivos profissionais da saúde que a assertiva sobre a exigência de formação acadêmica na área da saúde para ocupação de um cargo de gerência de um sistema de saúde obteve a maior média (5,4), seguidos pelos outros dois grupos, ambos com média igual a 4,3. Também foi entre os profissionais da saúde que a assertiva sobre o profissional da saúde dever ter atuado na prestação de serviços antes de trabalhar no Gabinete atingiu a maior média (5,3), contra 4,3 dos não efetivos e 4,8 dos efetivos não profissionais da saúde.

O grupo de não efetivos foi o que apresentou maior média na assertiva sobre a liberdade de tomar decisões. O grupo de efetivos profissionais da saúde foi o que mais concordou com a assertiva de que trabalhar no Gabinete faz desenvolver novas

atividades e de que a distribuição das atividades é justa; contudo, esse grupo é o que menos concorda com a afirmação de que o profissional da saúde, quando assume um cargo no gerenciamento do sistema de saúde, muda de uma atividade técnica para uma atividade administrativa.

Os dados apontados anteriormente parecem confirmar que, em função das especificidades dos serviços de saúde, a formação profissional se confirma como fator influente na atitude em relação às atividades gerenciais sobre o sistema de saúde.

No que concerne ao tipo de cargo ocupado no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, observado a partir das categorias “comissionada” ou “não comissionado”, a não aceitação da hipótese nula de igualdade ocorreu apenas para três assertivas. A primeira, segundo a qual “ter formação acadêmica na área da saúde deveria ser uma exigência para o funcionário ocupar um cargo de gerência de um sistema de saúde”, obteve média 5,0 entre os não ocupantes de cargos em comissão e 3,8 entre aqueles que ocupam cargos em comissão. Essa diferença pode sugerir que os indivíduos que ocupam cargo gerencial opinam que outras competências, que não a formação na área da saúde, podem ser mais importantes para a gerência de sistemas de saúde, mas, ao mesmo tempo, indica uma certa tensão entre formações para o desempenho de atividades da gestão de sistemas de saúde.

A segunda assertiva a apresentar diferença entre os grupos foi a de que “os funcionários que trabalham no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo têm uma boa visão do que acontece na rede de serviços de saúde no Município”, com média superior no grupo dos comissionados (4,2), quando

comparada com a média do grupo dos não comissionados (3,6). Como não houve diferença entre a opinião dos grupos em relação à assertiva de que “o Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo tem um bom sistema de informação para a gestão do sistema de saúde do Município”, pode-se inferir que a opinião dos não ocupantes de cargo em comissão é que essas duas assertivas não estão em consonância.

A terceira assertiva que apresentou diferença entre os grupos foi a de que “há muitas contradições entre as chefias no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo”, com uma opinião de maior concordância e, portanto, de maior crítica entre os não comissionados (4,3) do que entre os comissionados (3,7). O enfrentamento dessas dissonâncias na opinião segundo o nível de autoridade, não de todo superáveis em organizações muito complexas, cria possibilidades de mudanças na direção de um maior alinhamento na estrutura organizacional.

Ao cabo, é mister destacar que este estudo se baseou em uma amostra intencional (portanto, não-probabilística). O objetivo é contribuir, enquanto estudo exploratório, para o desenvolvimento do tema referente à estrutura organizacional para gestão de sistemas de saúde. Dada essa natureza metodológica, pode-se concluir que não parece ser pertinente se falar em viés de amostra.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção I, p. 43.
2. Kliksberg B. Como reformar o Estado para enfrentar os desafios sociais do terceiro milênio. Rev. Adm. Pública. 2001;35(2):119-151.
3. Gibson JL, Ivancevich JM, Donnelly RK, Konopaske R. Organizações: comportamento, estrutura e processo. São Paulo: McGraw-Hill; 2006.
4. Vasconcellos E, Hemsley, J. Estrutura das organizações. São Paulo: Pioneira; 1997.
5. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Informações sobre a Secretaria apresentadas no Portal da Prefeitura de São Paulo. Disponível em: <<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saúde>>. Acesso em: 28 nov. 2008.
6. Selltiz C, Jahoda M, Deutsch M, Cook SW. Métodos de pesquisa das relações sociais. São Paulo: Herder: Universidade de São Paulo; 1971.
7. Siegel S. Estatística não paramétrica para as ciências do comportamento. São Paulo: McGraw-Hill; 1975.
8. Chiavenato I. Gerenciando pessoas: o passo decisivo para a administração participativa. São Paulo: Makron Books; 1994.
9. Mendes EV. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec; 1998.
10. Kliksberg B. A modernização do Estado para o desenvolvimento social – algumas questões-chave. Rev. Adm. Pública. 1996;30(1):78-90.
11. Fonseca JS, Martins GA. Curso de estatística. São Paulo: Atlas; 1996.
12. Barbieri AR, Hortale VA. Desempenho gerencial em serviços públicos de saúde: estudo de caso em Mato Grosso do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2005;21(5):1349-1356.
13. Machado CV. O modelo de intervenção do Ministério de Saúde brasileiro nos anos 90. Cad. Saúde Pública. 2007;23(9):2113-2126.

4.3 ARTIGO APRESENTADO AO PERIÓDICO *REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA*

O artigo “Fatores organizacionais e a opinião sobre a estrutura para gestão do sistema de saúde” foi formatado de acordo com as instruções do periódico *Revista de Saúde Pública*, publicação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Situação: Enviado em 11 de março de 2008.

Fatores organizacionais e a opinião sobre a estrutura para gestão do sistema de saúde

Organizational factors and opinion upon the management structure of a health system

Título resumido: Estrutura para gestão do sistema de saúde

Marcelo Cardoso Pinheiro

Doutorando em Saúde Pública – Faculdade de Saúde Pública – USP

Rua Tomás Carvalhal, 310 – apto. 81 – CEP: 04006 000

Paraíso – São Paulo – SP – Brasil

E-mail: marcelocapi@uol.com.br

Cláudio Gastão Junqueira de Castro

Professor da Faculdade de Saúde Pública – USP

Rua Dr. Arnaldo, 715 – CEP: 01246 904

Cerqueira César – São Paulo – SP – Brasil.

E-mail: claudiog@usp.br

Resumo

OBJETIVO: Considerando-se que o Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP) é a estrutura organizacional responsável pela gestão do Sistema Único de Saúde no âmbito do Município, o objetivo deste trabalho foi evidenciar a hierarquia da influência de fatores organizacionais selecionados sobre a opinião dos agentes públicos entrevistados em relação à estrutura organizacional da SMS-SP para a gestão do sistema de saúde.

MÉTODOS: Este estudo quantitativo do tipo descritivo exploratório utilizou a técnica estatística multivariada de análise de regressão múltipla a partir de uma amostra não-probabilística composta por 240 questionários respondidos por funcionários que trabalhavam no Gabinete da SMS-SP. A seleção das variáveis do conjunto de assertivas do questionário que comporiam a análise multivariada foi orientada pela fixação do nível de significância 0,05 na análise de correlação de Pearson entre a variável dependente (*i.e.*, opinião geral sobre a estrutura organizacional) e cada uma das variáveis independentes referentes a aspectos relacionados à estrutura organizacional.

RESULTADOS: Aplicado o teste de correlação de Pearson, quatro das 25 assertivas não apresentaram correlação com a afirmação de que o Gabinete da SMS-SP “tem uma boa estrutura para gerir o sistema de saúde do Município”. A análise de regressão evidenciou, em ordem decrescente de importância, que os seguintes aspectos organizacionais apresentaram influência sobre a opinião acerca da estrutura organizacional: “acesso às informações necessárias”; “bom sistema de informação”; “entender como o trabalho contribui”; “ter boa visão sobre os serviços”; e “distribuição do poder de decisão”.

CONCLUSÕES: Embora a teoria administrativa defina vários aspectos como componentes do conceito de estrutura organizacional, verificou-se, na amostra analisada, que a atitude dos servidores entrevistados se mostrou dependente em apenas alguns dos aspectos selecionados.

Palavras-chave: Administração Pública. Gestão em Saúde. Sistemas de Saúde. Organização e Administração.

Abstract

OBJECTIVES: Assuming that the São Paulo Municipality Health Department (SMS-SP) Cabinet is the organizational structure in charge of managing the Brazilian Single Health System in the Municipality of São Paulo, this paper aims at identifying an influence rank of some organizational factors playing significant role upon public agents' opinion on the SMS-SP organizational structure to manage the health system.

METHODS: This descriptive, quantitative study applied the multivariate technique for a multiple regression analysis of a non-probability sample comprising 240 questionnaires answered by agents at the SMS-SP Cabinet. The selection of variables from the set of statements in the questionnaires for the multivariate analyses based on a 0.05 significance level for a Pearson's correlation analysis involving the dependent variable (*i.e.*, general opinion upon organizational structure) and every independent variable concerning organizational structure-related features.

RESULTS: Building on Pearson's correlation test, four out of 25 statements hold no correlation with the statement that the SMS-SP Cabinet "features the proper structure to manage the health system in the municipality". The regression analysis distinguished the following top-down rank of organizational features as those carrying most influence on agents' opinion upon the organizational structure: "access to necessary information"; "good information system"; "understanding the contribution of a job"; "holding a wide view of the services"; and "distribution of decision-making power".

CONCLUSIONS: Although the management theory introduces several features pertaining to the concept of organizational structure, public agents' attitude proved to be dependant to only some of the features selected in the sample under scrutiny.

Keywords: Public Management; Health Management; Health Systems; Organization and Management.

Introdução

A relevância adquirida pela gestão de políticas é função de um conjunto de fatos históricos novos. Dentre eles, podem-se citar: aumento do Estado, aumento do nível de informação, teorias econômicas e sociais mais desenvolvidas e políticas públicas com maior capacidade de impacto.²

A visão de que a gestão de políticas sociais capilares, como educação e saúde, devem estar próximas a suas demandas é o cerne do princípio da descentralização.⁷ No processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se afirmar que a descentralização, com a definição da autonomia e das responsabilidades dos entes federados, sempre esteve na pauta da agenda política e da gestão da saúde.

A categorização dos municípios quanto à capacidade de gestão do sistema de saúde em seu território passou por diversas etapas. Em 1996, o Ministério da Saúde editou a Portaria 1.742, que instituiu a Norma Operacional Básica (NOB 01/1996), a qual buscava a construção da responsabilidade do poder público municipal sobre a gestão de um sistema de saúde, e não somente sobre a prestação de serviços de saúde. Nessa portaria, as categorias para a gestão municipal eram a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. Em 2001, a partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), o SUS estabeleceu a categoria Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada.¹

A partir da portaria nº 2023, de 23 de setembro de 2004, foram extintas as categorias de habilitações anteriores, sendo estabelecida como única modalidade para os municípios brasileiros a Gestão Plena de Sistema Municipal. Todavia, a necessidade de se avançar na definição das responsabilidades sanitárias e do papel de

cada ente na oferta de serviços de saúde trouxe a abordagem bastante enfática do tema gestão na portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Essa portaria divulga o Pacto pela Saúde 2006 e propõe como prioridade do pacto de gestão a definição das responsabilidades sanitárias em conjunto com as instâncias gestoras do SUS, federal, estadual e municipal, de modo a se procurar superar as limitações do processo de habilitação. Entretanto, por mais bem elaborados que sejam os decretos do Ministério da Saúde, em consonância com a tradição legalista da cultura política brasileira no âmbito da Administração Pública¹², a determinação de que o município seja responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população e exerça essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a União só se tornará realidade se as secretarias de saúde desses municípios tiverem uma estrutura organizacional adequada à complexidade de seus sistemas de saúde.

A estrutura organizacional é um conceito abstrato, isto é, não é um objeto visível, de forma tal que o que se vê são evidências de estrutura.¹⁰ A estrutura seria importante como fonte de influência no comportamento dos indivíduos e dos grupos da organização em função dos cargos que ocupam. O agrupamento dos cargos envolve a necessidade de sua coordenação, sendo que cargos especializados constituem partes separadas e inter-relacionadas de uma tarefa total que depende da correta execução de cada cargo. O processo pelo qual a organização é dividida, combinando cargos em departamentos, pode seguir diferentes lógicas (*e.g.*, por função, por área geográfica, por produto ou por cliente), as quais podem, inclusive, ser mescladas.

A estrutura organizacional é composta pelo subsistema de autoridade, pelo subsistema de comunicação e pelo subsistema de atividades.¹⁸ A interação dos

732 distribuídos nos dois prédios onde estão instalados o secretário de saúde e suas coordenações: Financeira Orçamentária, Epidemiologia e Informação, Recursos Humanos, Apoio ao Desenvolvimento da Gerência Hospitalar, Integração e Regulação do Sistema, Atenção Básica, Vigilância em Saúde. Como a reposta dos questionários foi voluntária, a amostra se configura como não-probabilística.

O conjunto de dados utilizados nesta análise foi levantado por meio de 26 assertivas sobre as quais foi solicitada a opinião dos respondentes. Para registrar suas opiniões, os respondentes dispunham de uma escala intervalar, do tipo diferencial semântica bipolar, que tinha como pontos extremos “discordo totalmente” e “concordo totalmente”, em uma amplitude de 1 a 7.

Entre as assertivas que compuseram o questionário, a afirmação “O Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo tem uma boa estrutura para gerir o sistema de saúde do Município” foi considerada a variável dependente e as demais assertivas a seguir, com vistas ao tratamento estatístico e à identificação do grau de relação com aquela, foram tratadas como variáveis independentes:

- As atividades da área onde trabalho no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo estão bem definidas.
- Tenho liberdade para tomar decisões dentro da minha função.
- Trabalhar no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo faz os funcionários desenvolverem novas capacidades.
- O Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo é a principal estrutura organizacional para a gestão do sistema de saúde do Município.
- Há integração entre os diversos segmentos/divisões do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

- Quando assumem um cargo no gerenciamento do sistema de saúde, os profissionais da saúde mudam de uma atividade técnica para uma atividade administrativa.
- A distribuição das atividades no segmento/divisão em que trabalho é justa.
- As trocas de informações entre o setor em que trabalho e outros setores do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo ocorrem com frequência.
- Há muitas contradições entre as chefias no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.
- O Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo tem um bom sistema de informação para a gestão do sistema de saúde do Município.
- As diretrizes no segmento/divisão em que trabalho estão bem definidas.
- As pessoas que trabalham no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo entendem como o trabalho delas contribui para a gestão do sistema de saúde do Município de São Paulo.
- Tenho o apoio necessário do meu superior imediato para desempenhar bem minhas atividades.
- As informações produzidas na minha área de atuação são utilizadas pelos demais segmentos/divisões do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo para a gestão do sistema de saúde do Município.
- Os conhecimentos adquiridos na minha formação são pouco utilizados no meu dia-a-dia.

- Tenho acesso às informações necessárias para desenvolver bem o meu trabalho no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.
- Os treinamentos oferecidos para os funcionários que trabalham no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo estão adequados às atividades por eles desempenhadas.
- A natureza predominante das atividades desenvolvidas pelos funcionários vinculados ao Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo é gerencial.
- Estão claras as funções de cada um dos segmentos/divisões do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo em relação à gestão do sistema de saúde do Município.
- Ter formação acadêmica na área da saúde deveria ser uma exigência para o funcionário ocupar um cargo de gerência de um sistema de saúde.
- Os funcionários que trabalham no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo têm uma boa visão do que acontece na rede de serviços de saúde no Município.
- Existe muita sobreposição de funções entre os segmentos/divisões do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.
- O profissional da saúde deveria atuar na prestação de serviços de saúde antes de trabalhar no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.
- O poder de decisão está bem distribuído pelos segmentos/divisões do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

- Gerenciar o sistema de saúde do Município é a principal missão do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Primeiramente, foi feita a seleção das variáveis que comporiam a análise multivariada, orientada pela fixação do nível de significância 0,05 na análise de Correlação de Pearson entre a variável dependente e cada uma das variáveis independentes. Em seguida, foi aplicada a técnica estatística multivariada de análise de regressão múltipla com o propósito de verificar o grau de importância de cada assertiva em relação à opinião geral sobre a estrutura do Gabinete.

A regressão múltipla é usada para resolver problemas de pesquisa, como estudar a maneira como as pessoas tomam decisões ou formam impressões e atitudes.¹¹ A análise de regressão é uma ferramenta analítica planejada para explorar todos os tipos de relações de dependência, e, por meio dessa ferramenta, os métodos de busca sequencial estimam a equação de regressão com um conjunto de variáveis, acrescentando seletivamente ou eliminando variáveis até que alguma medida de critério geral seja alcançada. Neste trabalho, o modelo de estimação utilizado foi o de regressão por passos (*stepwise*), por meio do qual as variáveis são individualmente avaliadas quanto à sua contribuição na previsão da variável dependente e acrescentadas ao modelo de regressão ou eliminadas do mesmo com base em sua contribuição relativa e incremental.

No entanto, deve-se ressaltar que as técnicas estatísticas de análise multivariada, como a Análise de Regressão, apresentam suposições matemáticas e estatísticas que, quando não satisfeitas, podem influenciar de forma bastante negativa o resultado do estudo. Essas premissas ou suposições são inerentes ao processo de

construção teórica de cada técnica, devendo, pois, ser atendidas para que se possa garantir que o algoritmo inerente à técnica tenha o comportamento esperado.

Além disso, cumpre destacar que esta pesquisa, por ter sido realizada nas dependências do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, precisou passar por seu Comitê de Ética em Pesquisa e seguir a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96. Salienta-se, portanto, que foi obtido parecer favorável (nº 236/07) e se cumpriu, inclusive, a exigência de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos respondentes.

Resultados

Aplicado o teste de Correlação de Pearson, quatro das 25 assertivas não apresentaram correlação com a afirmação de que o Gabinete da SMS-SP “tem uma boa estrutura para gerir o sistema de saúde do Município”, a saber: (i) “os conhecimentos adquiridos na minha formação são pouco utilizados no meu dia-a-dia”; (ii) “ter formação acadêmica na área da saúde deveria ser uma exigência para o funcionário ocupar um cargo de gerência de um sistema de saúde”; (iii) “existe muita sobreposição de funções entre as segmentos/divisões do Gabinete”; e (iv) “o profissional da saúde deveria atuar na prestação de serviços de saúde antes de trabalhar no Gabinete”.

A Tabela 1 mostra as assertivas correspondentes aos aspectos levantados que, aplicado o método por passos, influenciam a visão geral em relação à estrutura organizacional. A Tabela 1 também aponta a ordem dessa influência. Os valores de

beta informam o quanto aumenta ou diminui a nota da variável dependente no caso da variação em 1 ponto em cada uma das variáveis independentes.

Tabela 1: Ordem de influência resultante da regressão

| Assertiva | Beta Padronizado | Ordem de influência |
|--|------------------|---------------------|
| Tenho acesso às informações necessárias para desenvolver bem o meu trabalho no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. | 0,300 | 1 |
| O Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo tem um bom sistema de informação para a gestão do sistema de saúde do Município. | 0,209 | 2 |
| As pessoas que trabalham no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo entendem como o trabalho delas contribui para a gestão do sistema de saúde do Município de São Paulo. | 0,167 | 3 |
| Os funcionários que trabalham no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo têm uma boa visão do que acontece na rede de serviços de saúde no Município. | 0,156 | 4 |
| O poder de decisão está bem distribuído pelos segmentos/divisões do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. | 0,129 | 5 |

Fonte: próprio autor.

Discussão

Dentre as quatro assertivas que abordavam aspectos que não se relacionaram com a opinião sobre a estrutura organizacional, duas se referem à formação dos profissionais – “os conhecimentos adquiridos na formação são pouco utilizados” e “a formação acadêmica na área da saúde deveria ser uma exigência para o funcionário ocupar um cargo de gerência de um sistema de saúde” – e uma terceira afirma que “o profissional da saúde deveria atuar na prestação de serviços de saúde antes de trabalhar no Gabinete”.

De fato, a complexidade no gerenciamento do sistema de saúde de São Paulo faz com que estejam previstos processos tão distintos que a qualidade da estrutura não seria determinada pela ocupação dos cargos gerenciais apenas por aqueles com formação na área da saúde. Também as teorias mais atuais de gestão têm dado cada vez mais ênfase ao aprendizado organizacional, isto é, as organizações são espaços privilegiados de aprendizado, fazendo frente ao conhecimento adquirido na formação acadêmica.¹⁷

Outra inferência a respeito da não relação sobre a formação com a opinião sobre a estrutura organizacional é que, para os respondentes do questionário, é importante que a separação entre as funções de regulação do sistema e a de produção de serviços esteja clara o suficiente para a compreensão de que as atividades gerenciais são de natureza diferente das atividades de prestação de serviços.¹⁵

A não correlação entre a opinião a respeito da sobreposição de funções entre os segmentos do Gabinete e sua boa estrutura para gerir o sistema de saúde do Município aponta algo já demarcado por Kliksberg (1996)¹³, para quem a superposição de funções seria uma questão real, mas não central ao avanço das ciências gerenciais na instrumentação das políticas públicas.

A proposta de segmentar o sistema de saúde por graus de incorporação tecnológica, presente nas abordagens de Mendes (1998)¹⁶, pode ser fundamental para se dar conta de vários aspectos organizacionais, como a distribuição de responsabilidades para avaliação e controle dos processos. Contudo, a necessidade de integrar os serviços e ampliar o acesso serão sempre forças no sentido de criar sobreposições, algo que, uma vez compreendido e em níveis aceitáveis, pode não comprometer a opinião sobre a estrutura organizacional, visto que seria impossível

acreditar que a gestão de sistemas complexos de saúde possa ocorrer sem sobreposição.

Antes de passar para a discussão sobre os aspectos que influenciam a opinião geral da estrutura, cumpre fazer uma ressalva sobre o método. As opiniões sobre os diversos aspectos organizacionais apresentaram correlação com a opinião sobre a estrutura organizacional, mas não entraram na regressão. Ocorre que o método apresenta a influência das variáveis no seu conjunto, e não isoladamente, de modo tal que “a análise multivariada permite estudar e evidenciar as ligações, as semelhanças e diferenças existentes entre todas as variáveis envolvidas no processo de forma única”.³ Essa característica do método o torna bastante útil para estudar o mundo social e suas correlações e interações, que não ocorrem de forma isolada ou em pares, mas de maneira concomitante.

Pode-se considerar que, das cinco assertivas que influenciam a opinião sobre a estrutura, três pertencem ao tema sistema de informação, sendo de maior influência a afirmação referente ao acesso às informações. Assim, se houver objetivo de que a atitude dos entrevistados em relação à estrutura seja mais positiva, é em relação ao sistema de informação que os esforços devem ser dirigidos e, em particular e com mais ênfase, no que diz respeito ao acesso às informações.

De fato, dada a dimensão tanto da estrutura gerencial do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde – mais de 800 pessoas –, com sua multiplicidade de funções, como a dimensão do sistema de serviços a ser gerido – o Município tem mais de 400 Unidades Básicas de Saúde, 17 Hospitais e 120 Assistências Médicas Ambulatoriais

³ Prearo LC. O uso de técnicas estatísticas multivariadas em dissertações e teses sobre o comportamento do consumidor: um estudo exploratório. São Paulo, 2008. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade – USP].

–, o sistema de comunicação assume caráter estratégico nessa instituição. Cohn et al⁷ apontam a tendência dos municípios brasileiros em utilizar informações básicas e muito voltadas ao controle financeiro, de modo a não atender às necessidades dos atores responsáveis pelas decisões municipais, fato que pode justificar a correlação entre a opinião sobre a estrutura do Gabinete e seu sistema de informações.

As assertivas não especificaram tipos de informação e seus respectivos sistemas, os quais podem variar, segundo características e objetivos, em, por exemplo, Sistemas de Informação Transacional, Gerencial ou de Apoio à Decisão.⁴ Novos estudos podem ampliar a compreensão da relação entre a estrutura organizacional para gestão de sistema de saúde e sistemas de informação.

Outro aspecto organizacional cuja influência sobre a opinião acerca da estrutura organizacional para a gestão do sistema foi evidenciada na amostra de respondentes corresponde à distribuição de poder. De fato, para se aproximar da integralidade na atenção à saúde, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, a gestão sobre os diversos níveis de cuidado precisa ter reconhecida a importância de suas gerências, de modo que o exercício do poder ocorra de maneira repartida e se possibilite que a capacidade de tomar decisões esteja dividida entre os segmentos organizacionais responsáveis pela gestão da Atenção Básica, da média e alta complexidade, assim como pela Vigilância Sanitária ou pelo acesso a medicamentos. Em outras palavras, a integração não ocorrerá naturalmente, mas por meio de processos com essa finalidade. Especificamente em relação à Vigilância Sanitária, alguns trabalhos, como Garibotti et al⁹, sugerem que ocorre um isolamento institucional dessa função na área da saúde, o qual se transforma em um conjunto de limitações. Assim, considerando-se que uma estrutura organizacional bem desenhada

é condição necessária para seu bom desempenho¹⁴, a distribuição de autoridade entre as divisões funcionais que gerem o sistema de saúde deve ser adequada para que as atividades de cada uma dessas funções possam atingir seus objetivos dentro do sistema de saúde.

Também para a aproximação à diretriz da universalidade do Sistema Único de Saúde, a estrutura responsável pela gestão do sistema de saúde precisa ter mecanismos para distribuir a autoridade pelos segmentos, tornando-os capazes de atender às necessidades dos usuários distribuídos pelas diversas regiões da cidade. A Secretaria Municipal da Saúde tem uma estrutura intermediária – as Coordenadorias Regionais de Saúde – que responde à Coordenadoria de Atenção Básica; entretanto, considerando-se a influência que a distribuição dos serviços exerce no acesso a estes⁸, é necessário que existam processos nos níveis gerenciais mais altos que garantam equidade na distribuição dos serviços e, conseqüentemente, de acesso a esses serviços.

A influência do aspecto ressaltado na assertiva de que as pessoas que trabalham no Gabinete entendem como seu trabalho contribui para a gestão do sistema pode ser abordada sob duas perspectivas. A primeira, mais vinculada às abordagens da gestão de pessoas, destaca a importância da motivação, fenômeno ligado à compreensão da contribuição do trabalho dos indivíduos para alcançar os objetivos organizacionais.⁵ A segunda estaria mais ligada à cristalização de processos de trabalho, quando eles viram fins em si mesmos e deixam de ser percebidos pela contribuição que devem dar para que sejam atingidos os objetivos organizacionais. A integração dos processos entre os diversos segmentos de uma organização ampla e complexa deve ser considerada como um dos principais objetivos da estrutura de qualquer

organização, ainda que se saiba que uma Secretaria Municipal da Saúde seja um espaço onde estarão presentes as contradições entre a racionalidade técnica e a racionalidade política, entre a austeridade e a abundância e entre a semelhança e a diferença.³

Não foram identificados trabalhos que procurassem evidenciar a influência de fatores organizacionais em estruturas com responsabilidades de gestão de sistemas de saúde. Dada a pressão sobre o desempenho dos sistemas de saúde e pela incorporação de serviços e tecnologias a esses sistemas, pesquisas que ampliem o conhecimento sobre as características das estruturas gerenciais dos sistemas de saúde tendem a ser mais frequentes, em particular no Brasil, onde os órgãos gestores da saúde, dos três níveis de governo, ainda precisam se adaptar às mudanças de papéis e às responsabilidades iniciadas com o advento do Sistema Único de Saúde.

Como se trata de uma amostra intencional (portanto, não-probabilística), este trabalho traz uma contribuição enquanto estudo exploratório sobre o tema *estrutura organizacional para gestão de sistemas de saúde* e, por tal natureza metodológica, não parece pertinente se falar em viés de amostra.

Referências

1. Andrade LOM. SUS Passo a passo: normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec; Sobral: Uva; 2001.
2. Bresser-Pereira LCB. Auto-interesse e Incompetência. Rev. Bras. Econ. 2003;57(1):209-22.
3. Brissón ME, Spinelli HG. Utilización de proyectos de trabajo en una organización de salud del sector público en Argentina: paradojas, dilemas y oportunidades. Cad. Saúde Pública. 2005;21(1);554-564.

4. Carvalho AO, Eduardo MBP. Sistemas de informação em saúde para municípios. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Faculdade de Saúde Pública. Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar / Banco Itaú; 1998.
5. Chiavenato I. Gerenciando pessoas: o passo decisivo para a administração participativa. São Paulo: Makron Books; 1994.
6. Cohn A, Westphal MF, Elias PE. Informação e decisão política em saúde. Rev Saúde Pública. 2005;39(1);114-21.
7. Dawbor L. Tendências da gestão social. Saude Soc. 1999;8(1):3-16.
8. Evangelista PA, Barreto SM, Guerra HL. Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das intervenções por doenças isquêmicas do coração. Cad. Saúde Pública. 2008;24(4);767-76.
9. Garibotti V, Hennington EA, Selli L. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. Cad. Saúde Pública. 2006;22(5);1043-51.
10. Gibson JL, Ivancevich JM, Donnelly RK, Konopaske R. Organizações: comportamento, estrutura e processo. São Paulo: McGraw-Hill; 2006.
11. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. A análise multivariada dos dados. Porto Alegre: Bookman; 2005.
12. Keinert TMM. Administração pública no Brasil: crises e mudanças de paradigmas. São Paulo: Annablume/Fapesp; 2000.
13. Kliksberg B. A modernização do Estado para o desenvolvimento social – algumas questões-chave. Rev. Adm. Pública. 1996; 30(1):78-90.
14. Lima SML, Barbosa PR, Portela MC, Ugá MAD, Vasconcellos MM, Gerschman S. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2004;20(5);1249-61.
15. Machado CV. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(9);2113-26
16. Mendes EV. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Editora Hucitec; 1998.
17. Senge PM. A quinta disciplina: arte e prática da organização de aprendizagem. São Paulo: Best Seller; 1999.
18. Vasconcellos E, Hemsley J. Estrutura das organizações. São Paulo: Pioneira; 1997.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concordando-se com correntes contemporâneas das Neurociências de que o cérebro humano não trabalha com informação, mas significado, como defende Steve Rose (em entrevista concedida a GONÇALVES FILHO, 2006), qualquer trabalho escrito tem o intuito de que as informações nele contidas sejam capazes de veicular significados para os seus leitores. Entretanto, dada a pluralidade de perspectivas teóricas no campo das Ciências Sociais, seja em virtude da complexidade dos fenômenos estudados ou do relativismo intelectual, faz-se a seguinte pergunta: “Este trabalho será aceito, adquirindo sentido para seus leitores?”

É sempre possível acreditar que sim. Todavia, adotou-se, para estas Considerações Finais, a estratégia de procurar melhor explicitar os significados que mobilizaram o autor e as principais dificuldades encontradas na elaboração de uma pesquisa que pretendeu abordar tais significados. Provavelmente, este trabalho não será capaz de mudar as opiniões de quem o lê, mas espera-se que ele possa contribuir para aqueles que consideram a gestão de sistema de saúde um tema importante para a construção do próprio sistema.

No primeiro artigo, manteve-se a perspectiva de que há uma grande intersecção entre os campos da Saúde Pública e da Administração Pública, podendo-se mesmo considerar a existência de uma completa sobreposição entre eles, sendo o primeiro uma abordagem setorial do segundo. Contudo, é possível que esse ponto de vista não encontre muita aceitação na comunidade científica da Saúde Pública e uma

série de outras perspectivas concorra com esta, como a das disciplinas Geografia ou Psicologia.

Pode-se afirmar que a abordagem política, embora constituinte da Administração Pública, por vezes, aparece como contraditória a ela no setor saúde. Na comunidade científica de Saúde Pública, parece haver mais ressonância da dimensão política da Administração Pública que de sua dimensão gerencial, como se uma dimensão fosse mais importante que a outra, uma não dependesse da outra ou ambas não fossem, até mesmo, uma a expressão da outra. Afinal, como efetivar a garantia do direito à saúde, expresso como vontade política na configuração do Sistema Único de Saúde, sem valorizar as questões organizacionais?

Entre a abordagem qualitativa do primeiro artigo e a abordagem quantitativa do segundo e do terceiro artigos, alguns pontos podem expressar os significados envolvidos neste trabalho. O primeiro sentido em questão é que o método não transforma o objeto, mas apenas é uma escolha do modo como se aproximar dele. A natureza qualitativa das relações sociais, em suas múltiplas dimensões – econômicas, políticas, psicológicas, dentre outras –, expressou-se tanto na percepção da produção do conhecimento em Saúde Pública como sendo o resultado dessas relações quanto ao se olhar para uma organização percebendo-se que nela se reproduzem as relações sociais de poder, legitimidade e responsabilidade.

Em relação ao segundo e ao terceiro artigos, entende-se que três aspectos precisam ser levantados, salientando-se que, de várias maneiras, houve interação entre esses aspectos. O primeiro consiste no fato de que, para poucos no meio sanitário, a estrutura organizacional para gestão de sistema de saúde tem algum significado atualmente, o que pode ser verificado pela pouca frequência do tema em

sua literatura mais recente mesmo havendo a questão de este ter adquirido relevância central a partir do advento do Sistema Único de Saúde e das reformulações nos papéis dos três níveis de governo. E, talvez ainda mais surpreendentemente, parece que é para poucos que a gestão de sistemas de saúde é entendida como um conjunto de atividades e responsabilidades a serem alocadas no mais alto nível gerencial de cada um dos órgãos governamentais de saúde. Para o autor deste trabalho, o significado de estrutura organizacional foi se consolidando durante o curso de uma disciplina específica sobre esse conceito e a pesquisa foi a oportunidade de uma aproximação a uma estrutura real.

O segundo aspecto se refere às características da estrutura selecionada, o Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. De fato, o primeiro desenho do projeto de pesquisa se mostrou impraticável, ampliando as limitações do próprio pesquisador. A visão tradicional de que existe estabilidade na Administração Pública não tem correspondido à realidade em relação ao nível central da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. A mudança constante no cargo de Secretário de Saúde fez com que o início do trabalho de campo fosse adiado várias vezes, entendendo-se que os entrevistados precisavam de um tempo para adquirir o conhecimento da estrutura em questão. No entanto, após três substituições, já se estava próximo de uma nova eleição, fato que pareceu colocar o Gabinete em uma postura ainda mais defensiva. A compreensão da existência de barreiras em pesquisas organizacionais faz com que seja estabelecida a norma de que o mais alto escalão da organização esteja, de algum modo, envolvido com o projeto, o que, embora tenha sido tentado e tenha tido um bom início, não se mostrou suficiente. Não obstante, a dificuldade pareceu ser também de outra natureza, causadora de uma

resistência por falta de significados comuns entre as dimensões prática e teórica no campo da Administração na Saúde Pública. Um maior compartilhamento de significados certamente se materializaria em uma relação de proximidade entre as instituições Universidade e os órgãos gestores da saúde, sem se desconsiderarem, contudo, as suas respectivas diferenças. De fato, um verdadeiro avanço nas pesquisas e no conhecimento sobre a gestão de sistemas de saúde dependerá da capacidade de a academia se aproximar das estruturas responsáveis por tal gestão.

As dificuldades de aproximação com a organização geraram a opção por um instrumento fechado e quantificável, com a produção de um *survey*, por meio do qual seriam colocados em prática os significados consolidados durante o curso de metodologia. Em pesquisa quantitativa, a representatividade da amostra se constitui como um valor especial, mas essa metodologia também se presta a estudos exploratórios. No caso deste estudo, considerando-se que não foi estabelecida uma relação com a organização para a construção de uma amostra probabilística e que há uma pequena produção sobre o tema estrutura organizacional para gestão de sistema de saúde, julgou-se pertinente, ainda assim, a realização da pesquisa.

Assim, mesmo sem a possibilidade de que os resultados sejam estendidos para além da amostra, considera-se que, enquanto estudo exploratório, esta pesquisa quantitativa pode servir como referência para outros trabalhos. Entende-se que a opção pela construção de um instrumento de coleta de dados fechado e quantificável, permite, além de sua replicação, também o seu aperfeiçoamento. Em outras palavras, o significado pretendido está na direção que o conhecimento em relação a um objeto se desenvolve de modo incremental, sem desconsiderar o fato de que a pesquisa é fonte de aprendizado ao próprio pesquisador e de desenvolvimento de suas

competências. Esses fatores somados levaram ao julgamento de que esta pesquisa e seus produtos deveriam chegar a termo.

Considera-se que existe um longo caminho a percorrer no sentido de qualificar a gestão do Sistema Único de Saúde, mas a comunidade científica estará dando sua contribuição ao produzir pesquisas que tratem os níveis centrais dos órgãos de governo como objeto de estudo e vetores da gestão desse sistema de saúde.

CASTIEL (2004) chama a atenção para a problemática de se estudarem aspectos da vida social contemporânea e enfatiza a fragilidade das palavras para enfrentá-la. Nas ciências aplicadas, o vocabulário disponível parece apreender apenas parcialmente o que acontece ao redor, e aspectos fragmentários são confundidos com o todo, pois, mesmo quando esses aspectos se referem apenas a porções do que existe, seus recortes são muitas vezes tomados como representantes do todo ou como sendo o próprio todo. Considerando-se essa dificuldade, parece que só no seio da matriz de todo conhecimento, a Filosofia, se pode encontrar alívio. Nesse sentido, a frase do filósofo Ortega Y Gasset, “eu sou eu e minhas circunstâncias. Se não as salvo, não me salvo eu” é capaz de expressar o estado de espírito do autor durante este trabalho, no qual a tentativa foi salvar a ambos.

5.1 REFERÊNCIAS

CASTIEL, D. L. Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica na categoria 'comunidade'. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 615-622, 2004.

GONÇALVES FILHO, A. G. O cérebro sob ameaça no século 21 (entrevista com o neurocientista Steve Rose). **O Estado de São Paulo**. São Paulo, Cad. 2, p. 5, 16 set. 2006.

ORTEGA Y GASSET. **Meditaciones del Quijote**. Madri: Alianza Editorial, 2001 [1914].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. L. Os avanços e os dilemas do modelo pós-burocrático: a reforma da administração pública à luz da experiência internacional recente. In: BRESSER-PEREIRA, L. C; SPINK P (Org.). **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999. p. 173-99.

ALMEIDA FILHO, N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **RAP - Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 11-34, nov.–dez. 2000.

ALVARENGA, A. T. A saúde pública como campo de investigação interdisciplinar e a questão metodológica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 22-41, 1994.

ALVAREZ, M. C. Notas em torno de uma noção polêmica. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 1, 168-76, 2004.

AMORIM, D. G.; TAGHREED, A.; AMARAL, J. J. F.; GOUWS, E.; BRYCE, J.; VICTORA, C. G. Integrated Management of childhood illness: efficiency of primary health in northeast Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 42, v. 2, p. 183-190, 2008.

ANDRADE, L. O. M. **SUS Passo a Passo: normas, gestão e financiamento**. São Paulo: Hucitec; Sobral: Uva, 2001.

BARBIERI, A. R.; HORTALE, V. A. Desempenho gerencial em serviços públicos de saúde: estudo de caso em Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1349-1356, set.–out. 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203 de 5 de novembro de 1996. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 de nov. de 1996. Seção I, p. 22.932.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional 29. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das

Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 set. 2000

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção I, p. 43.

BRESSER-PEREIRA, L. C. B. Auto-interesse e Incompetência. **RBE – Revista Brasileira de Economia**, São Paulo, v. 57, n. 1, p. 209-222, 2003.

BRISSÓN, M. E.; SPINELLI, H. G. Utilización de proyectos de trabajo en una organización de salud del sector público en Argentina: paradojas, dilemas y oportunidades. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 554-564, mar.-abr. 2005.

BUCKLEY, B. A **Sociologia e a moderna teoria dos sistemas**. São Paulo: Editora Cultrix, 1971.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2. sem. 2000.

CARMO-NETO, D. Como fazer uma análise de conteúdo. In: _____. **Metodologia científica para principiantes**. Salvador: Editora Universitária Americana, 1993. p. 409-427.

CARVALHO, A. O.; EDUARDO, M. B. P. **Sistemas de informação em saúde para municípios**. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Faculdade de Saúde Pública. Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar / Banco Itaú, 1998.

CASTIEL, D. L. Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica na categoria 'comunidade'. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 615-622, 2004.

CASTRO, C. G. J.; WESTPHAL, M. F. Modelo de Atenção. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA E. S. **Gestão de serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS**. São Paulo: EDUSP, 2001. p. 91-111.

CAVALCANTI, B. S. A gestão pública como componente do desenvolvimento curricular das escolas de administração. **RAP – Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 235-240, out.-dez. 1984.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. São Paulo: McGraw-Hill, 1983.

CHIAVENATO, I. **Gerenciando pessoas: o passo decisivo para a administração participativa**. São Paulo: Makron Books, 1994.

CLILCOTE, R. H. **Teorias de política comparativa: a busca de um paradigma reconsiderado**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

COHN, A.; WESTPHAL, M. F.; ELIAS, P. E. Informação e decisão política em saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 114-121, 2005.

CORRÊA, H. L. **Gestão de serviços: lucratividade por meio de operações e de satisfação dos clientes**. São Paulo: Atlas, 2006.

[CPHA] ASSOCIAÇÃO CANADENSE DE SAÚDE PÚBLICA. **Promoção da Saúde no Canadá – Documentos Seleccionados**. Rio de Janeiro: Ensp/Abrasco/Cpha, 2001.

DAWBOR, L. Tendências da gestão social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 3-16, 1999.

ELIAS, P. E. M. Por uma refundação macropolítica do SUS: a gestão para a equidade no cotidiano dos serviços. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 25-36, p. 2002.

EVANGELISTA, P. A.; BARRETO, S. M.; GUERRA, H. L. Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 767-776, set.–out. 2008.

FERREIRA, A. A.; REIS, A.C.F.; PEREIRA, M. I. **Gestão empresarial: de Taylor aos nossos dias: evolução e tendências da moderna administração de empresas**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS M. J. **Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia da informação**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2072-2080, set. 2007.

FONSECA J. S.; MARTINS, G. A. **Curso de estatística**. São Paulo: Atlas, 1996.

FORTES, P. A. C. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 696-701, mar. 2008.

FRANÇA, A. C. L. **Práticas de recursos humanos – PRH: conceitos, ferramentas e procedimentos**. São Paulo: Atlas, 2007.

FREEMAN, R.; MORAN, M. A saúde na Europa. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. A. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002. p. 45-64.

GARIBOTTI, V.; HENNINGTON, E. A.; SELLI, L. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1043-1051, maio 2006.

GIBSON, J. L.; IVANCEVICH, J. M.; DONNELLY, R. K.; KONOPASKE, R. **Organizações: comportamento, estrutura e processo**. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

GONÇALVES FILHO, A. G. O cérebro sob ameaça no século 21 (entrevista com o neurocientista Steve Rose). **O Estado de São Paulo**. São Paulo, Cad. 2, p. 5, 16 set. 2006.

GUIMARÃES, M. C. L.; SANTOS, S. M. C.; MELO, C.; FILHO, A. S. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1642-1650, nov.-dez. 2004.

HAIR, J. F.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L.; BLACK, W. C. **A análise multivariada dos dados**. Porto Alegre: Bookman, 2005a.

HAIR, J. F.; BABIN B.; MONEY, A. H.; SAMOUEL, P. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005b.

HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 42, v. 3, p. 555-561, 2008.

HOROVITZ, D. D. G.; CARDOSO, M. H. C. A.; LLERENA, J. C.; MATTOS, R. A. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: características do atendimento e propostas para formulação de políticas públicas em genética clínica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2599-2609, dez. 2006.

[IBAM] INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL. **A saúde no município: organização e gestão**. Rio de Janeiro: IBAM/UNICEF, 1991.

INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2001.

KEIDEL, R. W. **Seeing organizational patterns: a new theory and language of organizational design**. San Francisco: Berrett-Koehler, 1995.

KEINERT, T. M. M. **Administração pública no Brasil: crises e mudanças de paradigmas**. São Paulo: Annablume/FAPESP, 2000.

KERSTENETZKY, C. L. Desigualdades justas e igualdade complexa. **Lua Nova**, São Paulo, n. 47, p. 5-26, 1999.

KLIKSBERG, B. A modernização do Estado para o desenvolvimento social – algumas questões-chave. **RAP – Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 78-90, 1996.

KLIKSBERG, B. Como reformar o Estado para enfrentar os desafios sociais do terceiro milênio. **RAP – Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 119-151, 2001.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 2006.

LENCIONI, S. **Região e geografia**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.

LIMA, J. C.; RIVERA, F. J. U. Gestão de sistemas regionais de saúde: um estudo de caso no Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2179-2189, out. 2006.

LIMA, S. M. L.; BARBOSA, P. R.; PORTELA, M. C.; UGÁ, M. A. D.; VASCONCELLOS, M. M.; GERSCHMAN, S. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1249-1261, 2004.

LIMA, S. M. L.; PORTELA, M. C.; UGÁ, M. A. D.; BARBOSA, P. R.; GERSCHMAN, S.; VASCONCELLOS, M. M. Hospitais filantrópicos e a operação de planos próprios no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 41, v. 1, p. 116-123, 2006.

MACHADO, C. V. O modelo de intervenção do Ministério de Saúde brasileiro nos anos 90. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2113-2126, set. 2007.

MALIK, A. M. Qualidade, profissionais e organizações de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 1, n. 2, p. 17-20, abr.–jun. 1998.

MEDAUAR, O. **O direito administrativo em evolução**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2003.

MELO, E. M. C.; ASSUNÇÃO, A. A.; FERREIRA, R. A. O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgência: fatores intervenientes no atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.12, p. 3000-3010, dez. 2007.

MELLO, D. L. O Município na organização nacional. Bases para uma reforma do regime municipal brasileiro. **Revista de Administração Municipal**, Rio de Janeiro, n. 250, p. 5-14, 2004.

MENDES, E. V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MESSEDER, A. M.; CASTRO, C. G. S. O.; CAMACHO, L. A. B. Projeto diagnóstico da farmácia hospitalar no Brasil: uma proposta de hierarquização dos serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 835-844, abr. 2007.

MINTZBERG, H. A estruturação das organizações. In: MINTZBERG, H.; LAMPEL, J.; QUINN, J.B.; GHOSHAL, S. **O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados**. Porto Alegre: Bookman, 2006. p. 140-156.

MORA, A. J. F.; COLLEGE, B. M. Natureza dos objetos conceituais. In: BUNGE, M. **Epistemologia: curso de atualização**. São Paulo: T.A. Queiroz / EDITORA da Universidade de São Paulo, 1980. p. 39-50.

NADLER, D. A. Arquitetura organizacional: metáfora para mudança. In: NADLER, D. A.; GERSTEIN, M. S.; SHAW, R. B. **Arquitetura organizacional: a chave para a mudança empresarial**. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

ORTEGA Y GASSET. **Meditaciones del Quijote**. Madri: Alianza Editorial, 2001 [1914].

OVERHOLT, M. H. Flexibilidade e vantagem competitiva. **HSM Management**, Barueri, v. 18, n. 1, p. 68-72, 2000.

PACHECO, S. P. Administração Pública nas revistas especializadas. **RAE – Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 63-71, 2003.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 40 (n. esp.), p. 73-78, 2006.

PEREIRA, M. I, SANTOS, S. A. **Modelo de gestão: uma análise conceitual**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

PINHEIRO, M. C. **Equidade em saúde e as Conferências Nacionais de Saúde pós Constituição Federal de 1988**. São Paulo, 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

PORTELA, M. C.; LIMA, S. M. L.; FERREIRA, V. M. B.; ESCOSTEGUY, C. C.; BRITO, C.; VASCONCELLOS, M. T. L. Diretrizes clínicas e outras práticas voltadas para a melhoria da qualidade assistencial em operadoras de planos de saúde sob a perspectiva dos seus dirigentes, no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 253-266, fev. 2008.

PRATS J. O. El concepto y el análisis de la gobernabilidad. **Poder local** [periódico online], 25 out. 2004. Disponível em <http://www.poderlocal.net/leer_noticias.asp?id=6759>. Acesso em: 20 jan. 2009.

PREARO, L. C. **O uso de técnicas estatísticas multivariadas em dissertações e teses sobre o comportamento do consumidor: um estudo exploratório**. 2008.

Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. **A Secretaria de Higiene e saúde da cidade de São Paulo: história e memórias**. Documento comemorativo de quadragésimo aniversário, coordenado por Aldaísa de Oliveira Sposati. São Paulo: Secretaria Municipal de Cultura, 1985.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Página da Prefeitura na Internet. Disponível em: <<http://capital.sp.gov.br/portalmmsp/homec.jsp>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

QUINN, J.B.; ADERSON, P.; FINKELSTEIN, S. Novas formas de organização. In: MINTZBERG H.; LAMPEL, J.; QUINN, J.B.; GHOSHAL, S. **O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados**. Porto Alegre: Bookman, 2006. p. 157-171.

ROMANO, R. Ciência para justiça e equidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n.1, p. 53-66, jan–jul. 2002.

SANTANA, J. P. (Coord.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana de saúde, 1997.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A.; RODRIGUES, A. A. A. O.; NASCIMENTO, M. A. A.; JORGE, M. S. B. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, jan. 2007.

SÃO PAULO. Decreto nº 32.773. Consolida as disposições relativas à organização da Secretaria Municipal da Saúde – SMS-SP, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 11 dez. 1992. Folha 1.

SÃO PAULO. Comunicado 3/01 da Secretaria Municipal da Saúde. Sua finalidade é definir e orientar os fluxos funcionais nas áreas de atuação da Secretaria Municipal da Saúde, 2001.

SÃO PAULO. Portaria 915/2008 da Secretaria Municipal da Saúde. Define as atribuições da Coordenação de Vigilância em Saúde e sua composição. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 13 jun. 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Informações sobre a Secretaria apresentadas no Portal da Prefeitura de São Paulo. Disponível em: <<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saúde>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

SELLTIZ, C.; JAHODA, M.; DEUTSCH, M.; COOK, S. W. **Métodos de pesquisa das relações sociais**. São Paulo: Herder/Universidade de São Paulo, 1971.

SENGE, P. M. **A quinta disciplina: arte e prática da organização de aprendizagem.** São Paulo: Best Seller, 1999.

SERAPIONI, M.; ROMANÍ, O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.11, p. 2411-2421, nov. 2006.

SIEGEL, S. **Estatística não paramétrica para as ciências do comportamento.** São Paulo: Mc Graw-Hill; 1975.

SILVA, L. M. V.; HARTZ, Z. M. A.; CHAVES, S. C. L.; SILVA, G. A. P.; PAIM, J. S. Análise da implementação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 355-370, fev. 2007.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, nov. 2007.

SUNDFELD, A. S. **Direito Administrativo Ordenador.** São Paulo: Malheiros Editores Ltda, 1997.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais.** São Paulo: Atlas, 1995.

VASCONCELLOS, E.; HEMSLEY, J. **Estrutura das organizações.** São Paulo: Pioneira, 1997.

VIANA, A. L. A.; HEIMANN, L. S.; LIMA L. D.; OLIVEIRA, R. G.; RODRIGUES, S. H. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 (Suplemento), p. 139-151, 2002.

VIANA, A. L. A.; IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; LIMA, L. D.; ALBUQUERQUE, M. V.; IOZZI, F. L. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.

VIANNA, P. V. C.; ELIAS, P. E. M. Cidade sanatorial, cidade industrial: espaço urbano e política de saúde em São José dos Campos, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1295-1308, jun. 2007.

CURRÍCULO LATTES

Marcelo Cardoso Pinheiro

Possui graduação em Engenharia Química pelo Instituto Mauá de Tecnologia (1984) e mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2003). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: sistemas locais de saúde e equidade em saúde. Atualmente, cursa doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, sob orientação do Prof. Dr. Cláudio Gastão Junqueira de Castro. **(Texto informado pelo autor)**

Última atualização do currículo em 07/09/2007

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/8307916799134917>

Cláudio Gastão Junqueira de Castro

Possui graduação em Medicina pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1975), especialização em Residência Médica no Departamento de Medicina Soci pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (1977), especialização em XI Curso de Especialização em Planejamento do Seto pela Universidade de São Paulo (1978), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1992) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1999). Atualmente, é Médico Sanitarista da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Professor Doutor da Universidade de São Paulo, Revisor de periódico da Ciência & Saúde Coletiva e Revisor de periódico da Cadernos Saúde Coletiva (UFRJ). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente no seguinte tema: Sistema Único de Saúde. **(Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)**

Última atualização do currículo em 03/12/2008

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/0515073935343884>

ANEXOS

Anexo A – Questionário Aplicado

ESTE QUESTIONÁRIO FAZ PARTE DE UMA PESQUISA DE DOUTORAMENTO DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA (USP) SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO GABINETE DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. ENTENDE-SE, PARA ESTA PESQUISA, O GABINETE DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO, EM SENTIDO AMPLO, COMO UM CONJUNTO DE NÚCLEOS, ASSESSORIAS E COORDENADORIAS.

PERFIL

1. Sexo:

- Feminino
 Masculino

2. Idade:

_____ anos

3. Você é efetivo da Prefeitura Municipal de São Paulo?

- Não
 Sim. Seu cargo/carreira é de: Profissional da Saúde
 Não Profissional da Saúde

4. Grau de Instrução:

- Primeiro Grau/Ensino Fundamental Completo
 Segundo Grau /Ensino Médio Completo
 Superior Completo
 Pós-Graduação

5. Se você possui formação de nível superior, especifique qual:

- Administração
 Direito
 Enfermagem
 Fisioterapia
 Fonoaudiologia
 Medicina
 Nutrição
 Odontologia
 Pedagogia
 Psicologia
 Serviço Social
 Outra. Especifique: _____

6. Desde que data você trabalha na Prefeitura Municipal de São Paulo?

Mês: |_____| Ano: |_____|

7. Durante estes anos de trabalho na Prefeitura Municipal de São Paulo, quantos destes anos (com ou sem continuidade) foram trabalhados no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde?

_____ anos. Contínuos? Não
 Sim.

8. Você está em cargo em comissão:

Não
 Sim. Quantas pessoas respondem diretamente a você? _____

9. Em qual área/segmento/coordenação do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde você trabalha?

- Vigilância em Saúde - COVISA
 Almoxarifado
 Inspeção de Alimentos
 Divisão Administrativa
 Recursos Humanos - CRH
 Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde - CEFOR
 Apoio ao Desenvolvimento da Gerência Hospitalar
 Integração e Regulação do Sistema
 Epidemiologia e Informação
 Assessoria Técnica, Parlamentar, de Comunicação e Imprensa ou Jurídica
 Gabinete do Secretário, do Secretário Adjunto ou do Chefe de Gabinete
 Coordenação Financeira Orçamentária
 Divisão Técnica de Suprimento
 Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde
 Coordenação de Atenção Básica
 Controle de Zoonose
 Conselho Municipal de Saúde
 Ouvidoria
 Outra. Especifique: _____

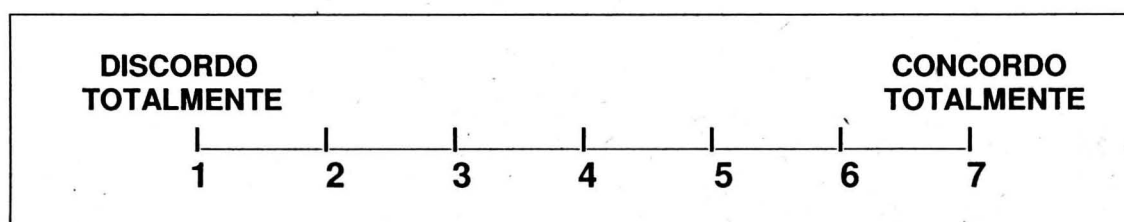
10. Antes de trabalhar nesta atual área do Gabinete você trabalhou em alguma outra área do Gabinete?

Não
 Sim.

11. Como funcionário da Prefeitura Municipal de São Paulo, você já trabalhou em unidades de prestação de serviços de saúde?

- Não
 Sim. Onde? Unidade Básica de Saúde
 Hospital
 Assistência Médica Ambulatorial
 Outras. Especifique _____.

A SEGUIR SÃO APRESENTADAS ALGUMAS AFIRMATIVAS SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO GABINETE DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. COM BASE EM SUA OPINIÃO, PARA CADA UMA DELAS, DÊ UMA NOTA DE “1” A “7” PARA EXPRESSAR O SEU GRAU DE CONCORDÂNCIA OU DE NÃO CONCORDÂNCIA, SENDO “1” PARA A OPÇÃO “DISCORDO TOTALMENTE” E “7” PARA A OPÇÃO “CONCORDO TOTALMENTE”, DE ACORDO COM A ESCALA A SEGUIR:



0 (ZERO) – NÃO SE APLICA/NÃO SEI RESPONDER

| | |
|--|-----|
| 1. As informações produzidas na minha área de atuação são utilizadas pelos demais segmentos/divisões do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo para a gestão do sistema de saúde do Município. | () |
| 2. Os conhecimentos adquiridos na minha formação são pouco utilizados no meu dia-a-dia. | () |
| 3. Tenho acesso às informações necessárias para desenvolver bem o meu trabalho no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. | () |
| 4. Os treinamentos oferecidos para os funcionários que trabalham no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo estão adequados às atividades por eles desempenhadas. | () |
| 5. A natureza predominante das atividades desenvolvidas pelos funcionários vinculados ao Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo é gerencial. | () |
| 6. Estão claras as funções de cada um dos segmentos/divisões do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo em relação à gestão do sistema de saúde do Município. | () |
| 7. Ter formação acadêmica na área da saúde deveria ser uma exigência para o funcionário ocupar um cargo de gerência de um sistema de saúde. | () |
| 8. Os funcionários que trabalham no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo têm uma boa visão do que acontece na rede de serviços de saúde no Município. | () |
| 9. Existe muita sobreposição de funções entre os segmentos/divisões do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. | () |

| | |
|--|-----|
| 10. O profissional da saúde deveria atuar na prestação de serviços de saúde antes de trabalhar no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. | () |
| 11. O poder de decisão está bem distribuído pelos segmentos/divisões do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. | () |
| 12. Gerenciar o sistema de saúde do Município é a principal missão do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. | () |
| 13. As atividades da área onde trabalho no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo estão bem definidas. | () |
| 14. Tenho liberdade para tomar decisões dentro da minha função. | () |
| 15. Trabalhar no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo faz os funcionários desenvolverem novas capacidades. | () |
| 16. O Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo é a principal estrutura organizacional para a gestão do sistema de saúde do Município. | () |
| 17. Há integração entre os diversos segmentos/divisões do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. | () |
| 18. Quando assumem um cargo no gerenciamento do sistema de saúde, os profissionais da saúde mudam de uma atividade técnica para uma atividade administrativa. | () |
| 19. A distribuição das atividades no segmento/divisão em que trabalho é justa. | () |
| 20. As trocas de informações entre o setor que eu trabalho e outros setores do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo ocorrem com frequência. | () |
| 21. Há muitas contradições entre as chefias no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. | () |
| 22. O Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo tem um bom sistema de informação para a gestão do sistema de saúde do Município. | () |
| 23. As diretrizes no segmento/divisão em que trabalho estão bem definidas. | () |
| 24. As pessoas que trabalham no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo entendem como o trabalho delas contribui para a gestão do sistema de saúde do Município de São Paulo. | () |
| 25. Tenho o apoio necessário do meu superior imediato para desempenhar bem minhas atividades. | () |
| 26. O Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo tem uma boa estrutura para gerir o sistema de saúde do Município. | () |

OUTRAS QUESTÕES

A. Durante o período em que estava trabalhando no Gabinete, você fez algum curso cujo aprendizado tenha sido aplicado no seu trabalho?

- () Não
() Sim.

B. Abaixo estão listadas algumas funções possíveis para uma Secretaria Municipal da Saúde. Para cada uma delas, dê uma nota entre “0” e “10” para avaliar a importância de essas funções serem executadas no nível central da Secretaria, sendo a nota “0” igual a nenhuma e a nota “10” equivalente à maior importância.

- () Definir os parâmetros de qualidade dos serviços de saúde
() Planejar a cobertura dos serviços de saúde
() Distribuir os recursos financeiros da saúde
() Avaliar e controlar a rede de unidades de serviço
() Definir a incorporação tecnológica na rede de serviços
() Estabelecer um relacionamento com o Poder Legislativo
() Estabelecer um relacionamento com o Poder Judiciário
() Identificar as necessidades dos usuários
() Tomar as decisões necessárias para promover a equidade em saúde
() Fazer análise epidemiológica do Município
() Fazer a integração entre os diversos níveis da atenção à saúde
() Efetuar prestação direta de serviços de saúde
() Identificar as necessidades das unidades de serviços
() Fazer o relacionamento com as outras esferas de governo: União, estados e municípios

C. Se você é profissional da saúde, qual ou quais motivos o leva(m) a não estar atuando em uma unidade de prestação de serviços de saúde?

- () Salário
() Segurança
() Distância das unidades de serviços
() Desejo de mudança nas atividades profissionais
() Outras. Especifique: _____.

D. Você acredita que seu potencial seria mais bem aproveitado em outra área do Gabinete?

- () Não
() Sim, parcialmente
() Sim, totalmente.

E. Já houve a incorporação em seu salário de gratificação por ter ocupado cargos de Direção e Assessoramento (DAI ou DAS)?

- () Não
() Sim. Quantas incorporações? _____.

Anexo B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

Pesquisa: “Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo: Análise de sua estrutura organizacional para a gestão do sistema de saúde – Um estudo de caso” [Projeto de Tese de Doutorado a ser apresentado à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP].

Pesquisador: Marcelo Cardoso Pinheiro RG 11.183.918 - X

Objetivo: Identificar e analisar as estruturas organizacionais da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo com funções de gestão do sistema municipal de saúde.

Procedimentos: A coleta de dados será realizada a partir da análise de documentos, observação e entrevistas individuais.

Eu lhe convido a participar da pesquisa citada acima e informo que sua participação não é obrigatória e que você poderá desistir a qualquer momento.

Caso queira mais informações, poderá obtê-las com o pesquisador, que se compromete a esclarecer qualquer dúvida e a disponibilizar os resultados após a conclusão do trabalho. Se preferir, poderá obter informações através do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde (CEP/SMS), situado na Rua General Jardim, nº 36, 2º andar, telefone 3218 4043.

Também informo que será garantido o anonimato e a confidencialidade das informações.

São Paulo, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do participante

Marcelo Cardoso Pinheiro

Nº USP: 3352562

Maiores informações:

Marcelo Cardoso Pinheiro – Rua Tomás Carvalhal, 310, apto. 81 – São Paulo/SP.
Telefone: (11) 3889-8715. E-mail: marcelocapi@uol.com.br

Prof. Cláudio Gastão Junqueira de Castro – Departamento de Prática de Saúde Pública – FSP/USP.
Av. Dr. Arnaldo, nº 715 – São Paulo/SP. Telefone: (11) 3066-7792.