

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: POLÍTICAS E GESTÃO
INSTITUCIONAL**

DISSERTAÇÃO

**A PERCEPÇÃO DO DESEMPENHO ORGANIZACIONAL E
PESSOAL: UM ESTUDO DE CASO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS
DE PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA EM AIDS NO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS**

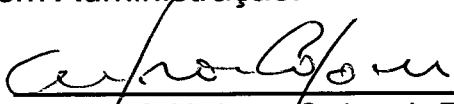
ANDREIA COSTA TOSTES

Florianópolis, outubro de 1999

**A PERCEPÇÃO DO DESEMPENHO ORGANIZACIONAL E
PESSOAL: UM ESTUDO DE CASO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS
DE PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA EM AIDS NO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS**

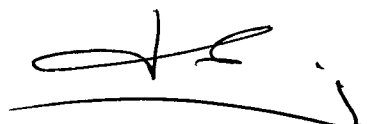
ANDREIA COSTA TOSTES

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de mestre em Administração (Área de Concentração: Políticas e Gestão institucional) e aprovada em sua forma final pelo Curso de Pós - Graduação em Administração.

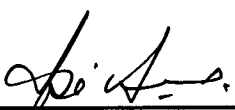


Prof. Nelson Colossi, Dr.
Coordenador do Curso

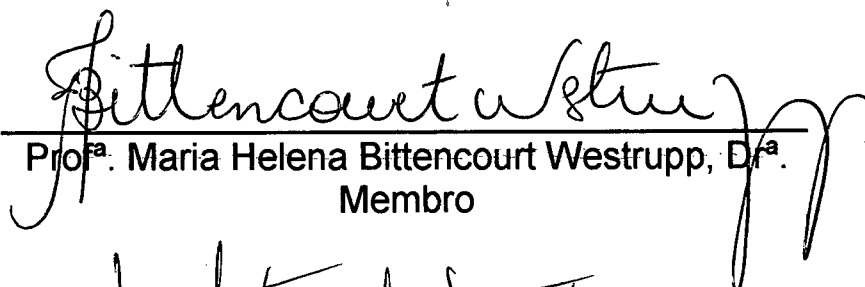
Apresentada à Comissão Examinadora, integrada pelos professores:



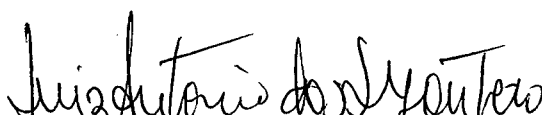
Prof. José Carlos Zanelli, Dr.
Orientador



Prof. José Baus, Dr.
Membro



Prof.ª Maria Helena Bittencourt Westrupp, Dr.ª
Membro



Prof. Luiz Antonio dos Santos Monteiro, Msc.
Co-orientador

"(...) esperamos que isto torne possível distinguir, de forma mais clara, os esboços daquilo que representa simultaneamente uma filosofia e uma política da Aids. Na verdade, esperamos que se torne visível que filosofia e política estão estreitamente ligadas - que uma não pode existir sem a outra. Assim como não há nenhuma resposta adequada ao HIV/Aids sem engajamento político, tal engajamento é impossível sem simultaneamente conceituar a base epistemológica para agir no mundo. Sem uma base política e conceitual, soluções tecnocráticas para a epidemia falharam em todos os sentidos - e em todos os lugares onde foram experimentadas. Enquanto os tecnocratas "administram" a epidemia, não oferecem nenhuma esperança de derrotá-la. Nem mesmo a ciência nada oferece se não estiver baseada na reflexão crítica e no comprometimento político. Contra esta postura, Betinho oferece a única alternativa possível - o que, segundo Rorty, poderíamos descrever como uma epistemologia de solidariedade".

Richard Parker

Ao meu amado pai, que não pode me acompanhar fisicamente em toda esta caminhada, mas soube, em meus momentos de desânimo e cansaço, enviar-me muita luz para continuar lutando - sempre!

À minha outra metade, meu companheiro-amigo, que com sua forma italiana de ser possibilitou-me vivenciar este importante processo de crescimento.

AGRADECIMENTOS

O caminho percorrido no desenvolvimento de uma dissertação é abrilhantado pela conquista de cada etapa, pelo colorido dos amigos e pela nova percepção que se adquire da realidade em que se vive, influência tanto da pesquisa em si, como da experiência acadêmica vivenciada. Porém, neste caminho não se encontram só os louros, os obstáculos são muitos e o que nos anima sempre a superá-los são às pessoas e instituições que das formas mais diversas contribuem para a chegada final.

Desejo neste momento, deixar aqui registrado meus agradecimentos:

Ao Prof. Dr. José Carlos Zanelli, pela rica e sábia orientação cedida;

Ao Prof. Dr. José Baus, por contribuir de forma tão preciosa com seus serviços;

À Prof^a. Dr^a. Maria Helena Westrupp, por colaborar com seus conhecimentos científicos e técnicos de longos anos na área da saúde pública e especialmente em Aids;

Ao doutorando Prof. Luiz Antonio dos Santos Monteiro, pela transcrição das fitas e co-orientação, evidenciada por meio de suas críticas, sugestões e principalmente pelos incentivos manifestados em horas tão preciosas;

Ao doutorando Prof. Narbal Silva, que muitas vezes incentivou-me e apoiou-me, fazendo-me crer que seria possível cumprir mais esta etapa em meu desenvolvimento acadêmico;

Ao Prof. Dr. Nelson Colossi, pela atenção sempre dispensada durante esta trajetória;

À Tania Regina de Oliveira, pela parte inicial das transcrições;

À Silvia Volpato (bibliotecária do CPGA), pela disponibilidade e gentileza sempre presentes;

À turma do NIECHO pelos incentivos e encorajamento no sentido de superar mais esta batalha;

Ao CNPQ, pela cedência da bolsa durante o curso sem a qual seria muito difícil concluir esta empreitada;

Aos funcionários do CPGA, pelo suporte técnico - administrativo oferecido;

À Secretaria Estadual de Saúde e ao Programa Estadual de Controle e Prevenção de DST/AIDS, pela oportunidade de desenvolvimento pessoal e

profissional concedida por meio da liberação (sem vencimentos) para a realização do mestrado;

Aos entrevistados, pela receptividade e colaboração no desenvolvimento da pesquisa;

À Elma Fior da Cruz, que soube valorizar esta empreitada concedendo-me, tanto a liberação para afastamento, como os "dias de folga" tão úteis, naqueles momentos finais tão complicados;

Aos colegas de mestrado, em especial, à Ana Paula Ribeiro de Vasconcellos, que soube em muitos momentos escutar-me e aconselhar-me de forma tão valiosa e ao Afonso Lima que muito gentilmente ofereceu-se para formatar as transparências para a apresentação;

À Joséte Florencio dos Santos, da Universidade Federal de Pernambuco que tão gentilmente cedeu o modelo das transparências utilizadas na defesa.

Àqueles que contribuíram com importantes subsídios para a pesquisa: Enfermeira Luciane Zappellini (do Ambulatório de DST/Aids do Hospital Nereu Ramos), a Anita Hinkel, a Debora de Bona Pamato e a Nadmari Celi Grimes (todas da Diretoria de Vigilância Epidemiológica);

À minha família, que apesar de pequena, souberam de diferentes formas demonstrar seus incentivos e apoios;

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	x
LISTA DE FIGURAS	xi
RESUMO	xii
ABSTRACT	xiii
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Tema e problema de pesquisa	1
1.2 Objetivos da Pesquisa	6
1.3 Justificativa Teórica e Prática	7
1.4 Caracterização da Pesquisa	9
1.5 Definição de termos	10
1.5.1 Definição de termos principais	10
1.5.2 Definição de termos complementares	11
2 A EPIDEMIA DA AIDS	13
2.1 Breve histórico da AIDS no Brasil e em Santa Catarina	13
3 O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA	20
3.1 Algumas considerações sobre as Organizações Públicas de Saúde	20
3.2 As características das Organizações Públicas e do Setor Saúde	23
3.3 As três esferas governamentais	29
4 O DESEMPENHO ORGANIZACIONAL SOB O ENFOQUE DA EFICÁCIA	33
4.1 Os contextos do ambiente e da tecnologia	39
4.2 O contexto das relações humanas: o desempenho pessoal sob o enfoque da percepção	49
5 MÉTODO	58
5.1 Pressupostos da pesquisa	58

5.2 Unidades organizacionais e participantes da pesquisa	60
5.3 Instrumentos de coleta de dados.....	61
5.4 Organização e interpretação dos conteúdos das entrevistas	63
6 OS SERVIÇOS DE PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA DE AIDS	67
6.1 Esfera Federal: Ambulatório de DST/Aids da Universidade Federal de Santa Catarina	67
6.2 Esfera Estadual: Programa Estadual de Prevenção e Controle das DST e Aids.....	68
6.3 Esfera Estadual: Ambulatório de DST/Aids do Hospital Nereu Ramos.....	70
6.4 Esfera Municipal: Programa Municipal de Prevenção e Controle das DST e Aids.....	73
6.5 Esfera Municipal: Ambulatório de DST/Aids do Centro de Saúde II	74
6.6 Esfera Municipal: Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA.....	75
7 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS CONTEÚDOS DAS ENTREVISTAS.....	77
7.1 Desempenho organizacional na esfera federal.....	77
7.2 Desempenho organizacional na esfera estadual	82
7.3 Desempenho organizacional na esfera municipal	87
7.4 Desempenho pessoal na esfera pública federal	93
7.5 Desempenho pessoal da esfera estadual.....	97
7.6 Desempenho pessoal na esfera municipal	102
7.7 Aspectos comparativos dos desempenhos nas três esferas governamentais	107
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	122
ANEXO	129

LISTA DE SIGLAS

- ACSII - Ambulatório de DST/Aids do Centro de Saúde II
- AHNR - Ambulatório de DST/Aids do Hospital Nereu Ramos
- AIDS - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
- CDC - Center for Diseases Control (Centro de Controle de Doenças)
- CMC - Central de Marcação de Consultas
- CN - DST/Aids - Coordenação Nacional de DST e Aids
- CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento
- DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
- GPA - Programa Global de Aids
- HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
- HTLV-III - Human Tumor- cell lymphotropic virus type III
- LAV - lymphoedemopathy Associated Virus
- M.S. - Ministério da Saúde
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- ONG - Organização Não Governamental
- PE - DST/Aids - Programa Estadual de Controle e Prevenção das DST/Aids
- PN - DST/Aids - Programa Nacional de DST/Aids
- POA - Plano Operativo Anual
- SASC - Serviço de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária
- SES - Secretaria Estadual de Saúde
- SMS - Secretaria Municipal de Saúde
- SUS - Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Configuração temática da pesquisa	64
Figura 2 - Esquema básico da orientação seguida para a apresentação e discussão do conjunto de dados da pesquisa.....	66
Figura 3 - Organograma sintético da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina	69
Figura 4 - Organograma extra-oficial da Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social do município de Florianópolis.....	73

RESUMO

Esta pesquisa objetivou configurar nas três esferas governamentais (federal, estadual e municipal), o desempenho organizacional e o desempenho pessoal nos Serviços de Prevenção e Assistência da Aids do Sistema de Saúde Pública em Florianópolis, na percepção de seus profissionais.

O modo de investigação adotado foi o estudo de caso, do tipo descritivo-exploratório, em uma abordagem qualitativa. A população deste estudo foi constituída de profissionais da saúde, selecionados por meio de amostras intencionais, pelo critério da experiência profissional. A entrevista semi-estruturada foi o principal instrumento de coleta de dados e para a interpretação dos relatos obtidos foi utilizada a técnica de análise de conteúdo.

Os aspectos que configuram o desempenho organizacional abordados neste estudo sob os enfoques de Steers (1975) e Lima (1996) apresentaram nas três esferas observadas os seguintes pontos em comum: a falta de integração destas, tanto em nível interno como externo, fluxo de comunicação lento e truncado e predomínio das ações de assistência em detrimento das preventivas. Desta forma, parecem sugerir um certo isolamento nas ações dos setores de saúde pública que lidam com a Aids no município de Florianópolis. Como existe um certo predomínio das atividades de assistência em relação às de prevenção, pode-se supor que é baixo o controle da transmissão do vírus neste município. As atividades de assistência apresentam, também, falhas no processo de comunicação agravadas, em alguns casos, pela falta de *kits* para os exames anti-HIV e medicamentos, o que pode indicar prováveis danos aos pacientes HIV/Aids em aconselhamento/tratamento. Desta forma, há indícios de pouca eficácia no desempenho destas unidades pela ausência de ações congruentes capazes de enfrentar a epidemia da Aids.

Quanto aos elementos que configuram o desempenho pessoal, enfocando-se a perspectiva de Schein (1982), revelam pequena parcela de profissionais bem qualificados e uma outra, em maior número, pouco atualizada para o exercício da função; equipe reduzida de pessoas; sobrecarga de atividades; baixa remuneração nas unidades do setor público estadual e municipal, estendendo a jornada de trabalho em mais de uma organização, o que implica na redução do tempo disponível para a família e o lazer; a contratação de algumas chefias com competência técnica inadequada para gerir os serviços de prevenção e assistência da Aids, e a ausência de acompanhamento psicológico para aqueles que lidam com o aconselhamento ao paciente HIV/Aids. Tais elementos, portanto, encontram-se mais ou menos acentuados nestas unidades, o que pode refletir no desempenho pessoal daqueles que ali atuam. Por outro lado, registra-se que os profissionais das três esferas manifestam-se satisfeitos com o trabalho, reunidos em grupos coesos, integrados e comprometidos com a causa da Aids.

ABSTRACT

This research has aimed at delineating, on all government levels (federal, state and municipal), organizational and personal performances in the AIDS Prevention and Assistance Services of the Public Health System in Florianópolis, as perceived by its professionals.

The investigation method adopted has been the case study characterized by a qualitative- descriptive-exploratory approach. The population of this study is made up of health professionals selected through intentional sampling for their work experience. A semi-structured interview was the main instrument for data gathering, and for interpretation of the reports obtained the analyses of content technique has been used.

The aspects outlining the organizational performance approached in this study under the focuses of Steers (1975) and Lima (1996) in the observed three government levels, present the following common features: lack of integration, in both internal and external levels; slow and truncate communication flow; and prevalence of assistance actions in detriment to prevention actions. Therefore, they seem to suggest a certain isolation in the actions performed by the public health sectors dealing with AIDS in the town of Florianópolis. Since there is a certain prevalence of assistance activities in relation to prevention activities, we can suppose that virus transmission control is low in Florianópolis. The assistance activities also present deficiencies in the communication process, which are aggravated, in some cases, by a shortage of AIDS examination kits and medicine. This, in turn, could indicate possible harm to HIV/AIDS patients undergoing counseling and treatment. Hence, there are indications of low efficacy in the performance of these units due to the absence of congruent actions capable of coping with the AIDS pandemic.

As to the elements outlining personal performance, focused the perspective of Schein (1982), they reveal, as a whole, a small group of professionals who are well qualified for the tasks they are to perform, and another group, larger, who do not have the same level of preparedness. They also reveal staff shortage, activity overload, low pay in the units of the state and municipal public sectors, long work-hours in several organizations, which has the result of reducing not only the worker's leisure time but also the time spent with his/her family, hiring of management with inadequate technical skills to handle services related to AIDS assistance and prevention, and absence of psychological counseling for those dealing with HIV/AIDS patients. These elements are, therefore, somewhat accentuated in these units, and they are likely to reflect on personal performance of the staff. On the other hand we find, throughout the three government levels, the professionals of staff, gathered in cohesive groups engaged in the cause of fighting AIDS, are satisfied with their work.

1 INTRODUÇÃO

“Não basta voltar esforços para a luta contra o vírus biológico, é preciso neutralizar o vírus ideológico da Aids.”

Marta Roverly de Souza

Neste capítulo apresentam-se os aspectos gerais pertinentes à epidemia da Aids no Brasil e no mundo, à situação dos serviços públicos no país, culminando com os propósitos e características da presente pesquisa.

1.1 Tema e problema de pesquisa

Em 1981, o Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos da América começa a registrar os primeiros casos de uma doença desconhecida e letal, que posteriormente foi designada por Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome - AIDS*). Os primeiros casos notificados ocorreram em Los Angeles em homossexuais. Nesta mesma época, médicos na Bélgica e na França observaram o aumento de clientes procedentes do Zaire, Ruanda e outros países africanos com inabituais infecções. A principal característica nestes casos é que se tratavam de homens com práticas homossexuais (Brasil, 1995). Em 1982, diante do crescente número de casos, o CDC, ainda desconhecendo a causa da doença, definiu-a como uma patologia que apresentava sintomas de um defeito de imunidade celular.

Na França, em meados de 1983, Luc Montagnier identificou o agente etiológico da Aids e o denominou de LAV (*lymphoedemopathy associated virus*) e nos Estados Unidos da América, Robert Gallo, isolando pela terceira vez um retrovírus humano, denominou-o por HTLV-III (*Human T - cell lymphotropic virus*

type III). Em 1988, o Comitê Internacional para Taxonomia de Vírus, ao observar as características similares dos vírus encontrados na França e nos EUA, constatou tratar-se do mesmo vírus, decidindo então, denominá-lo HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) (BRASIL, 1995).

A pandemia da Aids afeta todos os continentes habitados. Encontram-se relatados casos oficiais em 164 países e existem registros da infecção pelo HIV na maioria das cidades do mundo (Mann e organizadores, 1993).

Conforme Programa Global de Aids (GPA/WHO) apud BRASIL (1998a), o Brasil situa-se entre os três primeiros países do mundo, em termos de casos notificados, sendo os primeiros os Estados Unidos da América e o Quênia. Conforme estimativas realizadas pela Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids, aproximadamente 500.000 pessoas encontram-se infectadas pelo HIV no país.

Em Brasil (1998a) é salientado que a epidemia vem apresentando consideráveis mudanças em seu perfil epidemiológico apontando o período de 1987 a 1991, como a fase em que, simultaneamente, ocorreu um processo de “juvenilização”, “pauperização” e “interiorização” dos casos de Aids no país.

Além de ser uma doença epidêmica, a Aids é caracterizada como uma “Síndrome do Preconceito”, excluindo todos aqueles infectados pelo vírus HIV. Em princípio, a Aids ficou conhecida como a “peste gay”, representando a marginalidade, a vergonha, o castigo, a promiscuidade e a morte. Destacam-se na história da humanidade, algumas doenças e fatos carregados de preconceitos “*assim como a lepra, a tuberculose, a gripe espanhola, o genocídio de judeus, surge a Aids*” (Souza apud Parker e organizadores, 1994, p.333).

Portanto, os mais variados comportamentos emergiram com esta doença. Havia aqueles que não acreditavam; uns outros que revelavam atitudes extremas de preconceito e discriminação; chegando àqueles que nitidamente demonstravam medo e pavor diante da doença ou do doente da Aids. Para algumas outras pessoas, a Aids serviu para reafirmar suas crenças fundamentadas em mitos e medos antepassados, significando um “castigo divino” para purificar o mundo.

Após dezessete anos de epidemia da Aids, constata-se que esta doença continua aumentando seus índices de vulnerabilidade global de forma progressiva e ameaçadora. Destaca-se que a propagação do vírus HIV é tanto mais ampla quanto possa encontrar campos férteis para sua expansão. Atualmente, a Aids atinge indiscriminadamente homens, mulheres e crianças. Assim, há o reconhecimento generalizado de que com a Aids surge a mais grave crise de saúde pública do século.

Conforme Mann e organizadores (1993), *“a pandemia de Aids exige uma nova visão de saúde, não apenas como resposta a uma doença epidêmica, mas também para orientar e inspirar o trabalho individual, comunitário e global pela saúde no próximo milênio”* (p.9). Deste modo, registram os autores, lidar com a Aids exige a superação das abordagens tradicionais de proteção da saúde pública, pois trata-se de uma doença que desafia o sistema social e de saúde vigentes.

Em 1982, começam a surgir os primeiros diagnósticos de Aids no Brasil (Varella et al, 1989; Mann e orgs., 1993 e Parker, 1994). Em 1984, o Ministério da Saúde deste país incorpora a Aids à Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. A este órgão compete o Controle da Hanseníase e das Doenças

Sexualmente Transmissíveis (DST) e como a Aids era considerada uma DST, foi incluída neste setor. Apenas em 1985 cria-se o Programa Nacional de Combate à Aids, incorporado a Divisão Nacional de Controle de DST-Aids, inserido no referido Ministério. Ressalta-se que o surgimento deste Programa foi motivado pela grande pressão internacional sofrida pelo governo. Somente em 1986 é que esta nova divisão começou a funcionar, com a principal incumbência de orientar o Ministério da Saúde no que se refere a epidemia (Parker, 1994).

Entre outros encargos, este Programa fica responsável por um sistema de notificação de casos de Aids e divulgação mensal de um boletim epidemiológico. Desde então, os dados deste boletim auxiliam na confecção do perfil epidemiológico da Aids no país (Varella et al, 1989).

No primeiro boletim, em agosto de 1985, foram resgatadas 415 notificações de casos confirmados de AIDS. No início de 1989, o Brasil atingiu a cifra de 6.857 casos a partir do primeiro caso notificado oficialmente ao Ministério da Saúde (Varella et al, 1989).

O combate à Aids requer a adoção de um novo perfil para a saúde pública. É necessário maior divulgação e democratização das informações para formar a opinião pública. Neste sentido, Souza apud Parker e organizadores (1994), ao referir-se às políticas de saúde no Brasil, adverte que:

“Não bastam métodos, técnicas e elementos supereficazes isoladamente considerados para prevenir ou curar esta enfermidade, é necessário que seja assegurado a toda a população o acesso mais eqüitativo aos serviços de saúde onde sejam aplicados tais métodos; a democratização e a socialização da informação é a única arma possível contra a epidemia” (p.336).

Salienta-se ainda, que a epidemia da Aids no Brasil *"tem sido marcada pelo relativo fracasso das autoridades governamentais em desenvolver políticas e programas coerentes em resposta à Aids"* (Parker, 1994, p.87), a exemplo do que ocorre em outras áreas do setor de saúde pública brasileiro.

Convém lembrar a distância considerável entre o que está determinado na Constituição do país (1988), no tocante à educação, à saúde e à segurança e as reais condições do efetivo exercício desses direitos.

Barbosa (1992), analisando os serviços públicos, destaca o clientelismo político, a corrupção, o nepotismo, a burocracia exacerbada como características peculiares das instituições brasileiras, principalmente as governamentais. Deste modo, *"qualquer mobilidade interna ocorre ou por relações pessoais e/ou por antigüidade, quase nunca por desempenho"* (p.123).

Porém, o direito à saúde é fundamental para o exercício da cidadania e está garantido pela Constituição, com vistas a superar a concepção limitada e individualista de setores sociais privilegiados e retrógrados, que reduzia os cuidados de saúde à oferta de serviços médico-hospitalares, onde os mais ricos comprariam e os mais pobres receberiam precariamente como um favor do Estado (Carvalho e Santos, 1995).

Com o objetivo de melhorar o desempenho do Sistema Nacional de Saúde Pública foi proposta a sua reorganização administrativa por meio da descentralização do SUS (Sistema Único de Saúde) decorrente da necessidade de eficiência e eficácia em suas ações.

Neste contexto, surge o interesse desta pesquisa, relacionado ao desempenho do Sistema de Saúde Pública e mais especificamente aos Serviços

de Prevenção e Assistência da AIDS em Florianópolis, vinculados às três esferas governamentais (municipal, estadual e federal).

Acrescenta-se, também, que a autora do presente trabalho possui doze anos de atuação no setor de saúde pública, dos quais seis observando o comportamento e as atividades desenvolvidas pelos profissionais atuantes na Prevenção e na Assistência da AIDS em Florianópolis, vivenciando as dificuldades ali enfrentadas, levando-a ao seguinte questionamento:

- Quais aspectos configuram o desempenho organizacional e o desempenho pessoal nos Serviços de Prevenção e Assistência da AIDS do Sistema de Saúde Pública em Florianópolis, na percepção de seus profissionais?

1.2 Objetivos da Pesquisa

Para responder ao problema de pesquisa proposto, estabeleceu-se como objetivo geral, **analisar as percepções dos profissionais responsáveis pela Prevenção e Assistência em AIDS no município de Florianópolis quanto ao desempenho organizacional e ao desempenho pessoal no Sistema de Saúde Pública**, remetendo aos seguintes objetivos específicos:

- a) Descrever os Serviços de Prevenção e Assistência em AIDS no Sistema de Saúde Pública em Florianópolis;
- b) Identificar os aspectos percebidos do desempenho organizacional e do desempenho pessoal pelos profissionais responsáveis pelos Serviços de

Prevenção e Assistência em AIDS no Sistema de Saúde Pública em Florianópolis;

- c) Configurar o desempenho organizacional e pessoal nos Serviços de Prevenção e Assistência em AIDS, no Sistema de Saúde Pública em Florianópolis a partir dos aspectos identificados;
- d) Comparar nas três esferas governamentais, tanto o desempenho organizacional como o desempenho pessoal nos Serviços Públicos de Prevenção e Assistência em AIDS no município de Florianópolis.

1.3 Justificativa Teórica e Prática

A Organização Mundial de Saúde estima que no ano 2.000, a maior parte das ocorrências da Aids no mundo será registrada nos países em desenvolvimento (Brasil, 1997).

Em termos de incidência da Aids, o Brasil situa-se entre os quatro países do mundo com maior número de casos registrados¹ passando a ocupar entre a 40^a e a 50^a posição no ranking mundial, quando são consideradas as incidências relativas em termos de casos x população (Chequer e Castilho, apud Brasil, 1997). Neste contexto, o estado de Santa Catarina possui três municípios com a maior incidência da doença no País, assim distribuída: primeiro lugar, a cidade de Itajaí com 754,2; segundo, Balneário Camboriú com 680,4, e em quarto lugar, Florianópolis, com 514,9 casos por 100.000 habitantes (Gomes, 1998). Estes dados, por si só, revelam a gravidade da situação neste estado, evidenciando a necessidade de esforços conjuntos para conter o avanço desta doença.

¹ Estimativa em 31/05/97, considerando o atraso das notificações, com 133.000 casos.

Observando-se o país como um todo, verifica-se a escassez de mecanismos políticos para conter a epidemia da Aids. Portanto, seu impacto contemporâneo e a perspectiva de progressão ameaçam suas estruturas sociais, econômicas e políticas.

Segundo Rodrigues Filho (1990), mesmo com os razoáveis recursos dispendidos para investigar o setor saúde *“é quase inexistente o número de pesquisas destinadas a identificar fatores que influenciam o seu desempenho”* (p.273).

Em termos de análise organizacional, destaca-se a carência bibliográfica relativa aos aspectos administrativos que caracterizam a área de saúde pública no país. No âmbito da administração pública as limitações, tanto conceituais como metodológicas, não se restringem apenas ao Brasil. Nos Estados Unidos ocorrem inúmeros debates com a finalidade de ressaltar aos pesquisadores a importância destes temas para pesquisa e da necessidade de maior rigor científico no desenvolvimento de trabalhos voltados à área de administração pública (Souza, 1998).

Segundo Coutinho e Campos (1996), *“em tempo algum da história a necessidade de se trabalhar a respeito da missão, da liderança e do desempenho das organizações sem fins lucrativos foi tão urgente como nos dias atuais”* (p.03).

Salienta-se que estudar o desempenho das instituições responsáveis pelo Controle e a Prevenção da Aids, bem como o desempenho de seus profissionais, é algo singular, haja vista que até o presente prevalecem os estudos pertinentes aos aspectos da patologia em si.

Em termos práticos, pretende-se gerar informações consistentes sobre o desempenho do sistema público de saúde e de seus profissionais, possibilitando

a aquisição de novos conhecimentos sobre seu funcionamento e organização para o combate e a prevenção da Aids no município de Florianópolis.

1.4 Caracterização da Pesquisa

Partindo do pressuposto de que o método selecionado para uma pesquisa deve ser determinado pela natureza do problema ou pelo seu nível de aprofundamento (Richardson, 1985), pode-se afirmar que a presente pesquisa caracteriza-se por ser de natureza predominantemente qualitativa.

Para Triviños (1987) *"a pesquisa qualitativa com apoio teórico na fenomenologia é essencialmente descritiva"* (p.128). Nesta perspectiva encontra-se o objeto do presente estudo, qual seja, o desempenho pessoal e organizacional do Sistema de Saúde Pública na visão dos profissionais vinculados aos Serviços de Prevenção e Assistência da AIDS em Florianópolis.

Optou-se pelo estudo de caso por considerar-se o modo de pesquisa mais adequado para se atingir o objetivo proposto. O principal propósito de um estudo de caso é analisar profundamente uma determinada unidade social, que tanto retrata uma realidade, quanto revela a complexidade de aspectos globais, presentes em uma dada situação (Chizzotti, 1991).

A perspectiva do estudo foi sincrônica, com corte transversal, na medida em que analisa o evento em certo período, qual seja, dezembro de 1997 a abril de 1998.

1.5 Definição de termos

Definem-se a seguir os termos utilizados na pesquisa, tanto os principais como os complementares, para clarificar ao leitor o sentido adotado no presente estudo.

1.5.1 Definição de termos principais

- **Desempenho pessoal** - ato de execução das tarefas organizacionais pelos indivíduos sob a ótica da percepção, observando-se as crenças, os motivos e os valores (Schein, 1982).

- **Desempenho organizacional** - execução do trabalho desenvolvido na organização sob a ótica da eficácia, sendo observado pelo grau de congruência entre os contexto do ambiente, da tecnologia e das pessoas (Steers, 1975), analisados de acordo com a configuração estabelecida por Lima (1996).

- **Serviços de Prevenção e Assistência da Aids** - conjunto de serviços responsáveis pelas áreas de prevenção da população e da assistência ao paciente com HIV/Aids (BRASIL/FNS, 1993).

- **Sistema de Saúde Pública** - conjunto de órgãos de ação governamental responsáveis pelo exercício legitimado da medicina, da odontologia e outras atividades afins, visando preservar ou restaurar a saúde da população (Gonçalves, 1989).

- **Percepção** - processo de codificação cognitiva pelo qual se capta a significação de um objeto (uma pessoa, uma ação, um sucesso ou uma coisa) aplicando-lhe um determinado esquema ou categoria (Martin-Baró, 1985).

1.5.2 Definição de termos complementares

- **Epidemia**: é a manifestação, em uma coletividade ou região, de um grupo de casos de alguma enfermidade que excede claramente a incidência prevista. O número de casos que indica a existência de uma epidemia varia com o agente infeccioso, o tamanho e as características da população exposta, sua experiência prévia ou falta de exposição à enfermidade e o local e a época do ano em que ocorre. Por decorrência, a epidemicidade guarda relação com a frequência comum da enfermidade na mesma região, na população especificada e na mesma estação do ano. O aparecimento de um único caso de doença transmissível que durante um lapso de tempo prolongado não havia afetado uma população, ou que invade pela primeira vez uma região, requer notificação imediata e uma completa investigação de campo; dois casos dessa doença associados no tempo ou no espaço podem ser evidência suficiente de uma epidemia (BRASIL, 1994).

- **Pandemia**: epidemia de uma doença que afeta pessoas em muitos países e continentes (BRASIL, 1994).

- **Incidência**: número de casos novos de uma doença ocorridos em uma particular população durante um período específico de tempo (BRASIL, 1994).

- **Prevalência:** número de casos clínicos ou de portadores existentes, em um determinado momento, em uma comunidade, dando uma idéia estática da ocorrência do fenômeno. Pode ser expressa em números absolutos ou em coeficientes (BRASIL, 1994).

- **Portador do vírus HIV:** indivíduos portadores do vírus que ainda não desenvolveram sinais e sintomas da infecção, mas que podem transmiti-lo a outras pessoas (Varella; Escaleira e Varella, 1989).

- **Doente de Aids:** indivíduos portadores de infecção avançada pelo HIV, com repercussão no sistema imunológico e ocorrência de sinais e sintomas causados pelo próprio HIV ou conseqüente a doenças oportunistas, como a pneumonia por *Pneumocystis carinii* e/ou certos tipos de câncer, como o Sarcoma de Kaposi (Varella et alii, 1989; BRASIL, 1994).

2 A EPIDEMIA DA AIDS

"Triste época! Mais fácil desintegrar um átomo que um preconceito".

Albert Einstein

O presente capítulo apresenta um resgate histórico da Aids no Brasil, destacando-se os aspectos relevantes que configuram esta enfermidade, culminando com o seu perfil epidemiológico no estado de Santa Catarina.

2.1 Breve histórico da AIDS no Brasil e em Santa Catarina

A história da Aids no Brasil começa na década de oitenta com as primeiras notícias advindas dos Estados Unidos e o aparecimento do primeiro caso, na cidade de São Paulo (Varella et al, 1989; Parker, 1994; Mann e organizadores, 1993).

De acordo com Parker (1994), no início dos anos oitenta a Aids ainda não era considerada como uma epidemia - *"com o país ainda devastado por endemias 'tradicionais' e epidemias cíclicas, essa doença 'pós-moderna' não aparecia no quadro de prioridades das autoridades sanitárias brasileiras"* (p.20).

Assim sendo, no princípio, as ações voltadas à Aids estavam limitadas as Secretarias de Saúde das unidades federadas mais afetadas, como São Paulo. A abrangência nacional destas medidas ocorre em meados de 1985, com as atividades de prevenção e controle da referida doença atribuídas à Divisão de Dermatologia Sanitária da Secretaria Nacional de Programas Especiais de

Saúde. A partir de então o governo começa a demonstrar preocupação com o impacto epidemiológico e social da Aids no país (Brasil, 1998b).

Segundo publicação do Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de DST/Aids (Brasil, 1998b), o Programa Nacional de DST e Aids foi oficialmente criado em 1988, com a missão institucional de coordenar, elaborar normas técnicas e formular políticas públicas para conter o avanço desta doença no país.

Quanto aos recursos financeiros necessários para sua agilização registra que:

“Em 1994, o Governo Brasileiro celebrou um Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial, o que permitiu um avanço considerável na implementação de ações de prevenção e tratamento, e de uma rede de alternativas assistenciais; e o fomento de uma ampla participação da sociedade civil, por meio de organizações não-governamentais e comunitárias, vistas como parcerias efetivas e imprescindíveis no combate à epidemia e na assistência a portadores do HIV e doentes de Aids” (p.07).

A Aids foi identificada pela primeira vez no país em 1982, quando foi diagnosticada a presença do vírus HIV em sete pacientes de prática homo/bissexual. Antes disso, em 1980, houve um caso no estado de São Paulo, que foi reconhecido posteriormente. Considerando-se o período de incubação do HIV, pode-se inferir que a entrada do vírus no Brasil ocorreu na década de 70. Observa-se, também, que sua propagação ocorreu no Sudeste brasileiro, nas principais áreas metropolitanas. Provavelmente na metade da década de 80, aconteceu a disseminação para as diversas macrorregiões (Brasil, 1997).

Analisando-se os dados epidemiológicos pertinentes a Aids, observa-se que há registro de casos em todos os estados, porém constata-se que a epidemia não se distribui de forma homogênea vez que, a maioria das ocorrências concentra-se na região sudeste do país.

Ressalta-se neste momento, a importância da epidemiologia - que constitui a principal base técnica de orientação das decisões referentes ao setor saúde para avaliar a efetividade do sistema. Além disso, é a partir das informações traçadas no perfil epidemiológico (de cada região do país) que são realizados os encaminhamentos de recursos financeiros pelo governo.

Serra (1998) destaca em seu discurso de posse no Ministério da Saúde, a importância da descentralização do Sistema de Saúde Pública, e sobretudo, a necessidade de organização da administração, do gerenciamento e da informação. Para tanto, é necessário *“melhorar os levantamentos epidemiológicos e controles estatísticos de toda natureza, além de estruturar e operacionalizar critérios que permitam controlar a eficiência dos serviços, a qualidade para o usuário e seus custos”* (p.32).

Deste trecho do discurso convém salientar o papel relevante atribuído à epidemiologia. Um perfil epidemiológico fidedigno com a realidade, resulta principalmente, em medidas preventivas e de controles eficazes, o que nem sempre é observado na prática (Ventura da Silva, 1995).

Em 1975, por recomendação da 5ª Conferência Nacional de Saúde, foi instituído o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica - SNVE, responsável por condensar os dados epidemiológicos de todo o país. Em 1976 foi incorporado a este sistema de informações o conjunto de doenças transmissíveis por ser considerado de extrema relevância sanitária para o país. Buscava-se assim, integrar as estratégias de ações desenvolvidas para controlar determinadas doenças, por meio de programas articulados.

Ainda hoje, observa Gomes (1998), há um grande número de casos atribuídos à categoria de transmissão ignorada, decorrentes de *“falhas na*

investigação epidemiológica ou preenchimento incompleto do prontuário médico, entre outros problemas" comprometendo assim, a qualidade dos dados coletados (p. 5).

Outro fato preocupante é a ocorrência do vírus HIV no interior do país. Gomes (1998) afirma que o total de casos de Aids espalha-se por todas as 27 capitais e em 2.912 municípios, o que indica um avanço da epidemia para o interior do país.

Acrescenta-se também, que a epidemia de HIV/AIDS vem manifestando mudanças em seu perfil epidemiológico, avançando nos indivíduos usuários de drogas injetáveis (UDI) infectados pelo uso compartilhado de seringas e agulhas.

Gomes (1998) retrata tal situação expondo que a partir de 1983 surgiram as primeiras notificações entre UDI's do sexo masculino. Os casos femininos começaram a despontar a partir de 1985. No ano de 1984, 7% dos casos de AIDS por transmissão sangüínea, eram atribuídos ao uso de drogas injetáveis. Em 1994, ou seja, dez anos após, este percentual elevou-se para 88%. Quanto a distribuição geográfica, torna-se evidente a predominância de ocorrências de UDI's no Centro e Sul do país, representando 81% do total de casos registrados, destacando-se os estados de São Paulo, Santa Catarina, Paraná e Mato Grosso do Sul.

Neste contexto, a região Sul apresenta a maior taxa de crescimento da epidemia da Aids no país. Preocupado com este quadro, em agosto de 1998 o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional de DST e Aids em Curitiba, montou uma Oficina de Trabalho com o objetivo de elaborar um Plano de Ações Emergenciais da Região Macro-Sul. Para se ter uma idéia da gravidade do problema, a média de crescimento anual da doença na região Sul é

de 1,33 novos casos para cada 100mil habitantes, enquanto que na região Sudeste, detentora do maior número de casos registrados no País, aponta um crescimento médio anual de 0,55 novos casos para cada 100 mil habitantes. A região Sul notificou até novembro de 1997, 14.908 casos de Aids, dos quais 3.982 no estado do Paraná, 4.317 em Santa Catarina e 6.609 no Rio Grande do Sul (Gomes, 1998).

Conforme análise dos dados epidemiológicos, este aumento progressivo da epidemia deve-se principalmente, ao uso de drogas injetáveis e pela conseqüente transmissão do HIV para pessoas com práticas heterossexuais. Realizando um comparativo entre as médias dos casos notificados por compartilhamento de seringas no país, observa-se que Santa Catarina representa 36,5% deste total. Outro aspecto agravante é que o uso de drogas injetáveis é também fator direto no aumento do número de casos de Aids entre mulheres.

Deste modo, vem se configurando, ao longo dos anos, a mudança no perfil epidemiológico da Aids. Gomes (1998) aponta três grandes fases na evolução da doença. A primeira, considerada a fase inicial, caracterizada principalmente, pela infecção entre homens que fazem sexo com homem (HSH) e de pacientes com Aids, com alto nível de escolaridade. A segunda fase, pelo acréscimo de casos em razão da transmissão do vírus por uso de drogas injetáveis, com a conseqüente diminuição do grupo etário e uma maior propagação entre os heterossexuais e a terceira fase, quando se observa uma intensa propagação do HIV e da Aids entre heterossexuais, principalmente nas mulheres, destacando-se também, um avanço progressivo em municípios novos e pacientes com baixa escolaridade.

Em 1984, com o surgimento dos primeiros casos de Aids em Santa Catarina, foi criado o Programa de DST/AIDS. Inicialmente, este subordinava-se ao Serviço de Dermatologia Sanitária, já que o mesmo tratava das doenças sexualmente transmissíveis.

Não houve registro de casos em 1985. No ano de 1986, foram registrados oito casos; em 1987, 17 casos; em 1988, 51 casos; em 1989, 92 casos; chegando a 1990 com 216 casos. Nos anos seguintes, a incidência de casos passou a aumentar progressivamente²,

Em 1987, foi implantada extra-oficialmente a Coordenação Estadual do Programa de DST/AIDS, vinculada à Diretoria de Assuntos Básicos de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde.

De acordo com o Relatório do Projeto Aids I, de 1998, a partir da reforma administrativa no Sistema de Saúde do Estado, em 1991, o governo subordinou o referido Programa à Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Somente em 1994, foi criada a Gerência de DST/Aids. Em 1998, com a posse do novo governo, foram adotadas medidas para racionalizar a máquina burocrática determinando-se que algumas gerências retornariam à posição de programas e a Gerência de DST/Aids foi uma delas.

Quanto ao perfil epidemiológico de Santa Catarina, até março de 1998 foram registrados 5.020 casos de AIDS, sendo que 49,7% já foram a óbito. A maior parte destes casos incidiram sobre o grupo etário de 13 à 49 anos. Ressalta-se porém, que mais importante do que o número total de casos é o crescimento progressivo em todas as suas regiões, salientando-se três municípios com a maior incidência da doença no país, quais sejam: Itajaí com

² Dados coletados nos boletins epidemiológicos elaborados pela Gerência das DST/Aids de Santa Catarina.

754,2; em segundo, Balneário Camboriú com 680,4 e em quarto lugar, Florianópolis, com 514,9 casos por 100.000 habitantes (Gomes, 1998).

Outro dado que agrava a situação da epidemia neste estado é o fato de existir casos notificados de Aids em municípios com menos de 10.000 habitantes.

Acrescenta-se, também, o elevado percentual (38,2%) de casos registrados pelo uso de drogas injetáveis, levando Santa Catarina ao 1º. lugar no *ranking* brasileiro de casos de Aids por uso de drogas injetáveis.

Constata-se, ainda, o crescimento da transmissão do HIV em pessoas com práticas heterossexuais ampliando consideravelmente o número de mulheres nas estatísticas da Aids. Como conseqüência, verifica-se a transmissão do HIV de mãe para filho, registrando-se a presença da doença em crianças menores de 12 anos.

Diante deste quadro, ratifica-se, uma vez mais, a necessidade de implementar ações de prevenção e de assistência em Aids no estado de Santa Catarina de forma mais abrangente e profunda, contemplando todos os meandros que envolvem a epidemia instalada.

3 O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA

"(...) A solução é democratizar o Estado para que ele deixe de ser apropriado por interesses dominantes da minoria e sirva de forma transparente à maioria, para que seja público e não privado".

Herbert de Souza

Neste capítulo descreve-se o contexto e as características das Organizações Públicas de Saúde, destacando-se as três esferas governamentais que compõem o Sistema Único de Saúde.

3.1 Algumas considerações sobre as Organizações Públicas de Saúde

Nos últimos anos observa-se uma pressão social para a melhoria do funcionamento do setor de saúde pública do país. Este fenômeno decorre, dentre outros fatores, do crescimento elevado na demanda deste setor, da escassez de recursos financeiros alocados pelo governo e da falta de qualidade nos serviços prestados.

Ressalta-se ainda, o fato de que hoje a maior parte das organizações de saúde do mundo passam por momentos de crise, em consequência das rápidas mudanças do ambiente externo o que submete seus dirigentes e pesquisadores a intensos desafios.

No Brasil, um dos graves problemas do serviço público é a predominância de uma administração calcada em estruturas rígidas com excessivos níveis hierárquicos e departamentais. A consequência disto pode ser observada

cotidianamente, por meio da morosidade administrativa, da centralização do poder, do grande aparato burocrático e da comunicação desencontrada, gerando um descrédito na população em relação ao referido setor.

Para Meirelles (1975, p. 43), a administração pública deve ser definida no sentido formal, como um conjunto de órgãos instituídos para a consecução de objetivos do governo; no sentido material, como o conjunto das funções necessárias aos serviços públicos em geral; na acepção operacional, como o desempenho perene e sistemático, legal e técnico dos serviços próprios do Estado, ou por ele assumidos, em benefício da coletividade. À luz desta definição, constata-se que a maioria das organizações públicas brasileiras não apresenta estas características.

Ao focar-se mais especificamente a área da Saúde, encontra-se o SUS (Sistema Único de Saúde), que expõe, desde sua criação, méritos e fragilidades. Sem dúvida os méritos estão refletidos na idéia de se criar um sistema universal, integral e com equidade. Porém, não se pode deixar de destacar a fragilidade com que foi implantado tal sistema, na medida em que as estratégias adotadas não propiciam o alcance dos objetivos propostos.

Médici (1993) destaca que *"em que pese o esforço de se criar um sistema descentralizado de saúde com acesso universal, mantiveram-se os equívocos da administração passada do INAMPS que impedem, ainda hoje, um controle efetivo da execução dos serviços"*, traduzido pela ineficiência e ineficácia das ações desenvolvidas.

Pinto e Domini (1991) ressaltam que

"as secretarias de saúde possuem estruturas arcaicas e pesadas, fruto da excessiva politicagem que reina no setor, gerando fragmentação do trabalho em pequenas unidades,

destinadas mais a atender apelos políticos e complementar salários pela criação de chefias, do que pela necessidade de eficiência. Além de sobrecarregar a coordenação, essa multiplicidade de estruturas de pequeno porte gera complexos fluxos de papéis que burocratizam o sistema e reduzem sua capacidade de resposta" (p.148).

Ao refletirem sobre a máquina burocrática, Junqueira e Inojosa (1992, p.24/5) ressaltam *"a necessidade de resgatar, de um lado, a cidadania, e, de outro, a capacidade criativa do indivíduo, do profissional (...)"* repelindo *"os vícios que o Estado tem alimentado: o desperdício do dinheiro público, a ineficácia e o descompromisso com o usuário"*. Corroborando com tal afirmação, encontra-se destacado nos estudos organizacionais que o papel dos gestores à frente das empresas é obter um comportamento coordenado entre pessoas e atividades de modo que os resultados pretendidos sejam alcançados.

Para Pinto e Domini (1991), o gestor eficaz *"não é aquele que domina apenas as técnicas de gestão, mas o que possui compromisso com a tarefa organizacional e é capaz de mobilizar o conjunto da organização para essa tarefa, de forma criativa e participativa"*(p. 30). Neste contexto, ressaltam-se dois fatores principais na determinação dos comportamentos individual e grupal - as relações de tarefa e de autoridade; o que remete à criação de estruturas e processos organizacionais (Gibson, 1981).

O objetivo das estruturas e dos processos é predeterminar o que os funcionários farão, com quem trabalharão, que decisões tomarão e quanto de poder terão. Destaca-se aqui que o desenvolvimento de estruturas e processos formais exige, em um primeiro momento, a execução de atividades técnico - administrativas, mas não somente isto. As atividades interpessoais dos gestores

ocorrem simultaneamente, na medida em que se relacionam com as outras pessoas.

Deste modo, pode ser evidenciada a complexidade de uma organização, uma vez que provoca efeitos profundos no comportamento de seus integrantes, em sua estrutura, em seus processos e em suas relações com o ambiente.

3.2 As características das Organizações Públicas e do Setor Saúde

A análise da história cultural, política e administrativa do Brasil, revela que a administração pública desenha um quadro altamente formalista, detectado pelas discrepâncias entre os comportamentos concretos e as normas prescritas, supostamente controladas. Este excesso de formalismo vivenciado pelos brasileiros os leva a utilizar o "jeitinho" como uma questão de sobrevivência e de preservação do corpo social (Campos, 1986).

Segundo Barbosa (1992), pode-se definir o " jeitinho" como sendo *"uma forma 'especial' de se resolver algum problema ou situação difícil ou proibida; ou uma solução criativa para alguma emergência, seja sob a forma de burla a alguma regra ou norma preestabelecida, seja sob a forma de conciliação, esperteza ou habilidade"* (p.32).

Alguns autores (Campos, 1986; Barbosa, 1992 e Vieira, 1982) atribuem ao exorbitante formalismo a causa do "jeitinho", que representa a maneira pela qual os indivíduos resolvem suas dificuldades "sem" contrariar as normas e leis. Portanto, a indiferença às normas legais vigentes, fruto da falta de identificação destas com a realidade, revela o desrespeito à organização burocrática propiciando a institucionalização do "jeitinho".

Observa-se então, que a prática do "jeitinho" na administração pública brasileira é considerada como correção de situações burocráticas indesejáveis, ou incondizentes com a realidade do país. Constatase, ainda, que apesar de alguns indivíduos manifestarem críticas acirradas à utilização do "jeitinho", certas vezes, estes mesmos indivíduos, também o utilizam, sem atentar-se para o fato.

Para Barbosa (1992), independente do segmento social, o "jeitinho" é legitimado por todos, *"tanto o 'João ninguém' como o deputado, desde que tenham condições individuais, estão qualificados para utilizar o jeito"* (p.41).

Ainda hoje, apesar das inúmeras mudanças ocorridas no país no campo econômico e social, identificam-se as mais diferentes formas de nepotismo, de favoritismo e de clientelismo como características culturais persistentes, intensificadas por meio do populismo, moldando de maneira rigorosa, a percepção da sociedade em relação tanto ao Estado, quanto às organizações públicas (Martins, 1997).

Este mesmo autor aponta como característica interveniente no serviço público a corrupção no Brasil. Suas causas gerais dizem respeito à *"destruição de referências éticas em uma sociedade estimulada a ser altamente competitiva sob um capitalismo selvagem"* (p.46). No que se refere às causas específicas, destaca dois aspectos da corrupção política. O primeiro diz respeito à desarticulação das estruturas do Estado, o descrédito da sua burocracia, a perda do ethos do servidor público, a corrosão dos salários do setor público, a certeza de que a impunidade é propiciada pela fragilidade dos controles internos e externos que, dentre outros fatores, abriram a porta para uma mentalidade de "salve-se quem puder" dentro dos órgãos do Estado, demonstrando que estes não estão equipados para analisar os gastos públicos, nem para detectar as

diferentes e modernas formas de corrupção. Como segunda causa, aponta que *"a legislação pertinente ao financiamento das eleições institucionalizou a corrupção política, proibindo contribuições financeiras a campanhas políticas por parte de pessoas jurídicas"* (p.46). Isto contribuiu para a falta de transparência, na medida em que camufla esquemas ocultos de retornos esperados sobre esses investimentos.

No tocante aos servidores públicos, acrescenta-se que no final da década de 30 ocorreu uma importante reforma modernista das estruturas do Estado. Porém, após algum tempo, observou-se uma transformação, estabelecendo-se uma estrutura entre moderna e uma síndrome cultural-populista, instalando-se, assim, um padrão duplo e persistente. Este padrão encontra-se refletido no nível hierárquico, isto é, para os altos escalões da burocracia, o acesso era realizado por meio de concurso, promoção baseada em critérios de mérito e salários condizentes. Para os demais níveis (médio e inferior) a admissão realizava-se conforme indicação clientelista; a promoção com base no tempo de serviço e os salários continuamente corroídos (Martins, 1997). Como decorrência, formou-se de um lado uma "elite burocrática", responsável por assuntos internacionais, e de outro, servidores de baixa qualificação e desmotivados, prestando serviços públicos à população.

Em relação ao aspecto cidadania versus desigualdade social destaca-se que o aparelho público desgastou-se em todas as áreas de atuação direta e indireta do Estado. Ao comentar sobre o que o Estado produz em termos de bem-estar social, Gondim (1993) revela que *"(...) a intervenção estatal no Brasil, na medida em que é norteadada por critérios particularistas (clientelismo,*

nepotismo, favoritismo, corrupção) não atende - antes nega - os direitos dos cidadãos".

Gondim (1993) relembra ainda, expressões bastante utilizadas no dia-a-dia na relação com as organizações estatais como: "arranjar um pistolão", "fazer vista grossa", "quebrar o galho", "molhar a mão" e "Mateus, primeiro os teus" caracterizando a percepção privatista e particularista com que a sociedade brasileira concebe o serviço público.

A declaração de Herbert de Souza, no Jornal do Brasil (18/11/1993), vem corroborar tal comentário:

"A noção do público é uma construção histórica, política, realizada pelas ações dos mais diferentes atores sociais. Não há um conceito absoluto de público que possa copiar de um dicionário político universal. (...) Um país onde prevalece o conceito de público, onde o Estado está sendo apropriado por interesses privados, não tem muitas condições de desenvolver essa noção de público e acaba privatizando e corrompendo tudo o que faz. (...) Porque somente com a ética do público se pode evitar a corrupção com o dinheiro do público, somente com a ética do público se pode saber que destino ético dar aos recursos do Orçamento".

Convém salientar, que as profundas desigualdades socioeconômicas que caracterizam o país, imprimem uma fraca noção de cidadania para seu povo. Quando o Estado tenta intervir neste aspecto o que acontece é um maior enfraquecimento desta noção, haja vista que as políticas públicas são voltadas à atender a interesses particulares, sejam eles individuais ou grupais (Gondim, 1993).

No que tange ao Setor de Saúde Pública brasileiro a história não se desenvolve diferentemente dos demais serviços públicos. Apresenta-se configurado em um contexto desenvolvido num estado patrimonialista e

clientelista, que financiou o setor privado, comprando-lhe, posteriormente, seus serviços, com o agravante de possuir seu aparato burocrático a serviço de interesses puramente particulares (Junqueira, 1992).

Ao observar o Sistema de Saúde Pública nos Estados Unidos da América, considerado um país desenvolvido, constata-se que a problemática ali vivenciada apresenta algumas características próximas a situação da saúde pública do Brasil. Em uma pesquisa realizada em 1994, de cunho nacional, os norte-americanos manifestaram que o sistema de saúde do país necessita de mudanças "fundamentais". Trata-se de um sistema de saúde mal-estruturado, extremamente hierarquizado, reativo e não preventivo, tendo como meta tratar a doença e não prevenir o seu aparecimento. Portanto, baseia-se, principalmente, nos insumos e não nos resultados, sendo que, raramente, promove a competição entre os prestadores de serviços.

"os clientes quase nunca recebem informações suficientes sobre a qualidade desses serviços, que lhes permitam escolher inteligentemente médicos, hospitais e planos de seguro, de forma que o sistema é determinado não pela escolha dos usuários, mas, sim, pelas preferências dos que prestam serviços ao público - hospitais, médicos, seguradoras e organizações interessadas na saúde pública, Medicaid e Medicare" (Osborne, 1995, p.340).

Salienta-se, também, que o governo norte-americano abdicou do papel de orientador do serviço de saúde, com o agravante de que as decisões políticas são tomadas, em sua maioria, pelo setor privado (empresas de seguro, hospitais, médicos, entre outros). Ao governo cabe apenas reagir e raras vezes *"procura influenciar o mercado, limitando-se a pagar as faturas que recebe, as contas dos pobres, dos idosos e dos servidores públicos"* (p.340). Verifica-se assim, que as desigualdades no uso de serviços de saúde não se restringem ao Brasil.

Travassos (1997) adverte que o princípio de igualdade tem que estar vinculado a um outro - o da solidariedade. Isto representa que os indivíduos de uma sociedade têm de ser persuadidos a contribuir com recursos financeiros, para que aqueles com menor renda tenham direitos de acesso universal e integral garantidos. Mas, deve estar claro também, que mudanças na concepção ética das pessoas não se fazem apenas pela alteração na Constituição. Portanto, acrescenta a autora, além do apoio solidário das camadas mais favorecidas, é importante que o Estado demonstre competência e integridade a fim de convencer seus contribuintes, portando-se como gestor honesto e eficiente destes recursos. Evidencia-se, assim, que para assumir o princípio igualitário proposto pelo Sistema Único de Saúde significa

"assumir também o compromisso de monitorar o desempenho do sistema nessa sua dimensão. Essa função deve ser atribuição precípua do nível federal e se faz necessária para que sejam efetuadas permanentes correções e ajustes nos mecanismos e práticas percebidos como socialmente seletivos" (Travassos, 1997, p.330).

Diante do exposto, constata-se que o setor de saúde pública no Brasil apresenta características similares aos demais serviços públicos ora desenvolvidos, o que amplia o grau de complexidade na interpretação e análise deste tipo de atividade. Este fato, por outro lado, reforça a necessidade de desenvolver trabalhos que aprofundem os diversos aspectos que envolvem o referido setor, em especial, aqueles voltados ao desempenho individual e organizacional ali efetivados por meio de suas três esferas governamentais (federal, estadual e municipal).

3.3 As três esferas governamentais

A Constituição Brasileira de 1988 reconheceu a saúde como um direito de cidadania estendido a todos os brasileiros. A regulamentação deste direito foi instituída em 1990, com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) pela edição da Lei Orgânica da Saúde (Carvalho e Santos,1995), concretizando assim, um novo modelo de assistência à Saúde. Sua estruturação pauta-se por princípios que lhe conferem uma mesma lógica organizativa em todo território nacional, sintetizados do seguinte modo:

- **Descentralização** - redistribuição das responsabilidades sobre as ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo (municipal, estadual e federal).
- **Universalidade** - garantia de acesso ao indivíduo a qualquer serviço de saúde, seja ele público ou contratado pelo Poder Público.
- **Integralidade** - reconhecimento de que tanto o indivíduo, quanto o sistema de saúde, constitui-se numa totalidade. As ações de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde devem ser consideradas tanto em nível individual como coletivo (questões orgânicas, psicológicas e sociais).
- **Equidade** - distribuição de forma igualitária das ações e serviços nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde de acordo com a necessidade requerida pelo caso, ou seja, quem precisa mais, deve ter mais.
- **Hierarquização e Regionalização** - organização dos serviços de saúde conforme os níveis de complexidade crescente (tanto em nível

ambulatorial, quanto hospitalar); a população a ser atendida e a área geográfica delimitadas e garantia do direito de acesso a todo tipo de tecnologia disponível.

- Complementaridade do Setor Privado - permissão de contratar serviços privados, por insuficiência do setor público.
- Resolutividade - significa que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente apresente condições para enfrentá-lo e solucioná-lo até o nível de sua competência.
- Participação comunitária - envolvimento da sociedade, por meio de suas entidades representativas (ex: Conselhos de Saúde) no processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução.

O sistema nacional de saúde está organizado em sintonia com as diretrizes constitucionais. Este sistema é composto por uma rede regionalizada, hierarquizada e interdependente de ações e serviços públicos de saúde (Carvalho e Santos, 1995).

As entidades responsáveis pela implantação e funcionamento adequado do referido sistema, estão situadas nas três esferas de governo: federação, estados e municípios. A gestão federal do SUS cabe ao Ministério da Saúde, que conta com a participação das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais. Em documento publicado em 1993 pelo Ministério da Saúde, consta que o SUS tem como objetivo básico promover a saúde, compreendida não apenas como atividades assistenciais, mas como condição necessária para o exercício pleno da cidadania, garantido por políticas públicas, econômicas e sociais, que reduzam riscos à saúde e assegurem melhor qualidade de vida.

Constata-se que a criação do SUS estabelece avanço importante na política social adotada pelo governo. Todavia, observa-se ainda, vagarosidade na descentralização do poder municipal quanto à gestão e o controle do atendimento à saúde.

Segundo Bresser Pereira (1998), *“em qualquer ação de governo estão envolvidos três aspectos: a definição da política, o seu financiamento e a sua administração”* (p.12). Pelo exposto entende-se que os princípios formulados para a saúde pública no Brasil parecem estar definidos de forma clara. Quanto ao aspecto financiamento, o governo tenta amenizar o quadro dos escassos recursos advindos do orçamento da Seguridade Social (que também financia a Previdência Social e a Assistência Social) com o acréscimo de outros recursos da União, previstos na Lei de Diretrizes Orçamentárias. Outro problema a ser enfrentado refere-se à baixa qualidade dos serviços prestados decorrente, em grande parte, de um sistema administrativo ainda indefinido. Desta forma, o SUS *“na prática, não é universal, não garante a equidade, a descentralização é limitada e não logrou eliminar completamente as competências concorrentes da União, dos Estados e dos Municípios”* (Bresser Pereira, 1998, p.12).

Portanto, o Sistema Único de Saúde deve ser implantado em cada uma das esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) segundo os interesses e peculiaridades de cada uma, sua autonomia política e administrativa, legitimadas pelas competências atribuídas na Constituição da República, Lei Orgânica da Saúde e legislações suplementares (Carvalho e Santos, 1995), quando for o caso. Conforme Serra (1998),

“A descentralização da execução de serviços unificando também a sua gestão, é um requisito essencial para que esse sistema possa funcionar. Tudo o que puder ser feito

pelos municípios, os mais próximos dos usuários, deve ser feito por eles. O que não puder ser feito pelos municípios, deve ser feito pelos Estados. A União deve executar apenas o que os Estados e os municípios não puderem fazer” (p. 30).

Entretanto, após onze anos de implantação do Sistema Único de Saúde, pode ser registrada a superposição de responsabilidades e ações nas três esferas governamentais que compõem o sistema como um todo, o que dificulta o cumprimento de seus princípios norteadores. Este fato, por si só, aponta problemas administrativos e organizacionais que precisam ser investigados, pois comprometem o desempenho individual e organizacional dos elementos envolvidos com a área de saúde pública do país.

4 O DESEMPENHO ORGANIZACIONAL SOB O ENFOQUE DA EFICÁCIA

"A questão básica é: qual visão você aspira alcançar?"

Abraham Maslow

A literatura apresenta diferentes acepções sobre o termo desempenho, assim como diversas abordagens quanto ao tratamento empregado nos estudos que dele se utilizam.

Por definição, desempenho é o *"ato ou efeito de desempenhar(-se), isto é, a execução de um trabalho, atividade, empreendimento, etc., que exige competência e/ou eficiência"* (Aurélio, 1988 : 209). Tal significado, no entanto, apresenta um sentido ambíguo para seu entendimento, dada a falta de clareza com relação aos termos ali utilizados.

Segundo Barbosa (1992), desempenho adquire o *status* de termômetro das necessidades e das realizações das organizações e dos indivíduos. Eccles e Nohria (1994) apontam que uma das dificuldades em definir desempenho está associada ao fato de que sua natureza nunca é totalmente clara. Assim, estabelecer que ele é tão somente aquilo que é medido complica ainda mais a questão. Para Bergamini e Beraldo (1988),

"a palavra desempenho significa ação, atuação, comportamento. Quando se avalia o desempenho no trabalho e se conclui por sua adequação ou não, está-se-lhe atribuindo uma qualificação que pode ser assim resumida: desempenho eficiente ou desempenho eficaz ou ambos" (p.36).

Considerando-se a ambigüidade dos significados atribuídos ao termo, o desempenho organizacional pode ser analisado em função de duas dimensões: a

eficiência e a eficácia (Gibson, 1981; Etzioni, 1981; Bergamini e Beraldo, 1988). Acrescenta-se também, com menor frequência, duas outras: a efetividade e a relevância, conforme registra Sander (1995).

A eficiência, de acordo com Etzioni (1981), é determinada pela medida (meios) para atingir seus objetivos. Porém, advertem Eccles et alii (1994), a primeira lição da medida do desempenho é compreender que a objetividade total é uma meta ingênua já que não existe um consenso universal sobre a melhor medida para alguma coisa.

Sander (1995) traduz o conceito de eficiência como produzir o máximo com o mínimo de recursos, tempo e energia, identificando-o como critério para medir o desempenho instrumental, de natureza econômica, verificado em termos de capacidade administrativa para alcançar um determinado grau de produtividade.

Drucker, apud Stoner (1999), considera a eficácia como a capacidade pessoal em determinar objetivos apropriados, ou seja, fazer as coisas certas, enquanto que a eficiência constitui a capacidade de minimizar a utilização dos recursos necessários, como forma de alcançar os objetivos da organização.

Toledo (1986) afirma que eficácia expressa o conceito de desempenho que alcança os resultados pretendidos. A eficácia pode, também, ser definida como a maximização dos resultados de uma organização.

A efetividade, refere-se ao desempenho que atenda às exigências da comunidade externa, focando os aspectos políticos e, a relevância, ao caráter filosófico e antropológico, em termos de significância, para que as organizações propiciem o aprimoramento da qualidade de vida das pessoas (Sander, 1995).

Tendo em vista a diversidade de enfoques sobre desempenho, utiliza-se neste estudo a dimensão da eficácia de acordo com a definição de Toledo (1986) uma vez que esta demonstra ser compatível com o tema em investigação.

Não obstante as dificuldades conceituais apontadas, a eficácia apresenta-se como a forma de desempenho organizacional mais estudada da teoria das organizações. Vários autores (Etzioni, 1984; Hall, 1984; Machado da Silva, 1984; Sander, 1995) estabeleceram parâmetros para sua utilização, diferenciando-os de acordo com a área de interesse. Percebe-se, entretanto, que nas pesquisas sobre eficácia prevalecem duas perspectivas: uma centrada em objetivos e outra voltada à aquisição de recursos.

A abordagem mais utilizada pelos pesquisadores, e também a mais antiga e tradicional, é a de objetivos. Nesta, define-se eficácia como a medida em que a empresa alcança seus objetivos. Ressalta-se que o conceito de objetivo organizacional está no âmago desta definição. Para Kanaane (1995) os objetivos são *“pré-requisitos para o percurso a ser delineado, tanto pelos sujeitos que compõem aquele contexto organizacional, como pelas ações administrativas e operacionais empreendidas”* (p.37). O autor observa que a administração consiste no processo de planejar, organizar, liderar e controlar todos os recursos organizacionais para alcançar os objetivos estabelecidos, destacando o quão é intrínseca a importância destes para a teoria organizacional, como um todo articulado.

Sander (1995) ratifica a abordagem de objetivos expondo que *“a preocupação central dos defensores da eficácia como critério de desempenho administrativo é o alcance dos objetivos estabelecidos”* (p.12).

Alguns autores (Etzioni, 1984; Hall, 1984; Keeley, 1984) não compartilham integralmente desta abordagem, tecendo críticas à utilização dos objetivos operacionais enquanto critério de eficácia, argumentando que as organizações apresentam múltiplos objetivos, nem sempre conciliáveis, impedindo-os de serem plenamente eficazes e que a priorização dos objetivos está subordinada aos diversos valores presentes nos grupos que dirigem a organização. Portanto, apesar da importância dos objetivos para as organizações, fica evidente a fragilidade destes, o que requer cautela quando do estudo da eficácia organizacional.

A abordagem de recursos, segundo Hall (1984), difere substancialmente da abordagem de objetivos no tocante à forma de análise do macrosistema. Enquanto esta considera apenas o ambiente interno (sistema fechado), a primeira revela tão somente a relação da organização com o ambiente externo (sistema aberto), interpretando as variáveis internas como atributos e processos. Nesta abordagem o foco está na capacidade da organização em obter recursos. Há autores que definem a eficácia de uma organização como a capacidade de adquirir recursos (valiosos e escassos) do ambiente externo, ressaltando, assim, sua habilidade em barganhar (Yuchtman e Seashore, 1967).

Este enfoque também não ficou imune às críticas, tanto por evitar o conceito de objetivos, como por provocar tópicos polêmicos dispostos na literatura. Cameron (1978) reuniu estes tópicos em: a indiferenciação entre eficácia e eficiência, a incondicional aceitação da visão pertinente ao grupo de executivos, a ênfase dada à aquisição de recursos e a inadequação quando se trata de aplicá-la em organizações sem fins lucrativos.

Constata-se assim, que as duas abordagens analisadas isoladamente são insuficientes, mas a utilização articulada de ambas para o estudo da eficácia organizacional apresenta-se como uma alternativa mais consistente. Gibson (1981) sugere tal harmonia ao definir eficácia como o *“grau segundo o qual as organizações atingem suas missões, metas e objetivos – dentro das restrições de recursos limitados”* (p.77).

Machado da Silva (1984), embasado em outros autores (Steers, 1977; Zey-Ferrell, 1979), que buscaram combinar os pontos fortes das abordagens de recursos e de objetivos, introduz a abordagem que denominou de objetivos - recursos, delineando um quadro de referência para o estudo da eficácia organizacional.

Salienta-se, no entanto, que Steers (1975), com o intuito de pesquisar os critérios de eficácia, revisou 17 trabalhos sobre este tema, selecionando aqueles que, com maior frequência, reportavam-se ao mesmo. Deste total, deparou-se com 14 critérios de avaliação adotados, encontrando em metade deles o critério de "adaptabilidade/flexibilidade", seguido por "produtividade" e "satisfação com o trabalho" (estes dois últimos, em cerca de 33% dos trabalhos). O autor inferiu que a baixa consonância entre os critérios encontrados reflete a dificuldade de compreensão pertinente ao constructo da eficácia. Para ele, a idéia de eficácia organizacional pode ser mais clara, com base em um modelo de processo com três componentes: uma perspectiva de sistema, a ênfase em comportamento e a otimização de objetivos. Portanto, a partir da análise da congruência entre estes três elementos em uma organização, observa-se o grau de eficácia por ela experienciado (em uma relação de direta proporcionalidade), ou seja, quanto

maior o grau de congruência destes elementos na organização, maior será o seu grau de eficácia.

Ao analisar-se os resultados alcançados por Steers (1975), observa-se que a perspectiva de sistema está relacionada com o ambiente, a ênfase no comportamento refere-se a pessoas e a otimização de objetivos pode ser vinculada a tecnologia.

De acordo com a interpretação de Steers (1975), os referidos elementos encontram-se descritos em uma das categorias configuradas por Lima (1996) para investigar o contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para organizações hospitalares públicas. A autora agrupa as escolas administrativas, conforme as semelhanças encontradas, em quatro perspectivas: racional, que enfatiza aspectos das contribuições da administração científica, da abordagem anatômica e da teoria da escolha racional; natural, ao observar aspectos das pessoas, da tecnologia e do ambiente analisados a partir de uma visão sistêmica; política, ao observar elementos comparativos da organização como um sistema político e a múltipla, ao admitir a necessidade da utilização de diferentes formas de ver e explicar a dinâmica organizacional. Estas sintetizam olhares diferentes para as diversas facetas das organizações visando melhor explicá-las.

"Esses diferentes olhares que se voltam para as organizações trazem à tona aspectos cruciais na compreensão do seu funcionamento, que podem enriquecer a capacidade de análise dos dirigentes e tornar a ação gerencial mais eficaz, uma das condições necessárias a um desempenho organizacional eficaz" (Motta, apud Lima, 1996, p.104).

Portanto, é no recorte da perspectiva natural, que incorpora a escola das relações humanas, comportamental e a teoria sistêmica/contingencial, que a presente pesquisa encontra suporte teórico necessário para seu desenvolvimento.

Lima (1996) caracteriza o ambiente no sentido de fonte de insumo e receptor dos produtos organizacionais que incorporam tanto uma dimensão ampla (aspectos políticos, sociais, econômicos, entre outros) quanto uma dimensão mais específica (os clientes, os concorrentes, as agências regulamentadoras e similares); a tecnologia como processo de trabalho abarcando o conhecimento, as técnicas, as ações e os instrumentos empregados com a finalidade de transformar insumos em produtos, e as pessoas, como responsáveis pela execução e integração do conjunto de tarefas da organização.

Com base no exposto, considera-se desempenho organizacional sob a ótica da eficácia, sendo observado pelo grau de congruência entre os contextos do ambiente, da tecnologia e das pessoas (Steers, 1975) analisados de acordo com a perspectiva natural da configuração estabelecida por Lima (1996), detalhadas no item a seguir.

4.1 Os contextos do ambiente e da tecnologia

A evolução das teorias administrativas propiciou o surgimento de diversas abordagens com lógicas distintas, ora conflitivas, ora complementares entre si ou, ainda, sobrepostas. Constata-se que a "verdade" significada em cada uma delas constitui um esforço teórico para aproximar-se da realidade organizacional, segundo um determinado enfoque e/ou ponto de vista.

Bowditch (1992) ressalta que o estudo do comportamento das organizações é o resultado gradual dos conhecimentos trazidos pelas diversas teorias organizacionais. Segundo este autor,

"o próprio campo evoluiu do que foi denominado uma orientação micro (ênfase nas estruturas e processos, entre e dentro de indivíduos, pequenos grupos e líderes), para incluir também uma perspectiva mais macro (ênfase nas estruturas e processos, entre e dentro de grandes subsistemas, organizações e ambientes)" (p.19).

Neste contexto destaca-se a visão sistêmica, que segundo Lima (1996), concebe a organização como um conjunto de subsistemas em operação pertencentes a um sistema maior. Assim, acrescenta a autora, várias são as possibilidades de pensar a organização e algumas destas podem ser observadas com certo detalhamento na perspectiva natural, onde ressalta-se o ambiente e a tecnologia.

Lima (1996) utiliza Scott (1981) para descrever as características do ambiente da seguinte maneira:

- simples ou complexo - referente à quantidade de elementos existentes no ambiente necessária ao desenvolvimento das operações organizacionais, envolvendo tanto a variedade de insumos, quanto as múltiplas relações decorrentes;
- estável ou instável - diz respeito a velocidade de mudança, abrangendo os insumos utilizados e as relações estabelecidas;
- grau de interligação ou de isolamento - observado em relação a outras organizações;

- grau de coordenação e estruturação - analisado em função das relações com outras organizações.

Desta forma, interpreta Lima (1996), ambientes complexos e instáveis, com baixa coordenação e estruturação, trazem grande incerteza para a organização. Os aspectos ambientais que ali se apresentam levam a organização a estruturar e a gerenciar o trabalho com maior flexibilidade, face às incertezas advindas do ambiente. Esta flexibilidade aponta para um menor número de níveis hierárquicos, menor formalização e previsão de tarefas e maior descentralização e intensidade de comunicação.

Quanto aos ambientes mais simples e mais estáveis, Lima (1996) descreve-os como detentores de menor interligação com outras organizações, implicando menos incerteza à organização. Deste modo, as funções gerenciais apresentam-se de forma mais padronizada e formalizada, com mecanismos menos sofisticados para a coordenação de atividades.

Burns e Stalker (1961) pesquisaram 20 indústrias inglesas, no intuito de investigar as relações entre suas práticas administrativas e o ambiente externo, detectando características que possibilitaram conformar dois tipos de organizações "ideais" (que, em sua totalidade, não são encontradas) denominando-as de orgânicas e mecanicistas. Mais tarde, Lawrence e Lorsh (1973) avançaram neste estudo admitindo que uma mesma organização pode comportar tanto trabalhos mecanicistas como orgânicos, demandando porém, não somente formas diferentes de estruturação do trabalho mas, principalmente, formas diferentes de gerenciá-los.

As organizações mecanicistas funcionam como um sistema mecânico, fechado, determinístico e racional, não se preocupando com o que ocorre com o

ambiente externo, não reconhecendo qualquer forma de flexibilidade que leve à mudança ou à inovação. Destacam-se como principais características:

- Estrutura burocrática marcada por uma detalhada divisão do trabalho na empresa;
- Cargos ocupados por especialistas, com tarefas específicas, sendo remunerados conforme sua importância relativa ao alcance dos objetivos organizacionais;
- Centralização das decisões;
- Hierarquia de autoridade rígida, onde o poder de dirigir é vinculado à posição hierárquica. As tarefas são comandadas pelos superiores, atribuindo-se a diferença de *status* de acordo com o nível hierárquico, isto é, o "chefe" manda e o "subordinado" obedece;
- Sistemas rígidos de controle, ressaltando a estreita amplitude administrativa;
- Sistemas simples de comunicação, onde o fluxo de informações conduz, quase sempre, mais ordens de cima para baixo do que retornos e dados de baixo para cima;
- Predomínio da interação vertical, considerando-se apenas o superior como o elo de ligação entre cada pessoa e a empresa;
- Ênfase nas regras e procedimentos formalizados por escrito.

As organizações orgânicas funcionam como um sistema vivo, aberto e complexo, preocupando-se, principalmente, com a sua interação com o ambiente. As demandas do ambiente conduzem às mudanças organizacionais internas, no sentido de ajustamento e adaptação. As tarefas passam a ter uma configuração

mais flexível, ao sofrerem contínuas modificações conforme a interação com outros indivíduos e apresentam as seguintes características:

- Estrutura organizacional flexível e adaptável à mudanças e inovações ambientais;
- Os cargos são continuamente redefinidos, em consonância com os ajustes organizacionais decorrentes das mudanças no ambiente;
- Descentralização das decisões;
- Hierarquia flexível, valorização do conhecimento em detrimento da posição hierárquica. A autoridade do funcionário é definida por sua competência e habilidade individual;
- Extensa amplitude de comando administrativa do supervisor, ressaltando um maior controle sobre os resultados do que sobre os comportamentos dos funcionários;
- Incentivo a comunicação interpessoal e valorização da informação em todos os níveis da organização;
- Predomínio da interação lateral e horizontal com a valorização do trabalho em equipe e da atividade grupal, isto é, preferência pelas relações entre pares ao invés de entre as hierarquias ("chefe-subordinado").
- Ênfase no interrelacionamento, incentivando-se a comunicação e o espírito de equipe como forma de suscitar sempre a integração e a coesão entre os funcionários.

Lawrence e Lorsh (1973) acrescentam, que para comparar os tipos de ambientes que envolvem as organizações, é utilizado o grau de certeza a respeito do ambiente. De outra forma, isto corresponde à relativa certeza que a

empresa possui sobre a dinâmica do ambiente em que está inserida. Esta análise de certeza é realizada a partir da percepção daquilo que os administradores conseguem distinguir na evolução dos eventos ocorridos no ambiente. Portanto, em uma relação de proporcionalidade, pode-se afirmar que quanto maior esta certeza, maior a previsibilidade do ambiente, onde o inverso também é verdadeiro, isto é, quanto maior a incerteza, maior a imprevisibilidade. Ressalta-se que esta dimensão de grau está associada à percepção dos administradores da organização e não no ambiente em si. Este grau de certeza tem por base as características a seguir:

- Clareza de informação sobre o ambiente;
- Relações causais;
- Tempo de retroação, ou seja, a extensão de tempo necessário para se conhecer o efeito de uma determinada ação ou decisão da organização sobre o ambiente.

No tocante à sua dinâmica, o ambiente é classificado em estável e instável. Um ambiente é caracterizado estável quando quase não ocorrem mudanças ou, se houver, são relativamente lentas e previsíveis. Já o ambiente instável caracteriza-se como dinâmico, sujeito a constantes mudanças. Portanto, as influências recíprocas entre os agentes ambientais e a organização dão origem a um dinâmico campo de forças, cuja consequência expressa-se na incerteza organizacional.

Em relação à tecnologia, constata-se que esta traduz uma gama de fatores da organização como o fluxo de trabalho e seus métodos ou, ainda, os meios pelos quais seja possível processar suas funções para alcançar seus objetivos.

Em 1958, Joan Woodward, pesquisadora britânica, realizou um trabalho relacionando os elos entre a tecnologia e a administração, observando que não apenas as características administrativas e estruturais variam com a tecnologia, mas que o desempenho organizacional eficaz está relacionado com uma estrutura específica para cada tipo de tecnologia. Os resultados desta pesquisa constituíram o trabalho-base para a abordagem contingencial, apresentando como a tecnologia gera necessidades contingenciais e como a opção adequada de práticas administrativas depende destas necessidades.

Assim sendo, a evolução da tecnologia tende a provocar importantes repercussões, tanto na estrutura organizacional como em sua administração e em seus sistemas psicossociais. Scott (1981), classifica a tecnologia de acordo com os seguintes aspectos:

- A quantidade de itens envolvidos simultaneamente no processo de produção:
 - simples: envolvimento de um número reduzido de itens;
 - complexo: envolvimento de um número elevado de itens.
- A previsibilidade do comportamento dos itens no processo de produção:
 - certo e previsível: geralmente utiliza-se a forma de gerenciamento mecanicista;
 - incerto e imprevisível: geralmente utiliza-se a forma de gerenciamento mais orgânica.
- O inter-relacionamento das etapas do processo de produção, de maneira que uma afeta a outra. O grau de interdependência é subdividido em três categorias:

- reunida/associada: quando o trabalho de cada parte se relaciona apenas no que cada elemento colabora para o objetivo final;
- seqüencial: quando o trabalho está subordinado ao tempo, ou seja, algumas atividades para serem desenvolvidas necessitam de outras anteriores;
- recíproca: quando o trabalho possui um alto grau de inter-relação dos elementos ou etapas no processo de produção. Geralmente as organizações que possuem esta categoria também dispõem em sua estrutura das duas anteriores.

Para Lawrence e Lorsch (1973), as organizações podem ter simultaneamente processos mais mecanicistas e mais orgânicos, situando-as entre muito ou pouco diferenciadas e necessitando de um maior ou menor grau de integração.

No caso dos Serviços de Saúde Pública, Lima (1996) observa que os processos são complexos, incertos e imprevisíveis e, em grande parte, interdependentes, o que requer um processo mais orgânico de administração. Portanto, acrescenta, *"processos de trabalho com estas características tendem a gerar problemas, que também são complexos e interdependentes, cuja solução exige um fluxo intenso de comunicação, pouca formalização e mais descentralização"* (p.113).

Correspondente a isto, em ambientes mais simples, estáveis, que demandam um número limitado de interligações com outras organizações e que possuam uma adequada estruturação e coordenação destas interligações, conseqüentemente acarretam para a organização um grau reduzido quanto a incerteza. Deste modo, permitem que a organização seja gerenciada de uma

maneira um tanto mais rígida, padronizada e formalizada, sendo necessários à coordenação do trabalho, mecanismos menos aprimorados, tais como a centralização das decisões, a comunicação vertical, a hierarquia, entre outros.

Lima (1996) destaca que, ao admitir variados processos produtivos no sentido de operacionalizar seu principal processo de produção (o diagnóstico e o tratamento do paciente), as organizações hospitalares de saúde, podem ser consideradas enquanto empresas de multiprodutos. Estes apresentam processos mais mecanicistas, como os de cozinha e lavanderia, como processos mais orgânicos, voltados à relação profissional/paciente. Assim sendo, em virtude da elevada diferenciação manifestada nestas organizações, são exigidos mecanismos mais intensos de integração.

Quanto a interação, observa Lima (1996), há o predomínio da instabilidade, em função da utilização de múltiplos elementos e itens, ocasionada pela limitada possibilidade de previsão do comportamento do paciente (interação com medicamento, relação profissional/paciente, etc.), destacando-se a elevada interdependência (recíproca, seqüencial e reunida/associada) destes processos, onde *"qualquer alteração e interrupção num dado processo produtivo tem repercussões imediatas em outro"* (p.115).

Em decorrência do exposto, ressalta-se a exigência de utilização de múltiplos mecanismos de coordenação do trabalho, como forma de enfrentar os problemas interdependentes, também verificados nos níveis operacionais. Face a esta elevada interdependência é importante, sobretudo, alguns mecanismos de ação, tais como: um fluxo de comunicação intenso, uma maior descentralização e flexibilidade das ações.

Em relação aos instrumentos de gestão de recursos humanos, Lima (1996), pondera que são insuficientes ou até inexistentes, salientando o descaso na construção de uma forma de trabalhar na organização que propicie a seus profissionais sentirem-se valorizados e responsáveis, capacitados portanto, para adquirir novos conhecimentos. Embasada nestes aspectos, Lima (1996) conclui que:

"embora a literatura considere haver uma tendência à estabilidade ambiental para as organizações de saúde, pode-se dizer que as organizações hospitalares públicas brasileiras tendem a enfrentar razoável instabilidade em seu ambiente, tendo em vista as características da administração pública. Além disso seu ambiente tende a ser complexo, pois são várias as relações que nele precisam ser estabelecidas com outras organizações do setor de saúde e fora dele, e estas ligações têm um baixo nível de coordenação e estruturação. Todas estas características ambientais formam um quadro de razoável incerteza para as organizações hospitalares públicas" (p.116).

Portanto, ao analisar-se os contextos do ambiente e da tecnologia em organizações de saúde, torna-se necessário considerar as características que as diferenciam das demais formas de organização, exigindo cautela por parte dos estudiosos para não incorrer em simplificações ingênuas.

Quanto ao universo das pessoas e suas relações individuais e organizacionais, dada a relevância atribuída no presente estudo, serão tratadas de forma mais aprofundada no próximo capítulo.

4.2 O contexto das relações humanas: o desempenho pessoal sob o enfoque da percepção

A organização é constituída basicamente por dois subsistemas: um que envolve aspectos estruturais e materiais e um outro simbólico. O primeiro refere-se aos meios materiais para assegurar a função de produção de bens e serviços e o segundo, remete ao universo das representações individuais e coletivas que dão sentido às ações, interpretam, organizam e legitimam as atividades e as relações que homens e mulheres mantêm entre si (Charlat, 1992, p.40).

Schein (1982) analisa o homem em uma concepção contingencial, ou seja, o sistema individual trabalha no sentido de manter seu equilíbrio interno diante das constantes demandas do ambiente externo. A capacidade do indivíduo em solucionar seus problemas está intimamente ligada ao desenvolvimento de seu sistema interno. Tal sistema é concebido a partir de necessidades biológicas, de motivos psicológicos, de valores e de percepções. Assim sendo, o indivíduo é denominado de "homem complexo" supondo-se que em suas trocas com o ambiente organizacional ele se esforce em influenciar o mundo externo, a partir da motivação advinda do desejo, ou de dominar os problemas à sua volta, ou mesmo, de utilizar suas habilidades a fim de resolvê-los. Analisando-o sob a ótica da empresa, o que contribui para o alcance das metas organizacionais é justamente esta complexidade aliada a diversos fatores que influenciam sua motivação.

Para melhor compreender o "homem complexo" delineado por Schein, é necessário conhecer a composição de suas hipóteses, compostas como meio de explicitar esta complexidade. Assim, tendo em vista que as pessoas possuem

um considerável cabedal de necessidades e potenciais e considerando que estas necessidades modificam-se de acordo com a fase do desenvolvimento em que se encontram, as modificações de funções e tarefas organizacionais, a situação e, também, as mudanças nos relacionamentos interpessoais, tais hipóteses apresentam-se delineadas da seguinte forma:

- As necessidades humanas estabelecem-se em muitas categorias, variando conforme a fase do desenvolvimento e a situação de vida da pessoa. O grau de importância atribuído às necessidades e motivos variam de pessoa para pessoa, sendo concebida uma espécie de hierarquia, ressaltando-se que tal hierarquia é variável conforme a pessoa, a situação e a época vivida;
- É necessário estabelecer em que nível pretende-se compreender a motivação humana, uma vez que tanto as necessidades, quanto os motivos, interagem e ajustam-se para formar complexos padrões de valores e objetivos;
- Os motivos dos colaboradores de uma organização estão associados ao resultado de uma complexa seqüência de interações - entre suas necessidades iniciais e suas experiências na organização;
- O desenvolvimento de interesses produtivos pelas organizações estão fundamentados em diferentes tipos de motivos pessoais. Pode-se dizer que somente em parte são dependentes da natureza da motivação, tanto a satisfação do indivíduo, quanto a eficiência geral para a organização. Deste modo, *"a natureza da tarefa a ser executada, as capacidades e as experiências do funcionário e a atmosfera criada pelos colegas de trabalho*

são fatores que interagem produzindo determinado padrão de trabalho e de sentimento" (p.75);

- A diferenciação de necessidades e motivos de uma pessoa em uma dada organização ou setor podem estar associadas ao envolvimento com um trabalho que requer uma gama variada de aptidões e numerosos motivos, exercendo, assim, influências em diferentes épocas e nas tarefas realizadas;
- Os motivos, as capacidades e a natureza da tarefa com que os colaboradores respondem estão relacionadas a tipos diferentes de estratégias gerenciais, apontando que não existe uma estratégia exclusiva e acertada para tratar com todas as pessoas e em todas as épocas.

Pelo exposto, constata-se que o "homem complexo" é constituído por um sistema individual desenvolvido a partir de diferentes valores, motivos e percepções.

Os valores representam um conjunto de crenças pessoais, sobre o que é considerado certo ou errado, mantido e aprovado no consciente. Os motivos, correspondem aos impulsos ou necessidades desenvolvidos inconscientemente a partir das experiências de êxito ou fracasso vivenciadas pelo indivíduo. Nota-se, ainda, que os motivos e valores são desenvolvidos a partir do processo de percepção, determinado pela informação coletada pelo sistema. Assim sendo, a percepção de um indivíduo está intrinsecamente relacionada com seus valores e motivos.

Até pouco tempo o interesse em estudar a percepção limitava-se a área da psicologia, entretanto, ao constatarem que tal tema poderia ser de grande auxílio no entendimento de alguns fatores organizacionais, os administradores também

começaram a estudá-la. Deste modo, resgatou-se a importância do processo perceptivo, a partir do qual é constituída a realidade da pessoa. Ressalta-se que as interações sociais, as tomadas de decisões e as ações organizacionais são resultantes da percepção de mundo que cada pessoa possui. Portanto, a percepção é influenciada tanto por fatores internos (valores, motivos, expectativas, entre outros) quanto por fatores externos (contexto social, político, econômico, organizacional, dentre outros).

Neste sentido, define-se a interação entre as pessoas como um processo contínuo e dinâmico, onde cada ação está associada a situações e demandas diferenciadas. Desta forma, a ação terá influenciadores subjetivos, em boa medida determinados pela percepção pessoal dos fatos e das pessoas envolvidas (Martin-Baró, 1985).

A percepção, para alguns autores (Kolasa, 1978; Savoia e Cornick, 1989), é um processo cognitivo básico, realizado pela interpretação dos estímulos recebidos do meio, captados através dos órgãos sensoriais.

De acordo com Savoia e Cornick (1989) *"a sensação é a recepção dos sinais externos e a percepção é a maneira pela qual as mensagens sensoriais são traduzidas ou decodificadas em formas compreensivas"* (p.29). As autoras destacam, ainda, que o modo de perceber (as experiências, as pessoas ou os objetos) é que diferencia uma pessoa das demais. Assim, é no processo de socialização que se estabelecem os valores e as normas que afetam o cotidiano individual. Deste modo, o indivíduo desenvolve-se orientado por princípios e valores do sistema social e, concomitantemente, pelo aprendizado de uma linguagem, portadora de significações compartilhadas por uma sociedade. Tal aprendizagem depende diretamente dos esquemas impressos em cada sistema

social, ou seja, o conteúdo dos valores e normas variam segundo os padrões culturais ali vigentes.

Convém salientar a importância da linguagem no processo da percepção uma vez que as interações com objetos e pessoas são facilitadas pelo surgimento de perguntas e respostas decorrentes do ato perceptivo por meio da categorização cognitiva. Esta categorização refere-se a um conjunto de regras de comparação que permitem assemelhar um objeto a outros.

Segundo Penna (1993), *"o ato de perceber é definido em termos de categorização de estímulos, isto é, em termos de inclusão do dado em categorias ou classes (...)"* (p.13).

Martin-Baró (1985) também afirma que o enfoque da percepção mais aceito entre os psicólogos é o que a define como *"um processo de codificação cognitiva pelo qual se capta a significação de um objeto (uma pessoa, uma ação, um sucesso ou uma coisa) aplicando-lhe um determinado esquema ou categoria"* (p.190). Ressalta-se que na presente pesquisa é este o conceito a ser utilizado ao analisar-se o desempenho pessoal.

Destaca-se que este sistema individual é mutável e dinâmico, na medida em que se depara com novos problemas, os quais requerem novas experiências. Assim, os mecanismos perceptuais que filtram as informações, permitem tanto a manutenção do sistema individual quanto a aprendizagem a partir da mediação de novas experiências.

Neste contexto desenvolve-se o processo de socialização por meio do estabelecimento de valores e normas que afetam o indivíduo em seu cotidiano, vinculando-se diretamente a história do grupo, a cultura ou subcultura que interfere na aprendizagem social, para modelar o comportamento do indivíduo.

As primeiras marcas na personalidade humana são registradas na infância por meio do processo de socialização, continuando na adolescência e posteriormente na vida adulta, sempre que a pessoa muda de organização ou mesmo de função (Van Maanen e Schein, 1978 apud Schein, 1982). Para compreender os motivos ou reais valores de uma pessoa, investigam-se os tipos de experiências de socialização vivenciadas por esta pessoa em diferentes fases de sua vida (Schein, 1982, Ferraz da Silva, 1998).

O fato das pessoas se comportarem de certa maneira possui, em suas bases, determinantes associados aos conceitos de sensação e percepção. A sensação está relacionada aos estímulos físicos dos órgãos dos sentidos (visão, audição, olfato, paladar e tato), sendo necessário compreender quais as reações e como ocorre sua organização no âmbito pessoal. Ao processo de interpretação das mensagens dos órgãos dos sentidos, a fim de determinar alguma ordem e significado num determinado ambiente, denomina-se percepção. Nota-se que o processo de interpretação varia de pessoa para pessoa, o que permite compreender o fato de diferentes pessoas verem a mesma situação de formas distintas. Assim sendo, pode-se afirmar que existem múltiplos fatores, tanto externos quanto internos, influenciando a forma de observar o mundo.

Registram-se duas fontes de variação perceptiva: as restrições culturais e ambientais, que se referem aos dados perceptivos transmitidos pelo ambiente (família, escola, empresa, entre outros), e as restrições fisiológicas, que determinam os limites da capacidade dos órgãos dos sentidos. Além destas limitações, estes dados ainda são processados antes de adentrarem em nossas mentes, ou seja, as pessoas tendem a interpretar essas informações de um modo que seja coerente com seus conjuntos de crenças, valores e atitudes, moldados

por experiências culturais e ambientais mais abrangentes. Assim, a percepção é determinada pela interação entre esses fatores fisiológicos e psicológicos (Bowditch, 1992). Ressalta-se, também, que as interações sociais são objetivadas a partir de percepções, isto é,

"para 'compreender' ou obter coerência do comportamento complexo de outras pessoas, freqüentemente faz-se inferências ou suposições sobre suas motivações, intenções, personalidade, emoções e assim por diante. Estas inferências ou impressões posteriormente se tornam um determinante significativo do nosso comportamento e interação para com esses indivíduos" (Bowditch, 1992, p.66).

Um dos principais determinantes de como e por quê um indivíduo assume e mantém certas formas de comportamento baseia-se no processo de percepção. Entendida dessa forma, a percepção pode ser considerada uma variável interveniente, na medida em que influencia o processo de motivação e, conseqüentemente, o desempenho do indivíduo.

Ao tratar-se do tema desempenho pessoal espera-se que o ser humano seja produtivo, eficiente e eficaz. Para isto, é importante que as variáveis que influenciam estes desempenhos sejam identificadas em uma visão histórica e sistêmica, que considere a relação indivíduo, organização e sociedade (Paz, 1997).

Shein (1982) ratifica esta afirmação ao caracterizar o comportamento humano como um complexo resultado de intenções, vinculado à percepção de situações imediatas e de *suposições* ou crenças pertinentes à situação e às pessoas nelas inseridas.

"Essas suposições, por sua vez baseiam-se em nossa experiência passada, em nossas normas culturais e naquilo que os outros nos ensinaram a esperar. Para se compreender como as organizações funcionam, é necessário, em primeiro lugar compreender como funcionam as pessoas nessas organizações, especialmente os empresários que tomam as decisões organizacionais, que traçam as linhas de ação e as regras" (p.40).

Segundo Paz (1997), os desempenhos individuais na organização estão relacionados com a imagem que estes possuem da organização e não somente das características de suas ocupações. Ao conceber as organizações como sistemas complexos, esta autora, compreende e contextualiza os comportamentos dos indivíduos em uma relação figura e fundo:

"Ora a organização funciona como pano de fundo e os comportamentos são focalizados segundo a perspectiva do sistema social como um todo, ora ela funciona como foco principal devendo ser compreendida na perspectiva dos comportamentos individuais dos seus membros" (p.151/2).

Schein (1982) analisa, então, que a maneira como as pessoas são tratadas pela organização em que trabalham ou a que pertencem, os tipos de normas e valores que nela são vigentes, os tipos de autoridade e poder exercidos, são alguns dos fatores que influenciam intensamente as ações e os tipos e motivos que as levam a agir.

O contexto das organizações define as possibilidades e as exigências da atividade laboral a executar e o grau de personalização necessárias ao trabalho. Nas atuais relações de trabalho o paternalismo cede lugar ao compartilhamento de responsabilidades, onde espera-se que as organizações ofereçam oportunidades para o auto desenvolvimento e que os próprios profissionais

cuidem de suas atividades, comprometendo-se, então, com os objetivos organizacionais.

Na medida em que o indivíduo percebe que o seu ambiente organizacional não condiz com suas necessidades, a tendência é que aja sem motivação, sem comprometimento.

Considerando-se a multiplicidade de fatores que envolve a complexidade humana, no presente estudo o desempenho individual é tratado sob o enfoque das percepções visando interpretá-lo de acordo com seus valores, motivos e crenças.

5 MÉTODO

*"Uma teoria não é o conhecimento; permite o conhecimento. Uma teoria não é uma chegada. É a possibilidade de uma partida. Uma teoria não é uma solução, é possibilidade de tratar um problema. Por outras palavras, uma teoria só realiza o seu papel cognitivo, só ganha vida com o pleno emprego da atividade mental do sujeito. É a intervenção do sujeito que dá ao termo **método** o seu papel indispensável".*

Edgar Morin

Neste capítulo descreve-se o método utilizado para realizar a coleta de dados e a análise de seus conteúdos. Iniciam-se pelos pressupostos da pesquisa e apresentam-se os critérios de escolha dos participantes. Explicita-se também os instrumentos de análise do conjunto de informações que delineiam o modo como organiza-se e interpreta-se os conteúdos levantados.

5.1 Pressupostos da pesquisa

Considerando-se a questão central deste estudo, que trata da percepção dos indivíduos sobre desempenho organizacional e pessoal em relação a um setor específico da área de saúde pública, constata-se que, dada a multiplicidade e complexidade dos fatores envolvidos, permeados por elevada subjetividade, impôs-se uma abordagem de natureza qualitativa. Deste modo, foi possível desvelar, com abrangência e certa profundidade, os aspectos que envolvem a realidade em investigação. Minayo (1994) ao destacar as necessidades de estudos qualitativos no setor saúde, salienta que *"como em qualquer processo*

social, o objeto 'Saúde' oferece um nível possível de ser quantificado mas o ultrapassa quando se trata de compreender dimensões profundas e significativas que não conseguem ser aprisionadas em variáveis" (p.251).

A pesquisa desenvolve-se por meio de um estudo de caso, observando-se os Serviços de Prevenção e Assistência da Aids no município de Florianópolis. Esta estratégia é indicada quando as possibilidades de controle sobre eventos em observação mostram-se reduzidas e o interesse encontra-se voltado para fenômenos atuais que devem ser analisados dentro de algum contexto da vida real, como registram Triviños (1987) e Godoy (1995).

As informações coletadas nesta investigação têm sua principal fonte nos relatos das falas obtidos em campo, através das diversas perspectivas dos profissionais que atuam nos acima citados serviços. Ao considerar os diferentes pontos de vista destes sujeitos *"os estudos qualitativos permitem iluminar o dinamismo interno das situações, geralmente inacessíveis ao observador externo,"* como afirmam Lüdke e André (1986, p. 12).

Assim sendo, este estudo, ao resgatar a interpretação dos fatos por meio da interpretação, deixa em grande parte de tocar a superfície das coisas para penetrar na subjetividade destas, ou seja, *"a imersão no cotidiano e a familiaridade com as coisas tangíveis velam os fenômenos"* adverte Chizzotti (1991:80).

De acordo com a tipologia utilizada por Vergara (1998), esta pesquisa classifica-se, quanto aos meios, como bibliográfica, documental e de campo. Bibliográfica em função de recorrer a livros especializados, periódicos científicos e artigos publicados em jornais e revistas; documental, por utilizar-se de documentos internos dos setores pesquisados e documentos oficiais publicados

pelos mesmos; e de campo, pela coleta dos dados primários junto aos profissionais que atuam nos Serviços de Prevenção e Assistência da Aids.

Quanto aos fins, ainda seguindo a tipologia mencionada, como exploratória e descritiva. Exploratória porque embora os serviços de saúde sejam alvos regulares de pesquisas, como também a Aids enquanto patologia, não se observam na literatura pesquisas sobre desempenho pessoal e organizacional nos referidos setores. Descritiva, por retratar a realidade conforme se apresenta para aqueles que a vivenciam.

Esta investigação apresenta, também, uma perspectiva de corte transversal, uma vez que analisa a percepção do desempenho pessoal e organizacional dos serviços em tela, em um dado momento, qual seja, dezembro de 1997 a abril de 1998.

5.2 Unidades organizacionais e participantes da pesquisa

As unidades selecionadas para este estudo são os programas governamentais responsáveis pela Prevenção e Assistência da Aids em Florianópolis, no âmbito de suas três esferas de ação (federal, estadual e municipal), destacando-se pela relevância que possuem no contexto da saúde pública deste município e/ou por constituírem padrão de referência, perfazendo um total de seis, abaixo discriminadas:

- SASC/UFSC - Serviço de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária/Universidade Federal de Santa Catarina
- Programa Estadual de Controle e Prevenção das DST e Aids
- Ambulatório de DST/Aids do Hospital Nereu Ramos

- Programa Municipal de Controle e Prevenção das DST e Aids ✓
- Ambulatório de DST/Aids do Centro de Saúde II
- Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)

Convém ressaltar que algumas das unidades investigadas incluem nas suas atribuições a prevenção e outras à assistência a AIDS e as doenças sexualmente transmissíveis (DST). Entretanto, para esta pesquisa, tais doenças não foram consideradas, uma vez que o foco de análise centra-se, especificamente, nos serviços diretamente vinculados à enfermidade da Aids.

Registra-se, também, a exclusão do Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (HEMOSC) por se tratar de uma unidade responsável apenas pela análise da saúde do provável doador, assunto este que foge ao recorte deste trabalho.

Quanto aos participantes desta pesquisa, foram selecionados pela técnica de amostragem intencional, cujo critério utilizado foi o tempo de exercício profissional lidando com prevenção e assistência da Aids, estipulado em no mínimo de dois anos. Foram selecionados dois participantes de cada serviço, totalizando doze entrevistados, salientando-se que quatro ocupam cargos de chefia e oito exercem funções técnico-administrativas. Quanto a formação profissional destes sujeitos registram-se dois médicos, um odontólogo, um assistente social, um psicólogo e sete enfermeiros.

5.3 Instrumentos de coleta de dados

Dada a natureza qualitativo-interpretativista do estudo a entrevista individual semi-estruturada foi seu principal instrumento, conforme sugerem

Rubin e Rubin (1996). Para tanto, elaborou-se um roteiro contendo questões básicas, formuladas a partir das leituras empreendidas e dos contatos preliminares mantidos com os profissionais da área (anexo 1). Segundo Triviños (1987), este tipo de entrevista *"ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação"* (146).

O procedimento de coleta dos dados teve início com a realização de uma entrevista preliminar permitindo aperfeiçoar o roteiro estabelecido previamente, garantindo ao pesquisador segurança na continuidade do trabalho.

Para desenvolver todo o processo, agendou-se pessoalmente, ou por contato telefônico, todas as entrevistas com os possíveis informantes, não se registrando nenhuma oposição das pessoas em colaborar com o trabalho proposto.

No início das entrevistas buscou-se configurar o perfil dos respondentes, formulando-se questões que informassem idade, estado civil, número de filhos, religião, formação escolar, tempo de profissão, qualificação e experiência no trabalho com prevenção e assistência à Aids.

As entrevistas foram gravadas e realizadas no próprio ambiente de trabalho dos informantes, ressaltando-se que todas ocorreram em salas reservadas, condição esta julgada como fundamental para assegurar concentração, liberdade de expressão e tranquilidade para as pessoas. Por exigência de alguns profissionais, garantiu-se a não identificação dos respondentes. Salieta-se, ainda, que uma entrevista foi realizada na residência

de um dos entrevistados, tendo em vista que o mesmo encontrava-se afastado temporariamente de suas funções.

O tempo de duração das entrevistas foi bastante variável oscilando entre uma a duas horas. Tal fato ocorreu em virtude de que alguns indivíduos encararam a entrevista como um meio adequado para registrar suas preocupações e angústias em relação à causa da Aids.

Visando assegurar a fidedignidade dos relatos obtidos, utilizou-se um procedimento denominado por Zanelli (1994) de entrevistas recorrentes, onde opta-se por uma transcrição tão fiel quanto possível ao que fora registrado nas fitas. Assim, após a transcrição destas, retornou-se aos entrevistados para que estes ratificassem ou não os registros de suas falas.

Para a coleta dos dados oriundos das fontes secundárias (documentos e similares) empregou-se a análise documental, que segundo Richardson (1985), consiste em uma série de operações com o objetivo de estudar e analisar os documentos para descobrir as relações sociais e econômicas em que os mesmos podem estar envolvidos. No entanto, cabe registrar a dificuldade em relação aos documentos constitutivos de algumas unidades investigadas, devido ao fato de que estas encontravam-se funcionando de forma extra-oficial.

5.4 Organização e interpretação dos conteúdos das entrevistas

A técnica adotada para interpretar o conjunto de informações foi a análise de conteúdo. Este instrumento possibilita empreender um estudo minucioso dos conteúdos das falas, destacando-se frases e/ou palavras que o compõem visando buscar o sentido, captar-lhes as intenções, comparar, avaliar, destacar o

acessório, reconhecer o essencial e agrupá-lo em torno das idéias principais. Seu princípio consiste em desmontar a estrutura e os elementos desse conteúdo para esclarecer suas variadas características, extraindo dessa forma, sua significação, esclarece Laville (1999).

Dentre as técnicas utilizadas para a análise de conteúdo, a mais indicada é a análise por categorias ou por temas, baseada na decodificação de um texto em diversos elementos, conforme a relação analógica que mantêm entre si (Bardin, 1979).

Neste estudo empregou-se a análise por temas uma vez que os fatores envolvidos pela pesquisa apresentaram-se de forma multidimensional. Assim, os conteúdos registrados, aliados à bibliografia consultada, permitiram orientar a análise conforme a figura 1:

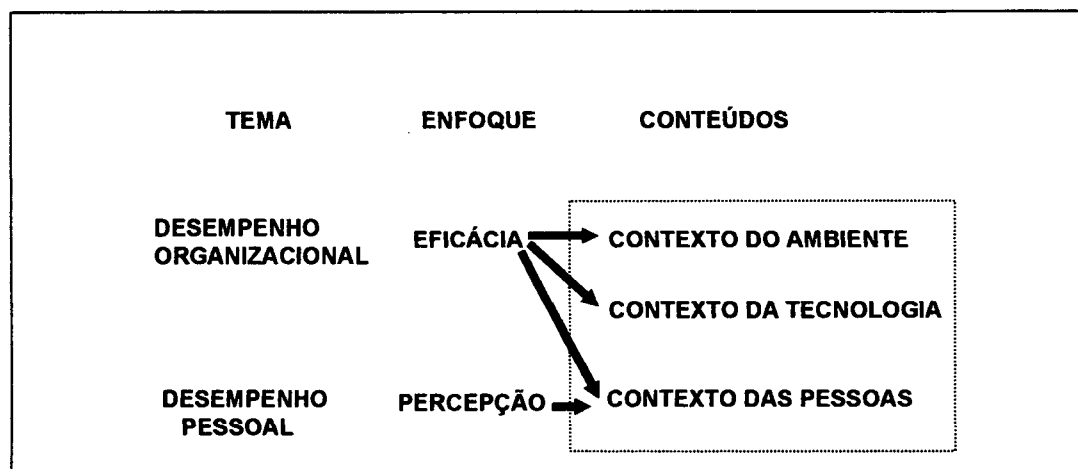


Figura 1 - Configuração temática da pesquisa

Conforme o que a figura 1 apresenta, destaca-se que os temas principais da pesquisa encontram-se contemplados sob dois enfoques distintos (eficácia e percepção) mas complementares entre si. Quanto às unidades temáticas (ou conteúdos observados), referem-se aos aspectos contextuais do ambiente, da tecnologia e das pessoas, conforme sugere Lima (1996), descritos no capítulo quatro. Para destacar a inter-relação entre os contextos analisados, foram utilizadas linhas pontilhadas, observando-se, ainda, que o contexto das pessoas está relacionado tanto ao desempenho organizacional quanto ao pessoal. Dada a importância que tal contexto assume nesta pesquisa, decidiu-se por tratá-lo com destaque no tema referente ao desempenho pessoal.

Visando facilitar a apresentação e discussão do conjunto de informações coletadas, optou-se também pela síntese da referida configuração, de acordo com as três esferas governamentais observadas nesta investigação, conforme revela a figura 2, a seguir:

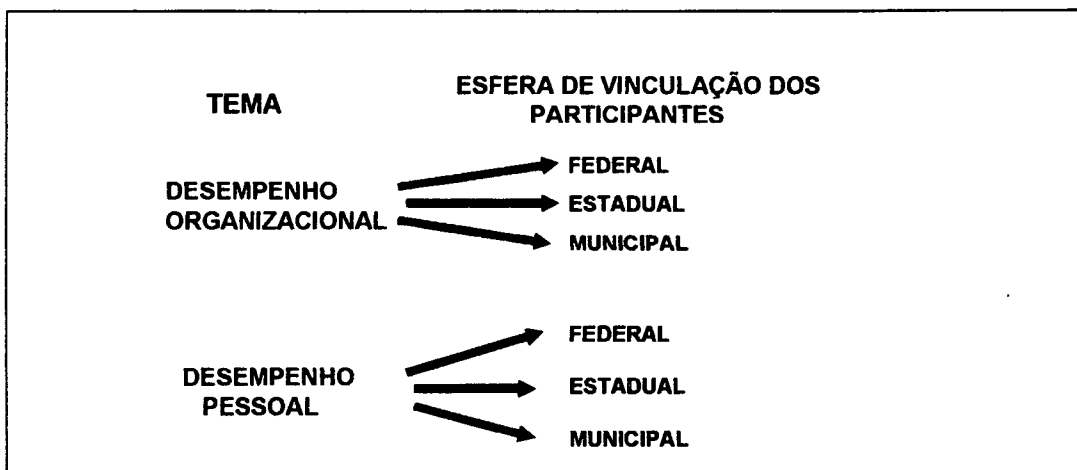


Figura 2 - Esquema básico da orientação seguida para a apresentação e discussão do conjunto de informações da pesquisa

6 OS SERVIÇOS DE PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA DA AIDS

"Conhecimento é construção e construção é processo que admite múltiplos conteúdos e variados enfoques. (...) É a efervescência de possibilidades que dá vida aos empreendimentos humanos".

Sylvia Constant Vergara

Neste capítulo caracteriza-se os Serviços de Prevenção e Assistência da Aids estudados na presente pesquisa, subdivididos nas três esferas governamentais.

6.1 Esfera Federal: Ambulatório de DST/Aids da Universidade Federal de Santa Catarina

Há muito que a comunidade universitária reivindicava um serviço de assistência mais adequado à população universitária. Em agosto de 1990, atendendo tais solicitações, foi implantado o Serviço de Atenção a Saúde da Comunidade Universitária (SASC), substituindo o Serviço de Atenção Primária dos Servidores e Alunos. Só foi possível esta modificação devido à expansão da área física e ampliação do quadro de especialidades no Hospital Universitário (HU). Neste mesmo ano, foi criado extra-oficialmente³ o ambulatório de DST/AIDS, subordinado ao SASC, conforme circular referente à orientação geral para os usuários do SASC, elaborado por este órgão.

³ Destaca-se que o Ambulatório de DST/Aids, até o término da presente pesquisa (1998), ainda não havia sido instituído formalmente.

De acordo com a equipe que compõe o setor, são executadas as seguintes tarefas: atendimento à Saúde Ocupacional, aconselhamento (pré e pós-teste anti-HIV), diagnóstico, acompanhamento, atendimento de pacientes (da emergência, internados e ambulatório geral), familiares e doadores positivos (do Banco de Sangue do H.U.), preenchimento de formulários pertinentes a acidentes de trabalho com material perfuro-cortantes e mucosa (exclusivo aos profissionais da saúde) e acompanhamento. Estas atividades são exercidas por dois enfermeiros com o apoio de um ginecologista, um dermatologista (no H.U., deixando a agenda aberta nas 6ª feiras), um infectologista (que realiza o atendimento fora do H.U.) e um psicólogo.

A população atendida abrange a comunidade em geral, pacientes internados no HU e seus familiares, doadores positivos (Banco de Sangue do H.U.), todos os servidores do Campus (corpo docente e técnico-administrativo), incluindo professores visitantes.

O atendimento realiza-se de 2ª a 5ª feira, em dois turnos, das 8:00 às 11:00 horas e das 13:30 às 16:00 horas.

6.2 Esfera Estadual: o Programa Estadual de Prevenção e Controle das DST e Aids

O Programa de controle da Aids foi inserido em 1985, como atividade das Doenças Sexualmente Transmissíveis, vinculado ao Serviço de Dermatologia Sanitária do estado. Para a implantação do Programa foi necessária a participação da Secretaria de Estado da Saúde, envolvendo o Serviço de

Dermatologia Sanitária, a extinta Fundação Hospitalar de Santa Catarina e o Hemocentro de Santa Catarina.

A partir dos primeiros casos de Aids no estado, notificados no período de 1984 a 1987, foi criada extra-oficialmente a Coordenação Estadual do Programa de DST/Aids, vinculada à Diretoria de Assuntos Básicos de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde.

Em 1991, com a reforma administrativa envolvendo todo o setor Saúde do Estado, o Programa passou a fazer parte da Diretoria de Vigilância Epidemiológica, sendo criada, em 1994, a Gerência de DST/Aids.

Com a posse do novo governo, em 1999, efetiva-se outra reforma administrativa e para racionalizar a máquina administrativa estadual foram extintos alguns órgãos e cargos comissionados. A Gerência de DST/Aids retorna à condição de Programa, englobando as atividades de prevenção e controle das DST/Aids, cuja situação organizacional poder ser observada a seguir:

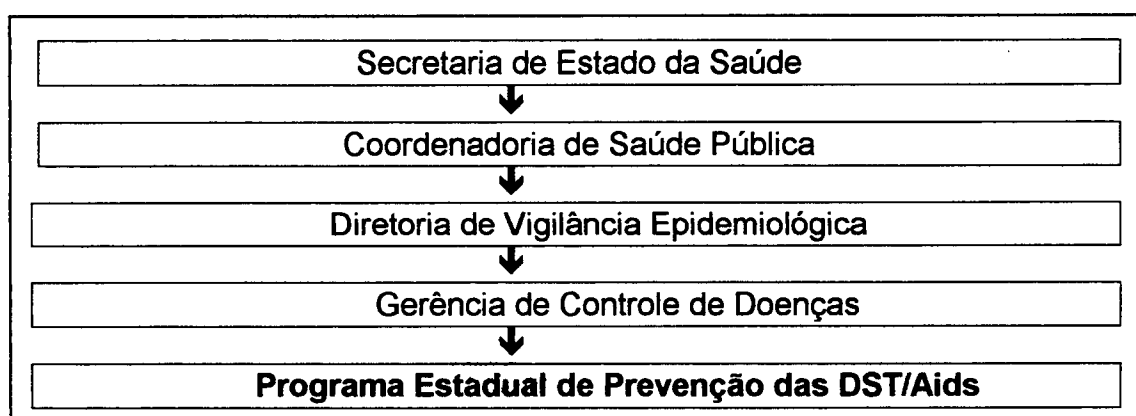


Figura 3 - Organograma sintético da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina

Atualmente o Programa Estadual de Prevenção e Controle das DST e Aids, possui as seguintes competências:

- Planejar, programar, organizar, coordenar, supervisionar e orientar as atividades desenvolvidas para prevenção e controle das DST e Aids, no âmbito estadual;
- Participar de projetos especiais que forneçam subsídios para o planejamento, a execução e a avaliação de ações de prevenção e controle das DST e Aids;
- Promover a integração com o Ministério da Saúde, Organizações Não Governamentais (ONG) e Outras Instituições Públicas e Privadas, visando o desenvolvimento de ações de prevenção e controle das DST e Aids;
- Desenvolver ações nas áreas de prevenção, assistência e vigilância epidemiológica das DST e Aids.

Para executar estas atribuições o referido Programa conta com doze profissionais, assim discriminados: um médico (gerente do Programa), um médico (Assistência), um psicólogo (Treinamento), quatro enfermeiras (Vigilância epidemiológica, Prevenção, DST e Assistência/Medicamentos), um odontólogo, um pedagogo (Prevenção) e três técnicos: um em enfermagem (investigação epidemiológica), um em informática e outro em contabilidade.

6.3 Esfera Estadual: Ambulatório de DST/Aids do Hospital Nereu Ramos

O Hospital Nereu Ramos foi inaugurado em 1943 com a finalidade de tratar pacientes com doenças contagiosas (como a tuberculose). Com o passar dos anos, o Hospital veio se estruturando de acordo com o perfil epidemiológico da população.

Neste momento, encontra-se dividido em três clínicas específicas: pneumologia, fisiologia e infectologia. Esta última, subdivide-se em serviço de internação de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), ambulatório, Hospital-dia e Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT). O Ambulatório é referência estadual em doenças infecciosas e parasitárias.

O ambulatório, unidade de interesse desta pesquisa, teve seu primeiro caso soropositivo para Aids em 03/11/1987 porém, somente em 1998, passou a ser reconhecido como SAE (Serviço de Atendimento Especializado) com um atendimento médio mensal de 500 clientes, distribuído em: consultas médicas, odontológicas, enfermagem, serviço social e administração de medicamentos e vacinas.

A unidade em pauta dispõe de uma equipe composta por treze profissionais, sendo seis médicos, um odontólogo, duas enfermeiras, dois técnicos de enfermagem e dois escriturários, contando também com uma equipe de suporte com quatro profissionais: uma assistente social, um nutricionista, um psiquiatra e um fisioterapeuta. Este conjunto de pessoas é responsável pelas seguintes funções:

- atuar como referência para a demanda espontânea ou triada por outros serviços;
- dar suporte, através de contra-referência, à implantação e manutenção de níveis menos complexos na atenção ao agravo, visando a descentralização;
- prover o aconselhamento para prevenção e controle da infecção pelo HIV;

- prover cuidado médico de alta resolução, incluindo avaliação diagnóstica, tratamento e acompanhamento para indivíduos com infecção pelo HIV ou condições associadas;
- prover ou coordenar a obtenção de suporte psicossocial para indivíduos com infecção pelo HIV ou condições associadas;
- atuar na vigilância epidemiológica, de modo integrado com o serviço de vigilância epidemiológica do Estado;
- realizar pesquisas objetivas e relacionadas à atenção de indivíduos com infecção pelo HIV ou condições associadas;
- promover treinamento de recursos humanos para os serviços de atenção ambulatorial a indivíduos com infecção pelo HIV ou condições associadas;
- realizar reuniões, toda última 5ª feira do mês, com grupo de gestantes soropositivas para o HIV.

A clientela atendida é selecionada pela Central de Marcação de Consultas (CMC), unidade administrativa da Secretaria de Estado da Saúde responsável por agendar consultas especializadas, via telefone, para as diversas unidades de referência (ambulatórios, policlínicas, consultórios particulares credenciados) cadastradas no sistema.

O atendimento no ambulatório é realizado de 2ª à 6ª feira das 07:00 às 19:00 horas.

6.4 Esfera Municipal: Programa Municipal de Prevenção e Controle das DST e Aids

A implantação do Programa Municipal ocorreu por volta de 1992, por meio das atividades de prevenção e controle das DST/Aids, especificamente em Florianópolis.

Atualmente, o Programa existe extra-oficialmente, subordinado à Divisão de Vigilância Epidemiológica, cuja vinculação pode ser representada no organograma da figura 4, apresentado em seguida.

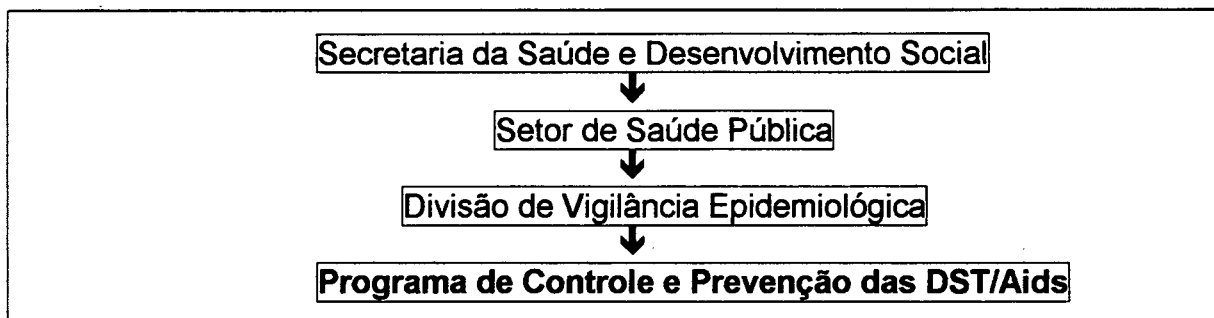


Figura 4 - Organograma extra-oficial da Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social do município de Florianópolis

As atividades desenvolvidas pelo Programa Municipal de Prevenção e Controle das DST e Aids não diferem muito das do Programa Estadual, tendo em vista que os dois programas estão regulamentados pelas mesmas diretrizes da Coordenação Nacional, priorizando-se as tarefas voltadas ao município de Florianópolis, conforme disposto a seguir:

- Planejar, programar, organizar, coordenar, supervisionar e orientar as atividades desenvolvidas para prevenção e controle das DST e Aids, no âmbito Municipal;

- Participar de projetos especiais que forneçam subsídios para planejamento, execução e avaliação de ações de prevenção e controle das DST e Aids;
- Desenvolver ações nas áreas de prevenção, assistência e vigilância epidemiológica das DST e Aids no município de Florianópolis.

Até o presente o Programa Municipal de Prevenção e Controle das DST e Aids desenvolve suas atividades com um funcionário, da área de enfermagem.

6.5 Esfera Municipal: Ambulatório de DST/Aids do Centro de Saúde II

Em julho de 1991, o ambulatório de DST/Aids iniciou suas atividades em nível municipal, pois até então pertencia ao Estado. Em meados de 1993, a atividade executada em torno da Aids era o aconselhamento (pré e pós-teste anti-HIV). Os casos soropositivos para o HIV eram encaminhados ao Hospital Nereu Ramos. Na medida em que houve o aumento desta demanda o Ambulatório do Centro de Saúde II também passou a realizar o acompanhamento de pacientes.

O ambulatório dispõe de uma equipe de onze profissionais dos quais cinco médicos, uma enfermeira, um psicólogo, um agente de saúde pública, um técnico de laboratório, um bioquímico e uma recepcionista para executar as tarefas de orientação, aconselhamento, acompanhamento, diagnóstico e tratamento. O atendimento da população é realizado a partir da demanda espontânea e dos casos encaminhados. A clientela é atendida por meio de agendamento no próprio Ambulatório ou por telefone e via unidades de saúde de Florianópolis, para as quais o Ambulatório é referência. No entanto, convém salientar que até o momento o referido serviço funciona extra-oficialmente.

O ambulatório funciona de 2ª a 6ª feira, para o atendimento externo, em dois turnos, das 07:45 às 12:45 horas e das 13:15 às 18:00 horas.

6.6 Esfera Municipal: Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA

Tendo em vista a ausência de medidas terapêuticas eficazes e vacinas contra a Aids, há um consenso das autoridades de saúde em todo o mundo em priorizar as medidas de prevenção. Neste sentido o aconselhamento e a educação para a saúde são as estratégias mais recomendadas para a mudança de comportamentos das pessoas em relação às práticas sexuais e ao uso de drogas injetáveis.

Como meio de viabilizar e ampliar o acesso às medidas de prevenção e ao diagnóstico precoce do HIV a Coordenação Nacional DST/Aids desenvolveu a proposta de implantação dos Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em todo o país.

A Prefeitura Municipal de Florianópolis, por meio da Secretaria Municipal da Saúde e Desenvolvimento Social, implantou no dia 11 de novembro de 1996 o primeiro CTA do município visando realizar as seguintes atividades:

- prestação de informações sobre AIDS e a infecção pelo HIV;
- aconselhamento pré-teste;
- realização de teste diagnóstico para o HIV;
- aconselhamento pós-teste;
- aconselhamento aos parceiros(as) ou companheiros(as) de clientes HIV positivos;

- referência para os indivíduos com estado sorológico positivo para os serviços clínicos e assistenciais; e
- repasse de informações pertinentes à prevenção em unidades escolares.

A equipe do CTA de Florianópolis é constituída por duas assistentes sociais, uma psicóloga, um técnico em laboratório e um agente administrativo.

No tocante à realização de suas atividades pode-se dizer que a prioridade é atender a uma demanda espontânea, que pode realizar gratuitamente o teste anti-HIV de forma anônima ou nominal (conforme a preferência da pessoa), e contribuir, por meio da educação e da técnica do aconselhamento, para a redução do risco de contrair o HIV. A atuação do CTA esgota-se no oferecimento do aconselhamento pré-teste, pós-teste e testagem sorológica. Todo cliente soropositivo é encaminhado para as Unidades de Saúde de referência ou grupos comunitários de apoio, para aconselhamento e acompanhamento permanentes.

Embora o atendimento seja aberto à população em geral, menores de 18 anos só fazem o teste acompanhados por um responsável maior de idade.

O CTA de Florianópolis funciona de 2^a. a 6^a. Feira no período da tarde. Localiza-se no PAM (Posto de Assistência Médica) no bairro do Estreito. Toda pessoa interessada em realizar o teste anti-HIV deve agendá-lo e comparecer no dia marcado às 13:00 horas, sendo este o único pré-requisito para a realização do teste. Portanto, não há necessidade de encaminhamentos médicos ou de qualquer outro documento (a menos que seja nominal, quando, então, solicita-se a carteira de identidade).

7 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS CONTEÚDOS DAS ENTREVISTAS

"Sendo então todas as coisas causadas e causadoras, ajudadas e ajudantes, mediata e imediatamente, e todas se relacionando por um vínculo natural e insensível que liga as mais afastadas e mais diferentes, creio ser tão impossível conhecer as partes sem conhecer o todo como conhecer o todo, sem conhecer particularmente as partes".

Pascal

Neste capítulo apresenta-se e analisa-se o conjunto de informações registrado nas entrevistas, discutindo-se e confrontando-se com a literatura, destacando-se os aspectos que caracterizam o desempenho pessoal e o desempenho organizacional nos Serviços de Prevenção e Assistência de Aids no Sistema de Saúde Pública em Florianópolis, configurados nas três esferas de governo, com ênfase nas suas semelhanças e diferenças.

7.1 Desempenho organizacional na esfera federal

Nesta esfera, no que diz respeito às condições da instituição para instalar os Serviços de Prevenção e Assistência da Aids, os entrevistados apontam que tal iniciativa decorreu da necessidade do H.U. (Hospital Universitário) em atender aos funcionários e alunos do campus mais adequadamente, precisando para isto a ampliação tanto das instalações físicas como do quadro de especialidades no Hospital Universitário, desenvolvidas até então pelo Serviço de Atenção Primária dos Servidores e Alunos. Deste modo, em agosto de 1990, com tais ampliações realizadas, foi implantado o Serviço de Atenção à Saúde da Comunidade

Universitária (SASC), substituindo o serviço anterior e oportunizando a criação, mesmo extra-oficialmente, do ambulatório de DST/Aids do HU/UFSC. Assim sendo, não houve planejamento para a implantação deste serviço, mas uma adaptação das instalações existentes para atender às necessidades da comunidade universitária, como afirmam os respondentes.

Quanto às relações administrativas estabelecidas pela gerência, tanto do SASC quanto da Pró - Reitoria de Assuntos Comunitários - PRAC, às quais se vinculam o referido ambulatório, salientam os pesquisados que estas ocorrem de forma receptiva e aberta, o que permite liberdade e flexibilidade nas ações desenvolvidas no setor. Conforme relato de um informante: *"A minha chefia imediata e a outra chefia são ótimas. Não tem nada que eu vá pedir que eles não me recebam. Não existe isso"*.

Portanto, os informantes registram que desenvolvem suas atividades com certa autonomia, uma vez que se encontram subordinados a duas unidades distintas (HU - SASC e PRAC). Embora a natureza das atividades realizadas por ambas sejam diferenciadas, não há sobreposição de ordens, nem ingerência. Porém, um dos entrevistados adverte que esta "dupla subordinação" causa desconforto *"por isso nós não sabemos até onde nós somos hospital, até onde nós somos PRAC"*. Mesmo assim, salientam a ausência de problemas decorrentes dessa "dupla vinculação" face ao bom nível de relacionamento mantido com os dirigentes dos referidos setores. *"(...) não temos muito problema com isso. Temos uma chefia que é ótima, tranqüila e tem um reconhecimento profissional muito grande pela gente. Então, temos muita autonomia"*.

Os respondentes destacam a falta de integração entre os setores que desenvolvem ações de apoio às suas tarefas, o que denota a pouca importância

atribuída as questões vinculadas à Aids, por alguns órgãos da instituição - *"eu preciso que determinados setores tenham uma participação ativa neste processo, que não pode ser muito demorada"*. Acrescentam ainda, que paralelo a este fato, alia-se o descaso com que são tratadas as medidas necessárias para que a prevenção e a assistência sejam efetivamente realizadas como a falta de preservativos para distribuição gratuita, a falta de *kits* para a realização de testes anti-HIV e a demora do resultado do referido teste, provocando ansiedade no paciente.

Quanto ao processo de comunicação interna, os entrevistados revelam que o mesmo ocorre de forma lenta, face aos equipamentos disponíveis, que não atendem de forma ágil às necessidades requeridas pelo setor, em quantidade e qualidade. Além disto, adicionam os sujeitos, as informações procedentes de instituições externas, na maioria das vezes, chegam com atraso causado pelo congestionamento no tráfego: *"Assim, as informações não chegam. Os boletins vem do Ministério e para nós não chega; quer dizer, vem tudo por fora. Tenho tudo, mas tudo vem por fora, não chega, não chega mesmo"*.

Analisando-se o ambiente e a tecnologia do ambulatório de DST/Aids do HU, de acordo com as características da perspectiva natural configuradas por Lima (1996), observa-se que as atividades ali desenvolvidas constituem um subsistema inserido em um sistema maior, isto é, o Hospital Universitário, que por sua vez, faz parte de um outro mais amplo, no qual se encontra vinculado como órgão suplementar da UFSC. Deste modo, tanto o HU como a UFSC apresentam-se como "empresas" de diversos produtos e diferenciados processos produtivos, o que as distingue das demais formas de organizações existentes. Em relação ao HU, salienta-se que tais aspectos encontram-se articulados para

seu principal objetivo - diagnosticar e tratar os pacientes. É neste contexto que as atividades de prevenção e assistência da Aids exercidas pelo ambulatório, encontram-se inseridas. Estas tarefas, pela sua própria natureza, estão voltadas para mudanças de comportamentos (prevenção) e/ou para tratamento do paciente com HIV/Aids (assistência) apresentando complexidade, pelos vários elementos que envolvem, e instabilidade, quando tratam de prever o comportamento dos pacientes e/ou doentes com os quais interagem os profissionais envolvidos.

Tendo em vista a falta de integração com alguns setores da instituição, a interdependência com estes, que segundo Lima (1996) deveria ser recíproca, seqüencial e/ou reunida/associada, fica prejudicada, seja pela dificuldade em se conseguir materiais (preservativos), seja pela demora dos resultados dos exames ou pela falta de *kits* para o exame anti-HIV. Estes fatores repercutem, a curto e médio prazo, na demanda de pacientes com HIV/Aids que buscam os serviços do ambulatório. Em se tratando de Aids, torna-se um fator preocupante vez que quanto mais precoce o seu diagnóstico, melhores são as condições de sobrevivência das pessoas infectadas.

Conforme Lima (1996) adverte, as organizações hospitalares públicas de saúde operam com sistemas de administração de materiais pouco estruturados não apenas pelas dificuldades de operacionalizar as compras, mas também pela irregularidade do repasse de recursos financeiros e a pouca autonomia administrativa com relação a estas operações e, sobretudo, pela não utilização dos instrumentos disponíveis de gestão de materiais.

Face à autonomia registrada pelos entrevistados na realização de suas tarefas, observa-se que há vários mecanismos de coordenação para o trabalho

ali desenvolvido, articulados tanto internamente, quanto externamente, o que gera alternativas salutareas para a soluçao dos problemas no momento em que surgem.

Convém ressaltar a falta de planejamento formal para desenvolver as atividades do ambulatório: *"No papel não tem planejamento, mas tem algumas metas que a gente idealizou, que a gente gostaria de alcançar e vem discutindo com a direção"*.

O fluxo de informações não ocorre com a intensidade requerida para o pleno desenvolvimento de todas as atividades que envolvem a prevenção e a assistência da Aids. Lima (1996) observa que as organizações de saúde tem necessidade de um fluxo intenso de comunicações, maior descentralização e flexibilidade. Os dois últimos fatores são identificados e confirmados no ambulatório, conforme relato dos pesquisados. Entretanto, para reduzir os impactos gerados pela falta de agilidade no fluxo de informações apontadas, estes utilizam-se de outras alternativas, como a busca de informações fora da instituição.

Do exposto, verifica-se que os aspectos ambientais e tecnológicos identificados no desempenho organizacional na esfera federal referem-se a um contexto complexo voltado principalmente para o aconselhamento do paciente HIV/Aids; no que tange aos serviços do ambulatório; à adaptabilidade/flexibilidade, certa autonomia no exercício de suas funções; descentralização no processo decisório e fluxo pouco ágil no processo de comunicação, com reflexos no inter-relacionamento das etapas necessárias para execução dos serviços ali prestados, baixa integração com os setores internos e, provavelmente, com unidades e/ou organizações externas que lidam com a Aids.

7.2 Desempenho organizacional na esfera estadual

Os setores analisados na esfera estadual destacam-se pela natureza do trabalho por eles desenvolvidos com objetivos próximos, mas distintos entre si. O Programa Estadual tem como finalidade desenvolver ações nas áreas de prevenção, assistência e vigilância epidemiológica das DST/Aids e o Ambulatório de DST/Aids do Hospital Nereu Ramos direciona-se, principalmente, à área de assistência. Tais diferenças encontram-se refletidas nos relatos apresentados e discutidos a seguir.

Um dos aspectos apontados pelos entrevistados refere-se à burocracia exacerbada em que os dois setores estão inseridos. Nesta direção, os informantes apontam a existência de procedimentos administrativos marcados pela rigidez, impedindo que boa parte das decisões sejam tomadas com agilidade. A complexa cadeia burocrática instalada faz com que as informações cheguem ao seu destino com um atraso considerável e muitas das vezes, com teor confuso. Acrescentam, ainda, que a burocracia em vigor gera grandes dificuldades quando se trata da liberação e utilização dos recursos financeiros destinados a estratégias de prevenção e assistência à Aids: *"(...) Até que os burocratas fizessem o seu trabalho, passou de mão em mão. Enquanto isso perdeu-se um tempo enorme. Chegou o dia do evento e o local para sua realização não estava licitado"*.

Em outros momentos, de acordo com os pesquisados, a dotação orçamentária autorizada pelo Ministério da Saúde aos projetos vinculados à Aids, apresenta-se distribuída de forma restrita e com considerável atraso no repasse de verbas, dificultando a execução de algumas atividades previstas: *"As vezes a*

complexidade burocrática é tão grande que o recurso fica até impossibilitado de ser utilizado".

A falta de inter-relação entre os serviços e entidades estaduais que lidam com a Aids é identificada pelos respondentes como um fator que leva, às vezes, à duplicação de meios para alcançar os mesmos fins: *"Num estado que é pequeno ter três treinamentos de vigilância epidemiológica em Aids, na mesma época. (...) treinar, treinar e treinar, gastar dinheiro e não adianta nada, não dá".*

Registram, também, a pouca aproximação da UFSC e das Organizações Não - Governamentais - ONG's, que desenvolvem atividades ligadas à questão da Aids.

Alguns pesquisados salientam que a realização de diversas atividades sofre interrupções devido a descontinuidade administrativa ali presente - *"no programa da Aids, três gerentes e três cabeças completamente diferentes uma da outra. Cada gerente foi um reinício, um começo do começo".*

Quanto ao fluxo de informações veiculadas pela mídia, os entrevistados afirmam que o mesmo apresenta-se de forma equivocada não alcançando, muitas vezes, a população alvo à qual se destina, seja pela forma de linguagem utilizada, seja pelo distanciamento que mantém do receptor nas situações criadas para mostrar tais informações. Além disto, ressaltam que, dada a extensão geográfica do Brasil, torna-se necessária a regionalização das informações, uma vez que expressões idênticas têm sentidos diferenciados nas diversas regiões que compõem o país: *"Não sei se as informações pertinentes à Aids pra uma pessoa que estudou até o 2º. Grau estão sendo acessíveis. Deveria colocar a coisa mais em nível popular. Eu acho que deveria ser mais regionalizada".*

Adicionam, ainda, que nas matérias veiculadas pela mídia sobre Aids, na maioria das vezes, apresentam-se com conteúdos superficiais. Segundo os informantes isto ocorre pela falta de conhecimento mais aprofundado dos profissionais da imprensa, sobre os aspectos que perpassam a Aids. Geralmente as reportagens estão restritas aos aspectos quantitativos que envolvem esta enfermidade mas, raramente, abordam as estratégias de ações de prevenção e assistência: *"A gente vê que é muita cobrança e divulgação do quantitativo e não do qualitativo. Falam em quantidades de consultas, quantidades de procedimentos e não na qualidade das ações"*.

Alguns dos entrevistados relatam que há um predomínio das ações assistenciais em detrimento das preventivas. Este fato pode ser observado pela preferência, por parte de alguns dirigentes, nas ações assistencias, as quais, segundo registro das falas, é possível, em um curto prazo, provocar maior impacto na mídia (escrita e falada). Assim, este tipo de procedimento reflete, em muitos casos, decisões de caráter político - eleitoreiro, nem sempre favoráveis ao tratamento da Aids enquanto epidemia.

Quanto às especificidades verificadas na unidade de DST/AIDS do HNR, um entrevistado aponta uma multiplicidade de ações e decisões a serem consideradas para a gestão dos Serviços de Prevenção e Assistência da Aids, parecendo indicar um acúmulo de funções em determinados setores, desequilíbrio na divisão de tarefas, falta de articulação entre gerência e colaboradores e centralização de poder. Tais questões permeiam alguns dos relatos analisados: *"Acho difícil manter um trabalho organizado porque o fluxo de pessoas, de informações, de solicitações e de cobrança é muito grande e isto dificulta"*.

Um outro aspecto relatado pelos respondentes, indica que o inter-relacionamento das etapas que constituem o processo de assistência ao doente de Aids no setor acima referido, nem sempre desenvolve-se de forma articulada. Portanto, a interrupção desta cadeia acarreta falhas nas demais *"quando tem um medicamento novo e precisa-se da bula que não tem; não tem porque a farmácia dispensa a caixa, e, às vezes, a bula está guardada a sete chaves. Então é difícil"*.

Acrescenta-se, também, a presença de normas rígidas no setor pesquisado do HNR. *"Em sendo um hospital certos controles são fundamentais"*, observa um entrevistado. Mas estas normas nem sempre são respeitadas, especialmente no que se refere a questão do atendimento a pacientes: *"O pessoal da central de consultas envia o paciente para cá sem agendar a consulta. Quando este paciente chega aqui ele quer ser atendido de qualquer forma. Então eu arranjo uma forma para o médico dar uma olhada"*.

Observando-se o contexto do ambiente de acordo com Lima (1996), verifica-se que este apresenta-se delineado de forma simples no Programa Estadual de DST/Aids, onde suas atividades dependem de recursos financeiros oriundos do governo federal e estadual para que funcione. Esta dependência, conforme os conteúdos analisados, demonstra mecanismos menos complexos de coordenação das atividades, vez que estas atêm-se ao cumprimento de dotações orçamentárias específicas para implementação e estratégias preventivas e assistenciais no âmbito estadual.

A burocracia, apontada pelos entrevistados como acentuada e complexa, pode ser encontrada nas regras a serem cumpridas e estipuladas pela legislação pertinente aos gastos públicos, pelo longo percurso das informações e/ou ordens,

que transitam nos diversos setores até seu destino, indicando a existência de vários níveis hierárquicos e de processos de comunicação verticalizados. Estes fatores sugerem que o referido programa apresenta-se caracterizado por aspectos mais mecanicistas (Lawrence e Lorch, 1973).

Convém salientar o aspecto político responsável pela descontinuidade administrativa das atividades, nesta esfera, evidenciado geralmente, pelas mudanças dos ocupantes dos cargos de direção, com reflexos no processo de desenvolvimento das tarefas.

Há indícios de um baixo grau de inter-relação com outras organizações estaduais que desenvolvem atividades relacionadas à Aids, parecendo revelar a falta de ações articuladas entre estas e estendendo-se, também, ao setor da esfera federal: *"Foi interessante que mais uma vez a UFSC, que é federal, não compareceu"*. Este fato ocorre ainda em relação às ONG's.

Enfocando o ambulatório de DST/Aids do HNR, no que se refere às suas especificidades ambientais e tecnológicas, verifica-se que dada a sua subordinação a uma organização hospitalar, as atividades de prevenção e assistência desenvolvem-se simultaneamente com outro conjunto de tarefas. Assim sendo, o contexto desta unidade encontra-se delineado de forma complexa, já que envolve variedades de insumos e produtos e conseqüentemente diferentes tipos de relações, implicando maior interação com o ambiente externo. Portanto, o processo de assistência ao doente envolve aspectos mecanicistas (ações rotineiras na lavanderia, cozinha e farmácia) e orgânicos, quando da relação direta dos profissionais com o doente.

Considerando-se o total de tarefas desenvolvidas no HNR, o ambulatório registra que o inter-relacionamento entre os diversos órgãos apresenta interrupções que comprometem, às vezes, o bom andamento do setor.

Quanto aos aspectos burocráticos que envolvem a área da assistência, é sentido menos intensamente pela utilização de formas alternativas como as relacionadas ao "jeitinho brasileiro" (apadrinhamento, nepotismo, entre outros).

Considerando-se todos os fatores apresentados, em termos gerais, pode-se configurar os aspectos do ambiente e da tecnologia na esfera estadual da seguinte forma: contextos simples no que se refere às atividades de prevenção e complexos nos de assistência; indícios acentuados de pouca interligação com outras organizações que lidam com a Aids; falhas no inter-relacionamento das etapas componentes do processo de prevenção e assistência; pouca previsibilidade no comportamento dos itens a serem atendidos neste processo, em virtude do atraso e da alocação dos recursos dotados pelo Ministério da Saúde para as ações do programa e das necessidades que emergem da relação com os pacientes, no caso da assistência; ênfase na burocracia para conduzir a maior parte das tarefas.

7.3 Desempenho organizacional na esfera municipal

As atividades analisadas nesta esfera desenvolvem-se por meio das seguintes unidades: o Programa Municipal de DST/Aids que engloba as áreas de prevenção, assistência e vigilância epidemiológica das DST/Aids; o Centro de Saúde II e o Centro de Testagem e Aconselhamento mais voltados aos serviços de assistência.

Observa-se em algumas falas a ênfase nos recursos financeiros necessários à execução e manutenção das atividades fins destas unidades, destacando-se o volume de recursos destinados à causa da Aids, fazendo com que estes serviços sejam diferenciados dentro do Sistema de Saúde Pública em aspectos como: instalações físicas mais adequadas, elevado número de capacitações, maior participação de seus funcionários em eventos nacionais e regionais sobre a referida temática. Por outro lado, isto faz com que estes serviços tornem-se alvo fácil de constantes conflitos em termos de relações pessoais e setoriais: *"Os demais funcionários desta instituição nos chamam de 'Primos Ricos'"*.

Há que se observar, no entanto, que tais recursos não modificam alguns aspectos comuns aos serviços públicos do país, como a falta de recursos suficientes para a manutenção dos órgãos instalados, afirmam os pesquisados. Isto pode ser confirmado nos relatos, que apontam o reduzido número de pessoas atuantes nas unidades de saúde em estudo ou a falta de medicamentos. Decorrente deste quadro um pesquisado salienta: *"Vou dizer uma coisa, se continuar do jeito que tá, daqui a pouco vai ser fechado esse serviço"*.

Um outro fator destacado, refere-se à falta de autonomia de parte dos dirigentes nas decisões de caráter administrativo-operacional, de extrema importância para a sobrevivência destas unidades. Os informantes acentuam, ainda, que não adianta ter dinheiro se é difícil trabalhar com ele, isto porque há limitações na sua aplicação (dotação orçamentária/prestação de contas); bem como nas autorizações para seu uso, geralmente centralizadas nas mãos de alguns poucos dirigentes: *"Já tem autonomia financeira na Secretaria, só não se*

tem autonomia de gerenciar e atuar com estes recursos (...)". Ressaltam, também, a presença de rígidos procedimentos burocráticos.

Neste sentido um entrevistado observa que a rigidez burocrática na dotação dos recursos financeiros leva, às vezes, a busca de formas alternativas para sua utilização: *"Sempre há a oportunidade de fazer um clientelismo (...) você tem que tornar politicamente viável o teu trabalho"*.

Outro aspecto evidenciado nas falas, relaciona-se ao desconhecimento de alguns profissionais que atuam tanto nas unidades pesquisadas, como em outras organizações e/ou entidades voltadas à Aids, sobre o significado e o funcionamento de um programa de prevenção e assistência desta enfermidade. Os entrevistados atribuem este fato à pouca importância atribuída à questão em foco; outros indicam, ainda, a falta de maior divulgação dos serviços prestados por estas unidades. Como uma das decorrências deste fato, os respondentes afirmam que há desarticulação entre os serviços, levando, muitas das vezes, à execução de ações paralelas.

Alguns pesquisados ressaltam que o processo de comunicação não ocorre de forma harmônica, relatando que o mesmo é lento e descadenciado pelo excessivo uso de procedimentos burocráticos: *"Tem que ficar mandando, escrevendo, fazendo, remetendo novamente para a coisa poder funcionar"*. Acrescem, ainda, como fator restritivo ao bom andamento das informações, a quantidade de termos e siglas específicas adotadas nesta área (que envolve a Aids) impedindo, assim, facilidade de acesso às mesmas.

Em relação ao CTA, os respondentes registram certo isolamento deste setor em relação às outras unidades hierarquicamente superiores. Deste modo, o processo de comunicação apresenta deficiência nos seus canais e as

mensagens nem sempre chegam em tempo hábil a seu destino: *"Troca-se de coordenação, depois a gente fica sabendo por acaso que trocou e a gente não sabe o que vai acontecer, como é que vai ficar. A gente tá bem desvinculado mesmo. Isso é uma grande falha"*.

Outros informantes assinalam, também, que o processo de desenvolvimento das atividades sofre paralisação ou até extinção em virtude da descontinuidade administrativa que se verifica nos serviços públicos de saúde, decorrentes das freqüentes mudanças governamentais: *"Todo o serviço, toda a estrutura que já existia acaba tudo voltando a estaca zero e começa tudo de novo"*.

Segundo os respondentes, nestas unidades verifica-se um alto grau de improvisação das ações atribuído à falta de planejamento das atividades desenvolvidas nestes locais. Portanto, como os objetivos e as metas destes setores não são determinadas formalmente, estes são estabelecidos em cima da rotina do trabalho ocasionando, invariavelmente, conflitos na distribuição e execução das tarefas: *"(...) Na verdade, se a gente fizesse reuniões periódicas, essas coisas não chegariam num ponto crítico, de a gente ter que fazer uma reunião com a agenda enorme como vai ser a de amanhã"*.

Os sujeitos entrevistados que lidam com a assistência, salientam que há uma grande demanda pelos seus serviços, incompatível com o número de profissionais lotados no setor para sua execução: *"Cada paciente que eu atendo com HIV fica em torno de 40 minutos a uma hora. Se nós tivéssemos mais profissionais, não precisaria ficar preocupado, por estar atendendo um enquanto tem vinte me esperando lá fora, para serem atendidos"*.

Quanto ao processo de atendimento/aconselhamento, atividade esta resultante da relação profissional/paciente, parte dos pesquisados revela a morosidade nos resultados do teste anti-HIV, como um fator que dificulta a execução deste processo: *"No caso da gestante é mais complicado ainda, (...) ela entra aqui faz o teste no sétimo ou oitavo mês, espera-se 25 dias para o resultado. Ela vai ganhar neném e não sai o resultado"*.

O registro dos dados necessários para o controle epidemiológico estão comprometidos, segundo os relatos dos profissionais de ponta, pela falta de equipamento (microcomputador) adequado para o exercício desta tarefa.

Há o predomínio das ações assistenciais em detrimento das preventivas, enfatizado dentre outros fatores, pela pouca importância atribuída pelos dirigentes às questões relativas a Aids. Alia-se, ainda, o material elaborado pelas campanhas publicitárias que não consegue, muitas vezes, criar o impacto necessário para sensibilizar a sociedade quanto à importância do combate a esta doença.

A dupla subordinação registrada pelo pessoal, tanto do ambulatório do CSII como do CTA, é apontada como uma barreira que causa dificuldades na operacionalização das atividades.

Considerando-se as falas apresentadas, infere-se que as unidades analisadas dispõem de um volume considerável de recursos financeiros para desenvolver suas atividades com à Aids, fazendo com que ocupem uma posição de destaque perante os demais setores públicos de saúde pertencentes a esfera municipal. Porém, estes serviços dependem da contrapartida do município para a manutenção de todo o conjunto de tarefas realizadas, especialmente no ambulatório do CSII e no CTA, que apresentam um número insuficiente de

funcionários e falta de equipamentos de apoio (microcomputadores). O Programa municipal também é apontado como carente em termos de pessoal.

O poder encontra-se centrado na mão de alguns poucos dirigentes que autorizam as despesas com os recursos advindos da União, o que reduz a autonomia das demais chefias. Alia-se, ainda, o fato de que há fatores limitantes no uso dos recursos, como a dotação orçamentária, que nem sempre atende às reais necessidades dos setores, e os procedimentos burocráticos para sua aplicação, considerados excessivos pela maioria dos respondentes.

É neste contexto, portanto, que são exercidas as tarefas de prevenção e assistência da Aids pelos Programa Municipal DST/Aids e pelo ambulatório do CSII e pelo CTA.

De acordo com Lima (1996), as características do ambiente nesta esfera encontram-se delineadas de forma mais simples pela quantidade de elementos necessários para realizar suas operações, sugerindo certa estabilidade no que se refere às mudanças, acentuados procedimentos burocráticos-administrativos e a presença do "jeitinho brasileiro". Porém, há que se destacar a descontinuidade administrativa, presente nos serviços públicos, que geralmente leva à instabilidade nos processos ali desenvolvidos.

Quanto às interligações que os setores investigados mantêm com outras unidades e organizações, podem ser caracterizadas como baixa, parecendo, no caso do CSII e do CTA, configurar certo isolamento. Isto se confirma, também, pela desarticulação entre os diversos órgãos que trabalham com a Aids.

No que se refere aos aspectos tecnológicos, de acordo com a perspectiva de análise utilizada por Lima (1996), destacam-se que as etapas do processo de execução dos serviços de prevenção e assistência ora analisadas, apresentam

certas barreiras em seu fluxo de comunicação, comprometendo o inter-relacionamento necessário entre tais etapas. A demora dos resultados do teste anti-HIV é um outro fator que dificulta as atividades de assistência, já que somente após o resultado do referido teste serão definidas as próximas etapas; verifica-se a redução no processo de atendimento às pessoas que buscam tais serviços, em termos de quantidade e qualidade, pelo reduzido número de profissionais para executá-lo; a falta de equipamentos de apoio administrativo (microcomputadores) para os registros dos dados epidemiológicos no CSII; a falta de planejamento das ações no CTA e no ambulatório do CSII, gerando, neste último, conflitos na distribuição e execução das tarefas operacionais.

7.4 Desempenho pessoal na esfera pública federal

De acordo com os relatos dos entrevistados que atuam no setor federal de prevenção e assistência da AIDS em Florianópolis, a referida doença exige dos profissionais traços de sensibilidade e solidariedade, considerando os diversos fatores que revestem os pacientes de HIV/Aids, tais como o estigma da morte, preconceito, discriminação e revolta. No entanto, estes aspectos parecem não ser considerados quando da escolha de pessoas para atuar neste tipo de função, haja vista que os informantes afirmam que foram atuar por "acaso": *"Na realidade eu não busquei, cai de pára-quedas"*. Não obstante, o que de fato se observa na fala desses sujeitos é que os mencionados aspectos balisam todas as ações ali desenvolvidos.

Outro fator apontado como importante pelos respondentes refere-se à qualificação profissional dos indivíduos que atuam junto a Aids. Embora este seja

um pré-requisito para o pleno exercício de qualquer atividade, em se tratando de Aids, eles registram que esta doença ainda não tem cura mas que as pesquisas em relação ao tratamento do doente têm evoluído progressivamente, exigindo assim, atualização freqüente daqueles que lidam com a mesma. Este fator, segundo os informantes, encontra-se de certa forma contemplado na política de pessoal adotada pela organização. Conforme um dos entrevistados, ao referir-se a capacitação dos profissionais responsáveis pelo controle e prevenção da Aids: *"Acho que é boa. Todo mundo já treinou, todo mundo já vivenciou"*. Ressaltam, entretanto, que os profissionais da área médica tem um certo privilégio em relação à participação em programas de capacitação, em detrimento dos demais, como revela a seguinte fala: *"Existem profissões que são consideradas essenciais. Médico se acha 'essencial'. Aconteceu que tive de disputar uma vaga com um médico (...) como eu briguei arrumaram duas vagas. Então isso aí é uma coisa cultural"*.

Em relação à valorização profissional, para a totalidade dos entrevistados, esta se verifica no âmbito interno e externo à instituição, propiciando gratificação pessoal: *"Esse reconhecimento vem dos encaminhamentos que a gente recebe de outros profissionais (...) isso é o reconhecimento que preciso"*. Acrescentam que o setor constitui base de dados para pesquisas de diversos cursos, inclusive mestrado e doutorado, em função da qualidade das informações ali encontradas.

Segundo os respondentes, as relações interpessoais dentro do grupo de trabalho demonstram um elevado espírito de equipe para a realização das atividades fins do setor. Porém, os relatos indicam que o mesmo não ocorre quando se trata do relacionamento com os demais órgãos da instituição, fazendo com que estas pessoas sejam consideradas "chatas e encrenqueiras". Estes

adjetivos, parecem encobrir o caráter reivindicatório destes profissionais, buscando melhores condições para o alcance dos objetivos desejados: *"Trabalho num ambulatório e preciso de preservativos. Então, eles não conseguem entender isso porque existem outras prioridades"*.

Nas falas dos sujeitos investigados é salientada a importância atribuída ao valor respeito com os pacientes, condição comungada e exigida pelos responsáveis do setor: *"Todos os médicos, todo o pessoal de enfermagem, todo o pessoal que trabalha aqui trata os pacientes com muito respeito, muita dedicação e isto foi imposto e posteriormente assimilado. Acho que isso foi uma conquista"*.

Os entrevistados destacam que é reduzido o número de pessoas que atuam no ambulatório, impossibilitando uma ação mais ampla e profunda: *"Nós somos minoria em número de profissionais"*. Neste sentido, há uma sobrecarga de tarefas diárias, implicando, dentre outros fatores, na falta de tempo para interações com outros órgãos e/ou entidades que atuam com a Aids, como assinala um dos respondentes: *"Aquilo que está me incomodando é a história de eu estar sentado aqui dentro podendo estar lá fora, que é uma das coisas que estou querendo. (...) A não facilidade de estar participando de outros serviços, para conhecer outras realidades"*.

Um outro aspecto presente nas falas analisadas atêm-se ao fato de que alguns profissionais da instituição utilizam-se da Aids para fins de projeção pessoal e financeira: *"Acho que tem pessoas que fizeram da Aids o seu mercado de trabalho (...) é uma questão de projeção profissional, projeção financeira"*.

Observa-se, ainda, de acordo com um entrevistado, a necessidade de suporte psicológico para os profissionais que atuam nos serviços de assistência à

Aids. Este tipo de apoio não é proporcionado pela instituição, o que pode comprometer o desempenho dos indivíduos.

"Sinto falta aqui de assistência psicológica, às vezes a gente precisa. Não é simples atender uma família de sete pessoas, todos infectados. Isto é muito complicado, porque envolve toda a projeção que tu faz de tempo de vida dessas pessoas, de quem vai morrer antes e trabalhar com essas perdas é muito difícil".

Os aspectos destacados para configurar o desempenho pessoal dos profissionais que labutam na prevenção e assistência da Aids em nível federal dizem respeito a sensibilidade, solidariedade, responsabilidade e comprometimento com a causa da Aids, evidenciando neste setor que tal enfermidade transcende de uma preocupação segmentada para um dever de cidadania.

Ressalta-se também, a satisfação dos profissionais entrevistados pela natureza do trabalho em si e pelo reconhecimento que a execução do mesmo propicia, com nítidos reflexos no espírito de equipe ali evidenciado.

Ao que tudo indica, as relações de trabalho existentes na unidade observada no nível federal denotam um compartilhamento de responsabilidades em nível setorial. Por sua vez, a instituição oportuniza capacitação, estimulando de certa forma o auto desenvolvimento de seus funcionários. Assim, estes fatores influenciam de forma positiva o desempenho destas pessoas, como registra Schein (1982).

7.5 Desempenho pessoal da esfera estadual

A maioria dos entrevistados destaca a sensibilidade como o sentimento predominante nos profissionais que atuam no âmbito estadual, tanto nos serviços de prevenção como nos de assistência à Aids. Tal sentimento pode ser observado pela vontade expressa nas falas dos entrevistados em aperfeiçoar-se sempre mais em termos de assistência ao paciente e na busca constante de alternativas criativas que possibilitem a continuidade dos trabalhos desenvolvidos no setor. Estes relatos parecem desvelar um traço comum na personalidade destes profissionais, levando-as a agir com comprometimento e responsabilidade na prevenção e na assistência de Aids.

Grande parte das falas destaca que algumas vezes a competência técnica é subjugada pela competência política observada na forma como estes profissionais registram o processo de escolha das chefias, onde o que prevalece é o "QI" (Quem Indica) como único critério de seleção, conforme descreve um participante: *"(...) Passou um outro. A única coisa que tinha era um irmão que tinha indicado. Era uma pessoa sem conhecimento técnico, nenhuma preparação, não estava sensibilizado e que ficou praticamente dois anos inoperante! (...) para o setor foi nefasto"*.

Outro fator destacado pelos informantes refere-se à divisão de tarefas entre as pessoas que atuam no setor. Os registros apontam que algumas pessoas encontram-se atribuladas: *"Acho que precisaria de mais gente. Eu acho que a questão da assistência ficou muito atropelada, deveria ter uma pessoa só para cuidar disto"*.

Quanto à capacitação profissional, observam os pesquisados, não ocorre de forma igualitária. No processo de seleção para participar em eventos relativos à Aids, os critérios adotados favorecem sempre os mesmos profissionais em detrimento de outros. Um entrevistado registra: *"Eu acho isso uma tremenda sacanagem, porque uns tem oportunidades pra tantas coisas e tem quem precise e mereça e não vai. Então quando ninguém quer ir, aí vai aquele que anteriormente não preenchia os requisitos"*. Para outro informante isto pode ser comprovado pela presença daqueles mesmos participantes nos vários treinamentos realizados: *"Seria mais justo ir a pessoa que não teve esse treinamento (...) No entanto, geralmente se repete: as mesmas pessoas continuam fazendo cursos e cursos (...). Mas quem deveria ir, fica a ver navios"*. Porém, outros respondentes parecem concordar com esta política, afirmando que *"se tem um treinamento (...) eu não deixo de participar não. Eu vou pegar. Não vou deixar outro ir. Acho que aí tem uma coisa bem humana. Aí tu deixa todo o discurso de lado e vai."*

A título de contextualização do quadro acima exposto, um entrevistado acrescenta que parte do funcionalismo público que hoje atua na saúde foi concursado há muitos anos e foi jogado nas suas unidades e nunca foi capacitado para atuar no referido sistema. Deste modo, estas pessoas não reconhecem a importância de suas atividades para com a sociedade, desconhecendo até mesmo o significado do termo saúde pública: *"As pessoas são jogadas nos serviços e trabalham como se estivessem vendendo sandálias de dedos"*.

Um dos entrevistados salienta o fato de ainda existir uns poucos profissionais atuantes na área de assistência que demonstram certo preconceito

em relação aos pacientes infectados, confirmando assim, o desconhecimento das formas de transmissão do HIV: *"As pessoas preferem tuberculose do que tratar pacientes com Aids e pegar o vírus, como eles dizem"*.

No entanto, uma outra parcela dos entrevistados ressalta a necessidade de capacitação freqüente para fins de atualização do conhecimento sobre as inovações pertinentes à enfermidade da Aids: *"No momento eu gostaria primeiro de me aprimorar mais em assistência ao paciente, que é ainda um pouco deficiente porque muita coisa nova aparece dentro da problemática da Aids"*. Porém, dadas as condições acima relatadas, o que se verifica de fato é que apenas uma pequena parcela dos profissionais que atuam nestes serviços têm oportunidades para capacitar-se, acentua outro respondente.

Os relatos destacam também que algumas pessoas que trabalham nos serviços de Aids o fazem com o intuito de projetar-se profissionalmente. Conforme um pesquisado: *"Existem pessoas que ficam pulando daqui pra lá, daqui pra lá. (...) Não é pra contribuir para o Programa, (...) vai pular para onde o sol tá brilhando mais"*. Em contrapartida, existem aqueles que se aproximam e desistem logo por não se sensibilizarem com a causa: *"Mas, de maneira geral, as pessoas quando não gostam elas saem logo, porque a Aids tem essa coisa nas pessoas. Eu vi, assim, muita gente entrar e sair. Então acho que quem não gosta da Aids, não se cria e não permanece"*.

Quando solicitados a falar sobre suas condições salariais, todos os entrevistados respondem que estas não atendem às suas necessidades, sendo compelidos a trabalhar em pelo menos mais de um local para conseguir manter um certo padrão de vida, impedindo-os, muitas vezes, pelo acúmulo de tarefas, a dedicarem-se mais a outras atividades importantes e prazerosas, como revela a

fala a seguir: *"Ter melhores condições financeiras para usufruir o tempo disponível com a família, lazer, viagens"*. Constata-se assim, uma prática comum entre alguns funcionários públicos na área da saúde - executar outras atividades profissionais para complementar o orçamento doméstico. Um informante ainda confessa praticar outra atividade sem vontade e por isto atua mal. Porém, em virtude da necessidade, executa-o: *"Eu queria ganhar o suficiente para não ter que me dedicar a outra atividade. Faço isto contra vontade e, em função disto, faço muito mal"*.

Um dos aspectos relevantes, destacado pelos respondentes, refere-se à maior aproximação entre os profissionais do serviço público estadual envolvidos com a temática da Aids

"É aquela coisa que começou quando surgiu a problemática da Aids. Um precisava se apoiar no outro para poder resolver as coisas. (...) Não tem aquilo médico - médico; opinião de fulano de tal não interessa porque eu sou médico. (...) Então, todo mundo acaba partilhando e enfrentando a Aids junto".

Esta colaboração mútua faz com que funcionários de outro setor queiram trabalhar neste, como afirma um informante do HNR: *"Hoje em dia, funcionários de um outro setor, se vem trabalhar neste, para cobrir férias de outros, depois não querem mais voltar para o setor deles. Aqui é o serviço mais pesado que tem (...) mas todo mundo colabora"*.

Os aspectos destacados para configurar o desempenho individual dos profissionais da esfera estadual, revelam profissionais imbuídos de sensibilidade com a causa da Aids, refletida também na colaboração mútua observada, o que favorece a aproximação das pessoas do setor e fortalece as relações interpessoais ali estabelecidas. Sobre este aspecto, cabe salientar que as diferentes

formações dos profissionais que atuam nesta esfera deixam de existir, para dar lugar a um todo articulado na busca de um objetivo comum: trabalhar para tratar o doente e reduzir a incidência da infecção pelo HIV/Aids.

Por outro lado, registram-se também alguns aspectos negativos, como as oportunidades de capacitação profissional não extensiva à todos os funcionários. O que leva, provavelmente, à existência de um pequeno grupo de profissionais altamente capacitado e de um outro, grupo maior, menos preparado para exercer suas atividades. Este fator gera sentimentos de frustração e a falta de motivação em algumas pessoas que ali atuam. Acrescenta-se, também, as condições salariais, apontadas pela totalidade dos entrevistados como um elemento que afeta a qualidade do seu desempenho.

Outro fator desmotivante, presente em parte do grupo pesquisado, diz respeito à falta de competência técnica e humana de alguns dirigentes selecionados pelo critério do "QI" (Quem Indica). Tal fato, portanto, pode refletir-se no desempenho destes indivíduos, face à insatisfação que ocasiona.

Entretanto, apesar de haver um certo descaso por parte das instituições às quais se vinculam e/ou subordinam as unidades investigadas, em relação as necessidades básicas de seu pessoal, os dados revelam um elemento capaz de reconduzir as ações destes indivíduos, qual seja, a sensibilidade com a questão da Aids, presente na maioria dos conteúdos das falas, com reflexos favoráveis no desempenho de suas funções, ao contrário do que prevê a literatura (Schein, 1982).

7.6 Desempenho pessoal na esfera municipal

Grande parte dos entrevistados manifesta empenho pessoal com a causa da Aids ao considerar suas atividades como gratificantes: *"(...) Pessoalmente eu estou muito envolvida com o meu trabalho. Na medida em que eu invisto muito nisso, é uma gratificação no plano pessoal"*. Estes sujeitos ressaltam ainda que aqueles que lidam com a citada doença gostam da natureza do trabalho que executam: *"As pessoas, aqui, em geral, (...) tem muito de abraçar a causa da Aids"*.

Outros pesquisados apontam o descaso com que são tratados os pacientes da rede pública e tentam fazer do seu setor um trabalho diferenciado em relação aos demais: *"Aqui os profissionais levam muito a sério e a gente tem sorte de pertencer a esta equipe. (...) A gente aqui tenta fazer diferente"*. Esta crença na qualidade do serviço é compartilhada entre todos os membros deste grupo e proporciona bem estar nestes profissionais. Os relatos acentuam o espírito de grupo presente nos indivíduos deste setor, o que sugere que as relações interpessoais, em nível interno, ocorram de maneira harmônica e cooperativa.

Um valor observado pelos respondentes refere-se ao comprometimento das pessoas envolvidas no sentido de evitar o pouco caso atribuído à coisa pública, aqui traduzido pela responsabilidade na plena utilização dos recursos financeiros e humanos disponíveis para alcançar os objetivos do setor. Em relação aos primeiros, apontam tão somente a necessidade de melhor aplicação dos recursos financeiros concedidos pelos órgãos competentes, que em sua maioria nem sempre chegam no prazo previsto, o que compromete o andamento

de grande parte das atividades que desenvolvem e exige destes profissionais flexibilidade e criatividade, no momento em que tais recursos são liberados: *"Eu acho que ter uma noção exata do trabalho, do compromisso que a gente tem com esse trabalho é uma questão fundamental"*.

O segundo compromisso destacado atêm-se ao atendimento do paciente com afabilidade e respeito. Para tanto, os funcionários deste nível setorial são orientados no sentido de dar a devida importância a todos os pacientes que ali se dirigem: *"Aquele cliente que ali está, ele tem um histórico. Ele não é uma gonorréia e nem é o número 253 do prontuário. Ele é assim como nós somos, carrega essa bagagem"*. Nota-se, ainda, aspectos de solidariedade permeando as atitudes daqueles que tratam os pacientes com HIV/Aids: *"As pessoas que trabalham aqui, se preocupam com o ser humano. Existe um carinho pelas pessoas. Ninguém trata mal. Não é uma coisa combinada. Ninguém diz assim: vamos tratar bem as pessoas"*.

Por outro lado, os sujeitos entrevistados ressaltam a falta de maior apoio por parte da instituição, o que constitui um fator de desestímulo aos funcionários: *"A minha expectativa é que o setor fosse melhor valorizado e fosse destinado mais recursos e mais atenção"*. Dentre estes, a carência de pessoal apresenta-se como a mais acentuada, por todos os pesquisados. Segundo um informante, o fato de atuar com uma equipe reduzida é preocupante, na medida em que poucos profissionais são responsáveis por muitas atividades: *"É impossível com uma equipe reduzida trabalhar em um programa de DST e Aids e se preocupar com medicamentos, camisinhas, com pessoal, com treinamento, e ainda com a parte orçamentária"*.

Segundo os informantes, a instituição deve estar atenta para todos os tipos de profissionais que possui no seu quadro funcional, no sentido de diagnosticar e elaborar programas de desenvolvimento e capacitação de pessoal, reconhecendo que, se as necessidades e os motivos dos seus colaboradores variam, estas devem ser observadas e tratadas de formas diferenciadas, propiciando estímulos que reforcem ou inibam determinados padrões de comportamento. Como afirma Schein (1982), os dirigentes devem ser suficientemente flexíveis e ter competência interpessoal necessária para avaliar o próprio comportamento e os diferentes comportamentos presentes em sua equipe de trabalho.

Neste contexto, os respondentes acrescentaram ainda, a utilização da questão Aids como meio de auto-promoção de alguns profissionais em detrimento do real significado que reveste tal enfermidade:

"As pessoas se encantam com o glamour da coisa. É muito legal ir a um debate público. É legal ir para Brasília, Salvador, tudo é bacana. Agora tu assumir, escrever um documento, fazer um Programa e tocá-lo adiante é outra coisa. Então existe um glamour em cima da Aids. É um palco que tem alguns expoentes e que eles não querem dividir esse palco. Quem sai prejudicado com isso tudo? A população".

Em decorrência deste fato alguns profissionais não permitem a ascendência de outras pessoas, fazendo com que as discussões em torno da problemática da Aids acabem sempre em um mesmo grupo, num processo endogênico.

Um outro aspecto identificado pelos sujeitos relaciona-se com a contratação de pessoal desprovido de competência técnica, decorrente do elemento "QI" (Quem Indica), ratificando o clientelismo político vigente nas

organizações públicas brasileiras (Martins, 1997; Barbosa, 1992 e Gondim, 1993) com nítidos reflexos na área da saúde pública.

Os respondentes salientam como fator interveniente na implantação e implementação de projetos voltados à Aids a presença de concepções preconceituosas por parte de alguns profissionais da área da saúde em relação aos serviços de prevenção e assistência e aos respectivos doentes HIV/Aids.

"(...) Então quando se trabalha com Aids, se trabalha com preconceitos, com visões diferenciadas. Pessoas que tu consideras esclarecidas me diziam que eu estava tratando com um "bando de viados". Tu não entendes quando a pessoa te diz um negócio desse".

As condições salariais são percebidas pelos funcionários como um outro elemento que intensifica a desmotivação: *"Eu gostaria de ter uma folga maior no meu dinheiro para poder fazer as coisas que eu gosto de fazer, sem precisar planejar muito. Que as coisas não fossem tão contadinhas e que no final do mês sobrasse dinheiro".* Outro informante relata que proporcional à responsabilidade que se assume, os salários encontram-se muito aquém: *"Se comparar o salário com a responsabilidade que a gente tem (...) está muito abaixo do que deveria ser".*

A ausência de programas de capacitação é salientada por parte dos entrevistados, destacando-se que a instituição não prioriza tal intento, a menos que seja desenvolvida com recursos federais: *"A capacitação dos funcionários não é melhor por falta de oportunidade de fazer cursos. Neste setor, todos os profissionais fizeram apenas um treinamento, (...) porque foi obrigado a fazer. O Ministério que pagou".*

A carência de suporte psicológico para aqueles que trabalham com a assistência e o aconselhamento dos pacientes HIV/Aids é um outro aspecto levantado pelos informantes como de grande importância e ainda não levado em conta pela instituição:

"Nós já tivemos duas pessoas que trabalhavam aqui, pessoas ligadas à parte educativa e que desistiram por falta de um suporte psicológico. Uma pediu afastamento daqui porque estava se sentindo muito desgastada no serviço com 12 pacientes, tava sofrendo demais com isso. A coisa tava começando a atrapalhar a vida dela em casa. A outra pessoa pediu uma licença e um dos motivos também era esse e não sabe se quer voltar porque este trabalho envolve muito sofrimento, muita dor e muita angústia".

Destaca-se, portanto, que algumas das necessidades básicas dos indivíduos deste grupo encontram-se pouco contempladas pela instituição, tais como as condições salariais, apontadas como ruins ou insatisfatórias, a ausência de uma política de desenvolvimento, capacitação e valorização dos funcionários. Desta forma, tais fatores refletem-se diretamente no desempenho destas pessoas na execução de suas tarefas, conforme assinala Schein (1982).

Todos os profissionais entrevistados apontam em seus relatos o descaso com que são tratadas as questões relativas à gestão de recursos humanos pela instituição, manifestado pelo desinteresse no desenvolvimento do potencial de seus funcionários, pelos baixos vencimentos percebidos, pela falta de integração com outros setores, pela prática clientelista vigente, e pela presença de alguns profissionais que se utilizam da Aids para outros fins, constituindo uma rede de fatores que desmotiva e provavelmente compromete o desempenho pessoal daqueles que ali atuam.

No entanto, há que se ressaltar na maior parte dos relatos, a presença de satisfação, bem-estar e motivação em trabalhar com a referida temática,

indicados tanto pela preocupação com a qualificação profissional no trato competente desta doença, como pela busca de alternativas criativas para o pleno desenvolvimento de suas tarefas. Tais aspectos parecem estar calcados em fatores como sensibilidade e solidariedade, presente na maioria dos relatos estudados que configuram o desempenho pessoal na esfera em análise.

7.7 Aspectos comparativos dos desempenhos nas três esferas governamentais

Considerando-se que a enfermidade como a Aids é uma questão de Saúde Pública do país, dadas as suas características pandêmicas, analisa-se neste item como vem se configurando o desempenho organizacional e pessoal nas três esferas em uma perspectiva de conjunto, discutindo-se os pontos comuns e diferenciados entre as ações desenvolvidas pelas unidades em estudo.

• Desempenho Organizacional nas três esferas governamentais

Alguns aspectos similares podem ser destacados nos conteúdos das falas dos sujeitos investigados nas três esferas de atuação do governo. A falta de articulação, e mesmo colaboração, entre os setores onde as unidades pesquisadas encontram-se vinculadas e/ou subordinadas, constitui um deles. Esta situação pode ser estendida à outras entidades e/ou organizações, governamentais ou não, que trabalham com a Aids, sugerindo certa desarticulação e isolamento nas três esferas entre si e com outras instituições que executam atividades próximas às suas. Nesta direção, registra-se, ainda, no âmbito estadual e municipal, duplicidade de ações para os mesmos fins.

Observam-se características mais acentuadas de organizações orgânicas nos Ambulatórios de DST/Aids do HU e do HNR e de organizações mecanicistas nas demais unidades analisadas, conforme os estudos de Burns e Stalker (1961) e Lawrence e Lorsch (1973).

Outro fator revelado, refere-se ao fluxo de informações, tanto internamente como externamente. No primeiro caso, o processo de assistência, que depende de etapas seqüenciais e complementares, apresenta-se de certa forma prejudicado pela lentidão com que algumas informações atingem seu destino em tempo hábil, como os resultados do teste anti-HIV apontados pelos entrevistados. Alia-se, ainda, as informações veiculadas pela mídia, muitas vezes desprovidas de conteúdos qualitativos, mas, sim quantitativos, levando a população, frente ao impacto dos números, simplesmente a negar epidemia.

Quanto às atividades de prevenção, a maior parte dos pesquisados registra que as campanhas de sensibilização para o combate a Aids, elaboradas pelas agências publicitárias, não apresentam uma linguagem clara a todos os segmentos da sociedade, o que reduz o alcance previsto em seus resultados. Além disto, observam-se informações distorcidas emitidas por profissionais da imprensa, parecendo denotar falta de conhecimento mais profundo sobre a questão da Aids.

Salienta-se uma ênfase acentuada nos procedimentos burocráticos em relação às unidades estaduais e municipais, principalmente no tocante à utilização dos recursos financeiros que movem suas ações. Isto apresenta nítidos reflexos nas decisões quase sempre centralizadas e com interação vertical, às vezes transitando em diversos níveis hierárquicos, impedindo maior agilidade na execução das tarefas.

Por outro lado, para minimizar a rigidez apontada, parte dos entrevistados confirmam executar algumas das práticas do "jeitinho brasileiro" como o único modo encontrado para resolver suas dificuldades "sem" contrariar normas e leis, o que corrobora o ponto de vista de alguns autores como Campos (1986), Vieira (1982) e Barbosa (1992).

Outro aspecto evidenciado nas esferas estadual e municipal, refere-se à descontinuidade administrativa presente no setor saúde, em virtude das mudanças na política (estadual e/ou municipal), que, em geral, significa novo começo, independente da qualidade das ações empreendidas até então.

Verifica-se um certo predomínio das ações de assistência ao doente de Aids em detrimento das atividades de prevenção, justificada, dentre outros fatores, por criar impactos nos meios de comunicação com fins político eleitoreiros e pelo desconhecimento da importância que reveste a prevenção no combate à propagação da epidemia da Aids.

Ainda em relação as práticas de assistência, apontam os relatos que algumas vezes o processo de atendimento é comprometido pela falta de material e/ou informação proveniente de outros setores com os quais se relacionam, revelando um certo descaso com a premência destes para a manutenção do bem estar físico e psicológico do paciente/doente. Convém salientar que isto ocorre nas três esferas em análise.

Quanto à autonomia para a realização das atividades de prevenção e assistência da Aids, as falas sugerem que esta encontra-se mais presente na esfera federal do que nas outras duas. Tal fato pode ser explicado pela subordinação destes últimos aos recursos do Ministério da Saúde, destinados exclusivamente para questões referentes a Aids, enquanto que na outra, os

recursos provém de diferentes fontes. Mesmo assim, em ambos os casos, ressalta-se que o montante destes recursos ainda é insuficiente para a manutenção de todas as tarefas exigidas pelas referidas atividades.

Observa-se, também, certa liberdade e flexibilidade das ações administrativas em nível federal, decorrente da autonomia apontada pelos conteúdos analisados, descortinando um processo decisório mais descentralizado.

Quanto ao planejamento das atividades de alguns dos setores municipal e federal, verifica-se que este não é realizado formalmente, embora os objetivos-fim destas unidades encontrem-se, de alguma forma, disseminados e atuando como guia para as ações empreendidas por seus profissionais.

Com base no exposto, os aspectos que configuram o desempenho organizacional nas três esferas em investigação, encontram-se mais próximos no âmbito estadual e municipal. No entanto, há que ser ressaltar três aspectos comuns em todas as unidades pesquisadas: a falta de integração destas, tanto em nível interno como externo, fluxo de comunicação/informação lento e truncado, e predomínio das ações de assistência em detrimento das de prevenção.

Assim, estes dados parecem sugerir um certo isolamento nas ações dos setores de saúde pública que lidam com a Aids no município de Florianópolis. Como existe um certo predomínio da assistência em relação à prevenção, pode-se supor que é baixo o controle da transmissão do vírus neste município. As atividades de assistência apresentam falhas no processo de comunicação agravada em alguns casos, pela falta de *kits* para o teste anti-HIV e medicamentos o que indica prováveis danos aos pacientes HIV/Aids em aconselhamento/tratamento. Desta forma, há indícios de pouca eficácia no

desempenho destas unidades pela ausência de ações congruentes capazes de enfrentar a epidemia da Aids. Portanto, ratifica-se a afirmação de Lima (1996) de que as diversas organizações que compõem o sistema de saúde público do país se encontram atomizadas e desarticuladas.

• **Desempenho Pessoal nas três esferas governamentais**

A identificação e análise dos aspectos que delineiam o desempenho pessoal dos profissionais que atuam nos três âmbitos do governo indicam os seguintes elementos comuns: a sensibilidade com a causa e o paciente HIV/Aids presente na maioria dos entrevistados; as boas relações interpessoais, refletidas no espírito de grupo e na colaboração mútua percebida pela maior parte dos profissionais dos setores em investigação; a projeção profissional que a temática propicia a alguns funcionários e a capacitação profissional, que privilegia apenas pequena parte do corpo técnico-administrativo de todas as unidades em foco.

Observa-se que o preconceito é um dos elementos que permeiam as atitudes dos indivíduos que lidam com a enfermidade em questão. Segundo os conteúdos analisados, ele se mostra com maior intensidade nos setores estaduais e municipais. No âmbito federal este é freqüentemente vigiado por seus profissionais, minimizando manifestações desta natureza. Saliencia-se, no entanto, que este valor encontra-se de forma muito menos intensa dentre aqueles que atuam diretamente com a assistência aos doentes HIV. Neste momento, há fortes indícios nos conteúdos registrados, que a solidariedade se faz presente na maior parte deste pessoal, impulsionando-os a agir de forma diferente em relação ao seu semelhante.

Assim sendo, verifica-se que os profissionais sensibilizados, solidarizados e com menor grau de preconceito, encontram satisfação em estar trabalhando com a questão Aids, como revelam, principalmente, as falas do pessoal da área federal e municipal. Os elementos apontados estabelecem, ainda, certos padrões para as condições de atendimento aos pacientes HIV/Aids nestas unidades, como a afabilidade e o respeito.

Quanto ao número de pessoas disponíveis para a realização das atividades pertinentes à prevenção e a assistência, nos setores federal e municipal, é apontado como reduzido, ocasionando sobrecarga de tarefas para os profissionais que ali atuam, podendo comprometer a qualidade dos serviços prestados, impedindo maior integração com pessoas de outras entidades que labutam com a Aids e dificultando a troca de experiências.

As precárias condições salariais oferecidas pelas instituições, especialmente as de âmbito estadual e municipal, constituem um aspecto negativo na opinião da maioria dos entrevistados, pois além de transparecer a falta de valorização do servidor, faz com que alguns desses profissionais tenham, no mínimo, mais de um emprego. Alia-se, ainda, que tais condições não permitem um convívio maior com a família, nem tampouco executar atividades de lazer.

Grande parte dos relatos afirma que há necessidade de reciclagem constante dos profissionais envolvidos com a Aids, principalmente na área de assistência, onde observam-se constantes modificações. Entretanto, esta não ocorre na frequência desejada pelos profissionais, decorrente da falta de programas de capacitação articulados e, quando ocorrem, são sempre as

mesmas pessoas que participam destes eventos, seja em nível interno como externo.

Salienta-se também, a contratação e/ou nomeação de pessoas para ocupar os cargos de chefia, na sua maioria pelo critério do "QI", desprovidas da competência técnica necessária ao cargo, gerando frustração e desestímulo particularmente para os profissionais do setor público estadual e municipal, o que pode significar recomeço de todas as ações empreendidas até então.

Não há acompanhamento psicológico das pessoas que executam o aconselhamento ao paciente com HIV/Aids. Segundo alguns pesquisados das esferas federal e municipal, isto se torna fundamental em virtude da situação complexa em que o profissional passa a vivenciar juntamente com os diversos tipos de doentes, exigindo, portanto, competência técnica e equilíbrio emocional.

Destaca-se, ainda, que na unidade pesquisada no âmbito federal, os entrevistados afirmam que possuem uma boa qualificação profissional, oportunizada pela própria instituição e que se sentem valorizados profissionalmente não só dentro do contexto em que atuam, como também pelas outras unidades que lidam com a referida enfermidade.

De acordo com Schein (1982), as necessidades humanas e os motivos interagem e ajustam-se para formar complexos padrões de valores e objetivos. Neste sentido, ao analisar os aspectos que delineiam o desempenho pessoal nas três esferas governamentais pode-se supor que, embora a questão do envolvimento profissional com a Aids remeta para uma multiplicidade de elementos que envolvem aspectos do senso comum, como os tabus em relação ao sexo e à morte, existem alguns outros que recolocam estas pessoas em um

contexto mais amplo, como a sensibilidade e a solidariedade presente na quase totalidade dos conteúdos analisados.

O cenário como um todo revela pequena parcela de profissionais bem qualificados e uma outra, a maioria, pouco atualizada para o exercício da função; equipe reduzida de pessoas; sobrecarga de atividades; baixa remuneração nas unidades do setor público estadual e municipal; jornada de trabalho em mais de uma organização e pouco tempo disponível para a família e o lazer; a contratação de chefias com competência técnica inadequada para gerir os serviços de prevenção e assistência da Aids e a ausência de acompanhamento psicológico para aqueles que lidam com o aconselhamento ao paciente HIV/Aids. Tais elementos, portanto, encontram-se presentes nas unidades investigadas, mais ou menos acentuados, o que pode provavelmente refletir no desempenho pessoal dos indivíduos que ali atuam.

Estas informações corroboram uma vez mais os resultados da pesquisa de Lima (1996) na qual salienta que os instrumentos de gestão de recursos humanos nas organizações hospitalares de saúde são insuficientes ou até inexistentes.

Registra-se, no entanto, satisfação com o trabalho nas três esferas, profissionais reunidos em grupos coesos, integrados e comprometidos com a causa da Aids. Assim sendo, é possível supor que os aspectos que configuram o desempenho pessoal nas esferas em análise são a sensibilidade e a solidariedade, como valores que impulsionam as ações ali empreendidas.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

"(...) não existe nenhuma evidência nos fenômenos sociais do campo da saúde: nada é dado, tudo é construído, inconcluso e superável; que a realidade aí encontrada como todo o social é infinitamente mais rica, mais dinâmica, mais complexa do que qualquer discurso científico sobre ela; e que a ciência que a aborda não a captura, ela apenas indica a direção e a organização intelectual segundo a qual se pode ter maior certeza da aproximação do real".

Maria Cecília de Souza Minayo

Atualmente a Aids constitui um dos mais graves problemas de saúde pública em todo o mundo. Diante do quadro epidemiológico que se configura em uma tendência progressiva de casos notificados, firma-se como uma pandemia.

No Brasil, nos últimos anos a epidemia da infecção pelo HIV/Aids vem apresentando significativas mudanças em seu perfil, observando-se um considerável aumento da ocorrência de casos em usuários de drogas injetáveis e nas mulheres, em idade reprodutiva, tendo-se como agravante a transmissão do vírus ao concepto.

De acordo com os dados publicados pelo Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, referente ao ano de 1998, o município de Florianópolis está situado na quarta posição, em termos de incidência do vírus da Aids no Brasil. Saliencia-se que no estado de Santa Catarina encontram-se ainda localizados dois outros municípios (Itajaí e Balneário Camboriú) com os maiores registros de incidência da Aids no país, conforme o citado boletim. Acrescenta-se, também, que este estado ocupa a primeira posição no *ranking* brasileiro de casos de Aids por uso de drogas injetáveis. Tal situação, portanto, impõe a necessidade de

refletir sobre as ações desenvolvidas no combate a uma epidemia de tamanha envergadura.

A Aids enquanto enfermidade ainda encontra-se revestida de comportamentos preconceituosos por parte da sociedade, com reflexos nos Serviços Públicos de Saúde responsáveis pelo controle e tratamento da doença no município de Florianópolis.

A metade das unidades governamentais pesquisadas responsáveis pela prevenção e assistência, encontra-se funcionando extra-oficialmente, o que permite afirmar que existem de fato, mas não de direito, denotando certo descaso das instituições as quais se vinculam. Esta situação encontra-se refletida, dentre outros fatores, no planejamento das ações desenvolvidas como quase ausente em algumas destas unidades.

Observa-se que parte dos profissionais que atuava nas esferas analisadas não foi trabalhar com a Aids por iniciativa própria mas, sim, foi selecionado ao acaso, sugerindo que estes, em princípio, não possuíam experiência para tratar da patologia.

Salienta-se, ainda, que os recursos financeiros destinados pelo governo e outras fontes para atender as necessidades de implantação dos programas de prevenção e assistência da Aids parecem ser volumosos em relação a algumas outras áreas de atuação do setor público de saúde no país. No entanto, estes não são suficientes para a manutenção do conjunto de tarefas que tais setores necessitam.

Quanto aos aspectos ambientais e tecnológicos que configuram o desempenho organizacional nas três esferas governamentais, destacam-se os seguintes:

- **Esfera Federal**

Contexto complexo voltado principalmente para o aconselhamento do paciente com HIV/Aids; descentralização em boa parte das decisões; fluxo pouco ágil no processo de comunicação com reflexos no inter-relacionamento das etapas do processo de atendimento; baixa integração entre os setores internos e indícios de pouca integração com outras entidades e/ou organizações que lidam com a Aids em Florianópolis.

- **Esfera Estadual**

Contexto simples no que se refere às atividades de prevenção e complexos nos de assistência; indícios acentuados de pouca interligação com outras organizações que lidam com a Aids; falhas no inter-relacionamento das etapas componentes do processo de prevenção e assistência; pouca previsibilidade dos itens a serem atendidos neste processo, em virtude do atraso e da alocação dos recursos dotados pelo Ministério da Saúde para as ações do Programa e das necessidades que emergem da relação com os pacientes no caso dos serviços de assistência; ênfase na burocracia para conduzir grande parte das tarefas.

- **Esfera Municipal**

Contexto simples em relação as atividades de coordenação dos setores que realizam a prevenção e contexto complexo na unidade de assistência ao doente de HIV/Aids; centralização na maior parte das decisões; registro de certas barreiras no fluxo de comunicação comprometendo o inter-relacionamento entre as etapas do processo de prevenção e assistência; redução no processo de

atendimento, em termos de quantidade e qualidade, pelo reduzido número de profissionais para executá-lo; ausência de equipamentos de apoio adequado para registro de dados epidemiológicos em uma das unidades investigadas.

No tocante aos aspectos percebidos para delinear o desempenho pessoal nas referidas esferas, foram identificados:

- **Esfera Federal**

Sensibilidade, solidariedade, responsabilidade e comprometimento dos entrevistados com a causa da Aids; satisfação profissional em relação à natureza do trabalho; acentuado espírito de equipe; compartilhamento de responsabilidades entre as pessoas em nível setorial; auto-desenvolvimento oportunizado pela instituição à qual os profissionais encontram-se vinculados.

- **Esfera Estadual**

Pessoas imbuídas de sensibilidade com a causa da Aids; forte presença do espírito de grupo; elevado nível de relações inter-pessoais nos setores que atuam junto a Aids. Por outro lado, apresentam-se desigualdade de oportunidades para a capacitação profissional, precárias condições salariais e a seleção de alguns dirigentes com base no "QI" o que gera frustração e desmotivação em boa parte dos funcionários desta esfera.

- **Esfera Municipal**

Sensibilidade e solidariedade presentes na maioria das pessoas desta unidade; satisfação, bem-estar e motivação para trabalhar com a causa da Aids. A falta

de interesse da instituição no desenvolvimento profissional de seus funcionários aliada aos baixos vencimentos registrados e a prática clientelista identificada, além da presença de alguns profissionais que se utilizam da Aids com interesses particulares, constituem elementos de frustração e desmotivação para algumas pessoas.

Ao comparar-se os aspectos que delineiam os desempenhos organizacional e pessoal nestas três esferas governamentais, tem-se que:

- Desempenho Organizacional

Os elementos que configuram o desempenho organizacional nos setores públicos investigados, encontram-se mais próximos no âmbito estadual e municipal. No entanto, há que se ressaltar três aspectos comuns em todas as unidades pesquisadas: a falta de integração destas, tanto em nível interno como externo, fluxo de comunicação lento e truncado e predomínio das ações de assistência em detrimento das de prevenção.

Assim, estes aspectos parecem sugerir um certo isolamento nas ações dos setores de saúde pública que lidam com a Aids, no município de Florianópolis. Como existe um certo predomínio das atividades de assistência em relação às de prevenção, pode-se supor que é baixo o controle da transmissão do vírus neste município. As atividades de assistência apresentam, também, falhas no processo de comunicação agravadas, em alguns casos, pela falta de *kits* para os exames anti-HIV e medicamentos, o que pode indicar prováveis danos aos pacientes HIV/Aids em aconselhamento/tratamento. Desta forma, há indícios de pouca

eficácia no desempenho destas unidades pela ausência de ações congruentes capazes de enfrentar a pandemia da Aids.

- Desempenho Pessoal

As unidades analisadas como um todo revelam pequena parcela de profissionais bem qualificados e uma outra, em maior número, pouco atualizada para o exercício da função; equipe reduzida de pessoas; sobrecarga de atividades; baixa remuneração nas unidades do setor público estadual e municipal, estendendo a jornada de trabalho em mais de uma organização, o que implica na redução do tempo disponível para a família e o lazer; a contratação de chefias com competência técnica inadequada à gerir os serviços de prevenção e assistência de Aids e a ausência de acompanhamento psicológico para aqueles que lidam com o aconselhamento ao paciente HIV/Aids. Tais elementos, portanto, encontram-se mais ou menos acentuados nestas unidades, o que pode provavelmente refletir-se no desempenho pessoal daqueles que ali atuam.

Por outro lado, registram-se, pessoas satisfeitas com o trabalho nas três esferas, reunidas em grupos coesos, integrados e comprometidos com a causa da Aids. Porém, ao considerar-se os aspectos pouco favoráveis observados no desempenho organizacional dos setores públicos analisados, pode-se supor que os resultados das ações empreendidas no período estudado devem-se basicamente ao empenho pessoal dos indivíduos que ali trabalham, movidos por sentimentos de sensibilidade e solidariedade em relação ao seu semelhante.

Convém salientar que a presente pesquisa restringiu-se tão somente a uma das perspectivas de análise utilizadas por Lima (1996) não sendo contemplados mais detidamente outros importantes aspectos como a estrutura e

o poder. Assim sendo, sugere-se para futuros trabalhos a observação destas unidades de saúde pública enfocando os referidos aspectos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, J. A. O planejamento de pesquisas qualitativas em educação. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 77, p. 53-61, 1991.
- SEMINÁRIO NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. **Anais...** (Jul.1993), Brasília: FNS, CENEPI, 1993.
- AZEVEDO, A. C. Indicadores da qualidade e produtividade em serviços de saúde. **Revista Indicadores de Qualidade e Produtividade**. Brasília: IPEA, v. 1, n. 1, fev. 1993.
- BARBOSA, L. **O jeitinho brasileiro**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BERGAMINI, C. W.; BERALDO, D. G. R. **Avaliação de desempenho humano na empresa**. São Paulo: Atlas, 1988.
- BOWDITCH, J. L. **Elementos de comportamento organizacional**. São Paulo: Pioneira, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: FNS, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Geral do PN DST/AIDS. **Drogas, Aids e sociedade**. Brasília: Coordenação Geral de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, 1995.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil – 14ª edição, atual. e ampl.** – São Paulo: Saraiva, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Simpósio satélite: a epidemia da Aids no Brasil: situação e tendências**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Aids no Brasil: um esforço conjunto governo-sociedade**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids, jul. 1998b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Aids II: desafios e propostas**. Documento preliminar para discussão do Projeto Aids II. 2ª. versão. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids, mar. 1998a.

- BRESSER PEREIRA, L. C. A reforma administrativa do sistema de saúde. IN: BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde**. Caderno n. 13. Brasília: MARE, 1998.
- BRESSER PEREIRA, L. C.; SPINK, P. **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 1998.
- BURNS, T.; STALKEN, G. M. **The management of innovation**. London: Tavistock, 1961.
- CAMERON, K. S. Measuring organizational effectiveness in institutions of higher education. **Administrative Science Quarterly**, New York, v. 23, 604-29, 1978.
- CAMPOS, R. O. A sociedade do jeito. **Revista Senhor**, jul. 1986.
- CARVALHO, G. I., SANTOS, L. **Comentários à Lei Orgânica da Saúde**: n. 8.080/90 e 8.142/90. 2. ed., atual. e ampl. São Paulo: Hucitec, 1995.
- CASTILHO E. A.; CHEQUER, P. A epidemia da Aids no Brasil. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Simpósio Satélite: a epidemia da Aids no Brasil: situações e tendências**. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- CASTILHO, E. O surgimento da Aids. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Geral do PN DST/Aids. **Drogas, Aids e sociedade**. Brasília: Coordenação Geral do PN DST/Aids, 1995.
- CHANLAT, J.-F. **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1992.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas**. São Paulo: Cortez, 1991.
- COUTINHO, V. F.; CAMPOS, M. T. O. S. **Brasil século XXI: a construção de um Estado eficaz**. Brasília: ENAP, 1996.
- ECCLES, R. G.; NOHRIA, N. **Assumindo a responsabilidade: redescobrimo a essência da administração**. Rio de Janeiro: Campus, 1994.
- ETZIONI, A. **Organizações complexas**. São Paulo: Atlas, 1981.
- ETZIONI, A. **Organizações modernas**. 7. ed. São Paulo: Pioneira, 1984.

- FERRAZ DA SILVA, T. R. **Comprometimento organizacional de gestores em uma organização de serviços: o caso da Fundatecno.** Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.
- FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal da Saúde e Desenvolvimento Social. **Manual do Centro de Testagem Aconselhamento.** Florianópolis: CTA, 1997.
- GIBSON, J. L. **Organizações: comportamento, estrutura, processos.** São Paulo: Atlas, 1981.
- GODOY, A. S. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades.** Revista de Administração de Empresas. São Paulo: FGV, v.35, n.6, 1995, p.57-63.
- GOMES, M. R. O. **Boletim Epidemiológico da Aids.** Semana epidemiológica de 35 a 47. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília. v.11, n. 4, set./nov. 1998.
- GONÇALVES, E. L. **Administração de saúde no Brasil.** 2ª edição. São Paulo: Pioneira, 1989.
- GONDIM, L. M. A moral e a política dos outros: algumas reflexões sobre a cidadania e a corrupção no Brasil. IN: ENCONTRO ANUAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 17, 1993. Salvador. **Anais...** v. 4, p. 23-40.
- HALL, R. H. **Organizações: estrutura e processos.** Rio de Janeiro: Prentice Hall, 1984.
- HOLANDA, A. B. **Dicionário da língua portuguesa.** 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.
- HOSPITAL NEREU RAMOS. Secretaria de Estado da Saúde. **Manual de normas e condutas do ambulatório de infectologia e Hospital - Dia do Hospital Nereu Ramos.** Florianópolis: HNR, 1997.
- JUNQUEIRA, L. A. Prates; INOJOSA, R. M. **Gestão dos serviços públicos de saúde: em busca de uma lógica da eficácia.** Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro: EBAP/FGV, v. 26, n. 2, p. 20-31, abr./jun. 1992.
- KANAANE, R. **Comportamento humano nas organizações: o homem rumo ao século XXI.** São Paulo: Atlas, 1995.

- KEELEY, M. Impartiality and participant, interest theories of organizational effectiveness. **Administrative Science Quarterly**, New York, v. 29, 1-25, 1984.
- KOLASA, B. J. **Ciência do comportamento na administração**. Rio de Janeiro: LTC, 1978.
- LAVILLE, C. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda., 1999.
- LAWRENCE, P R.; LORSCH, J. W. **As empresas e o ambiente: diferenciação e integração administrativa**. Rio de Janeiro: Vozes, 1973.
- LIMA, S. L. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro: EBAP/FGV, v. 30, n. 5, 101-138, set./out. 1996.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
- MACHADO DA SILVA, C. L. Eficácia organizacional de universidades: um modelo para teste empírico. **Revista Brasileira de Administração da Educação**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 203-225, jul./dez. 1984.
- MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. (Orgs.). **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA/ IMS/UERJ, 1993.
- MARTIN-BARÓ, I. **Acción e ideología: psicologia social desde centroamérica**. San Salvador: UCA, 1985.
- MARTINS, L. **Reforma da Administração Pública e cultura política no Brasil: uma visão geral**. Brasília: ENAP, 1997.
- MÉDICI, A. C.; OLIVEIRA, F. E. B.; BELTRÃO, K. I. **Universalização com qualidade: uma proposta de reorganização do Sistema de Saúde no Brasil**. Texto para discussão n.316. Brasília: IPEA, out. 1993.
- MEIRELLES, H. L. **Direito administrativo brasileiro**. 3. ed. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1975.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento - Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.
- OSBORNE, D.; GAEBLER, T. **Reinventando o governo: como o espírito empreendedor está transformando o setor público**. Brasília: MH Comunicação, 1995.

- PARKER, R. G. **A construção da solidariedade: Aids, sexualidade e política no Brasil.** Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994.
- PARKER, R.; BASTOS, C.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J. S. (Orgs.). **A Aids no Brasil (1982-1992).** Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA/IMS/UERJ, 1994.
- PAZ, M. G. T.. Avaliação de desempenho ocupacional e estruturas de poder. In: TAMAYO, A.; BORGES-ANDRADE, J. E.; CODO, W. **Trabalho, organizações e cultura.** São Paulo: Cooperativa de Autores Associados. p. 151-172, 1997.
- PENNA, A. G. **Percepção e realidade.** Rio de Janeiro: IMAGO, 1993.
- PINTO, A. L.; DOMINI, W. G. **O contexto institucional e operacional do setor saúde e sua relevância para o SUDS.** Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro: EBAP/FGV, v. 25, n. 3, p. 139-54, jul./set. 1991.
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas, 1985.
- ROBBINS, S. P. **Comportamento Organizacional.** Rio de Janeiro: LTC, 1999.
- RODRIGUES FILHO, J. **Performance das organizações de saúde: uma agenda para pesquisa.** In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO ADMINISTRAÇÃO, 14, 1990, Belo Horizonte. Anais... v. 6, p. 273-285.
- RUBIN, H. J.; RUBIN, I. S. **Qualitative interviewing: The art of hearing data.** Thousand Daks: Sage Publ., 1995.
- SANDER, B. **Gestão da educação na América Latina: construção e reconstrução do conhecimento.** Campinas: Autores Associados, 1995.
- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Boletim epidemiológico do Programa Estadual de DST/Aids de Santa Catarina.** Florianópolis: PE - DST/Aids, 1997.
- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado de Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica **Relatório do Projeto Aids I.** Florianópolis: PE - DST/Aids, 1998.
- SAVÓIA, M. G.; CORNICK, M. A. C. P. **Psicologia Social.** São Paulo: McGraw-Hill, 1989.
- SCHEIN, E. H. **Psicologia Organizacional.** Rio de Janeiro: Prentice-Hall, 1982.

- SCOTT, R. **Organizations: rational, natural and open systems**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1981.
- SERRA, J. IN: Brasil. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde/Ministério da Administração federal e Reforma do Estado**. Caderno n. 13. Brasília: MARE, 1998.
- SOUZA, C. Pesquisa em administração pública no Brasil: uma agenda para o debate. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro: EBAP/FGV, v. 32, n. 4, p. 43-61, jul./ago. 1998.
- SOUZA, M. R. Políticas implícitas e explícitas no combate e prevenção do HIV e Aids. IN: PARKER, R., BASTOS, C., GALVÃO, J., PEDROSA, J. S. (Orgs.). **A Aids no Brasil: 1982-1992**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA/IMS/UERJ, 1994.
- STEERS, R. M. **Organizational effectiveness: a behavioral view**. Califórnia: Goodyear Publ., 1977.
- STEERS, R. M. Problems in measurement of organizational effectiveness. **Administrative Science Quarterly**, New York, v. 20, p. 546-558, 1975.
- STONER, J. A. F. **Administração**. Rio de Janeiro: LTC, 1999.
- TOLEDO, F. **Dicionário de recursos humanos**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1986.
- TRAVASSOS, C. Eqüidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública/Ministério da Saúde, v. 13, n. 2, abr./jun. 1997.
- TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.
- VARELLA, D.; ESCALEIRA, N.; VARELLA, F. **AIDS hoje**. 2. ed. São Paulo: Jovem Pan/Centro Educacional Objetivo/Grupo Perdigão, 1989.
- VENTURA DA SILVA, M. **Legislação sobre DST/Aids no Brasil**. Brasília: Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids, nov. 1995.
- VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1998.

- VIEIRA, C. A. O jeitinho brasileiro como recurso do poder. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro: EBAP/FGV, 1982.
- WOODWARD, J. **Management and technology**. London, Her Majesty's Stationery Office, 1958.
- YUCHTMAN, E.; SEASHORE, S. E. A system resource approach to organizational effectiveness. **American Sociological Review**, v. 32, p. 891-903, 1967.
- ZANELLI, J. C. Estudo do desempenho pessoal e organizacional: bases para o desenvolvimento de equipe de consultores. **Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro: ANPAD, v. 1, n. 1, jan./abr 1997.
- ZANELLI, J. C. **O psicólogo nas organizações de trabalho: formação e atividades profissionais**. Florianópolis: Paralelo 27, 1994.
- ZEY-FERRELL, M. **Dimensions of organizations: environment, context, structure, process and performance**. Califórnia: Goodyear Publ. 1979.

ANEXO

ANEXO 1

Roteiro de Entrevista

1. Quais os objetivos do setor em que você atua? Explique.
2. Quais são os objetivos de suas atividades? Comente a respeito.
3. Como você analisa o desempenho dos serviços de prevenção e assistência da Aids em Florianópolis?
4. Na sua opinião, em que extensão este setor é hábil em obter os recursos humanos, físicos e financeiros de que necessita? Justifique.
5. Quais as suas percepções e expectativas em relação às atividades que desenvolve?
6. Você acha que tem contribuído para o alcance dos objetivos do setor onde atua?
7. Você acha que há liberdade e oportunidade para a criação de coisas novas no serviço de prevenção e assistência da Aids? Explique.
8. É fácil conseguir as informações necessárias à seu trabalho? Explique.
9. Como você avalia a quantidade e a qualidade das informações e *feedback* que você recebe? Justifique.
10. Qual sua opinião sobre a linguagem empregada nos serviços de prevenção e assistência da Aids?
11. Como são as relações entre as pessoas no serviço de prevenção e assistência da Aids (no seu setor e com os demais setores)?
12. Como você avalia o comprometimento dos profissionais responsáveis pela gestão da prevenção e assistência da Aids?
13. Qual a situação ou circunstância que mais o incomoda no dia-a-dia de seu trabalho com a prevenção e assistência da Aids?
14. Cite os pontos fortes do serviço de prevenção e assistência da Aids?

15. Cite os pontos fracos do serviço de prevenção e assistência da AIDS?
16. Como você analisa a capacitação dos profissionais responsáveis pela AIDS em Florianópolis?
17. Você considera que a Secretaria da Saúde/Hospital estimula o desenvolvimento profissional e a qualidade de seus profissionais? Explique.