

MARIA CRISTINA RATH BONAZINA

**A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DOS  
GERENTES NAS RELAÇÕES DO COTIDIANO DE UMA  
ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação da Universidade Federal de Santa  
Catarina para obtenção do grau de Mestre em  
Engenharia.

Orientadora: Profa. Zuleica Maria Patrício



UFSC-BU

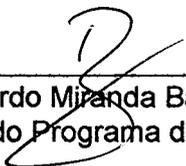
FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA  
1999



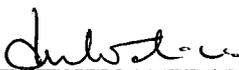
MARIA CRISTINA RATH BONAZINA

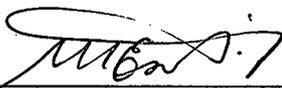
**A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DOS  
GERENTES NAS RELAÇÕES DO COTIDIANO DE UMA  
ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR**

Essa dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre,  
Especialidade em Engenharia de Produção, e aprovada em sua forma final pelo  
Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção.

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Ricardo Miranda Barcia, Ph.D.  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação

Banca Examinadora:

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Zuleica Maria Patricio, Dr.ª  
Orientadora

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Maria Ester Menegasso, Dr.ª

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Cristiano J. C. de Almeida Cunha, Dr. rer. pol.

Florianópolis, 19 de março de 1999.

**BONAZINA, Maria Cristina Rath. A construção do processo de trabalho dos gerentes nas relações do cotidiano de uma organização hospitalar.** Florianópolis, 1999. 140p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Zuleica Maria Patrício  
Defesa: 19/03/99

Estudo qualitativo que tem como objetivo principal compreender como ocorre o processo de trabalho de um grupo de gerentes de uma determinada instituição de saúde pública, localizada na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, focalizando as interações estabelecidas no cotidiano de trabalho.

Palavras-chave: Processo de trabalho; Gerente; Interação; Hospital.

*A ciência é somente uma pequenina janela através da qual olhamos a vastidão do universo sempre de uma perspectiva limitada e incompleta. Vida e consciência são o modo que o universo desenvolveu para olhar a si mesmo. A ciência é apenas um dos olhos possíveis nesta imensa busca de significado. Intuição, meditação, estados alterados de consciência, emoções, sentimentos são outras maneiras de olhar o universo, tão ou mais importantes até do que a ciência.*

Francisco Di Biase

Ao  
meu marido **HUMBERTO**,  
que transformou o meu em nosso mundo,  
e aos  
meus filhos **EMMANUEL, MIGUEL e DANIEL**,  
que estão descobrindo os seus mundos,  
dedico este estudo.

# Agradecimentos

Este trabalho não poderia ter sido “construído” sem o apoio e a colaboração das seguintes pessoas e instituições, as quais merecem meu agradecimento.

À minha orientadora “Zuca”, pela dedicação, paciência e confiança demonstradas ao longo dos diversos momentos compartilhados durante o desenvolvimento deste estudo. Minha sincera gratidão pelos seus ensinamentos como profissional e pelo seu “*ser humano-pessoa*”, exemplo de luta, sabedoria e determinação.

Ao Prof. Bruno H. Koppitke, pela amizade, sinceridade e confiança com que me recebeu no início de minha caminhada nesse programa de pós-graduação.

Ao Prof. Cristiano J. C. de Almeida Cunha, pela sua forma aberta de estimular “reflexões” e de buscar “construir” novos conhecimentos.

À Professora Ester Menegasso agradeço pela confiança ao “compartilhar” comigo algumas atividades profissionais e acadêmicas.

Ao Prof. Salm, que, mesmo sem saber, muito me auxiliou nessa busca pelo saber por meio de seus ensinamentos e sua forma de “ser” como pessoa.

À instituição CAPES, pela disponibilidade de recursos financeiros para a elaboração deste estudo.

Ao Hospital Infantil Joana de Gusmão, na pessoa de sua Direção Geral e da equipe do Departamento de Desenvolvimento Organizacional.

Aos sete gerentes dessa instituição que formam o grupo de “atores sociais” deste estudo.

Aos amigos Carmen e Elídio e suas “meninas” Luíza e Alice o meu especial agradecimento pelo carinho e amizade com que sempre me receberam.

Às minha colegas Marízia e Karina agradeço pela força e apoio durante as diferentes fases deste estudo.

Aos colegas do Núcleo Transcriar – UFSC (Núcleo de Estudos Participantes do Processo de Viver e Ser Saudável).

Aos meus colegas e amigos do Grupo de Formação em Dinâmica de Grupo da SBDG (Sociedade Brasileira de Dinâmica de Grupo) e seus coordenadores, Emiliana, Gládis e Doralício.

À revista DECIDIR, na pessoa de seu diretor e educador Eraldo Montenegro, pelo estímulo, apoio e atenção dedicados.

Aos membros do carinhosamente chamado “Grupo dos Doze”, criado quando da realização da disciplina de “Sistemas Organizacionais” do Prof. Salm, no início das atividades acadêmicas.

Aos amigos Dr. Newton, Dra. Denise e Dr. Norton Aerts, pelos momentos de reflexão e discussão conjuntas, que muito auxiliaram na construção de meu conhecimento.

Ao Dr. Pablo e Angela Miguel, pelo seu apoio e interesse junto aos diferentes momentos do estudo.

Aos colegas e amigos, que ficam no anonimato, não em função de importância, mas pela impossibilidade de citar todos.

Além destas pessoas que, com certeza, merecem meu agradecimento, existem aquelas que merecem, junto com agradecimentos, todo o meu afeto, reconhecimento, orgulho e apreciação por serem parte de minha vida.

À minha mãe e meu pai (em memória), por terem me ensinado a “batalhar” pelas oportunidades de aprender na vida.

Ao Humberto, por compartilhar do meu entusiasmo e por ter sido sempre a minha âncora no momentos dispersos e revoltos.

Aos meus filhos, pelo afeto e carinho recebidos, mesmo quando precisei me ausentar de suas companhias.

Aos meus familiares, pela paciência e compreensão recebidas ao longo da realização deste estudo.

A Deus, pela fé que me guia e me dá forças para alcançar meus objetivos nessa dimensão chamada vida.

# SUMÁRIO

Lista de figuras.....	ix
Resumo.....	x
Abstract.....	xi
Capítulo 1 – Introdução .....	1
Capítulo 2 – Na literatura o início da construção do conhecimento: o processo de trabalho em serviços de saúde hospitalar .....	6
2.1 Sobre o processo de trabalho .....	6
2.1.1 O Hospital como uma organização prestadora de serviço .....	10
2.2 O “Gerenciar” nos serviços de saúde.....	15
Capítulo 3 – Dos Questionamentos à construção e aplicação do método.....	22
3.1 Caracterizando o estudo e definindo a linha metodológica .....	24
3.2 A trajetória do estudo .....	27
3.2.1 O “Entrando no campo” .....	28
3.2.1.1 Do passado ao presente: conhecendo o Hospital Infantil Joana de Gusmão .....	29
3.2.1.2 Encaminhando o projeto de pesquisa junto aos sujeitos e o local do estudo .....	32
3.2.2 A etapa do “Ficando no campo” .....	35
3.2.3 O processo do “Saindo do campo” .....	40
3.3 As questões do rigor do estudo.....	41
Capítulo 4 – Mostrando os processos de trabalho dos gerentes e suas interações na organização hospitalar .....	44
4.1 “Guarapuvu” - Vivendo o cotidiano e sonhando com o futuro: a trajetória de uma vida pela vida .....	45
4.2 “Cobra” - De canto a canto: conhecendo o território, abrindo novos espaços e marcando sua presença .....	54
4.3 “Pato” - Vivenciando e experimentando o cotidiano de uma organização hospitalar na perspectiva dos desafios e papéis desempenhados.....	60
4.4 “João” - Um plano de vida, uma missão: o ato de gerenciar na perspectiva de satisfazer as necessidades materiais e espirituais.....	67
4.5 “Salomão” - Do mito rei à sabedoria do gerente .....	74

4.6 “Claúdia” - Entre o ser para sempre um profissional e o estar provisório num cargo: vivendo uma rotina não percebida como rotina .....	81
4.7 “Maria” - Registrando sua trajetória de trabalho pelo seu estilo de administrar .....	88
Capítulo 5 – A construção do processo de trabalho dos gerentes no cotidiano de suas interações na organização .....	95
As diferentes maneiras de começar o cotidiano de trabalho como gerente ..	99
Desenvolvendo atividades no cotidiano de trabalho e mostrando as qualidades de um gerente .....	102
Interagindo e tomando decisões como um processo entre desafios e conflitos .....	104
Os gerentes médicos com a equipe médica .....	105
Os gerentes com seus funcionários .....	106
Os gerentes médicos com os demais gerentes .....	107
No cotidiano do gerente as experiências para os processos de trabalho futuros .....	109
O gerente terminando o cotidiano de seu processo de trabalho: começando por onde a missão termina.....	111
O significado de Ser Gerente dentro do contexto hospitalar .....	113
Capítulo 6 – Reflexões finais .....	115
Referências Bibliográficas .....	120
Anexos .....	126
Anexo 1 - Carta de Apresentação .....	127
Anexo 2 - Resumo das Questões de Pesquisa .....	128
Anexo 3 - Roteiro para Entrevista com os Gerentes .....	129
Anexo 4 - Formulário para Registro das Notas de Campo .....	132
Anexo 5 - Formulário para Registro das Notas da Pesquisadora.....	133

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Localizando Guarapuvu no contexto do HIJG .....	47
Figura 2 - O sujeito Cobra no contexto do HIJG .....	56
Figura 3 - Apresentado o sujeito Pato na estrutura do HIJG .....	61
Figura 4 - Mostrando o sujeito João no contexto do HIJG .....	68
Figura 5 - Focalizando o sujeito Salomão dentro do HIJG.....	75
Figura 6 - Conhecendo o sujeito Cláudia dentro da estrutura do HIJG .....	82
Figura 7 - Posicionando o sujeito Maria no contexto do HIJG .....	89
Figura 8 - Integrando os gerentes e suas áreas de trabalho no Hospital .....	94

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo principal compreender como ocorre o processo de trabalho de um grupo de gerentes de uma determinada instituição de saúde pública, localizada na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, focalizando interações estabelecidas por eles no cotidiano de trabalho.

Partindo dos princípios metodológicos de pesquisa qualitativa que preconizam a importância da definição do objeto de estudo e da construção de suas técnicas de abordagem através de processos participantes no próprio contexto da pesquisa, este trabalho mostra como, nas diferentes etapas do estudo, a pesquisadora construiu e desenvolveu seu “caminhar” em busca do conhecimento.

Este estudo permitiu gerar, como resultado acadêmico, um conhecimento da realidade pesquisada, ou seja, dos conteúdos que emergiram dos dados empíricos, uma proposta de construção de novos princípios teóricos sobre o tema do processo de trabalho gerencial dentro do contexto da saúde, também sob o enfoque do significado de *Ser Gerente* para os sujeitos do estudo.

As sínteses finais mostram que a construção do processo de trabalho para esse grupo de gerentes ocorre pela particularidade da organização hospitalar pesquisada, pelas características enquanto organização, pelas características de cada sujeito participante e pela própria história de vida de cada sujeito.

## ABSTRACT

This dissertation study was developing in the city of Florianópolis/Brazil in one Public Children Hospital. The study aim's to understand how one manager's group built their work process through their everyday interactions.

Starting from the qualitative research methodologies principle's that consider the importance of define the research object and built the research techniques through the approach of participant process in the own research context, one period was settled for getting in the field.

During this period the researcher built the research project and its tools for data collection together in a movement of taking part in the everyday manager's work process, called the research subject's.

The analysis procedures are based in some grounded theory assumptions. The experience shows that this previous period in the research context contributed to promote the research integration to the research field and to the study subject's giving more effectively in the collection and analysis of data.

The final synthesis shows that the construction of the work process for this manager's group is related to the particular's public hospital organization in this study, to its characterizes as an organization, to the characterizes of each particular subject and their own life history.

## INTRODUÇÃO

*Só se pode entender a produção do conhecimento científico – que teve e tem interferência na história construída pelo ser humano – se forem analisadas as condições concretas que condicionaram e condicionam sua produção.*

*Maria Amélia Andery et al.*

Apresentar ao leitor, em algumas breves linhas introdutórias, o mundo construído pelo pesquisador não é tarefa fácil. Também porque implica falar do pesquisador, sua história, seus desejos e projetos, na própria escolha do tema.

Se não se trata de um tarefa fácil criar um universo quase fictício, que explicita a dimensão literária de um projeto, muito menos o é traduzi-lo em uma linguagem de cunho “científico”, com a qual se procura falar da vida, dos processos, do trabalho, das interações e do cotidiano, através de articulações teóricas, conceituais e metodológicas.

Mas falar do “científico” é também falar de uma dimensão da vida, entendendo que pesquisar é pensar em recursos metodológicos e teóricos que busquem apreender e compreender uma determinada realidade de trabalho.

Ao buscar no trabalho as formas de vivenciar e expressar as experiências dos indivíduos, o presente estudo se utiliza das falas desses sujeitos ou, como preferi identificá-los, dos “atores sociais”, que vão fornecer referências para compreender como se dá a construção do processo de trabalho nas suas relações do cotidiano.

Como o trabalho vem sendo considerado uma atividade importante da vida humana, é por ele que a vida individual e social do homem se articula. Segundo Baró (1985), o trabalho é a atividade que mais organiza as relações humanas, estabelecendo as determinações fundamentais para a interação.

Desta forma, parto do princípio de que os relacionamentos interpessoais simbolizam os caminhos utilizados para que as ações humanas possam ser dimensionadas e expressadas dentro de um contexto.

O meu interesse por **pesquisar** uma determinada **realidade de trabalho** com **um olhar nas interações estabelecidas**, com especial atenção em **um grupo de gerentes de uma organização hospitalar**, deu-se pelo fato de buscar compreender como os mesmos constroem o seu processo de trabalho no cotidiano das interações dentro dessa organização. Também integrou-se a esse interesse o de conhecer as especificidades do gerenciar nesse tipo de instituição, considerando a sua complexidade como prestadora de serviços em saúde.

Aliado a esses fatores, a pouca literatura encontrada sobre o tema em questão vem justificar a realização desse estudo como produto acadêmico.

Resgato as leituras de Thompson (1976, p.17) que, ao caracterizar os hospitais como organizações complexas, afirma: “organizações complexas (fabricantes, hospitais, escolas, exércitos, agências comunitárias) são ubíquos nas sociedades modernas, mas a compreensão que temos delas é limitada e segmentada.”

O mesmo autor cita Dill, em sua obra, que reforça a afirmação sobre as organizações complexas ao dizer que “aquilo que sabemos ou julgamos saber sobre as organizações complexas acha-se recolhido numa variedade de campos ou disciplinas e a comunicação entre elas mais parece um fio de água do que uma torrente” (Thompson, 1976, p.17).

A escolha por um **hospital público** como **local de pesquisa** também foi reforçado pela minha vontade, como pesquisadora, de buscar um hospital que estivesse voltado a prestar serviços a uma população infantil especificamente, fator de trabalho que veio a reforçar ainda mais meu interesse pelas questões do gerenciamento dentro do referido contexto.

Entendo, assim, que o trabalho hospitalar constitui uma prática concreta, na qual várias são as relações que se estabelecem entre seus agentes e usuários, além da relação particular médico-paciente, e na qual os relacionamentos interpessoais compõem o cenário dos processos de trabalho, constituindo-se campo fértil para instrumentar os conhecimentos a respeito desta área de estudos.

Gerenciar pessoas, dentro dos espaços de trabalho, com especial atenção aos espaços de trabalho de uma instituição hospitalar, é ainda hoje um desafio para os estudiosos das áreas comportamentais.

A cultura, os valores e a dinâmica de funcionamento de uma organização são os integrantes de um todo chamado “clima organizacional”. São nestes espaços que, formal ou informalmente, se estabelecem as relações entre os seus colaboradores, independentemente de diferenciação hierárquica.

Algumas leituras preliminares vieram contribuir na minha decisão pela importância de se realizar um estudo desse caráter. Se muitas são as teorias que buscam servir de sustentação para a compreensão dos processos de trabalho e suas decorrências nas relações humanas estabelecidas, **a falta de estudos que visem buscar a construção de novas concepções teóricas, a partir de um “emergir desta realidade”, ou seja, daqueles que estão inseridos nesta relação**, continua sendo um desafio para a ciência humana, principalmente quando o momento busca uma revisão de aspectos culturais (valores, crenças, atitudes), mudança de paradigmas.

O presente estudo, então, caracteriza-se como **um estudo de caso** realizado junto a um grupo de sete gerentes de um hospital público de Florianópolis, durante o período de agosto/97 a janeiro/99, e tem como **objetivo geral** compreender como se constrói o processo de trabalho do gerente no cotidiano das interações de uma instituição hospitalar:

Este objetivo serviu de norteador na definição dos **objetivos específicos** da pesquisa, que são:

- descrever o processo de trabalho do gerente no contexto hospitalar, no que se refere às funções, à organização das atividades e às interações que se estabelecem;
- identificar como se dão estas interações no cotidiano de trabalho do gerente, em seu contexto específico;
- identificar como se desenvolve o processo de tomada de decisão no cotidiano de trabalho do gerente; e
- identificar a construção do processo de trabalho através do significado de “Ser Gerente” dentro do contexto hospitalar.

A estrutura desse estudo está organizada em seis capítulos: o introdutório e os demais, distribuídos da forma a seguir.

No capítulo II, apresento alguma literatura sobre processo de trabalho, sobre o hospital como uma organização prestadora de serviço em saúde e sobre o ato de gerenciar nos serviços de saúde. As leituras que são apresentadas nesse capítulo representam o início da construção do conhecimento, quando mostro quais conceitos me guiaram ao entrar no campo propriamente dito.

O capítulo III mostra todo um movimento dentro da abordagem da pesquisa qualitativa de busca pela identificação da linha metodológica a ser adotada. A trajetória do estudo é apresentada por meio de três momentos distintos, que seguem os ensinamentos de Patrício (1996), quando e onde ocorrem os diversos encontros do pesquisador com os sujeitos da pesquisa.

Esse capítulo mostra como foi feita a construção do projeto de pesquisa, a partir da elaboração das questões e subquestões do estudo; a construção de seus instrumentos de levantamento de dados; o processo de escolha dos sujeitos; a etapa de validação dos instrumentos e da proposta de pesquisa; e os procedimentos para o registro dos dados. Traz também a história do Hospital Infantil Joana de Gusmão, local de realização deste estudo.

O capítulo III apresenta, ainda, algumas questões sobre o rigor em pesquisa e menciona como, para a fase de coleta e análise dos dados, alguns princípios metodológicos da Teoria Fundamentada em dados são considerados, ao buscar uma compreensão da realidade estudada a partir dos dados empíricos levantados.

O capítulo IV descreve os processos de trabalho do gerentes no contexto hospitalar, mostrando suas funções, suas atividades, e suas interações, respondendo ao primeiro objetivo específico desse estudo. A descrição dos seus processos de trabalho é feita por meio de suas falas e das notas da pesquisadora, colocando, dessa forma, na prática, como a pesquisadora operacionalizou seus procedimentos metodológicos, descritos no capítulo anterior.

O capítulo V, da análise dos dados empíricos, segue as indicações previstas no método, mostrando os principais temas que identificam a construção dos processos de trabalho dos gerentes, as principais categorias que emergiram dos dados que vão servir de sustentação para responder a questão principal desse

estudo, ou seja, como os gerentes constroem seu cotidiano de trabalho focalizando as interações por eles estabelecidas.

É importante esclarecer ao leitor que, ao optar por alguns princípios metodológicos da Teoria Fundamentada para a análise dos dados, conforme mencionado no capítulo III, a análise final não se caracteriza pela reflexão ou crítica, mas sim por uma análise que busque responder as questões da pesquisa somente a partir dos conteúdos que emergiram dos dados empíricos.

Esse capítulo termina com a identificação do processo de trabalho dos gerentes através do significado de **Ser Gerente** dentro do contexto hospitalar.

O capítulo VI, das reflexões finais, traz algumas sínteses acerca do trabalho realizado, do significado desse para a pesquisadora, e tece recomendações para trabalhos futuros.

## CAPÍTULO 2

### NA LITERATURA O INÍCIO DA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO: O PROCESSO DE TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE HOSPITALAR

*Todo o trabalho, acadêmico ou não, tem uma fundamentação teórica, no sentido de possuir um conjunto de conceitos, de princípios e técnicas que o norteiam.*

Zuleica M. Patrício

*Rendo-me à crença de que meu conhecimento é uma pequena parte de um conhecimento integrado mais amplo que mantém unida toda a biosfera ou criação.*

Gregory Bateson

Partindo dos princípios básicos de pesquisa qualitativa que preconizam a utilização de tipos diferentes de literatura antes do início de cada estudo, esse capítulo objetiva mostrar os meus primeiros passos na construção do projeto de estudo propriamente dito.

Essas leituras não têm o propósito de fazer uma análise histórica ou uma revisão bibliográfica, mas de mostrar com que conceitos fui a campo ao dar início ao estudo.

As literaturas que julguei serem relevantes para o tema em estudo são apresentadas, contudo não me identifico com nenhuma delas em especial. Início com as definições de Processo de Trabalho, situando-o no contexto das Organizações Prestadoras de Serviço em Saúde, e mostro algumas contribuições sobre o ato de “gerenciar” em saúde.

#### 2.1 SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO

O conceito de processo não é algo desconhecido, é uma palavra que está integrada a qualquer linguagem, idioma.

Processo, pela definição do dicionário Aurélio (1986), pode indicar significados diferentes, incluindo (a) ato de proceder, de ir adiante; (b) sucessão de

estados ou mudanças; (c) modo por que se realiza ou executa uma coisa; (d) sistema, programa ou módulo que concretiza uma função.

Em outro dicionário, Collins (1986), encontramos os seguintes significados para a palavra “processo”: (a) uma série de ações ou procedimentos usados para fazer, manufaturar ou conseguir algo; (b) progresso, curso; (c) uma operação natural ou involuntária ou uma série de mudanças. Também “processo” pode ser definido como (a) um conjunto de papéis relativos a um negócio; (b) técnica; ou (c) método (Luft, 1994).

Ao buscar o contexto histórico das organizações, Armistead e Rowland (1996) identificam os processos como uma série de atividades que são realizadas a fim de alcançar objetivos de produzir, mudar ou manter algo.

Dentre os diferentes significados apresentados, podemos dizer que a idéia de processo organizacional é melhor identificada pela definição “uma série de ações utilizadas para alcançar algo”. Descritos dessa forma simples, os processos fazem parte de todas as empresas e essencialmente descrevem a forma como um objetivo pode ser alcançado.

A própria história da evolução das empresas nos mostra que elas eram compostas por pequenos grupos de indivíduos, quando as pessoas se envolviam em todas as atividades e estavam mais próximas umas das outras. Por exemplo, nas oficinas de trabalho, os mais diversos profissionais interagiam ao envolverem-se com o processo de manufatura.

Nesses espaços de trabalho, aperfeiçoavam seus estilos, imprimiam seus próprios ritmos e adquiriam sua independência. E foi nesse contexto de produção que o conceito de “processo de trabalho” foi introduzido por Marx.

Para Marx (1985), a dinâmica do trabalho humano é entendida como sendo movida por uma intencionalidade, ou seja, uma direção ou um projeto a partir de uma forma de ver o objeto. Ao passar de projeto para ação, há necessidade da presença de uma força de trabalho, de um objeto passível de transformação e de instrumentos de trabalho concretos.

Essa dinâmica do processo de trabalho humano, segundo o autor, é guiada pela consciência que está presente pela percepção (carência) de uma

necessidade, o que vai permitir gerar conhecimentos de caráter objetivo e subjetivo (Marx,1985).

Em seus estudos sobre "*Trabalho e Reflexão*", Giannotti (1984) cita Marx, que define a dinâmica do processo de trabalho humano em três diferentes momentos: "a atividade orientada ou o próprio trabalho, seu objeto e seu meio. O fim do processo de trabalho é o produto."

As contribuições de Nogueira (1996) reforçam esse pensamento, ao definir processo como um conjunto de meios para chegar a um determinado fim.

O conceito de trabalho também pode ser entendido como algo que corresponde a uma atividade e que traz em si a sua própria finalidade. Dessa forma, o trabalho traz consigo o próprio significado da existência do homem (Bridgs,1995).

Para Gonçalves (1998), o processo de trabalho se caracteriza por ser sempre social e histórico, pois, para o autor, os próprios processos geradores de necessidades, que irão exigir determinado trabalho para a sua satisfação, são social e historicamente determinados.

Partindo do ponto de vista social, podemos compreender que o trabalho é a atividade mais importante da vida humana. E é através das relações que se constroem dentro do espaço social que o homem estabelece as determinações fundamentais para a interação (Baró,1985).

Entendo aqui o termo "interação" como sendo a ação que se exerce mutuamente entre duas ou mais pessoas (Aurélio,1996); por sua vez, as relações interpessoais desenvolvem-se em decorrência do processo de interação.

Os estudos de Moscovici (1996) nos mostram que, em situações de trabalho, compartilhadas por duas ou mais pessoas, há atividades predeterminadas a serem executadas, bem como interações e sentimentos recomendados, tais como comunicação, cooperação, respeito, amizade. Para a autora, à medida que as atividades e interações prosseguem, os sentimentos despertados podem ser diferentes dos indicados inicialmente e, então, inevitavelmente, os sentimentos influenciarão nas interações e nas próprias atividades.

Isso significa que todos os elementos de um relacionamento entre dois seres humanos têm efeito profundo sobre as pessoas (a interação) e sobre o resultado (Albrecht e Bradford, 1992).

Sobre o comportamento dos funcionários de um hospital, Gonçalves (1998) afirma que esse tipo de instituição vem sendo mais identificado sob a ótica humanística. Isso quer dizer que os sentimentos e emoções, amizades e hostilidades, cooperação e competição, construindo regras de convivência, são hoje considerados aspectos importantes para o alcance dos objetivos e metas de uma instituição hospitalar. As normas de conduta resultantes de códigos formais passam a ser justapostas às relações informais, definindo novos padrões de comportamento no interior das instituições hospitalares.

Desta forma, posso acreditar que os relacionamentos interpessoais são os fios condutores dos processos de trabalho e simbolizam os caminhos utilizados para que as ações humanas possam ser dimensionadas e expressadas dentro de um contexto.

O fato de se pensar o processo de trabalho como social, já que emerge de necessidades determinadas socialmente, permite-nos entender a presença de necessidades de saúde como geradoras dos processos de trabalho em saúde, em seu caráter não só social mas também individual.

Para Barros (1994), a assistência da saúde é parte da divisão técnica do trabalho situada no setor terciário da economia. A autora entende que o produto final no serviço de saúde se apresenta, na maioria das vezes, de uma forma indefinida, quando não de forma negativa, ou seja, pela taxa de mortalidade, morbidade, entre outras.

Para a autora, a discussão sobre o processo de trabalho em saúde remonta o período em que ocorreu a divisão do trabalho médico (início da institucionalização do trabalho médico no interior dos hospitais) e, a partir daí, vem contribuindo com novos elementos na compreensão de sua dinâmica.

### 2.2.1 O HOSPITAL COMO UMA ORGANIZAÇÃO PRESTADORA DE SERVIÇO

As organizações são o tipo de sistema social que caracteriza as sociedades modernas e, ao mesmo tempo, a forma pela qual determinada coisa se estrutura.

Para Lima (1998), as organizações de saúde são aquelas que executam intervenções de promoção, de proteção e de recuperação da saúde. O autor coloca que a intervenção é qualquer atividade específica que vise reduzir os riscos de adquirir agravos ou danos à saúde, garantir o cuidado terapêutico e o controle de doenças e atenuar as seqüelas da doença ou a incapacidade.

O campo da administração pública vivencia há algum tempo um período de ebulição: novas demandas, recursos escassos, estruturas e processos organizacionais que não correspondem satisfatoriamente à equação custo-benefício (Keinert, 1997).

Entendo que o Brasil experimentou grandes transformações na área de saúde nos últimos anos, que se caracterizam por uma grande mobilização popular e conseqüente aumento da participação neste setor, de caráter não somente reivindicatório, como também decisório e gerencial.

Também se verificou uma maior participação dos profissionais da área de saúde, intensificando as demandas por treinamento e formação, aumentando sua importância estratégica.

Todos esses movimentos sociais e profissionais da saúde fizeram surgir uma ampliação do conceito de saúde, que passa a englobar não só aspectos relativos ao processo saúde-doença, como também aqueles relativos à qualidade de vida, tais como educação, habitação e saneamento básico.

Ao falar sobre organizações de saúde, não posso deixar de citar os princípios que regem o seu modelo vigente, chamado Serviço Único de Saúde (SUS), que está expresso não apenas em lei, como também na própria constituição do País (Lei Orgânica de 1988), e que é fruto dessas iniciativas sociais mencionadas anteriormente.

O Sistema Único de Saúde centra-se em três princípios básicos: universalização da assistência, descentralização das ações e controle social (Keinert, 1997).

O princípio da universalização da assistência à saúde estabelece livre acesso aos serviços por toda a população, rompendo com a lógica contributivista anterior, na qual apenas os setores da sociedade vinculados ao mercado de trabalho recebiam assistência (Lei Orgânica 8088/90, Art. 2º).

A descentralização, no caso da saúde, operou-se por meio da proposta de implantação do SUS, que objetivou devolver às instâncias locais o poder, autonomia e capacidade de gestão, estratégia destinada a dinamizar e fortalecer os serviços de saúde pelo processo de municipalização.

O controle social gerou uma série de mecanismos institucionalizados, como, por exemplo, os Conselhos de Saúde – órgãos consultivos, deliberativos e de caráter colegiado –, compostos por representantes do governo, profissionais de saúde e usuários que atuam na formulação, controle e execução das políticas de saúde (Ministério da Saúde/1995).

A mobilização de recursos alternativos nos serviços públicos de saúde tem sido representada pelo trabalho voluntário ou pela participação entre conselhos que garantam uma co-gestão entre Estado e Sociedade, recursos esses de difícil quantificação financeira.

Para Gonçalves (1998), as naturais demandas sociais geradas na intimidade da sociedade moderna incluem o **hospital** no rol das instituições fundamentais da comunidade, como são as escolas, as organizações políticas e as instituições religiosas.

Ao verificar a própria história da origem do termo hospital,<sup>1</sup> pude perceber que essa é repleta de momentos que o identificam e o designam de acordo com a época e as necessidades dos locais que marcam o início de sua existência.

Na etimologia a palavra hospital vem do latim *hospitalis*, adjetivo derivado de *hospes* (hóspede, estrangeiro, viajante, conviva), significando também o que dá agasalho, que hospeda (Mirshawka, 1994).

Não podemos deixar de mencionar a importância do hospital para a comunidade, que pode ser avaliada pelo grau de relações que o hospital mantém

---

<sup>1</sup> Além dos dados aqui apresentados sobre a origem da instituição hospitalar, sugiro consultar Finckler, D. de M. **O impacto da Aids na organização do trabalho**. Dissertação de Mestrado pela UFSC, maio de 1998.

com os indivíduos, em particular, e com a coletividade, em geral, resultante do papel essencial da instituição hospitalar em momentos fundamentais da vida das pessoas, no nascimento, na doença e na morte (Gonçalves, 1998).

Os estudos de Pitta (1994, p.45-46) nos dizem que

*As diferentes funções que o hospital tem desempenhado ao longo de sua história têm dificultado muito os que buscam entender o processo de trabalho hospitalar como um corpo de práticas institucionais articuladas às demais práticas sociais numa dada sociedade e submetido a determinadas regras históricas, econômicas e políticas.*

Ao se pensar na comunidade, é fundamental lembrar que é no hospital que se encontram disponíveis, para uso de todos quantos o procuram, os conhecimentos profissionais dos integrantes da equipe de saúde: médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, entre outros.

Assim, podemos imaginar o hospital como um grande processo (serviços, diagnósticos, farmácia, manutenção, serviços administrativos, cuidados médicos e de enfermagem, lavanderia), cujo efeito final seria o tratamento de doentes.

Sobre as características de um hospital, encontrei nas contribuições de Leitão (1993 p.96) aquelas que mais me chamaram atenção:

*Cada hospital tem sua personalidade. Problemas característicos de sua clientela, de suas instalações, posição geográfica, dimensão e influência de seu corpo clínico. Tudo isso tem que ser visto dinamicamente, bem assistido, dentro da visão de um todo que precisa estar harmônico para poder atingir, pelo menos, parte de um objetivo ideal (que condiz em alcançar prestação de eficiente atendimento técnico, manter cuidado integral à pessoa do paciente, proporcionar satisfação psico-emocional dos funcionários em relação às suas atividades no hospital e conseguir alimentar um relacionamento hierárquico equilibrado.*

Para o autor, as relações estabelecidas entre os profissionais que lideram pessoas, entre si e entre as equipes de trabalho são as bases para um eficiente atendimento à demanda hospitalar, atentando-se também para o aspecto da prevenção e fazendo com que, no hospital, todo recurso técnico seja, antes de tudo, recurso pessoal, humano.

Quanto à estrutura e funcionamento de um hospital, Gonçalves (1998) ainda nos mostra que todos os segmentos que estão presentes na atividade da instituição precisam ser formulados racionalmente, gerando uma estrutura

organizacional, um verdadeiro arcabouço invisível que estabelece o *status* e marca qual é a posição de cada pessoa em relação aos demais integrantes da organização.

A estrutura é, pois, para o autor, a anatomia com a qual a organização é criada e operada, oferecendo um modelo sistematizado em relação ao trabalho a ser feito. Por sua vez, a estrutura organizacional é o arcabouço definidor de responsabilidades, de autoridades e de comunicações de indivíduos em cada segmento da organização, as funções de cada parte com as demais e para com toda a organização.

Segue Gonçalves (1998) dizendo que, no Brasil, as estruturas habitualmente utilizadas pelos hospitais situam-se na esfera funcional, em que cada unidade, serviço ou departamento tem um conjunto de deveres e responsabilidades diferenciado. Esse modelo propicia atingir objetivos limitados pela própria tarefa. Contudo, num cenário de contínuas mudanças das necessidades da clientela, dos processos disponíveis para serem empregados e dos resultados desejados, essa estrutura fortemente hierarquizada e verticalizada vem se mostrando insatisfatória, principalmente em relação à expectativa de cooperação entre os diversos segmentos da instituição, com vistas a atingir o objetivo no qual o hospital encontra sua própria razão de existir, o melhor atendimento ao doente que o procura.

Para Teixeira, citado por Gonçalves (1998), a função de um hospital é atender a diferentes objetivos, sendo o principal satisfazer as necessidades do paciente para o tratamento e cura, mas acrescenta que cada profissional ou grupo interpreta o significado de atender a esses objetivos em função de seu próprio sistema de valores.

Marques e Mirshawka (1993) colocam que os valores representam a essência da filosofia da empresa para se chegar ao sucesso, visto que estes fornecem o senso de direção comum para todos os funcionários e um guia para o comportamento diário.

Afirmam, ainda, que os valores e as crenças de uma organização salientam quais são as questões observadas com mais atenção e indicam o seu nível de prioridade. Os valores e as crenças compartilhadas comunicam ao mundo exterior

o que se pode esperar da organização. Criam imagem, firmam o conceito de empresa e promovem sua visibilidade (Marques e Mirshawka, 1993).

Nessa etapa das leituras, considere a importância que a maioria dos autores dão ao situarem a questão da visão do cliente como sendo o centro de suas atividades e como, no âmbito das instituições de saúde, algumas dificuldades surgiram com a adoção dessa percepção (visão).

Esse fato pode ser, na opinião de Gonçalves (1998), atribuído à própria influência das instituições públicas brasileiras, nas quais predomina uma limitada visão das necessidades e dos direitos dos clientes a serviços de qualidade, o que contribuiu para uma estagnação de cerca de vinte anos na área.

Assim, pude perceber, através dessas leituras, que a administração dos serviços se tornou uma corrida de reivindicações no fechamento dos negócios na década de 80. A administração de serviço cria, então, uma organização centrada no cliente, com foco nas suas necessidades e expectativas.

Sobre essa questão, colocam Albrecht e Bradford (1992, p.12): “a verdade fundamental que precisamos aprender em administração de serviços é que a qualidade de um produto é encarada de forma diferente da qualidade do serviço, como muitas organizações fazem ao não considerar o serviço ao cliente como um produto em si.”

Para os autores, uma chamada “tendência nervosa” na área de saúde é a relutância e, muitas vezes, a resistência em considerar a pessoa como “cliente”. Acrescentam que isso ocorre por duas razões: primeiro, o profissional da área de saúde, seja médico, seja enfermeiro, seja técnico, encara a pessoa doente como alguém que precisa ser tratado, curado, e não como uma pessoa que está pagando muito bem pelos serviços; e segundo, há a crença de que se o fizerem vão desvalorizar a prática da medicina, reduzindo-a a um nível indigno e não profissional.

Os autores colocam que esses profissionais precisam compreender que o cliente é alguém que se dirige ao profissional para comprar o seu produto ou serviço e que espera receber um serviço ou produto de qualidade em troca do pagamento.

Destacamos a definição de cliente adotada pelos autores citados:

*Um cliente é um ser humano, de todos os tamanhos e cores. Um cliente é uma criança que precisa de ajuda para alcançar um brinquedo numa prateleira alta. Um cliente é um homem idoso que perdeu a direção no labirinto dos corredores de um hospital. Um cliente é uma mulher que não fala bem o seu idioma e está explicando o que precisa da única forma que pode. Um cliente é um companheiro de trabalho pedindo sua ajuda para que possa prestar serviços ao público pagante. Contribuinte, paciente, cliente, pagador de impostos, membro, hóspede, sócio – todos são sinônimos do maior patrimônio que uma empresa pode ter – o cliente, que vem até você e paga pelo serviço ou produto. (Albrecht e Bradford, 1992, p.18).*

É importante, acima de tudo, considerar o contexto em que está inserida a organização que presta serviços, nesse caso, a instituição hospitalar, quais são os valores, as crenças e as atitudes que estão prevalecendo e como influenciam as atitudes dos clientes.

## 2.2 O “GERENCIAR” NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Ao buscar na literatura os escritos sobre o “ato de gerenciar”, remeti-me, num primeiro instante, aos estudos das teorias administrativas, pois é por meio dessas que podemos acompanhar e conhecer a origem, evolução e característica das relações de trabalho estabelecidas dentro das organizações, e procurei centrar-me nas questões do gerenciamento, foco de interesse deste estudo.

Resgato os estudos de Barnard sobre a “natureza do trabalho do executivo” que deixaram grandes contribuições a respeito do processo de trabalho do executivo, entendido como um sistema determinado por atividades diversas. Sobre isso, afirma: “geralmente as condições do trabalho executivo são as de grandes atividades” (Barnard, 1968, p.263).

O referido autor, na sua época, teve influência de outros estudiosos que contribuíram de forma significativa para que ele demonstrasse a sua intenção de tornar possível a elaboração de uma teoria da prática administrativa ao utilizar as descobertas da experiência como executivo.

Andrews (1968), no prefácio de “*As Funções do Executivo*”, de Barnard, afirma que nessa obra está a mais provocante abordagem em organização e administração já escrita por um executivo praticante.

Para Barnard, o estudo cuidadoso das ações visíveis dos seres humanos em nossa sociedade – seus movimentos, sua fala, assim como o pensamento e as emoções que transcendem através de sua ação e de sua fala – mostra que muitas delas, e algumas vezes a maioria, são determinadas ou dirigidas pela sua ligação com as organizações formais.<sup>2</sup>

Para o autor, as funções do executivo são as de controle, gerência, supervisão e direção, que exercem um papel fundamental na sobrevivência da chamada cooperação (Barnard, 1968).

A tese de doutoramento de Escrivão Filho (1995)<sup>3</sup> mostra-nos que, para os teóricos da abordagem sobre a teoria do processo, as funções dos gerentes são representadas por um grupo de atividades cujo desempenho forma um processo seqüencial na concepção e simultâneo na operação que se repete continuamente.

Para o autor, as contribuições à abordagem do processo podem ser divididas em três períodos. O primeiro período, chamado de Período de Formulação (1916), fundado por Fayol, mostra que são funções executivas as atividades de “prever, organizar, comandar, coordenar e controlar”.

O segundo período, chamado de Período de Revigoração (1950), deu início ao movimento das relações humanas que vai abordar, além das necessidades de sobrevivência, as necessidades sociais. Porém, o estilo gerencial continua autoritário e muito voltado aos interesses produtivos do ser humano como força de trabalho.

Escrivão Filho (1995) mostra, ainda, que é a partir da segunda metade da década de 50 que o processo do então chamado “executivo” toma sua forma de quatro funções: planejamento, organização, direção e controle.

O terceiro período, com início em 1960, foi chamado de Período de Integração, caracterizado pela contribuição de vários estudiosos que mostram todo um movimento no sentido de buscar descrever as atividades dos executivos como

---

<sup>2</sup> Para Chester I. Barnard, a organização formal é uma espécie de cooperação entre os homens e a organização consciente, deliberada, com finalidade expressa. Para maiores detalhes, sugiro consultar sua obra: *As Funções do Executivo*. 1968.

<sup>3</sup> ESCRIVÃO FILHO, E. *A natureza do trabalho do executivo: uma investigação sobre as atividades racionalizadoras do responsável pelo processo produtivo em empresas de médio porte*. Tese de doutorado pela UFSC, dezembro de 1995.

estando divididas entre as atividades voltadas para as coisas (técnico-administrativas) e as atividades voltadas para as pessoas (interpessoais).

Para Boog (1991), os gerentes exercem um papel gerencial de liderar e guiar a empresa em um mundo incerto, o que, para o referido autor, é um dos papéis mais importantes em nossa sociedade.

Os estudos desse autor mostram que o termo **“gerente”** não significa apenas um título de cargo ou posição hierárquica; antes, representa o conjunto de responsáveis por resultados com pessoas e com inovações. Isto quer dizer que **presidente, vice-presidente, diretores, superintendentes, gerentes gerais, chefes de departamento, chefes de setor, supervisores, encarregados, líderes de grupos são “gerentes”** (Boog, 1991).

Alvo de constantes críticas, os modelos gerenciais, entendidos como coadjuvantes ou mesmo condutores do desenvolvimento econômico e social, têm sido questionados por terem se baseado nas ciências administrativas.

Ao fazer essa afirmação, Barros (1994) traz à tona alguns fatores que justificam sua colocação, entendendo que a somatória de fatos como o avanço da consciência de cidadania, a inflação (aumento de demanda de serviços e diminuição de recursos), a competição que se instala entre os serviços públicos e privados (lucratividade, quantidade, qualidade) condiciona a discussão atual sobre gerência visando à eficiência, à eficácia e à efetividade.

Para Barros (1994), a gerência é como um instrumento capaz de política e tecnicamente organizar o processo de trabalho no sentido de torná-lo mais qualificado e produtivo na oferta de uma assistência universal, igualitária, integral.

E é da referida autora que considerarei importante mostrar a **definição de “gerência”** como “um processo por meio do qual um grupo cooperativo de pessoas em uma instituição dirige suas ações e recursos para a consecução de metas e objetivos em comum” (Barros, 1994, p.94).

Portanto, o ato de “gerenciar” não é um trabalho isolado, realizado por uma única pessoa, mas por um grupo de pessoas que possibilita o aparecimento de liderança num determinado momento, dependendo da especificidade do problema a ser solucionado.

Para Mota e Ribeiro (1997), gerência é a arte de pensar, de decidir e agir em função da concretização de resultados definidos, previstos, analisados e avaliados, mas que têm que ser alcançados através das pessoas e numa interação humana constante.

Sobre a arte de decidir, ou melhor, de tomar decisão, resgato as leituras de Barros e Montenegro (1990), quando assinalam a tomada de decisão como uma atividade que requer um esforço um pouco maior do que simplesmente analisar problemas.

Ao questionar a razão de ter que tomar decisões como gerente, Adizes (1997, p.29) atribui a existência anterior de problemas que subentendem a presença de mudanças no ambiente a ser gerenciado. Para o mesmo, “tomar boas decisões é a metade de gerenciar bem”.

O autor menciona, ainda, que a qualidade de uma gerência depende da qualidade das decisões tomadas por essa mesma gerência e da quantidade de energia gasta para implementar essas decisões.

Os estudos de Hammond, Keeney e Raiffa (1998) mostram que a tomada de decisão é a atividade de trabalho mais importante de qualquer executivo. Para eles, ela é também a atividade que mais fortalece e de maior risco para um gerente. Más decisões podem arruinar negócios e, muitas vezes, causam danos irreparáveis.

Para os mesmos autores, a gerência também é um instrumento importante para a efetivação das políticas. Ela é, ao mesmo tempo, condicionada e condicionante, pelo modo como se organiza a produção ou o serviço.

Além dessas colocações, entendo que, para tomar decisões de qualidade, o gerente precisa também focalizar os serviços que devem ser produzidos para satisfazer a razão pela qual a organização existe.

A qualidade das atividades realizadas pelo gerente durante o seu cotidiano de trabalho pode ser também conhecida pelas relações por ele estabelecidas durante o processo de decisão.

Para Barros (1994), a gerência não é um instrumento fim em si mesmo, e a ela não pode ser dado o papel principal e único nas modificações dos modelos

organizacionais. O autor entende que outras variáveis estão presentes, daí a importância de contextualizá-la tendo em vista as características de produção de serviços de saúde no nosso país.

Coloca ainda que exercida no interior das organizações e instituições, a gerência não pode ser entendida de forma neutra. Pode assumir posição de manutenção, reforma ou transformação, como também não pode ser considerada atemporal, ao ser exercida por atores sociais que interagem por meio de valores e crenças e que fazem parte de determinados grupos sociais.

Mais recentemente, as contribuições das ciências humanas aos estudos das organizações começam a mostrar mais enfaticamente que suas preocupações vão além das necessidades econômicas e sociais; surgem, então, as questões do ser humano, visto como quem possui, também, necessidades psicológicas de crescer, de se desenvolver e de lutar por objetivos.

No entanto, mesmo assim, na maioria das vezes, as pessoas são gerenciadas em direção à consecução dos objetivos organizacionais, e talvez aí esteja a maior dificuldade de um gerente: os objetivos individuais não são considerados nessa abordagem. Isso representa uma análise parcial do homem, para o qual o nível organizacional é considerado de forma isolada e se sobrepõe aos níveis do indivíduo e da sociedade.

Os estudos de Perrow (1976) mostram que uma das possíveis razões que contribuem para que os conflitos dentro das organizações se estabeleçam é o fato de estas estarem direcionadas para um objetivo específico e não considerarem o fato de serem constituídas por pessoas que não têm, necessariamente, os mesmos interesses e objetivos das organizações.

Além disso, as pessoas vêm carregadas com diferentes variáveis – interesses, necessidades diversas – e qualquer forma de controle sobre tais aspectos acarretará em dificuldades porque as pessoas procuram lutar por seus valores (Perrow, 1976).

Existem, também, autores que reforçam a idéia de que o desenvolvimento do trabalho em grupos, em saúde, aparece como característica comum à

organização dos serviços de saúde nas sociedades que criam ou incorporam conhecimentos e técnicas médicas refinadas (Donnangelo, 1979).

Para Nogueira (1987), a organização de trabalho coletivo em saúde tem uma divisão técnica que absorve as características de manufatura e, como tal, teria no valor de uso a sua lógica de qualificação no interior do setor terciário como serviço a ser consumido. Identifica que a decomposição do processo de trabalho em tarefas isoladas é acompanhada de uma integração através de uma hierarquia de profissionais e serviços que se constitui no fundamento da produtividade do setor e depende, ainda, substancialmente, do conhecimento e destreza do trabalhador.

Em se tratando da administração de recursos humanos, Mirshawka (1994) coloca que é fundamental conseguir o envolvimento e, por delegação, dar poderes a todos os colaboradores, para que formem equipes de melhoria de processos, sem descuidar de sua educação e do seu treinamento.

Essa visão nos faz pensar que a participação, o diálogo, a solidariedade, a liberdade e o compromisso se somam para o contínuo construir e reconstruir num processo de trabalho produtivo sob o ponto de vista social.

Visando conhecer e compreender estas construções do processo de trabalho dos gerentes nas relações do cotidiano, num ambiente hospitalar, busquei considerar suas ações no momento em que emerge uma necessidade de um novo paradigma.

O esforço físico e as habilidades manuais vêm sendo substituídas com velocidade cada vez maior pela automação, exigindo que as pessoas dominem o conhecimento. Isto modifica profundamente o trabalho da gerência.

Estudos apontam para esse momento de gerenciar o talento, e esse tipo de gerência é muito diferente daquele voltado à execução das tarefas físicas. O perfil das pessoas é diferente e os recursos também.

Segundo Arantes (1994), as exigências do momento são a criatividade, a inovação, a experiência, a sabedoria, o que, para ele, não se conseguem através do esforço físico, nem dentro de um horário de trabalho determinado.

Outros conceitos aparecem na literatura como fundamentais para a compreensão dos gerentes, que é o desafio de **Ser Gerente**, num momento em que são repensadas as bases que sustentam o modelo atual de gerenciamento, a saber:

*Hoje o gerente não depende só do conhecimento técnico especializado para obter os resultados de sua área de responsabilidade. Seu principal desafio é conseguir mobilizar as pessoas e fazê-las agir em direção aos resultados pretendidos. Este requisito implica a necessidade de os programas de desenvolvimento gerencial enfatizarem a gerência de talentos. (Arantes, 1994, p.182).*

## CAPÍTULO 3

### DOS QUESTIONAMENTOS À CONSTRUÇÃO E APLICAÇÃO DO MÉTODO

*O conhecimento científico é sempre uma busca de articulação entre a teoria e a realidade empírica; o método é o fio condutor para se formular esta articulação.*

Minayo e Sanches

*Vale perguntar: que métodos dariam conta de produzir conhecimento sobre a diversidade, unicidade e complexidade da vida humana em suas expressões verbais e não prazer e dor expressas pelo próprio sujeito do processo?*

Zuleica Maria Patrício

O presente capítulo pretende mostrar como, a partir dos conteúdos vistos na disciplina sobre Métodos Qualitativos de Pesquisa, do Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da UFSC, dei início aos meus estudos sobre pesquisa qualitativa, que vieram a desencadear toda uma busca por maiores conhecimentos sobre suas diferentes abordagens, pressupostos básicos que intermediam o processo de escolha pela linha metodológica a ser utilizada.

A minha identificação pela abordagem qualitativa começou, então, quando das diversas leituras propiciadas durante a referida disciplina; das discussões em sala de aula; da realização de atividades práticas que geraram novas descobertas pelo vivido e experimentado numa determinada realidade do cotidiano;<sup>1</sup> das minhas participações como membro do Núcleo de Estudos Participantes do Processo de Viver e Ser Saudável (Núcleo Transcriar, UFSC); e, fundamentalmente, pelos ensinamentos adquiridos quando dos diferentes momentos de estudo compartilhados com minha orientadora.

---

<sup>1</sup> Essas atividades dizem respeito aos trabalhos acadêmicos realizados quando da referida disciplina, que, através de sua coordenadora Prof.<sup>a</sup> Zuleica Maria Patrício, propiciou gerar um livro a partir daqueles trabalhos (1996).

Além do interesse pelo tema de pesquisa, a minha escolha se deu também pelo interesse em conhecer e compreender a realidade de um fenômeno, a partir da situação de “estar participando” do próprio contexto da pesquisa.

Assim, mostro nesse capítulo minha caminhada através da abordagem da pesquisa qualitativa, seguindo o referencial indicado por Patrício (1996).

### 3.1 CARACTERIZANDO O ESTUDO E DEFININDO A LINHA METODOLÓGICA

Com a intenção de responder questões sobre “como” e “por que” certos fenômenos ocorrem, optei por um **estudo de caso** que me permitiu fazer uma observação profunda e detalhada de um contexto específico: um grupo de gerentes de uma instituição hospitalar.

O propósito fundamental do estudo de caso (como tipo de pesquisa) é analisar intensamente uma dada unidade social, que pode ser, por exemplo, um líder de uma determinada entidade, uma empresa específica, um grupo de pessoas envolvidas em uma mesma atividade, entre outras (Godoy, 1995).

Segundo Yin, citado por Godoy (1995, p.25), o estudo de caso “é uma forma de fazer pesquisa empírica que investiga fenômenos dentro do contexto de vida real, em situações em que as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não estão claramente estabelecidas, onde se utilizam múltiplas fontes de evidência.”

Ao buscar compreender a complexidade da realidade a ser pesquisada, aproximei-me dos princípios da etnometodologia, que me remeteram a uma compreensão da cultura desse grupo, permitindo enxergar os seus membros como indivíduos, seres humanos, que têm história, religião, política, e que estabelecem interações com as pessoas e com o meio constantemente.

Para Coulon (1995, p.46), a etnometodologia “aborda os relatos do mundo social feitos pelos seus membros como realizações em situação, não como indícios daquilo que se passa verdadeiramente”. A etnometodologia, de modo geral, se preocupa em elucidar a maneira como os relatórios ou relatos, ou as descrições de um acontecimento, de uma relação ou de uma coisa, são produzidos em interação, de tal modo que atingem um estatuto metodológico claro.

Sobre esse aspecto, escreve Garfinkel, citado por Coulon (1987, p.42), que “os estudos etnometodológicos analisam as atividades cotidianas dos membros como também dos métodos que se fazem essas mesmas atividades visivelmente racionais e relatáveis a todos os fins práticos, isto é, descritíveis enquanto organização ordinária das atividades de todos os dias”.

As contribuições de Bogdan e Biklen (1994) mostram as cinco características da investigação qualitativa, a saber: **(a)** na investigação qualitativa a fonte direta de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal; **(b)** a investigação qualitativa é descritiva; **(c)** os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos; **(d)** os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva; e **(e)** o significado é de importância vital na abordagem qualitativa.

Em outras palavras, os investigadores qualitativos estabelecem estratégias e procedimentos que lhes permitem levar em consideração as experiências do ponto de vista do informante; a condução é feita por uma espécie de diálogo entre os pesquisadores e os sujeitos do estudo.

Outra possibilidade de pesquisa qualitativa é a chamada pesquisa documental, que se caracteriza pela idéia de incluir o estudo de documentos.

Assim, podemos definir como pesquisa documental “o exame de materiais de natureza diversa, como jornais, revistas, diários, obras literárias, científicas e técnicas, cartas, memorandos, relatórios, os quais ainda não receberam um tratamento analítico, ou que podem ser reexaminados, buscando-se interpretações novas ou complementares” (Godoy, 1995, p.25).

Para Strauss e Corbin (1990), a pesquisa pode tratar da vida das pessoas, histórias, comportamentos, mas também do funcionamento organizacional, movimentos sociais, ou a interação dos relacionamentos.

Nessa perspectiva, um fenômeno pode ser melhor compreendido no contexto em que se encontra e do qual faz parte, de forma integrada. Para tanto, o pesquisador vai a campo buscando “captar” o fenômeno em estudo a partir da

perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes (Godoy, 1995).

De posse desses entendimentos e tendo como objetivo responder minha questão de pesquisa, fiquei me interrogando sobre qual método daria conta de responder essas questões que não estavam na literatura.

Assim, ao tentar compreender como se constrói o processo de trabalho dos gerentes no cotidiano de uma organização hospitalar, utilizei-me de alguns princípios metodológicos de Strauss e Corbin (1990), no que se refere à construção de concepções teóricas a partir do levantamento e análise constante dos dados.

Seguindo os pressupostos dos referidos autores, parti da idéia de que as descobertas feitas podem ser usadas para clarificar e ilustrar os resultados qualitativos, construir instrumentos de pesquisa, revelar políticas, avaliar programas, fornecer informações para procedimentos comerciais, guiar as práticas dos participantes e servir para fins políticos, assim como para outros propósitos científicos, como a revelação de conhecimentos básicos.

Ao estudar a Teoria Fundamentada em dados, verifiquei que sua origem remonta os estudos desenvolvidos por Glaser e Strauss no início dos anos 60 do século XX, durante uma observação, de campo, sobre o estudo de como os funcionários de um hospital lidavam com os casos de morte dos pacientes (Strauss, 1989).

Seus adeptos, Blumer, Diesing e Glaser, citados por Strauss e Corbin (1990), acreditam que o desenvolvimento teórico, a partir das interpretações formadas, é o caminho mais seguro para trazer a realidade à luz do conhecimento.

A Teoria Fundamentada é uma abordagem de pesquisa altamente sistemática para a coleta e análise de dados qualitativos, com o propósito de gerar teoria explicativa que favoreça a compreensão dos fenômenos sociais e psicológicos.

Com raízes nas ciências sociais, mais especificamente na tradição de interação simbólica da psicologia social e da sociologia, a Teoria Fundamentada descreve um método para estudar padrões fundamentais conhecidos como

processos básicos social-psicológicos que respondem pela variação em interação ao redor de um fenômeno ou de um problema (Chenitz e Swanson, 1993).

Resgato algumas definições de teorias encontradas na literatura. Marx, citado por Fawcett e Dows (1986), diz que teoria é uma proposição explanatória provisória, ou conjunto de proposições, a respeito de um fenômeno natural constituído de representações simbólicas de **(a)** relacionamentos observados entre eventos, **(b)** mecanismos ou estruturas que presumem enfatizar estes relacionamentos, ou **(c)** inferências de relacionamentos e mecanismos enfatizados com o intuito de serem descritos (contados) como dados de observação na falta de manifestação de alguma direção empírica dos relacionamentos.

Em sua obra, Fawcett e Dows (1986, p.11) trazem a definição de teoria de Kerlinger, considerada a mais aceita no meio científico, como sendo "um conjunto de interpretações (conceitos), definições e propostas interrelacionadas que apresentam uma visão sistemática dos fenômenos especificando relações entre as variáveis, com o propósito de explicar e prever os fenômenos".<sup>2</sup>

Desta forma, a decisão pela adoção de alguns princípios metodológicos da Teoria Fundamentada para a análise de dados me permitiu gerar como produto um conhecimento da realidade pesquisada, ou seja, dos conteúdos que foram emergindo da pesquisa numa proposta de construção de novos princípios teóricos.

### 3.2 A TRAJETÓRIA DO ESTUDO

O desenvolvimento e a organização do estudo exigiu todo um planejamento que foi sendo construído e realizado por meio de várias ações integradas, fundamentais para os vários movimentos de busca pela produção de conhecimento.

A investigação, que levou mais de um ano, iniciou-se com a escolha do tema "construção do processo de trabalho dos gerentes", e sua continuidade se deu à medida que os dados empíricos foram sendo analisados, gerando, numa etapa final, outras propostas e possibilidades de estudos.

---

<sup>2</sup> As traduções realizadas nesse estudo são da autora desta dissertação.

Seguindo os pressupostos metodológicos de Patrício (1996), o processo de integração com os sujeitos da pesquisa se deu através de **encontros no campo**, entendendo campo como o espaço geográfico, energético, sociocultural, intelectual e afetivo dos sujeitos em estudo. Essa interação caracteriza-se, no presente trabalho, por momentos distintos, variáveis no tempo e no espaço, denominados de “*Entrando no Campo*”, “*Ficando no Campo*” e “*Saindo do Campo*”.

### 3.2.1 O “ENTRANDO NO CAMPO”

O processo de *entrada no campo* representa, segundo Patrício (1990), a etapa formal de trabalho com os sujeitos, que se caracteriza por uma “**fase do namoro**”, de **interação** e de **aproximação** entre pesquisador e sujeito.

Os momentos de interação com o contexto do estudo se deram pela minha participação num programa de educação continuada que se iniciava naquele momento dentro da organização hospitalar.

Esses primeiros momentos de interação com os sujeitos me permitiram não só a elaboração de estratégias de aproximação, que envolveram contatos individuais, visitas informais ao local de estudo, participações em palestras e nas atividades do referido programa de educação, mas também serviram para gerar as especificidades das questões de pesquisa, no caso de os sujeitos não responderem as perguntas da pesquisa.

Entendendo que todas as informações apuradas no período inicial do estudo são importantes para que as diferentes fases de um projeto de pesquisa possam ser elaboradas, descritas e delimitadas, procurei me inteirar de tudo que estivesse ligado ao momento do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), instituição em questão.

Assim, busquei conhecer melhor a estrutura da organização, sua missão, suas políticas administrativas, e observei seu sistema de trabalho.

Participar do momento histórico dos processos de trabalho dos gerentes no HIJG e suas interações, através do Programa de Educação Continuada, caracterizou, assim, os meus movimentos de entrada no campo (Patrício, 1996).

Durante um período de aproximadamente quatro meses, acompanhei os participantes dentro da organização e conheci o seu contexto de trabalho em vários momentos distintos: participação em almoços no refeitório do Hospital, visita a algumas unidades a convite de algumas gerências, visita às instalações do Hospital (para conhecer sua estrutura e *layout* interno) e acompanhamento de algumas atividades externas ao cotidiano dos gerentes.

Foram momentos de convívio com a realidade de trabalho dessa organização hospitalar, de busca pelo conhecimento das características do trabalho no cotidiano organizacional, o que envolveu o conhecimento de processos e atividades gerenciais do estabelecimento.

A minha participação no Programa de Educação Continuada permitiu conhecer, num mesmo evento, a história do HIJG, desde o nascimento da idéia de criá-lo, seu primeiro projeto, até a data de sua inauguração, sua missão, suas diretrizes e metas, tudo isso expressado por profissionais que estiveram acompanhando a construção desse hospital.

#### 3.2.1.1 DO PASSADO AO PRESENTE: CONHECENDO O HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO

O Programa de Educação Continuada, organizado e coordenado pela área de Desenvolvimento Organizacional do Hospital, teve como objetivo propiciar aos participantes uma reflexão sobre os conhecimentos teórico-práticos de gerenciamento, bem como a internalização de conceitos voltados à humanização, perfil e postura profissional, buscando uma forma de gestão mais eficaz, moderna e adequada às necessidades da organização hospitalar.

O palestrante responsável por um dos módulos do curso mais freqüentado foi um médico pediatra, funcionário e ex-diretor do HIJG, que foi convidado para dar sua contribuição ao Programa de Desenvolvimento Gerencial, respondendo pelas questões dos *Diferentes Papéis Institucionais*.

O referido palestrante iniciou sua exposição falando sobre os sistemas de saúde dos anos 80/90 e estendeu-se até a evolução da assistência médica no Estado de Santa Catarina (Notas de Campo).<sup>3</sup>

Ao falar sobre o número de hospitais públicos do Estado, apresenta uma lista com os respectivos nomes e datas de inauguração, traçando rápidos comentários sobre cada um deles (Notas da Pesquisadora).<sup>4</sup>

Numa retrospectiva, principalmente dos anos 50, 70 e 80, com seus principais movimentos, o palestrante faz uma projeção e mostra como foi se organizando a então chamada Fundação Hospitalar de Santa Catarina, nos anos 90.

Quanto ao início da história do HIJG, o palestrante trouxe com muito entusiasmo os diversos momentos que marcaram a sua construção, sua estruturação, inauguração, serviços oferecidos e o pessoal envolvido desde a idéia de seu projeto até os dias atuais (Notas de Campo).

Segundo ele, o Hospital Infantil Joana de Gusmão surgiu pela iniciativa do Lions Clube de Florianópolis, que era composto por várias pessoas da comunidade, entre elas três médicos de renome da cidade que tinham bons contatos políticos. Cita o nome deles e coloca que foram os precursores da idéia de se ter um hospital só para crianças na capital do Estado.

Em 25 de fevereiro de 1964, numa estrutura parcial de seu projeto e com uma capacidade aproximada para 60 leitos, o Hospital começa a atender com o objetivo de oferecer uma assistência integrada à criança e de oferecer atividades de ensino.

O médico palestrante prossegue: “Em 1970 nós tínhamos 110 leitos atendendo 10.000 crianças/ano na Emergência e, hoje, chegamos a 60.000 crianças/ano.”

Durante essas colocações, uma participante médica, com certa emoção, ilustra algumas cenas ocorridas na época, quando os pacientes iam chegando de

---

<sup>3</sup> Nota de Campo é um tipo de anotação realizada pelo pesquisador que será descrita no item 3.2.2 deste capítulo.

<sup>4</sup> Nota da Pesquisadora é outro tipo de anotação realizada pela pesquisadora; ver item 3.2.2 deste capítulo.

várias localidades e, mesmo sem ter espaço, muitas vezes, eram atendidos pela equipe. Faz o seguinte comentário: “O doutor lembra que nós tínhamos crianças até no cestinho de lavanderia?” (Notas de Campo).

Segundo a análise do palestrante, a demanda nos atendimentos da época se deu em função de três pontos básicos:

*1) Era o único hospital que atendia crianças na cidade; 2) era o único que oferecia serviço de 24 horas de emergência; e 3) os postos de saúde não funcionavam; isto significava 9.000 atendimentos/mês; 300 crianças na Emergência, sem falar dos atendimentos do Ambulatório.*

Colocou, ainda, que a necessidade de ampliar e de construir um hospital maior, com uma estrutura capaz de atender a demanda real, era mais do que evidente.

Assim, o Hospital, que funcionava como uma fundação hospitalar com o nome de Hospital Edithe Gama Filho, em 28 de dezembro de 1979, passou a se chamar Hospital Infantil Joana de Gusmão, inaugurado no Ano Internacional da Criança.

Conta o palestrante que o Hospital, na sua inauguração, possuía uma central de telefone, toda infra-estrutura de atendimento (almoxarifado, cozinha, serviços em geral), mas faltava treinar melhor o pessoal de todas as áreas. Sobre essa época, relembra:

*Foi uma mudança do Hospital Velho para o Hospital Novo, de 2.200 m2 para 22.000 m2, foi uma mudança e tanto!!!! De Ouro Preto para Brasília! O pessoal da Emergência chorava de saudade do antigo ambiente, foi um desespero, porque não se achava nada, demorou para se acostumar com o espaço físico que tanto se queria, mas para a comunidade foi o máximo. Todos os dias nós tínhamos visita de deputados, escolas, universidades, etc. A comunidade se fazia presente de várias formas no meio do Hospital; era um verdadeiro “tour” por dentro do Hospital, com palestras e placas de visitação por tudo. (Notas de Campo).*

Segundo o palestrante, o Hospital era a atração da cidade, “ele era a menina dos olhos de ouro que todos queriam conhecer”; e questiona o público: “você sabem por quê? Porque não tinha cara de hospital, você todos podem ver que ele não foi feito para ver o paciente. A estrutura interna com rampas, por exemplo, tudo foi muito bem projetado para que ele fosse realmente um centro de referência em atendimento” (Notas de Campo).

O médico palestrante termina sua participação pedindo aos gerentes presentes que se reúnam com seus funcionários para não ficarem “só nesta de cumprir suas tarefas, bater seu cartão-ponto e ir embora; vamos ouvir mais o que eles têm para colocar” (Notas de Campo).

### 3.2.1.2 ENCAMINHANDO O PROJETO DE PESQUISA JUNTO AOS SUJEITOS E AO LOCAL DO ESTUDO

Os momentos seguintes ao término do Programa de Educação Continuada foram dedicados à observação de outras atividades em diferentes momentos do cotidiano de trabalho dos gerentes e de algumas de suas subchefias, as quais eu havia contatado durante o curso.

A aceitação formal, por parte do HIJG, da proposta de meu estudo, deu-se quando da assinatura do ofício que me apresentava como aluna e pesquisadora do Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da UFSC pela Direção do Hospital (Anexo 1).

Nesta etapa do estudo, também conhecida como “uma pesquisa exploratória” (Minayo, 1993), com base nos princípios metodológicos de pesquisa qualitativa que preconizam a importância da definição de seu objeto de estudo e da construção de suas técnicas de abordagem por meio de processos participantes no próprio contexto do estudo, elaborei minhas questões e construí **os instrumentos de levantamento de dados** (Anexo 2).

Sobre a elaboração dos instrumentos, afirma Minayo (1993, p.101) que “a investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos”. Para a autora, os instrumentos costumam ser facilmente corrigidos e readaptados durante o processo de trabalho de campo, visando às finalidades da investigação.

Assim, logo ao construir os instrumentos de levantamento de dados, procurei validá-los com a colaboração de uma das gerências que serviu como voluntária, no papel de sujeito, apenas para esse fim.

Foi uma experiência muito produtiva, pois pude identificar vários aspectos que estavam faltando ou até dificultando a viabilidade de uso desse instrumento de pesquisa.

Alguns elementos foram eliminados do instrumento e outros reavaliados ou acrescentados, num movimento participativo e integrado do pesquisador com essa gerência em questão.

**Os sujeitos participantes do estudo**, que denominei de “atores sociais”, foram sete gerentes, assim distribuídos, de acordo com suas formações profissionais: três médicos, dois administradores e dois enfermeiros, que representavam diferentes áreas da Instituição Hospitalar, respectivamente: Gerência da Área de Interação Comunitária, Gerência de Enfermagem, Gerência do Corpo Clínico, Gerência da Área Técnica, Gerência da Área Administrativa, Gerência de Controles e a Gerência de Desenvolvimento Organizacional.

A seleção das áreas e o número de atores do contexto hospitalar se deu em função da característica das atividades por eles desenvolvidas, pelos diferentes níveis de interação estabelecidos e pela disponibilidade de cada “sujeito” para participação no estudo proposto.

A **validação da proposta de pesquisa**, por parte dos gerentes, sujeitos do estudo, ocorreu quando da apresentação desta proposta em uma reunião formal da Direção Geral com o corpo gerencial, onde e quando apresentei meu projeto de estudo e explicitiei as questões éticas, de anonimato e sigilo que foram “acordadas” por ambas as partes.

Atendendo ao objetivo de preservar os direitos dos “sujeitos” do estudo e da instituição onde foi realizada a coleta de dados, procurei seguir algumas providências no sentido de consultar e esclarecer à Direção da Instituição sobre a viabilidade e os objetivos do estudo a ser realizado.

Entreguei uma cópia do projeto à Direção Geral e outra a cada um dos sujeitos da pesquisa, quando realizei contatos individuais para prestar esclarecimentos sobre os detalhes de suas participações no estudo proposto.

Nestes contatos foram expostas as razões pelas quais esses sujeitos foram escolhidos (convidados) para integrar a amostra, apresentada a importância e

utilidade do estudo e dada garantia do direito de poderem concordar ou não quanto à sua participação.

Essa abordagem de amostra alternativa, freqüentemente encontrada em pesquisa qualitativa e constantemente não compreendida no meio médico, é o próprio uso sistemático e não estatístico da amostragem. Para Mays e Pope (1996), a proposta não é estabelecer ao acaso uma amostragem representativa da população, mas melhor identificar grupos específicos de pessoas que também possuem características ou vivem em circunstâncias relevantes para o fenômeno social a ser estudado.

Quanto aos informantes, Mays e Pope (1996) colocam que eles são identificados porque irão permitir a exploração de um aspecto particular de comportamento relevante para a pesquisa. Este tipo de abordagem para a amostra permite ao pesquisador deliberadamente incluir outras classificações, tipos de informantes e também selecionar informantes-chave para acessar importantes fontes de conhecimento.

Inicialmente desenvolvi minha aproximação com os sujeitos pelo método de observação que, conforme o referencial da pesquisa qualitativa, sugere que o observador precisa de um tempo adequado para se tornar fortemente familiarizado com as situações que envolvem a investigação e que os participantes precisam, da mesma forma, também de um tempo para se acostumarem com a presença do pesquisador no ambiente.

Estas preocupações iniciais de **entrada no campo**, segundo afirmam Mays e Pope (1996), na área de saúde, como nos hospitais, por exemplo, podem envolver negociações com diferentes grupos do "staff", médicos, administradores, enfermeiras-chefes, assistentes sociais, entre outros. Uma vez feitos os esclarecimentos sobre como o pesquisador irá trabalhar junto a estes participantes da pesquisa, todas as técnicas que aquele irá desenvolver ao longo do estudo precisam estar estabelecidas, pelo menos até o momento de entrar no campo.

Os referidos autores reforçam a ênfase na importância dos métodos de observação no campo da pesquisa quando afirmam a importância do uso deste método para os estudos do trabalho em organizações e sobre como as pessoas agem, pensam e trabalham dentro de suas diferentes funções.

O levantamento de dados só foi iniciado após o consentimento verbal da Direção do Hospital, dos gerentes e outros informantes envolvidos no estudo, seguindo os estudos de Mays e Pope (1996), que mostram a importância das questões éticas sobre a decisão de como conduzir uma pesquisa durante todo o desenvolvimento da investigação, principalmente quando o pesquisador estiver trabalhando com assuntos pessoais e sensíveis.

Assim, preocupei-me em garantir junto aos sujeitos que o sigilo das informações apuradas durante a coleta e análise de dados fosse mantido.

Ainda sobre as questões éticas, Bogdan e Biklen (1994, p.78) afirmam que:

*Para os muitos investigadores qualitativos as questões éticas não se restringem ao modo de comportamento durante o trabalho de campo. A ética é mais entendida em termos de uma obrigação duradoura para com as pessoas com as quais se contactou no decurso de toda uma vida como investigador qualitativo. As questões éticas assumem diferentes formas consoante surjam em momentos diferentes do trabalho de campo e do processo de investigação.*

O período de realização dessa primeira etapa do estudo foi de quatro meses, de agosto de 1998 até o final de novembro do mesmo ano.

A experiência mostrou-me que esse período de participação prévia no contexto da pesquisa contribuiu também para promover a minha integração com os sujeitos do estudo, possibilitando maior efetividade no levantamento e posterior análise dos dados.

### 3.2.2 A ETAPA DO “FICANDO NO CAMPO”

A etapa seguinte de pesquisa, denominada de *Ficando no Campo*, segundo Patrício (1996), representa os momentos de interações entre sujeitos da pesquisa para o desenvolvimento do trabalho de campo propriamente dito.

Durante os momentos diferenciados, busquei no campo, junto aos sujeitos, identificar as particularidades de suas atividades cotidianas de trabalho.

Entrei em campo com minhas questões de pesquisa em foco, procurando questionar diretamente os sujeitos sobre: **Como se dá seu processo de trabalho?** e **O que significa Ser Gerente para você?**

Segui, neste estudo, o modelo de observação-participante proposto por Leninger (1985), que preconiza a existência de quatro fases: a observação-primária ou inicial, a observação inicial com alguma participação, a participação com alguma observação e a observação reflexiva ou participante. Estas fases têm por objetivo ajudar o pesquisador a sistematizar e explicitar a observação-participante, o que, além de guiá-lo, vai torná-lo consciente de seu papel no decorrer do desenvolvimento do estudo.

O cumprimento da **primeira fase**, segundo o proposto pela autora, caracterizou-se pela ação de essencialmente “**observar e ouvir**”, em que tive a intenção de buscar obter uma visão geral do local a ser pesquisado antes de partir para um envolvimento maior com os meus objetivos específicos de estudo.

Na **segunda fase**, o foco principal continuava sendo a **observação**, porém **com um pouco mais de participação**. Esta fase também pode ser chamada de “ganhando acesso”. Segundo Leninger (1985), alguns pesquisadores só conseguem entrar de fato no mundo em estudo após começarem a participar mais ativamente de suas atividades como pesquisador.

Na **terceira fase, participação com alguma observação**, assumi uma participação mais ativa e diminui a observação gradativamente. Nesta etapa, o objetivo do pesquisador deve ser não só de observar e participar com as pessoas, mas, também, de sentir, experienciar e aprender, pelo envolvimento direto em suas atividades (Leninger, 1985).

A **última fase**, ou seja, a **observação reflexiva ou participante**, teve os objetivos de ajudar a avaliar minha própria influência e a dos outros, de sintetizar o total das observações em seqüência lógica, de particularizar uma forma de obter um quadro representativo dos dados, para poder relatar os dados de forma mais verdadeira e honesta em relação a meus levantamentos. A observação seguia um roteiro prévio, que foi cumprido por mim durante todos os momentos do estudo (Anexo 2).

O método da observação, para Mays e Pope (1996), pode também descobrir comportamentos ou rotinas que os próprios participantes desconhecem, mas que podem vir a perceber por meio da interação com o observador-participante. Assim,

pude perceber que a observação também exerce o papel de complementar a entrevista e os demais dados levantados durante a investigação.

Este método, segundo Pearsall, citado por Marcon (1989), além de se constituir em um dispositivo para se obterem informações detalhadas junto aos informantes, também é um conjunto de comportamentos no qual o observador é envolvido. Seu objetivo é o de obter dados sobre o fenômeno do estudo, por meio de contatos diretos, em situações específicas, nas quais as distorções resultantes do fato de o pesquisador ser um elemento estranho são reduzidas ao mínimo.

A opção por este método, segundo Kluckhohn, citado por Nogueira (1996), implica uma “co-participação” consciente e sistemática, tanto quanto as circunstâncias permitirem, nas necessidades comuns de um grupo de pessoas e, se necessário, nos seus interesses, sentimentos e emoções.

As observações foram seguidas de **entrevistas individuais** com os participantes do estudo, sempre com datas e horários previamente marcados com cada um deles, e com transparência das questões a serem levantadas (Anexo 3).

Busco os conceitos de Minayo (1996, p.57), que diz:

*A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.”*

As entrevistas utilizadas neste estudo foram as **entrevistas semi-estruturadas**, ou seja, dirigidas de acordo com as questões a serem abordadas na pesquisa.

Durante o **levantamento de dados**, meus questionamentos tornaram-se cada vez mais centrados nas preocupações teóricas emergentes. Como preconiza a abordagem da Teoria Fundamentada, busca-se a **saturação dos dados**, ou seja, a sensação de fechamento vivenciada pelo pesquisador, quando a coleta de dados não mais produz novas informações (Polit e Hungler, 1995).

Direcionei a coleta de dados pelas próprias concepções teóricas que estavam nascendo. O número de encontros com os “sujeitos da pesquisa” foi determinado quando percebi a saturação teórica dos dados, isto é, no momento

em que as informações começaram a ser repetidas e dados novos ou adicionais não eram mais encontrados.

O **registro dos dados** seguiu a orientação proposta por Patrício (1996), ao utilizar o **Diário de Campo** com dois formulários intitulados de Notas de Campo, feitas por mim no campo, e Notas da Pesquisadora, registradas à parte, já contendo algumas de minhas reflexões sobre os apontamentos feitos, "*insights*", notas sobre referenciais teóricos.

Nas Notas de Campo, incluí as anotações referentes às entrevistas, consultas a documentos, observação e participação (Anexo 4).

Quanto às entrevistas, sempre que os sujeitos me autorizavam, eram gravadas e depois sinteticamente por mim transcritas.

Minhas impressões, opiniões ou comentários pessoais como pesquisadora foram sendo registrados ao final de cada entrevista, nas Notas da Pesquisadora. Como o próprio termo já define, contêm meus registros pessoais, que foram me auxiliando a reunir as idéias que surgiam, as inferências teóricas e as notas metodológicas provenientes da coleta de dados (Anexo 5).

Durante o registro dos dados, utilizei-me das notas teóricas, que referem-se especificamente às análises e inferências teóricas realizadas no transcorrer da coleta e da análise dos dados, com o objetivo de ir construindo as concepções teóricas da realidade em estudo.

As notas metodológicas dizem respeito ao registro dos questionamentos, adaptações e mudanças feitas nos procedimentos metodológicos adotados (Anexo 6).

Procurei fazer meus registros logo após a realização das observações ou das entrevistas de cada dia, tentando não marcar uma próxima atividade de campo sem que a anterior tivesse sido devidamente registrada.

Para a minha auto-organização, essas anotações foram guardadas em envelopes, separadas para cada dia de "ida ao campo", com o objetivo de facilitar o manuseio e o acesso aos dados em qualquer outra data ou fase da pesquisa.

Com os registros garantidos durante os diferentes momentos de observação e entrevista com os sujeitos participantes do estudo, comecei, nesta etapa, a detalhar mais as descrições, busquei identificar e classificar as questões que foram levantadas quando de sua coleta, iniciando assim o processo de **análise dos dados**.

As descrições ou registros por si próprios não podem promover explicações. Muitas vezes, precisei impor-me a examinar com cuidado e decodificar os dados de acordo com as situações, eventos e interações observadas. Normalmente, este processo analítico começa durante a fase de coleta de dados, um pouco diferente do processo, modelo encontrado em pesquisa qualitativa, em que a coleta de dados é completada antes que qualquer análise seja iniciada (Mays e Pope, 1996).

Desta forma, à medida que coletava os dados, estes eram analisados sistematicamente. Conforme já mencionei anteriormente, entre os vários caminhos que podem ser adotados para se realizar essa etapa, minha escolha foi pelo método de análise dos dados da Teoria Fundamentada (Glaser e Strauss, 1967).

Nessa abordagem, o **foco da análise**, segundo Strauss (1989), não está meramente na coleta dos dados ou na ordenação da “massa de dados”, mas na organização das muitas idéias que tenham emergido da análise dos dados.

Entendendo, de acordo com o pensamento de Strauss e Corbin (1990), que todo pesquisador leva para a fase de análise o seu referencial, levei para a fase da análise dos dados também meus preconceitos, suposições, padrões de pensamento e conhecimento adquirido pela experiência e pelas leituras. Isso, como afirmam os autores, pode bloquear a visão sobre o que é significativo nos dados, ou impedir de se mover do nível descritivo para o nível teórico da análise.

E assim percebendo, durante meus procedimentos de análise, parti em busca de algumas técnicas que foram por esses autores citadas, no sentido de prevenir ou retificar estes problemas. Estas técnicas incluíram: o uso de questionamentos constantes durante as etapas de análise; a análise em diferentes momentos por palavras, parágrafos ou frases; o processo de ir e vir \* constantemente nos dados; ambas as comparações de perto e de fora do contexto em estudo; e leituras e discussões das primeiras análises dos dados empíricos nos momentos de orientação.

Todas essas etapas exigiram muitos exercícios e muitos movimentos de “ir e vir” nos dados e na literatura e, acima de tudo, muita dedicação, organização e imaginação criativa.

Pude perceber que a realização desses exercícios com maior frequência ajudava na aprendizagem dessas técnicas. Perto do final de uma seção de análise dos dados, procurava revisar os passos tomados durante a seção, procedimento que me auxiliava a preparar os momentos seguintes do estudo.

A **fase final da análise**, foco principal dessa etapa, caracterizou-se pela realização da integração dos dados, que originou o texto principal do estudo. A principal diferença entre o estilo de análise qualitativa fundamentada e os demais modelos de análise qualitativa é que as combinações e as trocas feitas entre as operações (amostragem teórica, análises comparativas, saturação teórica, fontes dos memorandos, entre outras) são realizadas em diferentes momentos (Strauss, 1989).

### 3.2.3 O PROCESSO DO “SAINDO DO CAMPO”

A terceira etapa dentro do contexto da pesquisa, chamada de *Saindo do Campo*, segundo Patrício (1990), é geralmente caracterizada pela devolução dos dados, agradecimento pela participação dos informantes, num movimento de “despedida” entre pesquisador e pesquisados.

Sobre essa questão, Patrício (1990) considera como sendo de fundamental importância a devolução dos dados às empresas, ou aos sujeitos envolvidos no estudo, não só por questões éticas, mas, também, como forma de validar os resultados da investigação.

Seguindo sua orientação, a cópia final deste estudo será entregue à Direção do HIJG e aos sujeitos, numa proposta participativa que tem a finalidade de promover melhorias no processo de trabalho dos gerentes.

### 3.3 AS QUESTÕES DO RIGOR DO ESTUDO

Quanto às questões do **rigor em pesquisa**, segundo alguns autores, existem várias estratégias disponíveis dentro da pesquisa qualitativa para proteger os resultados contra os possíveis preconceitos e realces de seus seguidores, assegurando, desta forma, a segurança dos conteúdos de um estudo qualitativo.

No campo da saúde, que tem a forte tradição do modelo biomédico convencional de pesquisa quantitativa, a pesquisa qualitativa é freqüentemente criticada por romper com o rigor científico (Mays e Pope, 1996).

Desta forma, neste estudo busco esclarecer o que é rigor científico segundo a literatura e mostro como procedi para assegurá-lo durante todas as fases do trabalho, de acordo com os princípios da pesquisa qualitativa.

Algumas leituras mostraram-me que um pesquisador qualitativo, para garantir o rigor de sua conduta como tal, deve, em primeiro lugar, ter consciência de sua opção por essa abordagem de pesquisa, ter bem sistematizada a forma de coleta de dados, sua interpretação e a forma de comunicação estabelecida (Mays e Pope, 1996).

Assim, compreendi que a credibilidade de uma investigação científica depende do "**rigor**" adotado pelo pesquisador durante o desenvolvimento da mesma. Este rigor na pesquisa qualitativa, por sua vez, está relacionado à "conformidade do estudo", que é alcançada quando a "**auditabilidade**" (confiabilidade), a "**credibilidade**" (validade interna) e a "**adequabilidade**" (aplicabilidade/validade externa) são encontradas.

Ao colocar em prática as questões sobre **auditabilidade** durante o estudo, desenvolvi as seguintes atividades: descrição minuciosa de todos os passos utilizados no desenvolvimento do estudo; avaliação periódica da minha atuação junto à orientadora do estudo, por meio da análise sobre os registros efetuados nas minhas notas de campo; pelas discussões constantes com a orientadora sobre as técnicas de coleta de dados, assim como sobre os dados propriamente ditos e a forma como estavam sendo interpretados ou analisados; e, por fim, pelo questionamento sobre os vários pressupostos que emergiram ao longo do estudo,

com o objetivo de verificar se o que era verdade para alguns informantes também o era para outros.

Quanto às questões da **adequabilidade**, assegurei-as tendo os seguintes cuidados: descrição do processo de trabalho dos gerentes dentro de suas próprias perspectivas; descrição dos elementos típicos e atípicos deste processo; realização de grande parte da coleta de dados no período do dia e local em que ocorrem suas atividades cotidianas; realização de, no máximo, um contato por dia com cada gerente; obtenção dos dados a partir de diferentes estratégias, tais como observação, entrevistas e consulta a documentos; e pelo voltar-se constantemente aos dados, a fim de verificar se as interpretações e análises feitas os representam de fato.

A “**credibilidade**” (validade interna) é entendida como a descoberta do fenômeno humano ou experiências vividas pelos sujeitos em vez de conceitualizações feitas “a priori” dessas experiências. Significa dizer que a verdade foi orientada pelo sujeito ao invés de ser definida pelo pesquisador.

Em pesquisa qualitativa, credibilidade está relacionada à consistência dos resultados e é alcançada quando for possível seguir a “trilha de decisão” do pesquisador, ou seja, quando qualquer pessoa puder ter uma nítida idéia de como foi desenvolvido o estudo e qual a progressão dos eventos pelo tema em questão até a elaboração final do relatório.

Entendo que as principais maneiras pelas quais um pesquisador qualitativo pode assegurar a credibilidade de sua análise é sendo meticuloso com os dados da entrevista, com suas observações e documentando o processo de análise nos seus detalhes; tarefa que senti exigir muita paciência e treinamento.

Tentei assegurar a credibilidade do trabalho da seguinte forma: solicitando com maior freqüência, no início do estudo, a leitura por parte da minha orientadora das minhas notas de observação, das entrevistas, das notas metodológicas e das notas teóricas, com o objetivo de me orientar à melhor redação possível, procurando esclarecer no relatório, enfaticamente, o caminho seguido e as decisões tomadas referentemente aos aspectos metodológicos.

Uma das dificuldades que encontrei, e que acredito ser um fator que pode prejudicar a compreensão desta abordagem, é o fato de essa fase apresentar uma análise qualitativa pouco objetiva. Isto se deu em função do volume de dados que normalmente estão disponíveis e de uma relativa dificuldade por parte da pesquisadora de resumir os dados qualitativos. Somam-se a isso o fato de ser esse o primeiro trabalho de pesquisa qualitativa realizado por essa pesquisadora e sua formação acadêmica, que estimula o processo interpretativo das questões em estudo.

Os meus movimentos na busca pelos recursos metodológicos para abordar a realidade são mostrados neste capítulo que indica como, a partir das leituras sobre pesquisa qualitativa, construí meu projeto de pesquisa e seus instrumentos de levantamento de dados. Foram meses de trabalho conhecendo na prática e na teoria diferentes formas de se “fazer” pesquisa e aprendendo a fazer escolhas ao me identificar com uma linha metodológica.

O capítulo que se segue mostra, na prática, como foi operacionalizado um desses momentos planejados e criados quando do estudo da metodologia a ser utilizada.

## CAPÍTULO 4

### MOSTRANDO OS PROCESSOS DE TRABALHO DOS GERENTES E SUAS INTERAÇÕES NA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

*A ciência que pretendemos praticar é uma ciência de realidade. Procuramos entender na realidade o que está no nosso redor, e na qual nos encontramos situados, aquilo que ela tem de específico.*

Max Weber

*...e toda ciência seria supérflua, se a forma de manifestação e a essência das coisas coincidissem imediatamente.*

Karl Marx

Partindo de um dos pressupostos da pesquisa qualitativa, que é ser descritiva, conforme mencionado do capítulo três deste estudo, busco agora **descrever** os processos de trabalho dos gerentes no contexto hospitalar, no que se refere às **suas funções, suas atividades e suas interações** estabelecidas nesses processos. Respondo, assim, a um dos objetivos específicos desta pesquisa.<sup>1</sup>

Para facilitar a compreensão do leitor, apropriei-me dos dados pessoais dos gerentes, mostrando, numa primeira etapa, um pouco de suas histórias de vida, pessoal e profissional, que antecederam a atual posição de gerente da instituição hospitalar pesquisada e mostro o **significado histórias** dessas para o seu atual **processo de trabalho**.

Por questões éticas, a identificação dos sujeitos de pesquisa deu-se pela atribuição de pseudônimos, por eles mesmos escolhidos, os quais serão mantidos ao longo deste estudo.

Portanto, os sete gerentes são apresentados, primeiramente, pelos seus pseudônimos e, logo a seguir, pela sua área de atuação dentro do contexto

---

<sup>1</sup> O referido objetivo específico é "descrever o processo de trabalho do gerente no contexto hospitalar no que se refere às funções, à organização das atividades e às interações que se estabelecem.

hospitalar. As citações aqui apresentadas foram retiradas das interações quando das entrevistas, dos momentos de observação, dos meus registros nas Notas de Campo e das Notas da Pesquisadora.

#### **4.1 “GUARAPUVU” - VIVENDO O COTIDIANO E SONHANDO COM O FUTURO: A TRAJETÓRIA DE UMA VIDA PELA VIDA**

*Sabe, eu me acho uma pessoa organizada porque é de criação, eu fui criada assim, minha mãe e avó me ensinaram a fazer de tudo. Como no trabalho, eu costumo deixar tudo organizado, encaminhado de forma que consiga atender tudo. Todos me dizem que se eu fosse casada e tivesse filhos eu não seria assim, eu não concordo porque isso já está dentro de mim.*

*Tenho muito espírito religioso; sou libriana; a minha idéia sempre acaba ficando ou dando certo [...] eu tenho disso, sempre me destaco naquilo que faço; eu vou até o fim de minha tarefa, não deixo nada para trás. (Notas de Campo).*

O conteúdo dessas expressões mostra algumas características do sujeito que escolheu ser identificado pelo nome de “Guarapuvu”, lembrando uma ave nativa da Ilha de Florianópolis.

*Se auto-define como uma eterna sonhadora que sempre tem algo em mente e faz de tudo para buscar sua realização como profissional e como pessoa que tem objetivos diversos, como o de escrever um livro para as crianças, de viajar para lugares diferentes em busca de novos conhecimentos, de poder estar com sua família sempre que possível e de não abandonar suas atividades comunitárias junto a projetos sociais e no atendimento como médica de posto de saúde (Notas de Campo).*

Desde criança, Guarapuvu tinha decidido ser médica. Mesmo contra a vontade de seus pais, foi organizando sua vida em direção a esse objetivo. Começou a trabalhar aos dez anos de idade e, sempre que possível, tentava conciliar suas atividades de estudo com as de trabalho.

Foi professora primária, proprietária de estabelecimento comercial, voluntária e estagiária em várias localidades durante toda a sua formação acadêmica. Buscou se aperfeiçoar na profissão fazendo especialização no exterior e ampliando sua área de atuação como profissional de saúde.

As experiências de trabalho que Guarapuvu adquiriu, no início de sua carreira, tinham como objetivo conquistar sua independência financeira e autonomia. À medida que conquistava sua liberdade para poder fazer aquilo que

sua intuição indicava, adquiriria mais segurança e confiança naquilo em que acreditava: a pediatria social.

Guarapuvu fez sua residência médica no HIJG, que logo a convidou para fazer parte de seu corpo de profissionais. Assim, em 1980, já concursada pela Prefeitura Municipal de Florianópolis, onde realizava atividades como médica do antigo INSS (atuando junto aos postos de saúde), Guarapuvu começou sua trajetória de trabalho no setor da Emergência do HIJG.

Tudo isso, relata, tinha um significado muito importante para suas realizações junto aos diferentes momentos profissionais que vivenciou. Coloca, ainda, que sempre acabava liderando as ações, mesmo não tendo o cargo de chefia ou gerência de fato.

Foi chefe por quatro anos do Setor de Emergência e há oito anos recebeu a missão de “organizar” o Setor do Ambulatório, pelo qual responde como chefe. O principal motivo que levou Guarapuvu a aceitar essa chefia reside no fato de que a busca por novas oportunidades de trabalho lhe é um “fator motivador”.

Somado a isso, Guarapuvu trouxe a questão do seu comprometimento com a atual Direção Geral do Hospital e com a equipe de funcionários de seu setor, estando envolvida com a organização, na busca por melhorias quanto ao atendimento dessa área dentro do hospital e, principalmente, com o reflexo desse trabalho interno no atendimento à comunidade, que é seu foco de preocupação como Gerente de Interação Comunitária e Preventiva.

O seu **cotidiano de trabalho** se inicia antes mesmo de chegar ao Hospital, por ficar o tempo todo “pensando” em como organizar a sua própria jornada de quatro horas diárias, exercendo atividades como chefe de setor e gerente de área.

A Gerência de Interação Comunitária da Instituição Hospitalar foi criada por uma portaria interna de 1994, na atual gestão da Direção, que, segundo Guarapuvu, a convidou para fazer parte de seu quadro gerencial e, como área de atuação, esta gerência está ligada diretamente à Direção Geral do HIJG (Figura 1).

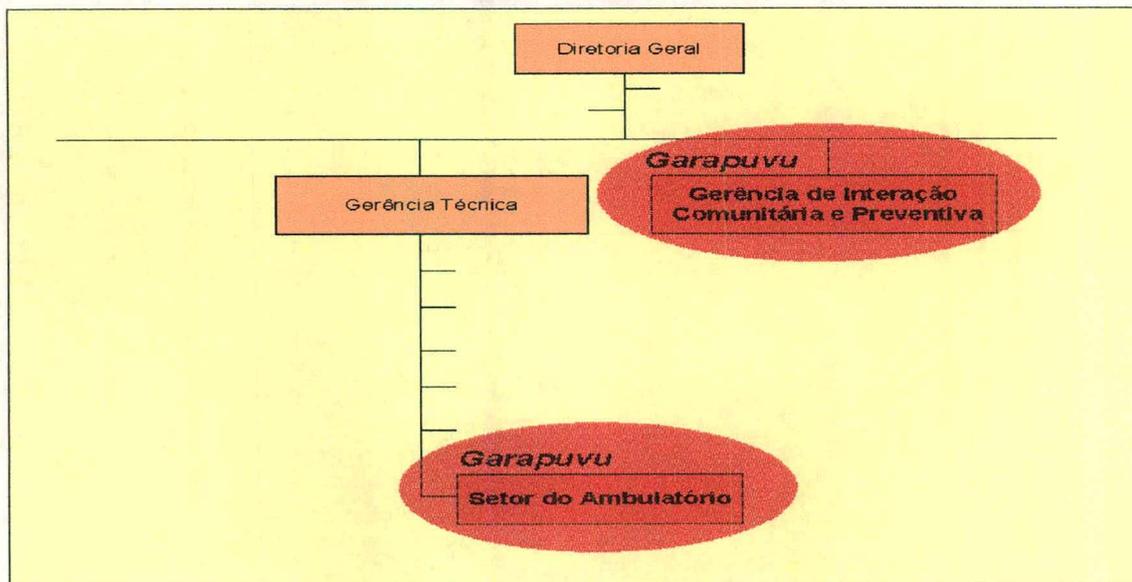


Figura 1: Localizando Guarapuvu no contexto do HIJG

Para Guarapuvu, o tipo de trabalho, a sua identificação com o perfil desse cargo e a própria experiência anterior de assistência à comunidade e ao setor de Ambulatório do Hospital reforçaram sua indicação para a chefia da Gerência de Interação Comunitária e Preventiva, cargo inicialmente previsto para um período de quatro anos, ou seja, de 1994 a 1998.

As **funções e atividades** de Guarapuvu envolvem diferentes movimentos, ações que são realizadas, desde o momento em que se desloca para o trabalho até o momento em que termina o seu expediente diário dentro do Hospital.

Tratando-se de uma nova área na gestão hospitalar, a criação do cargo de Gerente de Interação Comunitária e Preventiva, segundo Guarapuvu, provocou, inicialmente, alguns conflitos no início de sua organização, pois

*Não tínhamos referencial teórico e metodológico para começar a criar a área, foi preciso viajar para Israel nas minhas férias para ver melhor como era feito o processo e poder estruturar melhor a do nosso hospital. Outros países, como os Estados Unidos, não servem como referencial. Os melhores são o Canadá e Israel e, no Brasil, há a PUC/RS, que também serviu de referencial para que a área pudesse ter condições de ser criada. (Notas de Campo).*

Quando fala sobre a finalidade dessa área, Guarapuvu coloca que tudo se iniciou “basicamente com um plano piloto que tem também um caráter preventivo de melhorar a relação do Hospital com a comunidade e com os clientes – Projeto de Humanização dos Serviços”.

Assim, os projetos dessa área de atuação estão sob sua responsabilidade, bem como as respectivas chefias dos setores de Psicologia, Pedagogia, Serviço Social, Serviço das Voluntárias e dos serviços prestados pela equipe de Arquitetura.

Estes setores ficaram, inicialmente, sob sua responsabilidade por serem áreas afins e pela própria concordância das chefias em estarem ligadas a uma gerência que viesse agrupar os projetos e trabalhos já em andamento na Instituição, como, por exemplo, trabalhar a relação familiares/instituição; as questões da humanização dos serviços; do acompanhamento psicológico aos clientes/pacientes com indicação cirúrgica, aos pacientes terminais e aos que possuem algum diagnóstico que envolva cuidados especiais, bem como aos seus familiares.

Atualmente, segundo Guarapuvu, as atividades desta área estão sendo ainda discutidas e descritas pela própria equipe multidisciplinar quando, entre outros momentos, se dedicam ao planejamento de novas atividades, avaliação das atividades realizadas e criação de um cronograma de metas.

As próprias chefias que fazem parte da área em questão coordenam as reuniões mensais de forma alternada, o que é considerado como positivo para Guarapuvu:

*É bom para que todos aprendam a coordenar, expor suas idéias e saber ouvir as idéias dos demais participantes. Às vezes, eu tenho o defeito de fazer as coisas e não explicar direito, ou de querer impor minhas idéias, e isso faz com que dificulte o crescimento do grupo; por isso, eu estou sempre me policiando para não ser prepotente, sedutora, pois o que me dificulta é que sou muito criativa, tenho muitas idéias e sempre elas vêm sob forma de turbilhão. Preciso deixar a equipe se assumir mais e favorecer as colocações de todos nas reuniões.*

Entre outras atividades dessa gerência, está coordenar de reuniões com demais gerentes e Direção, representar interna e externamente o Hospital nas atividades diversas, promover reuniões multidisciplinares com sua equipe de trabalho, bem como supervisioná-las, dar apoio (suporte) à Direção na sua ausência ou sempre que solicitada, prestar atendimento aos familiares e clientes do Hospital, assinar autorizações de exames para diagnóstico diferenciado, atuar como docente com os estudantes de medicina e residentes, avaliar e supervisionar trabalhos desses quando solicitada por algum colega gerente de outros setores,

participar de projetos sobre saúde em pediatria, dentro do Hospital e na comunidade, representando o HIJG.

Como chefe do Setor de Ambulatório, Guarapuvu é responsável pela organização do corpo clínico que atende este setor, realização de trabalhos integrados com a equipe de enfermagem, organização e supervisão dos serviços de vacinação, implantação e acompanhamento da divisão de controle do crescimento e desenvolvimento pediátrico dos clientes atendidos dentro do Hospital, humanização dos banheiros, com a colocação e manutenção de trocadores para bebês, reorganização das salas de espera para clientes cirúrgicos e não cirúrgicos, organização de rotinas médicas e de enfermagem, participação na organização e acompanhamento da implantação da Central de Registros junto às marcações de consultas médicas para o Ambulatório.

Em vários momentos durante os encontros com a pesquisadora, Guarapuvu coloca que tem deixado de desenvolver novas atividades como chefia do Ambulatório porque o *staff* como gerente tem exigido que seu tempo seja mais dividido para poder cumprir as atividades das duas funções.

Isto se evidencia nas suas colocações:

*Nos últimos dois anos houve um acréscimo na parte comunitária e um decréscimo na parte do Ambulatório porque precisei dedicar mais tempo às atividades da Gerência Comunitária e Preventiva. Mas, mesmo assim, o fato de estar chefiando esse setor é bom porque nós aqui no Ambulatório debatemos tudo com os funcionários. Eu e a C., chefe da enfermagem, temos muito em comum e damos idéias sempre buscando as opiniões dos demais colegas quanto às melhorias na organização e nas questões do atendimento em geral, mesmo porque penso eu que não se pode atender a dois padrões ao mesmo tempo; isso é bíblico. Mas eu vejo que é minha opção porque eu acho que é mais importante para o HIJG como instituição eu ficar mais atuante na Gerência Comunitária do que na parte assistencial interna.*

Em outras situações, Guarapuvu demonstra sua preocupação com a passagem de seu cargo no final da gestão de 1998. Coloca que também a atividade de preparação para a passagem de seu cargo faz parte de suas atividades como responsável pela criação, implantação e desenvolvimento dessa área de atuação gerencial.

Ao falar sobre seu desligamento da chefia do Ambulatório, coloca: "não é muito o meu perfil, mas é transitório. É muito burocrático. O que eu queria fazer

mesmo era Ambulatório de alto risco, mas as coisas não acontecem como se quer”.

Guarapuvu coloca ainda que, mesmo convidando os seus colegas profissionais para serem seus substitutos, estes não aceitam porque

*Ninguém quer esse cargo, porque quem assume como chefe desse setor tem muitos conflitos com os médicos (num total de 140 profissionais no corpo clínico), não há um reconhecimento financeiro ou qualquer outro benefício, apenas curricular. Esse setor é a porta de entrada do Hospital e a toda hora é submetido a modificações nos seus procedimentos de atendimento, o que exige saber tratar com os profissionais para que colaborem com as mudanças que se tornam ainda mais complicadas quando vêm impostas pela Direção ou por outro órgão externo, como a Secretaria de Saúde do Estado, por exemplo.*

Nestas ocasiões, afirma que precisa agir com certo “jogo de cintura, porque não pode ser nem banana, nem um hitler, mas sim um meio termo, e isso é difícil porque médico é difícil de gerenciar”.

Para Guarapuvu, o fato de ter que chefiar o setor de Ambulatório exige muito de si porque não é a equipe de funcionários que dificulta o trabalho, mas sim os seus colegas médicos, como coloca: “eu levo pela amizade, mas não deixo ser muito próxima; o nível de amizade ajuda a aproximar, mas não se pode deixar isso prevalecer; tem que ter uma motivação, nível de tolerância, saber negociar muito para não deixar que a amizade atrapalhe o gerenciamento”.

Considerando a estrutura e as peculiaridades do funcionamento da área de atendimento ambulatorial, Guarapuvu diz:

*Nós, muitas vezes, somos odiados por eles (médicos) e vistos como inimigos do pessoal do Corpo Clínico, que não aceita a forma de trabalho proposta pela Central de Marcação de Consultas (setor que faz o agendamento, marcação das consultas), como de alguns setores, que afirmam não ter a concordância da equipe médica. E eu faço o papel de verdadeiro sanduíche, fico prensado entre os dois lados, mediando a situação. Nem sempre é fácil, mas com o tempo, e na prática do dia-a-dia, vamos vendo quem tinha razão ou não. Como é importante que quem cria as regras dentro do trabalho tenha visão e conhecimento de como funciona na sua prática e que a gente, quando precisar mudar alguma coisa na rotina, tenha mais atenção, cuidado.*

Quanto à sua conduta nestas situações, Guarapuvu coloca que costuma “não bater de frente” com seus colegas e nem com a sua equipe de trabalho; normalmente expõe suas idéias sobre as questões, e se elas forem aceitas pela maioria do pessoal, ou seja, não tiverem nenhuma idéia melhor, ela as deixa

prevalecer. Ao verbalizar esta conduta, Guarapuvu traz o seguinte provérbio, acompanhado de um sorriso: “Aquele que prepara a cama nela se deita”.

Guarapuvu afirma que tem adotado uma forma participativa de gerenciar suas equipes. Coloca que

*As fofocas e desentendimentos entre as equipes e seus membros foram desaparecendo, e o pessoal ficou mais atento aos objetivos de cada área, organizando-se para mostrar como cada uma funcionava e de que forma poderiam solicitar a participação das demais equipes sem ter que perder seus princípios básicos como equipe.*

Os desentendimentos entre os grupos diminuíram, as equipes separaram os projetos por áreas de interesse e ações conjuntas, criaram-se as coordenações, o que contribuiu para o crescimento e fortalecimento de cada uma dessas equipes.

Percebemos uma certa expressão de satisfação em Guarapuvu quando fala: “eu sabia disso mas preferi perder um ano, ou melhor, ganhar um ano para ver como eles próprios chegariam a esta conclusão”.

Outras dificuldades no gerenciar aparecem nas seguintes falas:

*As dificuldades não são em relação à equipe, aos aspectos motivacionais, ou de sanar conflitos entre o pessoal, o que temos conseguido sanar com tranqüilidade... O problema é de verba, é financeiro porque o setor não tem verba própria. Então, nós precisamos ser artistas e usar de boa vontade, criatividade, iniciativa para conseguir atender sem prejudicar a qualidade junto aos clientes. Por tal razão, é que penso que o problema não é com o pessoal, com a motivação ou falta de vontade, porque nós usamos muito o lado humano para conseguir lidar com o pessoal que, aliás, sempre tem realizado e aceito novos desafios propostos por mim e pela C., para trabalhar na realização de atividades como “workshops”, entre outras, para ajudar a administrar a falta de verba para o setor.*

O nosso ator social Guarapuvu tem um relacionamento intenso com todas as áreas do Hospital, Direção Geral, e externamente quando representa o Hospital nas reuniões de criação, implantação e acompanhamento de projetos que visam atender crianças oriundas de vários pontos da cidade de Florianópolis e demais cidades da região.

Ao acompanhá-la durante algumas das reuniões internas (como chefia e como gerente) e externas (como gerente), percebi que sua presença é respeitada pelos demais participantes do grupo de profissionais de saúde.

Dentro do HIJG, a Gerência de Interação Comunitária e Preventiva relaciona-se com quase todos os setores do Hospital, direta ou indiretamente.

Nas reuniões mensais com as chefias das respectivas áreas de sua Gerência, a equipe discute todas as ocorrências, e Guarapuvu costuma colocar a equipe frente a frente para avaliar, reavaliar e fazer novas propostas de organização das atividades do cotidiano. Segundo ela, as reuniões sempre são realizadas com muita discussão e, às vezes, até com certa agressividade.

As colocações abaixo ilustram esse contexto:

*Às vezes, é preciso agir com a força de cima para baixo para as coisas funcionarem. Nós, eu e as minhas chefias de setor, debatemos tudo com os funcionários envolvidos, damos idéias e depois buscamos que eles reflitam e dêem suas opiniões a respeito das questões. Há sempre resistências habituais nas equipes, mas eu acho que são salutares porque, senão, nós acabaríamos ficando só com o perfil prepotente meu ou de outra chefia. Depois da resistência eles assumem as determinações e contribuem ajudando a realizar as atividades.*

Guarapuvu afirma que não gosta de chamar a atenção dos seus funcionários quando estes faltam com seus compromissos ou quando deixam de opinar sobre as questões do trabalho. Mas, se isso acontecer, Guarapuvu procura conversar antes com seu funcionário para ouvir sua versão e, então, dependendo do caso, aplica alguma punição prevista na lei. Sobre essas questões verbaliza:

*Eu não rodo a baiana. Nós temos um acordo de cavalheiros, eu e as chefias de minha equipe: quando precisam sair mais cedo ou até faltar ao trabalho por razões diversas, não têm problemas desde que comuniquem a mim com antecedência e não deixem as atividades em prejuízo.*

Em situações que exigem **tomada de decisão**, como gerente de sua área, Guarapuvu afirma que sempre que possível procura buscar a opinião de algum colega da Gerência ou da Direção Geral com objetivo de resolver as diferentes situações, compartilhando com seus colegas gerentes.

Para ela, seu relacionamento é bom com todas as demais áreas porque já apreendeu a "lidar" com cada uma delas.

Durante os diferentes momentos de contato com essa gerente, pudemos perceber que ela estava sempre em ação, ou melhor, desenvolvendo alguma atividade dentro do ambiente de trabalho. Quando não está em sua sala, Guarapuvu está circulando pelas unidades diversas do Hospital, onde conversa com quase todos os profissionais que encontra em seu trajeto. Também durante

sua refeição (normalmente almoça duas vezes por semana no refeitório do Hospital), Guarapuvu é solicitada para atender situações internas ou externas ao Hospital, envolvendo tomadas de decisões.

Podemos dizer que Guarapuvu não só se define como uma pessoa ativa, como também tem agido, confirmando na prática do cotidiano esta sua característica.

Quanto ao final de sua jornada de trabalho diário no Hospital, Guarapuvu diz que, sempre que possível, avisa quando sai e se despede de sua equipe de trabalho, avisando à sua secretária seu destino e deixando orientações de como localizá-la caso necessário ou urgente. Diz que, quando “pisa fora” do Hospital, procura não se preocupar com mais nada, sente-se de missão cumprida e logo começa a elaborar as atividades que tem pela frente ao seguir para casa ou outro local fora do trabalho.

Guarapuvu usa a expressão “profilaxia da aporrinhção” (sorri quando fala) como sendo o modo de comportar-se antes de sair do trabalho. Segundo ela, “é um tal de telefona para os setores de sua responsabilidade, pergunta se está tudo em ordem, avisa de sua saída”, repetindo todos os dias esta mesma rotina.

Guarapuvu demonstra gostar muito de sua profissão e do ambiente em que trabalha há tantos anos, não se sente “sendo chefe de pessoas, mas como alguém que está constantemente compartilhando diferentes momentos de trabalho em conjunto”.

**Ser Gerente**, para Guarapuvu, é “como se fosse uma espécie de mediadora, de recheio de sanduíche que fica no meio prensado pela fatia de cima e a de baixo. O único problema é que este recheio deva ser sempre um recheio equilibrado e que atenda às duas extremidades”.

Coloca também que **Ser Gerente significa** assumir atividades para ajudar a Organização Hospitalar, acumular funções e responsabilidades e estar comprometida com o Hospital e com a comunidade.

Guarapuvu afirma que, muitas vezes, precisa **tomar decisões como gerente** no seu processo de trabalho em detrimento de outras funções, como

chefia de setor, o que tem gerado um certo incômodo pela necessidade de dividir sua atenção e atuação no gerenciamento dessas duas áreas de atuação.

Menciona, por outro lado, que **Ser Gerente** significa poder sonhar com algo mais, que faça buscar sua realização como profissional e como pessoa que tem objetivos independentes do seu trabalho atual: não abandonar suas atividades comunitárias atuando como profissional médica em projetos de causas sociais e no atendimento junto aos clientes da comunidade.

Para Guarapuvu, **Ser Gerente** significa, ainda, pouca valorização financeira e um desgaste emocional constante, o que exige um “estar afinado” com seu perfil profissional e emocional e com um senso de obrigação mais do que satisfação em determinadas ocasiões.

Sobre **seus planos para o futuro**, Guarapuvu coloca que gostaria de voltar a estudar, fazer seu mestrado e poder se dedicar, aos poucos, às suas idéias de escrever um livro de contos para crianças, com o objetivo de educar e prevenir as doenças por meio de histórias infantis.

#### 4.2 “COBRA” – DE CANTO A CANTO: CONHECENDO O TERRITÓRIO, ABRINDO NOVOS ESPAÇOS E MARCANDO SUA PRESENÇA

*Eu me sinto como parte da história desse Hospital; eu sou uma das pessoas que mais conhece cada canto do Hospital e que muito fez por ele, é muito importante isso para quem é gerente e, para mim, isso é significativo.*

*Eu gosto de trabalhar aqui, eu gosto dessa área porque acho que tem muito para ser feito, eu não posso ser uma pessoa fechada, tenho que me abrir mais para divulgar nosso trabalho, a missão dessa como área que, de certa forma, é recente dentro dessa Instituição.*

*O que eu estou fazendo é por mim, para a minha vida, eu preciso me preparar para qualquer situação, até se amanhã eu não estiver aqui no Hospital.*

O segundo ator social de nosso estudo escolheu o nome de “Cobra” para ser identificado, afirmando ser esse um animal que admira muito por ser bonito, atraente e esperto.

Natural de uma cidade de colonização alemã do Estado de Santa Catarina, conta que sempre estudou em colégio particular e, desde o início do segundo grau,

já pensava em ser enfermeira. Assim sendo, decidiu mudar-se para a cidade de Florianópolis, para cursar enfermagem na UFSC.

Cobra iniciou sua trajetória de trabalho como funcionária de área de Enfermagem quando o HIJG foi inaugurado, em 28/12/79. Ao falar sobre essa época, Cobra afirma que foi um período muito bom de trabalhar “porque todos eram unidos e se davam muito bem entre si, o número de funcionários era menor, o que facilitava que todos pudessem se conhecer”.

Quando Cobra verbaliza que se sente parte da história do Hospital, é porque não só participou do nascer dessa instituição hospitalar, mas também dos vários momentos de sua administração.

Como profissional da área de saúde ao longo desse período, Cobra diz que teve oportunidade de conhecer “todos os cantos do Hospital” e, conseqüentemente, as pessoas que trabalhavam nele.

Durante os diferentes momentos de contato com o sujeito Cobra, esse colocou que fora convidado para assumir diversas áreas do Hospital, ora por indicação da Direção Geral em cada gestão, ora por indicação de consultores externos que prestavam serviço ao Hospital.

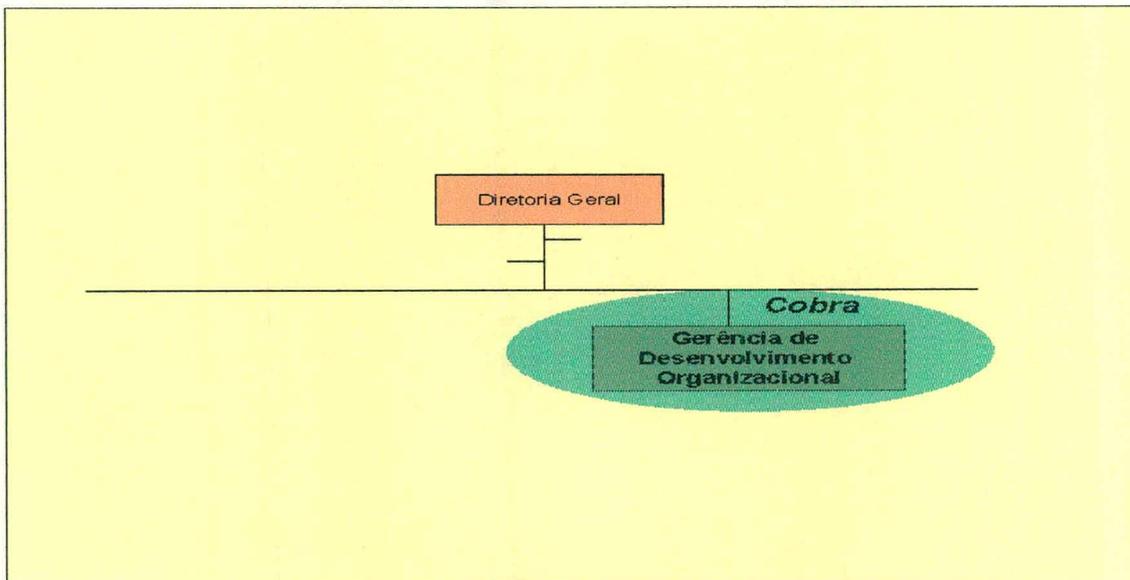
Foi indicada para atuar como chefe do Centro Cirúrgico, da Área Administrativa, do Setor de Serviços e da Área de Nutrição do Hospital, entre outras áreas.

No início da atual gestão administrativa, foi criada a área denominada Desenvolvimento Organizacional, da qual Cobra veio fazer parte como membro da equipe e para a qual deveria criar as atividades.

Segundo conta, a Gerência de Desenvolvimento Organizacional foi criada com a intenção de ser uma área que cuidasse dos aspectos voltados ao desenvolvimento da Organização por meio de programas de apoio à capacitação e aperfeiçoamento dos recursos humanos, assessoramento e consultoria no planejamento e desenvolvimento de processos de melhorias para todos os níveis do organograma do Hospital. Juntamente com Cobra, formando essa equipe, assumiram profissionais com formação em Administração, Pedagogia, Enfermagem, Assistência Social e um profissional de informática.

Inicialmente, a coordenação dessa área ficou com uma profissional da Enfermagem e, mais tarde, com o afastamento dessa, Cobra foi indicada pela Direção para assumir seu lugar.

Assim, em abril de 1998, a Gerência de Desenvolvimento Organizacional começou a ser coordenada por Cobra. No momento de realização deste estudo, essa gerência está ligada diretamente à Direção Geral, mas ainda não está reconhecida como área de acordo com o organograma do Hospital, estabelecido pela Secretaria de Saúde do Estado.



**Figura 2:** O sujeito Cobra no contexto do HIJG

O nosso sujeito Cobra diz que não pensa no trabalho quando se desloca da sua casa para o trabalho todas as manhãs; só quando chega no estacionamento do Hospital.

No Hospital, primeiramente, dirige-se à sua sala de trabalho e, quando é a primeira a chegar, abre as janelas, arruma a sala de forma que fique organizada para as rotinas do dia, liga a cafeteira e verifica as correspondências que estão em sua mesa.

Quando sua sala já está aberta,<sup>2</sup> Cobra verifica as prioridades do dia, fornece orientações para a equipe e inicia **as atividades** propriamente ditas.

No seu **processo de trabalho**, Cobra costuma interagir com quase todas as áreas e níveis de trabalhadores do Hospital, atendendo às diversas solicitações que lhe chegam durante o dia.

Ao iniciar meus encontros com esse gerente, tive a oportunidade de acompanhar também o início de sua posse no cargo. Cobra me colocou que, como sua posição de gerente da área era recente, estava ainda tentando estabelecer quais funções seriam de sua competência, as atribuições, as atividades e as metas para sua gestão.

Juntamente com duas funcionárias, mais especificamente aquelas com mais tempo de trabalho no Hospital, foram sendo criadas algumas definições sobre as atividades e as atribuições, como costumam chamar, para essa área.

Os encontros com Cobra mostraram sua preocupação quanto ao fato de assumir novas e diferentes situações como gerente de área. Muitas vezes, criava algumas situações de conflito com demais gerentes e Direção Geral, quando solicitada para responder sobre determinadas atividades a que não se sentia habilitada.

Nessas ocasiões, Cobra normalmente pedia um tempo para providenciar o que era solicitado ou, afirmando não ser de sua competência, encaminhar às demais gerências ou setores afins.

Algumas atividades que Cobra vinha desenvolvendo antes de assumir sua gerência continuam fazendo parte de sua rotina atual, como atendimento e encaminhamento das solicitações de participação em cursos e congressos, para os funcionários em geral; coordenação de reuniões mensais com sua equipe de trabalho; coordenação provisória (devido ao afastamento temporário de uma profissional de sua equipe, responsável pela coordenação dos programas da Qualidade no Hospital) das reuniões do Comitê para a Qualidade; participação nas reuniões quinzenais das chefias com as gerências e com a Direção Geral;

---

<sup>2</sup> A sala de Cobra é dividida com mais quatro pessoas que compõem sua equipe e que têm horários de trabalho diferentes.

planejamento de atividades internas e externas para a capacitação de profissionais do Hospital em todos os seus níveis de atuação; organização da biblioteca desse setor; recebimento, acompanhamento e orientação dos estagiários quanto às rotinas internas contratuais; levantamento de necessidades de cursos para o ano de 1999; reestruturação, planejamento e criação de um novo projeto para as avaliações de desempenho para todos os setores e níveis hierárquicos do Hospital.

Muitas são as dificuldades que Cobra menciona encontrar durante o seu cotidiano de trabalho. Além da falta de definição das funções de sua gerência, não tem muito apoio da Direção Geral, a quem responde diretamente.

Segundo Cobra, a própria Direção tem apresentado dificuldades de clarear suas intenções para com as funções da área de Desenvolvimento Organizacional, o que pode ser percebido quando afirma: “a própria área de Desenvolvimento Organizacional é recente; essa, por sua história, começou sem muita definição, e foi complicado para o pessoal entender para que ela existe, não só dentro do Hospital mas na comunidade também”.

Prossegue colocando suas idéias sobre gerenciamento: “eu digo que o ato de gerenciar é uma questão cultural, de cultura mesmo, de berço, de formação básica, e não achar que por ser gerente ou chefe se tem o direito de ser mais do que os outros”.

Quando frente a situações que exigem tomada de decisões, Cobra normalmente discute com sua equipe ou, algumas vezes, procura outros gerentes, se estiverem envolvidos, ou até mesmo a Direção, para compartilhar formas de tomar alguma decisão. Nessas situações, Cobra tem procurado formalizar sua decisão através de algum formulário que contenha a sua assinatura e a dos demais envolvidos, registrando os passos até a tomada de decisão.

Mesmo assim, queixa-se da falta de autonomia para tomar decisões e solicitar recursos tanto financeiros como pessoais, porque tudo precisa ser aprovado, negociado junto à Secretaria de Saúde do Estado, órgão externo ao Hospital.

Quando pensa nas ações que pretende desenvolver como gerente, Cobra tem muitas idéias que traz com certa satisfação, mas logo que pensa no momento

e na maneira como assumiu essa gerência, uma certa expressão de desânimo toma conta de suas colocações:

*Mas tem outras coisas, é muito desmotivador pensar em qualquer projeto ou ações para serem realizadas por esse setor, porque cada vez que muda a Direção mudam os planos. Os projetos são de acordo com a cabeça de quem vem para administrar. Mesmo agora, no meu caso, até o final do ano muda tudo de novo, como vou fazer para acreditar que teremos a continuidade dos projetos que estamos fazendo ou criando agora, principalmente eu, que assumi a gerência justo nessa época.<sup>3</sup>*

Sobre essa questão, Cobra tece alguns comentários que percebi serem compartilhados entre os setores dentro do ambiente de trabalho:

*O pior é pensar na frustração que isso gera nas pessoas em geral. A gente aqui no setor ainda fala e consegue segurar esse sentimento de algum jeito, ou pelo menos tenta, e o pessoal ali fora faz o quê? Coloca no trabalho, nas suas relações com os outros, no ambiente de trabalho, no cliente que não tem nada a ver com isso.*

Ao trazer esses conteúdos, pude perceber que, muitas vezes, Cobra fica refletindo com a sua equipe e não os leva para discussão nas reuniões com os demais gerentes, ou mesmo nos diferentes momentos de interação.

Ao final de sua jornada diária de 8 horas, Cobra deixa tudo organizado e a sala arrumada para o próximo dia. Verbaliza: “eu não deixo nada para fazer no dia seguinte, só se realmente não depender de mim, mas quando eu saio do Hospital, eu não penso mais no trabalho, só no dia seguinte, quando chego aqui”.

Para Cobra, **Ser Gerente significa** lidar com situações problemáticas, compartilhar das decisões com os demais colegas gerentes e Direção Geral e conhecer bem a organização que se está administrando.

**Ser Gerente** é gostar muito daquilo que faz e acreditar que há muito para ser feito, mostrando a importância do que realiza e superando as dificuldades, sem desrespeitar as individualidades de cada um dentro de uma equipe de trabalho.

**Ser Gerente**, para Cobra, também significa adquirir uma maior maturidade, voltar a estudar, ler mais sobre tudo e buscar novos desafios, além de trazer mais segurança para sua vida pessoal e financeira.

---

<sup>3</sup> Essa sua preocupação aparece em vários outros momentos durante os encontros, com a chegada do final de mais uma gestão administrativa do Hospital; não só no seu caso, que assumiu a gerência há pouco tempo, mas com relação ao sentimento quando usa a expressão “pairar no ar quando se está num ano político”.

### 4.3 “PATO” – VIVENCIANDO E EXPERIMENTANDO O COTIDIANO DE UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR NA PERSPECTIVA DOS DESAFIOS E PAPÉIS DESEMPENHADOS

*Eu sou muito pelo confiar, ou eu confio ou não tenho do meu lado; [...] não tenho a pretensão de ser simpático, vou procurar ser justo, aqueles que cumprirem suas obrigações vão ter sempre acesso livre comigo, não gosto de sacanagem, não vou julgar por aparência e vou ser amigo de todo mundo, mas gostaria que todos cumprissem suas obrigações.*

*Eu não conheço o ambiente hospitalar, não pedi para vir para cá, recebi um convite e recebi como um grande desafio.*

*Conto com a colaboração de todos.*

Natural do Estado do Paraná, o nosso terceiro ator social do estudo escolheu o nome de “Pato” para ser identificado. Esse era seu apelido quando criança, pois gostava de brincar na água. Também “Pato” porque é o seu animal preferido até hoje.

Formou-se em Administração de Empresas, em 1974, na UFPR, e cursou Especialização em Recursos Humanos de 1989 a 1991, na UFSC. É sua primeira experiência na área de Administração Hospitalar.

Pato começou a trabalhar aos 17 anos em serviços bancários. Exerceu várias funções, caixa operadora, chefe de serviços, ajudante de gerente, coordenador de caixas, gerente de agência, chefia de divisão, de departamento, e finalmente chegou a diretor de área, cargo máximo do plano de carreira profissional da empresa em que atuava.

Possui vinculação indireta com órgão anterior, seu emprego anterior, pois foi cedido por este ao ser “convidado” pelo ex-diretor do HIJG para trabalhar na Gerência de Recursos Humanos durante a atual gestão da administração hospitalar.

Pato, hoje, exerce um “cargo de confiança”, como costumam chamar seus colegas na Gerência Administrativa/Financeira do HIJG e não na área de Recursos Humanos, para a qual havia sido sua indicação.

Isso se deve, segundo coloca Pato, ao fato de que, no momento de sua entrada no Hospital, a Área Administrativa/Financeira estava precisando ser reestruturada e era uma prioridade da Instituição. Como Pato reunia o perfil técnico

e a experiência como chefia de área financeira, acabou assumindo o cargo com uma carga horária de 8 horas diárias.

A posição do cargo no organograma do HIJG mostra que o mesmo está ligado diretamente à Direção Geral do Hospital.

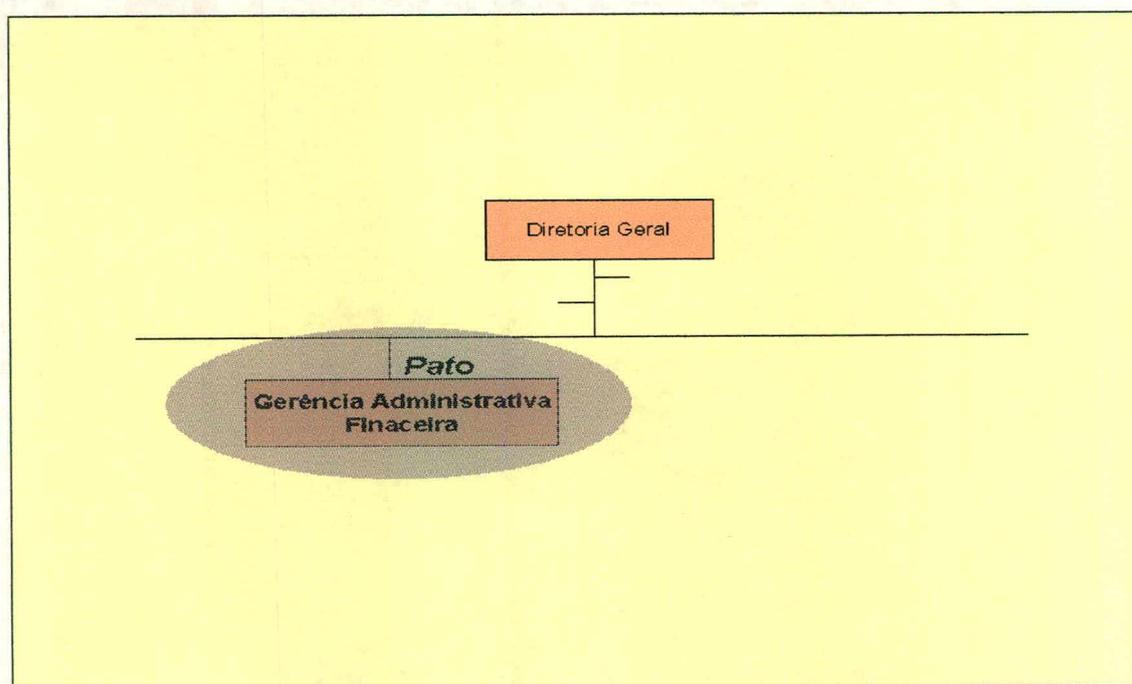


Figura 3: Apresentando o sujeito Pato na estrutura do HIJG

Logo que assumiu o cargo, Pato diz que seu cotidiano de trabalho era muito conturbado, vivia muito aflito, não conseguia se desligar do trabalho, vinha e saía pensando no trabalho, pensando no que tinha que fazer no dia seguinte e no que havia realizado durante o dia que terminava. Hoje, já não tão aflito, diz ter se acostumado.

Quando chega ao Hospital, Pato, às vezes, aproveita para também “dar uma volta” e olhar como estão as coisas na parte externa do prédio do Hospital, verificando “*in loco*” as obras, problemas de manutenção em geral, de circulação de veículos nos estacionamentos, antes mesmo de ir para a sua sala.

Pato costuma se organizar antes de sair de casa, pensando no que ficou pendente do dia anterior para ser realizado naquele dia, mas, quando chega no Hospital, acaba se envolvendo com outras coisas e, muitas vezes, com coisas mais urgentes, que o fazem deixar de lado sua programação prévia para as atividades do dia.

No seu cotidiano, dentro ou fora do contexto hospitalar, Pato interage constantemente com seus pares e com suas equipes de trabalho; é sempre muito ativo e solicitado.

Segundo os registros do Hospital e o próprio levantamento feito junto ao nosso sujeito Pato, a referida gerência tem como funções planejar, coordenar e controlar toda a rotina da Área Administrativa/Financeira do Hospital. Essa gerência responde pelas seguintes subáreas de trabalho: Setor de Higienização, Setor de Lavanderia, Setor da Farmácia, Nutrição, Almojarifado e Manutenção. Todas essas subáreas têm suas respectivas chefias, com as equipes específicas de trabalho em cada área.

Ao assumir o cargo de gerente Administrativo/Financeiro, Pato diz ter tido muitas dificuldades pessoais de adaptação, que se acentuaram com a sua falta de experiência anterior em assuntos hospitalares:

*Para mim foi um impacto a adaptação ao setor e ao funcionamento do Hospital como um todo; imagina eu há 27 anos no emprego anterior, sendo que, desses anos todos, 18 anos foram na área de Recursos Humanos; quando cheguei aqui eu realmente não sabia por onde começar.*

Conta que, no início, costumava ficar muito assustado, considera ter sido muito ousado em aceitar o cargo de gerente de um hospital porque não tinha nenhuma experiência na área.

*Foi um pavor, apesar de ter encarado como um grande desafio, eu me deitava à noite pensando nas coisas que tinham sido ditas no dia anterior e ficava pensando em como resolvê-las no outro dia; o que vou buscar de leitura a respeito de uma administração hospitalar, pensei até em fazer um curso sobre o tema. Tudo o que eu podia e tinha para ler, mesmo sobre mercado financeiro, eu já lia com uma mudança no foco, já via o que tinha a ver com os aspectos da saúde [...], engraçado, depois é que me dei conta de que meu foco de leitura foi mudando automaticamente.*

Ao falar um pouco mais sobre sua adaptação à nova rotina de trabalho, Pato diz que, com o passar do tempo, foi se acostumando ao novo cargo, com o ritmo que a própria área imprimia no dia-a-dia e com a ajuda recebida pelos assessores de Direção.

Outro fator que ajudou na adaptação foi “o próprio dia-a-dia do meu novo cargo. As pessoas chegavam para mim e diziam: Sr. Pato, tem que comprar isso, aquilo e mais outro aquilo”.

*E eu fui me sentindo gerente de Padaria, Farmácia, Gerente de Manutenção e assim foi. Eu passei a ser gerente daquelas coisas com as quais eu não estava habituado a conviver, muito menos com as terminologias. Muitas pessoas, além de tudo, não sabiam de onde eu vinha e queriam mais era resolver seus problemas no serviço. Então ficava aquela situação de me pedirem para comprar material, ou equipamentos, que eu nem sabia do que se tratava e nem para que servia.*

Segue afirmando:

*Eu mesmo, com o tempo, fui me inteirando, perguntava mais para as pessoas o porquê e para que elas precisavam das coisas que estavam solicitando, questionava mais as quantidades solicitadas e, na medida do possível, comecei a passar mais nas áreas pessoalmente para ver de perto como essas trabalhavam.*

Hoje, além de realizar atividades de “passar nas áreas” e outras de sua responsabilidade, pelo menos uma vez por semana, Pato tem uma rotina bem agitada de trabalho. Despacha correspondências com a secretária da Direção, resolve problemas internos pelo telefone e pelo seu celular particular, assina documentos, cheques, convocações, intimações, comunicações oficiais em nome do Hospital, recebe fornecedores, faz orçamentos para aquisição de material em geral, coordena reuniões com suas equipes de trabalho, com demais gerentes e com a Direção.

Sempre que solicitado, Pato representa o HIJG nos eventos externos, concede entrevistas à imprensa sobre questões que envolvem a administração do Hospital, participa de reuniões internas e externas sobre as questões da Qualidade Total na Saúde, programa e executa atividades comunitárias juntamente com senhoras do grupo das “voluntárias” (AVOS), organizando e auxiliando na administração das campanhas comunitárias, doações, entre outras.

Para auxiliá-lo na organização de suas atividades como gerente, Pato criou uma lista de atividades em algumas folhas soltas de papel tamanho ofício e diz que essa lista fica na gaveta de sua mesa, bem próxima de seu alcance: “é como uma bússola para mim, serve para me orientar e para não esquecer de nada, é uma forma de me organizar durante o dia”.

Apesar de a sua agenda administrativa ser elaborada pela secretária da Direção, Pato diz que não deixa de usar sua “bússola”, porque é com ela que se orienta nas atividades do cotidiano dentro do Hospital e reforça isso quando coloca: “eu não fico sem isso aqui, minha guia. Na minha gaveta, eu tenho

guardadas as bússolas anteriores, de outros meses e anos porque tem coisas que ficam pendentes de um ano para o outro”.

Alguns dias da semana, Pato chega mais cedo ao Hospital com o objetivo de poder acompanhar os serviços de entrega e recebimento de alimentos, como pão e leite, que chegam bem no início da manhã, e, principalmente, de verificar como o seu pessoal procede na hora de chegar ao trabalho, ou mesmo de verificar quem está e como está trabalhando naquele horário.

Para alguns setores, além de passar orientações verbais, Pato estabelece orientações por escrito, colocando os procedimentos, os instrumentos a serem utilizados e como fará a avaliação das atividades daquela área em específico.

Quando da atividade de passar pelos diversos setores do Hospital, pude observar, ao acompanhar Pato, que tem o hábito de chegar nos setores, principalmente aqueles sob sua responsabilidade, cumprimentando as pessoas e chamando-as pelo nome. Toma cafezinho, pede cigarros, ao mesmo tempo em que conversa sobre as diferentes situações de trabalho com cada equipe dos setores de sua responsabilidade.

As reuniões setoriais são realizadas, normalmente, na própria área de trabalho das suas equipes e, quando faz atendimentos individuais, Pato utiliza a sala de trabalho de suas chefias ou a sua própria.

Pato afirma que sempre que é procurado por um funcionário do Hospital, seja esse seu ou de outra área, costuma ouvi-lo num primeiro momento e depois orienta ou chama, dependendo do caso, na mesma hora, a sua respectiva chefia para que juntos resolvam a situação. Ele próprio diz que assume uma postura de “mediador”.

Outro aspecto levantado por Pato diz respeito às questões voltadas às diferentes jornadas de trabalho existentes na área de saúde pública e o sistema atual de seleção e reposição de pessoal para o Hospital, fatores dificultadores para a administração, além de ser um trabalho muito burocrático, demorado e pouco prático para uma realidade de Hospital, no qual, segundo sua definição,

*Por mais que se tente trabalhar organizado, com planejamento, tudo tem um caráter de urgência e, como se trabalha com vida, não dá para esperar que os papéis [a burocracia] sejam respeitados na íntegra, muitas vezes.*

*Para se ter idéia, aqui se vai de fralda a presunto; é estranho isso mas é rigorosamente assim, quanto aos fornecedores e às questões voltadas às compras de material.*

Pato prossegue:

*O Hospital trabalha com aproximadamente 10.000 itens, entre medicamentos, que representam 6.000 desses itens, e outros produtos diversos. E o que agrava ainda mais é o problema no fornecimento de alguns desses produtos. Por exemplo, se a Secretaria de Saúde atrasar seus pagamentos com o fornecedor, quem fica prejudicado?*

Diante de muitas dessas situações, esse gerente coloca que precisa ser muito estratégico para conseguir as coisas quando a situação envolve órgão externo ao Hospital, como a Secretaria de Saúde ou qualquer outra instituição.

Nesse aspecto, Pato diz que reconhece que o seu relacionamento externo com a comunidade, em geral, tem ajudado muito, principalmente porque em seu tempo de empresa anterior construiu muitos contatos através do próprio trabalho que executava. Assim, quando precisa desses contatos externos para suas atividades dentro do Hospital, Pato sabe que terá suporte e certas facilidades para resolver algumas de suas situações no cotidiano de trabalho.

A falta de apoio e maior interação com a área médica também tem se mostrado um fator que dificulta as ações do cotidiano de Pato. Isso se deve ao fato de a própria direção atual não ter facilitado a comunicação com o meio médico, segundo sua percepção.

Apesar de Pato solicitar várias vezes ao diretor sua participação nas reuniões mensais do corpo clínico ou de querer convocar, através do diretor, um contato mais próximo com os médicos, não tem conseguido obter sucesso em suas tentativas.

Para esse gerente, a razão pela qual essas dificuldades existem está no fato de que em várias outros momentos, quando do início de seus trabalhos na gerência, tentou colocar que uma das suas metas de trabalho era ter apoio, principalmente dos profissionais médicos, colaboração na administração do Hospital, e "talvez isso não tenha sido bem recebido por eles, pois eu não tenho a formação em Medicina".

Pato menciona, ainda, outros aspectos que aparecem como dificultadores no processo de administrar ou de gerenciar um serviço no Hospital; por exemplo, o número de pessoas que se envolvem em determinadas situações que exigem tomada de decisões. Para ele, todo o processo é muito complexo, passando por várias instâncias em que todos opinam e de alguma forma acabam se envolvendo. O ato de administrar um hospital pode ser comparado à seguinte situação: “Isso aqui é como carro, todos dirigem, mas de formas diferentes”.

Quando não há reuniões ou outros compromissos com seu trabalho, Pato, no final da manhã, sai do Hospital para apanhar seus filhos na escola; almoça com sua família e retorna ao Hospital no início da tarde.

No final de cada dia, procura deixar tudo organizado para o dia seguinte, mas a caminho de casa diz que não consegue se desligar do trabalho por completo:

*Eu sou muito disso, eu vou para casa pensando: como foi o meu dia de hoje, o que eu produzi. Bem, hoje eu conversei um monte, atendi um monte de gente mas, efetivamente, não resolvi nada. Também porque muitas coisas fogem da tua alçada não dependem só da tua decisão.*

Ao falar sobre como distribui o tempo de seu cotidiano, Pato afirma:

*Você passa grande parte do dia contornando questões, tapando arestas, apagando fogo, o dia é improdutivo nesse aspecto. No final do dia você vai para casa e começa a fazer uma avaliação sobre o que você produziu hoje: tentei isso, tentei aquilo, falei com fulano, com beltrano, mas a sensação é de não ter produzido nada. Nada de fato que possa ser mensurado. Por exemplo, o que nós fizemos que possa ser mensurado, algumas obras, reformas de prédios, instalações físicas aqui no Hospital, tudo bem. Mas muito do que você faz durante o teu dia de trabalho absolutamente não aparece.*

Ao **terminar o dia**, Pato se despede do pessoal ao seu redor, deixa a secretária avisada de sua saída e os seus telefones particulares ficam à disposição do Hospital para qualquer urgência.

Pato expressa metas para esse final de gestão administrativa. Gostaria de deixar o Hospital informatizado nos serviços de controles e registros, pelo menos numa primeira etapa. Para tanto, está agilizando seu pedido de concessão de uso de vários microcomputadores (368) junto a uma empresa local, que ficou de ceder os equipamentos para uso do Hospital.

Assim, poderia tornar os serviços menos burocráticos e agilizaria os serviços de atendimento aos clientes, contribuindo também para melhorar sua qualidade.

Gostaria também de se dedicar aos serviços do Voluntariado (AVOS) junto com a atual equipe, pois acredita que poderia utilizar seus conhecimentos e contatos financeiros na promoção de eventos, campanhas integradas com as empresas e a comunidade da cidade de Florianópolis, na arrecadação de verbas para dar continuidade às melhorias ao que se refere às instalações, a equipamentos para o HIJG.

**Ser Gerente**, para Pato, significa superar o impacto da adaptação quando há uma troca de setor:

*Ser um administrador sem conhecer a saúde é um desafio [...] é aprender sobre os termos técnicos, nomes de produtos, as especificidades de cada área; até hoje eu tenho que ficar pensando e consultando antes de adquirir ou decidir sobre qualquer assunto que envolva a área técnica.*

#### **4.4 “JOÃO”- UM PLANO DE VIDA, UMA MISSÃO: O ATO DE GERENCIAR NA PERSPECTIVA DE SATISFAZER AS NECESSIDADES MATERIAIS E ESPIRITUAIS**

*Eu sempre trabalhei, desde jovem, e penso que o trabalho é o que nos move, que nos leva a realizar as coisas que buscamos para nós.*

*Para mim, o Hospital tem sido um órgão a que eu me dedico e com que me identifico bastante. [...] Eu acho que tem alguma coisa maior nesse plano que hoje eu vivo que me faz crescer aqui dentro, estar aqui, me envolver com tudo que acontece [...]. Certamente, não é o lado financeiro, eu gosto de conviver com as pessoas que estão aqui, de me envolver até onde posso, até mesmo com os pacientes; eu sempre que posso entro num centro cirúrgico, numa UTI, ou Setor de Queimados, até para brincar com uma criança que passa no corredor, é uma coisa minha!*

*Eu gostaria de ser identificado com o nome de “João”, porque esse nome significa muito para mim, é muito importante.*

O quarto ator social do estudo, “João”, é natural de uma cidade de colonização alemã localizada próximo a Florianópolis, SC. Estudou o primeiro e segundo graus no Estado do Paraná.

Seu primeiro curso superior foi de História Natural na FURB (SC) e, mais tarde, fez Administração de Empresas na UFSC. No momento está fazendo Especialização em Administração Hospitalar pela Secretaria de Saúde do Estado, em convênio com a UFSC.

Suas experiências de trabalho remontam empresas como o antigo INAMPS, no setor de arrecadação, e a área de madeiras, quando trabalhou com seu pai até 1979, ano em que veio para a cidade de Florianópolis.

Nessa época, João iniciou sua trajetória de trabalho em saúde, assumindo, na antiga Fundação Hospitalar de Santa Catarina, o cargo de biólogo no laboratório, pois, como conta, ficou como “um desvio de função” e só em 1982 foi reconhecido como administrador, permanecendo aproximadamente seis anos no setor administrativo dessa fundação.

No ano de 1985 foi administrador do Hospital Celso Ramos, da cidade de Florianópolis, permanecendo nessa instituição até 1987.

A primeira vez em que trabalhou no HIJG, em março de 1987, como gerente administrativo, foi na gestão do Dr. C. M., ficando até o final 1989.

Em 1995, João retorna ao HIJG, desta vez para atuar na Gerência de Controles, criada em março de 1995.

A estrutura atual dessa área é composta pelas seguintes “subgerências”: Finanças, Administração de Pessoal, Administração de Custos e a Subgerência de Registro e Arquivo Médico e Estatístico.

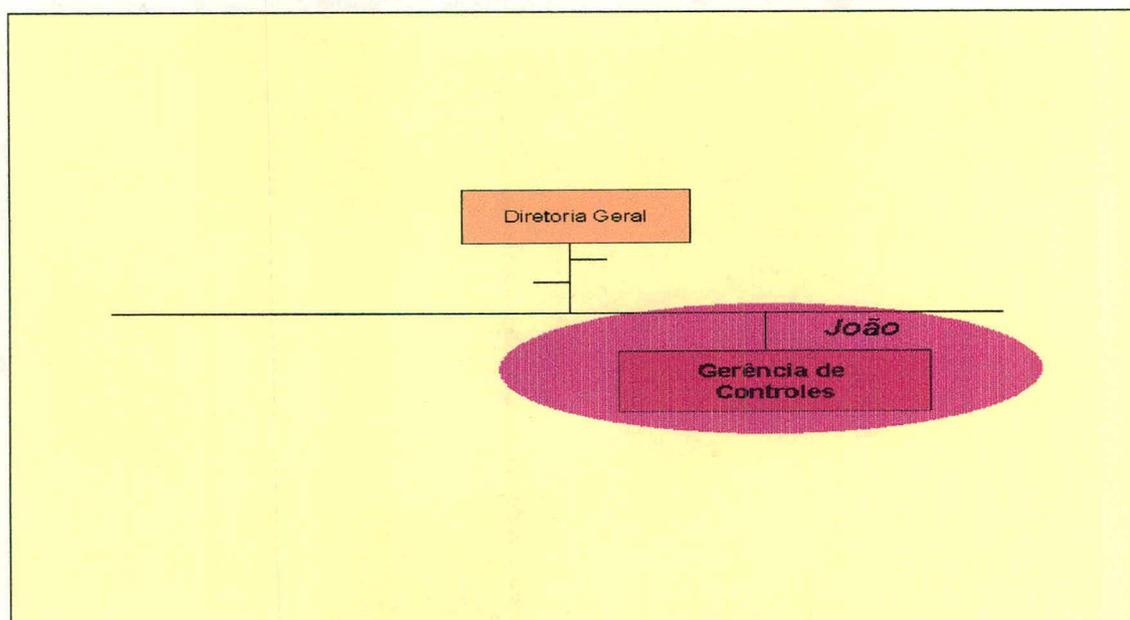


Figura 4: Mostrando o sujeito João no contexto do HIJG

A Área de Controles ainda é uma área informal perante a Secretaria de Saúde do Estado, o que deixa João chateado. Para ele, não teria outra explicação senão “o fato de que a Direção do Hospital, na época, aprovou sua criação mas não fez nada para legalizá-la junto à Secretaria de Saúde do Estado; o mesmo ocorreu depois, quando o atual Diretor assumiu e não deu andamento. Para mim, é falta de filosofia própria, acomodação de ambas as partes, também faltou vontade política, ficou só na vontade pessoal”.

No momento, João cumpre uma carga horária diária de 6 horas como Gerente de Controles do HIJG e também trabalha como administrador na Associação Catarinense de Medicina (ACM). João relata:

*Por questões financeiras eu tive que buscar outras alternativas, mas é gratificante, porque, nesse caso, fui escolhido para exercer esse cargo pelo que sempre fiz e fui como pessoa, pelo meu jeito de ser, de me relacionar com as pessoas. Isso pesou muito para mim.*

Dessa forma, João, de comum acordo com a Direção Geral do HIJG e com a Presidência da ACM, exerce os dois cargos, distribuindo sua carga horária da seguinte forma:

*A minha carga horária de trabalho começa às 8 horas da manhã e termina, quando possível, entre 10 e 11 horas da noite. Às vezes, eu termino à 1 da manhã, quando tenho muito trabalho na Associação, mas normalmente dá para conciliar com os horários daqui do Hospital, porque lá na ACM não me é exigido um cumprimento rigoroso de horário, até porque a demanda de trabalho eu consigo cumprir lá e aqui sem maiores problemas.*

Ao mencionar como começa o seu dia de trabalho, João coloca que sempre tenta se organizar de forma que seu dia seja produtivo, atendendo bem a todas as atividades a que se propõe e, por mais que deseje, não consegue deixar de pensar no trabalho, como afirma:

*Eu gostaria de ser uma pessoa que viesse para o Hospital e começasse a vivenciar o Hospital a partir do momento em que eu colocasse os pés dentro dele. Mas, infelizmente, não é assim. Infelizmente, porque isso acaba interferindo na tua própria saúde e na vida particular. Eu tenho duas atividades: quando estou lá [ACM] penso nas atividades daqui [Hospital] e quando estou aqui penso nas coisas de lá. E em casa fico pensando nos dois, ligo para o Hospital e ligo para a ACM, não consigo me desligar. A minha esposa sempre diz: hoje é sexta-feira, vê se desliga!*

“Desligar” para João é difícil, pois, segundo ele, “é impossível porque você tem um grau de responsabilidade, embora eu não esteja sempre no Hospital no

turno da tarde, mas eu sei que a qualquer momento podem me ligar e, quando ligam, pode ter certeza que é problema na certa”.

Como Gerente do Setor de Controles do Hospital, João interage constantemente, tanto direta como indiretamente, com quase todos os setores da organização.

Tão logo foi idealizada a Área de Controles do HIJG, ao ser nomeado como gerente, João iniciou a organização desta através da contratação de pessoal que ingressou por processo seletivo da Secretaria de Saúde do Estado, onde já haviam prestado concurso público para diversas funções, e através de aproveitamento de pessoal do próprio Hospital.

Na atividade de organização inicial e estruturação da área, João teve o apoio e orientação do serviço de consultoria externa que montou a área de acordo com o perfil solicitado e auxiliou na seleção de pessoal.

O referencial para que a Área de Controles pudesse ser montada foi buscado no Hospital Universitário por, aproximadamente, um ano. Durante esse período, as pessoas que compunham a área foram deslocadas para esse hospital para a realização de estágios afins. Mais uma vez, João reforça o lado positivo de administrar seu pessoal:

*Nem nos dias da greve movida pelos servidores da saúde, o pessoal deixou de cumprir seus compromissos; pelo contrário, o pessoal, para esquecer a greve, a problemática, se entregava ao trabalho. Isso tudo era feito pela vontade própria deles, sem ganhar nenhuma promoção ou benefício extra; era pela força de vontade e de querer realizar algo, de montar o setor.*

As **atividades** da Gerência de Controles, bem como das subgerências, desde o momento de implantação da área, são planejadas mensalmente, acompanhadas por sua equipe e coordenadas por João.

Nos momentos de observação-participante junto a essa gerência, notei que toda correspondência emitida dessa área para outra é documentada, com a assinatura do responsável pela emissão ou pelo que recebe; tanto nas comunicações internas, dentro do próprio setor, como nas externas, para fora desse.

O mesmo procedimento é observado nos pedidos internos das subgerências para a Gerência de Controles, sobre o que João coloca:

*Eu sou controlador sim, não nas decisões mas sim no conteúdo. Faço isso porque é uma questão de organização, respeito e disciplina. O pessoal deve se acostumar com a responsabilidade de comprometimento e também porque aqui tudo é transitável, passageiro. Eu, amanhã, posso não estar mais na gerência dessa área e aí como fica para quem vier a assumir a área?*

Em vários momentos durante o acompanhamento de suas atividades, percebemos como João se relaciona com os seus funcionários, posicionando-se como chefia que sente a importância de seu papel como tal no dia-a-dia do trabalho. Algumas falas suas retratam tal posicionamento:

*Eu estou numa posição de chefia e, como tal, numa posição que tem que defender a integridade física do hospital em que eu trabalho, da parte financeira, bem como do funcionário que é o nosso cliente interno. A partir do momento em que o funcionário, tem uma atuação que não esteja de acordo com a minha percepção, com a minha idéia de administrar, eu vou contrariar aquele seu interesse. Mas eu vejo que isso faz parte do dia-a-dia, da estrutura do modelo, certo?*

E ao ir mais adiante na sua colocação, João traz qual referencial, na sua concepção, seria o ideal para administrar situações cotidianas como essa.

*O interessante seria que tivesse sempre uma manifestação desse tipo, por exemplo, se eu não estou contente com o funcionário, eu chamo e digo por quê. Eu gostaria que o inverso também fosse assim, só que não é. O funcionário está descontente, tem aquela reivindicação, tem uma outra visão, mas ele ainda não tem, não sei como dizer, mas talvez, a segurança de dizer: fulano agiu assim e assim comigo e eu não gostei ou não concordo. Mas não, sei que não é falta de liberdade mas mesmo assim ele não te coloca. Eu ainda não tive esse tipo de "feedback" por parte deles.*

Durante quase todos os momentos em que João esteve no Hospital, pude perceber que interage constantemente com toda sua equipe, mais solicitando e dando orientações do que propriamente realizando atividades específicas. Atende telefonemas, assina e lê documentos, encaminha e participa de muitas reuniões com outros gerentes e chefias e com a própria Direção Geral.

No momento em que fiz o acompanhamento de sua área (maio/98), João estava estruturando, juntamente com suas subgerências, a implantação de um setor de estatística para o Hospital, idéia que teve no curso de Especialização em Administração Hospitalar e que já está em fase de projeto e discussão com a Direção Geral e demais gerências.

Assim, o cotidiano de João, levando-se em consideração a sua carga horária no Hospital, é muito intenso, dificultando o contato com todos os funcionários de sua equipe, fator esse que não favorece o estabelecimento do processo de *feedback* por parte desses, conforme verbalizou.

Contudo, observa-se um funcionamento bastante dinâmico desse gerente com suas subchefias e com as demais gerências do Hospital, destacando-se um contato mais direto com a Gerência Administrativa/Financeira, com a qual trabalha diretamente nas questões financeiras que são executadas por ele e assinadas por Pato, uma vez que só esse último cargo é reconhecido legalmente pela Secretaria de Saúde do Estado, como já mencionamos anteriormente.

Também a Gerência do Corpo Clínico tem um relacionamento muito próximo com João pela afinidade das atividades que vêm propondo desenvolver em conjunto.

João, durante os momentos em que estive acompanhando suas atividades, demonstrou ter um relacionamento bastante próximo aos médicos do corpo clínico e, em geral, com quase todo o efetivo do Hospital, pois durante os diferentes períodos em que trabalhou no HIJG, interagiu com todas as áreas, principalmente quando foi gerente administrativo.

Sobre como vê o seu perfil profissional, João coloca:

*O meu perfil é técnico e não político. Quando eu trabalhei a primeira vez nesse hospital, comecei a fazer um trabalho com as chefias que, depois, não teve continuidade, porque, na época, houve um momento de ruptura na organização por questões políticas, não minhas, porque eu sou político, como todo cidadão deve ser, mas não político-partidário.*

João segue afirmando:

*Nós aqui no nosso setor nos organizamos de tal forma que qualquer pessoa que assumir terá facilidades de dar continuidade ao que foi implantado e, assim, ela se tornou uma área vital para o Hospital. Nós nos envolvemos não só internamente com os setores, mas com setores externos, com os responsáveis pelos diferentes convênios que o Hospital tem [...], isso tanto eu como responsável, como os meus funcionários, que sabem muito bem como lidar com as situações quando da minha ausência.*

Atualmente, João não tem feito reuniões sistemáticas com suas chefias ou com o pessoal da sua área porque acredita que, passada a fase de implantação, cada caso é um caso e, sempre que necessário, tem atendido as demandas de

sua área de forma conjunta com sua equipe, reforçando a questão do administrar participativamente; assim, todos ficam sabendo dos problemas de todos e qual providência foi tomada. Para João, "tudo funciona de forma aberta e sem as quatro paredes".

Pensando nas suas **metas futuras**, João não tem intenção de se desvincular do Hospital, porque, ao fazer um curso de Administração Hospitalar, acredita que assumiu o compromisso de dar retorno a ele.

**Ser Gerente**, para João, significa ter experiência e conhecimento de causa no ramo em que atua, é fazer uso da delegação, dando mais autonomia para os funcionários, é estar comprometido com a empresa.

João acentua várias vezes a importância de um gerente de mostrar resultados à empresa e de defender a integridade da mesma em qualquer situação. Considera fundamental ter um bom relacionamento com os setores, com seus funcionários diretos e indiretos, com os demais gerentes e, principalmente, com os profissionais médicos, para que o atendimento não fique prejudicado.

Adotar um modelo diferente de administração, ter um perfil técnico para tal, estar envolvido com as pessoas e tentar conciliar a sobrecarga gerada pelos dois processos de trabalho, além de conseguir atender a suas necessidades materiais e espirituais, é como João vem organizando "seu caminhar em busca de algo maior", que leva em consideração seu "momento de vida produtivo".

Ao falar especificamente sobre o gerenciamento hospitalar, João reforça suas colocações anteriores, dizendo que é uma questão de responsabilidade, de respeito, de ser solidário, de aceitar as divergências, de cumprir com o que foi determinado, de se sentir bem consigo.

E sobre **o processo de trabalho**, nesse sentido, considera que é preciso saber conviver com o "processo da não-continuidade", saber lidar com mudanças em todos os sentidos, é saber administrar com a visão macro e micro do sistema e saber organizar-se, "preparar-se para poder ser substituído a qualquer hora e sempre funcionar de portas abertas e sem paredes".

#### 4.5 “SALOMÃO” – DO MITO REI À SABEDORIA DO GERENTE

*Eu me considero uma pessoa alegre, otimista. Eu estou sempre animado, eu acho que as pessoas - não só aquelas que ocupam cargos de chefia em situações de trabalho diversas que são otimistas, função que considero fundamental - levam as coisas mais pelo lado positivo, ao contrário das pessoas pessimistas, que levam as coisas pelo lado mais pesado, difícil.*

*A idéia de ser médico veio da infância, quando aos três anos de idade tive minha avó com problema de glaucoma, além disso eu sempre gostava de brincar de ser médico e desde então sonhava em ser médico para poder salvar os doentes.*

*Eu sempre gostei de tudo que fiz na vida, mesmo quando comecei a trabalhar aos quatorze anos.*

Assim, falando de algumas características suas, esse sujeito começa a ser apresentado através de sua trajetória de vida, que teve seu início em 1949, numa cidade do interior do Estado de Santa Catarina.

Ao falar sobre as leituras que afirma gostar de fazer, este ator social se volta a uma figura ilustre da Bíblia e nos diz por que escolheu ser identificado pelo nome de “Salomão” durante o estudo: “O Rei Salomão foi um rei que eu admirava muito, pela sabedoria dele, ele sempre me marcou muito, conhecia sobre vários assuntos e lia muito. Ele é meu ídolo”.

Salomão, nosso sujeito, fez o primeiro e segundo graus em uma cidade próxima de onde nasceu e, conforme afirmou, começou a trabalhar em serviços bancários, sempre conciliando estudos e trabalho.

Desde suas primeiras vivências com o trabalho, Salomão afirma que gostava muito daquilo que fazia e, por várias vezes, verbalizou essa sua satisfação:

*Eu acho que a base está aí, a pessoa gostar do que faz e de participar do processo; eu acho que se eu tivesse ficado na área bancária eu teria me dado bem. Por exemplo, eu fiquei cinco anos no banco B. e sempre fui muito dedicado. Me convidaram para ser gerente de filiais, mas eu já estava decidido a tirar medicina.*

E foi dessa forma que decidiu morar em Florianópolis, ingressando na Faculdade de Medicina da UFSC. Salomão conta que, também durante o seu curso acadêmico, já trabalhava nos convênios que a Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina possuía com a UFSC.

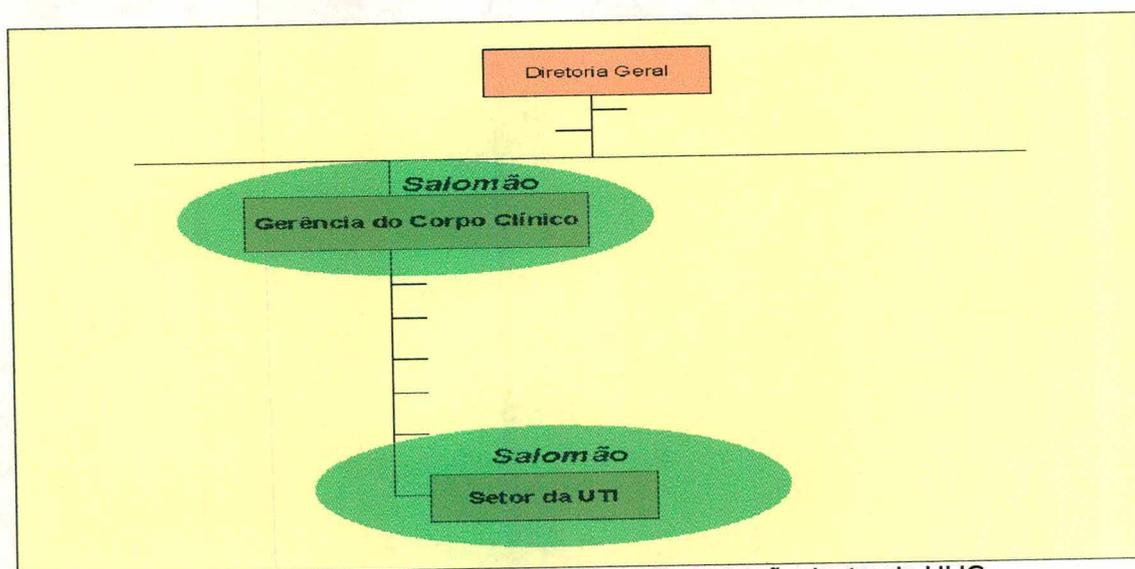
Durante esse período, desenvolveu várias atividades, como a organização dos controles de exames, fichários médicos, atendimentos internos junto a outras áreas de atuação, o que, segundo ele, lhe proporcionou um maior conhecimento e experiência.

Em 1975 formou-se médico e, já decidido pela pediatria, ingressou como médico residente no HIJG.

Quando fala sobre a escolha por Pediatria, Salomão coloca que

*Essa escolha se deu em função de achar que é um curso mais organizado, as informações sobre a formação do corpo docente sempre foram muito boas e aliado a isso está o fato de gostar de crianças; eu poderia dizer que uni o útil ao agradável.*

Durante o período final da residência médica, e depois já como médico contratado da UTI do HIJG, Salomão continuou trabalhando na Secretaria de Saúde do Estado, na classificação e codificação das doenças, trabalho também utilizado pelo próprio HIJG, mais tarde.



**Figura 5:** Focalizando o sujeito Salomão dentro do HIJG

Atualmente, Salomão é gerente do corpo clínico do HIJG e atua como médico plantonista da UTI.

O cargo de Gerente do Corpo Clínico é eleito pelos próprios médicos ou é indicado pelo diretor geral do Hospital. Sobre essa questão diz:

*Eu fico lisonjeado porque sei que me escolheram, apesar de ser uma atividade muito cansativa e desgastante. Mas ela é compensadora, principalmente porque eu mantenho os meus espaços de contato, atendimento direto com o paciente.*

Salomão diz que quase não pensa no trabalho antes de chegar ao local para trabalhar, mas outras coisas lhe deixam incomodado e estressado:

*Eu não penso muito sobre o trabalho quando estou fora dele, só quando tenho algum paciente muito mal, ou com alguma coisa que deixou de ser feita por algum motivo. Do contrário eu só me preocupo quando chego no Hospital, o que me aborrece mesmo é o trânsito, isso me estressa, todo dia aquela encrunqueira. Eu gosto de sair de casa e chegar logo no Hospital, sem muita perda de tempo no trajeto. Eu não me preocupo nem com o que tem para fazer e nem com o que pode vir a ter que fazer, é tranquilo.*

As **funções e as atividades** de Salomão envolvem momentos de interações desde a sua atuação como gerente do Corpo Clínico do Hospital, até como médico plantonista, membro ativo e participante juntamente com os demais colegas médicos do corpo clínico.

Nessa área, Salomão define sua atuação da seguinte forma:

*Eu sou o pacificador, o intermediário entre o Corpo Clínico e a Direção Geral do HIJG. Eu me envolvo com as questões éticas, jurídicas, comissão de ética, com os conflitos entre os serviços médicos e com as diferentes unidades do Hospital.*

O corpo clínico trata-se de um conjunto de médicos permanentes, cuja finalidade é o atendimento de todos os pacientes que procuram a instituição, e tem plena autonomia profissional (segundo o regimento do Corpo Clínico do HIJG - Capítulo 1 – Da Definição e Finalidades).

As **atividades de seu cotidiano** são realizadas de forma alternada, com uma auto-organização que é traduzida por Salomão da seguinte forma:

*Às vezes, eu venho direto para essa sala [a sala de Cláudia é dividida com Guarapuvu, Salomão e Direção Geral] e começo a despachar esses prontuários para não acumular muito; outras vezes, eu vou direto para o Centro de Estudos para conversar um pouco com o pessoal. Até porque se o meu papel é o de fazer o meio de campo entre a Direção e o corpo clínico, eu vou tomar um cafezinho, conversamos sobre vários assuntos nossos, mais técnicos; ouço reclamações da parte deles e considero um momento de aproximação mais descontraído, e isso faz bem para as nossas relações.*

Prossegue dizendo: “depois eu vou para a sala e despacho o que tiver lá, mas essa meia horinha eu fico com eles”.

As **atividades** de Salomão como gerente do Corpo Clínico são várias: desde a conferência no preenchimento dos formulários específicos, prescrições médicas e colocação dos códigos de doenças nos prontuários dos pacientes, autorização para as solicitações de exames mais complexos de diagnóstico, até as solicitações de prorrogação do período de internação, isso tudo quando se tratar de atendimento realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A atividade de conferência dos formulários é considerada rotineira para Salomão; foi criada na sua gestão, em conjunto com João, Gerência de Controles, pois o Hospital vinha tendo vários prejuízos no repasse das verbas para esses atendimentos, em função do preenchimento inadequado dos mesmos.

Durante a realização dessa atividade, Salomão comenta:

*É como se fosse uma fiscalização do setor médico; eu sei que essa não deveria ser uma atividade do gerente do Corpo Clínico, mas, por enquanto, eu vou fazer porque do contrário não se consegue organizar mais esse setor. Também é uma forma de estar mais próximo deles [médicos] e solicitar que as coisas sejam bem feitas desde o início. Porque nas próprias reuniões mensais do Corpo Clínico nós comentamos sobre a importância de o médico preencher adequadamente todos os espaços dos formulários, para que não haja prejuízo no repasse desses custos pela Secretaria de Saúde do Estado ao HIJG.*

Salomão, através das atividades de “fiscalização do setor médico”, entre outras, interage mais diretamente com a Gerência de Controles e suas respectivas subgerências, com as gerências que dividem seus espaços na sala de trabalho (Guarapuvu e “Claúdia”, próximo sujeito a ser apresentado), com a Direção Geral e com todo o corpo clínico do Hospital.

Assinalamos outras **atividades do cotidiano** de trabalho de Salomão, como, acompanhar, fornecer informações e encaminhar os processos jurídicos do Hospital; responder pela liberação de informações médicas ao público em geral; convocar e coordenar reuniões do corpo clínico; participar das reuniões de Implantação dos Programas de Qualidade Total; receber e atender visitas ao Hospital; fazer a intermediação do Corpo Clínico do Hospital com a Direção Geral; representar o HIJG sempre que necessário em atividades internas e externas ao mesmo; atender e encaminhar os novos pedidos de credenciamento e de seleção de novos profissionais para o Hospital; assinar formulário de autorização para o transporte de pacientes para fora do Estado; definir e acompanhar as escalas de

plantão médico mensais; visitar semanalmente as enfermarias para acompanhar e orientar *in loco* o preenchimento dos formulários, explicando a importância de fazer bem essa atividade para as questões da arrecadação do Hospital, por parte de toda a equipe.

Nas reuniões do Comitê para os Programas de Qualidade, sempre dava ênfase aos aspectos humanos da qualidade, destacados nos diversos textos que foram lidos pelo grupo ao longo do período em que o acompanhei.

Resgato aqui uma de suas colocações que mais me chamou atenção. Foi quando verbalizou: “Eu li que no texto o autor diz que o cliente é o rei. Às vezes, nós é que pensamos que somos rei e não é assim, o cliente é que é”.

Dentro do cotidiano de trabalho de Salomão, há alguns fatores complicadores que, segundo ele próprio, começam pela dificuldade de uniformizar as condutas, por ser tudo muito burocrático e pela falta de autonomia em resolver muitas questões, pois tudo depende da Secretaria de Saúde do Estado.

Salomão ressalta três aspectos como sendo os que mais dificultam a realização de suas atividades de trabalho diárias: (a) a rotina que não é seguida no preenchimento dos formulários pelos médicos; (b) a estrutura da Secretaria de Saúde, que, segundo ele, é muito atravancada, amarrando muito e dificultando as tomadas de decisão para resolver algumas situações; e (c) a falta e as dificuldades no relacionamento interpessoal. No Hospital, de uma maneira geral, coloca Salomão, “não tem muito disso, mas sempre tem alguma situação para intervir nas questões de relacionamento; às vezes, é o jeito, a forma como é feita ou falada alguma coisa”.

*Por exemplo, precisa internar uma criança num serviço porque não tem mais vagas (leitos) no serviço em que essa criança estaria locada. Nesse caso, é uma questão de ajuda porque a criança não pode deixar de ser atendida, ela fica, então, sob a responsabilidade da área que internou e assim vai. A comunicação e a integração dos setores e do pessoal entre si ficam comprometidas.*

Para Salomão, um dos fatores que tem ajudado muito na solução de casos especiais e específicos de pacientes junto ao Hospital se deve à qualidade das relações que tem com seus colegas profissionais dentro e fora do Hospital, o que coloca com ar de satisfação: “as relações, quando são boas, digo, favoráveis,

facilitam o processo de trabalho, nesse caso de atendimento em específico,<sup>4</sup> e até facilitam, em geral, a resolução de muitas de nossas dificuldades durante o dia”.

Outro fator facilitador para as tomadas de decisão por parte de Salomão é que ele conhece todos e tudo dentro do Hospital, não só pelo tempo de serviço que possui, mas por afirmar que desconhece ter dificuldades com o pessoal; de uma maneira geral, todos o respeitam porque já foram seus alunos ou colegas de formação e também porque sempre procurou agir de forma igual e é muito autêntico com todos. Esse é seu princípio.

*Não sei se a gente pode dizer assim, mas eu tento ouvir os dois lados e fazer um juízo das questões colocadas pelos dois lados, depois eu coloco de volta, devolvo para os próprios envolvidos decidirem. Eu acho que assim é mais correto, eu tento fazer uma conciliação participativa, e isso é complicado porque se lida com questões individuais de cada envolvido, são os valores, as crenças, os padrões, as dificuldades da própria estrutura, as limitações, tudo está envolvido.*

Salomão afirma que gosta de dar plantões, mesmo sendo nos finais de semana, porque para ele é um momento de contato direto com o cliente, o que é fundamental e insubstituível. Segue dizendo que,

*Trabalhando com certo prazer e satisfação, independente de salário, a gente vê que as coisas fluem melhor. Se eu chego no plantão mais triste, chateado, parece que as coisas puxam mais, é como se fosse uma atração que puxa ou coisas boas ou as coisas ruins. A maneira de encarar as coisas, para mim, é fundamental.*

Ao falar sobre essa sua “maneira de encarar as coisas”, Salomão diz que, mesmo trabalhando como gerente do Corpo Clínico e atendendo como médico plantonista, não deixa de aproveitar o lazer. Depois ou antes dos seus plantões vai a festas, bailes, encontros com a família e amigos, sem que isso venha a prejudicar suas atividades profissionais.

Também considera importante o fato de conciliar o trabalho de gerente do Corpo Clínico com o de médico plantonista, porque, no cargo de gerente, Salomão vê os problemas que ocorrem no dia-a-dia com os atendimentos, como estão sendo feitos também, na parte burocrática e ajuda “a aprender a gerenciar”.

Sobre sua auto-organização na realização de todas as atividades que lhe são peculiares, Salomão não se vê com maiores dificuldades:

---

<sup>4</sup> Salomão exemplifica dizendo que um médico de outra localidade veio auxiliar num caso muito raro e grave de uma criança, salvando sua vida num momento de passagem pela cidade.

*Cada um tem uma forma de se organizar, engraçado, talvez tenha sido uma falha de treinamento, mas eu não tenho uma agenda. Eu realizo tudo com minha agenda da cabeça. Inclusive nos outros assuntos pessoais, eu sei o número de minha conta bancária, data de vencimento, eu não uso nem a agenda de telefones, é raro, os ramais internos do Hospital sei quase todos de cor e sem olhar para lista nenhuma; eu tenho uma memória muito boa, associada à facilidade de lidar com números.*

Normalmente, Salomão atende suas atividades como gerente do corpo clínico pela parte da manhã até as 12 horas, quando vai para almoçar com sua família em casa e retorna à tarde para atender como médico, dentro dos dias e horários determinados pelo Hospital. Sempre que sai ou chega à Instituição avisa à secretária da Direção ou à Central de Serviços Telefônicos, deixando o número de seu celular.

Sobre suas **metas para o futuro**, Salomão não sabe se será reeleito para o cargo, mas se isso vier a acontecer pretende dar continuidade aos sistemas de organização dos controles das faturas, reforçar toda organização interna que já conseguiu até agora junto às diferentes equipes de trabalho e alcançar melhorias fundamentais para o Hospital. Menciona o fato de não querer deixar de exercer suas atividades como médico do Corpo Clínico do HIJG.

Da mesma forma, Salomão faz menção da importância que representa para ele a questão da confiança básica por ter sido escolhido pelo seus colegas para representá-los no Corpo Clínico do Hospital. Sobre seu **trabalho como gerente**, Salomão afirma:

*Eu trabalho com prazer porque gosto do que faço, tenho várias atividades de funções diferentes mas que se complementam entre si no dia-a-dia. Além disso eu quero aprender a gerenciar, porque nós médicos não fomos, pelo menos na academia, ensinados a gerenciar.*

Salomão enfatiza o quanto considera a questão de estar comprometido com aquilo que faz e, principalmente, de trabalhar com crianças, que sempre foi seu sonho, quando diz:

*Trabalhar com crianças é unir o útil ao agradável; é poder trabalhar salvando vidas de doentes, de crianças doentes; procurando ser alegre e otimista diante do desafio que representa trabalhar com a vida delas.*

#### 4.6 “CLAÚDIA” - ENTRE O SER PARA SEMPRE UM PROFISSIONAL E O ESTAR PROVISÓRIO NUM CARGO: VIVENDO UMA ROTINA NÃO PERCEBIDA COMO ROTINA

*Cláudia vem a ser um nome bonito e acho que diz algo para mim. Não sei, mas quero ser identificada como tal.*

*Mesmo acumulando atividades como gerente de área, que não é o que mais me dá prazer, me considero uma pessoa que gosta muito do que faz. Penso que eu e outros colegas aqui do Hospital somos em primeiro lugar médicos e, acima de tudo, nosso maior compromisso é com o cliente, ou seja, a criança.*

*Uma das coisas que precisamos fazer mais pelo Hospital enquanto profissionais que integram a equipe de administradores é aproximar mais a comunidade da nossa instituição. A mídia se encarrega de mostrar só os problemas, provocar polêmicas, mas muito do que oferecemos, as nossas especialidades, esforços e lutas para melhor atendê-los, não aparece.*

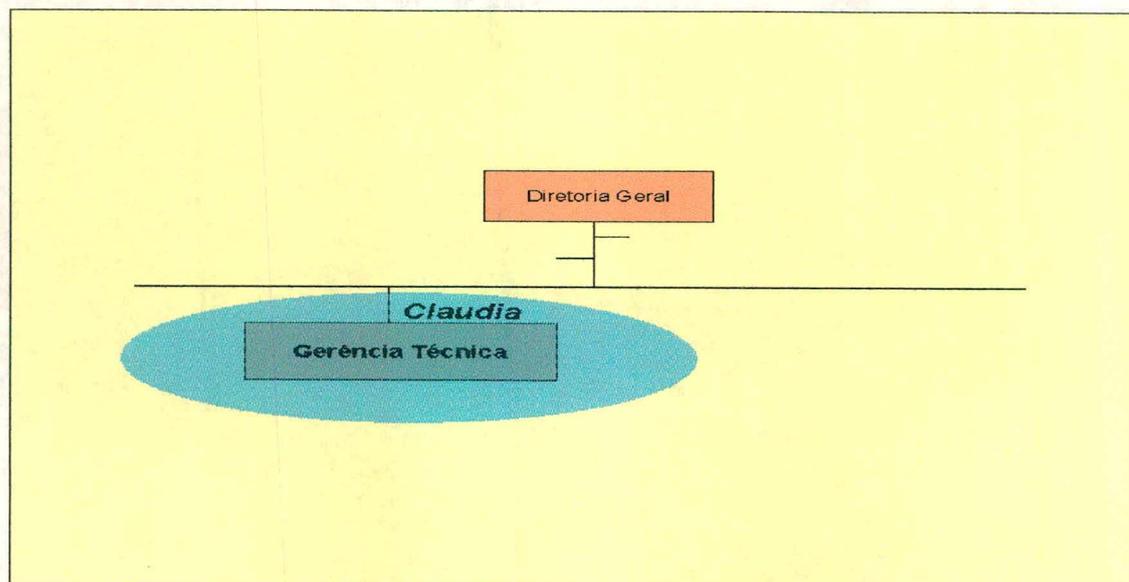
Cláudia nasceu numa cidade vizinha de Florianópolis e é o sexto “ator social” deste estudo.

Sua formação escolar remonta escolas de primeiro e segundo graus de Florianópolis, assim como sua formação superior, realizada na UFSC e concluída no ano de 1982. Cláudia fez sua residência médica no ano de 1984, no HIJG.

No ano de 1996, recebeu seu título de Mestre pela Escola Superior Paulista de Medicina e, no momento, pretende preparar-se para fazer doutoramento.

Durante suas atividades acadêmicas, Cláudia conta que tinha um contato com o Hospital Universitário de Florianópolis, onde atuou como estudante e como médica depois de formada. Atualmente, exerce atividades como professora assistente do Departamento de Pediatria da UFSC, realizando essas atividades dentro do próprio HIJG, com os estudantes de graduação e de residência médica.

Através de concurso, em 1987, Cláudia foi contratada em regime de CLT como pediatra clínica, e desde então tem atendido como profissional de Assistência Médica. Desde o início de 1995, passou a exercer o cargo de Gerente Técnico do HIJG.



**Figura 6:** Conhecendo o sujeito Cláudia dentro da estrutura do HIJG

Sobre esse momento, coloca que aceitou o cargo porque foi a pedido da atual Direção Geral e porque

*Na verdade houve uma substituição de cargos, pois o atual diretor era o gerente técnico antes de ser diretor; como foi necessário completar o quadro de sua Administração, ele, então, me convidou.*

E também porque Cláudia diz já conhecer o estilo adotado pela gestão atual: “aquele que adota os princípios de um trabalho conjunto e integrado”.

Atualmente, o próprio *layout* da sala ocupada por Cláudia, pela Gerência do Corpo Clínico, Salomão, e a Gerência de Interação Comunitária, Guarapuvu, mais Direção Geral, confirma essa posição adotada não só por ser dividida entre os quatro profissionais, mas pela forma como está distribuída internamente (forma de círculo), facilitando a comunicação e as relações entre os gerentes e Direção.

Ao **iniciar seu cotidiano** de trabalho, Cláudia passa primeiro na sua sala para verificar a agenda do dia e as prioridades; depois se desloca para as unidades de atendimento, onde atua como médica. Sobre seu dia-a-dia de trabalho no Hospital, Cláudia coloca:

*Na verdade o meu dia-a-dia no Hospital é assim, eu chego às 8 horas da manhã, venho até essa sala, vejo o que tem da parte técnica para resolver naquele dia. Por exemplo, problemas com equipamentos para algumas unidades, problemas com farmácia, com medicamentos, pois esses são de minha responsabilidade tanto na liberação como no caso de falta. Assim, eu dou uma geral na parte técnica, vejo o que é mais urgente para resolver e também nós temos aqui dentro do Hospital muitas reuniões administrativas de que procuro participar sempre que posso para*

*não deixar de acompanhar os assuntos, dar minha contribuição e, às vezes, tomar algumas decisões, principalmente com o pessoal da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), que é coordenada por mim e outros colegas especializados.*

*Em torno das 10 horas, que é um horário dedicado para fazer a visita hospitalar a uma unidade que é de minha responsabilidade, me desloco para lá e, ao terminar, mais ou menos pelas 11 horas, retorno para cá [sua sala]; isso nos dias em que não tenho que dar aulas para os estudantes e residentes.*

Dessa forma, verifiquei que as atividades dessa gerência são distribuídas de acordo com o seu papel dentro da Instituição Hospitalar e com as diferentes funções que ocupa; ora sendo gerente técnica, ora sendo médica.

As **atividades** como gerente técnica do Hospital são: coordenação, acompanhamento e planejamento das atividades junto à equipe que constitui a Comissão de Controle Interno de Infecção Hospitalar (CCIH); atendimento de solicitações de pacientes e familiares junto às questões que envolvam procedimentos, equipamentos utilizados, cuidados com higiene e atendimento hospitalar em geral; orientação, preparo e prevenção de toda a equipe de técnicos da enfermagem e demais quanto aos aspectos voltados às doenças infecto-contagiosas; representação do Hospital em eventos externos; autorização de exames diferenciados aos pacientes sem convênio; respostas a correspondências, laudos técnicos e outros, em nome do Hospital.

No momento de realização deste estudo, encontramos as seguintes atribuições, segundo Formulário 4 – Das Atribuições do Cargo de Gerente Técnico do HIJG: (a) normatizar procedimentos médicos e das rotinas de atendimento nas diversas unidades; (b) disciplinar as atividades médicas; (c) realizar exames diagnósticos e de tratamento dos pacientes do Hospital; (d) desenvolver pesquisas de caráter médico-social; (e) emitir parecer técnico e acompanhar os processos de aquisição de equipamentos, fármacos, e outros materiais de uso específico; (f) acompanhar os processos de ampliação e/ou reforma que sejam necessários para adequação às normas de trabalho médico e fluxo de serviços.

**Como médica** responsável pelas unidades da Emergência Interna e de Observação do Hospital, Cláudia exerce as seguintes **funções**: assina prontuários de pacientes; revisa procedimentos, diagnósticos e encaminhamentos junto aos pacientes internados, equipe de residentes e equipe de enfermagem; visita,

encaminha e atende os pacientes e respectivos familiares; participa de reuniões internas sempre que convocada e, mensalmente, das reuniões do Corpo Clínico do Hospital.

Ao realizar essas atividades, observei Cláudia interagindo constantemente, fazendo questionamentos aos envolvidos no atendimento aos pacientes, assinando prontuários, fichas de solicitação de exames, checando procedimentos adotados, analisando exames, discutindo com equipe técnica e médica os diagnósticos e, outras vezes, solicitando mais dados (exames) para confirmação dos diagnósticos.

Os cuidados com as questões éticas por parte de Cláudia, ao visitar os pacientes, se manifestam quando procura esclarecer a situação do quadro clínico de cada um e solicita aos médicos que saibam “lidar” com as informações, pois se trata de um hospital e do direito de cada um de conhecer as informações sobre seu diagnóstico (tal aspecto é reforçado junto aos pacientes que estão em quartos conjuntos). Esse posicionamento é uma constante de Cláudia junto aos estudantes e residentes antes de iniciar a atividade de visita conjunta aos pacientes de suas unidades de internação.

Entre uma visita e outra às unidades de internação, Cláudia conversa com os médicos responsáveis pelos pacientes internados nas unidades de sua responsabilidade, usando o telefone, deixando aviso por escrito nos prontuários de cada paciente ou indo pessoalmente ao encontro deles.

Diariamente, ao realizar suas atividades como médica e como gerente técnica, Cláudia passa na sala dos médicos para “tomar um cafezinho ou chá” e, nesses momentos, interage com todos que lá se encontram: “fazer o lado social faz parte, a gente aqui fala sobre tudo: alguns pacientes específicos, programação de cursos e congressos, cinema, futebol, moda, faz parte do nosso dia-a-dia”.

Ao acompanhá-la durante os diferentes momentos do estudo, podemos perceber que há um movimento constante na sala, tanto de entrada como de saída, de médicos que conversam entre si, num clima descontraído e de integração.

Cláudia, ao iniciar seu cotidiano de trabalho no Hospital, diz que faz idéia do que tem para fazer, mesmo que não tenha agendado previamente, mas “não dá para se programar muito porque é imprevisível o dia-a-dia dentro do ambiente hospitalar”.

Ilustra uma situação de sua prática diária nesse sentido: “tanto é imprevisível que hoje, por exemplo, completa um ano da abertura de uma das nossas unidades de atendimento, e os enfermeiros fizeram um bolo para comemorar. Toda a Direção estava presente, porque essa acredita que é preciso compartilhar esses momentos com eles. Só esse fato levou mais ou menos uma hora; e assim tem sido todos os dias: aparecem coisas que nós não planejamos fazer”.

Mas para ela mesma, o aspecto do imprevisível não é totalmente sentido como negativo: “uma das coisas positivas nesse tipo de trabalho é que você não repete todos os dias a mesma atividade e não dá para dizer que existe uma atividade fixa”.

Cláudia coloca que, à tarde, fica dividindo seu tempo com as diferentes atividades, como verificar os assuntos pertinentes às compras e consertos de equipamentos em geral para as unidades; fazer solicitações para a Gerência de Enfermagem sobre pessoal qualificado para atender às necessidades de cada área ou setor do Hospital; encaminhar correspondências e laudos técnicos sobre as condições de instalações das unidades de internação em geral, com o objetivo de agilizar as obras, reformas dentro das unidades de atendimento; fazer vistorias nas unidades de atendimento e buscar identificar as necessidades específicas para cada setor, junto à sua equipe técnica.

A maioria dessas atividades tem sido realizada em conjunto com a Gerência de Enfermagem, principalmente no que se refere à distribuição, capacitação e orientação de pessoal para atuar dentro das áreas específicas de atendimento.

Ainda sobre “como tenta” conciliar suas atividades, Cláudia coloca que para ela é muito difícil, mas existem alguns fatores que considera positivos no seu ato de gerenciar:

*Nós médicos, infelizmente, não temos preparo para essa parte administrativa. Mas eu penso que a vantagem está no fato de nós vivenciarmos o dia-a-dia do Hospital.*

*Assim, nós sabemos o que está acontecendo com o doente, com a enfermagem, e podemos identificar melhor os problemas que existem. E é esse o trabalho que a gente gosta de fazer porque é aquilo que está ali na ponta; estar interagindo direta e constantemente com a realidade do dia-a-dia. Outro aspecto positivo é o fato de todos que ocupam a área gerencial terem uma visão geral da administração, apesar de cada um ter sua área específica de atuação. Os assuntos, às vezes, acabam se acumulando e um atua na área do outro, suprimindo as necessidades que estiverem em pauta.*

Segue Cláudia colocando que, além das atividades com as crianças (pacientes), existem aquelas voltadas à educação, pois considera o Hospital um hospital-escola, à medida que executa atividades de ensino, contribuindo para a formação do próprio médico residente, especializado e com a formação daqueles estudantes que passam pela Instituição. Sobre isso, coloca que “todos nós temos também um vínculo com o ensino, que nos rouba tempo das atividades administrativas”.

Em diversos momentos, durante as atividades de campo com nosso sujeito Cláudia, pudemos perceber que a ela menciona, com certa frequência, e mesmo tendo dúvidas, a forma ideal de lidar com as várias atividades que envolvem o seu cotidiano de trabalho, buscando uma maneira mais adequada, na sua visão, de gerenciar sua área.

*Sobra pouco tempo para essa parte administrativa de determinar diretrizes, fazer planejamento, etc. Eu não sei qual é o modelo ideal, porque sei que também existem administradores distantes da clínica; para mim é uma coisa inevitável porque você gerenciar aquilo que não conhece não dá. O ideal seria que a gente, digo eu tivesse um preparo mais adequado para essa área de gerenciamento. Existem hoje cursos de Administração Hospitalar como especialização nessa área, o que eu acho que vai ser o ideal para o futuro. Mas, para o médico, isso ainda é uma coisa distante, porque ele está muito ligado à sua própria formação.*

Cláudia fala também daquilo que gosta de fazer no seu cotidiano de trabalho:

*O que eu me sinto realizada, o que eu gosto de fazer é, acima de tudo, ser médica. Se você me perguntasse se me sinto realizada como administradora, absolutamente não, se tenho a intenção de permanecer no cargo por mais tempo, não. Eu acho que esses são os momentos que nós estamos vivendo, eu estou aqui num momento circunstancial de uma gerência.*

Cláudia reforça, ainda, como ponto positivo dessa gestão administrativa, o “fato de não existir uma função isolada”, apontando não só para o fato de dividirem o espaço físico da sala de trabalho como para a própria administração do dia-a-dia

de cada um. Usa um exemplo para colocar seu pensamento: “se num momento qualquer surgisse uma reclamação sobre o atendimento ao cliente e o gerente envolvido não estivesse presente, e se fosse da incumbência do gerente clínico (nos casos de reclamação que envolvam os médicos), eu poderia atender o cliente. O mesmo seria feito se fosse algo que envolvesse a minha área, outro gerente colega poderia atender”.

Na administração das questões mencionadas anteriormente, Cláudia faz referencia ao fato de alguns colegas gerentes terem a mesma formação clínica, o que vem facilitar e servir como apoio para tomar decisões e atender os clientes em muitos momentos.

Considera, ainda, como positiva a interação interna e externa dessa gestão, principalmente a externa, porque não existia em gestões anteriores ou era muito pequeno o seu percentual de ação. Tal fato, para Cláudia, vem contribuindo muito para que, durante essa gestão, o relacionamento do Hospital seja maior e melhor com a comunidade em geral, gerando apoios financeiros para reformas e construção de novas unidades, bem como possibilitando que a própria comunidade participe mais da administração do Hospital.

Sobre a duração do período de seu cargo e a das demais gerências, Cláudia coloca que “todos nós sabemos que esses cargos são cargos políticos, de confiança, com exceção do gerente clínico do Hospital, que é eleito pelo Corpo Clínico do Hospital ou nomeado pelo diretor geral, que, por sua vez, é um cargo de confiança do Governo do Estado.

Dessa forma, toda a equipe gerencial sabe que, ao final de cada gestão administrativa, ou melhor, quando for ano político, a estrutura da equipe deverá sofrer alterações, mas, como afirma, “todos nós estamos nos preparando para essa mudança”.

Sobre **suas metas como gerente**, Cláudia diz que, em conjunto com seus colegas, pretende entregar o Hospital para a próxima gestão com quase a totalidade dos leitos em condições de ocupação, com as unidades reformadas e outras reinstaladas, como, por exemplo, as unidades de Queimados, Isolamento e Oncologia.

No plano profissional, sua meta é a de continuar como médica do Corpo Clínico do Hospital, com dois objetivos: “dedicar-me à parte assistencial e ao ensino”, e, no plano pessoal, menciona seu interesse em retomar seus estudos e planejar seu doutorado.

Entre as **dificuldades** que encontra na realização do seu processo de trabalho dentro do cotidiano hospitalar, destacamos as que Cláudia mais enfocou durante os momentos de observação, observação-participante e de entrevista: falta de formação específica para gerenciar; sobrecarga de funções e atividades como médica, professora e gerente; falta de autonomia para resolver alguns problemas; deficiências, principalmente na parte técnica, de compras e aquisição, em geral, de equipamentos que estão ligados diretamente à Secretaria de Saúde do Estado; contratações de pessoal qualificado; e a falta de apoio financeiro para reforma de setores de atendimento dentro do Hospital.

O **cotidiano de trabalho** de Cláudia **termina** quando, ao final de tarde, sai do Hospital, não pensa mais nas atividades que deixou para trás. Porém, afirma que “tem dias que a gente não desliga quando sai daqui. Quando as dificuldades são muitas, quando tem coisas difíceis de resolver, tanto na parte clínica como na parte administrativa, aí não, realmente você traz o estresse para casa, não consegue dormir direito, mas isso é muito relativo”.

#### **4.7 “MARIA” – REGISTRANDO SUA TRAJETÓRIA DE TRABALHO PELO SEU ESTILO DE ADMINISTRAR**

*Logo que me formei em enfermagem, achei importante iniciar minha carreira num local que não tivesse nenhuma enfermeira, então resolvi trabalhar num hospital do interior do Estado de Santa Catarina. Após um período de três meses voltei para a cidade em que havia nascido e me formo para dar seguimento aos meus planos profissionais.*

*A minha entrada nesse hospital [HIJG] há dezenove anos foi por indicação, por um padrinho como costumamos dizer, pois, na época, não tinha prova oral ou escrita como forma de seleção, era por indicação mesmo.*

*Atualmente, estou nesse cargo a convite da Direção anterior e das demais Direções que a antecederam sucederam e, para mim, a importância disso está no meu crescimento pessoal e na experiência que adquiri nesse período.*

*Hoje, eu vejo que a administração da enfermagem e o próprio grupo de enfermeiros daqui do Hospital têm um pouquinho do meu jeito...*

O sétimo ator social desse estudo, “Maria”, escolheu esse pseudônimo pelo fato de que esse nome tem um significado muito importante e especial para a sua vida.

Natural da cidade de Florianópolis, Maria sempre estudou em colégios localizados nessa mesma cidade, local onde também cursou Enfermagem pela UFSC, formando-se no ano de 1979.

Suas experiências de trabalho anteriores à área de saúde foram em um órgão público do Estado de Santa Catarina, onde exerceu atividades como escriturária, integrando as atividades como estudante de enfermagem simultaneamente.

A atual carga horária de trabalho de Maria é de 30 horas semanais, distribuídas em 6 horas diárias, regime esse que passou a vigorar quando do contrato como estatutária. Anteriormente a esse regime, Maria respondia por uma carga horária de 40 horas semanais, ou seja, 8 horas diárias, isso em termos oficiais. Na prática do seu dia-a-dia, o nosso ator social cumpre, hoje, um expediente de 8 horas e não 6 como prevê seu contrato de trabalho. Isso se deve ao fato de que, como gerente de área, Maria acumula muitas atividades e responsabilidades que acabam lhe exigindo estar presente no Hospital, no mínimo, 8 horas por dia.

Maria conta que ficou 11 anos na Unidade de Isolamento desse Hospital como enfermeira responsável e está há 7 anos na Gerência de Enfermagem.

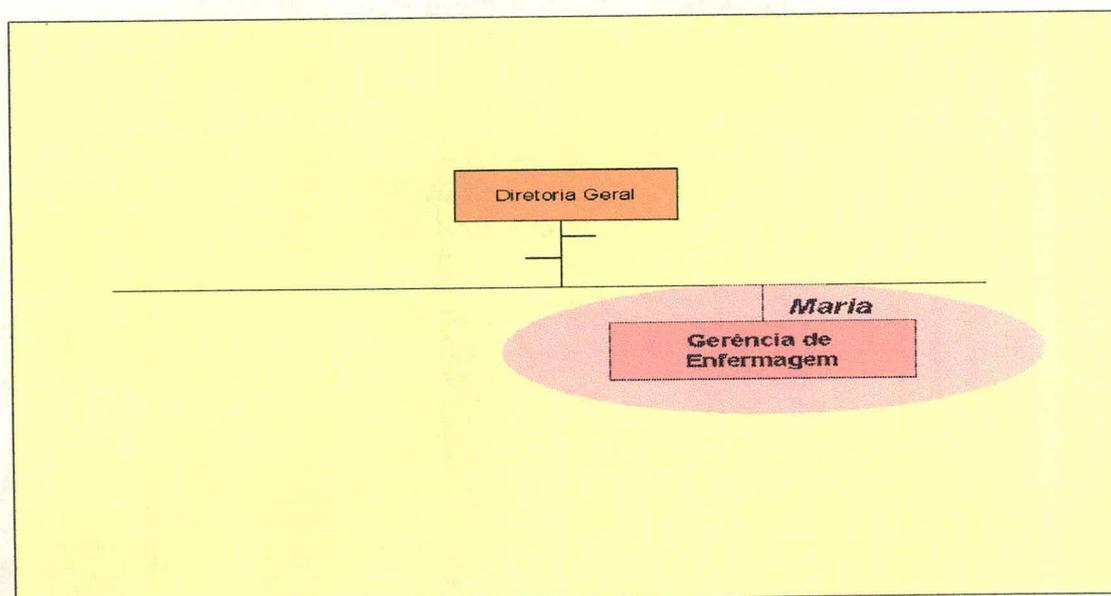


Figura 7: Posicionando o sujeito Maria no contexto do HIJG

No Regimento Interno do Serviço de Enfermagem do Hospital Infantil Joana de Gusmão, encontrei o seguinte registro, no que se refere à posição desse cargo na estrutura do Hospital:

*A Coordenadoria (Gerência) de Enfermagem, subordinada ao diretor geral, será chefiada por um enfermeiro, terá administração própria e autonomia profissional, centralizando todo os setores onde houver elementos de enfermagem, sobre os quais manterá autoridade e responsabilidade.*

Sobre como **inicia o seu cotidiano**, Maria coloca que, normalmente, vai para o Hospital na companhia de seu marido e, no trajeto, começa a pensar no trabalho.

*Geralmente, quando eu saio de casa, eu já me programo, eu já sei o que tenho para fazer. Quando eu chego aqui no Hospital, a primeira coisa é vir direto para a minha sala e olhar os nossos livros de registros, internos do setor, para ver o que aconteceu desde o momento de minha saída no dia anterior; o que aconteceu no Hospital, com os pacientes, como está a ocupação dos leitos, se faltou pessoal na equipe de trabalho; sempre venho primeiro para cá para me inteirar das coisas. E, dependendo do dia, se ele está mais tranquilo, eu saio para passar nas unidades pelo menos uma vez por semana.*

Maria prossegue colocando como realiza algumas de suas atividades junto à sua equipe de trabalho e nas diferentes situações que envolvem o seu cotidiano de trabalho:

*Quando eu passo nas unidades, a enfermeira me acompanha junto aos pacientes, explicando todo o quadro clínico, estado geral, prognóstico, procedimentos adotados. É um momento de me inteirar junto à enfermeira como está cada unidade de internação e, ao mesmo tempo, eu avalio uma série de itens que depois são conversados individualmente com as enfermeiras de cada setor. Eu aproveito para ver como está a limpeza, a organização e a distribuição dos serviços de enfermagem em cada uma das unidades. Sempre que ocorre um óbito em qualquer unidade, eu vou até lá ou converso na minha sala com a equipe para ver se não houve problemas de cuidados com a enfermagem ou até ver como a minha equipe reagiu diante do ocorrido; tudo isso é feito de forma conjunta, eu, a enfermeira responsável e os demais envolvidos no trabalho em questão.*

Sobre suas **atividades** em geral, Maria diz que seu dia dentro do Hospital é dividido entre as atividades mais burocráticas e administrativas que desenvolve em sua sala e atividades de acompanhamento, visitas às unidades de internação do Hospital, bem como a participação em reuniões multidisciplinares, quando se desloca para as diferentes áreas da Instituição Hospitalar.

Identifiquei algumas dessas atividades nas falas e também durante os diferentes momentos de observação junto ao cotidiano de Maria e destaco:

*Além do meu pessoal, eu recebo os representantes de laboratórios, entre outros, na minha sala, recebo as chefias das unidades para discutir sobre as escalas de serviço, transferências de pessoal, treinamento, etc. Sempre que as minhas chefias precisam de mim ou eu delas aqui na sala, ou pelo telefone, nós costumamos nos comunicar de uma forma constante e rápida, dependendo do assunto, é lógico; eu também participo de reuniões com a Direção Geral, reunião de outros setores sempre que solicitada, reuniões do Comitê da Qualidade, da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.*

Durante as atividades de acompanhamento e observação-participante dessa gerência, verificamos que Maria interage constantemente com sua equipe de trabalho através das várias atividades rotineiras que desenvolve e também nos momentos de elaboração em conjunto com sua equipe de outras atividades para a área.

Maria procura delimitar seu tempo para poder atender sua demanda de trabalho, estabelecida tanto em nível interno (setorial, dentro do Hospital) como no nível das exigências externas (Secretaria de Saúde do Estado, por exemplo).

A equipe de funcionários da Gerência de Enfermagem possui 34 enfermeiras; 12 ocupam o cargo de chefia. Essas chefias são escolhidas por Maria de acordo com “a característica de cada unidade e estão distribuídas em maior número no turno da manhã, porque nesse turno ocorrem mais atividades dentro do Hospital”.

Essas chefias são também responsáveis, além das atividades assistenciais, pelo treinamento, adaptação e distribuição dos novos funcionários para cada unidade de atendimento dentro do Hospital; assim são responsáveis, junto e sob a coordenação de Maria, pelas atividades de acompanhamento, elaboração de provas técnicas, orais e escritas, para os novos funcionários, bem como pela colocação destes por área de interesse, considerando sempre o desempenho geral apresentado durante a realização das atividades desenvolvidas no período de experiência.

Outra atividade na qual há um envolvimento e uma participação dos três níveis hierárquicos dessa área é a atividade de avaliação de desempenho, criada, implantada e aplicada por essa gerência para suas chefias e destas para com seus

respectivos funcionários, num movimento de constantes reavaliações do sistema, dos critérios e de sua forma de aplicação.

Ainda sobre suas atividades, como responsável por 50% do quadro de pessoal do Hospital, ou seja, pelos seus 360 funcionários, Maria coloca que

*[...] nós estamos muito direto na relação com o paciente; às vezes, somos taxados de críticos demais, mas é que a enfermagem é vista com uma área que cobra muito e se coloca, se faz ouvir nas diferentes situações do dia-a-dia. Acho que somos independentes no sentido de que a gente consegue resolver muito as coisas pelo nosso próprio atendimento. Nós não buscamos muito o atendimento da Administração e da própria Direção. Por exemplo, se eu preciso do conserto de algo, dependendo do caso, eu mesmo chamo a assistência técnica para fazer o conserto, não só para agilizar a questão mas também porque dependem de dados técnicos que nós é que entendemos, porque lidamos com isso. Às vezes, eu penso que sou muito centralizadora, mas, ao mesmo tempo, tenho que ter na minha rotina uma forma dinâmica de acompanhar minhas equipes, sem necessariamente estar com elas todos os dias.*

No decorrer de seu **cotidiano de trabalho**, Maria tem se deparado com dificuldades que estão diretamente ligadas às atividades por ela executadas. Entre as que mais nos chamaram a atenção, destacamos o fato de planejar as atividades para o dia e não conseguir realizar devido às diferentes solicitações que surgem durante o dia e a falta de padronização de algumas atividades de enfermagem - fato que mais incomoda Maria, porque já foi criado pela própria equipe, de forma conjunta e integrada com a equipe de cada área, o Manual de Normas, Técnicas e Procedimentos de Enfermagem para as unidades, mas não está sendo utilizado. Sobre essa última questão, verbaliza o que considera mais difícil de lidar enquanto gerente, a forma como reage diante dos fatos e o sentimento que surge a partir disso.

*Eu gostaria, por exemplo, que uma determinada assistência fosse dada ou prestada e eu não consigo fazer isso porque eu não consigo fazer com que as pessoas trabalhem como eu gostaria que elas trabalhassem. Apesar de a gente falar, não adianta, muitas não conseguem ser ou agir diferente. Então, a minha maior dificuldade é no nível da assistência prestada, que eu considero muito boa, mas eu acho que podemos ser melhores; então, a minha maior dificuldade é no lidar com as pessoas e eu acho que vai ser sempre isso.*

*Isso me angustia bastante, às vezes eu fico me questionando como vou mostrar para o pessoal o que há de mais importante para ser feito porque cada um vê de forma diferente e tem seu jeito, sua própria maneira de trabalhar.*

Maria conta que, no início de suas atividades como enfermeira das unidades de internação, a rotina era bem diferente da atual como gerente. Muitas

vezes, durante essa fase de adaptação, saia do Hospital com a sensação de não ter feito nada, de impotência, de ser incapaz e com um sentimento de inutilidade. Esse seu exemplo é citado à sua equipe como referencial próprio e como forma de estimular para que possam lidar melhor com as situações de mudanças que lhe são pertinentes no cotidiano, como chefias e como futuras gerentes.

Para Maria, o **ato de gerenciar**, de exercer um cargo como gerente, **significa** “servir de apoio para as equipes de enfermagem, de poder fazer a linha de frente, ou seja, de deixar que sua equipe realize seu trabalho do dia-a-dia, sabendo que alguém se preocupa com o planejar, orientar e servir de ajuda para resolver suas dificuldades no trabalho, auxiliando e estando junto quando precisarem”.

Sobre seus **planos para o futuro**, Maria coloca que não pretende continuar como gerente da enfermagem, porque “essa coisa da qualidade no atendimento me deixa muito angustiada e eu acho que não tenho mais pique para continuar com isso”.

*Meu plano para o futuro é o de desenvolver um projeto na Área de Controles de Material por parte da enfermagem ou, então, de voltar para a unidade de internação de onde vim. Também penso nisso, porque preciso dedicar mais tempo para a minha família, os meus filhos estão crescendo e eu nem estou podendo acompanhá-los.*

*Quando eu chego em casa, no final do dia, eu estou muito cansada e não tenho paciência com eles; vou tomar banho e não consigo deixar de pensar no trabalho, nos problemas que tenho que resolver no outro dia.*

**Ao terminar seu cotidiano**, Maria não executa nenhuma rotina prévia, sai por volta das 17 horas e não costuma se despedir de ninguém e nem avisar, porque diz que o pessoal já sabe seu horário de saída.

O desenho a seguir, integra a representação de todos os gerentes participantes do estudo nas suas respectivas áreas de atuação dentro do contexto da estrutura hospitalar em questão.

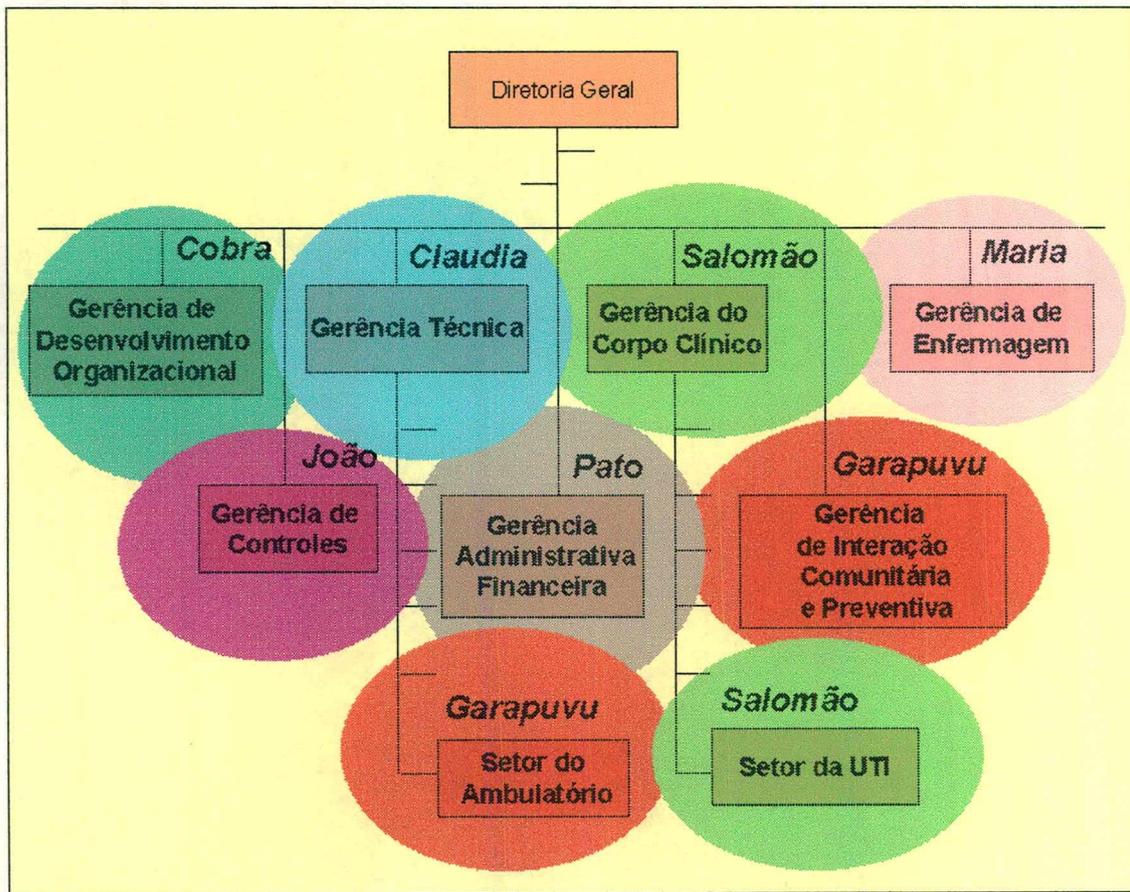


Figura 8: Integrando os gerentes e suas áreas de trabalho no hospital

## CAPÍTULO 5

### A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DOS GERENTES NO COTIDIANO DE SUAS INTERAÇÕES NA ORGANIZAÇÃO

*Os mesmos homens que estabelecem as relações sociais de acordo com sua produtividade material produzem também os princípios, as idéias, as categorias, de acordo com as relações sociais.*

*Do mesmo modo pelo qual o trabalhador antevê a sua casa, seu trabalho se determina como o trabalho de arquiteto.*

Karl Marx

A análise dos dados empíricos, seguindo as indicações já mencionadas no capítulo sobre o método, mostram os principais temas que identificam a construção dos processos de trabalho dos gerentes pesquisados.

Especificamente, ao identificar os principais temas que emergiram durante o estudo, identifiquei, as questões-chave, ou ainda, as principais categorias que serviram de alicerce para a compreensão de como os gerentes constroem o seu processo de trabalho nas relações do cotidiano de uma organização hospitalar.

Destaco três momentos fundamentais da construção do processo de trabalho deste grupo de gerentes: primeiro momento, denominado “o chegar”, onde mostro as diferentes maneiras de iniciar o cotidiano de trabalho; segundo momento, “o estar” com suas atividades como gerentes, suas interações estabelecidas dentro do cotidiano de trabalho, suas ações, as tomadas de decisão e a apresentação de alguns de seus projetos para o futuro; e o terceiro momento, “o sair”, simbolizando como os gerentes terminam seu cotidiano de trabalho.

O presente capítulo traz ainda a identificação da construção do processo de trabalho por meio do significado de “**ser gerente**” dentro do contexto hospitalar e finaliza com algumas sínteses.

## AS DIFERENTES MANEIRAS DE COMEÇAR O COTIDIANO DE TRABALHO COMO GERENTE

Falando sobre a dinâmica do trabalho humano, Marx, citado por Giannotti (1984), nos fornece elementos para uma reflexão conjunta, ao afirmar que em toda relação de trabalho há uma intencionalidade, todo trabalho tem uma direção, um projeto a partir de uma forma de ver o seu objeto, toda atividade é orientada e prevê a existência de uma carência (necessidade) que se incorpora a esse objeto como sendo sua primeira condição para tal.

Ao considerarmos que o dia-a-dia de um trabalhador é composto de várias situações que envolvem a realização de atividades, ações, procedimentos, tanto no plano pessoal como profissional, compreendemos que a essas atividades antecedem outros momentos que a pré-condicionam, ou seja, se há ação, há uma condição anterior, que indica a presença de necessidades a serem supridas, atendidas.

O grupo de gerentes pesquisado mostra que a sua organização e sua forma de dar início ao dia de trabalho é caracterizada pelos **seus movimentos particulares**, que começam antes mesmo de chegar ao local de trabalho e até para alguns no dia anterior.

Esses movimentos particulares expressam sua **preocupação em não se “angustiar ou estressarem”** a caminho do trabalho, quando verbalizam uma vontade de chegar logo sem deixar que outros fatores interfiram no seu “preparo para o trabalho”. Um mostra isso quando diz: “cuido para que o trânsito não me aborreça ou faça perder muito tempo no trajeto de minha casa para o hospital”.

Ao verbalizarem sobre o que pensam e sentem fora do Hospital, alguns colocam que, já na noite anterior ao trabalho, ficam pensando no que deixaram de fazer no dia que passou, e outros nos mostram que só pensam no trabalho na manhã seguinte, antes de iniciar o processo de trabalho, quando chegam ao Hospital.

Um dos gerentes do estudo ilustra essa posição ao afirmar: “eu não me preocupo nem com o que tenho para fazer, nem com o que poderei ter que fazer; fico tranquilo e vou fazendo uma coisa de cada vez”.

Contudo, alguns colocam que, mesmo tentando evitar pensar no trabalho antes de iniciá-lo, não conseguem e já começam a pensar nele a partir da primeira hora da manhã. Exemplificando tal fato, um deles diz: “eu gostaria de viver o Hospital só quando chegasse nele, mas não dá, eu até tento mas não consigo, não consigo me desligar”.

Sobre o iniciar de suas **atividades** como gerente, com exceção de dois, os gerentes colocam que costumam **planejá-las com antecedência**, antes de sair de casa, ao se deslocarem para o local de trabalho ou, ainda, ao chegarem ao local, quando costumam consultar **primeiramente a agenda** que, como no caso de um deles, serve de “bússola”, orientando e guiando suas atividades cotidianas.

Outros gerentes, ao chegarem ao Hospital, começam o seu dia de trabalho indo diretamente exercer suas atividades. Alguns demonstram uma preocupação em primeiro **verificar as prioridades do processo de trabalho** do dia junto às suas equipes de trabalho, consultando suas agendas como gerentes e, de acordo com as necessidades dos pacientes e das equipes de trabalho, organizam suas atividades diárias.

Em um dos casos analisados, há uma rotina quanto aos procedimentos do início de seu cotidiano que inclui a leitura dos livros de ocorrências internas de seu setor, local onde são feitos os registros das ocorrências gerais nos três turnos de trabalho de sua equipe. Para esse gerente, tal procedimento funciona como uma estratégia para dar início às atividades do cotidiano e, ao mesmo tempo, serve para inteirá-lo dos acontecimentos do Hospital em geral, como, por exemplo, posição de ocupação do leitos por unidades de internação, número de internações e alta de pacientes.

A maioria dos gerentes, mesmo afirmando organizar e planejar suas atividades com certa antecedência, às vezes, até de um dia para o outro, não consegue nas suas práticas diárias, realizar aquilo que planejou. Poderíamos atribuir tal fato ao próprio acúmulo de atividades que apresentam ao desenvolverem, durante o cotidiano, muitas atividades oriundas de dois processos de trabalho. Isso se evidencia em três casos de sujeitos que exercem os cargos de gerente e médicos-chefes de unidades de internação do Hospital e no caso de um que atua como gerente do HIJG e como gerente em outra instituição, atividade

que, por ser em outra empresa, acaba interferindo no seu processo de trabalho dentro do Hospital.

Algumas falas dos sujeitos evidenciam outras dificuldades dentro do movimento de iniciar seu cotidiano de trabalho, acrescentando-se a esses movimentos a própria característica da incerteza daquilo que se tem para fazer ao chegar ao local de trabalho, fator que interfere diretamente no modo como procedem diante das diversas e imprevisíveis situações: “tem dias que a gente não sabe por onde começar, há acúmulo de atividades e, além disso tudo, aqui é urgente. Não adianta a gente se programar, porque mesmo com programação vem o imprevisto do dia-a-dia”.

Assim, poderíamos dizer que, mesmo tentando não pensar no trabalho com antecedência, no dia anterior ou no momento de se deslocarem para o trabalho, na sua maioria, os gerentes já começam o processo de trabalho antes mesmo de chegarem ao local de seu trabalho.

Interagem consigo próprios, com a família, antes de sair de casa, e, ao chegar no Hospital, com seus pares, sua equipe (subchefias e funcionários diretos), Direção Geral, clientes/familiares, estudantes, membros representantes da comunidade, fornecedores, visitantes.

Mesmo com planejamento prévio, os gerentes **precisam replanejar suas atividades, quase que diariamente**, considerando as prioridades do próprio cliente (paciente), que busca ser atendido junto ao Hospital e que é, na verdade, a razão da existência da organização.

Da mesma forma, os gerentes procuram atender às suas funções diárias com o objetivo de satisfazer suas necessidades diversas dentro do cotidiano de trabalho. Os contatos pessoais, por telefone, por anotações em livros de ocorrência, por comunicações verbais e escritas, convocações, participações em reuniões com suas equipes e com as demais equipes multidisciplinares, fora e dentro do Hospital, ilustram alguns meios (formas) como as interações se estabelecem no cotidiano de trabalho dos gerentes.

## DESENVOLVENDO SUAS ATIVIDADES NO COTIDIANO DE TRABALHO E MOSTRANDO AS QUALIDADES DE UM GERENTE

Ao focalizar o olhar nas interações que se estabelecem nas atividades dos gerentes, identificaram-se alguns conceitos que emergiram formando subcategorias. Essas subcategorias representam algumas características específicas e peculiares ao modo de gerenciar desse grupo de gerentes.

Para facilitar a compreensão das mesmas, foram classificadas em três dimensões: as **dimensões particulares** dos gerentes, as **dimensões coletivas** e as **questões relativas à instituição pública**, onde se enquadra o Hospital como organização social.

As dimensões particulares dos gerentes são os conteúdos voltados aos aspectos da sua cultura, do conjunto de valores, da forma (sistema) de educação recebida, enfim, da história de sua vida em particular.

Nesse sentido, assinalo a importância, mencionada pela maioria dos gerentes, de estarem trabalhando por vontade própria e por uma causa em que acreditam, agregando a isso confiança na sua autodisciplina, no trabalhar com prazer, e gostando daquilo que fazem. Surgem, ainda, colocações que exprimem o gostar de trabalhar “para salvar crianças e ou crianças doentes”, o que faz não só unir o “útil (cuidar de sua saúde) com o agradável” (gostar de crianças), mas também de poder “realizar um sonho de infância, que é trabalhar com crianças”.

Mesmo procurando “ser alegre e otimista diante dos desafios do cotidiano”, os gerentes procuram realizar suas atividades de acordo com seus princípios pessoais e pelas relações que estabelecem durante o cotidiano de trabalho dentro do contexto hospitalar.

Assumem uma postura mais esclarecedora, explicando como as coisas funcionam dentro de seu setor, ouvindo e tentando exercer um papel de conciliador, intermediando as relações, evitando desencontros de informações, conflitos pessoais e até o “bater de frente” com pessoas que têm dificuldades de relacionamento.

Alguns gerentes evidenciaram a sua necessidade de buscar maior abertura nas relações interpessoais com seus pares e com sua equipe de trabalho, num

movimento que se caracteriza pela “troca de sentimentos e de pareceres de um para o outro, favorecendo o processo de *feedback* nas suas relações de trabalho.

Um deles nos ilustra essa questão quando menciona sua preocupação em solicitar da parte de seus funcionários um retorno de como estão se sentindo, de como cada um percebe o seu trabalho dentro do próprio espaço de atuação. O mesmo gerente lamenta dizer, ao falar nessa questão, que o “seu pessoal” tem receio de demonstrar verbalmente como se sente, mesmo que aquele crie condições favoráveis para tal, e atribui isso às questões culturais e educacionais de cada um.

Um único fato que se pode assinalar como sendo favorável para que esse clima da “trocas” se instale no ambiente de trabalho está no *layout* interno das salas dos gerentes, que se interligam, reforçando a intenção de “trabalhar sem as quatro paredes, sendo aberto e receptivo a todos”, conforme afirmam.

Outras **características pessoais** se mostram muito fortes no ato de gerenciar desses gerentes: (a) o fato de lutarem para conseguir cumprir as exigências de cada cargo, muitas vezes ajudando-se entre si numa atitude solidária e de compartilhar responsabilidades; e (b) o grau de comprometimento com suas responsabilidades individuais, defendendo a integridade do local em que trabalham e procurando representá-lo da melhor maneira possível diante de situações que envolvam questões éticas, jurídicas quanto aos atendimentos prestados. Isso ocorre tanto internamente quanto externamente, junto à comunidade, aliado ao desejo de fazer uma “divulgação dos aspectos positivos, das coisas que fazem para qualificar cada vez mais os serviços prestados por eles, conseqüentemente, pelo hospital”, como afirma um deles.

Alguns gerentes também verbalizaram a necessidade de ter uma formação mais adequada para desempenharem suas atividades administrativas, principalmente os médicos, que trazem como negativo o fato de não terem sido preparados academicamente para as atividades administrativas.

Para alguns gerentes, há uma necessidade pessoal, particular, de “buscar rever” suas atuações levando em consideração os diferentes momentos de sua vida pessoal e profissional, aprendendo a lidar com as suas próprias limitações, quando afirmam: “eu estou num momento muito produtivo e eu preciso desse

momento produtivo [...], daqui a pouco eu não vou mais ter esse pique de trabalho e aí não quero me arrepender de não ter produzido quando eu ainda estava podendo”.

As necessidades pessoais de conciliar as três dimensões “trabalho”, “lazer” e “saúde” também surgem nos depoimentos dos gerentes, que deixam transparecer suas necessidades individuais de busca por um equilíbrio entre os aspectos materiais e os espirituais dentro das relações do cotidiano de trabalho. Como um coloca:

*A sobrecarga da carga horária de trabalho em função de ter dois processos de trabalho acaba interferindo na tua saúde e na vida particular, não consigo me desligar, a minha esposa sempre diz: hoje é sexta-feira, vê se desliga!”*

Outros colocam que não conseguem mais ter tempo para fazer atividades esportivas, ir a festas ou sair com a família.

Além dessas **dimensões particulares** inerentes a cada um dos gerentes pesquisados, encontramos características em comum que identificam e caracterizam como eles desenvolvem suas atividades individuais no cotidiano do seu processo de trabalho. Dentre as características temos:

a) **Ser organizado**: “deixando tudo organizado para o dia seguinte”, “sem deixar nada para trás”, “buscando ajuda de uma agenda, como sendo uma bússola, um guia para a organização de suas atividades diárias”, ou “até sem usar nada, só confiando na sua boa memória”, “preparando, preenchendo, corrigindo, encaminhando documentos, protocolando correspondências”.

b) **Ser estratégico**: “indo até o fim das tarefas por serem executadas sem se deixar ficar estressado ou angustiado”, “criando novas metas e estratégias de trabalho para conseguir com maior rapidez material da Secretaria de Saúde para o Hospital”, “criando estratégias de administração a curto prazo (4 anos no máximo)”, “sabendo ser um pacificador, um meio de campo, que ouve os dois lados para depois pensar em agir”, “freqüentando a sala de cafezinho dos médicos, ou de seus funcionários diretos, para fazer o lado social do relacionamento”,

“delegando poderes a seus subalternos”, “tentando conciliar necessidades pessoais e profissionais no trabalho”, “conversando em momentos diferenciados com pessoas com quem se tem menos afinidade” e, ao mesmo tempo, sendo mais rígido com os que não se enquadram aos padrões e estilo de trabalho de uma determinada área de atuação.

c) **Ser criativo:** “criando alternativas para conseguir mais verbas para o Hospital junto aos seus relacionamentos pessoais externos e junto a campanhas com a comunidade em geral”, “procurando formas diferentes de diminuir os custos do Hospital e tentando promover melhorias para as necessidades de maior número de leitos”, “sendo às vezes artista, ao lidar com equipamentos e material pouco apropriados, resultantes da falta de recursos para a aquisição de novos”.

d) **Ser ético:** “como profissional médico e como gerente; é uma questão de postura, de cultura e de formação”.

e) **Ser flexível:** “precisando atender a dois processos de trabalho diferenciados, dentro e fora do hospital”, “abrindo mão de seu planejamento prévio em detrimento das urgências do dia”, “ponderando ao lidar com a administração de pessoal de seu setor”.

f) **Ser controlador:** “do conteúdo pelo qual é responsável e tem conhecimento de causa e não na tomada de decisão”, “conferindo e corrigindo os formulários preenchidos pelos colegas médicos/gerentes para as solicitações de baixa e da realização de exames diferenciados, que só são glosados pela Secretaria de Saúde se forem corretamente preenchidos”.

g) **Ter conhecimento técnico:** “tendo experiência anterior na sua área de atuação”, no caso, em saúde, “sendo mais técnico do que político”.

h) **Ter estilo de administração próprio:** “Procuro administrar por demanda, não tenho tempo para pensar, planejar, ou mesmo colocar em prática alguns princípios administrativos, então, vou resolvendo à medida

que eles aparecem”, “preparando a sua área e o seu trabalho de forma que, a qualquer momento, alguém possa substituí-lo”, “sabendo e compreendendo que um cargo é algo transitório e ser um profissional (no caso médico) é ser para toda a vida”, “precisando buscar constantemente novos métodos e referenciais teóricos para melhorar seu estilo de gerenciamento, fazendo isso mais freqüentemente, quando não tiver conhecimento de causa, pois, gerenciar sem conhecer saúde é complicado”.

As **dimensões coletivas** dizem respeito às atividades desenvolvidas pelos gerentes de forma conjunta, ou seja, nos **momentos que interagem** com seus pares, Direção Geral, demais profissionais e técnicos do hospital, clientes (pacientes) e familiares dentro da estrutura de trabalho. Também fora dessa estrutura, quando fazem referência aos contatos com a Secretaria de Saúde do Estado, Associação Catarinense de Pediatria, com outros Hospitais e/ou entidades representativas, com todo e qualquer contato fora do Hospital em que trabalham.

Mais intensamente, aparecem nessas atividades os momentos e formas de interação estabelecidas pelos gerentes que vão determinar a qualidade das mesmas.

A ocorrência de diferentes momentos de atividades conjuntas, como as atividades de coordenação de reuniões, do Comitê pela Qualidade do HIJG, da Comissão Interna de Controle de Infecção, das reuniões do Corpo Clínico do Hospital, dentre outras ocasionais, é destacada tomando grande parte do cotidiano dos gerentes que, quase todos os dias, participam de duas ou mais reuniões dentro do seu expediente de trabalho.

Muitas vezes, o volume e a duração dessas reuniões não permitem que os gerentes participem continuamente, vindo a faltar com freqüência ou mesmo saindo antes do término delas.

Nas reuniões com seus pares mais a Direção Geral, os gerentes normalmente discutem as políticas, as estratégias de desenvolvimento e as necessidades de melhorias para os serviços de atendimento do hospital, bem

como são analisadas as situações problemáticas e críticas (por prioridades) objetivando avaliar e traçar as linhas de ação conjunta nesse sentido.

Em outros momentos, os gerentes se reúnem com suas subchefias e funcionários para verificar e avaliar procedimentos e para orientar sua equipe quanto às dúvidas e dificuldades, tanto num nível pessoal como grupal.

Esses momentos são norteados, interligados, pelas interações estabelecidas com os demais participantes, onde e quando ocorrem atividades integradas: criação de planos e projetos de trabalho conjuntos para um ou mais setores do Hospital; realização das atividades de avaliação de desempenho grupal e individual com a utilização de um formulário de avaliação de desempenho; movimentação na procura pelas “trocas” de pareceres técnicos, de laudos médicos, ou diagnósticos diferenciais entre os médicos clínicos gerais e especialistas; assessoramento à sua equipe de trabalho quando das dificuldades no cotidiano de trabalho; orientação; informação e recebimento de novos funcionários dentro de sua área específica; e a tomada de decisões com a ajuda dos colegas e/ou funcionários de sua área.

Vimos que todas essas atividades dos gerentes são desenvolvidas tanto no plano individual como no grupal e não podemos deixar de considerar o complexo contexto da instituição de saúde pública no qual estão inseridas e sobre as quais muitas variáveis interferem direta e indiretamente na qualidade dos serviços prestados pelos gerentes.

## **INTERAGINDO E TOMANDO DECISÕES COMO UM PROCESSO ENTRE DESAFIOS E CONFLITOS**

A tomada de decisão é uma das atividades básicas do cargo de gerente. Os gerentes estão constantemente se defrontando com situações que envolvem o ato de decidir, de fazer escolhas, de responder por atitudes e decisões tomadas e, mais do que isso, suas ações estão sempre voltadas a questões que envolvem o estar interagindo com pessoas, com e sobre as quais têm uma responsabilidade conjunta quanto ao resultado final de seu trabalho.

Considerando como se estabelecem as interações dentro do cotidiano de trabalho desses gerentes e considerando também o fato de três dos sete gerentes

serem médicos por formação, mostro, num primeiro momento, como as decisões são tomadas por eles junto à equipe de profissionais médicos e, num segundo momento, como são tomadas as decisões na interação com seus funcionários e com os demais gerentes.

## OS GERENTES MÉDICOS COM A EQUIPE MÉDICA

Ao analisar as situações de envolvem tomadas de decisões pelos gerentes médicos durante o cotidiano de trabalho, vários procedimentos são adotados ao executarem suas atividades como “gerentes-médicos que gerenciavam outros médicos”.

Nessa relação, predominam as posturas de tentar equilibrar e mediar as situações. Isso se evidencia quando colocam a necessidade de precisarem ser flexíveis, de terem “jogo de cintura” e não serem “nem Hitler e nem banana”, ou seja, de não agirem punindo e ditando ordens, mas também não sendo ingênuos ao ponto de “deixar que a amizade tome conta” e, ainda, “sendo tolerantes e conversando antes de tomarem decisões”.

Durante os encontros com os gerentes, surgiram algumas expressões como “porque nós sabemos que gerenciar médicos é difícil, é complicado, ainda mais quando se é colega ao mesmo tempo” serem repetidas várias vezes, reforçando as dificuldades quando do processo de decisão.

Em outros momentos, alguns gerentes tentam evitar situações de confronto com seus “colegas subalternos”, deixando de tomar certas decisões em detrimento de causar atritos e desentendimentos entre eles e equipe médica. Como fator principal dessa relação apareceu a importância de saber negociar, “equilibrando para os dois lados” e mesmo se sentindo, às vezes, “como a fatia do meio do sanduíche”, que fica entre a fatia de cima (Direção) e a de baixo (demais funcionários), precisando ser e representar essa “fatia integradora” como quem tenta buscar um constante equilíbrio entre as duas instâncias.

Para a maioria dos demais gerentes (não-médicos), não aparecem maiores dificuldades ao tomarem decisões e apresentam um bom relacionamento com toda a equipe médica. Outros apresentam dificuldades na própria forma de

comunicação com os profissionais, somando-se a isso “antigas rixas e atritos que dificultam seus relacionamentos”. Nesses casos, solicitavam que outros colegas também médicos intermediassem a situação por eles ou, em outras ocasiões, buscavam ajuda da Direção Geral, que entrava na relação, não com o papel de diretor mas com o papel de médico, identificando-se com sua classe.

## OS GERENTES COM SEUS FUNCIONÁRIOS

Durante o cotidiano do processo de trabalho dos gerentes, há diferentes formas e posturas adotadas pelos gerentes frente às decisões a serem tomadas com relação aos seus funcionários em geral. Os *gerentes-médicos* não apresentaram maiores dificuldades ao tomar decisões com e em nome de suas equipes de trabalho. Na maioria das vezes, assumem uma postura de “estarem próximos” de seus colaboradores, usando do recurso da amizade ao conversar, trocar idéias, por meio de debates conjuntos, o que para outros gerentes servia como estratégia para “tentar resolver conflitos entre as equipes ou até dentro das próprias equipes” de trabalho, na sua área e em relação a outras áreas de atuação dentro do Hospital.

As atitudes de iniciativa, de boa vontade e de estar compartilhando sempre que precisavam tomar alguma decisão são resultado do bom relacionamento que os gerentes, na sua maioria, têm com seus funcionários. Um deles chegou a verbalizar que sempre que possível “adota o lado humano mais do que o técnico ou operacional” para tomar decisões ou mesmo resolver conflitos com seu pessoal.

Outros mencionam as dificuldades que surgem se adotarem a postura acima descrita, preferindo impor, por vezes, sua vontade. Nesse sentido, os gerentes tentam, na medida do possível, chegar a um consenso com suas equipes, procuram trabalhar “as resistências individuais e coletivas”, sem “precisar rodar a baiana” e, na maioria das vezes, dialogam com seus funcionários e “assinam acordos de cavalheiros” com eles.

Em outras palavras, procuram dar liberdade para que decidam como agir ou procuram orientar previamente sobre como devem proceder nas situações diversas voltadas às suas necessidades dentro do trabalho, de modo geral, sem, contudo, deixar de comunicar às suas respectivas gerências.

Quando as relações entre gerente e funcionários não são estabelecidas pelos princípios da amizade, da aproximação, do lado humano, da compreensão e da liberdade com limites, alguns gerentes criam normas, regras internas, impondo-as aos seus funcionários.

## OS GERENTES MÉDICOS COM OS DEMAIS GERENTES

O processo de tomada de decisão no cotidiano também envolve decidir, negociar e assumir posturas diante dos seus pares e com os demais gerentes do Hospital. Nessas situações, os gerentes procuram manter um bom relacionamento entre si e é nos momentos de reuniões que interagem mais, buscando colocar seus princípios e idéias em discussão.

Há uma participação intensa, onde e quando todos costumam falar e se expor diante dos demais, interagindo constantemente. Além desses momentos, interagem em conversas individuais, por telefone, representando o Hospital em encontros fora do mesmo ou ao realizarem outras atividades que estejam interligadas a suas áreas específicas de atuação.

Contudo, para aqueles que dividem sua sala com outros gerentes, há uma maior interação não só quando estão juntos nesse espaço, mas também quando estão atuando na área assistencial, como *médicos-gerentes*. As “trocas de pareceres” e as tomadas de decisão são compartilhadas mais entre esses três gerentes do que com os demais pesquisados.

O processo de tomada de decisão pelos gerentes também enfrenta dificuldades por **fatores pessoais**, tais como a falta de conhecimento (experiência) em gerenciar o contexto da saúde, lidar com a sobrecarga de atividades, principalmente, para aqueles que são gerentes e chefes de setor simultaneamente; dificuldade de relacionamento interpessoal com alguns profissionais dentro e fora de suas equipes de trabalho; falta de comprometimento de alguns gerentes em relação a outros e em relação a algumas atividades que lhes dizem respeito; falta de autonomia, aceitar assumir o cargo de gerente num ano político (ano de reeleições para a Diretoria e respectivas gerências de área).

Agregados a esses fatores encontramos os **fatores internos, ligados ao contexto da Organização Hospitalar**, como: tomar decisões considerando as diferentes jornadas de trabalho que existem dentro da estrutura hospitalar, o que também resulta na dificuldade de reunir os funcionários dentro de um único turno de trabalho; lidar com as políticas de pessoal que não condizem com as necessidades da empresa (o fato de decidir pelo afastamento ou demissão de funcionários envolve enfrentar outros problemas, “uma decisão mal pensada e encaminhada, gera outras tantas”, “o grau de parentesco entre os diversos níveis de atuação dentro do hospital é bem complicado de administrar, se você toma uma decisão referente a uma pessoa, essa decisão respinga na outra que é parente, colocam os gerentes; decidir por um ou outro estilo de trabalho como gerente, sem que a própria organização tenha seu padrão definido para ser adotado como referencial; serem os serviços muito burocráticos e lentos; trabalhar com situações que exijam tomadas de decisão imediatas e precisas, dentro de um modelo ultrapassado de administração; decidir e escolher pelos melhores produtos e serviços terceirizados para o Hospital, sem comprometer o atendimento aos clientes, quando a variedade de produtos a serem adquiridos pelo Hospital vão “de fralda a presunto” e, ainda, os gerentes vão mais longe, colocando que “as decisões são difíceis porque envolvem muitas pessoas e é aí que fica mais difícil”, pois “cada um puxa para um lado, consenso só se alguém ceder, abrir mão de sua opinião em prol da maioria”.

A falta de definição e de posição quanto às suas políticas internas bem como a falta de padronização de rotinas internas pela organização também aparecem como itens que dificultam a tomada de decisão pelos gerentes, além da falta de comunicação e integração entre os diferentes setores e entre alguns profissionais de uma mesma equipe.

Além dessas dificuldades, surgem **os fatores ligados às políticas de saúde pública** que estão presentes num contexto maior de atuação desses gerentes e sobre o qual expressam seus sentimentos, pelo fato de terem que “se adaptar com o caráter transitório, passageiro, de um processo que começa, cresce, avança e de repente decresce, pára e se desfaz, gerando acomodações e

frustrações no efetivo envolvido, e tem sido sempre assim; cada vez que termina e começa nova gestão política, ou seja, a cada quatro anos”.

Todas essas variáveis interagem constantemente no cotidiano de trabalho dos gerentes, exigindo deles, um replanejar diante do imprevisto, do fator “urgência”, que passa a ser “prioridade”, conforme assinalado anteriormente, e o ato de agir tomando decisões dentro do contexto descrito é, por si só, um desafio, ainda mais quando todos esses fatores estão em jogo.

Percebe-se, contudo, que, de um lado, a prática do cotidiano de trabalho dos gerentes exige lidar com questões essenciais como **Saúde–Urgência–Vida** e, de outro lado, a estrutura da organização onde atuam exige um processo de trabalho que lida com questões que não se integram, não se completam entre si, como **Burocracia–Demora–Falta de Definição**, gerando conflitos.

Os componentes particulares interferem no coletivo, nas interações que se estabelecem dentro do processo de trabalho dos gerentes, afetando, por vezes, o seu produto final, ou seja, a assistência ao cliente.

## **NO COTIDIANO DO GERENTE AS EXPERIÊNCIAS PARA OS PROCESSOS DE TRABALHO FUTUROS**

Dentro do universo de atividades desenvolvidas no dia-a-dia de trabalho dos gerentes, a interação aparece como sendo o fio condutor das relações estabelecidas no momento em que agem, tomam decisões e enfrentam os desafios e os conflitos, variáveis que são uma constante no ato de “gerenciar”.

O grupo de gerentes desse estudo mostrou que as atividades do cotidiano de trabalho envolvem todo um processo contínuo de aprendizagem e de “estar pensando e agindo” de acordo com a visão de cada um.

Isso nos leva a entender que os gerentes não só desenvolvem atividades no plano da ação, mas também desenvolvem atividades no plano do pensamento e da reflexão, que podem ocorrer tanto no nível intrapessoal como interpessoal. Mostramos que, ao planejarem com visão para o futuro, projetam idéias, intenções e vontades que se situam tanto dentro do contexto em que atuam como para fora do mesmo.

Nesse estudo, vimos que a manifestação do plano pessoal emerge à medida que o plano profissional é estimulado. No caso desse grupo de gerentes, o momento atual dentro da organização, de final de gestão de suas gerências, reforça essa colocação.

No plano profissional encontramos suas metas específicas de trabalho, como, por exemplo, “quero deixar o Hospital informatizado em dois serviços, pelo menos, tornando-os mais ágeis e menos burocráticos”; “Me dedicar exclusivamente ao gerenciamento da Associação de Serviços Voluntários do Hospital, para adquirir mais apoio e alternativas financeiras, aproveitando os meus contatos e a experiência que tenho na área”; “dar retorno, na prática, dos conteúdos teóricos adquiridos quando em curso, para o Hospital”; “dar continuidade aos projetos de melhorias quanto às instalações físicas, equipamentos, término de obras e reformas para poder oferecer mais leitos em condições de ocupação, melhorando diretamente o atendimento aos clientes e a própria relação com a comunidade, que tem nos cobrado isso”; “organizar e melhorar o padrão de funcionamento e do serviço de seu setor”; “voltar a atuar na área anterior à atual gerência e colocar alguns planos em funcionamento”; “continuar contribuindo com idéias e formas de melhorar a atuação de minha área, mas pensando em colocar alguém no meu lugar”.

Alguns gerentes, além de vislumbrarem seus planos de trabalho para dentro do Hospital, pensam em atuar em outros locais, conforme colocam: “pretendo atuar como médica na comunidade, atendendo em postos de saúde”; “penso em me envolver mais com projetos externos que visem propiciar melhorias no atendimento às crianças carentes de nosso município, em especial, e divulgar mais o nosso hospital junto à comunidade, em campanhas integradas”.

Além dos aspectos profissionais e sociais que norteiam os planos para as ações futuras dos gerentes, alguns trazem seus planos mais pessoais, que estão, de uma certa forma, interligados às suas experiências atuais no processo de trabalho.

Assim, podemos dizer que os gerentes mostram suas aspirações para um futuro presente, pois alguns já começaram a dar início às suas idéias projetadas para o futuro. Suas colocações ilustram esse movimento individual: “pretendo

voltar a estudar”; “quero escrever um livro para crianças com o objetivo de educar e prevenir doenças”; “quero dar continuidade aos meus projetos pessoais”; “preparar-me para estar fora do Hospital a qualquer momento, vou preparar-me para a vida como um todo”; “ quero, no ano que vem, abrir um negócio próprio e trabalhar naquilo que adquiri como experiência aqui no Hospital e nos demais locais em que trabalhei”; “pretendo dedicar mais tempo à minha família, aos meus filhos em especial, pois eles estão crescendo e eu nem estou vendo”; “quero aprender mais sobre gerenciamento, para poder gerenciar melhor o meu dia-a-dia”.

Desta forma, os gerentes, mesmo estando envolvidos e, muitas vezes, sobrecarregados com suas atividades diárias dentro e fora do Hospital, estão interagindo nos diferentes planos de suas relações, seja externalizando-as quando em contato com os demais, seja consigo mesmos, no momento em que refletem e pensam sobre seus planos para um futuro muito próximo, pelo menos no que se refere às questões profissionais.

#### **O GERENTE TERMINANDO O COTIDIANO DE SEU PROCESSO DE TRABALHO: COMEÇANDO POR ONDE A MISSÃO TERMINA**

De um modo geral, vimos que os gerentes iniciam o processo de trabalho com toda uma organização, disposição, energia e cuidados pessoais, que parecem ajudar a “preservá-los” para uma demanda de trabalho intensa.

O desenvolvimento das atividades ao longo do cotidiano vai exigindo dos gerentes várias performances, que colocam em questão as suas habilidades, conhecimento e aptidões na resolução de conflitos e frente aos desafios, conforme mencionado anteriormente.

Ao finalizar seu dia de trabalho no Hospital, os gerentes apresentam uma outra forma de organização bastante semelhante a do momento de início do cotidiano, quando se preparam para “sair” do Hospital, e fazem planos para o dia seguinte. Alguns procedimentos são comuns a eles, ao finalizarem o cotidiano de trabalho, como não sair sem avisar sua equipe, secretária, ou colegas; deixar orientações e/ou informações de como proceder na sua ausência (isso implica, para alguns, deixar orientações de como localizá-los no caso de necessidade);

telefonar para os setores e avisar de sua saída e interrogar equipe ou responsáveis diretos se necessitam de algo, para o trabalho ou para si, que precise dos gerentes; deixar tudo organizado, de preferência sem deixar nada para ser feito no dia seguinte.

Quanto ao que sentem os gerentes nesse momento, a maioria demonstra um desgaste geral, expressado pelo cansaço físico e mental, a ponto de não conseguirem, muitas vezes, deixar os assuntos organizados e encaminhados de um dia para o outro como gostariam. Isso se evidencia quando colocam que estão sem paciência para mais nada; sentem vontade de tomar um banho e dormir, sem conseguir ver o que fizeram durante o dia, com um sentimento de vazio, de não ter feito nada e, ao mesmo tempo, muito, só que não conseguem mensurar o que produziram durante o dia.

Outros gerentes afirmam, ainda, que sentem receio de “não dormir à noite e estar levando o estresse para casa, quando os problemas foram muitos durante o dia”, de não conseguirem se desligar do trabalho, por mais que queiram.

Há aqueles que dizem sair do Hospital sem ficar pensando no trabalho, só voltando a pensar no mesmo no dia seguinte. Um gerente coloca: “eu procuro me desligar totalmente quando estou fora daqui”; e outro complementa: “eu me sinto de missão cumprida, procuro ficar bem e estar disposto para outras atividades fora daqui”.

Há também os que procuram dar “uma saída rápida”, ou para um lanche ou para um compromisso pessoal, e depois retornam ao Hospital. Outros procuram fazer refeições com a família, ao meio-dia, e depois retornam às suas atividades, o que foi colocado como positivo, pois, como dizem, “dá uma arejada ver os familiares e renovar nossas energias para continuar o trabalho, isso ajuda”.

Os gerentes, ao terminarem o cotidiano de trabalho, sentem-se, com exceção de um deles, muito cansados e sem muita “energia” para outras atividades. Normalmente saem sozinhos ou na companhia de colegas e dão continuidade aos seus assuntos pessoais e sociais. Mesmo verbalizando que “se desligam e não pensam mais no trabalho quando se despedem dele”, não conseguem colocar esse procedimento na sua prática, pois, como vimos, a maioria deixa orientações com a própria equipe para que sejam localizados a qualquer

momento, quando já fora do Hospital. Alguns, inclusive, solicitam que seus funcionários liguem para suas residências, a fim de tratar assuntos que não puderam ser trabalhos durante o expediente normal.

Além disso, existe toda uma “combinação” das gerências com a Direção Geral do Hospital: que essas devem deixar seus telefones à disposição para todos os casos de urgência, ou seja, desta forma o Hospital com toda sua estrutura material e pessoal estaria sendo “atendido” nas suas demandas rotineiras e nos casos especiais, todos os funcionários saberiam como proceder e a quem procurar, principalmente, nos turnos da noite, feriados e finais de semana.

Em posse desses dados, fica-nos o entendimento de que para esse grupo de gerentes o cotidiano do processo de trabalho, na realidade, não termina, pois de alguma forma, eles se mantêm ligados nas idéias e sentimentos ao trabalho, mesmo estando fora dele.

## O SIGNIFICADO DE SER GERENTE DENTRO DO CONTEXTO HOSPITALAR

Respondendo um dos objetivos específicos desse estudo, que é identificar a construção do processo de trabalho através do significado de *Ser Gerente* para os gerentes desta organização hospitalar, e considerando os dados já descritos no capítulo 5, podemos afirmar que a construção do processo de trabalho dos gerentes está ligada ao que eles entendem por *Ser Gerente*.

A análise dos dados empíricos mostra como essa identificação ocorre nas diferentes dimensões sobre o entendimento de *Ser Gerente*:

- **Quanto ao posicionamento pessoal frente às situações de trabalho:** *Ser Gerente* significa mediar os relacionamentos entre duas ou mais pessoas, ficar no meio das relações de poder que pressionam e da base que sustenta, fazendo o papel de “bombeiro” no apagar o fogo entre as relações conflituosas ou problemáticas do cotidiano, buscar unir o útil ao agradável, superar o impacto da adaptação a um novo desafio de trabalho, estar ausente do seu local de trabalho sem ser notado.
- **Quanto ao posicionamento profissional no processo de trabalho:** *Ser Gerente* significa acumular funções, algumas vezes exercer dois cargos, dois

processos de trabalho numa mesma organização de trabalho, tomar decisões e assumir diversas atividades pela organização hospitalar, estar comprometido com o Hospital e com a Comunidade, sentir o trabalho mais como uma obrigação do que como uma satisfação em alguns momentos, conhecer bem a organização antes de assumir responsabilidades, superar dificuldades sem desrespeitar as individualidades de cada membro da equipe de trabalho, delegar mais autonomia para sua equipe de trabalho, defender a integridade da empresa em qualquer ocasião, estabelecer um bom relacionamento entre os diferentes níveis de atuação dentro da instituição, conciliar a sobrecarga de trabalho sem prejudicar a qualidade de seu serviço, saber administrar numa visão micro e macro do sistema em que se está inserido, funcionando de portas abertas e de “preferência sem paredes”.

- **Quanto à sua proposta pessoal:** (aquela intrínseca ao seu Ser enquanto indivíduo, enquanto Ser humano) *Ser Gerente* significa sonhar com algo maior – realização pessoal e profissional, estar “afinado” com o seu perfil profissional e emocional -, buscar equilibrar essas duas instâncias, gostar daquilo que faz, sentir-se parte da instituição em que trabalha, enfrentar novos desafios que o façam crescer, amadurecer como pessoa (“o que estou fazendo é para minha vida”), adquirir novos conhecimentos, sentir-se bem consigo mesmo, saber lidar com as questões das mudanças constantes dentro do cotidiano de trabalho, aceitar as divergências, poder trabalhar “salvando crianças”, vidas de doentes, ser alegre e otimista diante dos desafios de trabalhar com vidas humanas, servir de apoio para sua equipe de trabalho, fazer a linha de frente de um grupo de trabalho, estar junto quando das dificuldades do cotidiano de trabalho de seus funcionários.

## CAPÍTULO 6

### REFLEXÕES FINAIS

*Não é por acidente lingüístico que “construindo”, “construção” e “trabalho” designam ambos um processo e um produto final. Sem o significado do verbo o substantivo permanece vazio, inexpressivo.*

John Dewey

*Na construção do conhecimento o homem não é um mero receptáculo, mas um sujeito ativo, um produtor que, em sua relação com o mundo, com seu objeto de estudo, reconstrói no seu pensamento esse mundo; o conhecimento envolve sempre um fazer, um atuar do homem.*

Jaqueline Tittoni

Ao responder a questão principal desse estudo, ou seja, **como se constrói o processo de trabalho do gerente no cotidiano das interações de uma organização hospitalar**, compreendi que essa construção se dá pelas Políticas de Saúde estabelecidas pela Secretaria de Saúde do Estado, pelas Políticas da Organização Hospitalar estudada – Hospital Infantil Joana de Gusmão – e pela qualidade das interações estabelecidas, conforme foi visto no capítulo anterior, entre Direção–Gerente, Gerente–Comunidade, Gerente–Gerente, Gerente–Subchefias, Gerentes–Equipe de trabalho (funcionários diretos e indiretos), pela interação do Eu–Eu, do Gerente consigo.

A construção do processo de trabalho deste grupo de gerentes ocorre, então, pela particularidade da organização hospitalar pesquisada, pelas suas características enquanto organização, pelas características de cada sujeito participante, pela própria história de vida de cada sujeito.

Posso dizer, ainda, que esse grupo de gerentes tem suas características próprias enquanto grupo, determinados padrões de ação que vão determinar a estrutura de seu funcionamento e a própria qualidade daquilo que produzem – os serviços de atendimento ao cliente-paciente, que, nesse caso, é uma criança enferma.

O estudo mostra-nos também que os gerentes “constroem” seu processo de trabalho voltados, principalmente, para gerenciar as questões micro, ou seja,

atuam no plano do reproduzir conhecimento adquirido, preocupando-se com as atividades rotineiras de seu cotidiano. Permanecem bom tempo desse cotidiano de trabalho atendendo ou 'apagando' o fogo, reforçados pelo acúmulo da atividades, procuram "conciliar", equilibrar os sentimentos de satisfação e de obrigação no trabalho diário, cuidando para não prejudicar a qualidade de seu atendimento.

O produto final de seu processo de trabalho, ou seja, o atendimento à saúde da criança, aos cuidados com a comunidade, aparece sendo "produzido" por meio das interações estabelecidas dentro e fora do contexto hospitalar.

Esse grupo de gerentes apresenta uma particularidade que é o voltar-se constantemente para as suas questões particulares e como estas podem ser satisfeitas ou não dentro do contexto em que atuam.

Acrescento, ainda, que a construção do processo de trabalho dos gerentes é uma atividade complexa e constante, que se processa pela forma de cada um perceber a sua realidade interna e externa. Passa por momentos que são compartilhados com a própria organização, com os demais figurantes dessa, e por momentos particulares, pessoais, que precisam ser compreendidos dentro do cotidiano de trabalho desses gerentes.

Verifico também que existe todo um interesse, uma intenção, seguida de ação na busca por uma educação continuada dentro da organização estudada. Porém, a experiência mostrou que esses movimentos ficam mais no plano intencional por parte da maioria dos gerentes, pois, como visto no capítulo 3 deste estudo, durante os 4 meses de atividades educacionais desenvolvidas dentro da organização para os gerentes, não houve uma participação efetiva destes. Mesmo que o conteúdo apresentado no Programa de Educação Continuada tenha sido resultado de suas solicitações, ou seja, foi "construído e planejado" em conjunto com os interesses dos mesmos, os gerentes deixaram de comparecer aos encontros.

Ao escrever esta síntese final, da mesma forma como nas linhas introdutórias, senti que não é uma tarefa fácil, porque envolve falar da realização deste trabalho acadêmico como um todo e, ao considerar a complexidade da temática escolhida, acrescida ao conteúdo que emergiu dos dados empíricos, diria que não se chega a um "término" propriamente dito do estudo.

Parti de algumas concepções acerca do assunto, bem como de alguns referenciais teóricos que serviram de base para que as minhas perguntas de pesquisa pudessem ser guiadas e, ao longo do estudo, fui recorrendo a outras fontes numa tentativa de maior compreensão dos temas levantados.

Quanto aos recursos metodológicos utilizados, posso afirmar que toda uma trajetória de leituras foram realizadas numa busca pela identificação da linha metodológica a ser adotada o que, para mim, significou descobrir outro universo complexo, que me oportunizou diferentes possibilidades de abordar a realidade a ser pesquisada.

Passo a passo, num movimento progressivo e constante, comecei a arquitetar minhas primeiras idéias de construção de um projeto de pesquisa. Foram meses de leitura e discussão junto à minha orientadora, colegas do curso de pós-graduação, colegas do Núcleo Transcriar.

Desde o início de minha trajetória, pensei que um dos caminhos para busca dessa compreensão da realidade estaria repousando nas questões voltadas às interações humanas, não só porque acreditava que o estudo destas me conduziria à melhor compreensão do foco de pesquisa – a construção do processo de trabalho dos gerentes –, mas também por sentir a grande carência de estudos dentro deste contexto que pudessem me auxiliar nessa busca.

O que me sensibilizou mais foi o fato de estar “participando ativamente” com os sujeitos dentro do contexto do estudo. A etapa denominada de “Entrando no Campo” foi fundamental para que ocorresse a minha aprendizagem de como os vários momentos com os sujeitos foram sendo compreendidos como parte da elaboração do projeto de pesquisa que, num movimento integrado da teoria com a prática, veio a contribuir para a efetividade no levantamento e análise dos dados.

Na segunda fase do trabalho de campo, denominada de “Ficando no Campo”, pude perceber o quanto os gerentes se envolviam no seu trabalho diário, ao verbalizarem sobre a história de sua vida, seus projetos e suas realizações, o grau de satisfação ao mostrarem as particularidades das experiências e dos significados que estas tinham para as suas vidas.

Assim, ao buscar compreender como os gerentes constroem o processo de trabalho nas relações do cotidiano da organização hospitalar, percebi como as questões voltadas ao significado do trabalho para o contexto da prestação de serviços em saúde emergiam e me levavam a pensar em outras possibilidades de estudo a serem abordadas.

A partir disso, compreendi que a temática desenvolvida neste trabalho acadêmico é ampla e ainda deve ser objeto de estudo de outros pesquisadores conscientes da importância de um conhecimento mais aprofundado no que tange ao processo de trabalho gerencial em uma organização prestadora de serviço em saúde.

Reforço, ainda, a idéia de que o trabalho possui um significado importante para a vida, o que, acredito, não diz respeito exclusivamente ao setor da saúde e pode ser pensado em outras áreas. Para tanto, certamente a especificidade de cada campo deve ser considerada, de forma a se compreenderem as vivências subjetivas nos diferentes casos.

Da mesma forma, a organização do trabalho marca a vida dos trabalhadores. O trabalho pode instituir "modos de ser", de pensar e de agir que têm nele uma referência para a análise do sujeito e, também, delimita as formas de expressão da subjetividade.

O trabalho age sobre o trabalhador não só com relação à organização das formas de executar as tarefas e seu conjunto, para a produção, mas também constrói formas de pensar, de sentir e de ser e delimita as práticas sociais nele referenciadas.

Nessa medida, compreendo que é a dimensão subjetiva que permite aproximarmo-nos dos significados que instituem as práticas sociais, articuladas à construção social, cultural e histórica dos fenômenos da vida.

Ao tentar sintetizar minhas reflexões finais, digo que a contribuição deste estudo, para mim, se deu pela aprendizagem sobre outras possibilidades de conhecer a realidade e de compreender a pertinência de sua aplicabilidade em outras situações de pesquisa e/ou de complementar outras técnicas de pesquisa; e pela ampliação da minha capacidade de percepção sobre a estrutura do cotidiano

na qual estamos inseridos. Também permitiu uma visualização do sujeito desta pesquisa, o gerente dentro do seu contexto social, onde e quando as questões referentes aos padrões e valores estão presentes, reconceituando, através das próprias passagens do cotidiano, o significado de suas ações. A construção do processo de trabalho dos gerentes tem a ver com as questões da construção de si próprio enquanto Ser Humano, ser social, que interage constantemente transformando e sendo transformado.

Fica, finalmente, o entendimento de que a busca pela "construção" do saber é um movimento sem limites, um eterno construir, que nunca se esgota; é sentir-se estando no ponto de partida e, ao mesmo tempo, no de chegada, o que simboliza o momento do início de um processo produtivo e o final deste com o produto acabado que, dependendo da percepção, do momento histórico e do "olhar" que for dado sobre esse produto final, levará a um ponto de partida novamente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADIZES, I. **Gerenciando as mudanças** : o poder da confiança e do respeito mútuos na vida pessoal, familiar, nos negócios e na sociedade. 3 ed. São Paulo : Pioneira, 1997.
- ALBRECH, K.; BRADFORD, L. S. **Serviços com qualidade** : a vantagem competitiva. São Paulo : Makron Books, 1992.
- ANDERY, M. A. et al. **Para compreender a ciência** : uma perspectiva histórica. 6 ed. São Paulo: EDUC, 1996.
- ARANTES, N. **Sistemas de gestão empresarial** : conceitos permanentes na administração de empresas válidas. São Paulo : Atlas, 1994.
- ARMISTEAD, C.; ROWLAND, P. **Managing business process** : BPR and beyond. New York : John Wiley & Sons, 1996.
- BARNARD, C. I. **As funções do executivo**. Cambridge, Massachusetts : Grave B. Nocra Barnard. 1968.
- BARÓ, M. J. **Acción e ideologia** : psicologia social des de Centroamérica. 2 ed. El Salvador : UCH Editores, 1985.
- BARROS, J. P. D.; MONTENEGRO, E. F. **O gerente do futuro**. São Paulo : McGraw Hill, 1990.
- BARROS, S. M. P. F., **Gerenciamento em saúde** : implicações, tendências e perspectivas para a enfermagem. **Anais 45º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Recife : Ed. Universitária da EPPE, 1994.
- BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação** : uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto, 1994.
- BOOG, G. G. **O desafio da competência** : como enfrentar as dificuldades do presente e preparar sua empresa para o futuro. São Paulo : Best Seller, 1991.
- CHENITZ, W. C.; SWANSON, J. M. **From practice to grounded theory** : qualitative research in nursing. California : Addison–Wesley Publishing Company, 1986.
- COLLINS **Dictionary of the English Language**, 2 ed. 1986.
- COULON, A. **Etnometodologia**. Petrópolis, RJ : Vozes, 1995.

- DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade**. São Paulo : Pioneira, 1979.
- ESCRIVÃO FILHO, E. **A natureza do trabalho do executivo** : uma investigação sobre as atividades racionalizadoras do responsável pelo processo produtivo em empresas de médio porte. (Tese de Doutorado da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis : 1995.
- FAWCETT, J. ; DOWNS, F. S. **The relationship of theory and research**. Norwalk, Appleton-Century-Crofts, 1986.
- FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário da língua portuguesa**. 3 ed. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1993.
- FINCKLER, D. M. **O impacto da Aids na organização do trabalho**. (Dissertação de Mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis : 1998.
- GIANNOTTI, J. A. **Trabalho e reflexão: ensaios para uma dialética da sociabilidade**. São Paulo : Brasiliense. 1984.
- GLASER, G. B. ; STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory** : strategies for qualitative research. New York : Aldine Gruyter, 1967.
- GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa : tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v.35, n.3, p.20-29. Maio/Junho 1995.
- GONÇALVES, E. L. Estrutura organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v.38, n.1, p.80-90 Jan./Mar. 1998.
- GONÇALVES, E. L. e ACHÉ, C. A. O Hospital-Empresa: do planejamento à conquista do mercado. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v.39 . p.84-97. Jan./Mar. 1999.
- HAMMOND, J. S.; KEENEY, R. L.; RAIFFA, H. The hidden traps in decision Making. **Harvard Business Review**, September-October 1998.
- KEINERT, T. M. M. Política pública de saúde, inovação e o plano de atendimento à saúde do município de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v.37, n.3, p.78-85. Jul./Set. 1997.
- LEITÃO, M. S. **O psicólogo e o hospital**. 1 ed. Porto Alegre : Sagra-DC Luzzatto, 1993.
- LENINGER, M. M. **Qualitative research methods in nursing**. Orlando : Grune Stratton, 1985.

- LIMA, C.R.M. A avaliação do custo-eficácia das intervenções em organizações de saúde. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v.38, n.2, p. 62-73. Abr./Jun.1998.
- LUFT, C. P. **Dicionário Luft**. 5 ed. São Paulo : Ática, 1994.
- MARCON, Sônia S. **Vivendo a gravidez**. (Dissertação de Mestrado Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis : 1989.
- MARQUES, J. ; MIRSHAWKA, V. **Luta pela qualidade** : a vez do Brasil. São Paulo : Makron books, 1993.
- MARX, K. **O Capital** : crítica da economia política. 10 ed. São Paulo : Difel, 1985.
- MAYS, N. ; POPE, C. **Qualitative research in health care**. BMF Publish Group : London, UK, 1996.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social** : teoria, método e criatividade. 6 ed. Petrópolis, RJ : Vozes, 1996.
- \_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento** : pesquisa qualitativa em saúde. 2 ed. São Paulo : Hucitec; Rio de Janeiro : Abrasco, 1993.
- MIRSHAWKA, V. **Hospital** : fui bem atendido, a vez do Brasil. São Paulo : Makron Books, 1994.
- MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal** : treinamento em grupo. 5 ed. Rio de Janeiro : José Olympio, 1996.
- MOTA, E. V. e RIBEIRO, J. L. D. Avaliação dos sistemas de garantia de qualidade de três hospitais. **Revista Produto e Produção**. Porto Alegre. vol 1, n. 1, 22-29, 1997.
- NOGUEIRA, L. C. L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte, MG : Fundação Christiano Ottoni, Escola de Engenharia da UFMG, 1996.
- NOGUEIRA, R. P. **A força do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro : Abrasco/ Fiocruz, 1987. Texto de apoio: Planejamento I.
- PATRÍCIO, Z. M. **A prática do cuidar-cuidado à família da adolescente grávida e seu recém-nascido através de um referencial de enfoque sócio-cultural**. Florianópolis : UFSC, do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da UFSC, Dissertação de Mestrado, 1990.
- \_\_\_\_\_. **Métodos qualitativos de pesquisa**. Florianópolis : Notas de sala de aula na Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

- PERROW, C. **Complex organization** : a critical essay. 3 ed. New York : McGraw-Hill, 1976.
- PITTA, A. **Hospital, dor e morte como ofício**. São Paulo : Hucitec, 1994.
- POLIT, D. F. ; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.
- STRAUSS, A. L. **Qualitative analysis for social scientists**. 3 ed. University of San Francisco : Tremont Research Institute, 1989.
- STRAUSS, A. ; CORBIN, J. **Basic of qualitative research** : Grounded Theory Procedures and Techniques. Sage Publications, USA, 1990.
- THOMPSON, J. D. **Dinâmica organizacional**. São Paulo : McGraw-Hill do Brasil, 1976.

## Leituras Complementares

- ARAÚJO, M. F. **Bases teórico-práticas para um programa empresarial de qualidade de vida do ser humano.** (Dissertação de Mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis : 1998.
- BERGER, P. L. e LUCKMANN, T. **A construção social da realidade – Tratado de sociologia do conhecimento.** 14 ed. Petrópolis : Vozes, 1997.
- BERWICK, D.M.; GODFREY, A. B. ; ROESSNER, J. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde.** São Paulo : Makron Books, 1994.
- BONAZINA, M. C. R; YUNES, Y. A; PATRÍCIO; Z. M. **The quality life of the highway worker: The meaning of work in the salary to survive, in the day by day with other workers and the perspective to go back home. Book of Abstracts from the First International ICOH Conference on Psychosocial Factors at Work,** Copenhagen, Denmark, August 24-26, 1998.
- BRIDGS, W. **Mudanças nas relações de trabalho.** São Paulo : Makron Books, 1995.
- CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação.** 15 ed. São Paulo : Cultrix, 1982.
- CHANLAT, J. F. *et al.* **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas.** 1 ed. vol. 1. São Paulo : Atlas, 1992.
- CODO, W.; SAMPAIO, J. J.; et al. **Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar.** Petrópolis, RJ : Vozes, 1993.
- COVEY, S. R. **Liderança baseada em princípios.** Rio de Janeiro : Campos, 1994.
- DALLARI, A. **O que é funcionário público.** São Paulo : Brasiliense, 1989.
- DALTON, M. **Men who manage.** California, 1959.
- DAVEL, E. P. B.; VASCONCELLOS, J. G. M. (Org.) **Recursos humanos e subjetividade.** Petrópolis, RJ : Vozes, 1995
- DEMO, P. **Avaliação qualitativa.** 5 ed. São Paulo: Autores Associados, 1995.
- DI BIASE, F. **O homem holístico: a unidade mente-natureza.** Petrópolis, RJ : Vozes, 1995.

- EISENHARDT, K. M. Building theories from case study research. **Academy of Management Review**. 1989. vol.14, n. 4, p. 532-550.
- ETZIONI, A. (Org.) **Organizações complexas: estudo das organizações em face dos problemas sociais**. 1 ed. São Paulo : Atlas, 1967.
- FERGUSON, M. **A conspiração aquariana**. 9 ed. Rio de Janeiro : Record, 1994.
- FIELD, P. A.; MORSE, J. M. **Nursing research : the application of qualitative approaches**. Aspen Publication : Rockvill, Maryland, USA, 1985.
- FILHO, R. M. Reflexões sobre o homem e o trabalho. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v.2, p.18-32. Mar/Abr.1994.
- FILION, J. L. Visão e relações: elementos para um metamodelo empreendedor. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, 33(6) : 50-51 Nov./Dez.1993.
- GIANESI, I.G.N. e CORRÊA, H. L. **Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente**. São Paulo : Atlas, 1996.
- GLASER, B. G. **More grounded theory methodology : A reader** California : Ed. Barney G. Glaser, 1994.
- HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3 ed. Petrópolis : Vozes, 1992.
- HATAKEYAMA, Y. **A revolução dos gerentes**. Belo Horizonte, MG : Fundação Christiano Ottoni, Escola de Engenharia de UFMG, 1995.
- HELLER, A. **Sociologia de la vida cotidiana**. 4ed. Proença Barcelona: Edicións, 1994.
- HENSE, D. S. S. **Tendo que operar-se: a experiência do paciente cirúrgico e sua espiritualidade**. (Dissertação de Mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina) : Florianópolis, 1987.
- HERSEY, P.; BLANCHARD, K. H. **Psicologia para administradores**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1996.
- JAMES, C. ; NOHRIA, N. Avanço rápido: as melhores idéias sobre gerenciamento de mudanças nos negócios. Rio de Janeiro : Campos, 1997 (**Harvard Business Review book ; 1**) .
- KERLINGER, F.N. **Foundations of behavioral research**. 2 ed. New York University. New York : 1964.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

## Carta de Apresentação



SERVICÓ PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476  
CEP 88.010-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
TEL.: (048) 234 1000 - FAX: (048) 234 4069

À  
Direção Geral do  
Hospital Infantil Joana de Gusmão  
Florianópolis - SC

Carta de Apresentação

Apresentamos a Sra. Maria Cristina Rath Bonazina, aluna regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, nível Mestrado, sob a orientação da Prof.ª Dra. Zuleika Maria Patrício.

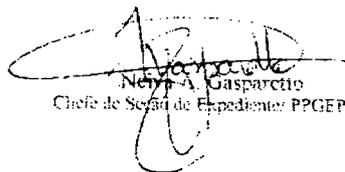
Na oportunidade solicitamos a especial atenção de V.S.a no sentido de autorizar acesso a essa instituição, para a referida aluna, tendo em vista que a mesma pretende desenvolver seu trabalho de mestrado sob o título (provisório) de: "O significado de "Ser Gerente" numa organização Hospitalar", nesta instituição. A previsão para a conclusão do estudo está prevista para o mês de abril de 1998.

Esclarecemos ainda, que a aluna estará acompanhando o Programa de Desenvolvimento Gerencial em desenvolvimento nesta instituição, inclusive coordenando atividades como palestrante do Módulo IV estabelecido pelos Senhores.

Outrossim, informamos que, durante a realização dos trabalhos nas instalações desta conceituada instituição, a acadêmica se compromete a seguir seu regulamento interno e a garantir o anonimato acordado entre ambas partes. Os dados serão submetidos a apreciação e aprovação da Direção geral dessa Empresa, antes da divulgação a público em geral.

Na certeza de contarmos com sua pronta acolhida, subscrevemo-nos.

Respeitosamente,

  
Neyza A. Gasparotto  
Chefe de Seção de Expediente PPGEP

**ANEXO 2****Resumo das questões de pesquisa**  
**TRABALHO de DISSERTAÇÃO de MESTRADO**

**Pesquisadora:** Maria Cristina Rath Bonazina, mestranda do PPG-EP UFSC

**Orientadora:** Zuleica Maria Patrício, Dra.

**Tema da dissertação:**

A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DOS GERENTES NAS RELAÇÕES DO COTIDIANO DE UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

**Objetivo Geral:**

COMPREENDER COMO SE CONSTRÓI O PROCESSO DE TRABALHO DO GERENTE NO COTIDIANO DAS INTERAÇÕES DE UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR.

**Objetivos Específicos:**

1. DESCREVER o processo de trabalho do gerente no contexto hospitalar no que se refere às funções, à organização das atividades e às interações que se estabelecem.
2. IDENTIFICAR como se dão as interações no cotidiano de trabalho do gerente no seu contexto específico.
3. IDENTIFICAR como se desenvolve o processo de tomada de decisão no cotidiano de trabalho do gerente.
4. IDENTIFICAR a construção do processo de trabalho através do significado de "Ser Gerente" dentro do contexto hospitalar.

**Perguntas da Pesquisa****1. Dados Pessoais:**

- Dados de Identificação (nome, idade, nacionalidade, estado civil, histórico escolar),
- Experiências de trabalhos anteriores (cargos exercidos, atividades, carga horária) Significado dessas experiências para o "Gerente".

**2. Como é seu processo de trabalho?**

- Sobre seu trabalho no HIJG (data de admissão, forma de seleção, área ou setor, função atual carga horária, significado dessa experiência; histórico de como chegou a esta função).
- Como inicia o seu cotidiano de trabalho desde o deslocamento para o hospital, o que pensa e sente.
- Quais são suas funções como gerente.
- Quais atividades desenvolve nestas funções.
- Como e com quem interage na realização destas atividades.
- Como organiza (orienta) suas atividades junto aos seus funcionários (equipe).
- Como analisa e de que forma avalia a qualidade das atividades realizadas por seus funcionários.
- Quais referenciais teóricos são utilizados para desenvolvimento dos processos de avaliação (origem).
- Qual o significado das atividades do Gerente para o processo de trabalho dentro do cotidiano, segundo o próprio Gerente.

**3. O que significa "Ser Gerente" para você?**

- Qual o Significado de "Ser Gerente" (Diretor, coordenador, chefe, etc.),
- O que gosta/não gosta de realizar, o que gostaria de realizar, as possibilidades de realizar ou não na área específica de cada "Gerente".

**ANEXO 3****Roteiro para entrevista com os gerentes**

Universidade Federal de Santa Catarina –UFSC  
Departamento de Pós-Graduação em Engenharia de Produção e de Sistemas

**1.DADOS PESSOAIS****1.1 Dados de Identificação:****Nome:****Data de nascimento:****Cidade de Origem:****Estado:****Nacionalidade:****Estado Civil:****Número de pessoas na Família (ou dependentes):****Local e ano de Formação Escolar ( II e III Grau, especialização, mestrado, doutorado):****Tem algum curso específico na área hospitalar? Especificar.****1.2 Experiência de trabalho (anterior ao HIJG):****Local(is):****Cargos exercidos,(principais atividades desenvolvidas, carga horária, etc.):****Significado dessas experiências para você:**

## **2. SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO**

### **2.1:O início no HIJG:**

**Data de admissão:**

**Forma de seleção:**

**Tipo de contratação:**

**Área (setor) de atuação:**

**Cargo:**

**Carga horária diária de trabalho:**

### **2.2: Momento de Preparação para o Trabalho**

**a) Observação do início do Processo de Trabalho. do Gerente**

**b) Descreva o início de seu dia de trabalho desde o momento que você se desloca de sua residência (ou outro local) para o HIJG.:**

- **Sobre o que você, geralmente, pensa quando está se deslocando**
- **O que você, geralmente, sente quando está se deslocando?**

### **2.3:O Cotidiano do Processo de Trabalho**

**a) Observação do cotidiano do Processo de Trabalho do Gerente**

**b) Descreva o seu cotidiano de Trabalho:**

- **Que referencial teórico metodológico utiliza para desenvolver o seu Processo de Trabalho;**
- **Quais são suas funções como Gerente; (qual a origem destas)**
- **Quais as atividades que você desenvolve nestas funções;**
- **Com quem interage na realização destas atividades e porque;**
- **Qual o significado para você desse seu Processo de Trabalho, dentro do cotidiano?**

**c) Descreva/ Reflita como você interage com seus funcionários e seus pares durante o desenvolvimento das atividades:**

- **As diferentes situações de interação;**
- **Quais os setores do Hospital que tem contato durante o trabalho;**
- **Como é feita esta interação com os demais setores;**
- **Quais as dificuldades que encontra;**
- **Como as resolve;**
- **O que significa para você este processo de interação (o que pensa e o que sente).**

**d) Descreva como se dá o processo de avaliação das atividades junto aos seus funcionários:**

- **Como organiza (orienta) suas atividades junto aos seus funcionários;**
- **Em que momentos você conversa com eles sobre a realização das atividades do cotidiano; de que forma e com que frequência;**

- Como conduz os trabalhos junto a estes;
- Como analisa e de que forma avalia a qualidade das atividades realizadas por seus funcionários;
- Quais referenciais teóricos são utilizados para desenvolver os processos de avaliação
- Como se dá e com quais bases teóricas, são tomadas as decisões no seu cotidiano de trabalho, em relação aos procedimentos técnicos e as atitudes adotadas por seus funcionários;
- Qual o significado desta atividade de avaliação para o seu Processo de Trabalho;
- Como você vê o Programa de Desenvolvimento Gerencial que foi oferecido? O que este representou para o seu cotidiano de trabalho (no caso de ter participado);

#### **2.4 Momento de “Sair” do trabalho**

- O que é mais importante neste momento para você ;
- E porque;
- Como se sente, geralmente, nestes momentos;
- O que você, geralmente, pensa quando está saindo do trabalho;
- Existe algum preparo para o dia seguinte; quais, por quem são feitos e de que forma

### **3. SOBRE AS QUESTÕES DO “SER GERENTE”(diretor, coordenador, chefe, etc...)**

a) O que significa “Ser gerente” (ou a função que exerce no caso) para você?

b) O que você gosta e o que você não gosta de realizar como “Gerente”?

c) O que gostaria de realizar e ainda não realizou como Gerente e porquê?

d) Que possibilidades você vê de modificar o processo de trabalho do Gerente para melhorar a qualidade do seu trabalho e do processo gerado na Instituição?

e) O que tem feito para tornar ( essas realizações, possíveis e de que forma?



**ANEXO 5****Formulário para Registro das Notas da Pesquisadora**

<b>Universidade Federal de Santa Catarina –UFSC</b> <b>Departamento de Pós-graduação em Engenharia de Produção e de Sistemas</b>		
<b>Organização:</b>	<b>Sujeito (...):</b>	
<b>Local:</b>	<b>Data:</b>	<b>Horário:</b>
<b>Objetivo:</b>		
<b>NOTAS DA PESQUISADORA</b> (reflexões, notas teóricas, metodológicas e questões a serem melhor exploradas)		<b>ANÁLISE</b>