

D.M.
PINT. 1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

**A TOMADA DE DECISÃO: COMPORTAMENTOS E
ESTRATÉGIAS DOS ACTORES ORGANIZACIONAIS**

Reg. 8464
Instituto Superior de Psicologia Aplicada
BIBLIOTECA

C.

JUDITE ESTEVES PINTO

1994

C.

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**A Tomada de Decisão : Comportamentos e
Estratégias dos Actores Organizacionais**

**Dissertação de Mestrado em Comportamento
Organizacional**

Orientador: Prof. Correia Jesuíno

À Administração do Hospital de G.O. (HGO), em especial ao Presidente do Conselho de Administração, aos Técnicos do Serviço de Farmácia, ao Professor Torrado (enquanto Presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica) pela disponibilidade e por todas as facilidades concedidas sem as quais este trabalho não seria possível.

Ao Professor Viegas de Mendonça (Universidade Nova de Lisboa) pelo apoio e pelo privilégio da sua amizade.

Ao Professor Sousa Lobo (Universidade Nova de Lisboa) pelo apoio institucional.

Ao meu filho Pedro pela generosidade e paciência no processamento e formatação do texto.

À minha família que ajudou a superar desânimos e cansaços, mesmo quando tudo foi tão difícil.

A todos Colegas e Amigos que enriqueceram este trabalho com as suas críticas construtivas e a bondade das suas sugestões,

Obrigado

Man, as the vehicle which the decisions are implemented, reacts not only to the quality of the decisions but to the total sociotechnical environment associated with decision. He can not be manipulated in the same sense that other resources can be..."

Frank Harrison

(in "The Managerial Decision-Making Process")

SUMÁRIO

I PARTE APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

CAPÍTULO 1 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

Introdução	15
1. A racionalidade das decisões.....	19
2. A multiplicidade dos decisores	26
3. A dimensão política das decisões.....	30

CAPÍTULO 2 METODOLOGIA

1. Problemática da investigação.....	39
2. Abordagem da organização e processo de recolha de informação.....	41
3. O método clínico.....	45
4. A análise estratégica.....	47

II PARTE ESTUDO CLÍNICO

CAPÍTULO 1 ALGUNS DADOS GERAIS

Introdução	51
1. Caracterização do hospital público	53
2. O HGO : Estrutura e modelo de gestão.....	57
3. Caracterização da organização e do funcionamento da farmácia do HGO.....	64

CAPÍTULO 2 A TOMADA DE DECISÃO NOS PROCESSOS DE AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

1. A prática terapêutica	70
2. A Comissão de Farmácia e Terapêutica	73
3. A informação utilizada para a tomada de decisão...	76
4. Os processos de aquisição de medicamentos.....	77
5. O prescritor-decisor: autonomia e estatuto de perito	79
6. O papel da Indústria Farmacêutica	82

CAPÍTULO 3

ELEMENTOS HISTÓRICOS

1. O Hospital Distrital de A. (HDA).....	88
2. Caracterização da organização e do funcionamento da farmácia do HDA	89
3. Do HDA. ao HGO	92

CAPÍTULO 4

O PALCO ESTRATÉGICO

1. A emergência de uma racionalidade nova	95
2. Racionalidade funcional e estratégica	98

CAPÍTULO 5

OS PROCESSOS DECISIONAIS E AS ZONAS DE CONFLITO

1. A racionalização das práticas terapêuticas	100
2. A introdução de novos fármacos no consumo hospitalar.....	102

III PARTE
REFLEXÃO TEÓRICA: A DECISÃO COMO PROCESSO
ORGANIZACIONAL, POLÍTICO E CULTURAL

CAPÍTULO 1
CONCLUSÕES DO ESTUDO CLÍNICO: A FORMAÇÃO DAS
DECISÕES

Introdução	1 0 4
1. A estrutura e os palcos decisoriais	1 0 6 —
2. As estratégias dos actores	1 0 8 —
2.1. As estratégias na procura do poder de decisão..	1 2 0
2.2. As estratégias para melhorar o espaço de manobra	1 2 4
2.3. As estratégias na concorrência pelos recursos..	1 2 6
3. O papel da administração.....	1 2 9
4. A dimensão cultural dos processos de decisão	1 3 1

CAPÍTULO 2

COMENTÁRIO FINAL	1 3 8
Bibliografia	1 4 0
Anexos.....	1 5 1

I PARTE

Apresentação do Estudo

O interesse por esta pesquisa nasceu, de forma quase espontânea, à medida que se foram conhecendo relatos reiterados de sintomas de conflitualidade na farmácia do hospital de GO (HGO) resultantes do relacionamento entre o farmacêutico responsável e o corpo clínico, tendo como pano de fundo a problemática dos medicamentos.

Foi crescendo a partir do momento em que se começou a reflectir sobre o fenómeno, no âmbito das políticas de saúde e de gestão hospitalar, conferindo-lhe o necessário enquadramento económico e político, perpassado pelas estratégias económicas dos fabricantes de bens de saúde, designadamente da indústria farmacêutica, num contexto de grave crise de financiamento do Serviço Nacional de Saúde.

Considerada um bem essencial e, por isso, de consumo indispensável, a saúde regista uma procura crescente à medida que se diferencia o nível sócio-cultural das

populações e se aperfeiçoam as políticas sociais, alargando o seu alcance a um número crescente de indivíduos. A intensificação desta procura, por um lado, e o progresso tecnológico hospitalar, por outro, são geralmente apontadas como as grandes causas do aumento dos custos hospitalares. O desenvolvimento da medicina e o direito à saúde levam à consagração anual de somas importantes para o sector. Este tipo de despesas porém, não para de crescer, registando-se, actualmente um agravamento da situação financeira do Serviço Nacional de Saúde.

O aumento progressivo das despesas de saúde tem merecido uma atenção crescente, no sentido de se introduzirem critérios de eficácia e de racionalidade nos custos. É preciso quantificar, avaliar as decisões tomadas, os custos gerados, o benefício para o doente e para a comunidade. Não se trata de praticar, como refere J. P. Ray (1988), "uma saúde ao desbarato", mas é doloroso renunciar ao mito de que a saúde não tem preço. A "medicina moderna", afirma ainda o mesmo autor, é uma actividade que se integra cada vez mais na actividade económica geral, portanto susceptível de constituir um alvo das práticas económicas de avaliação custo-benefício.

A vontade política de racionalizar a gestão hospitalar pela aplicação de regras empresariais de administração, encontra acolhimento legal desde a década de 60, afirmando a importância dos administradores não-médicos na gestão hospitalar, vocacionados para responder às especificidades da gestão dos hospitais (Campos,1984), estendendo-se, assim, os processos de

racionalização já desenvolvidos noutras sectores de actividade ao hospital, com o objectivo de fazer dele uma verdadeira empresa, campo de acção de uma lógica racionalizadora para o controlo do desenvolvimento hospitalar, através de um sistema concertado de decisões no campo técnico, económico, administrativo e orçamental.

A adopção de uma lógica racionalizadora introduzida pela administração, eivada de conceitos de produtividade e de análises de custo-benefício, desde sempre associados ao mundo empresarial, "fere" a ideia do funcionamento do hospital, embatendo na cultura e no poder do corpo médico habituado a não ter que suportar os encargos provenientes das suas decisões sustentadas apenas na especialização crescente das suas actividades, nem a preocupar-se com a relação existente entre as despesas efectuadas e os resultados obtidos.

Como refere C. Campos (1984), o peso relativo dos bens médicos (medicamentos, próteses, ortóteses e equipamentos de compensação) que atingiam em 1980, 22% dos encargos totais (um pouco mais de 15,6% no início da década de 70), constitui um indicador preocupante, representando 1/5 dos gastos públicos em saúde. Num estudo levado a cabo para analisar as razões da subida dos gastos em medicamentos, Ramos (1980), verificou que a variação do tipo de medicamentos receitados era responsável por 63% dos aumentos, concluindo que os acréscimos dos gastos eram devidos ao aparecimento de novas e mais dispendiosas especialidades das quais pouquíssimas seriam autênticas inovações.

Preocupado com o agravamento das despesas em saúde, nas quais o consumo de medicamentos representa uma parcela importante, o Governo tem vindo, nos últimos anos, a definir um conjunto de linhas mestras enformador de uma política de medicamentos traduzida designadamente na implementação do "sistema de distribuição de dose unitária" e dos "medicamentos genéricos".

A adesão do corpo médico ao sistema de dose unitária encontra-se praticamente conseguida. No que respeita à implementação dos medicamentos genéricos assiste-se a um comportamento tímido do poder político caracterizado por avanços e recuos a que não será alheio, decerto, o poder das indústrias do mercado médico, designadamente o da poderosa indústria farmacêutica.

O acto de prescrição do medicamento permanece como uma competência exclusivamente médica. Daí a importância estratégica destes profissionais neste trabalho, pelos seus saberes e pelas suas competências para tratar, curar e reabilitar os doentes.

A percepção da tomada de decisão no que respeita à prescrição de medicamentos - objecto do nosso estudo -, implica, fundamentalmente, problematizar não só a "legitimidade das razões médicas e a incorporar a questão

dos poderes, oculta na racionalidade organizacional que embebe os saberes e as práticas destes profissionais, questionar o tratamento das doenças e a recuperação da saúde presentes sob a forma de imperativos sociais incontroversos cujas razões e fins as racionalidades sociais justificam e consagram como inalienáveis da razão científica médica" (G. Carapinheiro, 1990), mas também, configurar o papel do farmacêutico hospitalar, enquanto técnico superior de saúde, desenvolvendo actividades de carácter técnico e científico relacionadas com a terapêutica e a sua eficácia, designadamente a utilização racional do medicamento (segura, eficaz e económica) e as suas implicações no doente, portador, portanto, de saberes específicos e de uma lógica de acção própria. E, em seguida, através da análise dos processos pelos quais as decisões são tomadas e pelas interacções a que dão lugar entre os actores, compreender as suas normas de acção, os seus interesses, os seus jogos de poder.

Para isso, como Sainsaulieu recomenda, não basta descrever o esquema formal, a organização oficial, os procedimentos, as definições das várias funções. É necessário percorrer a estrutura formal e informal do hospital em várias dimensões, passar pelos diferentes meandros da realidade hospitalar onde se entrecruzam inúmeras clivagens funcionais e estruturais que opõem os actores, fruto das diferentes ideologias e formas de protagonização dos profissionais, revelando a natureza dos seus saberes, as suas posições na estrutura, e assim, com os contributos obtidos alcançar a organização na sua complexidade sui-generis entrelaçada por uma teia de

complexas relações sociais tecida pelas estratégias dos profissionais.

Resultante deste percurso, a exposição que a seguir se apresenta é constituída por três partes principais. Na primeira parte encontram-se os capítulos nos quais se enunciam o objecto da pesquisa, o seu suporte teórico e metodológico. Na segunda parte sucedem-se os capítulos que desenham o quadro contextual no qual se recolheu a informação empírica, de acordo com as dimensões consideradas relevantes. Finalmente, na terceira parte, construída a matriz teórica de base, recompostos os elementos analíticos e organizada a sua estrutura, procura-se reflectir sobre os resultados obtidos.

I CAPÍTULO

CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

Introdução

O quotidiano das organizações caracteriza-se por uma multiplicidade de actos decisoriais. Tomam-se decisões sem cessar. Decisões de toda a espécie que condicionam o seu funcionamento e os seus resultados. Pode muito bem dizer-se com Friedberg (1988), que a decisão é o acto essencial de toda a vida organizacional

Os estudos desenvolvidos sobre a tomada de decisão nas organizações não gozam ainda de grande tradição. O interesse por esta temática tem vindo a crescer desde os fins da década de 50, destacando-se os contributos de Simon (1947,57), considerado o autor central da tradição decisória, March e Simon (1958), Lindblom (1959), Thompson and Tuden (1959), Cyert e March (1963), Ansoff (1965). Mas é sobretudo a partir dos anos 70, que se regista um aumento significativo de publicações Allison (1971), Janis (1972), March and Olsen (1972), Pettigrew (1973), Vroom (1973), Le Moigne (1974), Sfez (1974), Tversky and Kaheman (1974), Simon (1976), Heller (1976), Mintzberg, Raisinghanie e Théoret (1976), apenas para citar alguns autores.

A tomada de decisão, na perspectiva clássica da organização científica do trabalho, não merecia grande atenção. A decisão era vista como o acto do especialista que em virtude dos seus conhecimentos e das suas competências estava investido dos poderes necessários e quem, após uma análise racional dos constrangimentos técnicos e económicos, encontrava a melhor solução possível e a fazia aplicar por executantes passivos.

Analizando porém, a organização como um sistema social onde os indivíduos e os grupos prosseguem estratégias diferentes, a análise organizacional abre uma brecha na concepção tayloriana de organização, demasiado simplista, de uma única racionalidade técnico-económica que se imporia a todos os participantes. Ao mesmo tempo a decisão é também relativizada. É o fim do "one best way". Não há mais uma única solução para cada problema, mas várias, que correspondem a estados de equilíbrio diferentes do sistema social. E a decisão à qual se chega não é a melhor, mas a mais satisfatória em face das estratégias das diferentes partes da organização. O processo de decisão torna-se assim contingente em relação ao sistema social subjacente à organização, porque as regras do jogo do sistema condicionam de uma certa maneira e não de outra. Este postulado é válido tanto para as pequenas decisões, que têm a ver com a sua marcha quotidiana, como para as grandes decisões estratégicas que orientam o seu futuro, porque todas as decisões, qualquer que seja o nível organizacional em que se tomem e qualquer que seja a sua importância, constituem palcos onde se realizam negociações no seio da organização.

As regras do jogo que caracterizam o sistema social da organização constituem assim constrangimentos poderosos para o desenrolar do processo de negociação e de regateio que acompanham necessariamente toda a tomada de decisão. Ao regular as estratégias e os comportamentos das partes, as regras do jogo estruturam, em particular, as redes de comunicação entre elas e, por isso, o próprio desenvolvimento do regateio à volta da informação pertinente, induzindo, conseqüentemente, as decisões de uma certa maneira.

Apresentando um sentido semântico simples, o conceito de decisão - acto de escolha entre diversas hipóteses de acção - está longe de configurar uma mera escolha na esperança de resolver um problema ou de atingir um objectivo. O acto de decidir, apresenta-se, bem pelo contrário, como uma das dimensões mais delicadas e complexas da função de gestão.

A decisão tão-pouco é neutra, já que a solução encontrada modifica o equilíbrio da organização. Os indivíduos afectados tenderão, por isso, a defender os seus pontos de vista. A elaboração da decisão será marcada, ela própria, por um processo de negociação onde as partes mobilizarão os recursos que controlam para a orientar num sentido que não afecte os seus interesses, resultando, assim, a tomada de decisão de uma actividade intensa no seio do que Nadine Lemaitre-Rozencweig (1986), designou justamente de "campo decisional".

O sentido da decisão afecta, naturalmente, valores, objectivos contraditórios, que não podem ser

satisfeitos simultâneamente. Os actores sociais tentarão manipular e mobilizar esse sentido a seu favor, utilizando as estruturas organizacionais e os sistemas de informação para justificar a sua participação no processo e incrementar a sua capacidade de fazer valer as suas posições.

É neste "campo decisional" onde se afrontam, numa constante turbulência, a lógica dos factos e a dos sentimentos, as vontades de racionalização e as irracionalidades dos actores, num jogo de luz e de sombra, de poderes e de estratégias, de guerras frias e de guerras abertas, entrecortadas por armistícios, que se ensaiam quotidianamente soluções que comportam fatalmente uma parte de razão e uma parte de intuição. As organizações não podem, justamente por isso, ser senão lugares de equilíbrios provisórios, frágeis, frequentemente colocados em questão, num espaço de poderes regulado por regras de jogo sedimentadas pela história e pela cultura.

Situada na encruzilhada do económico, do social e do psicológico, do institucional e do político, do poder e da razão, tendo como pano de fundo o mito do poder da razão e o fantasma da razão do poder, os jogos que lhe são intrínsecos - jogos de poder, de culturas, de estratégias - fazem da tomada de decisão um problema fascinante (Bolle de Bal,86).

1. A racionalidade das decisões

As decisões nas organizações são frequentemente descritas como o resultado de iniciativas perfeitamente racionais: um decisor único, mobilizado por um objectivo claramente definido, ele próprio único também, operando uma escolha consciente e lúcida entre as condições alternativas das quais conhece todas as consequências, para o que se socorre do modelo normativo, colocado ao seu dispôr pela ciência económica, assente num processo de raciocínio e cálculo lógico-dedutivo, para escolher entre alternativas e tomar decisões, marcado por quatro fases sequenciais:

1. Diagnóstico do problema;
2. Identificação e explicitação de todas as acções possíveis;
3. Avaliação de cada eventualidade por critérios derivados dos objectivos ou das preferências;
4. Escolha da solução que maximiza o resultado.

De acordo com este modelo o decisor é inteiramente racional, dispõe sempre de um sistema completo e consistente de preferências que lhe permite escolher, de entre as alternativas possíveis, a melhor em ordem a maximizar o que for do seu interesse. Nesta situação cada alternativa é perfeitamente conhecida, assim como os resultados possíveis de cada uma delas. A decisão é assimilada ao raciocínio de um actor único, individual ou colectivo, cuja conduta é racional no sentido em que há uma procura de maximização da realização de certas

finalidades. Trata-se de um modelo mono-racional que exclui qualquer conflito sobre os objectivos, que são claros e precisamente definidos, e o modo de decidir.

O postulado principal do modelo racional de decisão é que o decisor tem um comportamento de maximização, isto é, que procura a melhor solução e que faz a sua selecção depois de ter feito um inventário lúcido de todas as que se lhe apresentam. O agente económico racional decide em função de objectivos claros e selecciona, de entre um conjunto de soluções possíveis donde avalia as consequências, a que lhe permite atingir a maximização dos objectivos.

As decisões de política pública e de gestão administrativa subordinadas "ao interesse público" constituem sem dúvida uma brecha neste modelo. O interesse público é um conceito vago. A sua determinação pertence ao legislador e não à administração, sendo o próprio interesse público que condiciona e legitima a gestão.

O modelo racional, embora largamente contestado pelos teóricos das ciências políticas e administrativas, por negar a importância do próprio processo decisional e desconhecer a existência dos conflitos e das estratégias dos indivíduos e dos grupos, permanece profundamente ancorado na cultura gestionária, que não lhe conhece outra alternativa que o comportamento irracional.

Herbert Simon (1947) apresentou um modelo alternativo ao modelo racional. Partindo da observação da prática dos gestores em matéria de decisão, considera que o decisor é

dotado de uma racionalidade limitada. Segundo o autor ninguém decide por um processo racional em que considera todas as alternativas possíveis, mas através de simplificações da realidade ajustáveis à mente humana, justamente por isso, os indivíduos não maximizam ou optimizam, mas satisfazem-se em função da informação que conseguem armazenar e processar.

Os comportamentos reais dos membros da organização, reconhece Simon, são geralmente mais habituais do que racionais. As suas acções não reúnem geralmente o ideal de racionalidade objectiva por três razões:

1. O ser humano não possui senão um conhecimento fragmentado das consequências das suas acções;
2. É difícil precisar o valor ligado às consequências futuras da acção;
3. É prática corrente não examinar senão um número muito restrito de escolhas possíveis.

O modelo da racionalidade limitada assenta no reconhecimento da limitação da capacidade humana em processar informação. Um aspecto desta limitação tem a ver com a atenção e a memória revelando, por isso, os processos cognitivos selectividade na captação da informação a processar. Esta capacidade aparece assim limitada face às possibilidades de busca total postulada pelo modelo mono-racional.

Simon (1947/57), e March e Simon (1958), focalizando a atenção nos limitados atributos fisiológicos e psicológicos

do ser humano, para calcular, recolher e processar informação e de imaginar, enfrentando um mundo rico em complexidade e em incerteza, introduzem o valor económico das aproximações, já que não existe total racionalidade humana, pelo que as alternativas e o conhecimento dos objectos é meramente satisfatório.

Simon contesta a existência de racionalidade perfeita, argumentando que a capacidade humana para conhecer todas as alternativas é severamente limitada e que esta limitação torna as decisões racionais impossíveis. A racionalidade perfeita não existe. A racionalidade limitada, mais consentânea com as capacidades humanas, apenas permite decisões satisfatórias e não óptimas. Por isso, o decisor, incapaz de avaliar simultaneamente o conjunto das alternativas, explora e reflecte de maneira sequencial, fragmenta os problemas complexos em partes e lida com cada uma dessas partes de cada vez. Evita a incerteza, procura objectivos de curto prazo e elabora soluções tendo, como referência, repertórios de acções conhecidas e, a partir destas, procede a adaptações sucessivas, parando a busca com a primeira alternativa que pareça satisfatória. Esta alternativa poderá ter a ver quer com uma solução antiga já utilizada para problemas semelhantes, quer uma solução nova, se as antigas não se mostrarem adequadas.

"Os seres humanos são simplesmente incapazes de escolher consistentemente até mesmo diante de complexidades e de incertezas moderadas", afirma o mesmo autor.

No modelo de Simon, a sua concepção de organização (profundamente influenciada por Barnard) tenta integrar os comportamentos individuais determinando o ambiente psicológico dos seus membros, os quais, por sua vez, devem decidir participar e receber a influência da organização para nela agirem como decisores. O processo psicológico que preside à decisão é constituído pelos seguintes elementos:

- . A aprendizagem. O ser humano observa as consequências dos seus actos e ajusta-os para atingir as suas finalidades;
- . A memória. Permite o armazenamento da informação e a sua reutilização em face de uma situação análoga a outra já experimentada;
- . O hábito. Evita uma reflexão constante, permitindo responder a estímulos anteriormente experimentados;
- . Os estímulos. Orientam a atenção numa direcção dada;
- . As determinantes do ambiente psicológico. Basicamente parecem existir dois tipos de mecanismos que modelam as práticas decisórias. Um de natureza interna ao indivíduo que assegura a continuidade do seu comportamento quando orientado numa determinada direcção e outro exterior, de novidade, que dirige o comportamento numa direcção particular.

A organização, para coordenar as contribuições dos seus membros com vista ao atingimento dos objectivos comuns e do bem-estar individual, recorre a quatro mecanismos para influenciar a acção individual:

1. A divisão do trabalho que enquadra os seus membros;
2. A fixação de rotinas e de programas de acção que permitem a standardização de práticas;
3. A comunicação vertical das decisões de impacto sobre a realização dos objectivos;
4. O doutrramento, que permite a partilha dos objectivos comuns, favorece a ligação, a lealdade e a tomada de decisões coerentes com os seus objectivos.

A organização, no modelo proposto por Simon, é um sistema em equilíbrio que, em contrapartida dos esforços e da lealdade dos seus membros, lhes oferece vantagens financeiras, sociais ou ideológicas. Neste contexto a decisão apresenta-se duplamente como organizacional. O indivíduo vê a sua racionalidade limitada e influenciada pela organização, uma vez que as condutas actuais são resultado das decisões passadas e limitam o horizonte das decisões futuras. A decisão, por sua vez, insere-se no contexto organizacional, em cujo seio as decisões são interdependentes e hierarquizadas.

Entre os dois modelos referidos há mais do que a diferença entre um modelo globalizante e maximizador por um lado, e um comportamento sequencial de satisfação, por outro.

O modelo de Simon tem o mérito de introduzir a relatividade do conceito de racionalidade. Nesta perspectiva, não há mais racionalidade universal em relação à qual o decisor é racional ou irracional. O

postulado é inverso: o actor é racional mas esta racionalidade é limitada. A racionalidade é limitada pelos seus critérios que não são de maximização e não o levam a procurar a melhor solução, mas por critérios de satisfação, que o farão parar quando encontrar uma solução satisfatória.

Desta hipótese de uma racionalidade relativa, o que fica em causa não é catalogar as decisões segundo critérios de racionalidade em função da escala de que o observador disponha à partida. O princípio de partida é que o actor é racional e é a sua "escala de racionalidade" que deve ser reconstruída.

Partindo do axioma que toda a acção, toda a decisão e todo o comportamento é provido de sentido, importa pôr em evidência o que torna inteligível essa acção, essa decisão, esse comportamento.

2 . A multiplicidade dos decisores

O esquema clássico considera a organização como uma entidade monolítica e homogénea susceptível de ser simbolizada num hipotético e todo poderoso dirigente. Na realidade o decisor onisciente e omnipresente nem sequer existe. As escolhas que lhe são atribuídas não são forçosamente as suas, limitando-se frequentemente a ratificar as que lhe são propostas e que resultam de interacções complexas entre os diversos “actores implicados”. A descrição empírica das decisões demonstra isso mesmo, ou seja, é mais fácil identificar os “actores implicados” do que os verdadeiros decisores.

A tomada de decisão, com efeito, não se faz num único instante de uma escolha, não é fruto de uma reflexão, mas ao contrário é o resultado de um processo longo e por vezes lento, incorporando diversas fases, como sejam o reconhecimento de um problema, a recolha de informação, a investigação de soluções e a sua implementação, progredindo de maneira caótica, com períodos de actividade intensa e de longas fases de maturação. Estas fases são, em princípio, imbricadas umas nas outras. Perante um problema tão complexo, incorporando informações de fontes múltiplas, comportando interacções de toda a natureza, de avanços e recuos, como isolar um momento privilegiado, que seria o momento da escolha e que determinaria exclusivamente a decisão?

Pela mesma razão, e contrariamente ao esquema clássico, não se pode conceber a ideia da existência de um decisor único e solitário.

A percepção da decisão como o fruto de um processo global implica pois, que se considere como actor, todo aquele que nela tenha participado e não somente aquele que de maneira mais oficial, ou mais visível, assuma a responsabilidade. Esta participação manifesta-se, sobretudo, pela contribuição directa ou indirecta de informação, pela influência mais ou menos formal sobre a escolha propriamente dita e enfim pela sua intervenção na implementação, por isso, ocupar-nos-emos não, de apenas um único decisor, mas de um conjunto de actores interagindo, cada um deles portador de uma racionalidade própria, tentando alcançar a essência da organização através das práticas decisórias que a modelam pouco a pouco.

As decisões organizacionais colocam o problema da coexistência de decisores múltiplos com objectivos eventualmente contraditórios. Cyert e March contornaram essa dificuldade, contrariamente ao postulado pela teoria clássica que coloca o acento no decisor em detrimento das componentes organizacionais, propondo um modelo no qual configuram a organização como uma complexa coalizão de indivíduos e grupos com interesses divergentes. Segundo estes autores os objectivos organizacionais são estabelecidos pelo jogo negocial entre as coalizões. Esta negociação não impede a existência de sub-objectivos ao nível operacional, que

subsistem graças ao mecanismo de quase-resolução de conflitos baseado na justaposição de racionalidades parciais (ou locais); na divisão dos problemas complexos em subproblemas mais simples atribuídos a entidades distintas que os tratam de maneira compatível com os seus próprios objectivos; na regra da aceitabilidade das decisões, já que a organização não procura a maximização, por isso, satisfaz-se com decisões ainda que fracamente compatíveis entre si; e no tratamento sequencial dos objectivos, evitando a integração de objectivos contraditórios, tratando-os sequencialmente e em momentos diferentes.

Os ajustamentos entre as soluções contraditórias em presença são realizadas graças à existência da “folga organizacional”, que assegura os pagamentos marginais para manter a coesão da organização, estes pagamentos podem revestir as mais diversas formas: dinheiro, estatuto, promoção... e absorver a inconsistência interna resultante da quase-resolução dos conflitos.

Relativamente à tomada de decisão o modelo proposto por Cyert e March aproxima-se do proposto por Simon, ou seja, coloca-nos em presença de um decisor que:

1. Evita a incerteza, procurando preferencialmente resolver os problemas de curto prazo que apreende melhor; negocia com a envolvente;
2. Age e decide segundo procedimentos estandardizados e só em caso de problemas novos, procura novas soluções na vizinhança de procedimentos que conhece parando à primeira alternativa satisfatória;

3. Modifica estes procedimentos por um mecanismo de aprendizagem adaptativa em função da experiência adquirida.

3 . A dimensão política das decisões

Nenhum dos modelos anteriores aborda de forma aprofundada a questão do poder que está em jogo em toda a tomada de decisão. As referências que são feitas à “coalizão de natureza política” entre os actores organizacionais são demasiado vagas e não metem em evidência o palco eminentemente político que está inevitavelmente no centro de todo o processo decisional colectivo, nem os mecanismos postos em prática para o domínio das decisões.

Poder-se-á dizer que o modelo de Cyert e March contornou essa dificuldade, propondo um modelo onde os decisores trabalham cada um por si, segundo critérios de racionalidade distinta. É preciso não esquecer que se trata de um modelo de curto prazo, que reenvia o problema da colaboração do nível individual para o nível organizacional. Segundo os autores a organização não é um bloco animado por uma única realidade mas uma justaposição de racionalidades locais, definidas em função de um determinado nível de realização, renunciando a qualquer optimização global. É a estrutura que regula os problemas colocados pela existência de racionalidades conflituais já que mantem, entre os actores animados por objectivos antagónicos, distância suficiente para lhes permitir tomar decisões fracamente compatíveis sem que a organização global sofra no seu relacionamento com a envolvente.

Não deixa de ser interessante, no entanto é necessário compreender os mecanismos profundos da elaboração de uma estrutura que regula as modalidades de cooperação ou de não-cooperação entre os actores animados por objectivos contraditórios.

Concebe-se que a elaboração e evolução desta estrutura resulta igualmente de processos de natureza política, agindo sobre elementos determinantes na tomada de decisão. Esses elementos são os seguintes:

1. A própria estrutura da organização, isto é, o organograma e as funções que delimita;
2. Os sistemas de informação que alimentam os decisores;
3. Os sistemas de controlo que concentram a atenção nos decisores sobre as variáveis bem definidas que podem tornar-se para eles objectivos;
4. As soluções tipo, às quais frequentemente se recorre e que resultam de procedimentos standards operatórios.

Estes elementos constituem o "campo decisional" dos decisores. Desde logo o problema da elaboração da estrutura colocado pelo modelo de Cyert e March torna-se o da estruturação e o da evolução do campo decisional, donde se pode supôr que seja largamente determinado também por processos de natureza política. Não é, porém, crível imaginar indivíduos agindo e decidindo inteiramente constrangidos pelo campo decisional no qual se encontram num determinado momento e que emanaria de uma autoridade superior. Os actores organizacionais, portadores de interesses próprios, vão,

necessariamente, tentar manipular esta estrutura a seu favor. Assim, as estruturas organizacionais, os sistemas de informação e de controlo, os repertórios de procedimentos, constituem palcos que os decisores potenciais tentam mobilizar a seu favor para justificar as suas intervenções nos processos de decisão e incrementar a sua capacidade de fazer valer os seus pontos de vista.

Os campos decisoriais comportam, assim, uma dupla natureza. De um lado, e se se volta para o passado, são o fruto de jogos nos quais os membros da organização (os actores) se empenharam para ganhar o poder, ou seja, ter mais informação, controlar zonas de incerteza, ou dar mais importância às zonas de incerteza que controlam efectivamente, escapar aos sistemas de controlo de que são objecto e estender as suas margens de manobra restringindo as dos outros e, enfim, adquirir o domínio dos processos de decisão. Por outro lado, a estruturação do campo de acção e de decisão dos actores determina, para o futuro, os "palcos" no seio da organização e os trunfos de que cada um dispõe para prosseguir o jogo.

Neste novo paradigma a decisão não é mais a finalização de um processo racional nem corresponde a uma das soluções-tipo mais ou menos adequadas, nem é encontrada na sua vizinhança, mas são escolhas realizadas pelos actores momentaneamente constringidos pela estrutura do campo decisional no qual se encontram (sistema de informação, de controlo e de decisão), campo decisional que constituíram com os próprios jogos visando adquirir/ganhar o poder. Os jogos destes diversos

subgrupos consistirão, logicamente para cada um deles, em impôr o seu próprio sistema de racionalidade no processo decisional.

Resultando a decisão de um processo de actores múltiplos, não se pode afastar, desde logo, a dimensão política. Trata-se de introduzir o poder entre os móveis centrais dos actores e de encarar o processo decisional como um dos seus terrenos estratégicos. Este terreno de jogos não é, contudo, inteiramente aberto. É balizado, de algum modo, pela organização no seio da qual os actores interagem, e em particular pela sua estrutura e pela sua cultura. Nem todos os golpes são permitidos ou possíveis. O organograma coloca cada um num papel que lhe confere certos poderes, permitindo certas intervenções mas interditando outras. Os sistemas de informação e de controlo, canalizando os dados e os critérios de apreciação, influenciam o jogo decisional. Finalmente a memória da organização, ou seja, o conjunto das soluções que constituem o seu "modus operandi" legitimados pela sua experiência e pelo hábito, limitam igualmente o leque de possibilidades das jogadas.

O conjunto destes elementos da organização a que Lemaitre-Rozenzweig (1986), chamou de "campo decisional", fornece o contexto do processo de formação das decisões e determina-as em parte. O próprio campo decisional, enquanto matriz do jogo decisional no qual participam os actores da organização, torna-se a curto termo igualmente um dos dados. O sistema cultural da

organização, acrescenta a mesma autora, é um elemento particularmente importante deste campo e cujo impacto no processo de elaboração das decisões é inegável.

Primeiro porque fornece o quadro interpretativo das oportunidades e das ameaças do meio, circunscreve os problemas pertinentes para a sobrevivência e para o desenvolvimento da organização. Ora o reconhecimento e a definição dos problemas constitui uma primeira e determinante fase do processo decisional pois que delimita o conjunto das decisões desejáveis e das acções a rejeitar.

Em segundo lugar, a cultura da organização, porque veicula os mitos explicativos do sucesso e insucesso do passado, cria um sistema de valores, e legitima as soluções que serão adoptadas. Assim pode ser assemelhada a uma espécie de "memória-programa" construída principalmente sobre as experiências acumuladas pelos membros da organização. Apenas certas categorias de pessoas serão consideradas como participantes legítimas e suficientemente "experts" para poderem intervir na tomada de decisão. Igualmente apenas certas soluções para resolver determinados problemas serão consideradas como "naturais". Pela competência que reconhece a alguns, designa os que nos processos de decisão terão o maior poder de influenciar, ligando-se assim estreitamente ao poder.

O terreno dos jogos é ainda balizado de alguma forma pela organização, no seio da qual os actores interagem, em particular para os elementos da sua estrutura atravessada por clivagens de duas naturezas. Uma

primeira, de natureza funcional, que opõe os actores exercendo “funções” diferentes na organização. Cada função é, com efeito, portadora de uma lógica de acção que lhe é própria. A organização aparece assim como um mosaico de lógicas parciais e frequentemente conflituais, correspondentes à visão que os responsáveis das diversas funções têm sobre a melhor maneira de realizar o seu trabalho. Estas lógicas não se opõem ao objectivo global da organização, apenas são interpretações diferentes dessa lógica deformadas pelas subjectividades profissionais dos actores.

A segunda clivagem que atravessa a organização tem a ver com o conflito pelos recursos. Este tipo de conflito clássico se bem que de natureza diferente do das oposições de racionalidade dá lugar ao mesmo tipo de jogos de poder e mobiliza os mesmos recursos políticos, ou seja, a informação, os regulamentos, os sistemas de alianças.

Finalmente importa realçar neste vasto jogo dois grupos de actores que jogam papéis muito específicos. O primeiro grupo é o dos níveis hierárquicos intermédios entre, de um lado, os actores operacionais, divididos por clivagens funcionais, e de outra parte, o nível da administração da organização. As chefias intermédias são as intérpretes legítimas e naturais dos grupos que dirigem, não só relativamente ao resto da organização, mas também relativamente à administração. Da sua própria capacidade estratégica dependerá largamente a capacidade do seu grupo fazer valer e impôr a sua própria lógica, tanto nas decisões correntes como nas estratégicas. O mesmo se diga

quanto à capacidade de mobilizar recursos em seu proveito.

O segundo grupo, cujo papel é evidentemente muito importante, é o da administração. O seu papel é preponderante porque define um certo número de opções estratégicas para a organização. É ainda preponderante porque toma decisões que estruturam o contexto dos jogos políticos. É ela que organiza o campo decisional definindo as funções, instaurando os sistemas de informação e de controlo. A gestão do contexto onde se operam os jogos estratégicos é evidentemente de uma importância primordial para a administração poder “controlar” o desenrolar destes jogos e, numa certa medida, os seus resultados, influenciando, indirectamente, as operações na organização a todos os níveis, assegurando-se assim que, através das negociações e arbitragens de natureza política que fazem o quotidiano da organização, são vertidas na prática as opções estratégicas definidas. Através das decisões estratégicas circunscreve os factores chave de sucesso organizacional. Pela gestão do contexto estrutural e cultural operacionaliza estes factores de sucesso fazendo deles critérios de sucesso pessoal dos actores da organização.

O modelo político de acção colectiva que inspira este estudo é fruto dos trabalhos de Crozier e Friedberg.

Para estes autores a organização, quando encarada de maneira activa, deve ser percebida como um construído

organizacional. O seu contexto organizacional, por isso, não pode ser reduzido a um conjunto de disposições ou de dados estruturais e técnicos mas deve ser encarado como um conjunto de relações que constitui o vivido dos actores e que testemunha as suas estratégias reenviando para as relações de poder, sobre o qual se funda o construído organizacional dos actores sociais da organização. Nesta perspectiva o funcionamento da organização é o resultado do confronto entre as racionalidades contingentes, múltiplas e divergentes dos actores relativamente livres, utilizando as fontes de poder colocadas à sua disposição.

Crozier e Friedberg atribuem ao poder um papel relevante na organização. " Tudo é poder" -segundo os autores- que o definem como "uma relação de troca e, portanto, de negociação na qual pelo menos duas pessoas estão envolvidas". Esta relação é instrumental, não transitiva e recíproca mas desequilibrada. A relação de poder não tem sentido único. Cada actor controla uma zona de incerteza organizacional cuja amplitude é objecto de negociações. Aliando uma perspectiva psicológica a uma perspectiva económica os autores consideram a existência de quatro fontes de poder que ligam às "fontes de incerteza" da organização:

1. Domínio de uma competência específica (que configura o poder do especialista);
2. Marginal-secante (que nasce de uma relação específica entre a organização e a envolvente);
3. Domínio da informação e da comunicação (o único meio de que alguns membros dispõem para influenciar as decisões repousa justamente na capacidade de dar ou de reter informação);

4. Domínio das regras gerais da organização (através das quais se define, em grande parte, as regras de poder);

Para Crozier e Friedberg o "inventário das racionalidades conflituais que se concretizam e são integradas nos múltiplos jogos organizacionais assim como os micromeios de que são portadores, poderá, nesta perspectiva, constituir, desde agora, um contributo fecundo para a análise das organizações, para a compreensão dos problemas práticos da decisão."

Analisar o hospital como um construído organizacional permite dar sentido e coerência ao vivido relacional dos actores, e, desde logo, encarar a produção de cuidados aos doentes que, vista numa perspectiva meramente funcional, mascara um conjunto de relações de poder entre as diferentes categorias profissionais que protagonizam a divisão do trabalho médico (G. Carapinheiro, 1990).

CAPÍTULO 2

METODOLOGIA

1. Problemática da investigação

A vida de qualquer organização é constituída por uma multiplicidade de decisões, nem todas naturalmente, com o mesmo alcance ou pondo em jogo os mesmos recursos, ou protagonizadas pelas mesmas pessoas. Porém, todas são necessárias à sobrevivência e ao desenvolvimento da organização.

A tipificação das várias espécies de decisão tem merecido por parte de alguns autores bastante atenção. São inúmeros os trabalhos que procuram classificar as particularidades de cada espécie. A classificação mais conhecida, sem ser consensual, é sem dúvida a de H. Igor Ansoff (1965), que distingue três tipos de decisões:

- . As operacionais, que visam a exploração corrente;
- . As administrativas, que asseguram a estruturação organizacional e a obtenção de recursos;
- . As estratégicas, que caracterizam os objectivos de desenvolvimento e as orientações subsequentes da organização.

Para mostrar como as decisões são tomadas, para mostrar como esta estrutura se constitui e evolui ao longo do

tempo em função das manipulações de que é objecto, vamos focalizar a nossa atenção nas decisões mais repetitivas que constituem a trama quotidiana de qualquer organização. Estas decisões operacionais, correntes, manifestam tanto o comportamento da organização em relação ao seu meio envolvente, como as grandes "decisões estratégicas", tomadas ao mais alto nível, e permitem analisar eventuais mudanças nos sistemas de racionalidade que se aplicam e mostrar, em seguida, por que jogos os próprios actores modificaram em seu proveito os campos decisoriais.

Tanto Graham Allison (1971), como A. Pettigrew (1973), demonstraram que as decisões não podem, ou não podem apenas, explicar-se por interpretações racionais ou organizacionais e que, efectivamente, há lugar à negociação, o que determina largamente a escolha operada no final.

Este tipo de decisões, também ditas programadas (Simon, 1947), embora simples e de carácter repetitivo, não são desprovidas de toda a incerteza. São repetitivas porque se tomam sem cessar mas nunca são totalmente desprovidas de incerteza porque condicionam de alguma forma os resultados da organização.

2. A abordagem da organização e o processo de recolha de informação

O acesso às organizações com finalidades académicas é, na maioria das situações que a nossa limitada experiência testemunha, apenas tolerado. O facto da pesquisa não configurar uma necessidade sentida pela administração, mas tão só consentida, criou algumas dificuldades de percurso que se traduziram nomeadamente, na falta de motivação e de disponibilidade dos actores, afastados momentâneamente dos seus postos de trabalho, com maior ou menor constrangimento.

Na abordagem do HGO optou-se, numa primeira fase, pela utilização de conhecimentos pessoais de alguns elementos da administração do hospital, construídos noutros contextos sócio-profissionais, procurando, informalmente, apresentar o tema, objectivos e finalidade da pesquisa e, assim, obter o seu apoio.

Seguidamente apresentou-se, formalmente, o projecto do trabalho a realizar e foi solicitada superiormente a necessária autorização.

Obtido o "Autorizo" da administração meteu-se mãos-à-obra. O primeiro contacto foi estabelecido com os serviços farmacêuticos. A reunião permitiu apresentar o estudo, delimitar o seu campo e referir as finalidades que visava cumprir (obtenção de grau académico). Gradualmente e de acordo com as disponibilidades encetaram-se contactos

com os restantes serviços e órgãos de gestão pertinentes para o desenvolvimento do nosso trabalho.

Ao longo do período da recolha de informação pressentiu-se um clima não só de tensão e de desconfiança como até de alguma perplexidade relativamente ao objecto da nossa pesquisa, naquele preciso momento, porque a situação conflitual que os serviços enfrentavam era pública e notória. Confrontámo-nos, por isso, com discursos feitos de meias palavras, frequentemente em tom inquieto e repetidos silêncios, que nos esforçámos sempre por dissolver, sublinhando, sempre que necessário, o carácter académico do projecto e a nossa completa independência em relação às partes envolvidas e ao hospital.

Analisar uma organização implica conhecer a sua estrutura, as partes que a compõem, as funções que desempenha, o modo como se articulam umas com as outras. Como Mintzberg (1986), refere "é preciso saber como é que os fluxos de trabalho, de informação e de decisão irrigam os órgãos". Para isso, não basta conhecer a sua estrutura formal - aquela que decorre do estatuto constituinte ou do organigrama em uso. Como afirma Fridberg (1988), " as regras formais de uma organização nunca constituem mais do que uma descrição muito aproximativa do seu funcionamento real: o trabalho real afasta-se do trabalho prescrito, as linhas hierárquicas são curto-circuitadas e contornadas, os processos de decisão só muito parcialmente seguem os esquemas teóricos e os percursos reais de resolução de problemas tomam configurações inesperadas e surpreendentes que não

respeitam os limites formais da organização nem a repartição de prerrogativas operadas pelo organigrama". É, também, necessário conhecer igualmente a estrutura informal subjacente "inseparável e inextrincável da estrutura formal", no dizer do mesmo autor.

Para a compreensão da realidade organizacional do HGO recorreu-se à análise dos diplomas legais que estabelecem as suas atribuições e prescrevem o seu funcionamento complementada com dados informacionais e estatísticos produzidos e disponibilizados generosamente pelo hospital e à informação recolhida através de entrevistas, como decorre do método utilizado, o método clínico.

Construíram-se protocolos de entrevistas a partir de um protocolo-tipo que, basicamente, abrigaram dois tipos de tópicos: um focalizado no percurso pessoal e profissional dos entrevistados, (abordando questões relacionadas com antecedentes pessoais, tarefas anteriormente desempenhadas, integração no HGO, funções actuais, posição na estrutura, relacionamento intra e interdepartamentos) e outro mais centrado na organização e funcionamento de alguns órgãos e serviços como a comissão de farmácia e terapêutica, os serviços farmacêuticos e de aprovisionamentos (versando questões sobre as suas finalidades, imagem, representação, formas de coordenação e controlo, entre outras).

Efectuaram-se vinte e duas entrevistas individuais semi-estruturadas com uma duração média compreendida entre os 120 e os 180 minutos cada. Seis das quais à

administração, duas ao presidente da comissão de farmácia e terapêutica, dez a elementos relacionados com os serviços farmacêuticos, duas ao responsável pelo serviço de aprovisionamentos e duas a representantes da indústria. Participaram nas entrevistas pessoal médico, de administração hospitalar, técnico-superior de saúde, técnico de farmácia e administrativo e dois delegados de informação da indústria farmacêutica.

Na sequência da recomendação do método clínico, que se utilizou, foi elaborada uma primeira versão que foi discutida apenas com alguns dos actores, por necessidade de cumprimento de prazos e indisponibilidade de agendas, aos quais se solicitaram críticas e sugestões por forma a tornar esta pesquisa mais realista e a aferir da sua validação.

3 . Método clínico

Quando se trata de recolher informação sobre os mecanismos profundos que animam as organizações humanas, os métodos quantitativos revelam-se frequentemente pobres, se bem que particularmente adequados quando se trata de recolher informação de tipo correlativo ou estatístico. Recorreu-se, por isso, ao método clínico. O método clínico consiste, neste contexto, no estudo aprofundado de um caso. É um método que privilegia a intensidade da investigação em relação ao seu carácter extensivo e a sua compreensão em detrimento da explicação, ou seja, não se procura tanto explicar as relações de causalidade entre os fenómenos, mas sim compreendê-los melhor e o mais aprofundadamente possível.

É verdade que o estudo de um caso, mesmo que de forma aprofundada, não pode conduzir ao estabelecimento de leis válidas susceptíveis de generalização, mas permite, por vezes, descobrir as relações que a experimentação e a estatística, que na aparência podem surgir como mais estruturadas e mais fiáveis, não se apercebem.

O método clínico apoia-se nas seguintes premissas:

- a) É um método global através do qual se observa um sistema social no seu conjunto e sob todos os aspectos;

- b) Implica um processo interactivo que conduz a um longo e lento diálogo com os actores do sistema observado e do qual se aprofunda progressivamente a compreensão;
- c) Conduz a uma visão dinâmica da realidade social, através do estudo dos processos e das leis que guiam a sua mudança e o seu desenvolvimento.

Embora não torne possível a generalização das suas conclusões permite, contudo, chegar a conclusões interessantes e promissoras, por sua vez, de outras hipóteses. Através do mecanismo de retro-acção regular aos actores observados (fonte inestimável de aprendizagem), mesmo em caso de desacordo com as interpretações da investigação - poderão ter boas razões para o fazer - importa, antes de tudo, que a sua reacção seja coerente com as expectativas tidas aquando do estabelecimento das hipóteses. Neste ponto de vista, a fase da restituição das conclusões da investigação ao meio aonde teve lugar, traz indicações preciosas sobre a validade destas.

Finalmente é um método, que é, antes de tudo, uma maneira de abordar o terreno de observação, um estado de espírito feito de abertura e um modo de recolha de dados que deixa inteiro o problema da sua organização e interpretação.

A análise estratégica modelou a organização e a interpretação dos dados recolhidos, constituindo o seu quadro contextual de referência.

3. Análise estratégica

A análise estratégica propõe um modo de interpretação dos dados intimamente ligado a um corpo de premissas teóricas.

Uma dessas premissas postula que toda a acção, toda a decisão, toda a atitude provida de sentido corresponde a uma racionalidade. O desafio que se coloca é o de trazer à tona esse sentido, essa racionalidade, reconstruindo pacientemente o sistema em relação ao qual os fenómenos se tornam lógicos e naturalmente se explicam.

A outra premissa sobre a qual a análise estratégica se apoia é que os comportamentos individuais não se explicam só pelo passado, mas eles são também a manifestação das estratégias que os actores desenvolvem para o futuro. Desde logo compreender e interpretar um comportamento em termos estratégicos implica necessariamente aperceber os objectivos que são perseguidos, isto é, os palcos em causa, as "armas" de que dispõem os actores para levar a cabo as suas estratégias, as obrigações que são as suas na estrutura onde se encontram e os jogos nos quais participam.

Contrariamente ao modelo da "racionalidade limitada" de Simon que recorre à psicologia tradicional para explicar as limitações da capacidade humana para apreender e tratar a informação explicando estes factores pelo passado dos actores que, modelando o seu sistema de valores,

determinaria a sua sensibilidade a um certo tipo de informação pertinente, a sua tendência a recorrer preferencialmente a um certo tipo de soluções, a análise estratégica propõe um outro modelo explicativo.

Segundo Crozier e Friedberg " os actores têm atitudes não em função do passado mas em função do futuro tal como o vêem com os seus recursos e as suas actuais expectativas, ou mais precisamente em função das oportunidades que eles descobrem nos jogos em que participam no seio do sistema de acção estudado e aos quais ajustam os seus comportamentos".

Não se trata de negar, contudo, a incidência do passado dos actores sobre factores como sejam a capacidade de reconhecer e de utilizar os recursos e as oportunidades que se lhes apresentam e compreender o jogo no qual tomam parte e se mostram hábeis. O que é essencial aqui, é o rompimento com o esquema determinista que apresenta um actor inteiramente condicionado pela sua aprendizagem passada e pelo contexto no qual se encontra como se estes não lhe deixassem qualquer liberdade de escolha. A análise estratégica apoia-se sobre um esquema de homem ao qual se lhe reconhece uma dimensão essencial: a liberdade.

Este actor livre tem os seus próprios objectivos. Para os atingir desenvolve as suas estratégias, ou seja, utiliza os recursos de que dispõe da maneira mais judiciosa possível tendo em conta os constrangimentos do momento. Não é jamais inteiramente previsível, ajustando constantemente o seu comportamento aos constrangimentos com

que se depara para daí tirar as vantagens possíveis, através da mobilização dos meios e dos recursos de que dispõe. A escolha, feita assim, pode parecer irracional. Do ponto de vista do actor, porém, não o é. Qualquer que seja a situação não há apenas uma única solução que se lhe imponha ineluctavelmente. Há sempre uma escolha possível e esta escolha é estratégica, isto é, é orientada para um fim que é necessário descobrir. Donde a ideia de que todo o fenómeno, toda a atitude, toda a acção, toda a decisão, tem uma razão de ser, que é preciso pôr à luz.

A compreensão da racionalidade dos fenómenos implica necessariamente a apreensão dos fins e das regras dos jogos em relação aos quais estes fenómenos são estratégicos.

Estes mesmos jogos apoiam-se sobre uma realidade que nem sempre é perceptível de imediato, mas que se torna clara à medida que se conhecem os jogos. Esta realidade, isto é, os elementos que condicionam os jogos em relação aos quais os comportamentos das pessoas se explicam como estratégicos, constitui um sistema de acção concreta. O sistema de acção concreta define-se, por isso, "como um conjunto humano estruturado que coordena as acções dos seus participantes por mecanismos de jogos relativamente estáveis e que mantêm a sua estrutura, isto é, a estabilidade dos jogos e as relações entre si, pelos mecanismos de regulação que constituem outros jogos" (Crozier e Friedberg, 1977).

A análise estratégica aparece desde logo como um modo de interpretação adequada para a investigação que nos propomos levar a termo porque consiste efectivamente na reconstituição do sistema de acção concreta :

1. Em relação ao qual as decisões repetitivas que vamos analisar e das quais não nos apercebemos sempre que a racionalidade tenha um sentido;
2. Que permite compreender os mecanismos de estruturação e de evolução do campo decisional (ou sistema de tomada de decisão) em relação ao qual as decisões aparecem como lógicas.

II PARTE

ESTUDO CLÍNICO

CAPÍTULO 1

ALGUNS DADOS GERAIS

INTRODUÇÃO

O trabalho que se lançou ao terreno comporta várias dimensões. Por um lado, procura apreender uma situação decisional num momento dado. Em Junho de 1993, no momento da nossa investigação, procurou-se circunscrever um sistema de tomada de decisão num serviço hospitalar, a farmácia, e responder a algumas questões como: que tipo de decisões são tomadas, quem são os decisores, de que tipo de informação dispõem, qual a dimensão da conflitualidade existente, como é gerida, quais são os poderes e sobre o que se apoiam.

Por outro lado, tentou-se reconstruir a história deste sistema decisional, no período compreendido entre Junho de 1991 e Junho de 1993, tomando como marcos dois acontecimentos importante: a mudança de instalações do velho hospital distrital para o HGO e a mudança do director clínico, ou seja, procurou-se entender o sistema

que se desenhava à nossa frente em Junho de 1993, observando as modificações nele produzidas naquele período.

Fixaram-se, de forma um pouco arbitrária, dois momentos na vida da organização entre os quais dois acontecimentos marcantes destruíram certos equilíbrios existentes e colocaram em marcha mecanismos de ajustamento que se procuraram estudar e que, de certo, permitirão compreender a situação observada em 1993. Um dos eixos subjacente ao nosso trabalho é, portanto, o tempo ao longo do qual se desenvolve a exposição. O outro eixo será o grau de elaboração de análise. Começaremos por expôr as mudanças mais visíveis para em seguida se entrar em níveis de análise mais aprofundada que permitam compreender melhor as práticas reais dos participantes e elucidar melhor os mecanismos fundamentais das mudanças verificadas.

1. Caracterização do hospital público

O Dec.Lei nº129/77 de 2 de Abril, que aprovou a Lei Orgânica Hospitalar, classifica os hospitais públicos em distritais, centrais, gerais e especializados, caracterizando-os como pessoas colectivas de direito público, dotadas de autonomia administrativa e financeira.

O hospital público tem como primeiro objectivo fornecer cuidados de saúde diversificados, designadamente o tratamento e a reabilitação dos doentes, devendo também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica. É, por isso, reconhecido por alguns autores (Kast e Rozenzweig, 1979, Kaluzny, 1982), como uma organização complexa, que gere importantes recursos e que condiciona e é condicionado pelo sistema de cuidados de saúde onde está inserido e de que faz parte integrante.

O hospital público encontra-se enquadrado no regime de direito administrativo. A sua contabilidade, embora obedeça ao mesmo plano de contabilidade em vigor nas empresas do sector privado, é regida, no que respeita ao regime de aquisições/despesas, pela legislação comum à administração pública e os seus actos estão sujeitos ao controlo dos Tribunais Administrativo e de Contas. Integrado no sector administrativo do Estado, um pouco ao arrepio da sua verdadeira essência, na realidade, como refere Nogueira da Rocha (1986), apesar da autonomia

administrativa e financeira que caracteriza o seu estatuto e dos objectivos empresariais que a sua gestão deve perseguir, existe uma regulamentação administrativa que não deixa de condicionar fortemente o poder dos respectivos órgãos de gestão, nomeadamente no que respeita à política de pessoal e à gestão dos trabalhadores. Os aspectos nobres da gestão dos recursos humanos designadamente o recrutamento, a selecção, a análise e qualificação de funções, as carreiras profissionais, a avaliação do mérito, o estatuto remuneratório, estão sujeitos a regras imperativas decorrentes do Estatuto da Função Pública, fixadas por via administrativa. Os limites legais existentes, se por um lado têm o mérito de uniformizar as relações de trabalho estabelecidas com o principal empregador, o Estado, por outro, são limitativas e impeditivas de formas de gestão mais compatíveis com as necessidades dos trabalhadores. Na prática o hospital acaba por não dispôr de autonomia suficiente para verdadeiramente assumir a sua gestão e responsabilizar-se pelas decisões que tem que tomar. O Estado através do seu papel tutelar decide praticamente tudo.

A introdução de um pretencioso conceito empresarial numa instituição de serviço público, sem as necessárias adaptações aos princípios e aos fins que competem ao Estado, enquanto responsável pela área, também não foi completamente feliz. Por isso mesmo, ultimamente, a situação tem-se agravado porque além da falta de autonomia e da grande indefinição do papel da tutela, que se perde em permanentes ensaios de organização, os

hospitais debatem-se agora com uma grave situação financeira decorrente da descontrolada subida de custos sem as necessárias contrapartidas financeiras.

Enquanto organismo público o hospital está sob a tutela de uma autoridade política. Numa certa medida a dependência dos hospitais públicos do poder político faz da gestão pública uma gestão de ambiguidades. A dimensão, a actividade, o modo de financiamento, a dependência do poder político, a pluralidade dos modos de intervenção dotam o sistema administrativo de uma sensibilidade particular, embora o subtraíam às pressões ordinárias da envolvente, tornam-no mais vulnerável às que entram no domínio do sistema político (C.Campos,1984).

A dimensão do sistema jurídico e o modo de financiamento privilegiam o império da regra, próprio do sistema de gestão burocrática. A modernização dos métodos de gestão, a implementação de sistemas formalizados de controlo de gestão, vão por uma boa parte, directamente em contra-mão das tendências profundas da gestão pública.

As modificações marcantes operadas em Portugal no plano das reformas de gestão do hospital público nas décadas de 70 e 80, limitaram-se à adopção de um sistema prevalentemente electivo na designação dos titulares dos órgãos de gestão, já que, ao nível da estrutura e do financiamento, nada foi alterado. Assim, a organização interna manteve a rigidez tradicional nas suas unidades,

fortemente burocratizadas e estratificadas, com relações de hierarquia praticamente despidas de reservas de autonomia e de responsabilização das unidades intermédias relativamente à direcção do hospital.

Na década de 80, acentuou-se a tendência de direcção colegial, em que salvo o administrador (funcionário de carreira), os demais vogais do conselho de gerência ocupam cargos de natureza electiva cuja assembleia eleitoral é composta pelo universo dos funcionários do hospital público, tendência que a legislação de 1988 fez cessar.

A actual lei de gestão hospitalar (Dec.Lei nº19/88), a segunda revisão da Constituição de 1976, e a nova Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde constituem sinais de viragem nos modelos de organização dos hospitais da rede do Serviço Nacional de Saúde, introduzindo princípios de funcionamento mais flexível, métodos de gestão de tipo empresarial, adopção de regras de financiamento estabelecidos em função de produtividade, reforço da cooperação com o sector privado, o que, na prática, equivale a dizer que se trata de um modelo híbrido que contém não só elementos da estrutura que substitui (verticalização, estruturas rígidas, princípios de gestão pública), mas também elementos de um sistema que abriga os princípios de gestão empresarial (horizontalização, autonomia de unidades intermédias, regras de qualidade e de determinação de eficácia dos serviços prestados).

2. O Hospital de GO (HGO): Estrutura e modelo de gestão.

O HGO., situado na margem sul do Tejo, tendo como área de influência os concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra, serve uma população estimada em cerca de 350 000 habitantes. Dotado, actualmente (Junho de 1993), com cerca de 339 camas, encontra-se ainda longe de atingir a sua capacidade plena estimada em 629, distribuídas por trinta valências.

Conta actualmente com 1204 efectivos dos quais 152 (12,6%) são médicos e um orçamento aproximado de 4,8 milhões de contos.

A estrutura formal do hospital decorre do modelo enunciado no Dec.Lei nº.19/88, de 21 de Janeiro, e do Dec. Regulamentar nº.3/88, de 22 de Janeiro, que aprova a nova Lei de Gestão Hospitalar. Este dispositivo legal introduziu modificações substanciais no anterior modelo organizativo, sobretudo no domínio dos órgãos de gestão. A estrutura formal adoptada é constituída pelos seguintes órgãos :

- . Administração;
- . Direcção Técnica;
- . Apoio Técnico;
- . Participação e Consulta.

Dos Orgãos de Administração

São Orgãos de Administração: o Conselho de Administração, o Director do Hospital e o Administrador-Delegado.

O Conselho de Administração assume as funções deliberativas. É constituído pelo Presidente do Conselho de Administração, que é o Director do Hospital, o Administrador-Delegado, o Director Clínico e o Enfermeiro-Director.

O Director do Hospital é nomeado pelo Ministro da Saúde de entre individualidades de mérito reconhecido, possuindo experiência e perfil correspondente às ditas funções no hospital em causa. O Administrador-Delegado, o Director Clínico e o Enfermeiro-Director são nomeados pelo Ministro da Saúde sob proposta do Director do Hospital e após consulta às comissões médica (para o Director Clínico) e de enfermagem (para o Enfermeiro-Director).

O Administrador-Delegado é nomeado de entre gestores de mérito reconhecido, ligados ou não à função pública e possuindo um currículo respondente às funções a desempenhar. Tanto a nomeação do Presidente do Conselho de Administração como do Administrador-Delegado dependem de critérios subjectivos (mérito reconhecido, perfil adequado) o que acentua o carácter político deste tipo de designações. O mandato dos titulares dos órgãos é de três anos, renováveis por iguais períodos.

Do Conselho de Administração

O Conselho de Administração é o órgão responsável pela definição dos princípios fundamentais que devem enformar a organização e o funcionamento do hospital, pelo acompanhamento da sua execução e pela respectiva avaliação periódica, conforme determina o Dec. Regulamentar nº 3/88.

Do Director

Preside ao Conselho de Administração e ao Conselho Técnico. Propõe ao Ministro a nomeação e a exoneração dos outros membros do Conselho de Administração. Representa o hospital em todas as instâncias e faz cumprir as normas legais e regulamentares aplicáveis.

Do Administrador-Delegado

É o órgão executivo por excelência, e o garante da execução de todas as decisões relativas à realização das finalidades do hospital, competindo-lhe:

- a) no domínio financeiro - preparar os orçamentos, assegurar a regularidade da cobrança das receitas e do pagamento das despesas com as aquisições de bens de consumo e de prestação de serviços, de obras de conservação e de ampliação e remodelação das instalações, autorizar a introdução de novos produtos de consumo hospitalar;
- b) em matéria de organização - preparar os planos anuais e plurianuais do hospital, propôr a adopção de medidas

- com vista à melhoria do funcionamento dos serviços, elaborar os relatórios mensais, trimestrais e anuais do hospital e praticar uma política de informação que permita a funcionários e clientes um conhecimento correcto dos aspectos essenciais do seu funcionamento;
- c) em matéria de administração de bens - desenvolver as providências necessárias à conservação do património;
 - d) em matéria de gestão de recursos humanos - propôr a admissão de pessoal, de acordo com o plano anual, aprovar os horários e as férias do pessoal.

Dos Orgãos de Direcção Técnica

Constituem estes Orgãos: o Director Clínico e o Enfermeiro-Director.

Do Director Clínico

Coordena a assistência aos doentes e assegura o funcionamento harmonioso dos serviços de prestação de cuidados. No exercício das suas funções é assistido por dois adjuntos livremente escolhidos por si. Preside à Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Do Enfermeiro-Director

Exerce as suas competências nos domínios ligados à gestão do pessoal de enfermagem, à qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes e à coordenação entre os planos de acção dos serviços. Pode igualmente ser

assistido no exercício das suas funções por dois adjuntos, por si livremente escolhidos.

Dos Orgãos de Apoio Técnico

São Orgãos de Apoio Técnico: O Conselho Técnico, a Comissão Médica, a Comissão de Enfermagem e a Comissão de Farmácia Terapêutica.

O Conselho Técnico, a Comissão Médica e a Comissão de Enfermagem exercem as suas competências pronunciando-se, respectivamente, sobre os regulamentos internos e sobre a criação ou extinção de serviços, apoiam tecnicamente o Director Clínico e o Enfermeiro-Director do hospital.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica é constituída por médicos e técnicos superiores de farmácia (50% para cada corpo). Os membros médicos são designados pela Comissão Médica. Os farmacêuticos pelo pessoal técnico superior de farmácia do quadro do hospital. Preside à Comissão o Director Clínico. Reune apenas quando convocada pelo seu presidente e tem as seguintes competências:

- a) de natureza consultiva - actua como órgão consultivo e de ligação entre os serviços de acção médica e os farmacêuticos, pronuncia-se sobre a correcção da terapêutica prescrita aos doentes, por solicitação do seu presidente, aprecia os custos da terapêutica, por serviço, emite parecer sobre a aquisição de medicamentos não constantes do formulário hospitalar

ou sobre a introdução de novos produtos no consumo hospitalar;

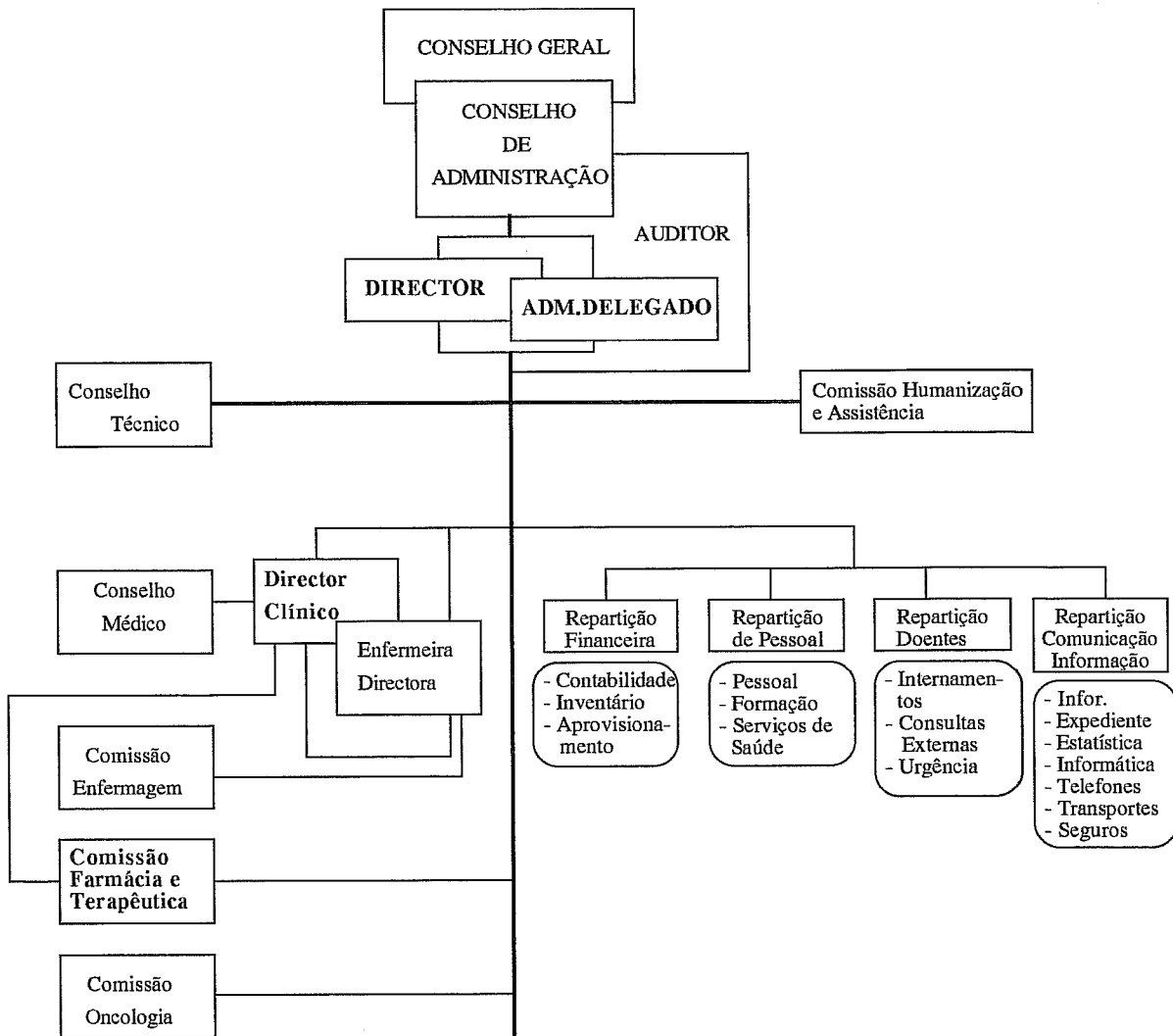
- b) de natureza operativa - procede à actualização do formulário e do manual de farmácia e zela pelo seu cumprimento;

Do Orgão de Participação e de Consulta

O Conselho Geral. Aprecia as estatísticas do movimento assistencial e outros documentos que permitam acompanhar a actividade global do hospital, dá parecer sobre os seus projectos de planos anuais e plurianuais bem como sobre os seus relatórios de execução e dirige ao Conselho de Administração as recomendações que entender convenientes, tendo em vista a optimização do funcionamento da instituição.

O modelo organizacional decorrente dos aludidos instrumentos legais assenta numa estrutura de tipo matricial em que se articulam os serviços prestadores de cuidados com os serviços complementares, uns e outros integrados em centros de responsabilidade e de custo.

H.G.O.
Organograma previsual



PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS		SERVIÇOS AUXILIARES
Clínicos	Complementares	
MEDICINA INTERNA	ANESTESIOLOGIA	ALIMENTAÇÃO
CARDIOLOGIA	IMAGIOLOGIA	LAVANDARIA
PNEUMOLOGIA	LAB. ANAL. CLÍNICAS	LIMPEZA
NEFROLOGIA	LAB. ANAT. PATOLOGIA	MANUTENÇÃO
ENDOCRINOLOGIA	IMUNOHEMOTERAPIA	SEGURANÇA
REUMATOLOGIA	FISIATRIA	VIGILÂNCIA
DERMATOLOGIA	HOSPITAL DE DIA	JARDINAGEM
NEUROLOGIA	SERVIÇO DOMICILIÁRIO	
GASTROENTEROLOGIA	CUIDADOS INTENSIVOS	
PEDIATRIA	BLOCO OPERATÓRIO	
CIRURGIA GERAL	URGÊNCIA	
CIRURGIA VASCULAR	ESTERILIZAÇÃO	
CIRURGIA CARDIACA	FARMÁCIA	
MAXILO-FACIAL	SERVIÇO SOCIAL	
NEUROCIRURGIA	DIETÉTICA	
OFTALMOLOGIA		
OTORRINO		
UROLOGIA		
ORTOPEDIA		
GINECOLOGIA		
OBSTETRICIA		

3 . Caracterização da organização e do funcionamento da farmácia do HGO.

A farmácia do HGO é um serviço complementar. Em termos funcionais depende do Administrador-Delegado e a nível intermédio de uma Administradora Hospitalar. A tutela técnica compete ao Director Clínico. Coopera directamente com diversos serviços designadamente com os de internamento, contabilidade/aprovisionamento e participa em várias comissões como sejam a de farmácia e terapêutica, de antibióticos, de higiene hospitalar e de nutrição.

Os serviços farmacêuticos são coordenados por um técnico superior de saúde - ramo farmacêutico -, que assegura a sua organização e gestão correntes. Dispõe de mais dois técnicos superiores, de seis técnicos de farmácia (carreira técnica), de três técnicos auxiliares e de um oficial administrativo. A gestão intermédia aprecia as propostas que lhe são submetidas e decide se se encontram no âmbito da sua competência. Em caso contrário, aprecia e remete-as para decisão à administração. Participa nos júris dos concursos públicos de aquisição dos medicamentos e acompanha a actividade da farmácia na perspectiva de um centro de custo.

A introdução de novas especialidades farmacêuticas no consumo hospitalar é da competência do Administrador-Delegado, conforme decorre da Lei de Gestão Hospitalar, devidamente suportada em parecer técnico fundamentado pela Comissão de Farmácia e Terapêutica.

No cumprimento da sua missão fundamental a farmácia fornece atempadamente os medicamentos necessários ao tratamento dos doentes internados. Contudo não se esgota nesta finalidade. A farmácia desenvolve uma pequena actividade de produção de manipulados e de preparações pediátricas e oncológicas e ainda acções no campo da informação de medicamentos, sanitária e de apoio aos profissionais de saúde quando solicitadas.

A farmácia assegura o seu funcionamento no período compreendido entre as 8 e as 20 horas, de segunda-feira a sábado, em regime escalar.

Quase todos os serviços de internamento do hospital são servidos, no que respeita ao fornecimento interno de medicamentos pelo "sistema de distribuição de dose unitária". Este sistema consiste essencialmente no avio individualizado, para cada doente, para um período de 24 horas, dos medicamentos prescritos. Na prática equivale a dizer-se que os medicamentos receitados, sob a designação do nome genérico, são enviados diariamente para os respectivos serviços de internamento, em cassetes compartimentadas com várias gavetas. Cada gaveta está rotulada com o nome do doente, número da cama e serviço e contém os medicamentos arrumados por horário de administração. O avio dos medicamentos é feito pelo pessoal técnico, a partir do perfil terapêutico elaborado pelo farmacêutico, que os distribui, segundo o horário de administração, por gavetas rotuladas com os nomes dos doentes, número da cama e serviço de internamento, para posteriormente serem transportados em pequenos carros pelos auxiliares de acção médica aos diferentes

serviços, nos quais serão conferidos com o enfermeiro a partir do seu “kardex” antes do início de cada turno.

Os técnicos superiores encarregam-se da verificação da conformidade do receituário, nomeadamente quanto às formalidades de justificação, da interpretação e da sua transcrição para as fichas individuais dos doentes, construindo o seu perfil fármaco-terapêutico. Estas fichas têm uma dupla finalidade: por um lado permitem ao farmacêutico apurar os custos terapêuticos por doente e a sua imputação ao respectivo serviço e, por outro, detectar eventuais erros de prescrição ou de dosagem ou ainda identificar oportunidades de intervenção quanto ao esclarecimento de vias de administração e de interacções de medicamentos.

Os farmacêuticos não participam na discussão dos processos dos casos clínicos. As escolhas terapêuticas decorrem apenas dos diagnósticos e das concepções terapêuticas dos médicos.

Estabelecem-se, por vezes, entre os clínicos e os farmacêuticos situações de tensão quando estes últimos detectam casos pouco conformes com as regras ou erros de prescrição ou de dosagem. Criam-se igualmente situações de tensão quando, por ausência do médico prescriptor, há necessidade de recorrer ao médico da urgência para clarificar alguma situação. Desagradados quando chamados à atenção, sobre enganos, esquecimentos ou omissões, os médicos exigem que essa chamada de atenção seja feita de “forma delicada”,

rodeada de algum cuidado, impondo uma negociação de saberes numa relação desigual de saber-poder que lhes permite manter intacta a relação de poder que resulta da autoridade e das responsabilidades médicas na produção de cuidados.

Os médicos aceitam mal a necessidade de justificar as escolhas terapêuticas. (Um farmacêutico).

Os médicos são ignorantes relativamente às dosagens e à biodisponibilidade. O farmacêutico quando detecta erros deve chamar a atenção do médico com toda a educação. (Director do hospital).

Para poder cumprir a sua missão principal, ou seja, fornecer em tempo os medicamentos necessários, a farmácia recorre a três tipos de formalidades para se poder abastecer: ao aprovisionamento central, organizado pela Secretaria Geral do Ministério da Saúde, à abertura dos seus próprios concursos e, ainda, a aquisições directas até ao limite de 40 contos. O aprovisionamento central apenas permite satisfazer uma parcela das necessidades do hospital, nomeadamente as que significam maior encargo financeiro. As necessidades restantes são supridas através de concursos promovidos pelo próprio hospital.

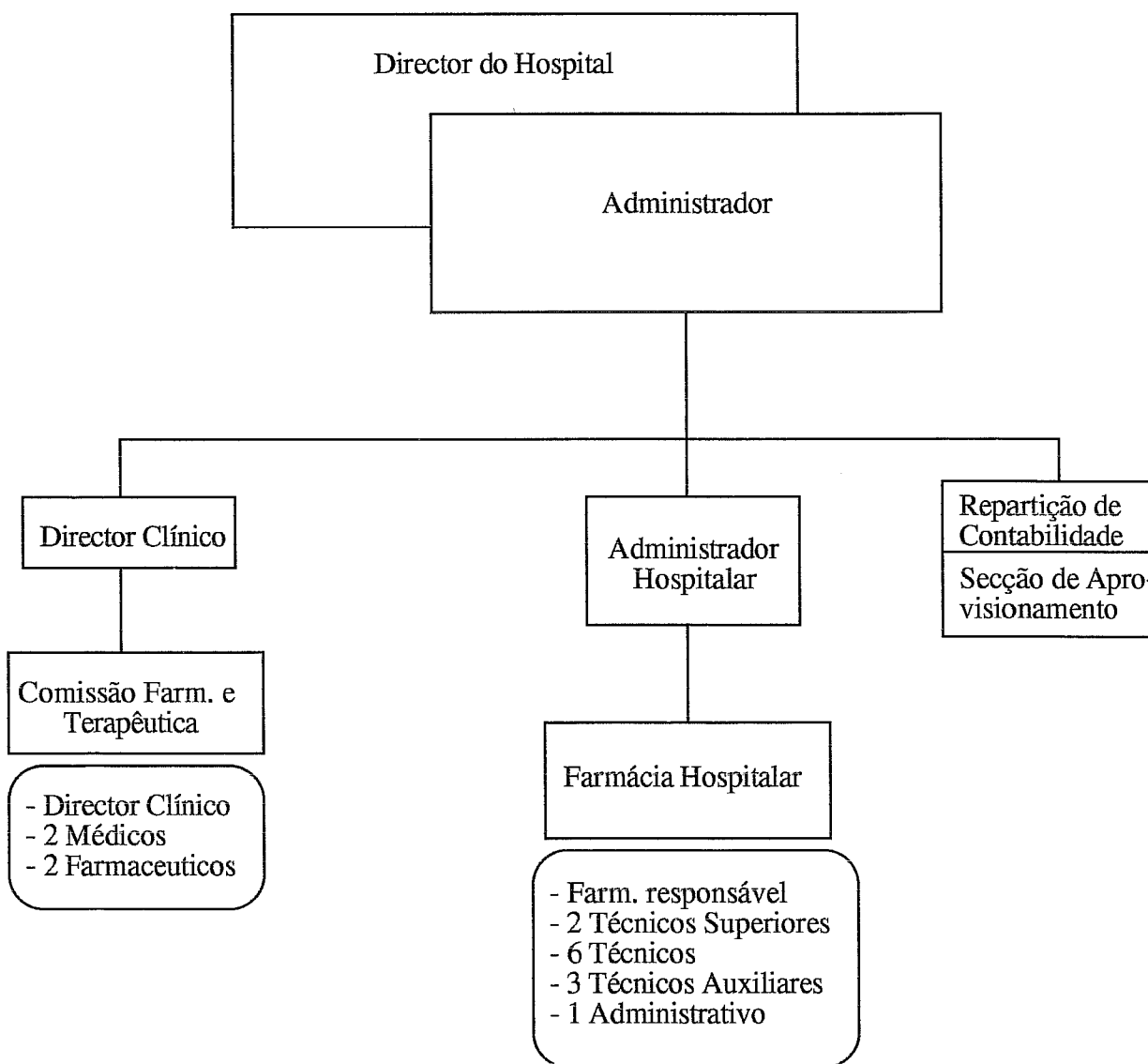
Nos termos do Dec. Lei nº. 211/79 de 12 de Julho, conjugado com o Dec. Lei nº. 227/85 de 4 de Julho, existem três tipos de formalidades: consulta ao mercado, por convite a três firmas, pelo menos, quando o volume de

encargos não ultrapassa o limite de 800 contos. Concurso limitado, com dispensa de algumas formalidades designadamente publicitação e encurtamento dos prazos, até ao limite de 4000 contos e, finalmente, os concursos públicos internacionais quando o volume de aquisições estimado ultrapassar 35.600 contos (contravalor para 1994), conforme determina o Dec. Lei nº 24/92, de 25 de Fevereiro. O processo de concurso é conduzido por uma comissão composta pela administradora hospitalar responsável pela farmácia e dois membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica (um farmacêutico e um médico) que procede à escolha técnica dos produtos. A quantificação dos encargos, o processo de adjudicação e contratação é da competência do serviço de aprovisionamento.

A estocagem de produtos, em princípio, garante o funcionamento normal da instituição durante um período de cerca de dois meses.

A parcela dos encargos com medicamentos no orçamento hospitalar ocupa o segundo lugar, logo a seguir ao encargo dos salários do pessoal. No ano de 1992, representou 195 mil contos. No primeiro semestre de 1993, os encargos atingiram o montante de 156 mil contos, totalizando 421 mil contos no final do ano. É difícil perceber, no caso em presença, a evolução dos gastos com medicamentos designadamente como se comporta relativamente aos valores internacionalmente aceites que admitem como valores médios 5 a 10% do orçamento, dado que o hospital não tem parado de crescer.

ORGANOGRAMA DA FARMÁCIA DO HGO



CAPÍTULO 2

A TOMADA DE DECISÃO NOS PROCESSOS DE AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

1. A prática terapêutica

O consumo de medicamentos nos hospitais públicos assenta, basicamente, numa prática comum de terapêutica condicionada regulada desde 1964, pelo Formulário Nacional de Medicamentos que define o conjunto dos medicamentos que deve existir no hospital e inclui um conjunto de orientações aos seus utilizadores, nomeadamente médicos e enfermeiros, no que se refere à composição e dosagem dos medicamentos. A existência do Formulário traduz uma preocupação com o sobreconsumo crescente de medicamentos dos quais uma fracção considerável, segundo a Comissão responsável pela sua actualização, diz respeito -por razões de vária ordem- a produtos de actividade terapêutica muito discutível ou praticamente nula. Pelas suas características intrínsecas o Formulário não pode conter os medicamentos de introdução mais recente no mercado farmacêutico. A Comissão de Actualização considera este facto como positivo, já que defende uma fase de experimentação durante os dois primeiros anos de emprego clínico generalizado, a não ser que se esteja em presença de um medicamento que venha preencher uma lacuna

terapêutica ou se reconheça que tenha uma actividade de “life saving”.

Embora de cumprimento obrigatório o Formulário Nacional deve ser entendido fundamentalmente como um instrumento de orientação virado para a disciplina e para a educação terapêutica, não devendo, por isso, constituir um travão absoluto à liberdade de prescrição do médico.

Além do Formulário Nacional o HGO dispõe de um outro formulário, elaborado pela farmacêutica-coordenadora com base na classificação de medicamentos pelo sistema ATC (Anatomic Therapeutic Classification) aprovado pela Organização Mundial de Saúde, que permite a análise dos consumos. Este formulário resultou de um processo negocial encetado com os diversos serviços e procura responder às suas necessidades específicas. Poder-se-á dizer, relativamente a este último, e sem preocupação de grande rigor, que o formulário contém essencialmente três grandes grupos de medicamentos. Um primeiro grupo constituído por medicamentos de prescrição livre, um segundo que carece de utilização justificada e um terceiro reservado aos directores de serviço.

Há ainda um conjunto de protocolos de normalização terapêutica elaborados, por alguns tipos de patologias, aprovado pelas Comissões de Farmácia e Terapêutica e de Antibióticos que definem a prática terapêutica a utilizar naquelas situações.

As escolhas terapêuticas para cada caso clínico são da responsabilidade do médico assistente e dos internos de

especialidade podendo o chefe do serviço nas reuniões clínicas semanais alterar ou não o plano terapêutico. Embora os farmacêuticos tenham especiais atribuições na área do medicamento, raramente são convidados a participar na construção dos casos clínicos. As zonas de qualificação, de responsabilidade e de decisão dos farmacêuticos são determinadas pelos médicos, definindo o que esperam destes. Assim estabelecem-se múltiplas situações de tensão no quotidiano dos serviços, podendo ser ou não acompanhadas de processos específicos de negociação donde podem resultar significativas expansões ou contracções dos campos de exercício dos saberes do farmacêutico.

As coisas estão a mudar sobretudo com os médicos mais jovens. O que se pede hoje à Farmácia é bem diferente do que se pedia há 20 anos. Há uma evolução na visão da farmácia. (Um farmacêutico).

O farmacêutico é o técnico do medicamento nos termos da Lei, mas esse reconhecimento ainda está por fazer. Os médicos não querem abdicar facilmente deste terreno (Administrador-delegado).

2 . A COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

A Comissão de Farmácia e Terapêutica é um órgão de apoio técnico. É de composição bipartida. Composta por cinco elementos, dos quais dois pertencem à classe médica e são designados pela Comissão Médica, dois são membros da classe farmacêutica cooptados de entre os técnicos superiores da Farmácia. Preside à Comissão o Director Clínico do hospital a quem cabe a competência para a sua convocação.

As atribuições da Comissão têm uma tripla natureza. Consultiva, emitindo pareceres, a pedido do seu presidente, sobre a correcção da terapêutica prescrita aos doentes e sobre a aquisição de medicamentos não constantes dos formulários e de ligação entre os serviços de acção médica e os farmacêuticos. Operativa, procedendo à actualização do formulário e do manual da farmácia. Arbitral, dirimindo a conflitualidade técnica resultante das diferentes racionalidades funcionais de que são portadores estes actores sociais.

No HGO a presidência desta Comissão foi delegada pelo director clínico (director do hospital) no director do Serviço de Pediatria, cujo mandato terminou com a entrada do novo director clínico, que se verificou em Novembro de 1992.

Durante a presidência do Director do Serviço de Pediatria, doutorado na Suíça, com percurso clínico naquele país e

nos E.U.A., familiarizado com culturas de eficácia e de eficiência, a Comissão impôs a si própria vários desafios, designadamente: fomentar a utilização da designação genérica do princípio activo como forma de prescrição e não a designação comercial do medicamento; estimular a adesão dos profissionais de saúde ao sistema da distribuição de dose unitária; definir uma política de medicamentos baseada na elaboração de um formulário de medicamentos adequado às necessidades específicas do hospital; adquirir um computador para ligar à base de dados CIM (Centro de Informação do Medicamento) da Ordem dos Farmacêuticos para poder recolher rapidamente a informação necessária sem estar dependente da informação oferecida pela indústria; aumentar os recursos bibliográficos ligados à temática farmacológica; promover sessões clínicas para análise e discussão dos problemas relacionados com medicamentos e a prática terapêutica; regular as visitas dos delegados da indústria; adoptar uma postura de grande rigor relativamente à introdução de novos medicamentos e de preocupação de racionalização dos meios.

Sob a presidência do novo director clínico (ocorrida em Novembro de 1992), a Comissão de Farmácia e Terapêutica experimental, inicialmente, algumas dificuldades de funcionamento a que não terá sido alheia, decerto, a representação deste, sobre o que deve ser o seu papel e as suas atribuições.

A Comissão deixou de funcionar enquanto órgão técnico. Várias vezes pedi, por escrito, a sua convocação para

discussão de assuntos importantes. Era informada que “a farmácia deve comprar tudo. Só faz um bom trabalho se comprar o que os médicos lhe mandam”. (Farmacêutica-coordenadora).

As reuniões da Comissão de Farmácia e Terapêutica tinham uma visão pedagógica, hoje é administrativa, reunindo quase exclusivamente para despacho (Um Membro da Comissão).

3. A informação utilizada para a tomada de decisão

A tomada de decisão no processo de aquisição de medicamentos socorre-se basicamente de dois tipos de informação. Uma de natureza mais prospectiva ligada ao aparecimento de novos fármacos no mercado e outra de natureza marcadamente recorrente.

A primeira é essencialmente veiculada pelos médicos. Estes profissionais constituem o alvo privilegiado do marketing da indústria farmacêutica, o que lhes confere um controlo importante sobre este tipo de informação. Embora a farmácia também possa ser contactada pelos delegados da indústria a estratégia dos representantes das marcas continua a ser orientada preferencialmente para o médico.

A segunda é recolhida pela própria farmácia tendo em conta os produtos consumidos no ano anterior. Tem como pano de fundo os medicamentos constantes dos formulários e dos protocolos de normalização terapêutica.

Como adiante se verá, mais detalhadamente, os processos de decisão, conforme o tipo de informação em que se apoiam, desenham contextos decisoriais próprios. Estes diferentes contextos decisoriais determinam o campo no qual os actores implicados poderão usar da sua capacidade de intervenção.

4 . Os processos de aquisição de medicamentos

A responsabilidade técnica da aquisição de medicamentos e produtos farmacêuticos cabe ao farmacêutico. É este profissional que decide, relativamente aos produtos constantes dos formulários e dos protocolos, quer os produtos a comprar quer as suas quantidades.

Relativamente aos novos medicamentos, não incluídos nos instrumentos de terapêutica condicionada, há todo um ritual processual a cumprir até à sua introdução no consumo hospitalar. Em geral o processo é desencadeado pelo médico, normalmente o director do serviço, que prescreve um determinado medicamento que não existe no consumo hospitalar. O médico fundamenta o pedido do fármaco e remete-o à farmácia. A proposta, devidamente justificada, apoia-se na descrição de um caso clínico ou simplesmente advoga os aspectos mais positivos da droga. A farmácia prepara um pequeno dossier sobre o medicamento para apreciação da Comissão de Farmácia e Terapêutica. Nas situações em que a Comissão tiver emitido parecer favorável a proposta deverá ainda ser presente à consideração do administrador-delegado para decisão final. O administrador-delegado (gestor não-médico) analisa a correcção dos procedimentos processuais e quando conformes, em regra, limita-se a concordar, com base na fundamentação que lhe é apresentada. Autorizada a aquisição do novo

medicamento, este passa a pertencer ao formulário do HGO, sob a forma de medicamento livre de uso restrito. Em determinadas situações a autorização de aquisição do novo medicamento pode ser condicionada. O médico prescritor fica comprometido à apresentação de resultados.

Em média, até Novembro de 1992, eram integrados no consumo hospitalar cerca de uma dezena de novos medicamentos por ano, constituindo novas adendas ao formulário. A situação presente alterou-se de forma significativa. Anualmente são introduzidos cerca de uma centena.

5. O prescritor-decisor: autonomia e estatuto de perito

Como já se referiu, o consumo de medicamentos no hospital realiza-se num quadro de terapêutica condicionada, balizado pelo formulário nacional de medicamentos e pelo formulário do HGO e ainda pelos protocolos de normalização terapêutica, os quais, embora de cumprimento obrigatório, não constituem travão absoluto à liberdade de prescrição do médico.

O acto de prescrição do medicamento permanece como uma competência exclusivamente médica pelos saberes e pelas competências de que o médico é portador para tratar, curar e reabilitar os doentes, aparecendo detentor de um poder de perito, que no caso do hospital, orientado, antes de tudo, para a prestação de cuidados aos doentes, joga um papel preponderante. O papel do perito emana da sua especialização e dos conhecimentos técnicos que detém e que fazem com que seja considerado como o mais apto para tomar certas decisões, sobretudo em contexto de incerteza. O perito aparece como aquele a quem, em nome da sua formação e da sua experiência, se atribui a responsabilidade de reduzir certos aspectos específicos de incerteza com a qual a organização se encontra confrontada. Possui, por isso, um poder independente da sua posição na hierarquia e revela-se na medida em que as suas decisões se impõem aos outros membros e influencia a orientação da actividade da organização (P. Huard, 1977).

A matriz do saber médico, como afirma G. Carapinheiro (1990), repousa num conjunto de competências científicas e técnicas para estudar doenças, tratar doentes e inovar processos de diagnóstico e de tratamento com base em saberes de que são os únicos detentores. A monopolização destes saberes constitui um capital de valor inestimável e de importância indiscutível não só pela sua natureza intrínseca mas principalmente por se traduzir no acesso a posições de autoridade, prestígio e influência sociais, sustentadas pela utilidade social da actividade médica. Mas, para além de ser um saber de natureza estritamente técnico-científico, é também um saber associado a uma importante dimensão simbólica, através da transfiguração do saber científico nos sinais e símbolos que demonstram constantemente o poder de tratar e de curar, o poder mágico de "salvar". Corresponde à percepção do saber médico como um saber "sagrado", como definição de território "consagrado" de actuação insusceptível de ser invadido por quem se considera que não tem e, se tem, não deve usar nenhuma forma de saber prática ou teórica próxima dos limiares do poder mágico de resgatar uma vida aos mecanismos da morte. Define-se um domínio onde nada se negocia e a nada se transige e em que se espera que, quem ouse intervir, não o faça sem receber previamente a concessão provisória do privilégio de partilhar a magia de salvar.

Este estatuto confere ao médico uma autonomia e uma autoridade raramente contestadas. Ou seja, ao abrigo deste estatuto o decisor "decide pelas suas próprias leis", isto é, as decisões tomadas obedecem a um padrão de racionalidade, próprio do grupo médico.

Na origem desta atitude encontra-se sem dúvida também o processo de socialização dos médicos que, pela formação e prática, os conduz a partilhar a mesma concepção da sua actividade e a mesma ética profissional, ambas viradas para os problemas médicos pontuais com exclusão de quaisquer outras considerações.

Trata-se, por isso, de um modelo simples onde um grupo de actores, porque controla uma zona de forte incerteza, ganhou a capacidade de aplicar, só e sem contróle, o seu próprio sistema de racionalidade. Esta racionalidade é detida pelo grupo dominante porque é o mais apto para dominar a incerteza da organização, adquirindo relativamente à administração um poder estratégico que lhe advém desse reconhecimento.

6. O papel da Indústria Farmacêutica

Os medicamentos estão incluídos num sistema de comparticipação o que, na prática, significa que, do preço total do fármaco, grande parte é suportado pelo Estado, ou seja, directa ou indirectamente este é o principal suporte das empresas de medicamentos. O Governo pretende conter a evolução dos gastos com a saúde, onde se incluem naturalmente os medicamentos, em boa parte comparticipados pelo respectivo orçamento, através de algumas medidas legislativas recentes.

O modelo de consumo de medicamentos assenta fundamentalmente no poder dos laboratórios, no poder dos médicos e na coincidência dos interesses entre uns e outros. O poder da indústria farmacêutica vem do seu poder económico, do regime de patentes e dos processos de marketing que utiliza. A indústria e as classes médica e farmacêutica vivem uma situação de grande promiscuidade a que não é alheia a penúria do orçamento hospitalar, favorável a um enfeudamento destes profissionais à indústria, provocando acentuada redução da sua independência. Cursos de pós-graduação, trabalhos de investigação, congressos, reuniões científicas, publicação de trabalhos, nada se faz sem o patrocínio dos laboratórios, ou seja, o ensinamento pós-universitário, sobretudo médico, repousa largamente no contributo da indústria farmacêutica.

Uma proporção importante do corpo médico desenvolve boas relações com os laboratórios e sabe que depende do seu apoio para concretizar determinado tipo de actividades que pode ir desde o patrocínio de uma dada acção científica, assinatura de revista técnica até ao apetrechamento instrumental para o seu serviço.

A indústria farmacêutica aborda o corpo médico através dos seus delegados de informação. O perfil escolar destes delegados é cada vez mais diferenciado por forma a aumentar a credibilidade e a eficácia da sua mensagem. A abordagem é feita individualmente e a apresentação dos medicamentos é normalmente segmentada por patologias e apoiada em estudos documentados, regra geral desenvolvidos com o apoio do próprio laboratório. A intervenção da indústria tem como objectivo último fidelizar o médico (prescritor) ao laboratório quer relativamente aos produtos já consumidos, sobretudo se se verificar abaixamento dos níveis de consumo de qualquer dos produtos fornecidos, quer relativamente à apresentação de novos fármacos. Esta fidelização é frequentemente acompanhada de reforços positivos. Nos termos do art.º n.º 75 do Decreto Lei n.º 72/91, de 8 de Fevereiro, os prescritores só podem aceitar (em termos pessoais) “objectos de valor intrínseco insignificante”. Daí que as contrapartidas, por vezes, possam ser negociadas em termos de benefícios indirectos, ou seja, são os próprios serviços os destinatários desses benefícios que podem revestir a forma de apetrechamento técnico e/ou patrocínio científico. Este tipo de contrapartidas já não está ao alcance do simples delegado ou de qualquer médico do serviço. É ao nível de Director do Serviço e ao nível de

Product Manager que a negociação tem lugar. O que se acabou de afirmar corresponde a uma prática corrente admitida frontalmente em inúmeras instituições hospitalares e não se deve confundir, segundo aqueles, com qualquer comportamento de corrupção.

Os delegados da indústria influenciam frequentemente o consumo, é fácil ver pelo rasto que deixam atrás si ligando o consumo à marca que representam.

O delegado chegava a dizer-me “reforce o stock do produto X, porque esta semana vou intensificar a campanha”, quando respondia que o stock era suficiente e que a compra era desencadeada pelo médico, respondiam “não há problema”, uma ou duas horas depois apareciam na farmácia as requisições devidamente justificadas com base em casos clínicos. Por fim acabava por ter de comprar de emergência (Farmacêutica- coordenadora).

O Estado, consente, convida e premeia, segundo as palavras de um director de serviço do hospital. Assiste-se, assim, a uma concorrência de protagonização de vários interesses que não só os estritamente médicos, mas também os que decorrem das relações privilegiadas entre estes profissionais, nomeadamente directores de serviço e a indústria farmacêutica, assumindo esta um comportamento próprio de uma coalizão externa (Cyert e March, 1963).

Sobre o papel da indústria farmacêutica recolheram-se dois tipos extremados de representações:

a)

. *Os delegados são uma praga necessária. Sem eles não teríamos informação. É através deles que conseguimos informação sobre áreas de investigação de ponta (Um farmacêutico).*

. *A indústria é um valioso auxiliar, facilita-nos o acesso aos seus bancos de dados . (Um farmacêutico).*

. *Sem a indústria não poderíamos adquirir livros ou revistas científicas. A não ser que o dinheiro saísse do nosso bolso . (Um médico).*

. *Sem a indústria não havia formação e a publicação de trabalhos científicos diminuiria consideravelmente. (Um médico).*

. *O papel da indústria é de mecenato, apoia a formação do médico, a sua formação e, por vezes apetrecha bibliotecas e até serviços. (Director clínico actual).*

. *O marketing farmacêutico é muito poderoso. Faz-se sentir a todos os níveis até ao nível político. (Administrador-delegado).*

b)

. *A informação da indústria é na maioria das vezes enviesada. Oferece pouca confiança e não serve como base de formação para nenhum profissional de saúde. A*

informação da indústria que merece crédito não é veiculada nem pelos delegados nem utilizada pelo marketing.

Dentro do hospital a informação sobre medicamentos cabe à farmácia devidamente orientada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica. A indústria desenvolve actividades paralelas e em sentidos opostos. Esta é uma área que necessita de regras e de muito controlo. A indústria se oferece alguma coisa é porque recolhe mais. Não são instituições de caridade, têm que ter lucro para poderem existir. Eles não são ingénuos nem se assumem como tal. (Farmacêutica-coordenadora).

. Os delegados da indústria não são necessários para nada. Trata-se apenas de uma questão cultural e histórica. O problema é o desemprego. (Membro da Comissão de Farmácia e Terapêutica, Médico).

Os delegados da indústria são uma péssima fonte de informação. (Director do hospital).

. São uns parasitas, incultos, aliciadores, incapazes de fazer outra coisa. A informação da indústria é mera propaganda. É preciso uma lei mais forte do que a existente, como em França, para acabar com isto. (Director do hospital)

A “Lei Veil”, promulgada em Janeiro de 1993, pela ministra francesa da Saúde proíbe, pura e simplesmente, seja a que título fôr, receber quaisquer vantagens, em dinheiro ou em espécie, da indústria farmacêutica, sob

pena de multa pesada, prisão até dois anos e interdição do exercício da Medicina até dez anos.

No HGO não se conhecem ofertas institucionais, mas o patrocínio de reuniões científicas, de deslocações ao estrangeiro para participação em congressos são frequentes, bem como o pagamento de assinaturas de revistas científicas.

CAPÍTULO 3

ELEMENTOS HISTÓRICOS

1. O Hospital distrital de A. (HDA)

O HDA antecessor do HGO, vulgarmente designado por "Hospital Velho", era uma unidade modesta, de âmbito distrital, sem grandes recursos tecnológicos.

Em 1989, dispunha de 60 camas, distribuídas por doze especialidades e de um orçamento de 400 mil contos. Asseguravam as suas finalidades 80 efectivos, dos quais 16 (20%) eram médicos. Registava uma taxa de ocupação média, não obstante uma urgência movimentada.

A sua desadequação às necessidades de saúde da população da sua área de influência determinou a construção do HGO.

Assim o conselho de administração do HDA nomeado em 1989, tinha não só a missão de o administrar mas também a incumbência de preparar a abertura do novo hospital (HGO). Para o novo hospital transitou o pessoal do HDA, acrescido de um conjunto de efectivos gradualmente aumentado, de acordo com o planeamento da abertura dos diversos serviços.

2. Caracterização do funcionamento e da organização da farmácia do HDA.

O serviço farmacêutico do Hospital Velho, marcado por um estilo de gestão artesanal e rotineiro, associado a uma grande centralização de decisões, contava em 1991, último ano de funcionamento antecedente à mudança para o novo hospital, com cinco efectivos: um técnico superior que coordenava o serviço, dois técnicos de farmácia, um auxiliar de acção médica e um oficial administrativo. A farmácia, além de adquirir e de fornecer os medicamentos às enfermarias, produzia também alguns produtos, designadamente soluções desinfectantes, manipulados e preparações várias. Neste quadro cabia ao técnico superior a supervisão e orientação da farmácia, o relacionamento com os delegados da indústria, a aquisição de medicamentos e a conferência das facturas. Os técnicos encarregavam-se das preparações que realizavam sob a supervisão técnica da farmacêutica e aviavam os "consumos" requisitados à farmácia pelas enfermeiras dos serviços de internamento após transcrição, por estas, das prescrições do corpo clínico.

O relacionamento entre o pessoal era de entreajuda sem grandes preocupações pelos territórios funcionais.

Havia um clima familiar. Fazíamos de tudo. Na ausência da Doutora até encomendávamos os medicamentos e recebíamos os delegados. (Uma técnica de farmácia).

O sistema de distribuição de medicamentos aos serviços era de tipo clássico, dispondo as enfermarias de stocks de medicamentos.

O processo de aquisição dos fármacos constantes do formulário era largamente realizado pela Secretaria Geral do Ministério da Saúde, através da sua central de compras. O hospital comunicava anualmente as suas necessidades previsionais à central de compras que procedia à adjudicação dos produtos de maior volume financeiro. O hospital, à medida que necessitava, fazia as respectivas notas de encomenda. Os medicamentos restantes eram adquiridos através dos vários tipos de concursos, de acordo com os montantes envolvidos, conforme já se fez referência.

Relativamente à aquisição de novos fármacos a farmacêutica decidia. Se o preço não era muito elevado autorizava. Em caso contrário, submetia à apreciação do director clínico.

No Hospital Velho não se detectaram, através dos elementos recolhidos, indícios de qualquer conflitualidade no relacionamento da farmácia quer com o corpo clínico quer com os representantes da indústria. O director clínico (director do hospital) detentor da tutela técnica nunca foi solicitado para arbitrar qualquer desentendimento.

O corpo clínico tinha, relativamente à farmácia do Hospital Velho, um comportamento distante e uma percepção algo

complacente. A farmácia era vista como uma espécie de "depósito" cuja actividade consistia em pouco mais do que adquirir e aviar listas de consumos, não lhe sendo reconhecido os saberes próprios da sua especificidade técnica. Espoliada desse reconhecimento, a farmácia não detinha poder técnico para negociar com o corpo clínico, remetendo-se a uma posição de passividade e de subordinação, orientando o seu comportamento estratégico para um relacionamento privilegiado com os médicos e com os representantes da indústria, tirando partido do seu papel de charneira.

A promoção dos medicamentos, quer relativamente a novos fármacos, quer relativamente a antigos, era realizada com recurso a estratégias de marketing agressivas e sedutoras, deixando antever, no seu consumo, alguma confluência de interesses.

Em geral os farmacêuticos alinham com a indústria. São conhecidos do hospital os patrocínios da indústria aos farmacêuticos para deslocações a congressos no estrangeiro (Director do hospital).

Os médicos raramente se sentem ameaçados pelos farmacêuticos. Frequentemente estão do mesmo lado e daí a falta de independência da farmácia. (Farmacêutica-coordenadora do HGO).

3. Do HDA ao HGO

O período compreendido entre 1991 e 1993.

O período compreendido entre Setembro de 1991 e Junho de 1993, foi marcado pela mudança de instalações do HDA para o HGO e pelo início de funções, em Novembro de 1992, do novo director clínico.

Com uma dotação prevista de 629 camas, a abrir gradualmente, o HGO registou, no final deste período, (Junho de 1993) com 339 camas a funcionar, uma taxa de realização ligeiramente superior a 50%, o que, não obstante, o distancia bem do velho hospital...

A farmácia do hospital conheceu, como os restantes serviços, novas dependências e iniciou o processo da sua ocupação confrontada desde logo com instalações subdimensionadas e falta de equipamentos.

As solicitações que lhe são colocadas crescem todos os dias, não só em quantidade como em diversidade. A implementação do sistema de distribuição de dose unitária, objectivo estratégico para a administração, torna-se um imperativo. Os profissionais de saúde não são suficientemente preparados para a novo modelo de distribuição de medicamentos e reagem mal, sobretudo os médicos. Há novos serviços a abrir em cada dia. O pessoal aumenta rapidamente mas o tempo para a sua integração escasseia. Cada profissional é portador de hábitos de trabalho

característicos da organização de onde provém o que origina um quotidiano difícil de gerir. A existência de zonas de indeterminação e de ambiguidade no relacionamento entre as diferentes classes profissionais, favorecida pela estratificação em carreiras fechadas, desenvolvendo relações de concorrência em vez de cooperação, suscitaram, por parte do pessoal técnico superior, a necessidade de, por um lado, não permitir “abusos de confiança” e, por outro, não hostilizar demasiado os outros profissionais, num esforço constante de demarcação de distância e de respeito hierárquico mas de forma a não comprometer a solidariedade funcional. As situações de tensão interna padronizavam-se essencialmente à volta de problemas que resultavam sobretudo da perturbação das fronteiras que demarcam os territórios funcionais e da falta de estabilidade do pessoal de enquadramento.

É um período de muito trabalho mas muito estimulante!
(Um farmacêutico).

Foi um período diabólico. Cada vez havia mais pedidos e mais diversificação de actividades. (Um farmacêutico).

Cada um trazia uma moda do serviço de origem. (Um técnico de farmácia).

Antigamente (no HDA) fazíamos de tudo. Na ausência da farmacêutica até recebíamos os delegados e fornecíamos medicamentos. Agora nem nos deixam ler as prescrições. É o farmacêutico que faz a sua interpretação. Eu também sei ler. Eu só quero ajudar. (Técnico de farmácia).

Entretanto novas formas organizativas vão sendo ensaiadas, resultantes de espaços de negociações entre os diversos grupos profissionais. Não obstante ter conhecido, em pouco mais de dois anos três coordenações técnicas, a farmácia no último semestre de 1992, experimenta alguma estabilidade interna.

A primeira direcção clínica, exercida, em acumulação, pelo director do hospital, estendeu-se até Novembro de 1992. O novo director clínico inicia funções a partir daquela data. O primeiro semestre de 1993, é marcado por um crescendo de conflitualidade entre a farmácia e o director clínico, tendo como pano de fundo diferentes representações do que deve ser o papel e as atribuições da farmácia no hospital.

Ainda coexistem no hospital duas representações sobre os serviços farmacêuticos: Uma visão antiquada, segundo a qual o serviço deve responder às exigências dos médicos e ponto final e uma visão moderna de parceria técnica. Esta mudança não se faz de um dia para o outro. (Ex-presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica).

CAPÍTULO 4

O PALCO ESTRATÉGICO

1. A emergência de uma racionalidade nova.

A farmácia no antigo hospital limitava-se, no que respeitava ao fornecimento dos medicamentos, à sua aquisição e avio, desenvolvendo uma relação de dependência e complementaridade com os serviços de acção médica, acentuando um modelo de comportamento essencialmente voltado para a dimensão da farmácia hospitalar, na sua dimensão mais redutora.

No HGO a farmácia escolhe um novo modelo, quer organizativo quer de relacionamento com os serviços de acção médica, reclamando para si um estatuto de parceria técnica, sustentado nos saberes específicos de que é detentora, conciliando no modelo de intervenção quer a dimensão hospitalar quer a dimensão clínica.

A sua intervenção reflete uma forte preocupação com a promoção da utilização racional do medicamento: segura, eficaz e económica. A implementação do sistema de dose unitária alarga-se a um número crescente de serviços, evitando a estocagem de medicamentos fora da farmácia, reduzindo as perdas. O rigor exigido na fundamentação dos clínicos relativamente aos medicamentos constantes dos formulários que carecem do cumprimento dessa

formalidade ou relativamente a novos produtos, trazendo a argumentação para o plano científico, o direito que reclama da contrafundamentação técnica, a postura de distanciamento em relação à indústria, a finura das análises dos custos dos consumos, o abaixamento do nível de estocagem de medicamentos com as necessárias contrapartidas no valor da facturação dos medicamentos que, sem roturas, consegue uma redução mensal superior a 10%, confere à farmácia um poder estratégico relativamente à administração, por controlar, de forma satisfatória, uma zona de incerteza importante - os recursos financeiros - .

No momento em que o corpo médico começa, pouco a pouco, a tomar consciência do papel crescente da farmácia, percebe-o como uma ingerência progressiva se não no processo de decisão, pelo menos nos circuitos de informação. Começa a alimentar um antagonismo por aquela racionalidade nova e contraditória com a racionalidade médica. O conflito é inevitável entre estes dois tipos de racionalidade. O corpo médico, habituado a não ter que suportar os encargos provenientes das suas decisões baseadas apenas na especialização crescente das suas actividades, nem a preocupar-se com a relação existente entre as despesas efectuadas e os resultados obtidos, tem dificuldade em aceitar este posicionamento da farmácia que parece pôr em causa a legitimidade das decisões médicas de diagnóstico e de tratamento. Na sua argumentação todo o medicamento prescrito é o melhor relativamente ao quadro clínico do seu doente - é essa a sua zona de controlo de incerteza - . O comportamento do farmacêutico centra-se na verificação da conformidade

das decisões médicas às regras por cujo cumprimento é responsável e no acolhimento, conciliando sempre que possível, da relação custo-benefício/eficácia terapêutica dos medicamentos, já que a racionalização da sua utilização e o conhecimento das regras constituem a sua fonte de poder. Estamos em presença de racionalidades múltiplas, eventualmente conflituais. Tanto os médicos como os farmacêuticos estão de acordo com as finalidades da organização, mas estão em desacordo com os meios para as atingir. O director clínico (director do hospital) deixa que o jogo se desenrole entre os actores arbitrado pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, fixando para o efeito certos limites, utilizando a autoridade escalar e científica (é médico) de que dispõe reforçando-as com a autoridade administrativa necessária para orientar a política de desenvolvimento do hospital.

2. Racionalidade funcional e estratégica

Estes sistemas de racionalidades diversas estão ligadas às funções que os profissionais desempenham na organização. Daí a designação de funcionais. A racionalidade deve, antes de mais, ser entendida como uma estratégia. Se o grupo tem como objectivo último a aquisição de um poder, de uma capacidade de intervenção nas decisões que se tomam, é necessário, com efeito, afirmar uma racionalidade que lhe seja própria em função dos meios de que dispõe e dos modos de legitimação que pode mobilizar a seu favor.

No jogo estratégico do poder e da decisão, cujo objectivo último é o de adquirir poder sobre a decisão, os actores dispõem de duas espécies de meios.

O primeiro e o mais fundamental é tentar desde logo orientar o jogo em função das cartas que detêm, ou seja, é preciso que uma decisão que deva ser tomada seja definida de tal maneira que a racionalidade que os actores representam apareça como a mais adequada para a sua resolução. Os actores tentarão, por isso, obter desde logo uma configuração do problema a resolver que lhes seja favorável.

O segundo meio de que dispõem para reforçar a sua capacidade de intervenção nos processos decisórios uma vez configurados, é tentar melhorar as cartas que

possuem, ou seja, multiplicar os argumentos a favor da racionalidade que defendem.

Ao tentar atirar a atenção sobre a dimensão da relação custo-benefício nas decisões que se tomam, fazendo-se campeã desta racionalidade, a farmácia consegue algum espaço para impôr os seus pontos de vista. A racionalidade adoptada depende dos recursos a mobilizar e aparece ligada à função porque é aí que os meios residem.

CAPÍTULO 5

OS PROCESSOS DECISIONAIS E AS ZONAS DE CONFLITO

1. A racionalização das práticas terapêuticas

O HGO é uma unidade de saúde muito recente. Este aspecto é extremamente importante por fazer dele um mosaico de práticas profissionais específicas, modeladas noutros contextos organizacionais, favorecida pela estrutura alveolar dos serviços e por uma forma de gestão pouco participada, que não facilitou o desenvolvimento da coesão institucional.

Cada serviço, cada profissional tentava manter e desenvolver as práticas antigas. A racionalização das práticas terapêuticas através dos instrumentos disponíveis (formulários de medicamentos e protocolos de normalização terapêutica) embora precedidas de longos processos negociais, constituíram constrangimentos poderosos, que ganham uma nova dimensão quando se lhes confere o necessário enquadramento económico e político.

O grupo terapêutico que mais polémica gerou foi o dos antibióticos que representa 30% da despesa geral em medicamentos.

Havia terapêuticas verdadeiramente aberrantes. O uso dos antibióticos não seria o mais indicado. Os antibióticos de terceira geração eram prescritos sem grande racionalidade.

O trabalho da farmácia foi muito meritório (Um Director de Serviço).

2. A introdução de novos fármacos no consumo hospitalar

A aprovação de novos fármacos para o consumo hospitalar constitui um palco excelente para o exercício das estratégias dos actores. Como anteriormente se referiu os actores dispõem de dois tipos de meios para utilizar no jogo da decisão: tentar desde logo que o problema a resolver legitime a resposta que têm para dar, ou então, definido o problema tentar melhorar as suas "armas" em relação aquele.

A política de medicamentos implementada no HGO exige, quanto à introdução de novos produtos farmacêuticos no consumo hospitalar, que a sua necessidade seja devidamente fundamentada, havendo para o efeito um conjunto de procedimentos administrativos, de cumprimento obrigatório, que embora já referido se julga útil retomar. A tramitação processual inicia-se no serviço com o preenchimento de um formulário pelo médico conjuntamente subscrito pelo Director do Serviço, quando este não seja o autor da proposta. O proponente, em geral, socorre-se de um caso clínico ou recorre a informação para salientar os aspectos mais positivos da droga. Seguidamente este é enviado para a farmácia que, sobre a droga, elabora um pequeno dossier para ser discutido na Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Na Comissão, presidida pelo director clínico, têm assento médicos e farmacêuticos (dois representantes de cada corpo).

O objectivo final do hospital que, consiste na recuperação do doente em condições de saúde, sendo incontroverso para estes profissionais abriga, contudo, múltiplos desacordos que resultam da sua re-tradução em objectivos específicos dos grupos profissionais e em presença. Das diferentes posições originam-se orientações estratégicas contraditórias. A racionalidade ganhadora pertencerá ao grupo dos actores que melhor tiver sido capaz de mobilizar os recursos colocados à sua disposição para o efeito.

Finalmente, caberá ao administrador-delegado, gestor não-médico, após a verificação da conformidade processual autorizar a aquisição do novo medicamento.

III PARTE

REFLEXÃO TEÓRICA: A DECISÃO COMO PROCESSO ORGANIZACIONAL, POLÍTICO E CULTURAL

CAPÍTULO 1

CONCLUSÕES DO ESTUDO CLÍNICO: A FORMAÇÃO DAS DECISÕES

INTRODUÇÃO

Como Simon (1947), demonstrou, parece pouco realista aceitar que todo o actor colocado em situação de decidir, proceda a uma análise esclarecida, sistemática e objectiva dos custos e benefícios de cada uma das alternativas que se lhe oferecem. Segundo Simon tais pressupostos relevam de “powers of prescience and capacities for computing resembling those we usually attribute to God”.

O conceito de racionalidade limitada, proposto por este autor, parece, na realidade, muito mais próximo da dimensão humana. Conduz-nos, contudo a dois tipos de questões:

A primeira questão é saber como é constituído num dado momento o conjunto de alternativas que se apresentam ao decisor;

Em segundo lugar é preciso questionar quais os critérios de satisfação que guiam o decisor na sua escolha entre as alternativas que se lhe oferecem.

Se os actores não decidem em função de uma lógica analítica e universal, então é porque procedem às suas escolhas em função de racionalidades limitadas que lhes são próprias. Como se constituem essas racionalidades?

Uma segunda corrente de interrogações tem a ver com a multiplicidade de decisores existente na organização, a sua necessária cooperação e os seus conflitos prováveis.

Como Cyert et March propõem, há primeiro uma racionalidade limitada individual e, num segundo momento multiplicidade de decisões. O sistema de decisão que constitui a organização é necessariamente um sistema de racionalidades múltiplas. Resta saber como emergem essas racionalidades e sobretudo quais são as modalidades da sua coexistência.

A nosso ver, a resposta para este conjunto de questões passa pelo reconhecimento da decisão como um processo cujos fundamentos são de natureza política, organizacional e cultural como Crozier e Friedberg (1977), tão bem demonstraram.

1. A estrutura e os palcos decisoriais

O HGO aparece como que atravessado por dois tipos de clivagens principais que estruturam o jogo da decisão: a clivagem funcional e a estrutural.

As clivagens funcionais permitiram colocar em evidência a existência de uma “lógica de decisão” própria, ou seja, de sistemas de racionalidades distintos: por um lado a racionalidade do grupo médico e por outro a racionalidade do grupo farmacêutico. Estamos em presença de dois sistemas de racionalidades conflituais. Estas racionalidades são funcionais porque se encontram ligadas às funções exercidas pelos diferentes grupos de actores no seio do hospital e são estratégicas porque são elaboradas a partir de responsabilidades formais e dos meios organizacionais de que dispõem. Por outro lado comportam uma dimensão cultural, na medida em que cada racionalidade corresponde a uma representação particular da organização e das suas finalidades. Estas racionalidades não emergem gratuitamente, mas resultam da complexidade da vida organizacional, susceptível de interpretações diversas que põem em jogo valores conflituais. Cada uma delas apoia-se numa interpretação possível dos objectivos do hospital, mas nenhuma delas conceptualmente oposta ao “interesse geral”. Não há, portanto, conflito sobre os fins mas antes sobre os meios.

Não obstante a análise destas racionalidades, conflituais entre si, embora todas conformes à finalidade do hospital,

elas conduzem a uma reflexão de natureza normativa sobre a sua coexistência. É importante que haja um equilíbrio das diferentes racionalidades em presença. Por outro lado, este equilíbrio ou desequilíbrio eventual, não resulta de uma sábia “dose”, realizada por um “deus ex machina” como refere Nadine Rozenzweig (1986), mas resulta de jogos políticos elaborados pelos grupos procurando aumentar o seu poder no seio da organização e é ao nível do controlo destes jogos que se deve situar a resposta organizacional à necessidade do desenvolvimento equilibrado das racionalidades.

As oposições estruturais têm como palco a repartição dos recursos da organização quer eles sejam de natureza material quer mesmo cultural (reconhecimento de certas competências), enquanto as oposições funcionais se focalizam na racionalidade que deve prevalecer nas decisões onde intervêm conjuntamente decisores detentores de racionalidades funcionais opostas. Para além deste conflito o que está em jogo para cada uma das unidades funcionais é a capacidade para adquirir ou desenvolver a possibilidade de intervir nas decisões operacionais. Quanto maior fôr a capacidade de intervenção, maior será o poder de influenciar e melhor poderá fazer valer os seus pontos de vista.

2 . As estratégias dos actores

As estratégias dos actores são elaboradas a partir das suas responsabilidades formais e dos meios organizacionais de que dispõem. Por outro lado comportam sempre uma certa dimensão cultural, na medida em que cada racionalidade corresponde a uma certa representação particular da organização, dos seus fins e da sua envolvente. Estas estratégias não emergem gratuitamente no interior da organização e não se opõem sequer às suas finalidades, mas, na medida em que essas finalidades se traduzem em objectivos complexos, susceptíveis de interpretações variadas, permitem, por isso, a cada uma das racionalidades apoiar-se sobre uma das interpretações possíveis das finalidades da organização.

A situação inicial

O grupo médico

Aparecia detentor de uma posição privilegiada na organização, que se traduzia numa perfeita autonomia de decisão em todas as questões relacionadas com a prescrição e o processo de aquisição de novos fármacos. Esta autonomia decorria das seguintes condições:

- O domínio de um saber altamente especializado e acesso privilegiado à informação;

- Nenhuma outra entidade funcional o tentou contraditar. (Não se detectaram sinais de conflitualidade);
- Tudo o que os médicos pediam a farmacêutica comprava;
- O controlo dos gastos com medicamentos era global sem possibilidade de oferecer uma análise analítica susceptível de ser reportada quer a patologias quer a serviços.

A sua posição dominante apoiava-se assim no domínio de uma competência específica (fonte de poder, Crozier e Friedberg, 1977) e reforçava-se graças a uma dimensão cultural omnipresente na organização que é a imagem da "expertise" médica associada à sua função amplamente reconhecida por todos. Esta era a configuração a que se chamou de "campo decisional" dos médicos.

A farmacêutica do HDA

Tinha desenvolvido um comportamento favorável à racionalidade do grupo denominante. Graças a essa conformidade (aliança) não se detectaram sinais de conflitualidade quer a nível interno quer a nível externo com a indústria farmacêutica, cuja entrada no hospital não conhecia limitações.

A inexistência de conflitos explica-se pela adesão ao padrão de racionalidade próprio do grupo dominante (médico).

As primeiras mudanças

Logo que foi designada coordenadora da farmácia a nova responsável não perdeu tempo. Esboçou ensaios de organização interna, clarificou papéis, recuperou as fronteiras que demarcam os territórios funcionais dos diversos profissionais, adoptou metodologias apoiadas em modelos importados dos Estados Unidos no sistema de distribuição de dose unitária, na organização do trabalho, evidenciando preocupações com a eficácia e a eficiência, definiu regras de funcionamento interno e de relacionamento com a indústria. Acentuou, assim, a centralização das decisões nos técnicos superiores em geral e na coordenadora em particular.

No relacionamento com o corpo médico ensaiou um novo protagonismo. O farmacêutico não só solicitava a fundamentação científica das prescrições - nos casos em que o formulário o previa - como contrafundamentava tecnicamente as fundamentações médicas, sustentada não só nas prerrogativas fixadas na estrutura formal mas também em argumentos científicos, exigindo livros técnicos à administração que lhe permitissem demonstrar a sua arguição, abrindo brechas na autonomia territorial dos médicos.

Batia o pé aos médicos...(Uma farmacêutica);

Os médicos sentiam-se controlados pelo farmacêutico. Não pode receitar isto... não pode receitar aquilo... O farmacêutico não pode dizer isto... (Director clínico);

Este posicionamento técnico acompanhado de um abaixamento do valor dos consumos reforça o papel da coordenadora da farmácia. Os médicos perante esta investida num território do qual se sentiam senhores absolutos reagem à sua partilha elevando o seu nível de hostilidade e de oposição. O protagonismo da farmacêutica não foi o resultado de uma política claramente definida por esta, mas a consequência de oportunidades criadas pelo director clínico (director do hospital) e da capacidade daquela de as mobilizar em seu favor. A incontestável tolerância do director clínico (director do hospital) permitiu que a racionalidade da farmacêutica se expressasse. A farmácia, graças aos resultados que obtém, controla igualmente uma zona de incerteza para a administração mercê da sua competência. Por via deste reconhecimento o grupo obtém os meios que precisa para se afirmar (equipamentos e livros técnicos). A nova configuração de poderes, à qual a organização acede, resulta, na realidade, de jogos e de estratégias daqueles que souberem propôr à direcção uma solução que a satisfaz.

Diante do protagonismo da farmacêutica-responsável, não compensada por qualquer intervenção do director clínico em favor da classe médica, a estratégia dos médicos traduziu-se na adopção de uma posição de um certo "recuo", conformando o seu comportamento ao cumprimento das regras, deixando o seu descontentamento subir de tom.

Em síntese:

O grupo médico

Viu modificada a sua posição decisional a partir do momento em que a coordenação da farmácia mudou de mãos. Esta modificação saldou-se pelo aparecimento de múltiplos constrangimentos:

- Racionalização da prática terapêutica (formulário do HGO e os protocolos de normalização terapêutica);
- Mudança no sistema de distribuição de medicamentos com elaboração do perfil fármaco-terapêutico do doente e, conseqüentemente maior legibilidade do acto médico;
- A aprovação prévia, pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, da aquisição de novos fármacos;
- Diminuição da facturação de medicamentos ;
- Aumento da pressão da indústria.

O grupo farmacêutico

Sustentado nas suas competências formais aparece dotado de uma racionalidade própria, ligada á função, porque é aí que residem os recursos que legitimam a sua intervenção.

Assim, a partir das suas competências formais, promoveu:

- Implementação do novo sistema de distribuição de medicamentos;
- Utilização racional do medicamento: segura, eficaz e económica;
- Reforço das balizas da prática terapêutica;
- Cumprimento zeloso das regras;
- Redução dos encargos financeiros com os medicamentos em cerca de 10% (os medicamentos representam a segunda maior fatia de encargos hospitalares);
- Regulação do acesso dos delegados da indústria ao HGO;

A indústria farmacêutica

- Confrontou-se com um conjunto de regras que tem que observar na sua interface com o hospital;
- Redução da facturação;
- Dificuldade de introdução de novos fármacos;

Redobra, por isso, as estratégias de marketing. À farmacêutica são oferecidas inúmeras deslocações a reuniões científicas no estrangeiro, que não aceita. É-lhe igualmente oferecido o pagamento das propinas de um mestrado em Edinburgh no valor aproximado de mil contos, que, igualmente, rejeita.

A administração

Tem como primeira prioridade a prestação de cuidados de saúde, centralizando-se nos médicos a autoridade e a responsabilidade da sua produção, donde resulta um poder importante deste grupo em relação à administração. A prestação de cuidados tem custos. Os recursos financeiros são escassos, daí a sua tolerância à manifestação de protagonismo dos serviços farmacêuticos.

Por outro lado controla, pelos poderes formais inerentes à sua função, os diversos elementos constituintes dos campos decisoriais onde médicos e farmacêuticos operam.

As lógicas dos grupos profissionais são conflituais.

O grupo farmacêutico aposta que o futuro será diferente do passado enquanto o grupo médico "perdedor" trabalha sobre a hipótese da reprodução do passado e a indústria farmacêutica, atenta, influencia no sentido da reposição de uma situação que lhe seja mais favorável.

A comissão de farmácia e terapêutica

Presidida pelo director do serviço de pediatria, dirige a conflitualidade entre os dois grupos profissionais. Embora médico a sua familiaridade com culturas fortemente marcadas por princípios de eficácia e de eficiência aproxima-o dos pressupostos da racionalidade da farmacêutica.

A criação dos constrangimentos introduziu modificações importantes no campo decisional do grupo dominante (médico) e criou desequilíbrios no relacionamento com a

indústria farmacêutica pelo abaixamento do valor da facturação e pelos constrangimentos à livre circulação no hospital de que anteriormente gozava.

Na sequência do comportamento do grupo farmacêutico o grupo médico, afectado por estas mudanças, desencadeou estratégias defensivas orientadas inicialmente para o cumprimento das regras. Contudo o seu objectivo é outro. A partir da mudança do director clínico e presidente da comissão de farmácia e terapêutica o grupo procura maximizar contra-estratégias que levem à reposição da situação anterior.

Paralelamente aparece ao lado do conflito das racionalidades uma concorrência pelos recursos (equipamentos e livros da parte da farmácia).

As segundas mudanças

A necessidade de otimizar os serviços de urgência, por um lado, e o crescimento do próprio hospital, por outro, determinaram a necessidade de admissão de um novo director clínico, a qual veio a ter lugar em Novembro de 1992, aliviando assim o desempenho do director do hospital destas funções, que se verificava desde a sua abertura.

Ao Director Clínico, enquanto órgão de direcção técnica do hospital, compete-lhe coordenar a assistência aos doentes, assegurando o funcionamento harmónico dos serviços de assistência, garantir a correcção e a prontidão da prestação de serviços de saúde e, em especial, dirigir a acção médica. O Director Clínico é, por inerência do cargo, presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica, cabendo-lhe, por isso, a tutela técnica da farmácia.

Para o novo director clínico a farmácia deve estar em cima do acontecimento. Deve zelar pelo cumprimento das normas e colaborar, ao nível das comissões, na definição de normas e de protocolos. Quanto ao protagonismo, bem... não pode dizer ao médico que não pode prescrever isto ou aquilo. Relativamente à questão do farmacêutico ser o técnico do medicamento, não gosto de chavões...

Esta representação choca frontalmente com o quadro existente.

O corpo médico descontente até então com a actuação do serviço farmacêutico e com o apoio concedido pelo anterior

director clínico (director do hospital) reactiva as suas estratégias de conservação da sua autonomia face aos constrangimentos impostos, aumentando a pressão junto do director clínico actual, cuja racionalidade sentem próxima da sua. A conflitualidade sobe de tom entre este e a farmacêutica-responsável, o que acaba por conduzir o director clínico a colocar à administração uma situação de ruptura:

Ou ela ou eu.

O director clínico não conseguia ter mão nos médicos. (Administrador-delegado).

A estratégia ofensiva do director clínico saiu vencedora. A farmacêutica-coordenadora foi autorizada a deslocar-se, com vencimento suportado pelo HGO, a Inglaterra para frequentar um mestrado.

Em síntese:

A mudança do director clínico e simultâneamente presidente da comissão de farmácia e terapêutica constituiu uma oportunidade excelente para os actores ensaiarem novos jogos. Cabendo-lhe a gestão dos conflitos entre estes dois grupos profissionais - enquanto presidente da Comissão- é claramente favorável à racionalidade do grupo médico (*a farmácia só trabalha bem quando compra tudo o que os médicos pedem ; a Comissão deixou de funcionar enquanto órgão técnico ;*

Acentuou-se a visão administrativa. reunindo quase exclusivamente para despacho) .

O grupo dominante reactivou as suas estratégias ofensivas para conseguir a definição de um quadro favorável à racionalidade que defende.

A Administração cedeu à pressão.

A zona de incerteza que os médicos controlam é a mais importante para a organização.

A farmacêutica - responsável

Viu autorizada a frequência de um curso de mestrado em Inglaterra, requerido anteriormente. O grupo dominante conseguiu o seu objectivo, ou seja, o seu afastamento do terreno do jogo.

A indústria farmacêutica

Conseguiu a reposição da situação anterior.

A lógica da classe médica triunfou precisamente pelo reconhecimento do estatuto de perito que lhe é conferido pelo domínio de uma zona de incerteza importante para a organização, reconhecimento esse que se encontra profundamente inscrito na sua cultura e permite confirmar que, em matéria de decisão, a repartição do poder dos diversos intervenientes não é senão temporário e contingente dos jogos nos quais os actores se empenharam

e que as estruturas de poder restam sempre susceptíveis de conhecer outras modificações resultantes de outros jogos.

2. 1. As estratégias na procura do poder de decisão

Identificámos no nosso trabalho dois grupos de participantes nas decisões de aquisição de medicamentos. Portadores de racionalidades diferentes e conflituais, por sua vez ligadas às funções desempenhadas e, por isso mesmo, funcionais desenvolvem estratégias para melhorar a sua capacidade de intervenção nas decisões nas quais participam e aí fazerem valer as suas racionalidades.

A procura de uma capacidade de intervenção, de um poder de decisão o mais alargado possível, é o efeito primeiro que permite elucidar as estratégias dos actores. Como inicialmente se afirmou, os actores procuram alcançar o poder no seio da organização, adquirir capacidade de intervenção e obter margens de manobra importantes.

Partindo deste ponto de vista, a racionalidade funcional, que os actores defendem aparece essencialmente como fruto de um cálculo estratégico.

É assim que, no caso dos médicos, estes tentam impôr um raciocínio fundamentado apenas na especialização crescente das suas funções, onde a zona de incerteza forte é a saúde (bem-estar) ou a vida do doente. A farmácia defende a ideia de que as decisões se devem tomar numa base de relação custo-benefício, sustentando que o agravamento das despesas com medicamentos tem funda-

mentalmente a ver com o aparecimento de novas especialidades (frequentemente mais caras) que, só muito raramente, vêm trazer valor terapêutico acrescido, devendo, por isso, caber-lhes a indicação da marca comercial para os diferentes princípios activos.

Cada um destes grupos opta assim pela racionalidade que lhe conferirá o poder de decisão mais importante em função dos meios que tem, designadamente o seu lugar na estrutura e a informação que possui, e dos modos de legitimação sobre os quais se pode apoiar, nomeadamente os sistemas de controlo, as responsabilidades formais e os objectivos funcionais que lhe estão associados. Todos estes elementos que servem de pontos de apoio aos decisores no atingimento das suas estratégias de poder, constituem o campo decisional, ou seja, é este conjunto dos meios organizacionais que permite aos actores, num momento dado, intervir num processo de tomada de decisão. É em função destes meios que os actores optam pela racionalidade que podem defender dando às suas intervenções as melhores oportunidades de sucesso.

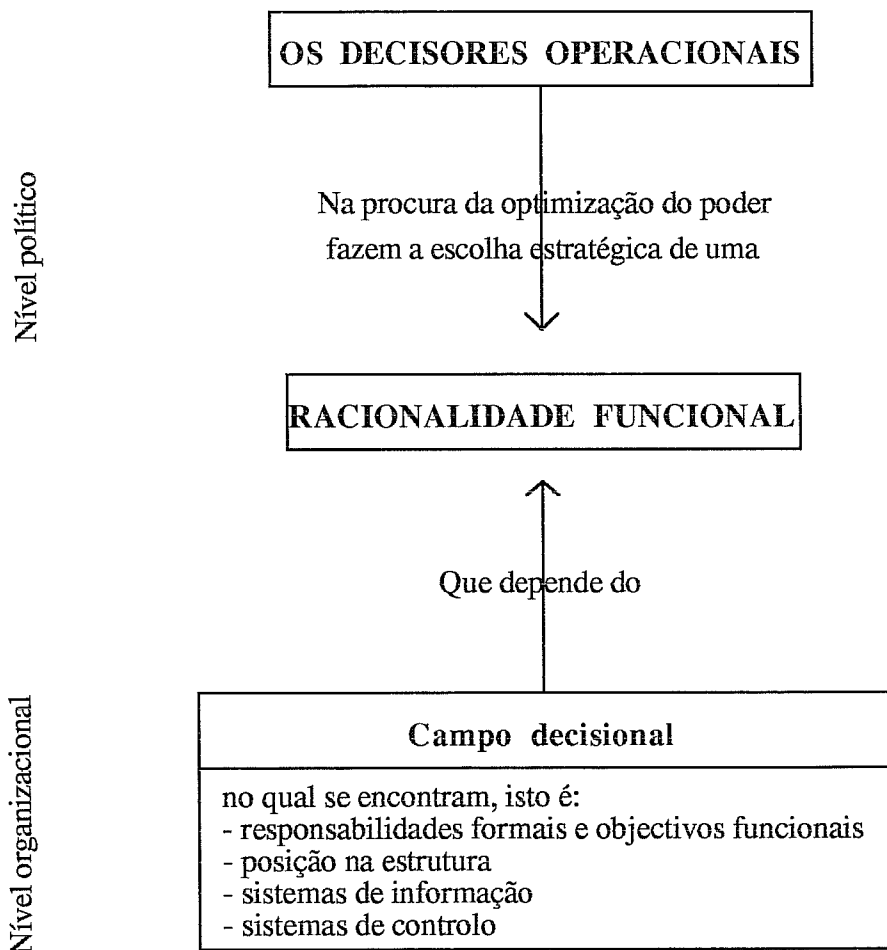
A racionalidade funcional dos actores não resulta pois de uma escolha gratuita nem tão pouco se lhes impõe como um constrangimento absoluto, mas resulta de uma opção estratégica, função do campo decisional no qual estão colocados.

Existe ainda um outro nível de racionalidade em pano de fundo: uma racionalidade política. Fundamentalmente os decisores são animados por uma racionalidade política que os leva a tentar estender o seu poder de decisão. Esta

racionalidade é comum a todos os decisores e condu-los, em função do campo decisional no qual se encontram, a optar por uma racionalidade funcional da qual se fazem intérpretes nos processos de decisão nos quais participam.

Esta segunda racionalidade, já denominada de funcional por aparecer determinada, entre outros factores, pelas funções dos actores na organização, também se poderia denominar de organizacional, porque é modelada por elementos da organização ou ainda de operacional, porque participa de uma tática de intervenção nas decisões operacionais colocadas ao serviço de uma estratégia fundamental do poder de decisão.

De acordo com Nadine L. Rozencweig pode representar-se esquematicamente da seguinte forma:



A racionalidade funcional como escolha estratégica (Nadine Rozenzweig, 1986)

2.2. As estratégias para melhorar o espaço de manobra

Em função da racionalidade funcional adoptada os decisores vão tentar, em seguida, melhorar as suas formas de intervenção nos processos decisoriais nos quais participam. Para este fim dispõem de dois tipos de meios:

- a) Negociar com os opositores no quadro de um dado campo decisional;
- b) Tentar modificar o campo decisional a seu favor;

a) Negociação

Num campo decisional dado, os decisores vão tentar inflectir ao máximo a tomada de decisão em conformidade com a racionalidade que defendem. Assim, cada tomada de decisão pode tornar-se ocasião de lutas e de jogos de influência como o são, por exemplo, a aquisição de medicamentos que não constem dos formulários. É evidente que, a este nível de decisão “corrente”, os hábitos e os constrangimentos organizacionais jogam o seu papel e podem determinar em maior ou menor grau a capacidade de intervenção dos grupos em presença. Mas o que é importante é que nunca está tudo jogado. Os actores podem sempre tentar negociar uma decisão. Os seus actos permanecem sempre contingentes, comportando, por isso, uma parte de imprevisibilidade e de indeterminação.

b) As modificações do campo decisional

Os decisores vão tentar influenciar, de maneira mais fundamental, a sua situação, modificando os elementos do campo decisional no qual se encontram. Este género de mudança implica uma noção de duração que não é compreendida na negociação no interior de um campo decisional dado. Esta última age apenas no curto termo. Apenas produz os seus efeitos sobre as decisões pontuais. A negociação é permanente. É preciso que um decisor afirme e negocie constantemente o seu ponto de vista para que este seja integrado nas decisões.

A modificação do campo decisional implica pôr em marcha estratégias mais elaboradas ou fazer apelo a actores fora do nível operacional. É uma mudança que só tem lugar a longo termo. A sua elaboração é mais lenta mas os seus efeitos são mais duráveis pois afectam a estrutura da organização. Os decisores recorrem essencialmente a dois tipos de estratégias: directas, modificando os elementos do campo (por exemplo os sistemas de informação) e indirectas, obtendo da administração que aja de maneira que seja favorável aos elementos do campo decisional.

2.3. As estratégias na concorrência pelos recursos

As entidades estruturais que aqui se encontram concorrendo pela obtenção de recursos organizacionais utilizam estratégias de tipo indirecto. Os recursos são atribuídos pela administração. É graças ao contróle de uma zona de forte incerteza para a organização (saúde/vida dos doentes) e o poder estratégico que lhe está associada que os serviços de acção médica obtêm uma distribuição mais favorável dos recursos. Assegurando ao hospital a prestação de cuidados de saúde e controlando por este facto esta zona de incerteza crítica, que resulta para ela da necessidade de cumprir a sua missão, os serviços beneficiam de recursos importantes em termos de meios e obtêm, ao nível dos sistemas como a cultura organizacional, uma definição do campo decisional favorável à racionalidade que defende.

Embora conceptualmente distintas e portadoras de resultados em domínios bem diferentes (repartição de recursos e aquisição de uma capacidade decisional acrescida) as estratégias dos grupos estruturais e funcionais podem, na prática, confundir-se de uma certa maneira. Isto é verdadeiro em todos os casos de negociação com a administração porque estas estratégias passam sempre pelo contróle de uma zona de incerteza que lhe seja pertinente conferindo, assim, ao serviço, o poder estratégico que lhe é necessário para obter quer mais recursos quer mais poder de decisão. Ou seja, a maior ou menor capacidade estratégica dos grupos, quer sejam

funcionais quer sejam estruturais, orienta muito claramente as decisões ao nível da administração, as quais são, em geral, definidas como decisões políticas fundamentais. As unidades operacionais através do seu regateio com a administração participam na definição da sua política e da sua estratégia. Nesta perspectiva o que aparece à vista como uma decisão estratégica, a implementação do sistema de distribuição de dose unitária, por exemplo, revela-se à análise como sendo parcialmente o resultado dos jogos estratégicos ao nível operacional. De tal modo que todos os jogos políticos que acabamos de descrever orientam não só o tipo de racionalidade que se aplica nas decisões operacionais correntes mas igualmente e, numa certa medida, também às decisões ditas “estratégicas” que são uma prerrogativa da administração.

Finalizando dir-se-ia que, ao nível operacional, as decisões são fruto de negociação entre as unidades funcionais, negociações que têm lugar num quadro delimitado pelo campo decisional, cujos elementos determinam parte da capacidade de intervenção dos actores em presença. Estes actores, porém, estão longe de ser passivos. Por um lado negoceiam nas zonas de incerteza que o campo decisional lhes permite. Por outro, desenvolvem estratégias visando modificar o próprio campo decisional, quer agindo directamente sobre este, quer tentando controlar as zonas de incerteza pertinentes ligadas às representações que a administração elege como condições necessárias à sua sobrevivência ou ao seu desenvolvimento, procurando a sua intervenção ao nível dos elementos do campo decisional, de tal maneira, que lhes permita

acrescer a sua capacidade de intervenção nas suas decisões. É através de negociações da mesma ordem que as unidades estruturais tentam adquirir um poder sobre a administração a fim de obter a repartição, a mais favorável possível, dos recursos organizacionais.

3. O papel da Administração

As decisões, qualquer que seja a sua natureza, emergem, como se viu, de processos decisoriais nos quais intervêm actores de diversos níveis. Estes processos decisoriais são, numa certa medida estruturados, pela organização que constitui o quadro e é simultâneamente modelada pelos jogos políticos dos actores.

Nestes jogos políticos, a administração joga um papel particular em função das responsabilidades e dos poderes regulamentares especialmente associados à função, nomeadamente o de agir sobre a organização e de aí introduzir modificações, quer ao nível dos sistemas (de informação por exemplo), quer ao nível da definição dos objectivos, das funções e das responsabilidades formais atribuídas às diversas unidades organizacionais. Tem ainda o poder de agir sobre a repartição dos recursos organizacionais: humanos, materiais e imateriais (reconhecimento de competências).

Entretanto, se os poderes da administração são importantes são, não obstante, limitados pela própria organização. A administração não pode, com efeito, senão “agir sobre” a organização e induzir certas mudanças. Mas dispõe de pouco controlo sobre essas mudanças as quais dão lugar, logo que introduzidas, a jogos políticos. Ou seja, não há nenhum determinismo absoluto entre a intenção da administração, logo que introduz uma mudança organizacional, e as modificações que se produzirão no

sistema. As mudanças introduzidas valem sobretudo para as novas oportunidades de jogos que se abrem pelos actores, jogos que darão a estas mudanças a sua forma e dimensão reais.

No caso que nos ocupa é interessante notar que os poderes regulamentares que a administração detém, designadamente o de influenciar a estruturação dos campos decisoriais e o de repartir recursos, se encontram bastante condicionados por regras estritas, limitadoras do seu exercício sobre os membros da organização, excepto no controlar de uma zona de incerteza permanente para estes, designadamente no que se refere à atribuição de recursos e promoções na carreira.

A administração aparece como grande tributária dos níveis operacionais. Convidada a negociar sobre uma base de poderes regulamentares, e que consiste na repartição de recursos organizacionais e na estruturação, pelo menos em parte, dos campos decisoriais, o que lhe desenha desde logo um papel de arbitragem entre os níveis operacionais na sua concorrência pelos recursos e nos seus conflitos de racionalidade, neste caso, em particular, exerce a sua arbitragem pela gestão do contexto no qual se tomarão as decisões, dando lugar aos conflitos, isto é, à gestão do campo decisional. Este papel de arbitragem entre os níveis operacionais e de gestão do contexto organizacional emerge, desde logo, como um dos seus papéis essenciais.

4. A dimensão cultural dos processos de decisão

Aceitando, como definição geral de cultura, o sistema de representações e de valores próprios do grupo humano, são de ordem cultural as significações e interpretações que os membros do grupo atribuem a todos os sinais percebidos. São igualmente de ordem cultural os valores e o enquadramento que organizarão essas percepções. Nesta óptica a organização constitui um grupo humano particular, embora profundamente impregnado da cultura da sociedade global, naturalmente. Porém, sob certos aspectos e no quadro das interacções que são as suas actividades e as experiências que fazem no seio da organização, os membros do grupo são convidados a partilhar um certo número de representações e de valores que constituem o que se pode chamar a cultura da organização.

O sistema cultural da organização tem como quadro de referência as representações que a administração tem da sua sobrevivência e do seu desenvolvimento. Os membros da organização percebem os problemas e a sua realidade, modelados por esse quadro de referência. O facto da administração dominar o conjunto das recompensas que cada membro pode esperar obter (salário, promoção, estatuto...) faz com que cada um se preocupe em satisfazer a direcção a fim de alcançar os seus objectivos pessoais, o que implica no mínimo a adopção da sua visão das ameaças e das oportunidades da envolvente. Tal é no mínimo a primeira condição do acordo de cooperação que

liga os membros da organização. Todavia, no interior deste quadro global, desenvolvem-se subculturas locais que podem estar parcialmente em conflito. Como se viu anteriormente, quando se analisaram os conflitos de racionalidade, os grupos funcionais são portadores de lógicas próprias, donde um sistema particular de representações e de valores. Cada uma das “microculturas” é coerente com o quadro geral fixado pela administração não obstante a existência de incompatibilidades entre elas. Cada uma constitui uma “interpretação” particular dos objectivos da organização não necessariamente coerente com as outras.

Como Strauss afirmou o objectivo básico do hospital, que se traduz na recuperação da saúde, e que constitui o “cimento simbólico” que fornece a coesão institucional para o funcionamento da organização acolhe uma multiplicidade de desacordos e de propósitos, entre si, discordantes que resultam das diferentes racionalidades dos grupos profissionais existentes.

A relação entre a cultura da organização e as decisões que aí se tomam é evidentemente muito estreita e de acordo com Lemaitre-Rosencweig (1986), por três razões:

1. A cultura fornece uma representação das ameaças e das oportunidades da envolvente, circunscreve os problemas pertinentes para a sobrevivência e o desenvolvimento da organização. O reconhecimento e a definição dos problemas constituem uma primeira e determinante fase do processo decisional. A cultura

define a panóplia das soluções desejáveis e as acções a rejeitar;

2. A cultura veicula os mitos explicativos dos sucessos e insucessos do passado, o sistema de valores, legitima, por isso, as soluções que serão adoptadas. Assim a cultura da organização assemelha-se a uma “memória-programa” construída designadamente, sobre as experiências acumuladas pela organização. Quanto maior fôr a conformidade e a harmonia com as práticas passadas, maior será a aceitabilidade das acções;
3. Pelo estatuto e pelas competências que reconhece a alguns, designa os que, nos processos de tomada de decisão, terão o maior poder de influenciar esses processos. É por isso que a cultura está intimamente ligada ao poder.

É claro que designando os problemas a tratar, as soluções a preferir e os actores mais competentes, a cultura e as microculturas da organização limitam a capacidade de raciocinar segundo o modelo da “racionalidade clássica” compreendido no sentido estrito da racionalidade económica e vêm, ao contrário, em apoio da teoria da racionalidade limitada: só uma certa classe de problemas será encarado como determinante para a sobrevivência e o desenvolvimento da organização. Para resolver estes problemas, apenas certas soluções serão consideradas “naturais” ou “normais”. Só certas categorias de pessoas serão consideradas como participantes legítimas e

suficientemente peritas para poder intervir nos processos de decisão.

No modelo de racionalidade clássica, ao contrário, o único critério que leva à adopção ou à rejeição de uma solução é a medida na qual a dita solução permite realizar um objectivo pré-estabelecido. Esta racionalidade não pode exercer-se senão no quadro restrito delimitado pelos factores culturais enumerados, o que valida uma aproximação relativista do conceito de racionalidade. A própria noção de racionalidade não adquire sentido senão no quadro delimitado por uma cultura dada, isto é, por referência ao sistema de representações e de valores próprios desta cultura.

A cultura organizacional limita, por isso, de maneira determinante, os processos decisoriais que aí se desenrolam, ou seja, as decisões estão igualmente influenciadas pelas relações de poder existentes, desenvolvendo-se elas próprias em função das oportunidades oferecidas pela estrutura da organização. Cultura, estrutura e sistema de poder, constituem de qualquer forma, a “matriz” dos processos de decisão.

A cultura organizacional, como todo o sistema cultural, confere a certos actores um estatuto superior donde retiram um poder sobre os outros membros do grupo. Esse estatuto é, por sua vez, conservado através da manutenção do poder. Vimos anteriormente como o grupo médico beneficiava de uma “imagem” particularmente

favorável em relação ao resto da organização; essa imagem apoiava-se essencialmente em dois pressupostos:

1. "São peritos", isto é, são os mais capazes para resolver as maiores incertezas da organização;
2. "Participam do poder" e, por isso, têm poder sobre o resto da organização;

Este estatuto particular resulta, como se referiu, da essencialidade da sua participação no funcionamento do hospital.

Não há hospitais sem médicos. (Director do hospital).

Há, por isso, uma ligação estreita entre o político e o cultural: um poder sobre a administração confere ao grupo um estatuto superior e assim um poder sobre a organização. Por sua vez o grupo utiliza o poder que detém para conservar este estatuto superior "manobrando" os valores e as representações que a cultura organizacional veicula de maneira favorável à sua manutenção. A política alimenta, por seu turno, o cultural.

Esta imbricação estreita dos factores estratégicos e culturais como fundamentos da acção organizada coloca, como afirma Lemaitre-Rozencweig (1986), a questão da relação do homem com o poder, ou seja, será que o homem naturalmente procura maximizar o seu poder, isto é, a sua zona de autonomia e tornar-se livre em relação aos outros?

Ou será que esta procura de poder é culturalmente determinada?

Michel Crozier sustenta a primeira tese, não que enjeite a cultura, mas analisa-a preferencialmente como capacidade:

- a. para descobrir as diversas oportunidades que podem ser mais ou menos evidentes;
- b. de assumir e lidar com as dificuldades e riscos inerentes a cada uma das suas estratégias racionais”.

A aprendizagem familiar e social, segundo o autor, marca a capacidade de jogar, mais ou menos, o jogo do poder mas fundamentalmente, “toda a relação com o outro é estratégica e comporta uma componente de poder, quer seja recalcada ou sublimada.

Hobbes,1985, na mesma linha de Crozier, afirma ... " coloco em primeiro lugar, a título de inclinação geral de toda a humanidade, um desejo perpétuo e sem tréguas de adquirir poder sobre poder, desejo que só termina com a morte". ...

Em sentido semelhante, Henri Janne, citada por N. Rozenzweig, precisa que "o reconhecimento do livre arbítrio se encontra colocado no primeiro nível dos valores sociais do modelo cultural ocidental". Tal reconhecimento confirma a validade dos modelos que colocam a busca de autonomia de decisão como móbil

central dos actores nas sociedades económicas modernas
(N. Rozencweig).

CAPÍTULO 2

COMENTÁRIO FINAL

Introdução

Perspectivar o hospital como um construído organizacional (Crozier e Friedberg, 1977) afasta, desde logo, a representação do HGO como uma organização que alheada das contingências organizacionais define as suas políticas de forma soberana e unicamente em função dos factores da envolvente, como a maioria dos modelos racionais propõe, e permite perceber que o seu contexto organizacional não se pode resumir a um conglomerado de recursos humanos, materiais e tecnológicos.

Na dimensão activa que, o modelo postula, o conjunto de relações subjacente à produção de cuidados aos doentes é, antes de tudo, um conjunto de relações de poder numa perspectiva estratégica sobre as quais se funda o construído organizacional dos actores sociais, no qual o vivido relacional dos actores ganha sentido e coerência.

A possibilidade de poder dispôr de mais ou menos recursos e de uma maior ou menor margem de liberdade nas relações de poder depende da situação global de cada actor no quadro temporal, espacial e social no qual se inscrevem as suas estratégias. As capacidades estratégicas dos actores além de desiguais são limitadas pela

organização. A estrutura organizacional limita, com efeito, de múltiplas formas o campo do exercício das relações de poder através da delimitação de forma precisa as funções de cada um, segundo o princípio da divisão do trabalho. O poder, conceptualizado como uma relação e não como um atributo requer como condição para a sua existência a liberdade dos actores. É, por isso, que a conduta humana não pode ser assimilada, em caso algum, a um produto mecânico de obediência ou de pressão aos dados estruturais. Ela é sempre a expressão e a “execução” de uma liberdade ainda que restrita. A acção humana nunca é inteiramente previsível porque ela não é determinada, mas pelo contrário, sempre contingente. É essa dimensão da irredutibilidade do comportamento humano a uma qualquer lógica que faz com que a decisão permaneça como um jogo essencialmente humano e faz dela um problema fascinante.

Bibliografia

Almeida, J. ; Pinto, J.-"A Investigação nas Ciências Sociais",
Editorial Presença, 4ª Ed. Lisboa, 1990.

Barnard, Ch.-"As Organizações como Sistemas
Cooperativos" in Amitai, E. "Organizações Complexas",
Editora Atlas, 1978.

Bernoux, Ph.-"La Sociologie des Organizations", Ed du
Seuil, Paris 1985.

Boisvert, M. -"L'Organization et la Decision", Presses
Universitaire de France.

Campos, A.-" Público-Privado em Saúde em Portugal:
Articulação entre Vários, ou Competição num só Mercado
?"Revista Portuguesa de Saúde Pública, 3/4, 1987
Jul/Dez.

Campos, A.-"Saúde: O Custo de um Valor Sem Preço", Ed.
Portuguesa, Livros Técnicos e Científicos Lda, Lisboa 1983.

Carapinheiro, G.-“ Produção e Circulação dos Saberes no Hospital”, Actas do II Congresso Português de Sociologia, Lisboa, Fev. 1992.

Carapinheiro, G.-“Cenários de Estratégias Médicas”, Revista Crítica de Ciências Sociais.

Carapinheiro, G.-“Poder Médico e Poder Administrativo no quotidiano Hospitalar”, Revista Crítica de Ciências Sociais.

Carapinheiro, G.-“Saberes e poderes no Hospital, Estudo Sociológico de Dois Serviços Hospitalares” , Tese de Doutoramento ISCTE, 1990.

Carrol, J. and Johnson, E.-“Decision Research: A Field Guide”, Sage Publications, 1990.

Chiavenato, I.-“Introdução à Teoria Geral de Administração”, 2ª ed. Editora Mc-Graw Hill do Brazil, 1983.

Chiavenato, I. "Teoria Geral de Administração", São Paulo, McGraw - Hill, 1979.

Crozier, M et Friedberg, E.-"L'Acteur et le Système"
Editions du Seuil, 1977.

Cyert, R. ; March J.- "Processus de Décision dans
l'Entreprise", Paris, Dunod, 1970.

Détrie, J. et al.-"Strategor: Política Global da Empresa",
Gestão e Inovação, Publicação Dom Quichote, 1993.

Eraly, A.-"La Structuration de l'Entreprise", Editions de
l'Université de Bruxelles, 1988.

Feldan, J.; Kanter, H.-"Organizational Decision Making" in
Handbook of Organizations, Edited by James March.

Ferreira, C.-"Relatórios e Estudos de Administração
Hospitalar", XI, Separata de Hospitais Portugueses, ano
XVI, nº 140.

Ferreira, F.-" Política de Saúde e Serviço Nacional de
Saúde em Portugal, vol. nº1, Biblioteca CPC, 1975.

Friedberg, E.-"L'Analyse Sociologique des Organizations",
Pour/Privat, nº 28,1988.

Gilbert, P.-“Le Contrôle de Gestion dans les Organizations Publiques”, Col, Management Publique, Les Editions d’Organization, Paris 1980.

Gournay, B.-“Introdução à Ciência Administrativa”, Publicações Europa América, Biblioteca Universitária, 1978.

Gustin, P.-“Technocratie, Bureaucratie et Humanization a l’Hôpital”, La Revue Hospitalière, nº 299, Mars 1977.

Hampden-Turner, T.-“Cultura de Empresa, Editorial Presença, 1993.

Harrison, E. -“The Managerial Decision-Making Process”, Houghton Mifflin Company, Boston.

Harrison, M.-“Diagnosing Organizations: Methods, Models and Processes”, Sage Publications 2^a ed. 1987.

Heller, F.-“Decisions in Organizations: A Three Country Comparative Study”, Sage Publications, 1988.

Heller, F. e Musumi Y.-"Decision Making", Advances in Organizational Psychology an International Review.

Huard. P.-"L'Hôpital Comme Organization Formelle", Techniques Hospitalières Medico-Sociales et Sanitairee, nº 377, Fev 1977.

Jesuíno, J.-"Processos de Liderança", Lisboa, Livros Horizonte, 1987.

Koopman, P. and Pool, J.-"Decision Making in Organizations", International Review of Industrial and Organizational Psychology,1990 Vol. 5.

Koopman, P. and Pool, J.-"Decision Making in Organizations", International Review of Industrial and Organizational Psychology, Edited by C. L. Cooper and I. T. Robertson 1990.

Kotter, J.-"Organizational Dynamics: Diagnosis and Intervention", Wesley Publishing Company, Inc.1978.

Le Moigne J.-"Les Systèmes de Décision dans les Organizations" Presses Universitaires de France, 1974.

Lemaitre, P.-"La Decision ", Les Editions d' Organization, 1981.

Lemaitre-Rozencweig, N. -"Le Jeu de la Decision, Pouvoirs, Cultures et Stratégies dans l'Entreprise", Editions de l'Université de Bruxelles, 1986.

Levy, E; Bungerer, M; Dumenil, G. et Lafarge, H.-"Introduction à la Gestion Hospitalière", Dunod, Paris.

Luthans, F.-"The Decision Process in Organizational Behaviour", 2nd Ed. McGraw Hill, International Student Edition.

March, J. G. and Simon, H. -"Les Organizations", Paris, Dunod, 1979.

March, J. e Simon, H.-"A Teoria do Equilíbrio da Organização" in Amitai, E. "Organizações Complexas", Editora Atlas, 1978.

Martinet, A.-"Estrategie", Librairie Vuibert, 1983.

Mendonça. I.-"Quelques Aspects du Statut de l'Hôpital Public au Portugal, Memoire du Diplome d'Etudes Approfondés du Droit de la Santé, Bordeaux, 1990.

Ministério da Saúde -"Formulário Nacional de Medicamentos",4 Ed. 1990.

Ministério da Saúde -"Hospital Garcia de Orta: Proposta de Princípios e Metodologia de Funcionamento", Almada, Agosto, 1990.

Mintzberg, H.-"Le Pouvoir dans les Organizations", Paris, Les Editions d'Organisations,1986.

Mintzberg, H; Raisinghani, D e Théorêt,- A. "The Stucture of Unstructure Decision Processes", Administrative Science Quaterly, Jun. 1976, vol. nº21 .

Moreira, C.-"Planeamento e Estratégias da Investigação Social", ISCTE 1994.

Morin, P.-"Le Développement des Organizations", Dunod Entreprise 2^a ed.1977.

Morin, P.-"Le Management et le Pouvoir", Paris, Les Editions d'Organization, 1985

Moulet, A.-"Hôpital: Terra Incognita", Techniques Hospitalières, 472, Jan.1984.

Moura, R.-"Gestão e Desenvolvimento Sócio-Organizacional", Cidec 1991.

Paquin, M. -"La Repartition du Pouvoir de Décision dans l'Administration Publique:L'Apport de la Théorie de l'Organization", Canadian Public Administration Toronto 23(4) Winter 1980 ppg. 558-576.

Pereira, O.-"Psicologia Económica: Disciplina de Futuro", Edição Universidade Nova de Lisboa,1980.

Pereira, F.-"Introdução ao Estudo dos Processos de Decisão", Análise Psicológica, 1982 (2/3): 255-270.

Perrow, C.-"Complex Organizations", 3rd ed. Random House, New York, 1986.

Perrow, Ch.-"Hospitals: Technology, Structure, and Goals"
in Handbook of Organizations, Edited by James March.

Prévost, R.-"De l'Administration au Management",
Techniques Hospitalières, 338, Nov.1973.

Ray, P.-"Participation dans l' Organization - Reflexions ",
Gestions Hospitalières, nº 276, Mai 1988.

Reis, V. e Costa, C.-"O Hospital: Um Sistema Aberto", Rev.
Nac. de Saúde Pública vol. 3 nº1 Jan/Mar 1985.

Richard M.; Cyert e March, J.-"Processus de Décision dans
l'Entreprise", Dunod, Paris 1970.

Rocha, J.-"O Hospital: Estrutura, Dinâmica de Gestão,
Desenvolvimento Organizacional, Três propostas
convergentes", Dissertação de Agregação ENSP, 1985.

Rocha, J. A.-"Princípios de Gestão Pública", Biblioteca de
Gestão Moderna,1991.

Sainsaulieu, R.-"L' Analyse Sociologique des Conditions de
Travail, 1981.

Sainsaulieu, R.-"Sociologie de l'Organization et de L'Entreprise, Paris, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques e Dalloz, 1987.

Sfez, L. Crítica da Decisão, Publicações Don Quixote, Lisboa,1990.

Scott, W.-"Organizations: Rational, Natural and Open Systems" 2 nd Ed, Prentice Hall International Editors.

Simon, H.-"A Razão das Coisas Humanas", Gradiva, 1989.

Simon, H.-"Administration et Processus de Décision", Economica, 1983.

Taylor, R.-"Strategic Decision Making", Rice University

Vroom, V.-"Work and Motivation", Yale School of Organizations and Management,1964.

Warner, M.-"Organization Choice and Constraint", Saxon House 1979.

Diplomas Legais

Dec.-Lei nº 129/77 de 2 de Abril.

Dec.-Lei nº 211/79 de 12 de Julho.

Dec.-Lei nº 227/88 de 4 de Julho.

Dec.-Lei nº. 19/88 de 21 de Janeiro.

Dec.-Reg nº. 3/88 de 22 de Janeiro.

Dec.- Lei nº. 72/91 de 8 de Fevereiro.

Dec.- Lei nº. 24/92 de 25 de Fevereiro.

ANEXOS

1. Carta dirigida ao HGO

Exmo. Senhor

Director do HGO

Assunto: Investigação sobre o processo de tomada de decisão.

Na sequência da conversa havida oportunamente com V. Ex^ª. venho solicitar a necessária autorização para levar a cabo no Serviço de Farmácia desse Hospital o trabalho de investigação sobre o tema suprerreferido, objecto da tese de mestrado em Comportamento Organizacional, cuja parte curricular já terminei com aproveitamento.

O estudo a desenvolver, sob a orientação do Prof. Doutor Correia Jesuíno, decorrerá de acordo com o projecto já enunciado.

O HGO será naturalmente o primeiro interlocutor e simultâneamente destinatário deste trabalho, no qual se acautelará cuidadosamente o seu anonimato.

Agradecendo antecipadamente a atenção de V. Ex^ª. apresento os meus cumprimentos.

Lisboa, 24 de Maio de 1993

2. Protocolo-tipo de entrevista

Do entrevistador

1. Apresentação do entrevistador. Objectivos e finalidades do trabalho de campo.

Dos entrevistados

2. Percurso pessoal e profissional

2.1. Fale-me do seu trabalho.

2.2. O que lhe parece o trabalho aqui?

3. Funções no trabalho. Relacionamento intra e interserviços.

3.1. Como se chama o sector onde trabalha?

3.2. Que tarefas se fazem no seu sector?

3.3. A quem se destina o produto da sua actividade?

3.4. Com quem tem que trabalhar para ter as coisas feitas?

3.5. Como comunica com elas?

3.6. Quando há problemas como lida com eles?

3.7. As relações com os outros sectores são fáceis e sem problemas ou são incertos e problemáticos?

4. Estrutura e funcionamento.

4.1. Como está organizado o trabalho neste sector e como se insere o sector na organização?

4.2. Quais são os principais procedimentos a ter em conta?

4.3. Como é trabalhar com o seu/sua chefe? e com os/as colegas?

4.4. Que pensam as pessoas do que se passa neste sector?

4.5. Quais são as principais decisões que se tomam aqui?

4.6. Como se tomam essas decisões?

4.7. Quem são as pessoas influentes no seu sector?

5. Finalidades e cultura

5.1. O que diria sobre o que é a missão do HGO? E a do seu sector?

5.2. Poderia indicar um exemplo de uma realização de sucesso do seu sector? E de um insucesso?

5.3. Se estivesse a contar a alguém o que é realmente trabalhar aqui, como descreveria o HGO? e o seu sector?

6. Integração no HGO.

6.1. Falámos já sobre a maneira como se trabalha hoje no seu sector. Poderia dizer-me algo sobre a forma de estruturação anterior?

6.2. Fundamentalmente o que é que mudou?

6.3. Qual era a sua organização de origem? Como foi a mudança para o HGO?

6.4. Em termos de modelo de trabalho como descreveria o que existe no seu sector?

7. Satisfação individual

7.1. Gosta de trabalhar no HGO? E neste sector?

7.2. O que é que lhe agrada mais ? E menos?