

Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil

Decision-making process and administrative practice: managing the State Health Secretariat in Bahia, Brazil

Thereza Christina Bahia Coelho ¹
Jairnilson Silva Paim ²

Abstract

This case study is based on research performed by the Bahia State Health Secretariat (SESAB), aimed at analyzing management practices during the implementation of a State government administrative reform. The institutional agenda shows evidence of limited participation by civil society and technical and operational staff in problem selection and prioritization, resulting from a work process pressured by high-level executive government staff. Decisions regarding "output" (projects, services, and activities) were made under the responsibility of subordinate operational levels and did not appear as issues in the institutional routine. Concerns related to "input" (financial and human resources) consumed most of the high-level efforts, with internal and external negotiations and compromises to assure access to them. Meanwhile the possible "outcome", namely public health status, represents the "occult subject" of the institutional discourse. Information emerges in institutional disputes as a technical "power resource" in its medical, epidemiological, health, and administrative dimensions. The issue of government "representation" and allied interests is based on ideological dispositions and authoritarian practices, thus contradicting the need for management transparency and modernization.

Health Resources; Resources Management; Organizational Policy

Introdução

As dificuldades geradas pela implementação do SUS no Brasil têm levado estudiosos das ciências políticas, sociais e do planejamento, a problematizar o papel do Estado e da burocracia na produção de políticas e nas formas de governar o setor saúde. Melo ¹, ao analisar a evolução da agenda pública brasileira, procurou identificar em cada conjuntura ou governo, o princípio organizador das políticas públicas e o seu efeito esperado, chamando a atenção para o incremento, no presente, do *mix* público-privado dessas políticas.

No início dos anos 90, o setor saúde no Brasil foi atravessado pelos efeitos sucessivos de dois grandes conjuntos de reformas: a de Estado, iniciada com o desmantelamento de seu aparelho pelo governo Fernando Collor e reforçada no governo Fernando Henrique Cardoso, e a Reforma Sanitária, concebida no processo de democratização. A proposta de "robustecimento" do Estado ² (p. 9) se materializou por meio da "racionalização da gestão e seu desentranhamento do jogo clientelístico e partidário"; da "flexibilização dos monopólios"; da "concessão de serviços públicos à iniciativa privada e das privatizações". Cardoso ² (p. 10) estabelecia que o "antigo controle burocrático" fosse substituído por "agências reguladoras com responsabilidade pública". Tratava-se, portanto, de uma intervenção do governo no aparato es-

¹ Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia.

² Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

Correspondência

T. C. B. Coelho
Departamento de Saúde,
Universidade Estadual
de Feira de Santana,
Rodovia BR-116, Km 3, Campus
Universitário, Módulo VI,
Feira de Santana, BA
44031-460, Brasil.
tchris@ufba.br

tatal, mudando a ênfase dada pela *Constituição Federal* brasileira aos direitos sociais e os deveres do Estado, para a “*responsabilidade e a solidariedade de cada um*”, da “*ação estatal*”, para a “*ação pública*”² (p. 8).

Para Oliveira³ (p. 18), as reformas liberadoras do mercado atuariam de forma violenta, por meio de uma pesada intervenção estatal, fazendo “*retroceder o conjunto das formas de sociabilidade ao estatuto de pura mercadoria*”, obstruindo, desqualificando e destruindo as mediações construídas pelas classes sociais como organizações e sindicatos. Mais recentemente, ao analisar os componentes do Consenso de Washington, Santos⁴ chama a atenção para a intensa atividade regulatória que precede o “*encolhimento*” do Estado, deixando claro que apenas um Estado forte pode produzir a sua “*fraqueza*”. No caso soviético, entretanto, essa intervenção maciça resultou em um Estado de máfias.

No caso do setor saúde, constata-se uma participação maior do capital financeiro ao tempo em que a descentralização dos serviços permite aos municípios movimentarem fundos e negociarem esquemas com os produtores privados. A expansão da produção privada, sua regulação e os insumos passam a depender do seu financiamento porque quem administra os fundos de saúde, e não apenas quem paga, controla importante parte da economia. O processo de formulação de políticas sanitárias sofre alterações fundamentais com a entrada do grande capital⁵ (p. 44), em relação à situação anterior quando “*os actores internos del sector tenían un vínculo profesional o laboral com el o pertenecían a las estructuras administrativo-burocráticas de las instituciones públicas com cierta obligacion de responder ante la sociedad*”. Dessa maneira, a sociedade perderia a capacidade de influir na definição das políticas de saúde, pois as privatizações ofereceriam uma “*livre escolha*” condicionada pela oferta e pela capacidade econômica de cada usuário. Parte da negociação torna-se assim, limitada, uma vez que é difícil estabelecer um pacto que inclua a participação dos usuários na tomada de decisões e na gestão de estabelecimentos privados. A prestação de serviços pelo Estado se concentra nas áreas não rentáveis, permitindo a transferência sistemática dos recursos para o sistema privado e a manutenção dos “*mecanismos de autoreprodução de la miseria pública*”⁵ (p. 45-6).

As reformas no modelo de gestão dos sistemas de saúde que propõem maior eficiência por meio da retirada do Estado na prestação de serviços tendem a desconsiderar os interesses

cristalizados no setor que determinam, em última análise, a forma de organização dos serviços de saúde, os modelos assistenciais, a formação dos recursos humanos e o desenvolvimento científico e tecnológico. A “*indústria da saúde*”, cujos centros de decisão estão fora do país, teria movimentado em 1993, 6,4 bilhões na assistência médica supletiva, enquanto a indústria de medicamentos faturado 8,2 bilhões de dólares, em 1995. Nesse mesmo período, a indústria de equipamentos biomédicos movimentou cerca de um bilhão de dólares⁶.

Durante a década de 80, uma série de idéias reformadoras no campo da saúde vinculavam-se a estudos financiados pelo Banco Mundial. Os documentos, de natureza prescritiva, buscavam fortalecer a capacidade de implementação de reformas setoriais em países receptores de empréstimos e entram como parte das negociações que envolviam os ajustes macroeconômicos. Com os fracassos desses processos e a ocorrência de críticas, correções de rumos foram feitas, mas sempre seguindo as prescrições econômicas. Nos anos 90, as propostas reformistas se voltam para a resolução de problemas maximizados pelas reformas restritivas anteriores, lançando-os para o centro de “*las diferentes arenas sectoriales, recuperando, bajo nuevas bases, la perspectiva del Estado minimalista*”⁷ (p. 11).

Assim, os protagonistas das negociações destinadas a compatibilizar interesses setoriais a partir da luta no interior dos aparelhos de Estado, têm sido reconhecidos como atores políticos “*com capacidad de acceso a dichos aparatos e com posibilidades de ejercer presión para lograr la instrumentación de determinadas políticas*”⁸ (p. 134). Dessa maneira, produz-se uma corporativização do sistema político, onde os compromissos e acordos formalizados se fazem por meio de uma negociação entre cúpulas, em uma “*agenda oculta*”.

A análise no plano dos aparatos, ou da burocracia, se apresenta vantajosa, dentro dessa perspectiva, por reconhecer a existência de práticas de natureza distintas em qualquer conjunto de comportamentos concretos, sendo essas práticas institucionais, relacionadas com a instrumentalização das políticas públicas, “*conductas que tienden a reproducir y legitimar relaciones de poder entre actores institucionales*”⁹ (p. 300).

Conduzir uma investigação no plano das realidades concretas pode responder algumas das questões levantadas, de *como o governo governa* em saúde e de como as práticas conflitivas são geradas pela ação estatal e incorporadas em suas estratégias de hegemonia, a quem

se destinam, beneficiam ou prejudicam. A partir do pressuposto segundo o qual os padrões de institucionalização e mudança das políticas não só dependem da correlação de forças políticas que dirigem e pressionam o Estado e seus aparatos, mas também “*de la distribución del poder al interior del aparato estatal y de las formas concretas de organización del trabajo en las instituciones*”⁹ (p. 295), o trabalho apresenta o seguinte objetivo: analisar o processo político e as práticas institucionais de gestão nos níveis hierárquicos superiores da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e suas relações com organizações públicas e privadas no ano 2000.

Metodologia

O estudo dos micropoderes e das formas de exercício do poder no processo de gestão não pode se limitar às relações cristalizadas e instituídas em leis, normas, procedimentos e valores. Luz¹⁰ entende a burocracia como um conjunto de agentes institucionais provenientes de corporações profissionais distintas, situados hierarquicamente, tendo como funções: elaborar, organizar, operar, avaliar e reproduzir o sistema de meios normativos capaz de executar as políticas, estratégias e programas típicos dessa ordem, ou seja, concentradores e excludentes de poder. “*En este sentido, la burocracia genera un sistema de obstáculos al ejercicio de derechos políticos e sociales de la ciudadanía y, en vez de ser políticamente un conjunto de medios, se vuelve un fin en si misma, ocupando el lugar de la(s) política(s) y dos actores políticos e imposibilitando, en la práctica, programas y estrategias com un mínimo de alcance social*”¹⁰ (p. 280).

Faz-se necessário, desse modo, repensar o poder enquanto relações de submissão, resistência e oposição, e analisar o comportamento em cada pólo: Estado, burocracias, sociedade¹¹, reconhecendo a forma pela qual os indivíduos introjetam as relações de poder em cada espaço e constroem sua subjetividade. É por meio de uma “maneira de viver” o poder que os indivíduos terminam construindo suas relações sociais, sua cidadania “passiva” ou “ativa”, o seu exercício de poder “autoritário” ou “democrático”.

As organizações de saúde estaduais, formadas ao longo das políticas de saúde brasileiras que consolidaram o Estado como grande intermediador e principal provedor de ações nesse setor, podem refletir, por meio do seu quadro dirigente, a distribuição de poder setorial, ex-

pressando os interesses econômicos, de classe e político-ideológico desses grupos.

Nesse sentido, foi realizado um estudo de caso da SESAB voltado para o processo político de gestão do seu nível central, mediante análise documental e entrevistas com 17 dirigentes da instituição. Partindo-se do pressuposto do Estado como produtor de políticas e das organizações hipercomplexas como suporte das ações dos sujeitos sociais¹², buscou-se analisar as narrativas emergentes de entrevistas semi-estruturadas que exploravam as práticas cotidianas construídas ao longo das trajetórias individuais e das especificidades estruturais do espaço institucional.

Resultados

A exposição dos resultados dessa investigação parte do espaço de produção das práticas de gestão (a arena-instituição SESAB), passando para os agentes-dirigentes as regras e o ritmo do trabalho, o jogo relacional, seus componentes (critérios para decisão e relação com a informação) e por fim, a configuração de estilos e modos particulares de gestão.

A SESAB foi criada pela *Lei n. 4.697* de 15 de julho de 1966. Passou por um período de transição até a aprovação do novo regimento, em março de 1999. Nesse decreto (Bahia. *Decreto n. 7.546* de 24 de março de 1999. Diário Oficial do Estado da Bahia 1999; 6 mai) ficam estabelecidas as novas funções da secretaria, em “*consonância com as disposições da Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que constituiu o Sistema Único de Saúde – SUS*” (p. 1).

No novo organograma encontravam-se as quatro superintendências executivas e uma diretoria-geral que controlava os recursos financeiros e administrativos. Atores que ocuparam a arena dessa “nova SESAB”, os *policy makers*, também atuaram como implementadores de políticas mais amplas, deflagradas nível após nível através de um “efeito dominó”, sujeito às várias “refrações” que cada nível burocrático fornece ao reinterpretar as portarias, as normas e também os planos que se processam no seu respectivo “degrau”.

Uma autonomia relativa foi conferida aos dirigentes dos níveis administrativos estudados, por um estilo especial do gestor estadual, o secretário de saúde, fixado no slogan *Aqui se Faz Política de Saúde e Não Política na Saúde*. Esse estilo permitiu a escolha dos subordinados pelos dirigentes, oferecendo certa liberdade para decisões de natureza técnica, e, em alguns casos, administrativa. Entretanto, as pres-

sões político-partidárias oriundas dos municípios, ao encontrarem resistências dentro da estrutura antes permeável a essas demandas, acionavam, via legislativo, o governo, determinando as nomeações para as diretorias regionais de saúde (DIRES) e as unidades assistenciais que não se encontravam na gestão municipal. Assim, a escolha dos gerentes e diretores permaneceu subordinada em grande parte ao jogo político-partidário, mesmo a contragosto da alta direção, porque essa foi, nesse período, a prática político gerencial preponderante no governo do Estado. As demandas políticas também permitiram a ocorrência de certos privilégios a favor dos municípios mais “alinhados”, que teriam sido mais “aquinhoados”, por exemplo, no processo da municipalização, em termos de recuperação e investimento das unidades cedidas.

Ao buscar compatibilizar as demandas de aumento de recursos com redução de gastos (racionalidade econômica) e as demandas político-partidárias da base de apoio (racionalidade política) com as necessidades organizacionais relacionadas com o controle e a produção de serviços no sistema (racionalidade administrativa), cada dirigente se viu às voltas com o dilema de ter de dar respostas rápidas a esses problemas (agilidade gerencial), mantendo a qualidade do produto oferecido.

A prata da casa

A maioria dos dirigentes entrevistados foi composta de servidores de carreira, com longo tempo na organização – em média vinte anos e experiência anterior em cargos de direção. Essa configuração da estrutura de mando ressaltou a imagem da SESAB como uma organização burocrática “modificada”¹³, podendo, portanto, caminhar para uma forma matricial, orientada por funções e “tocada” por equipes de projetos. Isso fez com que fosse possível detectar indícios de fenômenos comuns nesses dois tipos de organização: o acúmulo de poder técnico-administrativo, no sentido da aquisição de um saber sobre a instituição, o “como fazer nela”; e a concorrência interna entre projetos.

A primeira grande decisão de todo dirigente foi a escolha da equipe de trabalho que se deu no início da primeira gestão, quando se mesclaram critérios técnicos e pessoais, de amizade e confiança. No processo de seleção de candidatos procurou-se aliar um perfil técnico à experiência dentro da própria secretaria, em uma política de cargos designada pelo secretário como “valorização da prata da casa”.

Ao fazerem referência a seus próprios papéis e funções e de seus superiores, os entre-

vistados utilizaram, espontaneamente, termos técnicos da administração, como “coordenar”, “facilitar”, assim como metáforas para descrever seu trabalho, dentro de uma perspectiva mais pessoal. A visão do secretário, por exemplo, oscilou entre uma imagem neutra, técnica e outra bélica, ou política. Ora se percebendo como “maestro” (*master/mestre*), significante que contém uma certa aspiração de harmonia – e que exclui o conflito, ora como um “comandante”, aquele que conduz: “*eu sou o comandante, eu sou o maestro. Quem assume a responsabilidade sou eu, quem é chamado para responder ao governador sou eu. Eu não abduco da minha autoridade, embora não seja autoritário, e consequentemente do poder decisório*” (Secretário).

Dentro dessa perspectiva, os componentes principais do cargo seriam a responsabilidade e a autoridade. O que poderia responder pela determinação encontrada no gestor que se vê através desta metáfora em permanecer no controle do “barco”, mesmo em situações de difícil navegação, em que estão em jogo coisas como prestígio pessoal, orgulho e até conquistas profissionais anteriores ao atual empreendimento. Na percepção de outro dirigente, o cargo de gestor estadual necessitava de “credibilidade para orquestrar”. Essa característica facilitaria o trânsito do gestor com o governante estadual, pois é o governador que dá o respaldo para que o gestor da saúde possa executar as ações na sua área.

Outro dirigente se nomeou “general de campo”, a executar as ordens do oficial de maior patente, na função de tocar os projetos contidos nos programas a cargo das superintendências. Visão não compartilhada por um dos seus colegas, que procurou, para ocupar o cargo de diretor, alguém que iria “fazer acontecer”. Caso esse “líder” encontrasse dificuldade nessa função, de fazer acontecer dentro de uma nova perspectiva, dentro de uma SESAB que executava menos e coordenava ou regula mais, então ele perderia o “perfil” de dirigente.

No caso da Superintendência de Regulação, o desafio maior foi sair da perspectiva de execução, centrada na assistência hospitalar, para a função de controle da atenção em todos os níveis. Assim, o diretor que decidia quantas equipes do Programa Saúde da Família deveria ter, “estava no novo”, enquanto a diretoria que está fazendo “aquela coisa cartorial da operacionalização”, estava no papel antigo.

As rotinas (ou falta de)

Na SESAB do ano 2000 as rotinas dominavam o cotidiano. Todo ofício ou demanda virava “processo”, registrado e formalizado, mesmo que

viesses por meio de um pedido pessoal de colega, conhecido, secretário, prefeito ou deputado. O volume grande de “despachos” impunha um limite na ordenação do tempo. As práticas gerenciais dos dirigentes entrevistados apresentavam no seu cotidiano exatamente as características descritas por Motta¹⁴, onde a rotina é recortada por reuniões e eventos pouco planejados, por uma série de circunstâncias e pressões internas e externas oriundas de solicitações políticas, das articulações institucionais para desobstrução de fluxos em certas operações, viagens e participação em inúmeros eventos das diversas áreas envolvendo os interesses da Secretaria, tudo em caráter quase sempre “urgente”, em função dos prazos iminentes. Concedia-se prioridade ao atendimento de secretários e prefeitos que vinham do interior, e tinham, por esse motivo, maior dificuldade de marcação de agenda. Já os deputados tinham o dia de quarta-feira tradicionalmente reservado para o atendimento. A reflexão sobre o processo de trabalho efetuado por dirigentes e técnicos da instituição não foi suficiente para mudar a rotina da gestão, que permaneceu focada em demandas e “incêndios” que precisavam ser apagados.

Tentativas de obter algum controle sobre a organização do trabalho em função das metas estabelecidas pelas programações foram encontradas, pela investigação, em setores institucionais que tentavam uma atuação contra-hegemônica. Outros elementos “perturbadores” da rotina foram também identificados: demandas políticas que precisavam ser “negociadas”; solicitações de instituições externas que exigiam análise processual mais rigorosa; prestação de contas ao público envolvendo grande movimentação, quando se tratava de alguma crítica efetuada pela mídia; e as Feiras de Saúde ou cursos como os de auxiliares de enfermagem, que mobilizavam um contingente grande de profissionais e municípios.

Processo decisório: jogo de compadres?

O processo decisório examinado com base nas narrativas dos dirigentes foi, na maioria das vezes, construído. Conseqüentemente, muitas decisões tomaram por base questões de competência técnica ou outras, como a “fidelidade” instituída em certos grupos, ou a “confiança” que facilitava a autonomia. Estabeleceram-se diferenciais importantes de comportamento, que caracterizaram, em certos momentos, um “jogo de compadres”, ou seja, mecanismos informais de relacionamento de grupos. Às vezes transformavam-se em estereótipos e esten-

diam-se para além dos elementos concretos da gestão, conferindo a condição de “compadres” não apenas para aqueles em quem se confiava, mas também que compartilhavam de interesses políticos, pessoais, ou como afirma Habermas¹⁵, comungam das mesmas doutrinas legitimadoras.

Nos grupos onde as relações de gestão eram mais horizontais e descentralizadas, os problemas surgiam nos escalões mais baixos em função de demandas da elaboração de um projeto, da falta de recursos para executar certa atividade, ou de iniciativas técnicas. Em vez do caminho clássico – hierarquia maior decide, hierarquia menor executa, ou manda executar – a decisão era tomada nas bases e repassada para ser viabilizada por meio de negociações. Articulações em níveis superiores ou no mesmo nível com outra superintendência, tornavam o dirigente uma espécie de “facilitador” que usa do seu prestígio, dos seus conhecimentos, para abrir espaço, obter recursos ou aprovação. Daí terem sido transformadas essas demandas, paulatinamente, conforme ascendiam no fluxo, em demandas administrativas (carro, passagem, diária, consultoria), até políticas (apoio do secretário, do governador, do Ministério, do deputado, da DORES, das entidades de saúde, da prefeitura).

Tais demandas eram levadas para discussão ou apreciação nos níveis superiores, retornando em geral para retificações até o momento da “ordenação”, ou ato do “cumpra-se”. A decisão surgia, também, em função de “oportunidades” ou de “crises”, quando se identificava a possibilidade de obter um recurso para determinar área, desenvolvendo-se um projeto para aproveitar a existência da verba.

Essas verbas disponíveis correspondiam a fins estabelecidos por agências nacionais ou internacionais, conferindo certa mudança de ordem no processo de planejamento. Em vez de seguir o fluxo *identificação de necessidade-busca de viabilidade econômica e política-decisão*, passavam a funcionar a partir da *viabilidade – a priorização*. Entretanto, quando existia um controle dos objetivos finais a serem atingidos e um comprometimento com o próprio trabalho de planejamento, alguns mecanismos gerenciais foram utilizados para fazer novas correções e contemplar, mesmo que parcialmente, as necessidades e metas anteriormente estabelecidas. Recorreu-se, ainda, ao uso de certa margem de manobra para manejos que existem em todo projeto, ou pela utilização de recursos próprios do governo estadual.

A existência da Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção da Saúde (SURAPS),

aliada à Diretoria-Geral, e da Superintendência da Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA), expressava em termos de organograma um conflito não resolvido entre a área médico-assistencial e a sanitária, e a manutenção da divisão de poderes correspondentes a cada campo de práticas. As difíceis relações verificadas entre sujeitos dos distintos grupos, tenderam, em várias situações relatadas, a transbordar para relações pessoais, atravessando as hierarquias e formando nichos que funcionavam como gavetas, onde elementos de uma não podiam misturar-se com os de outra, sob pena de cair na infidelidade. Nessas circunstâncias, criavam-se dentro de uma mesma instituição ilhas de comunicação distantes entre si, ainda que alguns movimentos se fizessem por imposições externas ou pela flexibilização de alguns atores. As disposições pessoais, que orientavam as relações entre os dirigentes – entre si e entre seus subordinados – se colocaram em muitos casos em evidência no mesmo plano das racionalidades teoricamente trabalhadas pela gestão. Nesse ponto, a idéia de amizade ainda apresentava um valor diferenciado, principalmente quando se toma o aspecto político do processo estadual e sua importância para a coesão da manutenção de fidelidade ao líder e ao grupo: *“porque meu conceito de amizade é um pouco diferente dos outros. Meu pai me ensinou que meus amigos não têm defeito, meus inimigos se não tiver, eu boto”*.

Crítérios relativos ao processo decisório

Os critérios para a tomada de decisão eram variados e flutuavam a depender de disposições pessoais, dos obstáculos que tal decisão poderia enfrentar para ser ratificada, ou no percurso identificado para sua implementação. Eram, também, condicionados pela natureza do problema ou da situação que se pretendia resolver. Decisões que ocupavam mais tempo, em geral, foram aquelas que demandavam mais negociações, ou que não possuíam parâmetros ainda definidos, e que deveriam ser construídos posteriormente.

Foram identificados também critérios utilizados na escolha dos “beneficiados” de determinadas ações, quer fosse uma prefeitura ou uma organização. Além dos critérios de praxe, como o político, o administrativo, o técnico e o corporativo, que atendiam a distintas racionalidades, outros, de natureza mais subjetiva, foram referidos, como “humanidade” e “intuição”. O conhecimento técnico, por exemplo, se mostrou muitas vezes mais condicionante que determinante no processo de decisão, tendo sido

usado para ratificar, vetar ou corrigir rumos. Provia o dirigente de uma sensibilidade maior para detectar a importância das demandas efetuadas pelo escalão eminentemente técnico, facilitando a comunicação no estabelecimento de “compromissos de área”. Esses compromissos de solidariedade se traduziam também no lado financeiro, permitindo realocações internas de recursos e mantendo a equidade entre áreas como a Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Saúde do Trabalhador e Laboratório Central, todos ligados à mesma superintendência. A inserção profissional anterior do dirigente ou a sua formação também pesava, pois remetia a outros laços de confiança e fidelidade. Nos níveis mais técnicos, uma das escolhas mais difíceis se colocava nas opções de prevenir riscos e danos ou garantir a assistência. Nesses casos, interditar uma unidade hospitalar ou clínica mais especializada trazia sempre um dilema.

Dessa maneira, o “aprendizado em serviço” ou o *saber prático*¹⁶ foi destacado por muitos dirigentes como condição necessária para o exercício dessas funções. Saber que se constituía por meio da experiência acumulada e servia para “azeitar” as duras engrenagens da máquina estatal pública: *“de repente você tem um caso suspeito de febre amarela exatamente na área de risco ... a população ficou enlouquecida com as vacinas. Nós tínhamos de nos organizar muito rapidamente para atender a demanda do estado inteiro. Pensar o sistema de Vigilância Epidemiológica, montar estratégias em todo o estado, nos 415 municípios, quer dizer, foi complicado... No ano passado nós tivemos a notificação que tinha ocorrido, um, dois, três casos de morte súbita, num município do interior. Nós destacamos uma equipe técnica para investigar essa situação e, ao final de duas semanas, nós tínhamos 33 óbitos por conta de intoxicação por metanol”*.

Nesses dois exemplos acima levantados, considerou-se como elemento chave para a resolução, além da própria estrutura de vigilância, a competência técnica e a agilidade que só a continuidade funcional permite. Não é possível formar uma equipe de uma hora para outra para solucionar problemas desse tipo. Assim como não é possível uma tomada de decisão sem esse suporte, devido ao enorme leque de agravos de saúde no espectro da vigilância epidemiológica que necessitam dessa ação, pronta e eficaz, em caráter emergencial.

Assim, a depender da questão envolvida, observamos alguns tipos de decisões ligadas diretamente aos produtos (*output*), relativos então aos projetos e ações decorrentes; aos meios

(*input*), como a obtenção de recursos financeiros e humanos, sendo esses últimos muito frequentemente ligados a relacionamento interpessoal no trabalho; e ao próprio *processo*, incluindo mudanças de rotinas, agendas e práticas. Aparentemente foram poucas as decisões explicitamente voltadas para os resultados (*outcome*) ou impacto sobre a situação de saúde da população.

Informação e decisão: proteção acústica ou disputa de poder?

Considerando o processo decisório, surgia dos enunciados dos entrevistados uma discussão em torno da questão “informação”. A Informação seria o elemento essencial que fundamenta a decisão ou obscurece seu caminho, mas também poderia desviar o dirigente das questões essenciais. Uma das táticas mais relatadas por vários diretores era a de levar o problema já com duas ou três alternativas para sua solução.

Entretanto, a questão da informação se encontra colocada também como “recurso de poder” na disputa que surge entre atores institucionais individuais e também grupais. Envolve o *poder técnico* no que concerne às informações médicas, epidemiológicas, sanitárias ou administrativas, daí a pertinência de proceder a análise da distribuição do poder no setor saúde¹⁷. De um modo geral, foram observadas as seguintes tendências:

- a) Atitude racionalizadora (filtro contra informações supérfluas ou redundantes);
- b) Boicote (subtração de informação ao dirigente como parte do jogo político institucional);
- c) Cerco de proteção acústica do dirigente (proteção pessoal e política feita por assessores próximos para poupar o dirigente de aborrecimentos), tal como mencionado por Matus¹⁸.

Estilos de gestão

A maneira de ordenar o fluxo decisório, o estabelecimento de premissas, maior ou menor controle das decisões nos níveis subsequentes configuravam estilos mais democráticos ou autoritários, ágeis ou cuidadosos. Os estilos de gestão assumidos dentro da prática cotidiana da organização pareceram sofrer a influência da *trajetória* dos sujeitos, que terminavam impregnados da cultura de cada instituição por onde passavam, e da sua *personalidade*, configurada de acordo com o temperamento, a educação e o meio em que viveu.

Se o sujeito da prática era, portanto, um funcionário público, de carreira, estaria ainda “sujeito”, no sentido mesmo de sujeito, à forma

como esse serviço específico se organiza. Esse estilo não guarda, necessariamente, uma correspondência com a percepção individual dos papéis institucionais descritos na forma de metáforas clássicas, como a do “maestro”, “capitão”, “general de campo”. Na forma de decisão e mando, configuraram-se alguns tipos verificados no material empírico:

a) O *cirurgião*, rápido e incisivo. O sujeito entrevistado que “encarnou” esse tipo observado apresentava uma visão de cooperação centralizadora, obedecendo ao ritual cirúrgico. Um decide e o resto da equipe auxilia na execução. O “bom colaborador” era aquele que conhecia bem as regras do seu próprio funcionamento e antecipava as jogadas, passando os instrumentos corretos para o manejo do ator principal: a prima-dona. “*Eu não gosto de muita conversa, minhas reuniões são rápidas e objetivas. Decido com a maior facilidade possível. Pragmatismo acima de tudo. Esse negócio de ficar falando de sexo dos anjos, de influência do soluço do urubu na pressão atmosférica, essas coisas todas, não são do meu feitio*”.

b) O *indutor* apresentava um estilo de decisão manipulador. Ele queria que a decisão “partisse de baixo”, mas no sentido da sua expectativa. Isso levava ao uso de estratégias variadas, como o uso de argumentos persuasivos, de maior ou menor sutileza, podendo chegar a atitudes menos democráticas, ou mais firmes, caso o resultado não fosse o esperado. Ou seja, a decisão já se encontrava pronta, mas o dirigente aguardava que o subordinado a “captasse” e a tornasse sua.

c) O *participativo* tentava aproveitar ao máximo a autonomia oferecida ao grupo e interferia pouco nas decisões. Utilizava a racionalidade técnica para os ajustes finais de cada finalização decisória. Entretanto, entre os entrevistados, o dirigente desse tipo foi aquele que pareceu sofrer a oposição mais manifesta por parte de subordinados que buscavam minar a sua legitimidade no cargo. Para contornar essa situação, esse dirigente utilizava como estratégia “neutralizadora” a cumplicidade com o dirigente maior, antecipando inclusive alguns dos “lances” (jogadas) dos subordinados.

d) O *formal* buscava livrar-se de situações complicadas e embaraçosas por meio do registro escrito, estando muitas vezes identificado com o “tipo ideal burocrático”.

e) O *técnico-negociador* era pró-ativo e tirava partido da melhor remuneração que podia oferecer aos seus técnicos, graças à maior arrecadação de recursos, tanto via SUS quanto via convênio. Ele reunia uma equipe interessada e procurava criar ambiente de inovação e entu-

siasmo constante. Era flexível e profundo conhecedor das engrenagens públicas, por isso conseguia “bailar” entre o antigo e o novo, o formal e o informal, mantendo-se à parte das disputas mais acirradas da Secretaria.

Luz¹⁹, estudando as relações entre as instituições, o Estado e as práticas institucionais, identificou as contradições entre o discurso institucional (planos, programas, ordens de serviços etc.) e a práticas, que inviabilizam o projeto institucional pelas condições inexistentes para sua concretização. Essas práticas constituem os sujeitos porque reproduzem um conjunto de relações que compõem uma estratégia de dominação social que se concretiza dentro do espaço institucional.

Ao utilizar a metáfora da ópera para descrever o espetáculo encenado dentro da instituição, um dos dirigentes categorizou os atores como personagens de um cenário aristocrático, a se apresentar no palco diante do “rei”, neste caso, o Secretário de Saúde. Essas diferenças de visão da cena institucional podem ser responsáveis pelas dificuldades de relacionamento interno encontradas, mas talvez sejam tributárias de uma identidade, afinidade ou confiança maior, ou ainda, de entendimentos muito distintos do espaço onde se encenam os processos de gestão.

Existem, portanto, muitas formas de compreender essas diferenças. Pode-se interpretá-las, como na visão burocrática, segundo a qual, cada pessoa tem o seu lugar e que um ator deve migrar, com o tempo, de papéis secundários até ocupar papéis centrais, em função do acúmulo de conhecimento e experiência. Ou pode-se considerar que a diferença não estaria na função, mas no indivíduo que já nasce marcado “com uma estrela” para ocupar certas posições. Nesse último caso, a diferença é inata, visão de casta, visão aristocrática ou “carismática”. Os melhores, os mais justos, os mais valentes, ficam próximos do “rei”.

A disputa verificada entre certas áreas da instituição pôde indicar a busca de hegemonia entre projetos de reforma em saúde ou entre modelos assistenciais hegemônicos e alternativos. Mas foi também, nessa instituição singular, uma disputa entre atores de uma ópera pelo papel principal, entre generais de forças distintas, entre o trombone e a clarineta. Nessa disputa, muitas vezes se perdia o objetivo principal das ações que para além de uma representatividade, de uma simbologia de poder, determinava resultados concretos nos financiadores/consumidores das práticas encenadas: a população.

Conclusões

O processo de gestão no nível central da SESAB revelou, de um lado, práticas de gestão autoritárias que constituíram *sujeitos sujeitados* e, de outro, esforços contra-hegemônicos, calcados em valores democráticos e participativos. Tais esforços, ainda que limitados pelas peculiaridades da conjuntura, ao incidirem sobre as práticas de gestão puderam constituir novos sujeitos sociais que eram *instituintes* e não meros reprodutores do instituído.

As decisões na instituição pesquisada foram construídas de forma diferente nos vários setores, na dependência do estilo do dirigente: ser mais “comunicativo” ou “instrumental”, mais democrático ou autoritário, formal ou informal, deixando fluir de “baixo para cima”, ou de “cima para baixo”. Na escolha de alternativas foram utilizados critérios relacionados às disposições pessoais, à natureza do problema e ao resultado da decisão no sentido de determinação do benefício. Importava quem iria se beneficiar com determinada ação, quem fazia a demanda, em nome de quem, e para quem. No caso das escolhas efetuadas a partir de “oportunidades”, como o projeto financiado por meio de empréstimo do Banco Mundial, cujas negociações se iniciaram no período do estudo e se concretizaram na gestão iniciada em 2003, observou-se uma subversão da ordem do planejamento.

A formação da “agenda” institucional da SESAB apresentava indícios de pouca participação da sociedade civil e do nível técnico-operacional nessa seleção e priorização de problemas, presentes na atuação modesta do Conselho Estadual de Saúde (CES), da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e nos processos de planejamento formais. Isso fez pensar que a formulação e implementação de políticas no âmbito estadual resultavam afinal de um processo decisório pressionado diretamente por instâncias que compõem o próprio aparelho de Estado nos níveis de “alto escalão” ou do alto *staff* do Executivo.

O clientelismo e o favoritismo políticos, entranhados na conformação do Estado da Bahia, atravessaram as organizações de saúde e constrangeram até mesmo as gestões que pretendiam conter a política *na* saúde. Nessas circunstâncias, o máximo que conseguiram parece ter sido a proteção do nível central da SESAB. Nessa gestão, acatar as indicações políticas nos níveis regional e local, configurou um obstáculo não superado na implantação do SUS²¹.

Os representantes dessas forças políticas no nível municipal ou regional pareceram in-

fluenciar na implementação dessas políticas por meio da aquisição de equipamentos, da prestação de determinados serviços relacionados a programas, e da execução de reformas de unidades cedidas. Consta-se que as decisões relativas aos produtos finais (*output* – projetos, serviços e ações) foram sendo deixadas por conta dos níveis hierárquicos subordinados, e às vezes até para a “ponta”, de modo que terminavam pouco tematizadas e problematizadas nas operações de rotina institucional. Os insumos (*input* – recursos humanos e financeiros), ocuparam grande parte da atenção dos dirigentes que desenvolviam esforços redobrados em negociações internas e compromissos ex-

ternos de natureza articulatória. Já os resultados (*outcome*) no que diz respeito à situação de saúde representaram o “sujeito oculto” do discurso organizacional.

Entretanto, as contradições com relação à incompatibilidade entre o modo de funcionamento do aparelho burocrático, essencialmente normativo, e as exigências funcionais externas de desempenho estratégico, se apresentam claramente expressas na dificuldade de organizações como a SESAB, de obter resultados concretos e definidos a partir dos inputs existentes que terminam se mostrando inadequados ou insuficientes para a autoproclamada missão institucional.

Resumo

Um estudo de caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil, identificou e analisou as práticas de gestão durante a implantação de uma reforma administrativa. A formação da “agenda” institucional apresentou indícios de pouca participação da sociedade civil e do nível técnico-operacional na seleção e priorização de problemas, resultante de um processo decisório pressionado por instâncias do alto staff do Executivo. As decisões relativas aos produtos finais (output – projetos, serviços e ações) correm por conta dos níveis subordinados, sendo pouco problematizadas na rotina institucional. A preocupação com os insumos (input – recursos humanos e financeiros) ocupam grande parte do tempo dos dirigentes em negociações internas e compromissos externos para assegurá-los. Já os resultados (outcome) em relação à situação de saúde representam o “sujeito oculto” do discurso institucional. A informação surge nas disputas institucionais como “recurso de poder” técnico nas suas dimensões médica, epidemiológica, sanitária ou administrativa. A questão da “representação” de governo e dos interesses aliados se apóia em disposições ideológicas e práticas autoritárias, contradizendo a necessidade de transparência e modernização gerencial.

Recursos em Saúde; Gestão de Recursos; Política Organizacional

Colaboradores

T. C. B. Coelho contribuiu na elaboração do projeto, coleta, análise de dados e redação. J. S. Paim colaborou na concepção do quadro teórico e participação na discussão e interpretação dos resultados.

Referências

1. Melo MA. As sete vidas da agenda pública brasileira. In: Rico EM, organizador. Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. São Paulo: Cortez Editora; 1998. p. 11-28.
2. Cardoso FH. Notas sobre a reforma do estado. *Novos Estudos CEBRAP* 1998; (50):5-12.
3. Oliveira F. A derrota da vitória. *Novos Estudos CEBRAP* 1998; (50):13-21.
4. Santos B. A globalização e as ciências sociais. São Paulo: Cortez Editora; 2003.
5. Laurell AC. La lógica de la privatización en salud. In: Eibenschutz C, organizadora. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995. p. 31-48.
6. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1996.
7. Almeida C. Delimitación del campo de la investigación en sistemas e servicios de salud: desarrollo histórico y tendencias – texto base para discusión. *Cuadernos para Discusión* 2000; (1):11-35.
8. Belmartino S. Políticas de salud: formulación de una teoría o construcción de un problema por investigar? In: Teixeira, SF, organizador. Estado y políticas sociales en America Latina. Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana; 1992. p. 51-78.
9. Paim JS. Burocracia y aparato social: implicaciones para la planificación e implementación de políticas de salud. In: Teixeira SF, organizador. Estado y políticas sociales en América Latina. Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana; 1992. p. 293-312.
10. Luz MT. Burocracia, aparato estatal y sociedad civil a partir de políticas sociales en la sociedad brasileña: elementos para un análisis comparativo. In: Teixeira SF, organizador. Estado y políticas sociales en América Latina. Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana; 1992. p. 277-92.
11. Eibenschutz C. Atención a la salud y poder ciudadano: elementos clave en la articulación público/privada. In: Eibenschutz C, organizadora. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995. p. 255-66.
12. Testa M. Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995.
13. Morgan G. Imagens da organização. São Paulo: Editora Atlas; 1996.
14. Motta PR. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro/São Paulo: Editora Record; 1999.
15. Habermas J. Para a reconstrução do materialismo histórico. São Paulo: Editora Brasiliense; 1990.
16. Schraiber L. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4 Suppl 2:221-42.
17. Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1992.
18. Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1997.
19. Luz M. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Editora Graal; 1979.
20. Paim J. Saúde, política e reforma sanitária. Salvador: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde/ Instituto de Saúde Coletiva; 2002.

Recebido em 04/Ago/2004

Aprovado em 14/Mar/2005