

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA

Lílian Weber

**SUBJETIVIDADE E TRABALHO:  
CHEFIAS INTERMEDIÁRIAS EM CONTEXTO HOSPITALAR**

Porto Alegre  
2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA

Lílian Weber

**SUBJETIVIDADE E TRABALHO:  
CHEFIAS INTERMEDIÁRIAS EM CONTEXTO HOSPITALAR**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientadora: Profa. Dra. Carmem Ligia Iochins Grisci

Porto Alegre

2008

## **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Dados internacionais de catalogação na Publicação (CPI)

### **Ficha elaborada pela Biblioteca da Escola de Administração – UFRGS**

W373s Weber, Lílian.

Subjetividade e trabalho : chefias intermediárias em contexto hospitalar / Lílian Weber. – 2008.

175f. ; il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Programa de Pós-graduação em Administração, 2008.

Orientadora: Profa. Dra. Carmem Lígia Iochins Grisci.

1. Administração de recursos humanos – Gestores. 2. Trabalho imaterial. 3. Subjetividade e trabalho. 4. Gestão hospitalar – Chefias intermediárias. 5. Prazer e sofrimento no trabalho. I. Título.

CDU 658.3

Dedico esta dissertação àqueles que se dispuseram a participar desta pesquisa, pois na confiança depositada mostram-se a si mesmos e revelaram solidariedade e afeto.

## **AGRADECIMENTOS**

O esforço de uma produção como uma dissertação não se faz sem ser acompanhado. Inúmeras pessoas fizeram parte deste percurso e, cada uma a seu modo, auxiliaram nesta construção. Na impossibilidade de nominá-las todas, menciono a professora Carmem, a mãe Regina e o Euler, imprescindíveis neste caminho. Também os professores Dário Frederico Pasche, Jaqueline Tittoni e Neusa Rolita Cavedon, componentes da banca avaliadora, cujas contribuições, desde a elaboração do projeto de pesquisa, enriqueceram o trabalho desenvolvido. Em nome deles, agradeço a todos pelo apoio recebido.

Esta pesquisa também contou com o apoio financeiro concedido pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

E aquilo que nesse momento se revelará aos povos  
Surpreenderá a todos, não por ser exótico  
Mas pelo fato de ter sempre estado oculto  
Quando terá sido o óbvio.

Caetano Veloso

## RESUMO

Esta dissertação busca compreender os modos de vivenciar e dar sentido à experiência de gestão de chefias intermediárias de um hospital universitário público. A pesquisa desenvolveu-se através de um estudo de caso no Hospital de Clínicas, no qual participaram 23 chefias intermediárias. A coleta de dados deu-se através da constituição de um grupo, no qual se propôs uma intervenção fotográfica; de entrevistas individuais semi-estruturadas; de fontes documentais; da observação direta e de conversas informais. A análise dos dados foi realizada à luz do referencial teórico, principalmente dos seguintes autores: Carapinheiro e Foucault em relação ao hospital; Campos e Mintzberg com relação à gestão; e Bauman e Hardt e Negri em relação à subjetividade. Os resultados da pesquisa indicam que não há um modo único de ser chefia intermediária no HC; que coexistem dois modos de gestão – público e privado – em constante tensão no hospital; que os modos de gestão configuram dilemas às chefias intermediárias; que a noção do trabalho imaterial é pertinente à realidade hospitalar. Neste campo múltiplo e heterogêneo se produzem subjetividades e vislumbram-se possibilidades de vivências de prazer e sofrimento no trabalho.

## **ABSTRACT**

This dissertation seeks to understand the ways of living and giving meaning to the administration experience of the intermediate managements of a public school-hospital in a daily basis. Research was developed through a case study at the Hospital de Clínicas, in which 23 intermediate managements participated. Data was collected by forming a group, in which a photographic intervention was proposed; through individual semi-structured interviews; through documental sources; through direct observation and informal conversations. Data analysis was achieved based on the pertinent theoretic referential, mainly of the following authors: Carapinheiro and Foucault as regards the hospital; Campos and Mintzberg as regards administration; and Bauman and Hardt and Negri as regards subjectivity. The results of this research indicate that there is no unique way of being an intermediate management at HC; that two administration manners coexist – public and private – in constant tension; that the administration manners form dilemmas to the intermediate managements; that the notion of the immaterial work is pertinent to the hospital reality. In this multiple and heterogeneous field subjectivities are generated and possibilities of experiencing pleasure and suffering at work appear.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fotografia 1 -	“A imensidão da nossa instituição” .....	45
Fotografia 2 -	O HC em construção .....	46
Fotografia 3 -	HC em 1970 .....	46
Figura 1 -	Quadro diretivo do Hospital de Clínicas .....	55
Figura 2 -	Organograma do Grupo de Enfermagem (GENF) do Hospital de Clínicas .....	57
Figura 3 -	Organograma da Vice-presidência Médica (VPM) do Hospital de .....	58
Figura 4 -	Organograma da Vice-presidência Administrativa (VPA) do Hospital de Clínicas .....	59
Figura 5 -	Organograma Gerência Administrativa/VPA do Hospital de Clínicas .....	60
Figura 6 -	O trabalho precarizado na relação com o SUS .....	72
Fotografia 4 -	Relação com o externo: possibilidades e barreiras .....	79
Figura 7 -	A cadeira da chefia .....	87
Figura 8 -	A mobilidade da chefia intermediária .....	88
Fotografia 5 -	Relações de passagem .....	102
Figura 9 -	Conexões possíveis .....	103
Fotografia 6 -	Acertar no alvo .....	104
Figura 10 -	Caminho fora dos protocolos .....	134
Figura 11 -	Estar chefia: uma condição sempre em revisão .....	135

Figura 12 -	Aceleração do tempo .....	138
Figura 13 -	Hipersolicitação no trabalho .....	138
Fotografia 7 -	“O dia de 30 horas” .....	138
Fotografia 8 -	Uma mirada para fora do HC: indissociação trabalho/não trabalho .....	140
Fotografia 9 -	Nosso trabalho, nossa mesa, nossa casa .....	142
Fotografia 10 -	Configurações e fluxos: caminhos a serem seguidos .....	143
Fotografia 11 -	A presença do imprevisível .....	144
Fotografia 12 -	Água e reconhecimento: elementos essenciais .....	145

## LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 1 -	Caracterização das chefias de seção e de serviço (VPA) e de unidade (GENF) do HC, em 2007 .....	24
Quadro 2 -	Características das chefias participantes do grupo de pesquisa .....	24
Quadro 3 -	Características das chefias intermediárias nas entrevistas individuais .....	24
Quadro 4 -	Distribuição geral das horas treinamento por área e ano .....	105
Gráfico 1 -	Horas treinamento das chefias de unidade (GENF), seção e serviço (VPA), de 2000 a 2006 .....	108
Gráfico 2 -	Horas treinamento por eixo temático e por área de atuação das chefias intermediárias, no período de 2000 a 2006 .....	110
Gráfico 3 -	Horas treinamento de chefias de unidade (GENF), por eixo temático, no período de 2000 a 2006 .....	111
Gráfico 4 -	Horas treinamento no eixo temático <i>Científico</i> – comparação entre as chefias intermediárias .....	112
Gráfico 5 -	Horas treinamento no eixo temático <i>Gestão de Pessoas</i> – comparação entre chefias intermediárias .....	113
Gráfico 6 -	Horas treinamento de chefias de seção (VPA), por eixo temático, no período de 2000 a 2006 .....	114
Gráfico 7 -	Horas treinamento no eixo temático <i>Operacional</i> – comparação entre as chefias intermediárias .....	115
Gráfico 8 -	Horas treinamento no eixo temático <i>Ferramentas Gerenciais Administrativas</i> – comparação entre chefias intermediárias ....	115
Gráfico 9 -	Horas treinamento de chefias de serviço (VPA), por eixo temático, no período de 2000 a 2006 .....	116

## **LISTA DE SIGLAS**

AC – Administração Central  
CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes  
CGP – Coordenadoria de Gestão de Pessoas  
E – Entrevistado  
FG – Função gratificada  
GENF – Grupo de Enfermagem  
GPPG – Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação  
HC – Hospital de Clínicas  
PG – Participante do grupo  
SIPAT – Semana Interna de Prevenção de Acidentes no Trabalho  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
VPA – Vice-presidência Administrativa  
VPM – Vice-presidência Médica

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
1.1.	OBJETIVOS .....	19
1.1.1.	<b>Objetivo Geral</b> .....	19
1.1.2.	<b>Objetivos Específicos</b> .....	<b>20</b>
<b>2.</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>22</b>
2.1.	MÉTODO .....	22
2.2.	PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	23
2.3.	COLETA DE DADOS .....	25
2.3.1.	<b>Grupo</b> .....	26
2.3.2.	<b>Intervenção fotográfica</b> .....	<b>29</b>
2.3.3.	<b>Entrevistas individuais semi-estruturadas</b> .....	<b>35</b>
2.3.4.	<b>Fontes documentais</b> .....	<b>37</b>
2.3.5.	<b>Observação direta e conversas informais</b> .....	<b>37</b>
2.4.	ANÁLISE DOS DADOS .....	37
<b>3.</b>	<b>O HOSPITAL</b> .....	<b>39</b>
3.1.	UMA BREVE HISTÓRIA DO HOSPITAL EM GERAL E DO HC EM PARTICULAR .....	39
3.1.1.	<b>O hospital em geral</b> .....	<b>39</b>
3.1.2.	<b>O HC: da concepção à estrutura arquitetônica atual</b> .....	<b>41</b>
3.1.3.	<b>O HC: estrutura profissional</b> .....	<b>48</b>
<b>4.</b>	<b>A GESTÃO</b> .....	<b>63</b>
4.1.	A DINAMIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM GERAL E NO HC EM PARTICULAR .....	63
4.1.1.	<b>O Sistema Único de Saúde</b> .....	<b>63</b>
4.1.2.	<b>O Sistema Único de Saúde e a gestão hospitalar</b> .....	<b>66</b>
4.1.3.	<b>O HC: expressões cotidianas de uma “gestão pública”</b> .....	<b>69</b>
4.2.	A SAÚDE COMO NEGÓCIO .....	74
4.2.1.	<b>O hospital como empresa</b> .....	74
4.2.2.	<b>O HC: expressões cotidianas de uma “gestão privada”</b> .....	<b>78</b>
4.3.	O GERENTE HOSPITALAR .....	81
4.3.1.	<b>As chefias intermediárias</b> .....	<b>84</b>

4.3.2.	<b>O HC e as estratégias de enfrentamento do cotidiano: a visibilização do conflito entre os diferentes e sua invisibilização entre os iguais .....</b>	<b>85</b>
4.3.3.	<b>O HC e a capacitação das chefias intermediárias .....</b>	<b>105</b>
5.	<b>A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES .....</b>	<b>119</b>
5.1.	TRABALHO, GESTÃO E SUBJETIVIDADE NA CONTEMPORANEIDADE .....	119
5.2.	O TRABALHO EM SAÚDE: IMPREVISIBILIDADES E A DISTÂNCIA ENTRE O PRESCRITO E O REAL .....	127
5.3.	CHEFIAS INTERMEDIÁRIAS: VIVENCIAR E DAR SENTIDO ÀS EXPERIÊNCIAS NO HC .....	129
6.	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>142</b>
	REFERÊNCIAS .....	152
	ANEXO A – A construção da problemática: contribuições do grupo piloto .....	158
	ANEXO B – Convite às chefias intermediárias para participação na pesquisa .....	171
	ANEXO C – Modelo do Termo de Consentimento Informado .....	173

## 1. INTRODUÇÃO

A temática apresentada nesta dissertação – trabalho, gestão e subjetividade – vincula-se ao percurso da autora em sua formação e atuação profissional como psicóloga inserida na área de Gestão de Pessoas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre<sup>1</sup>.

O trabalho então desenvolvido nominava-se “consultoria interna”. Através dele um grupo de chefias intermediárias encontrava um espaço para problematização e compreensão de aspectos da dinâmica organizacional cujo ponto de partida eram as atividades de planejamento, implementação e acompanhamento de ações de seleção, capacitação e desenvolvimento. As chefias intermediárias compartilhavam suas experiências vivenciadas como sofrimento e traduzidas por expressões como sobrecarga, correria, problemas, apagar incêndio, cansaço, estar na corda bamba, dores nas costas, depressão, etc.

Do trabalho de consultoria realizado e da convivência continuada brotou o sentido de complexidade que permeia tal posição na organização. Complexidade esta que tem sido pouco explorada e que em sua especificidade o referencial teórico visitado não tem logrado abarcar. Os trabalhos encontrados primavam pelas competências gerenciais necessárias para a administração hospitalar (FAINGLUZ, 2001) e pelas formas de administrar o próprio trabalho como gerentes em hospitais (SANTOS, 1999). Entretanto, tais enfoques não apaziguavam as inquietações que emergiam e impulsionaram ao esforço de produção desta dissertação que se direciona à compreensão das tramas envolvidas no cotidiano das chefias intermediárias, em seus modos de ser e viver. Sendo assim, esta pesquisa objetivou ser um veículo de visibilidade ao trabalho realizado pelas chefias intermediárias do Hospital de Clínicas (HC). Tal visibilidade se concretizou, também, a partir de uma série de imagens, fotográficas ou metafóricas, que compõem esta pesquisa.

---

<sup>1</sup> O Hospital contratou um trabalho de marketing que propôs a nomenclatura Hospital de Clínicas, ou apenas Clínicas, como é conhecido na comunidade, buscando reforçar sua marca. Utilizar-se-á, portanto, esta denominação.

É importante salientar que o termo chefia, embora tenda ao desuso na atual literatura sobre gestão, será utilizado nesta dissertação por ser usual no HC. O termo gerente aparecerá como um equivalente de uso mais universal.

A esta dissertação antecedeu um período de incerteza acerca da implicação da pesquisadora, também funcionária do hospital embora afastada durante o período da realização da pesquisa. Outras experiências neste sentido, como a descrita por Silva (2002), alertavam para possíveis dificuldades relativas à hostilidade, uma vez que “ser de casa nem sempre é confortável, a falta de cerimônia pode ser algo desconcertante” (SILVA, 2002, p. 125). Entretanto, sobressaía o questionamento não pela resistência, mas, ao contrário, pela liberdade e, até mesmo, por certa intimidade que havia se constituído em algumas relações de consultoria.

Manteve-se em aberto a questão da implicação durante todo processo de pesquisa e a relação estabelecida mostrou ao mesmo tempo força e fragilidade. Os temores advindos da experiência de Silva não se concretizaram. Ao contrário, a pesquisadora encontrou solicitude e obteve apoio. Este fato pôde ser compreendido posteriormente como um dos modos de trabalhar das chefias intermediárias do HC, que é perpassado pelos vínculos pessoais, conforme se detalhará mais adiante.

Outra parte da receptividade à pesquisa é creditada à sua problemática, sua relevância e ao interesse em dar visibilidade a questões que mesmo estando presentes permanecem “ocultas” nas vivências cotidianas. Diante disso, é preciso de imediato considerar o panorama a seguir.

Na atualidade, os serviços de saúde são considerados como atividades imprescindíveis para a vida em sociedade. A organização dos sistemas de saúde é regida, dentre outros fatores, pelo direcionamento estatal. Em alguns países, observa-se um forte controle do Estado sobre o setor, enquanto em outros, constata-se a delegação de certa autonomia e maior privatização do setor.

No Brasil, há um misto destas tendências. Existe, desde o movimento que foi denominado de Reforma Sanitária, nos anos 1970 e, principalmente após a Constituição Federal de 1988, com implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma forte preocupação com a universalização do acesso à saúde. O setor público tem sido o maior investidor na área da saúde, embora o setor privado tenha conquistado seu lugar (SILVA, 2004).



Tanto na esfera pública, quanto na privada, o sistema de saúde no Brasil está embasado em uma cultura hospitalocêntrica, prevalecendo as ações curativas e medicamentosas em detrimento à ação preventiva. Constata-se que o hospital está presente em cidades, vilas e até mesmo em alguns povoados configurando-se como o núcleo do sistema. E, mesmo se diferenciando em tamanho, capacidade de atendimento e grau de complexidade, ele tem materializado a experiência humana de viver a doença (SILVA, 2004; PIRES, 1998; PITTA, 1994).

Neste contexto, o hospital tem sido objeto de inúmeros estudos que envolvem: a) os pacientes, seus tratamentos e sua relação com a equipe de profissionais da saúde; b) as práticas médicas mais eficientes e eficazes; c) o controle de infecções; d) estudos sobre a organização hospitalar como espaço de disciplinamento, onde interatuam relações de poder-saber, saúde-doença, objetificação do paciente *versus* humanização da assistência. O hospital também tem sido alvo de interesse enquanto espaço de trabalho que, paradoxalmente ao seu produto (saúde), tem produzido condições potenciais de adoecimento dos trabalhadores.

Mais recentemente, as características do hospital enquanto empresa têm despertado o interesse, impulsionando estudos sobre planos estratégicos, sistemas de informação, redução de custos, etc. Esta perspectiva está atrelada à configuração contemporânea de alta exigência por resultados positivos (lucros) para sobrevivência das empresas em um mercado global cada vez mais competitivo.

A prestação da assistência em saúde envolve um consumo intenso de mercadorias, o que a coloca em uma situação mercantil muito específica. Os altos custos desta produção passam a ser inviáveis, obrigando os gerentes a recorrerem a alternativas amplamente utilizadas em outros setores da economia, como a introdução de inovações tecnológico-organizacionais; a redução da força de trabalho; a redução de salários; a precarização das relações de trabalho; a terceirização em algumas áreas, entre outras (PIRES, 1998).

Segundo Pires (1998), quando essas medidas não são suficientes, o serviço pode fechar suas portas, o que ocorre com mais frequência na esfera privada, ou receber uma injeção de verbas do governo. A responsabilidade para a manutenção de serviços recai sobre a sociedade em geral e para os governos, em particular. Desta forma, o Sistema Único de Saúde tem trabalhado com alternativas aos desfechos mencionados. Para tanto, propõe a criação de novas organizações no

contexto da construção/reorganização do cuidado em rede como, por exemplo, as unidades mistas e os hospitais de pequeno porte.

Os gerentes de hospitais públicos têm buscado alternativas para sobrevivência das organizações e manutenção do seu nível de qualidade. Desta forma, encontram-se diversos hospitais que atendem tanto pacientes do SUS, como conveniados e particulares. Estes geram, conforme os defensores da proposta de abertura dos hospitais públicos a outros convênios, uma fonte de renda que pode se reverter em investimentos no próprio hospital, tornando-o apto ao mercado competitivo. Esta é uma das estratégias possíveis. Talvez a mais visível. O que muitas vezes se apresenta invisibilizado neste processo de tornar-se competitivo é o seu impacto no cotidiano e na organização do trabalho, assim como as consequências nos modos de trabalhar.

Na especificidade do HC, constata-se que tais mudanças têm afetado a todos trabalhadores. Mas as chefias intermediárias passaram a ocupar um lugar destacado, tendo em vista que para seguirem as orientações da cúpula diretiva, devem não apenas administrar de forma eficiente, como também estimular e liderar sua equipe de trabalho para mobilização frente às novas demandas. Sobre elas recaiu, então, a responsabilidade pela execução do projeto de alcançar “as metas”. Portanto, transformou-se o ritmo de trabalho das chefias que foram obrigadas a sair de uma zona de relativo conforto e lidar com as adversidades do mercado em nome da sobrevivência.

Devido à posição ocupada no organograma, estas chefias sentiam-se duplamente pressionadas, remetendo à noção que o senso comum popularizou como “sanduíche”. Esta posição tem sido considerada de vulnerabilidade com relação ao impacto do discurso da empresa. O gerente é aquele que deve encabeçar as propostas e levar sua equipe aderir a elas. Apesar de gozar de maior *status* perante os subordinados, as chefias intermediárias não usufruem de liberdade de ação nem autonomia, em virtude de estarem também subordinados a um nível superior na hierarquia da organização.

Estudos realizados com gerentes intermediários apontam que estes realizam, na maioria das vezes, tarefas de menor objetivação; não contam com uma figura de apoio na pessoa do superior hierárquico, tampouco podem recorrer a mecanismos de resistência como o absenteísmo ou a busca no coletivo do sindicato e/ou

associações de funcionários. A relação com seus pares é aparentemente harmoniosa, pois faz parte de seu papel evitar, prevenir e antecipar qualquer tipo de conflito. Entretanto seu cotidiano é carregado pela competição velada. Ao invés do confronto direto diz-se que cada um está buscando a auto-superação, que individualiza a busca pelo crescimento. Com isso, o gerente intermediário é colocado em uma posição isolada, solitária (LIMA, 1995; ALMEIDA, 2006).

Esta “posição de intermediário” preserva semelhanças nos mais diversos setores da economia. O hospital, contudo, adiciona-lhe outros fatores que o singularizam. Há para a chefia intermediária hospitalar a necessidade de compatibilizar as esferas assistencial e administrativa que, embora indissociáveis, têm sido, muitas vezes, tratadas de forma distinta. O objetivo final da organização de saúde é o atendimento ao paciente. Entretanto, as limitações orçamentárias, de pessoal e de estrutura impõem aos gerentes a difícil tarefa de decidir para que lado a balança penderá. Também cabe ao gerente hospitalar gerenciar múltiplas demandas originadas dos diversos profissionais com os quais atua. A maioria dos profissionais da saúde, como constatado na realidade do HC, desconhecem diretrizes e normas gerais da organização, bem como projetos estratégicos, metas e orçamento. Andar na trilha do prescrito e fazer caminhar os demais por este caminho cabe, via de regra, ao gerente.

Outro aspecto relevante na atuação em hospitais diz respeito à hegemonia médica. O médico é o elemento central do processo assistencial e é quem dispara e comanda o processo de trabalho em saúde. Segundo Carapinheiro (2005), dentre os conflitos existentes no hospital, a maior parte deles remete à divergência entre administradores e médicos. Há uma duplicidade no comando, sendo um formal e outro não, e um sentido de submissão de uma dada área do conhecimento em detrimento a outra.

Este é o panorama geral que constitui a base desta dissertação. Tendo-o como pano de fundo, realizou-se um estudo piloto durante o processo de construção do projeto desta pesquisa e a partir dele foram elaboradas as seguintes questões norteadoras.

- Que implicações tem a formação para a atuação do gerente hospitalar?
- Que efeitos o tempo acarreta para a chefia intermediária do hospital?

- Como a chefia intermediária se sente em relação às esferas formais (superiores e subordinados) e informais (médicos) de poder?
- O que é percebido como sucesso e como fracasso nas práticas laborais da chefia intermediária do hospital?
- Que dilemas a chefia intermediária de um hospital público enfrenta no dia-a-dia do trabalho?
- A organização do trabalho permite expressões de medo e de solidariedade nas práticas laborais cotidianas da chefia intermediária no hospital? Como elas se fazem notar?
- Quais as especificidades de ser gerente em uma organização hospitalar? Qual o efeito em si de gerir processos cujo fim impacta assistência à saúde/à vida?
- Quais são os riscos das surpresas que se colocam no percursos das chefias intermediárias?

Esses questionamentos constituíram a base para a seguinte questão de pesquisa: como as chefias intermediárias de um hospital universitário público vivenciam e dão sentido às suas experiências de gestão no cotidiano de trabalho?

Para respondê-la foram propostos os objetivos geral e específicos conforme apresenta-se a seguir.

## 1.1. OBJETIVOS

### 1.1.1. Objetivo Geral

Esta pesquisa teve como objetivo analisar como as chefias intermediárias de um hospital universitário público vivenciam e dão sentido às suas experiências de gestão no cotidiano de trabalho.

### 1.1.2. Objetivos específicos

- Contextualizar o HC desde uma perspectiva histórica;
- Caracterizar o perfil das chefias intermediárias do HC;
- Analisar o conteúdo das capacitações que foram oferecidas às chefias nos últimos anos;
- Comparar a vivência das chefias intermediárias com relação à atuação nas áreas administrativa e assistencial, com relação à formação acadêmica e ao cargo ocupado (chefia de unidade, seção e serviço);
- Verificar que situações são vivenciadas pelas chefias intermediárias como de “sucesso” e de “fracasso” no cotidiano de trabalho;
- Apreender os dilemas com que as chefias intermediárias se deparam em sua prática cotidiana;
- Analisar a relação do trabalho das chefias intermediárias neste hospital com o sistema de saúde.

Buscando coerência com a questão de pesquisa e os objetivos apresentados, optou-se por apresentar de modo associado em cada capítulo a revisão da literatura, bem como os resultados da pesquisa e sua análise. Deste modo, encontrar-se-ão cinco capítulos assim denominados:

1) Procedimentos metodológicos ou a aproximação do campo. Este capítulo apresentará o método utilizado, os participantes da pesquisa, a coleta e a análise dos dados. Os procedimentos foram delineados com base, principalmente, nos seguintes autores: Jaqueline Tittoni e Vanessa Maurent (2007); Maria Cecília de Souza Minayo (2001); Regina Benevides de Barros (2007); Robert Yin (2001).

2) O hospital. Este capítulo abordará o hospital propriamente dito, seu percurso histórico e suas estruturas que servirão para elucidar as discussões posteriores. As análises estão fundamentadas principalmente nos referenciais teóricos dos seguintes autores: Ana Lúcia Abrahão da Silva (2004); Gastão Wagner de Sousa Campos (1997); Graça Carapinheiro (2005); Henry Mintzberg (2003); Michel Foucault (2000).

3) A gestão. Este capítulo abordará o gerenciamento da organização hospitalar inserida no sistema de saúde e a figura do gerente neste contexto, realizando paralelos entre a vivência das chefias intermediárias no HC e as perspectivas

teóricas fundamentadas principalmente nos seguintes autores: Graça Carapinheiro (2005); Gastão Wagner de Sousa Campos (2005); Gastão Wagner de Sousa Campos e Márcia Amaral (2007); Henry Mintzberg (2003); Luiz Carlos de Oliveira Cecílio (2002).

4) A produção de subjetividades. Este capítulo enfocará as inter-relações entre trabalho, gestão e subjetividade na contemporaneidade, bem como as vivências e os sentidos produzidos pelas chefias intermediárias em seu cotidiano laboral no HC. São referenciais teóricos para as análises os seguintes autores: Christophe Dejours (1999); David Harvey (1993); Denise Sant'Anna (2005); Michel Hardt e Antonio Negri (2005); Peter Pelbart (2003); Richard Sennett (2001; 2003); Zygmund Bauman (2003; 2005; 2007; 2008).

5) Considerações finais. Neste capítulo serão apresentadas as principais discussões emergentes no trabalho de pesquisa, bem como apresentadas as limitações e indicações para novas pesquisas.

A apresentação dos capítulos foi pensada de modo a permitir ao (à) leitor(a) uma compreensão das vivências e dos sentidos que o trabalho adquire para as chefias intermediárias do HC. Impôs-se, assim, uma escrita que aproximasse literatura e empiria, favorecendo diálogos em cada capítulo e propiciando estabelecer a discussão ao longo da dissertação.

## 2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 2.1. MÉTODO

A presente pesquisa desenvolveu-se na modalidade de um estudo de caso (YIN, 2001; LAVILLE e DIONE, 1999). O estudo de caso tem sido indicado para investigações de cunho explanatório, que visem responder a questões do tipo “como” e “por que” e que representem acontecimentos aos quais o pesquisador tem pouco ou nenhum controle (YIN, 2001).

No que diz respeito à aproximação do campo, cabe dizer, de imediato, que o HC é um hospital geral público, de direito privado, universitário, de grande porte e alta complexidade. O HC tem uma história de 36 anos de existência e mais outros 30, considerando-se o tempo de seu planejamento e construção. É uma longa história, que se revela curta quando comparada à trajetória que as organizações hospitalares percorreram ao longo dos anos. A história do HC não se dissocia da produção dos atuais modos de trabalhar e de ser das chefias intermediárias do hospital.

Um grupo de chefias intermediárias do HC colaborou para a elaboração do projeto da presente pesquisa, na qualidade de participante de um grupo piloto que teve como objetivo conhecer quais questões eles próprios se faziam neste lugar de chefia. Contatou-se com a Coordenadoria de Gestão de Pessoas (CGP) do Hospital, que autorizou a reunião e disponibilizou sala, bem como auxiliou na definição de melhor dia da semana para a reunião e na seleção dos participantes, buscando a heterogeneidade do grupo proposto, critério definido pela pesquisadora. Este grupo foi definido partindo-se de uma listagem de todos os funcionários do hospital que recebiam função gratificada de chefia de unidade, seção ou de serviço. A heterogeneidade referia-se ao sexo, tempo de trabalho no hospital, formação profissional e área de atuação (Vice-presidência Administrativa – VPA, ou Grupo de Enfermagem – GENF). Foram selecionadas 20 chefias, prevendo um percentual de

ausência, de modo que o grupo pudesse contar com oito a doze participantes nesse formato piloto.

Propôs-se, na ocasião, uma atividade de recorte-colagem de figuras de revistas, de forma que os participantes pudessem elaborar cartazes sobre “o que entendiam por ser chefia no hospital”<sup>2</sup>. Após a confecção dos cartazes os sub-grupos apresentaram e discutiram as suas opiniões. O grupo-piloto mostrou-se importante na indicação de algumas pistas que resultaram na elaboração do projeto de pesquisa que foi submetido à apreciação do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do Hospital de Clínicas e, em 08 de maio de 2007, foi autorizado sob protocolo número 07151.

## 2.2. PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da presente pesquisa chefias intermediárias do HC cuja posição no organograma é de gerência média. Estas chefias têm sua função formalizada através do pagamento de um abono salarial denominado de “função gratificada” (FG).

Todos os participantes são funcionários contratados do HC, uma vez que esta é uma particularidade que se faz presente no modo de relacionamento com a organização. Deste modo, privilegiou-se as chefias de serviço e de seção da área administrativa (VPA), bem como as chefias de unidades da área da enfermagem (GENF). No quadro 1, a seguir, serão apresentadas as características gerais das chefias intermediárias da VPA e do GENF do HC. As características específicas dos participantes da pesquisa serão apresentadas nos quadros 2 e 3.

---

<sup>2</sup> Em anexo encontram-se os cartazes produzidos, os comentários dos participantes e as análises realizadas à época da elaboração do projeto de pesquisa (ANEXO A).



**Quadro 1: Caracterização das chefias de seção e de serviço (VPA) e de unidade (GENF) do HC, em 2007**

ÁREA	Funcionários com FG				FAIXA ETÁRIA	FORMAÇÃO	TEMPO DE HOSPITAL
VPA	Serviço		Seção		27 a 61 anos	Nível superior – formações diversas	2,5 a 35 anos
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino			
	07	17	11	20			
	24		31				
	Total: <b>55</b>						
GENF	Unidade				28 a 56 anos	Enfermagem	4,5 a 31 anos
	<b>36 mulheres</b>						

Fonte: Coordenadoria de Gestão de Pessoas, HC

**Quadro 2: Características das chefias participantes do grupo de pesquisa**

IDENTIFICAÇÃO	Sexo	FG	ÁREA
PG1	M	Serviço	VPA
PG2	F	Serviço	VPA
PG3	F	Unidade	GENF
PG4	M	Seção	VPA
PG5	F	Unidade	GENF
PG6	F	Serviço	VPA
PG7	M	Seção	VPA
PG8	F	Unidade	GENF
PG9	F	Seção	VPA
PG10	F	Seção	VPA
PG11	F	Seção	VPA

**Quadro 3: Características das chefias intermediárias entrevistadas individualmente**

IDENTIFICAÇÃO	Sexo	FG	SETOR
E1	M	Serviço	VPA
E2	F	Serviço	VPA
E3	F	Unidade	GENF
E4	F	Unidade	GENF
E5	F	Unidade	GENF
E6	F	Unidade	GENF
E7	F	Unidade	GENF
E8	M	Serviço	VPA
E9	F	Serviço	VPA
E10	M	Serviço	VPA
E11	M	Serviço	VPA
E12	F	Unidade	GENF

Cabe ressaltar que do total das 23 chefias participantes da pesquisa, 11 integraram o grupo e 12 foram entrevistadas individualmente, todas em caráter voluntário. Os participantes representam 25% das 91 chefias que receberam um convite via e-mail corporativo (ANEXO B) que deu seqüência à apresentação do projeto de pesquisa em reuniões realizadas no GENF (31/05/2007) e na VPA (19/06/2007). O convite enviado suscitou respostas de interesse acompanhadas de justificativa de impossibilidade de participação no grupo e 11 respostas positivas que resultaram efetiva participação no grupo. Visando preservar a identificação dos participantes, suas falas serão identificadas, quando necessário, pelas letras PG seguidas de um número de 1 a 11 para os participantes do grupo; e pela letra E seguida de um número de 1 a 12 para os entrevistados individualmente.

Além das chefias intermediárias entrevistadas individualmente, foi entrevistado o vice-presidente administrativo, com o objetivo de obter algumas informações gerais sobre o funcionamento do hospital. Estas informações serão identificadas por sua fonte, com a autorização do mesmo.

### 2.3. COLETA DE DADOS

As informações para a presente pesquisa foram obtidas a partir de diversas fontes. Segundo Yin (2001), a qualidade de um estudo de caso pode estar atrelada às suas “fontes de evidência”. Este autor defende que as mesmas sejam múltiplas, permitindo ao pesquisador o acesso a uma ampla diversidade de questões.

Desta forma, constituíram-se como fontes de dados para esta pesquisa: grupo; intervenção fotográfica; entrevistas individuais semi-estruturadas; e fontes documentais, sobretudo dados disponibilizados através de sistema informatizado. Foram, também, realizadas observações e conversas informais que auxiliaram a integrar e dar consistência aos conteúdos. Estas múltiplas entradas constituíram-se como oportunidades de estar no Hospital e em contato com o objeto da pesquisa, e aconteceram no período de maio de 2007 a janeiro de 2008.

### 2.3.1. Grupo

O grupo, na presente pesquisa, foi escolhido por sua potência criadora. De modo geral, os grupos

[...] des-essencializados, levados ao limite de sua forma, criam passagens para o plano coletivo, plano público, plano de produção de subjetividades. Mergulhados neste plano, os indivíduos experimentam o que está para quem e além de si, podendo, então, outrar-se, (re)inventar-se (BARROS, 2007, p. 23).

O grupo constituiu-se como espaço privilegiado para a discussão das vivências e dos sentidos produzidos no cotidiano de trabalho das chefias intermediárias no HC. Compreende-se, tal qual o fazem Tittoni e Nardi (2006, p. 277), que na análise dos modos como os sujeitos vivenciam suas experiências de trabalho e a elas dão sentido está imbricada a relação entre trabalho e subjetividade. E a subjetividade implica relações, pois a “subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social” (GUATTARI e ROLNIK, 1986, p. 31)

As relações estabelecidas na interação grupal (re)produzem outras relações sociais, nas quais as chefias estão inseridas. O grupo mostrou-se como uma possibilidade para a problematização e composição de uma análise a partir das semelhanças e diferenças em debate entre os participantes da pesquisa.

Como referido anteriormente, o convite para integrar o grupo foi feito a todas as chefias com as características definidas para esta pesquisa, em mensagem eletrônica ao e-mail corporativo. Na mensagem-convite constavam as datas, os horários e locais dos oito encontros previstos. Embora este formato pré-determinado implicasse repercussões para o acontecer grupal, havia que se trabalhar com as limitações próprias do processo de pesquisa. Estas limitações diziam respeito sobretudo ao tempo da produção da pesquisa em si, bem como demandas dos participantes que precisavam organizar suas agendas, visto que o grupo estava sendo proposto em horário de trabalho dos mesmos. Da mesma forma que a configuração, o conteúdo das discussões também foi esboçado anteriormente. A partir do grupo piloto foram elaboradas questões norteadoras que, associadas ao referencial teórico, geraram pistas e um pré-roteiro para trabalhar junto ao grupo. Entretanto, este foi flexível, sofrendo reformulações conforme o andamento do grupo, que seguiu em ritmo próprio.

Os encontros aconteceram em uma sala de aula no próprio Hospital, disponibilizada pela CGP, onde geralmente ocorrem treinamentos, adequada à atividade de grupo. A princípio estava prevista a ocorrência de oito encontros, mas um (o que seria o quinto) foi cancelado, pois vários participantes avisaram com antecedência que não poderiam comparecer. Desta forma, foram realizados sete encontros, com uma hora e meia de duração cada um, a cada semana. Participaram do grupo 11 chefias no total, embora nem sempre estivessem todos no mesmo encontro. Duas chefias PG1 e PG8, participaram de apenas um encontro. Desta forma, o grupo contou com, em média, cinco participantes por encontro.

O primeiro encontro aconteceu no dia 29 de junho de 2007. Neste momento, retomou-se com os presentes a proposta da pesquisa, leu-se em conjunto o termo de consentimento esclarecido (ANEXO C) e abriu-se para os questionamentos e resolução das dúvidas. Foi garantido o sigilo das informações individuais e que pudessem comprometer o anonimato dos participantes, bem como foi combinado que as reuniões seriam gravadas, seu conteúdo transcrito e, posteriormente, as fitas seriam destruídas. Nesta ocasião também discutiu-se sobre as expectativas dos participantes quanto à pesquisa e, mais especificamente, à sua participação no grupo. A maioria dos presentes comentou que considerou interessante a proposta, que seria um espaço para refletir sobre a função de chefia, para além das questões operacionais do dia-a-dia. Afirmaram que esperavam aprender um pouco mais e pensar em alternativas para situações do cotidiano. Além disto, disseram que estavam ali para contribuir com a pesquisadora. No decorrer dos encontros do grupo, esta afirmação foi mostrando-se de grande relevância, por ser um importante modo de trabalho e de relação entre as chefias intermediárias. Esta análise será apresentada e aprofundada mais adiante. Os participantes, ao trazerem suas expectativas, passaram a falar sobre seu trabalho mobilizando a discussão que perdurou o restante do tempo do primeiro encontro.

No segundo encontro, repetiu-se, embora com brevidade, o procedimento de esclarecimentos e expectativas com três participantes que estavam ingressando. Até o terceiro encontro pessoas novas ingressaram, e assim este procedimento tornou a acontecer, porém de forma mais individualizada, visto que apenas uma pessoa ingressou nesta etapa.

No segundo encontro foram levadas pela pesquisadora algumas imagens escolhidas pelos participantes no grupo do estudo piloto, como forma de seguir as “pistas” levantadas naquele momento ou buscar outras formas de compreendê-las. Para tanto, as figuras foram distribuídas entre os participantes, divididos em duplas. Inicialmente, eles discutiram entre si e depois com o grupo todo. Alguns participantes do piloto estavam presentes, mas não lembravam com exatidão o que havia sido indicado para cada figura. Desta forma, as imagens propostas foram alvo de novos olhares e disparadoras de um rico debate que tomou conta deste e do terceiro encontro, quando, ao final, foi proposto o trabalho com fotografia. Este, por sua relevância, será apresentado em item específico. Cabe salientar aqui, entretanto, que o trabalho de intervenção fotográfica produziu efeitos interessantes e que foi o fio condutor para as discussões nos encontros subseqüentes do grupo. Sendo assim, no quarto, quinto e sexto encontros os participantes apresentaram e debateram sobre temas pertinentes à sua produção.

O sétimo encontro foi reservado para a realização do encerramento. As fotografias, que haviam sido trabalhadas “verticalmente”, através da apresentação de cada participante, foram analisadas “horizontalmente” pelo total dos participantes do grupo. Montou-se um painel com todas as fotografias de todos participantes. Solicitou-se que eles as analisassem em seu conjunto. Após o debate, foi destinado um momento para comentários e análises do percurso do grupo.

O grupo foi considerado como um espaço de “poder falar”, como “possibilidade de apoio”. Disseram que o grupo os aproximou, pois alguns não se conheciam, outros tinham pouco contato e mesmo aqueles que já tinham maior convivência passaram a “cuidar mais uns dos outros”. Assim, o grupo, mesmo com contornos definidos, como o proposto nesta pesquisa, se desvelou como uma intervenção, como uma possibilidade de efeitos inesperados.

Neste encontro de encerramento, foi retomado com os participantes que seriam realizadas entrevistas individuais com outras chefias que não participaram do grupo e que após a realização das mesmas seria agendado um novo encontro, no fim do ano, para realizar a validação de todo conteúdo produzido.

A reunião de validação ocorreu em 07 de dezembro de 2007. Todos os participantes foram comunicados por e-mail, e quatro deles compareceram. O

conteúdo foi apresentado e discutido. Algumas interpretações foram confirmadas e a algumas revisões foram sugeridas.

### 2.3.2. Intervenção fotográfica

A utilização da fotografia como recurso metodológico vem crescendo nas ciências humanas em geral (TITTONI e MAURENT, 2007). Entretanto, muitos pesquisadores ainda a utilizam de forma meramente ilustrativa (ACHUTTI, 2004). A proposta deste autor, situada no campo da antropologia, é compor narrativas completas através das fotografias, a chamada fotoetnografia. Achutti (2004, p. 72) defende que

[...] a fotografia possa ser aceita como mais um meio de produção de idéias, de produção de sentido, para contar o cotidiano do Homem e a vida no mundo contemporâneo. Conquista que não se faz sem enfrentar a resistência dos defensores da ordem científica, aqueles que acreditam somente na palavra escrita.

Neste sentido, Tittoni e Maurent (2007) afirmam que a intervenção fotográfica é importante recurso na produção do conhecimento e a busca de sua legitimidade na esfera acadêmica visa, justamente, reintegrar ao processo científico outras visibilidades e um pouco da sensibilidade da experiência, que a racionalidade moderna esforçou-se por retirar da atividade de pesquisa. Salientam esta importância sobretudo pela possibilidade de evidenciar jogos de poder e processos de subjetivação. A fotografia “dá acesso a um modo inédito de ver a realidade. [...] a fotografia mostra o mundo de uma maneira invisível a olho nu, permite ver coisas normalmente não vistas” (MAURENT, 2005, p. 29).

Teóricos e críticos da fotografia debatem o seu *status*. Por um lado, situa-se a vertente de cunho mais positivista, para a qual a imagem fotográfica é compreendida como cópia do real. Por outro lado, a fotografia tomada como possibilidade de interpretação do real (MAURENT, 2005). Dubois (2007) propõe essa discussão através de um percurso histórico, articulado em três tempos, no qual uma ou outra ênfase mostrou-se predominante. O primeiro momento caracteriza-se pela “fotografia como espelho do real”, como algo puramente mecânico, independente do

humano, usada como documento. O segundo momento marca um movimento de oposição à primeira vertente. Denominando-o de “a fotografia como transformação do real”, Dubois (2007) explica que este momento se caracterizou por ser desconstrutor das propostas anteriores, considerando a fotografia falha para representar o real. A imagem fotográfica seria compreendida, então, como “eminentemente codificada, sob todos os tipos de pontos de vista: técnico, cultural, sociológico, estético, etc.” (DUBOIS, 2007, p. 37). A fotografia perderia o caráter de ser realista por essência. No terceiro momento, a fotografia caracteriza-se como “traço de um real”. Conforme Dubois (2007, p. 53), há um certo retorno ao referente, mas “livre da obsessão do ilusionismo mimético”. A fotografia, tomada como índice, está ligada ao referente, lhe é inseparável, mas não tem significação nela mesma. “A foto-índice afirma a nossos olhos a existência do que ela representa [...] mas nada nos diz sobre o sentido dessa representação; ela não nos diz ‘isso quer dizer aquilo’” (DUBOIS, 2007, p. 52). E assim afirma Achutti (2004, p. 71): “de fato, fotografar não é apenas refletir a realidade, é também reflexionar sobre ela e nela refletir-se”.

Nesta pesquisa, seguiu-se a proposta de Tittoni e Maurent (2007), que compreendem como intervenção fotográfica as possibilidades de introdução da fotografia em pesquisas. Segundo as referidas autoras, “‘intervenção fotográfica’ [é] este amplo campo de possibilidades de produzir fotografias a partir de uma questão da pesquisa, que envolve o processo de produção da fotografia e sua análise, tomando o ato de fotografar e a fotografia como elementos de um mesmo processo” (TITTONI e MAURENT, 2007, p. 37). Trata-se de abordar o “ato fotográfico” (DUBOIS, 2007). E este ato consiste de escolhas e é caracterizado como momento de criação. Para tanto, há um espaço de reflexão. E, ao ser inserido no contexto de pesquisa, propõe-se o exercício de “fotografar para pensar” (TITTONI e MAURENT, 2007, p. 36).

Desta forma, a fotografia mostra-se com potencialidade pela produção da fotografia em si e pela definição das imagens produzidas. Em pesquisas sobre o trabalho que utilizaram a fotografia, percebeu-se que a solicitação para a realização das mesmas levou os participantes a uma reflexão sobre o tema, seus elementos, seus processos, suas produções. Da mesma forma, a fotografia possibilitou que mostrassem aquilo que desejavam, mas também mostrava algo que não estava previsto (TITTONI e MAURENT, 2007). É possível afirmar que sempre há algo ao

acaso na fotografia. E as autoras citam Barthes, referindo que o exercício do olhar faz pensar sobre as três práticas que esse autor reconheceu nas fotografias, ou seja, “fazer, suportar e olhar”. Desta forma, “a escolha sobre o que fotografar mostrava também o que era suportável ao olhar” (TITTONI e MAURENT, 2007, p. 36). Vê-se, assim, que não é possível pensar a fotografia fora do ato que a faz ser (DUBOIS, 2007).

A foto não é apenas uma imagem. [Até pode-se considerar como imagem] mas *em trabalho*, algo que não se pode conceber fora de suas *circunstâncias*, fora do *jogo* que a anima sem *comprová-la* literalmente: algo que é, portanto, ao mesmo tempo e consubstancialmente, uma *imagem-ato*, estando compreendido que este ‘ato’ não se limita trivialmente apenas ao gesto de *produção* propriamente dita da imagem (o gesto da ‘tomada’), mas inclui também o ato de sua *recepção* e de sua *contemplação*. [...] implica de fato ontologicamente a questão do *sujeito*, e mais especialmente do sujeito *em processo* (DUBOIS, 2007, p. 15. Grifo do autor).

Tittoni e Maurent (2007) propõem a seguinte estratégia metodológica: após os contatos iniciais e esclarecimentos sobre a pesquisa, entrega-se a câmara fotográfica, de qualquer tipo, e solicita-se aos participantes que produzam imagens a partir do tema ou questão da pesquisa. A análise, sugerem elas, ocorre segundo alguns tópicos, como:

(a) sentidos que a fotografia, por si só, evoca; (b) elemento escolhido para ser fotografado e sua relação com o tema e com o autor da fotografia; (c) elementos que não foram escolhidos, mas que aparecem na fotografia; (d) elementos importantes que foram excluídos completamente da fotografia; (e) depoimento do autor sobre a fotografia revelada e (f) reflexões que o ato de fotografar possibilita (TITTONI e MAURENT, 2007, p.37).

Maurent (2005) destaca, ainda, a questão do consentimento informado do participante, que deve ser obtido antes e depois da revelação da fotografia. Isto porque, segundo a autora, o participante não pode prever, de antemão, como sairá sua fotografia e se ele autorizará sua publicação.

Para a presente pesquisa, solicitou-se aos participantes que buscassem, através de fotografias tiradas no Hospital, responder à questão: “como é ser chefia no HC?”. Tal proposta foi realizada no terceiro encontro do grupo, após este ter sido “fechado” e já terem iniciado um processo de discussão sobre o tema. A princípio, os participantes manifestaram algumas dúvidas, que foram sendo resolvidas por eles mesmos, como idéias sobre o que fotografar.

O grupo debateu sobre as questões éticas de tal atividade. Ficou estabelecido que não fotografariam pacientes e que outras pessoas, funcionários do Hospital,



deveriam concordar em ser fotografados. A pesquisadora entregou cinco máquinas fotográficas descartáveis, mesmo número de participantes que estavam no dia, com 27 poses coloridas cada. Os participantes exploraram a câmara, observando seu funcionamento. Foi combinado que eles deveriam repassar as máquinas para aqueles que não estavam presentes. A pesquisadora enviaria um e-mail informando do que se tratava, mas cada participante se responsabilizou por entrar em contato com um colega. Ali mesmo definiram quem entregaria a máquina para quem, explicando também a atividade. Desta forma, os participantes que estiveram ausentes seriam inteirados da discussão realizada no grupo através de um de seus colegas, possibilitando maior apropriação pelos participantes do acontecer grupal, com menor intervenção, neste caso, da pesquisadora.

A revelação dos filmes ficou a cargo da pesquisadora, que recolheu as câmaras com os participantes, após cada um ter feito suas fotografias. Como os participantes não concluíram a atividade ao mesmo tempo, os filmes não foram revelados todos juntos. Desta forma, as fotografias foram apresentadas ao grupo aos poucos, em encontros diferentes, e trabalhadas considerando os elementos propostos na teoria (TITTONI e MAURENT, 2007).

No total, foram tiradas 76 fotografias, sendo que destas, dez foram consideradas por seus “fotógrafos” como “não valendo” por terem sido tiradas para “testar a máquina” ou repetidas ao tirar “como garantia”. No último encontro do grupo, montou-se um painel com elas e solicitou-se aos participantes que as observassem como conjunto e as comentassem. Os participantes concluíram que, mesmo sem combinar entre si, pensaram e fotografaram um mesmo tipo de fotografias, seguindo uma mesma linha de raciocínio.

Uma das participantes considerou que: “quando a gente pensou em tirar as fotos, acho que todo mundo teve mais ou menos a mesma trajetória. Todo mundo mostrou [1] a área em que a pessoa trabalha, a gente quis situar isto. E mostramos o grupo. Isso quer dizer que [2] a gente não trabalha sozinho, precisamos dos outros, só gerencia com os outros. E mostramos a parte mais íntima nossa, do gestor em si, que é quando a gente mostra [3] a questão da comunicação, como a gente viabiliza este processo que está em ti para o restante do pessoal. Isso ficou bem marcado para todos, com mais ou menos fotos buscamos focalizar essas três áreas”.

As fotografias agrupadas nestes três conjuntos serão brevemente descritas sem serem apresentadas, visto que mostram quem são as chefias intermediárias participantes da pesquisa, ou mesmo sua área ou grupo de trabalho, de forma a identificá-las. A decisão de não incluí-las foi tomada em conjunto no grupo de validação.

O primeiro conjunto, “a área de trabalho”, compôs-se de 32 fotografias. Nelas, os participantes registraram uma perspectiva sobre seu local de trabalho. Mostraram o ambiente, incluindo quadros e outros elementos significativos para si, demonstrando os espaços em que podem escolher objetos conforme gostos pessoais, como se organizam para trabalhar e as etapas do processo produtivo de sua área.

O segundo conjunto, “quem somos nós”, compôs-se de 20 fotografias. Ele revela os participantes em “estado de chefia” e seu grupo de trabalho. Em três destas fotografias aparecem as chefias sozinhas, sendo que em duas delas as chefias estão trabalhando, sem olhar para o fotógrafo e em uma a chefia se posiciona para a fotografia em frente a uma janela, mostrando o lado de fora do hospital. As equipes de trabalho foram fotografadas em reuniões, na sala de lanche ou em pose preparada especificamente para a foto. As chefias estavam incluídas nas fotos, bem como apareceram outros profissionais, de áreas diferentes, com os quais mantêm contato de trabalho, de forma que consideram não apenas a própria equipe, mas os setores interligados. Em uma das fotografias, o participante fotografou o grupo de colegas, também chefes, juntamente com o chefe superior do grupo.

O terceiro conjunto, “comunicação com o grupo” compôs-se de 16 fotografias, além de compartilhar outras que foram incluídas no conjunto anterior. Assim, as fotografias relativas às reuniões e à integração na sala de lanches foram consideradas como momentos de interação com o grupo de trabalho dos participantes. Cinco fotografias focaram os murais, onde as chefias organizam materiais diversos, como cópia do planejamento estratégico, do plano de ação, dados referentes a banco de horas, escalas de horários, avisos gerais, textos científicos, comunicações e divulgações de treinamentos ou outras atividades institucionais, aniversários do mês, etc., separados em sacos plásticos. Os murais foram considerados um apoio, pois as informações, segundo os participantes, são transmitidas nas reuniões ou em contatos pessoais, mas ficam no mural para

consulta posterior a “quem se interessar”. Foi fotografado também um momento de treinamento de uma equipe e uma fotografia de um profissional de outra área sorrindo, expressando sucesso em um procedimento realizado. Esta fotografia retratava a comunicação não verbal com o objetivo de expressar como são importantes estas formas de se comunicar, conforme a participante que a fotografou.

Estes três conjuntos foram definidos pelas intenções dos participantes ao fotografar e representavam aspectos mais concretos e visíveis do que eles consideraram “ser chefia”. Algumas fotografias não se incluíam nos mesmos e, a partir da discussão do grupo, elas foram agrupadas em um quarto conjunto. Este foi composto por 12 fotografias que refletiam de uma forma mais simbólica o que é ser chefia no HC. Estas fotografias não serão descritas pois serão exibidas ao longo do texto, conforme sua pertinência com a discussão em questão. Essas fotografias fazem sentido a partir da fala dos participantes, demonstrando com maior intensidade a tensão existente no fazer fotográfico, considerando a interligação entre quem, o que, com o quê e, ainda, quando produz.

A intervenção fotográfica foi muito produtiva. Os participantes mostraram-se entusiasmados com a proposta, apesar da dúvida inicial: “ai, meu deus, como é que eu vou resumir em fotografias, como é que vou fazer isto? Mas depois eu pensei, pensei em casa... pensei e pensei nas ferramentas que eu uso para ser uma liderança e aí eu decidi o que simbolizaria isto.” Mobilizar a dúvida, o estranhamento ao que é familiar, “fotografar para pensar” (TITTONI e MAURENT, 2007), era o objetivo da proposta. E ao definir que as fotografias deveriam ser tiradas dentro do hospital buscou-se provocar uma desnaturalização do cotidiano.

A intervenção fotográfica também proporcionou que os participantes conversassem sobre a pesquisa e mesmo sobre o lugar deles no Hospital com outras pessoas visto que foram incluídas nas fotografias. Uma das participantes afirmou que havia explicado a todos que foram fotografados que se tratava da pesquisa, “aliás, tive que dar muitas explicações, porque daí as pessoas queriam saber mais, que trabalho era esse, todo mundo adorou! A menina que bateu a foto que eu apareço ficou toda preocupada: e se eu não fizer bem feito, ai! Não, pode deixar... é, o pessoal colaborou bastante!”

Alguns participantes reconstituíram, através das fotografias, o seu processo de trabalho, conformado como uma narrativa: “eu fiz essa seqüência”. E, ao analisar as produções, constataram mudanças que aconteceram no espaço físico do Hospital, particularmente em suas áreas. Constataram, também, a presença de objetos que nunca haviam prestado a atenção: “aqui é uma sala [...] e tem esse quadro aqui, mas eu nem tinha visto que aqui tinha esse bicho! Sabe que eu nunca tinha me ligado nesse quadro na parede?”.

A intervenção fotográfica revelou-se, também, como proposta de uma impossibilidade: como fotografar o trabalho, em sua imaterialidade? Como fotografar o conflito, sempre presente, inerente ao cargo? A saída foi a via da metáfora. Deixou-se, sobretudo as fotografias do quarto conjunto que serão apresentadas adiante, as imagens que representam e buscou-se as que significam, usando as palavras de Timm (2003). Estas fotografias poderiam ser consideradas como “ima(r)gens”, estando disponíveis a “tangenciamentos, sobreposições, fusões, contrastes e manipulações estético-plásticas” (TIMM, 2003, p. 168), de forma a revitalizar a produção criativa.

A metáfora foi a via encontrada para expressão não apenas no caso da fotografia, mas a descrição do trabalho, pela própria fala, demandou tal recurso. A metáfora pode ser tomada como sinônimo de imagem (MAURENT, 2005). São comparações ou “transposições do sentido próprio ao figurado” (HOUAISS, 2001, p. 1907), na intenção de atribuir um significado. Foi a forma encontrada para significar o seu modo de trabalhar e de ser.

As fotografias foram, ao fim do trabalho escrito, devolvidas aos participantes da pesquisa, conforme combinação prévia.

### 2.3.3. Entrevistas individuais semi-estruturadas

O grupo possibilitou uma importante construção no que diz respeito ao tema em estudo. Entretanto, tendo em vista que os participantes do grupo, em sua maioria, eram chefias intermediárias que tinham contato prévio com a pesquisadora,

considerou-se pertinente, até mesmo pela implicação com a pesquisadora, a realização de entrevistas individuais que alcançariam outras chefias, no intuito de conhecer outras perspectivas. Além disto, as entrevistas foram direcionadas a chefias intermediárias com características não predominantes no grupo. Desse modo, buscou-se entrevistar chefias de unidade do GENF que se mostraram em menor número no grupo. Conversar com elas poderia dizer de uma realidade que as diferencia das chefias de seção e serviço da VPA. Dentre as convidadas à entrevista encontravam-se enfermeiras que trabalham no hospital e que atuam na função de chefia há muito e há pouco tempo. Na VPA, o critério foi pela área de atuação, mais ou menos próxima da assistência. Ambos os critérios foram pautados nos objetivos específicos traçados no projeto de pesquisa.

Os convites para as entrevistas foram, portanto, dirigidos a chefias intermediárias específicas e realizados através de telefonemas, no próprio Hospital. Tais telefonemas foram bem recebidos e houve facilidade em agendar as entrevistas. Contudo, em algumas delas o difícil foi fazê-las acontecer, tendo em vista a imprevisibilidade no cotidiano de trabalho das chefias intermediárias, que por vezes precisaram desmarcar o horário previamente agendado. Foram realizadas doze entrevistas semi-estruturadas, com tempo de duração que variou de 30 minutos a três horas. As questões da entrevista, excetuando-se a questão inicial que foi: “como é ser chefia no HC?”, foram baseadas na produção do grupo.

De modo geral, as chefias pareciam ter um recado a passar. Algumas se mantiveram muito próximas ao discurso da organização, enquanto outras falaram com maior abertura. As entrevistas possibilitaram uma outra forma de contato com as chefias intermediárias e a aproximação a modos distintos de compreender a realidade em questão.

Após a realização das entrevistas, todo o material foi esquematizado e apresentado ao grupo, convidado para um encontro em dezembro de 2007 para a reunião de validação.

#### 2.3.4. Fontes documentais

Alguns objetivos da pesquisa demandaram uma investigação em fontes documentais como relatórios, jornais, arquivos, dentre outros, que foram obtidos junto à CGP e ao setor de Comunicação. Esses objetivos estavam relacionados à reconstrução de uma perspectiva histórica do hospital e do lugar das chefias intermediárias no mesmo, bem como a caracterização do conjunto de chefias e as capacitações realizadas. Estas informações constituíram-se em outra entrada para construir o percurso e compreender melhor o que acontece hoje com essas chefias.

#### 2.3.5. Observação direta e conversas informais

Por fim, durante toda a pesquisa os sentidos estiveram atentos para as impressões que pudessem surgir. Desta forma, considera-se que a observação entrou não apenas através do olhar. Como diz Silva (2004, p. 178) “para identificar a cadeia própria [do ritmo da organização] é necessário mais do que o olhar. [...] Outros sentidos e novas formas de pesquisar podem nos auxiliar a entrar nesse mundo de fluxos e ondas marcado por conflitos e momentos de criação”.

Esta abordagem foi pertinente principalmente por considerar que o espaço físico já era conhecido da pesquisadora.

### 2.4. ANÁLISE DOS DADOS

Para realização da análise, um primeiro e importante passo considerado no método foi o registro das informações obtidas, das impressões e idéias surgidas no campo de pesquisa, das conversas informais, das fotografias, dos dados de arquivos e a própria transcrição dos encontros do grupo e das entrevistas individuais. As

transcrições incluíram comentários de aspectos não verbais e sensações despertadas nos contatos pessoais, visto que foram feitas pela própria pesquisadora.

Esse material foi submetido à análise, conforme propõe Minayo (2001), que prevê a ordenação, a classificação e a análise final dos dados à luz da teoria pertinente. Desta forma, na etapa da ordenação, todos os dados foram lidos e relidos, explorados. A partir desta visão ampliada do conjunto de informações efetuou-se um mapeamento, uma ordenação e uma classificação dos registros obtidos. Após este trabalho, procedeu-se à análise final com o objetivo de realizar articulações entre os registros obtidos e produzidos e o referencial teórico, respondendo à questão de pesquisa e a seus objetivos.

O trabalho de análise remeteu a pesquisadora a vivência de uma ansiedade similar à que por vezes toma conta das chefias intermediárias diante da “imensidão da nossa instituição”, conforme o Hospital é descrito por um dos participantes, como se verá mais adiante. A complexidade do tema permite que a análise seja feita por diversos caminhos. Reunir os dados, analisá-los e compreendê-los, proporcionando uma leitura inteligível foi um grande exercício, um esforço para manter uma certa coerência e fluidez, em um campo onde a “linearidade” está muito distante. Os tópicos apresentam implicações recíprocas, constituindo-se uma trama complexa, como não poderia deixar de ser, em se tratando de trabalho em saúde, sendo as análises sempre passíveis a outras tantas abordagens. Apresenta-se, portanto, uma leitura e uma escrita possíveis, cabendo outras tantas, sendo este um caminho aberto para novas entradas e diferentes percursos.

### 3. O HOSPITAL

O presente capítulo apresenta o hospital em geral e o HC em particular, seu percurso histórico e sua estrutura, constituindo-se como o contexto no qual se produzem modos de gestão e processos de subjetivação.

#### 3.1. UMA BREVE HISTÓRIA DO HOSPITAL EM GERAL E DO HC EM PARTICULAR

##### 3.1.1. O hospital em geral

O hospital, tal como é conhecido na atualidade, como instrumento terapêutico, de intervenção sobre o doente e a doença, data do final do século XVIII (FOUCAULT, 2000). Antes disto, o hospital era uma instituição religiosa de assistência, um asilo para os pobres, os peregrinos, para os infectados pelas pestes. Muitas vezes, o objetivo da internação era mesmo a exclusão do pobre doente do convívio social, pois este mostrava-se perigoso na medida em que poderia ser fonte de contágio.

A ação nos hospitais tinha caráter basicamente paliativo, não sendo adequada ao efetivo tratamento das moléstias, pois, na maioria das vezes, os procedimentos com relação às doenças eram ineficazes. A ação nos hospitais estava pautada na caridade. Segundo Pires (1998, p. 85), os pacientes hospitalizados recebiam a “oportunidade de redenção dos pecados e a salvação da alma”. E o pessoal hospitalar não estava destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. Nesta época, havia desconfiança e até mesmo hostilidade com relação à medicina como ciência, da mesma forma que se



rejeitavam as propostas de medidas higiênicas. Assim, segundo Foucault (2000, p. 102), “o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer”.

Neste contexto, não surpreende que os primeiros médicos atuantes nos hospitais eram os considerados menos qualificados, pois os melhores prestavam assistência no domicílio, no espaço privado. Além disto, “a experiência hospitalar estava excluída da formação ritual do médico. O que o qualificava era a transmissão de receitas e não o campo de experiências que ele teria atravessado, assimilado e integrado” (FOUCAULT, 2000, p. 102).

O hospital tornou-se alvo da medicina para minimizar os efeitos negativos do próprio hospital sobre os doentes (FOUCAULT, 2000). Esse movimento foi denominado por Foucault (2000, p. 103) de “anulação das desordens”. Conforme este autor, a iniciativa de rever as práticas e as formas de organização hospitalares estava relacionada a questões econômicas, por isso teve início pelo hospital marítimo e pelos hospitais militares, espaços relevantes para a economia da época. Nos hospitais marítimos, a ênfase foi o controle de mercadorias, pois muitos viajantes utilizavam o hospital como lugar para contrabando. Além disto, recaía sobre estes espaços a necessidade de vigilância devido às epidemias que os viajantes costumeiramente portavam. Os hospitais militares, por sua vez, tornaram-se alvo das medidas reformadoras tendo em vista o custo implicado na vida dos soldados. “O preço dos homens tornava-se cada vez mais elevado” (FOUCAULT, 2000, p. 104), pois a utilização de equipamentos em constante sofisticação passou a exigir maior treinamento, o que significava maior investimento nos mesmos. Era um custo muito alto para que morressem de doenças e não nas guerras.

A reorganização do hospital para atender tal demanda ocorreu através de uma tecnologia política, a disciplina, e se traduziu por uma “nova técnica de gestão dos homens” (FOUCAULT, 2000, p. 105). A disciplina passou a ser exercida não somente no resultado, mas sobre o processo de trabalho, exigindo vigilância perpétua e constante dos indivíduos, implicando registro contínuo de todos acontecimentos, em seus mais ínfimos detalhes.

Com a disciplina hospitalar e o incentivo ao registro, o hospital tornou-se um campo documental, de “acúmulo e formação de saber” (FOUCAULT, 2000). Desta maneira, a formação dos profissionais que era feita nos livros passou a ser realizada, em torno das décadas de 1780-1790, no hospital.

Desta forma, o hospital não apenas se reformulou, mas foi investido de grande importância. A maior parte da prestação de serviços em saúde passou a acontecer no espaço hospitalar, que foi designado, pela lógica científica positivista, como o local mais apropriado para a assistência. O mesmo aconteceu com o ensino que se tornou uma dimensão essencial do hospital. A preocupação com a formação fez com que se reorganizassem as especialidades, para dar ênfase à “clínica geral” (FOUCAULT, 2000), amplitude necessária à formação dos médicos, e o espaço físico tornou-se compartilhado, “transformando cada enfermaria numa autêntica sala de aulas” (CARAPINHEIRO, 2005, p. 119).

O trabalho hospitalar foi organizando-se segundo ditames de controle, disciplina, hierarquia e poder, sendo possível comparar, até certo ponto, a concentração dos serviços de saúde nas organizações hospitalares com o confinamento dos trabalhadores, antes artesãos, no espaço fabril. Percebe-se, a partir desta breve contextualização, que a organização hospitalar, tal qual conhecida na atualidade, é fruto de uma construção sócio-histórica, que envolve aspectos políticos, sociais, econômicos e do desenvolvimento científico. Seu percurso foi, e continua sendo, marcado por crises, tensões entre múltiplos interesses e neste jogo de forças a configuração do hospital vai modificando-se.

Carapinheiro (2005) afirma que atualmente o hospital é entendido como uma organização moderna e complexa, constituindo-se como campo fundamental da produção do saber médico e da prática da medicina moderna. Neste sentido, o hospital universitário apresenta-se como palco de outros tensionamentos pela particularidade de ser perpassado por duas políticas de Estado, a saúde e a educação (MACHADO e KUCHENBECKER, 2007). É sob este enfoque que se situa o HC.

### 3.1.2. O HC: da concepção à estrutura hierárquica atual

O Hospital de Clínicas começou a ser idealizado em torno dos anos 1930, com o objetivo de ser campo de prática para a formação dos alunos da faculdade de medicina da UFRGS e foi fundado em 1971, ano em que seu estatuto foi aprovado,

fornecendo condições necessárias a seu efetivo funcionamento. Nos 40 anos que separam estas datas, muitos acontecimentos permearam a “pré-história” do HC, como solicitações, esperas, cobranças e recebimento de verbas; escolha do terreno; assinaturas de documentos. Marca este percurso a interrupção na obra por problemas em seu projeto, em 1951. A construção ficou parada por anos para depois ser demolida e reiniciada com correção. Esta retomada, contudo, deu-se de forma lenta, devido a novos percalços com relação aos custos, a mudanças no projeto, à falta de materiais e à demora nas concorrências. Em 1959, reassumiu um ritmo mais intenso e, em 02 de abril de 1968, ocorreu a solenidade simbólica de inauguração (HC, 2000; 2006).

A Lei 5.604, de 1970, instituiu a Empresa Pública de Direito Privado Hospital de Clínicas de Porto Alegre, vinculada ao Ministério da Educação. Nove professores da UFRGS compuseram um grupo de trabalho responsável pela definição de seus principais conceitos, bases e princípios administrativos (HC, 2006). O estatuto do HC, que definia sua natureza jurídica, competências, formação do quadro de pessoal, enfim, parâmetros para seu funcionamento, foi aprovado em 1973, e assim ficou definida sua finalidade:

administrar e executar serviços de assistência médico-hospitalar, servir de área hospitalar e de saúde pública para Faculdade de Medicina, a Escola de Enfermagem e outras unidades da UFRGS e promover a realização de pesquisas científicas e tecnológicas (HC, 2000, p.15 ).

Estabeleceu-se o compromisso de ser um referencial público de alta confiabilidade em saúde, sustentado em três pilares: a assistência, o ensino e a pesquisa, com a seguinte missão institucional: “prestar assistência de excelência e referência com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar conhecimento, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania”. O relatório do ano 2000 celebrou os 30 anos comemorando o fato do HC ser uma das empresas mais sólidas e eficientes do país, seja em comparação com outras empresas públicas ou privadas, do âmbito estadual, regional ou nacional (HC, 2000, p.07).

Acompanhando os avanços científicos e as mudanças tecnológicas na área da saúde, a estrutura e a produção do Hospital foram se alterando ao longo dos anos. A área construída do HC, em 1988, era de 82.834m<sup>2</sup> e, em 2006, de 125.256,38m<sup>2</sup>. Os leitos eram 702 em 1988 e passaram a 749, possibilitando um

número crescente de internações que, em 2006, foram de 28.251. Em 1988, o número de consultórios era 96 e passou a ser 164, em 2006, onde foram realizadas 537.547 consultas ambulatoriais. As salas de cirurgia ambulatorial, por sua vez, cresceram de oito (1988) para 17 (2006). As salas de cirurgia e de parto mantiveram-se as mesmas no referido período, contudo sua utilização foi maximizada. Da mesma forma aconteceu com os transplantes e exames, que ocorreram em maior número a cada ano, correspondendo, em 2006, a 350 transplantes e 2.181.448 exames.

Compõem ainda as instalações do HC a emergência, com setores pediátrico, de adultos e obstétrico; um centro de diagnóstico; um centro de radioterapia e unidade de quimioterapia; o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); salas de recreação terapêutica – pediátrica, para adultos, na oncologia pediátrica e na psiquiatria; a Casa de Apoio para pacientes e familiares; a Unidade Básica de Saúde e o Hospital-dia (HC, 2006; HC, 1989; *site*: [www.hcpa.ufrgs.br](http://www.hcpa.ufrgs.br) - acesso em dezembro de 2007).

As mudanças não foram apenas numéricas, mas buscaram acompanhar as inovações tecnológicas em equipamentos, em informática e na prestação da assistência em saúde. Algumas áreas seguiram tendências de maior abertura, em processos terapêuticos de caráter ambulatorial e práticas mais preventivas. Ao mesmo tempo, com o apoio dos ministérios da Saúde e/ou da Educação, tem se investido na aquisição de equipamentos diversos, como, por exemplo, de ressonância magnética e tomógrafo computadorizado, em 2006. Além disto, houve investimentos em modernização, através da informatização, dos processos administrativos do Hospital, como por exemplo da Folha de Pagamento, sendo a área de sistemas sempre destacada nos relatórios anuais e de gestão, desde 1984.

Também seguindo as lógicas vigentes em cada período, a arquitetura do HC foi sendo configurada e, tal qual acontece nos hospitais em geral, tem sido considerada uma relevante dimensão no estudo destas organizações.

A arquitetura hospitalar de modo geral segue o modelo panóptico e constitui-se como elemento de controle, disciplina e regulação. Para Foucault (2000), quando o hospital passou a ser instrumento terapêutico, considerado como “máquina de curar”, sua estrutura deixou de ser apenas “figura arquitetônica” e passou a fazer

parte de um “fato médico-hospitalar que se deve estudar” (FOUCAULT, 2000, p. 100).

Observa-se um sentido prático na preocupação com a arquitetura, como assinala Lima-Gonçalves (2002), afirmando que esta influencia as atividades, podendo dificultar ou facilitar os fluxos: de pessoas, de materiais, instrumentos, informações, bem como auxiliar ou inviabilizar o atendimento do paciente. Contudo, o sentido prático da disposição arquitetônica não é sua única finalidade. Tal disposição também produz sentidos, de modo que se estabelece uma relação de conformidade dos profissionais e usuários para com a organização e suas regras.

Carapinheiro (2005) descreve o hospital do seu estudo da seguinte maneira:

a configuração arquitectónica deste hospital sobressai pelo gigantismo de seu porte. [...] apresenta os elementos principais das concepções de arquitectura hospitalar da época [1950] edifícios vetustos em altura [nove andares] e em comprimento, pesados, impressionantes ao olhar, transmitindo na complicada rede de acessos ao seu interior a idéia de uma implícita inexpugnabilidade. No interior a estrutura é labiríntica, com múltiplos e longos corredores [...]. A uniformidade física dos lugares torna-os sempre idênticos e irreconhecíveis entre si, qualquer corredor é semelhante ao outro, qualquer átrio é igual a qualquer outro (CARAPINHEIRO, 2005, p. 119)<sup>3</sup>.

Estas características poderiam ser utilizadas para descrever o HC, de tal forma que se percebe uma instituição que antecede seu projeto arquitetônico. Os hospitais são lugares diferenciados, cuja arquitetura é ordenada pelo saber médico para cumprir suas finalidades clínicas. Características como, por exemplo, luminosidade, ventilação, distribuição dos espaços e sua ocupação atendem a exigências clínicas e impõem uma disciplina aos corpos e também aos saberes que por ali circulam, ou que são impedidos de circular.

A arquitetura permeia a discussão no grupo da pesquisa e é introduzida, a princípio, pela visão geral que se tem do HC. Através de uma fotografia um participante do grupo afirma a “imensidão da nossa instituição”.

---

<sup>3</sup> Esta autora é portuguesa. Será mantido o texto no original.

**Fotografia 1: “A imensidão da nossa instituição”**

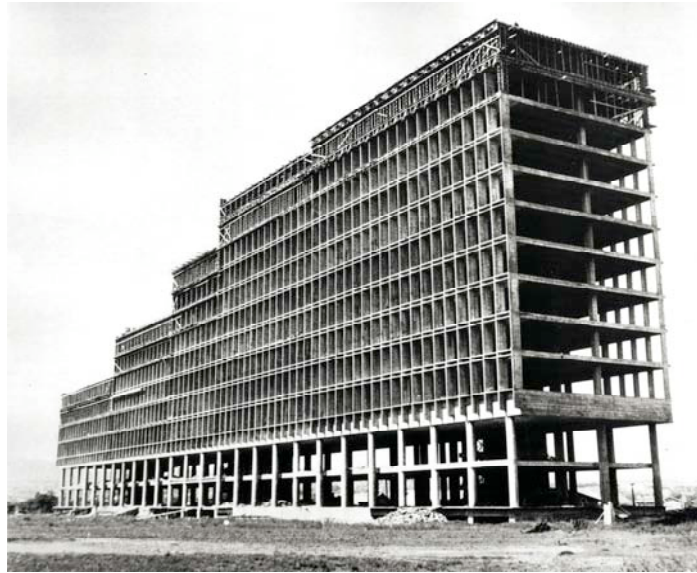


Fonte: Fotografia de participante da pesquisa

A fotografia retrata a entrada principal do HC que, em sua “imensidão”, não coube em sua totalidade no espaço fotográfico de uma máquina comum. Cabe ressaltar que, mesmo estando frente a ele, não é possível enxergá-lo em apenas uma mirada, fazendo-se necessário olhar em mais de uma direção. Esta “imensidão” refere-se ao espaço e à complexidade que permeia a “nossa instituição” e às múltiplas demandas que afetam às chefias intermediárias no HC. E olhar em mais de uma direção faz-se necessário para dar conta do trabalho em tal função.

A magnitude da construção vem desde seu projeto, como relatou uma das chefias intermediárias no grupo: “o hospital já nasceu grande!”, como pode-se observar nas fotografias do período de sua construção e no período de sua inauguração (Fotografias 2 e 3).

**Fotografia 2: O HC em construção**



Fonte: Arquivo/Assessoria de Comunicação, Hospital de Clínicas, 2007

**Fotografia 3: O HC em 1970**



Fonte: Arquivo/Assessoria de Comunicação, Hospital de Clínicas, 2007.

Além da fachada, o ambiente interno e as áreas de trabalho também foram fotografados pelas chefias intermediárias no grupo da pesquisa. Os participantes resumiram que “com as fotografias estamos enaltecendo o lugar onde trabalhamos. A gente está mostrando que a nossa casa não é uma casa que só trabalha com a doença, mas é um lugar que tem pessoas, tem seres humanos desenvolvendo um trabalho, que tem um objetivo que é prestar assistência de saúde [...] A gente tenta manter as áreas humanizadas, que sejam acolhedoras...”. Desta forma, as chefias

intermediárias foram revelando, ao longo da pesquisa, uma preocupação com usuários e trabalhadores. A preocupação explicitada ia além da atribuição da função mas aparecia como responsabilidade pessoal, demonstrando-se como aspectos indissociáveis.

Além disto, os participantes foram conversando sobre como as áreas eram antes e como são agora, as mudanças que ocorreram para melhor e as mudanças que eles julgavam necessárias e que não aconteceram. Notaram que situações que eram provisórias perduram por anos e constataram que o hospital está sempre em obras. E que sempre tem alguém que não está satisfeito, pois “o Hospital tem prioridades, não pode mexer em toda estrutura de uma só vez...”. Este é um movimento que aparece nos diversos relatórios de gestão do HC. Estudiosos da arquitetura afirmam que esta é uma característica desta organização, pois são particularmente suscetíveis às inovações, razão pela qual não podem ser dadas como perenes e nem deixam de ser permanentes “canteiros de obra” (PORTIER, [200-], p. 2).

Vinculada à arquitetura, a decoração também tem sinalizado as mudanças que têm afetado as organizações, de forma geral, e os hospitais, em particular. Como diz Sant’Anna (2005, p. 30),

em várias partes do mundo, a decoração e a arquitetura hospitalar tornaram-se semelhantes às de hotéis, aeroportos e *shopping centers*. Espaços globalizados que incorporaram a presença de jardins artificiais, pisos coloridos, quadros, salas de televisão, cabeleireiro, lanchonete, salas de espera com jornais e revistas.

Gutschwager (2007), em sua dissertação de mestrado, afirma que a hotelaria hospitalar tem conquistado um grande espaço, associada a projetos de humanização, e que esta se faz notar, de imediato, através da arquitetura e decoração. A mudança no visual está no ambiente, bem como nos corpos dos trabalhadores, em seus uniformes e penteados, e na apresentação dos serviços, como por exemplo, na disposição dos alimentos e louças das refeições. Este autor, analisando a imaterialidade do trabalho presente neste contexto, afirma que as transformações arquitetônicas na perspectiva hoteleira oferecem

aconchego, conforto, segurança e bem-estar aos consumidores dos serviços de saúde. [Desta forma] a arquitetura hospitalar veio a colaborar [...] para o estabelecimento do que Lazzarato e Negri (2001) denominam de uma ‘nova relação produção/consumo’. A arquitetura mostra-se assim, produtiva, um



diferencial competitivo à lógica negocial que a gestão do hospital vem afirmando (GUTSCHWAGER, 2007, p. 146).

A esta lógica contrapõe-se outra. Gutschwager (2007) encontrou em seu campo de pesquisa desacordos com relação ao papel preponderante da imagem que, por vezes, deixa em segundo plano o atendimento tecnicamente qualificado. Neste sentido, Portier [200-] sinaliza que há uma supervalorização da imagem e que isto tem se mostrado prejudicial aos hospitais brasileiros, sobretudo aos públicos, tendo em vista a escassez de recursos financeiros disponíveis. Esta autora cita o exemplo de um hospital filantrópico que recebeu uma ajuda financeira da comunidade e “viu-se pressionado a gastar na recuperação da fachada principal, para poder ‘aparecer’ e justificar o investimento, enquanto que a prioridade era reformar e ampliar seu caótico Pronto Socorro” (PORTIER, [200-], p.6).

A arquitetura e a organização do espaço também (re)produzem as relações de poder mediante a definição das liberações de acesso e permanência em determinados locais de trabalho, descanso e lazer, bem como pode ser vislumbrada nas vestimentas, na presença e nas cores dos uniformes (SILVA, 2004; PITTA, 1994). Nas palavras de Silva (2004, p. 191),

para o branco não há territórios proibidos. Embora percorra todos os ambientes, ele constrói barreiras e está associado ao uso de determinados objetos, como o estetoscópio. Roupas brancas e estetoscópio formam uma combinação do poder e do saber. Já o azul, o rosa e o cinza não gozam do mesmo *status*.

Estas diferenciações refletem as relações que são produzidas no espaço hospitalar, constituindo particularidades em sua estrutura profissional, conforme passará a ser apresentado.

### 3.1.3. O HC: a estrutura profissional

Conforme a literatura especializada,

os hospitais modernos tem crescido em tamanho e complexidade. O crescimento do pessoal, a multiplicação dos serviços e das especialidades médicas e o desenvolvimento tecnológico da medicina introduziram modificações importantes na estrutura hierárquica, na estrutura de poder e nos sistemas de comunicação do hospital, associando-se a este conjunto de modificações a expansão do sistema burocrático da administração profissional (CARAPINHEIRO, 2005, p. 46).

Os hospitais têm sido caracterizados como organizações profissionais ou burocracia profissional (MINTZBERG, 2003) e destacados como uma das organizações sociais mais complexas (MACHADO e KUCHENBECKER, 2007; CARAPINHEIRO, 2005; BARRENNE e ZUNIGA, 2004; AZEVEDO, 2002; DUSSAULT, 1992).

Nas organizações do tipo burocracia profissional, conforme Mintzberg (2003), o trabalho está centrado nas habilidades e nos conhecimentos dos profissionais. A complexidade do trabalho desenvolvido nestas organizações demanda a presença de profissionais capacitados para constantes “julgamentos e ajustes”. Contudo, este não é um universo tão aberto, que demanda uma inovação a cada caso. Existem algumas soluções conhecidas. Há dificuldade em padronizar tanto processos quanto resultados, mas conta-se com um campo circunscrito para a execução das atividades, no qual são feitas as categorizações ou classificações, de forma que as primeiras decisões estão em torno de aspectos previamente conhecidos. Mintzberg citando Perrow (2003) afirma que esta possibilidade de categorização e posterior agrupamento dos casos evita a necessidade de tomada de decisões constantes, o que propicia maior mobilidade aos profissionais e à organização, pois tratar cada situação como única exigiria análises profundas e enormes recursos.

Os padrões a serem seguidos nas organizações profissionais, diferente do que ocorre em burocracias mecanizadas, são estabelecidos fora da própria organização (MINTZBERG, 2003). No caso dos hospitais, os cuidados de saúde não são estabelecidos pelo hospital, mas determinados através de associações profissionais, sobretudo pelo conhecimento oriundo de centros científicos e das faculdades de medicina e enfermagem. Esta configuração exige dos profissionais constante atualização de seu conhecimento e muito treinamento para que, através da prática repetitiva, o conhecimento seja exercido como “reflexo automático” (MINTZBERG, 2003, p. 213). A internalização dos padrões é válida tanto para atender o usuário, como na coordenação do trabalho, sobretudo entre profissionais de diferentes especialidades.

Os profissionais requerem autonomia para atuar e agem de forma relativamente independente de colegas e de superiores. Na área da saúde, o conhecimento foi avançando impulsionando as especializações e a diversificação dos agentes responsáveis por cada especialidade. Cada profissional dedica-se

particularmente à sua área de atuação de forma que a ação em saúde, para reintegrar os fragmentos, exige estratégias de atuação multiprofissional. Peduzzi (2007, p. 162) afirma que “os diversos trabalhos especializados [...] guardam conexões entre si, portanto são complementares e interdependentes, ao invés de isolados e independentes como em geral se reconhecem cada uma das áreas profissionais *de per se*” (grifo da autora). Ainda segundo esta autora, o trabalho multiprofissional demanda a “recomposição dos diferentes processos de trabalho que devem, para se integrar, concomitantemente, preservar as diferenças técnicas ou especificidades de cada trabalho e articular as intervenções realizadas pelos componentes da equipe” (PEDUZZI, 2007, p. 162).

Campos (1997, p. 229) afirma que o trabalho qualificado em saúde pressupõe uma adequada combinação entre “autonomia profissional com certo grau de definição de responsabilidade” para os profissionais. Este autor reforça a importância da autonomia, contudo destaca que trabalho autônomo não é sinônimo de individual, mas concebe a autonomia também como capacidade de responsabilizar-se pelos problemas dos outros. Desta forma, propõe os conceitos de Campo e Núcleo. Por Campo, Campos (1997) compreende os saberes e responsabilidades que dizem respeito a vários profissionais. O Núcleo marcaria as diferenças, as especificidades de cada profissão. O trabalho multiprofissional demanda, portanto, uma combinação das características de cada um desses pólos, dosadas conforme as situações que se apresentem às equipes.

Constata-se, entretanto, que as equipes dificilmente organizam-se e atuam de acordo com o referido pressuposto. Geralmente observa-se uma “justaposição alienada de trabalhos: cada parcela apresentando-se como exercício autônomo e independente”, pois cada grupo profissional define-se como único especialista em seu ramo e tenta protegê-lo.

No setor saúde, onde os problemas exigem a colaboração de profissionais de muitas disciplinas, por causa da multidimensionalidade e da multicausalidade, essa coordenação é tanto necessária quanto difícil. A prática interdisciplinar supõe uma desconsideração das fronteiras disciplinares e exige uma renúncia ao corporativismo e às rivalidades profissionais (DUSSAULT, 1992, p. 14).

Pires (1998) ratifica esta idéia afirmando que no hospital se unificam diversos trabalhadores, de diferentes campos de atividade relacionados à saúde e acrescenta que nestas relações foram estabelecendo-se hierarquias entre os profissionais. Na

concepção de Mintzberg (2003), os profissionais especializados compõem o núcleo operacional e são decisivos para o andamento de uma burocracia profissional. Em torno deles é montada uma estrutura de apoio, que lhes é subordinada. Portanto, tarefas rotineiras e as já formalizadas são delegadas a outros profissionais, pois, em geral, seus custos são mais baixos.

Nas burocracias profissionais o poder está atrelado ao conhecimento especializado (MINTZBERG, 2003). O poder dos profissionais deriva da dificuldade de supervisão e controle sobre sua prática, conseguindo realizar aquilo que escapa nas organizações burocráticas mecanizadas: controlar seu trabalho e as decisões que o afetam.

Estas relações se cristalizam na organização quando as linhas hierárquicas são compostas por chefias organizadas por categoria profissional. Cada categoria luta, então, por seu núcleo de saber e para preservar e ampliar seu espaço de poder. De modo geral, ocorre que “a categoria médica, com suas divisões internas, [batalha] por manter sua centralidade, e as demais, por reduzir subordinações reais ou fictícias, numa posição predominantemente defensiva” (SILVA, 2002, p. 121).

Diversos autores têm assinalado esta questão hierárquica como uma marca intrínseca aos serviços de saúde. Azevedo (2002) fala sobre a existência de uma estrutura de autoridade ambígua nos hospitais, sobretudo em função do *status* particular dos médicos, destacando-se duas linhas de comando com lógicas, valores e interesses diferentes: uma, dos serviços administrativos e de suporte, voltada aos interesses econômicos, e outra, a profissional. Cecílio (2002a) também fala da fragmentação nas linhas de comando entre as profissões. Localiza nos hospitais a existência de três grandes agrupamentos: a medicina, a enfermagem e o corpo administrativo.

A medicina goza de poder carismático, oriundo da capacidade de curar doenças e salvar vidas (CARAPINHEIRO, 2005). Desta forma, os médicos usufruem sua autonomia e são, muitas vezes, considerados como clientes do hospital, para os quais os outros dois grupos fornecem os insumos (CECÍLIO, 2002a). Para Silva (2004, p. 193), é “em torno da autonomia médica [que] os serviços são estruturados. Ela é a estratégia do poder médico perante a administração e outras corporações”.

A enfermagem, organizada em uma linha de comando verticalizada e legitimada, é fechada sobre si. Segundo Cecílio (2002a) este grupo é responsável pelo gerenciamento do cotidiano do hospital e, conforme Carapinheiro (2005), detêm o controle do processo assistencial configurando-se como grupo de relevância nas relações hospitalares.

Silva (2004, p. 193) afirma que a enfermagem constitui uma corporação tão forte quanto a médica, porém trata-se de “um poder sutil [sendo que] o médico dispara o processo, mas o ritmo é imposto pela enfermagem”. Desta forma, segue a autora, a relação entre ambos é tensa, mas se dilui conforme os projetos em disputa. Aliados ou não, é nítido o poder de persuasão destas corporações. Lima-Gonçalves (1998, p. 82) ratifica esta noção, destacando a contribuição deste grupo ao atendimento do paciente e acrescentado que se trata do “único profissional que permanece no hospital as 24 horas do dia”. As atividades da enfermagem relativas ao cuidado e à administração do espaço assistencial passaram a ter características profissionais em 1860, com Florence Nightingale.

A enfermagem organiza-se como profissão sob o modo capitalista de produção, e desenvolve sua prática no espaço institucional, hospitalar e, depois, no espaço ambulatorial, integrando o trabalho coletivo em saúde. Desenvolve-se com relativa autonomia em relação aos demais profissionais de saúde, mas subordina-se ao gerenciamento do ato assistencial em saúde feito pelos médicos, bem como executa o seu trabalho dentro dos constrangimentos impostos pelas regras de funcionamento das instituições assistenciais. Organiza-se internamente sob a égide da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho. Os enfermeiros assumem a gerência do trabalho assistencial de enfermagem, controlando a globalidade do processo de trabalho e delegando tarefas parcelares aos demais trabalhadores de enfermagem. A enfermagem, desde a sua organização como profissão, é predominantemente subordinada e assalariada (PIRES, 1998, p. 85).

O terceiro agrupamento proposto por Cecílio (2002a) é composto pelo corpo administrativo, considerado “o mais silencioso dentro do hospital” (p.304). Segundo Gurgel Junior e Vieira (2002, p. 360), “ele impede que os setores operacionais finalísticos desperdicem seu tempo na resolução de problemas administrativos, que não é seu foco de trabalho, e se concentrem nas suas funções com melhores resultados”. Prevaecem também para este grupo as normas e as rotinas estabelecidas, em sua maioria, fora do hospital, algumas vezes em organizações que não são da área da saúde, provocando distorções. Esta é caracterizada como a área

mais estruturada, com linhas de mando verticalizadas, formalizadas e consideradas legítimas. Para Carapinheiro (2005), o poder deste grupo é do tipo racional-legal.

Evidencia-se neste agrupamento o “figurino tipicamente burocrático” (CARAPINHEIRO, 2005; MINTZBERG, 2003). No domínio da administração segue-se a estrutura hierárquica de comando. As decisões tomadas no topo são cumpridas ao longo da hierarquia. Nos outros agrupamentos, sobretudo na medicina, “as ordens são praticamente inexistentes, maximizando em alternativa as ‘orientações’, insusceptíveis de padronização e sempre diferenciais, de acordo com a avaliação de cada caso e da autonomia revelada por cada profissional” (CARAPINHEIRO, 2005, p. 51). Os médicos atuam por um sistema consultivo, no qual são trocadas informações ou mesmo há crítica de um superior a um subordinado, sem que haja, contudo, a obrigatoriedade do médico seguir a conduta sugerida. Mintzberg (2003) explica que nas burocracias profissionais as pessoas que treinaram os profissionais do núcleo operacional são quem mais têm ascensão sobre os mesmos. Observa-se assim, a conformação de uma estrutura hierarquizada internamente aos grupos profissionais, conforme o estabelecimento de carreiras.

A partir de diversas pesquisas constata-se, portanto, que os hospitais “organizam-se segundo múltiplos sistemas de autoridade e múltiplas formas de poder profissional, cujo funcionamento exclui a referência única a um conjunto bem definido de objectivos ou a referência a uma única linha de direcção” (CARAPINHEIRO, 2005, p. 58).

O HC mostra-se como exemplo em relação ao que a literatura vem apontando. Para fazer funcionar a estrutura hospitalar, o número de funcionários do HC que, em 1984, era de 2427 passou a 4078, em 2006, qualificados em diversos cursos de capacitação que perfizeram 115.873 horas de capacitação, em 2006. Os funcionários contam, na estrutura do Hospital, com refeitório, estacionamento para 1500 carros e creche para seus filhos.

O Hospital de Clínicas atende, assistencialmente, a uma clientela composta em 85% por usuários SUS. A taxa de ocupação da capacidade destinada a outros convênios e a clientes privados tem crescido, em 2006 era de 50% e atualmente está em 80%, conforme informou o vice-presidente administrativo. Segundo ele,

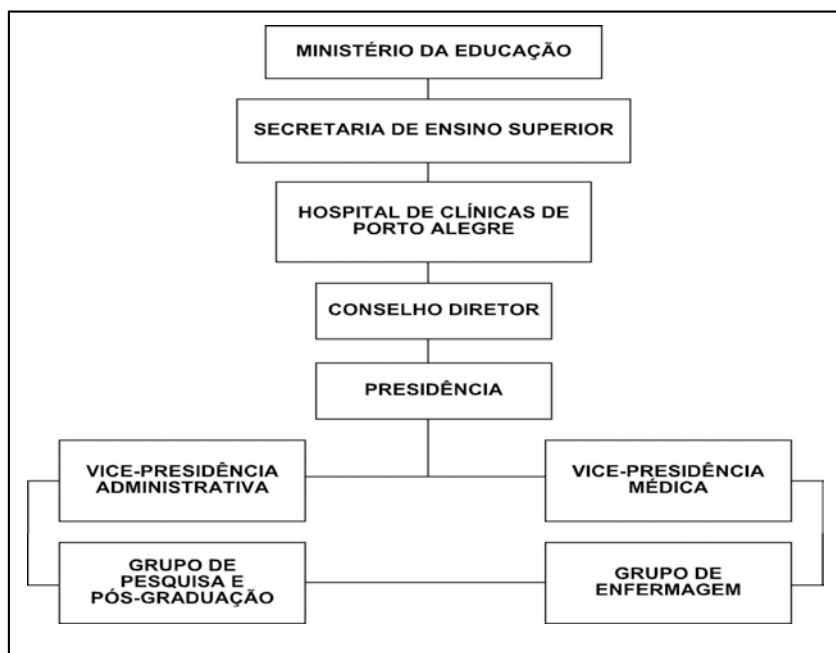
atender a diferentes públicos, em diversas especialidades e com grau variado de complexidade do estado de saúde configuram uma situação de grande dificuldade ao gerenciamento. Contudo, esta é uma condição própria da natureza do hospital público e universitário.

A estrutura acadêmica também foi alterada, adaptando-se às constantes mudanças e ao crescimento da organização, bem como às exigências dos Ministérios da Saúde e da Educação, que estabelecem os critérios de inclusão/exclusão dos hospitais na categoria de hospital universitário.

O número de alunos foi crescendo e, atualmente, o HC recebe 1500 alunos de graduação de nove cursos da UFRGS; 544 alunos de mestrado e 266, de doutorado. A formação de médicos residentes passou de 246 (1987) a 314 (2006), em 40 especialidades. Além disto, o Hospital é campo de estágio e, em 2006, contou com 1954 estagiários de diferentes áreas de formação. Os estagiários são oriundos de outras instituições de nível superior, não somente da UFRGS. São disponibilizadas 31 salas de aula, que inicialmente eram 24, além de oito anfiteatros e um auditório. Para tanto, o Hospital conta com 279 professores da UFRGS. No campo da pesquisa, um moderno centro de pesquisa, com 25 laboratórios, possibilita uma vasta produção, além das realizadas no âmbito clínico (HC, 2006; HC, 1989; site: <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/136/196/> - acesso em dezembro de 2007).

Atualmente, o HC é dirigido por um Presidente, professor da Faculdade de Medicina da UFRGS, indicado através de eleição em lista tríplice enviada ao Ministro da Educação que, historicamente, tem nomeado o mais votado. Integram o alto escalão diretivo o Vice-presidente Médico, também médico e professor; a Coordenadora do Grupo de Enfermagem, enfermeira e professora; e o Vice-presidente Administrativo, cargo ocupado por um profissional ligado à área administrativa, geralmente sem vínculo com a UFRGS. Na figura 1 demonstra-se a organização da Administração Central (AC) do HC.

**Figura 1: Quadro diretivo do Hospital de Clínicas**



Fonte: [www.hcpa.ufrgs.br](http://www.hcpa.ufrgs.br), acesso em Novembro de 2007

O Grupo de Enfermagem (GENF) estrutura-se da seguinte forma: segue-se à coordenadora, na linha de subordinação hierárquica, as<sup>4</sup> chefes de serviço, que também são professoras da UFRGS, eleitas por votação entre os funcionários da área. Subordinado a elas, encontram-se as chefes de unidade, enfermeiras contratadas pelo Hospital, que assumem o cargo mediante processo eleitoral interno. Podem candidatar-se enfermeiras da própria unidade ou de outras. Após um período para debates e divulgação das candidatas, ocorrem as eleições. Os mandatos têm um período de quatro anos.

A Vice-presidência Médica (VPM) está estruturada de forma semelhante, organizada em Serviços. Os chefes dos Serviços são professores da UFRGS, nomeados pelo VPM, após consulta às áreas. Além das especialidades médicas, compõem a VPM os serviços de Psicologia, de Recreação Terapêutica, o Serviço Social e nove comissões, dentre elas a de Controle de Infecção e de Transplante de Órgãos e Tecidos.

Na Vice-presidência Administrativa (VPA), os serviços estão organizados em seis Gerências, conduzidas por coordenadores, seguidos pelos chefes de serviço

<sup>4</sup> Será utilizado o termo no feminino, quando se tratar da área da enfermagem, visto que as mulheres são a grande maioria nesta profissão atuando no HC. As chefias de unidade são, atualmente, todas mulheres.

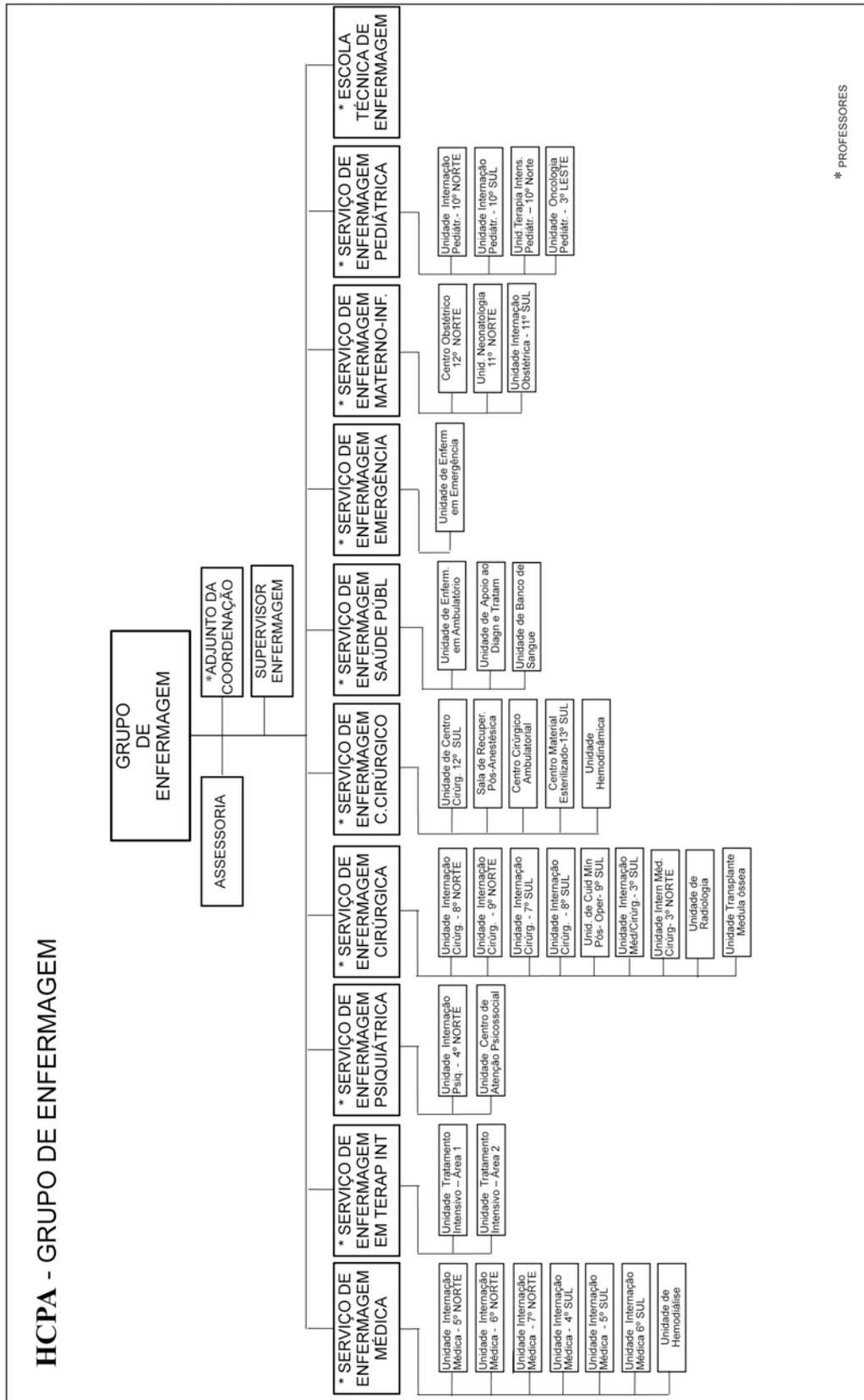


que são indicados pelo coordenador de sua área. Cada serviço é subdividido em seções. As áreas da VPA são dirigidas por profissionais das mais diferentes formações contratados pelo Hospital, dentre elas: administração, enfermagem, serviço social, sociologia, economia.

No contexto descrito, destacam-se as chefias de serviço e seção na VPA e as chefias de unidade no GENF, que são o foco desta pesquisa e que foram caracterizados no quadro 1, na página 23.

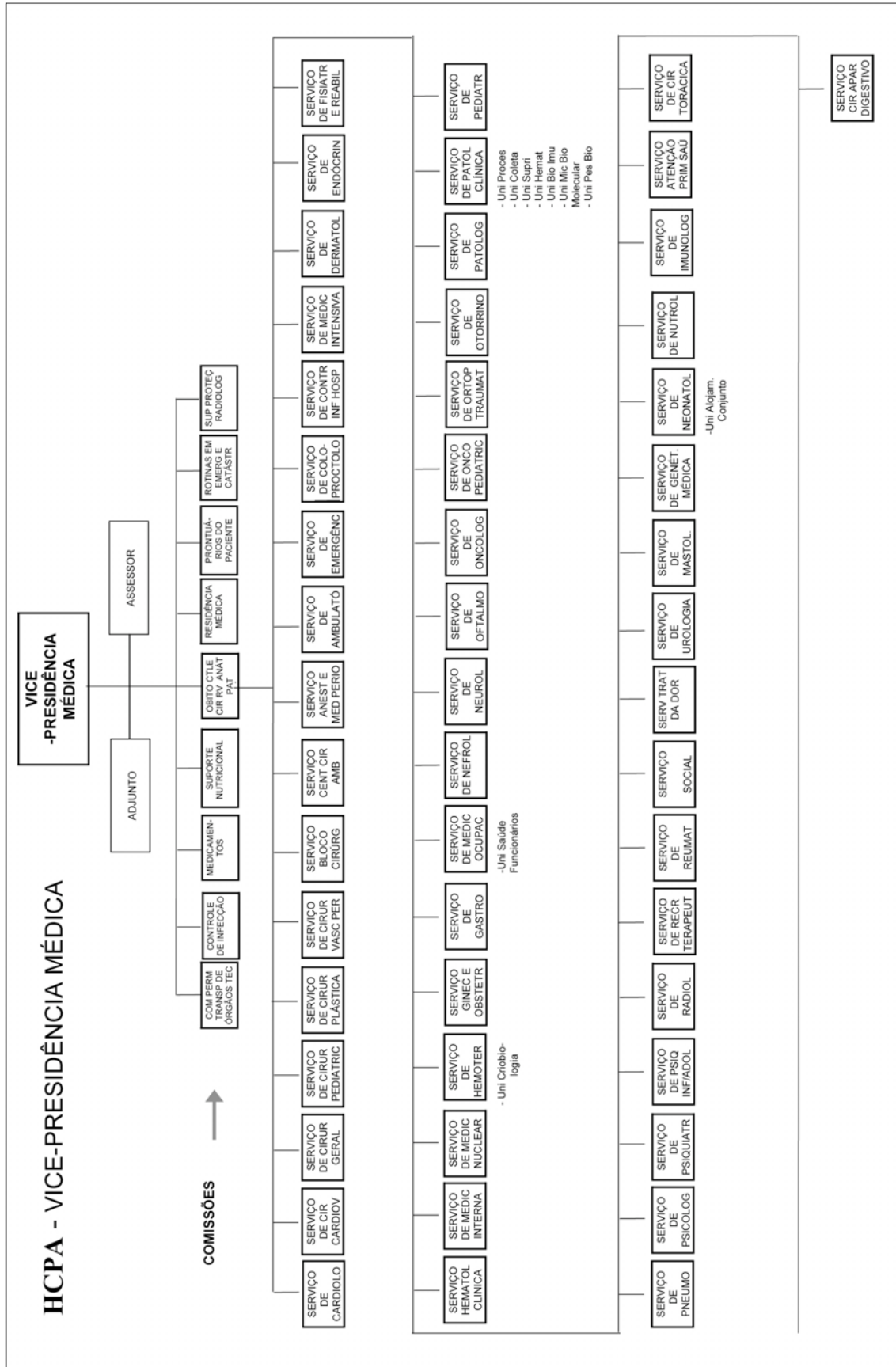
Seguem nas próximas páginas os organogramas do GENF, da VPM, da VPA e de uma das gerências desta vice-presidência, a Gerência Administrativa, para demonstrar a divisão em seções, com o propósito de situar a posição das chefias intermediárias.

Figura 2 – Organograma do Grupo de Enfermagem (GENF) do Hospital de Clínicas



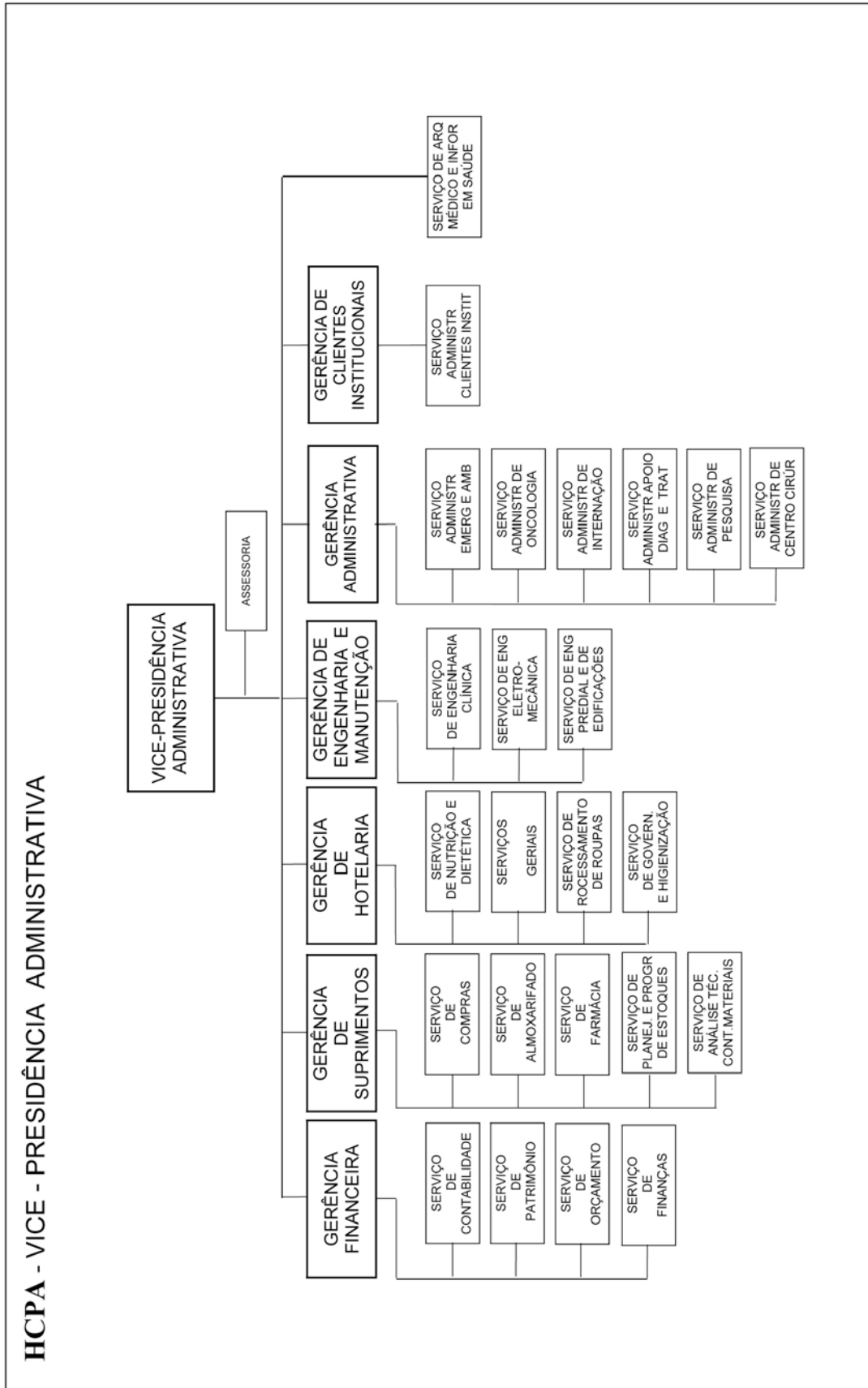
Fonte: Coordenadoria de Gestão de Pessoas/HC – 2007

**Figura 3 – Organograma da Vice-presidência Médica (VPM) do Hospital de Clínicas**



Fonte: Coordenadoria de Gestão de Pessoas/HC - 2007

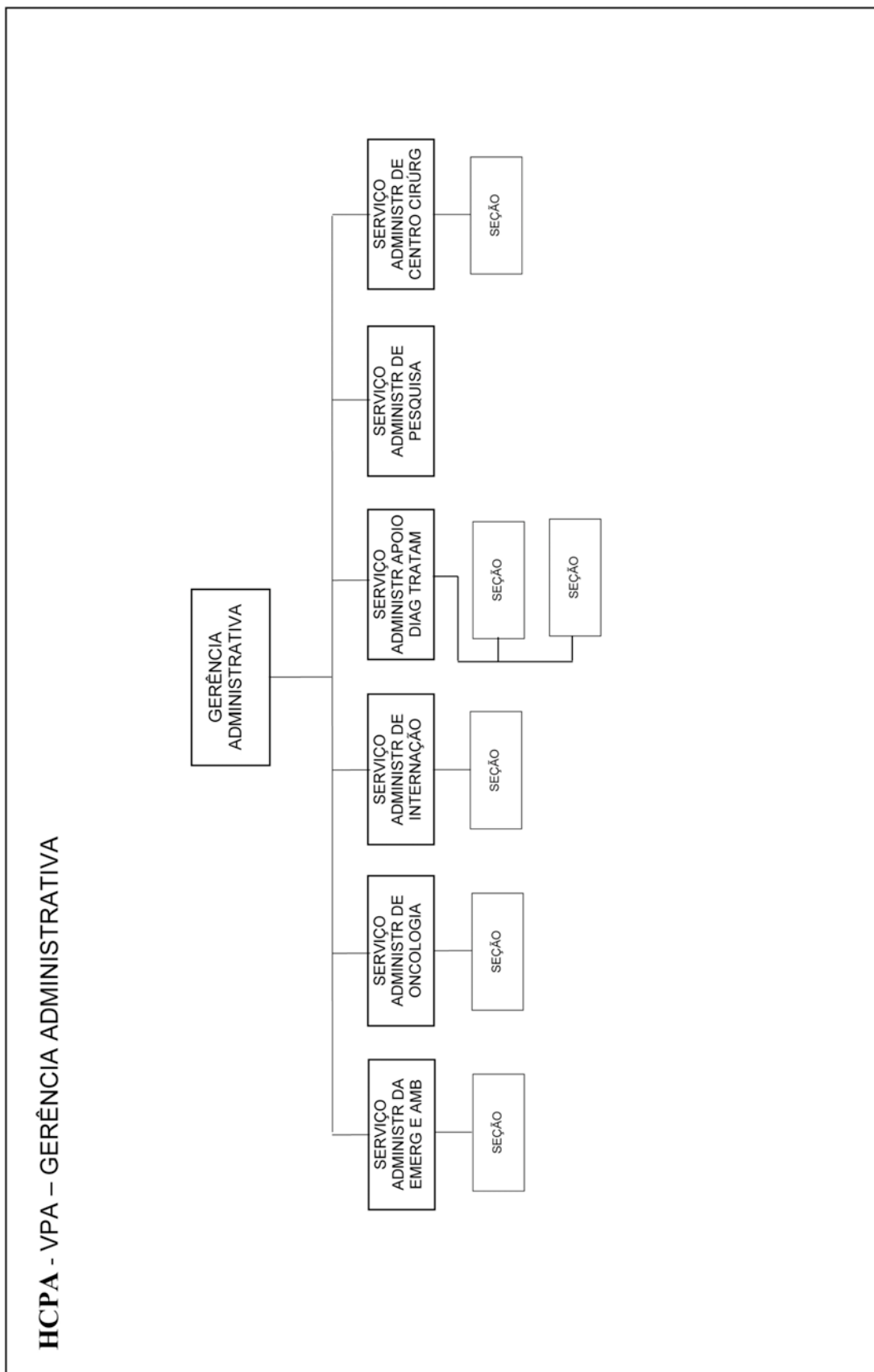
Figura 4 – Organograma Vice-presidência Administrativa (VPA) do Hospital de Clínicas



Atualizado em março/05, cfe. Ata 656ª AC de 08/03/05

Coordenadoria de Gestão de Pessoas  
Seção de Remuneração

Figura 5 – Organograma Gerência Administrativa/VPA do Hospital de Clínicas



Coordenadoria de Gestão de Pessoas  
Seção de Remuneração

Atualizado em setembro/07, cfe.  
solicitação VPA em 29/08/07, aprovado em  
Ata 673ª AC de 09/10/05

A configuração do organograma estabelece as vias formais de poder, mostrando-se, no caso do HC, na forma piramidal. Contudo, não revela as linhas de atravessamentos existentes na prática. Estas relações conformam um emaranhado de interesses, levando até mesmo a distintas concepções sobre o objetivo do hospital.

Carapinheiro (2005) realiza uma discussão sobre esse tema. A autora compreende que “recuperar ou tratar o doente” representa fonte de coesão institucional. Entretanto, tal definição estaria mascarando desacordos e discrepâncias no interior da organização. Esta autora realiza uma crítica à noção dessas organizações como estruturas sociais com fim específico. Afirma que mesmo que os objetivos sejam definidos de forma explícita, estes são submetidos a interpretações, pelos diferentes grupos. Nas palavras da autora, “[...] a interpretação oficial dos objectivos é sempre temperada pelos entendimentos particulares dos grupos” (CARAPINHEIRO, 2005, p. 60).

Desta forma, permanecem em cena uma série de interesses que são, muitas vezes, contraditórios. Para Cecílio (2002a, p. 296), “atores estratégicos [direção, trabalhadores, médicos, gestor público, usuários] têm visões ou projetos muito diferenciados e quase sempre conflitantes sobre como o hospital deve ser organizado”. Campos (2005) afirma que coletivos heterogêneos apresentam heterogeneidade de projetos. Segundo este autor, um dos papéis é produzir bens ou serviços que possam atender às necessidades sociais; o outro, é assegurar a sobrevivência da organização e dos agentes que a integram ou dependam dela. A organização, desta forma, produz serviços e produz sujeitos. Gurgel Junior e Vieira (2002) explicitam os interesses em jogo na organização hospitalar onde

[...] evidenciam-se os interesses dos usuários, que demandam assistência das mais variadas formas; os interesses dos trabalhadores da saúde, que buscam seu sustento e boas condições de trabalho; os interesses dos acionistas em se tratando de hospital privado, que objetiva o lucro; os interesses da rede de fabricantes e distribuidores de insumos, das empresas seguradoras e planos de saúde, que estabelecem uma relação comercial com o hospital; e, finalmente, os interesses dos poderes formalmente constituídos na gerência hospitalar e no governo, que têm nos objetivos técnicos e no alcance de metas programáticas da política de saúde o seu foco (GURGEL JUNIOR e VIEIRA, 2002, p. 330).

A proposta de resolução desses impasses passaria, então, não pela minimização das diferenças, mas por sua explicitação e pela busca do(s) comum(ns) entre estes diferentes.

Segundo Cecílio (2002b) e Carapineiro (2005) uma via possível para alcançar um trabalho coletivo coeso é a negociação. Ao negociar, propõe-se compartilhar o poder e alcançar o comprometimento. Esta discussão será aprofundada no capítulo sobre gestão. Contudo, cabe antecipar que a abertura para negociação pressupõe a perspectiva da incerteza sobre o que vai acontecer de fato e a disposição para tal e o que se vê, de modo geral, tem sido a reprodução dos esquemas de poder há muito prevalentes.

Neste sentido, aparecem estratégias como a utilização de linguagem própria e de inúmeras siglas, desconhecidas do público leigo. Da mesma forma, a presença do segredo e do sigilo que permeiam o trabalho hospitalar produzem certo virtuosismo em torno das competências e ofícios (SILVA, 2002). Estas estratégias são reforçadas por outros esquemas discursivos como a história e a estrutura arquitetônica e profissional, conforme se viu anteriormente. Além disto, a especificidade desta negociação no HC associa-se, também, à dinamização da gestão regida pelo Sistema Único de Saúde, como se verá no capítulo a seguir.

## 4. A GESTÃO

O presente capítulo apresenta a gestão, considerando a inter-relação entre saúde e sociedade, sua vinculação com o Sistema Único de Saúde e a tendência neoliberal de privatização do setor. Neste contexto, insere-se a figura dos gerentes e, mais especificamente, as chefias intermediárias atuando em hospitais.

### 4.1. A DINAMIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM GERAL E NO HC EM PARTICULAR

#### 4.1.1. O Sistema Único de Saúde

O hospital está inserido em um contexto social, integrando uma rede de atenção à saúde. No Brasil, a organização do sistema de saúde deu-se, sobretudo, a partir da década de 1950 (PASCHE, 2003). A implementação do sistema de saúde esteve atrelada ao desenvolvimento social e ao mundo do trabalho. Segundo Elias (2002), sua formulação foi pensada como um seguro, no âmbito da previdência, abrangendo os trabalhadores e suas famílias e sofria distorções que acompanhavam as contradições sociais mais amplas. Neste contexto, observava-se uma separação entre ações preventivo-promocionais e as curativo-reabilitadoras, privilegiando-se estas, de modo que se expandia a rede hospitalar, mesmo sem capacitação técnica, enquanto muitos morriam pela ausência de uma rede de atenção básica resolutive (PASCHE, 2003).

Em torno da década de 1970, o Movimento pela Reforma Sanitária buscou enfrentar tais distorções e resgatar o caráter mais amplo da concepção de saúde. Sua potência, conforme Feuerwerker (2005, p. 490), “esteve baseada em sua capacidade de construir no coletivo a idéia do direito democrático de todos à saúde



(uma perspectiva de igualdade numa sociedade desigual) e propor as linhas gerais de um novo ideário sanitário”. Com este ideário, e de acordo com as crescentes demandas sociais, foi-se construindo a noção de que seria necessário amparar toda a população e não apenas aqueles que contribuía com a Previdência Social.

Foram implementadas as Ações Integradas em Saúde (AIS), em 1982, para as quais o governo federal repassava verbas aos estados e municípios. Em 1986, foi realizada a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, um marco no processo de construção de um sistema de saúde integrado e universal. Em 1987, foi implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), antecedendo ao Sistema Único de Saúde (SUS), que foi formalizado como lei na Constituinte de 1988. Todo este movimento visava, sobretudo, mudanças na concepção do fazer em saúde, em “defesa da vida”.

Desta forma, a legislação passou a afirmar a saúde como “um direito de todos e um dever do Estado” (Constituição Federal, 1988, Art. 196). O SUS baseia-se nos princípios da universalidade, igualdade e equidade, e segue diretrizes de descentralização, integralidade, participação e controle social.

A lei que regulamenta o SUS prevê seu funcionamento através de uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços (CAMPOS e AMARAL, 2007), cujo desenho corresponderia, em uma perspectiva racionalizadora, a uma “pirâmide” (CECÍLIO, 1997). O nível primário, de maior amplitude, estaria constituído por unidades básicas de saúde (UBS), responsáveis pelo atendimento clínico e por ações de promoção e vigilância à saúde. O secundário seria composto por centros especializados, disponibilizando serviços de apoio, de diagnóstico e terapêuticos. O nível terciário abarcaria os hospitais gerais, dispondo de equipamentos sofisticados para o atendimento dos casos em que a saúde encontra-se mais debilitada, exigindo cuidados mais intensivos (CECÍLIO, 1997).

A UBS, projetada para ser a “porta de entrada” do sistema, não tem conseguido atender a demanda que se direciona, então, para as emergências dos hospitais. Estes serviços ficam sobrecarregados com o atendimento de casos mais simples e situações crônicas, reduzindo a capacidade do atendimento terciário. Cecílio (1997) analisa que o sistema piramidal, que como projeto se prestaria à racionalização do atendimento, adquiriu legitimidade por representar um ideário de justiça social no setor da saúde, de forma que as necessidades dos usuários

pudessem ser atendidas em espaços tecnológicos adequados. Contudo, na prática torna-se “difícil visualizar qualquer coisa que, de fato, se aproxime da imagem projetada de pirâmide”, tendo em vista que a disponibilização dos serviços não segue tal lógica (CECÍLIO, 1997, p. 471). Desta forma, os usuários buscam atendimento onde é possível. Cecílio (1997) propõe que o modelo seja revisto e sugere a figura de um “círculo”, com “múltiplas portas de entrada”, relativizando a concepção hierárquica dos serviços e abrindo outras possibilidades legitimadas de entradas e saídas. Neste contexto, este autor indica que o hospital deveria ter seu papel redefinido.

O modelo hospitalar hegemônico de hoje é centrado na doença, considerado como último recurso a ser utilizado (CECÍLIO, 2002a). O autor propõe que o hospital também seja um espaço voltado à educação em saúde e à prevenção, incentivando o desenvolvimento da autonomia e da cidadania. Tal concepção vincular-se-ia conceito ampliado de saúde foi ampliado, que compreende não apenas a ausência de doenças.

A atual legislação brasileira amplia o conceito de saúde, considerando-a um resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, s/p.).

Contextualizando a implementação do SUS, constata-se que suas propostas a princípio visavam uma ação política macro-institucional e passaram a focar, no final dos anos 1990, a reestruturação de serviços e práticas profissionais, adentrando os espaços micro-políticos do cotidiano de trabalho das equipes de saúde (PASCHE, 2003). Neste sentido, Campos e Amaral (2007) indicam o exercício da clínica ampliada, através da qual os sujeitos sejam considerados de forma integral. Alguns programas como o HumanizaSUS, do Ministério da Saúde, já buscam a ampliação nos modelos assistenciais hospitalares. Os autores reconhecem, contudo, que este é um movimento complexo e que sua realização dependerá também de uma reforma cultural, da criação de um ambiente de trabalho propício à abertura das estruturas disciplinares em que especialistas e profissionais vêm se encerrando.

Campos (2005) analisa que o desenvolvimento das propostas do SUS enfrenta ainda outros desafios, de ordem financeira, legislativa e gerencial, demandando uma articulação com reformas sociais e políticas. Elias (2002) indica

que algumas das dificuldades enfrentadas pelo SUS podem ser atribuídas ao processo histórico de sua instalação. Segundo o autor, é preciso compreender que anos de história não se reverterem a partir da escritura de uma Constituição, o que permitiria entender “porque há coisas escritas na Constituição que não se efetivam no cotidiano das pessoas”. E na história está registrado que a saúde no Brasil nasceu voltada à mercantilização. O primeiro sistema previdenciário no país estava destinado a um determinado grupo de pessoas: os ferroviários e os portuários, pois atuavam nos pólos mais dinâmicos da economia na época. O direito à assistência à saúde se dava sob a forma de um seguro, como se viu, para o qual havia o desconto compulsório em folha de pagamento e não contava com a participação de recursos fiscais do Estado (ELIAS, 2004).

O SUS não nasceu a partir da Constituição de 1988, mas foi fruto de uma série de movimentos que culminaram com sua formalização e que segue em processo de constituição. Assim, outra forma de compreender as dificuldades deste sistema abarca o contexto paradoxal que o cerca, como analisa Pasche (2003, p. 42-43):

[...] a implementação do SUS ocorre em um contexto paradoxal: de um lado, um ordenamento jurídico, um processo institucional e uma história de luta e de participação que pressionam e atuam no sentido das mudanças orientadas pelos princípios do sistema único. De outro, um contexto político-econômico e ideológico que se assenta na minimização das políticas públicas, cuja possibilidade de implantação requer, necessariamente, o cotejamento com forças políticas com projetos antagônicos, assim como também um estamento jurídico-legal do sistema, cujas teses centrais se estruturam em sentido oposto.

#### 4.1.2. O Sistema Único de Saúde e a gestão hospitalar

A avaliação sobre a prestação dos serviços públicos de saúde não tem sido positiva. Autores como Dussault (1992) e Silva Júnior (1998) consideram que a despeito dos poucos recursos financeiros destinados ao setor saúde, algumas restrições na prestação deste serviço poderiam ser minimizadas, se houvesse melhor gerenciamento dos mesmos. Cecílio (1997, p. 472) afirma que “os recursos

para a saúde são escassos, mas que mesmo os poucos recursos são mal utilizados”.

Especificamente sobre os hospitais, Minotto (2003, p. 62) avalia que “o empirismo no planejamento hospitalar tem acarretado evasão de recursos comunitários e impedido a instituição de organizações dinâmicas e eficientes”. No “Termo de Referência da Qualidade Hospitalar”, do Ministério da Saúde (2007, p.09), afirma-se que “a rede hospitalar brasileira permanece caracterizada por inúmeros estabelecimentos de saúde com grande fragilidade gerencial, longe de atender as exigências para constituírem verdadeiros espaços para uma atenção hospitalar resolutiva, adequada e otimizada”. E Cecílio (2002a, p. 305) considera que

*não é correto afirmar que existe uma escassez de recursos financeiros de tal ordem que justifique o mau funcionamento dos hospitais governamentais. Com certeza, os recursos serão, de alguma forma, sempre escassos perante as necessidades dos homens. Porém, tal escassez não deveria ser utilizada para justificar ou ocultar o que tem sido nossa incapacidade histórica de implementar melhores formas de gestão e aproveitamento dos recursos existentes (grifo do autor).*

Para Campos (2005, p. 115) a administração hospitalar tem sido realizada de forma “primitiva, comandada por interesses corporativos”. Os autores deixam claro que existe a necessidade de reformas no setor e que estas vêm sendo discutidas. Contudo, observam que existe “uma variedade de caminhos sugeridos para a reforma do papel, da gestão e do modo de funcionamento dos hospitais. Essa heterogeneidade de projetos reflete tanto diferenças ideológicas, quanto a multiplicidade de contextos e de referenciais teórico-organizacionais” (CAMPOS e ALMEIDA, 2007, p.849).

Os referidos autores concebem a saúde como um bem público e consideram a gestão do hospital em conexão com a rede de atenção à saúde. Neste sentido, conforme documento do Ministério da Saúde (2007, p.04),

*a atenção hospitalar vem se constituindo, ao longo do tempo, num dos principais pontos de debate no SUS. É indiscutível a importância dos hospitais na organização da rede de assistência, seja pelo tipo de serviços ofertados e sua grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumidos. O Brasil possui uma rede hospitalar bastante heterogênea do ponto de vista de incorporação tecnológica e complexidade de serviços, com grande concentração de recursos e de pessoal em complexos hospitalares de cidades de médio e grande porte, com claro desequilíbrio regional.*

Neste mesmo documento, postula-se que a estratégia central para reversão da condição atual que afeta a gestão hospitalar

é a utilização do processo de contratualização, entendido como a construção de pactos, metas e contratos internos entre o gestor local de saúde e o conjunto da instituição de saúde (diretores, trabalhadores, usuários) capaz de gerar compromissos de qualificação da atenção à saúde, com responsabilidades claramente definidas, atreladas a novas formas de financiamento, gestão, organização, educação em saúde, pesquisa, regulação e planejamento em saúde, cujo eixo central deve ser a atenção ao paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.08)

Com a proposição de melhorias nos modelos de gestão, Campos e Almeida (2007) defendem as diretrizes do SUS e avaliam que tais reformas devem acontecer dentro do sistema, a partir do diagnóstico das causas de seu insucesso. As propostas que seguem neste sentido indicam a operacionalização de um sistema comprometido com a qualidade do atendimento, com a superação da rigidez da gestão e com a melhor utilização dos recursos disponíveis (BARRENE e ZUNIGA, 2004; CECÍLIO, 2002b). Para tanto, os autores sugerem a redefinição da missão do hospital e seu perfil assistencial; o estabelecimento de indicadores; a utilização do planejamento estratégico situacional e, sobretudo, recomendam a revisão dos organogramas, definindo uma estrutura mais horizontalizada.

Esta recomendação, que tem sido feita para os mais diversos setores da economia, adquire contornos específicos na gestão hospitalar, pois busca responder também às dificuldades advindas da existência das múltiplas especializações e de sua decorrente departamentalização, assim como, as disputas de poder que são travadas nestas organizações. Mintzberg (2003) afirma a necessidade de ajustamento mútuo entre os diversos profissionais para a elaboração de uma estratégia para a organização. Carapinheiro (2005) sugere o estabelecimento de um sistema consultivo como forma de aproximar as decisões administrativas dos demais profissionais. No mesmo sentido, Lima-Gonçalves (2002) indica a criação de uma esfera múltipla de decisão, que ele denomina de conselho de gerentes.

Campos (2005) defende um modelo antitaylorista de gestão, a co-gestão, no qual todos os atores, de gestores a usuários, estejam efetivamente envolvidos e comprometidos. Esta proposta baseia-se na aposta de que a mudança organizacional depende do modo de ser dos sujeitos envolvidos, sendo uma tarefa de coletivos e não somente atribuição de especialistas. Na prática, Campos e

Amaral (2007) sugerem que o poder esteja a cargo de equipes interdisciplinares, denominadas de unidades de produção, compostas por trabalhadores de acordo com o objetivo e o objeto do trabalho. As unidades de produção seriam integradas entre si através do Colegiado de Gestão, reunindo os gestores das unidades. Haveria, ainda, um Colegiado de Gestão Central, contando com a participação da superintendência. Segundo os autores,

a estruturação de colegiados de co-gestão visa à construção de espaço onde ocorra a contratação dos objetivos institucionais, elaboração dos planos operativos, acompanhamento e avaliação de processos e resultados, mediante o uso de indicadores (CAMPOS e AMARAL, 2007, p. 854).

Este modelo permitiria aos gestores uma visão ampliada do hospital, da interdependência entre as áreas e oportunizaria um espaço para “disputa ‘civilizada’ de visões antagônicas e projetos diferenciados” (CECÍLIO, 2002a, p. 309), ao invés de resistência e boicotes velados. Desta forma, permitiria uma nova arquitetura, propiciando novos modos de produção e circulação do poder, afetos e saberes.

#### 4.1.3. O HC: expressões cotidianas de uma “gestão pública”

No contexto destas discussões, o HC apresenta algumas particularidades. Faz parte do conjunto de hospitais universitários vinculados ao Ministério da Educação (ME), entretanto, desde seu início, conta com uma natureza jurídica diferenciada: é um hospital público de direito privado. A natureza jurídica mista lhe proporciona maior autonomia e flexibilidade, se comparado aos hospitais públicos. O modelo de empresa pública de direito privado é considerado como um dos responsáveis pelo diferencial de desempenho do HC (HC, 2000, p.08) e é entendido como uma decisão visionária dos fundadores do Hospital. Entretanto, à época de seu estabelecimento, os dirigentes sofreram algumas dificuldades, como consta no Relatório de Gestão do período de 1980-1984:

como o mecanismo de uma Empresa Pública, atípico às demais organizações, era desconhecido, inclusive por não ter sido devidamente regulamentado, não foi tarefa fácil o entendimento com os serviços de apoio de cada ministério, já que eles não estavam preparados para dialogar com

uma nova estrutura essencialmente flexível e dinâmica e com muito de ente privado (HC, 1985, p. 02).

Como nos demais hospitais públicos, o governo federal subsidia os custos da folha de pagamento do HC. Outras despesas são assumidas com recursos próprios, oriundos da produção de serviços do Hospital. Estes são remunerados através dos contratos de gestão efetuados com o SUS e dos serviços prestados a particulares ou convênios de saúde, segundo informou o vice-presidente administrativo, em entrevista.

Segundo o referido entrevistado, a aplicação destes recursos e os investimentos realizados são decididos pela Administração Central (AC). Na gestão anterior a decisão de alocação de recursos era mais participativa. Esta administração decidiu centralizar e criar planos estratégicos para cada setor, devido às grandes diferenças existentes entre eles, sendo que os setores de maior expressão acabavam fazendo prevalecer seus interesses.

Atualmente, portanto, as áreas realizam os projetos que avaliam necessários e encaminham para a AC. O financiamento é condicionado ao indicador apresentado, que é acompanhado ao longo do processo. A priorização dos projetos se dá com base na avaliação de seu impacto social e conforme seu alinhamento ao plano estratégico do HC. Por exemplo, áreas onde há grande demanda e lista de espera são prioritárias. Outro critério para o investimento é a manutenção da estrutura e dos equipamentos, pois o Hospital tem uma considerável depreciação a cada ano. Atentar à sua manutenção tem como objetivo antecipar as necessidades e “não andar para trás”, diz o vice-presidente administrativo. Estes investimentos, por vezes, não são percebidos pelos usuários, indo contra a tendência das referidas obras de fachada, mas buscam garantir a qualidade da assistência e são apreciados pelos profissionais. No grupo da pesquisa, uma participante afirmou que estas medidas eram positivas pois, em alguns períodos no passado, “havia sempre algo estragado dando a impressão de um sucateamento do Hospital”.

No que diz respeito aos investimentos, o vice-presidente entrevistado informou que também são feitos acordos com o gestor municipal na definição de prioridades. Contudo esses acordos enfrentam alguns contratemplos, tendo em vista que seus responsáveis não permanecem no cargo por muito tempo, não sendo feito

um acompanhamento do andamento da proposta e pelo teto financeiro estabelecido pelo SUS, que na maioria das vezes é inferior ao custo demandado pela prestação do serviço.

Esta relação com o SUS é estabelecida através da AC. As chefias intermediárias têm maior ou menor contato com o gestor municipal de acordo com a área em que atuam. De modo geral, reproduzindo o que acontece no sistema de saúde, as áreas mais especializadas, de cuidados intensivos e que demandam equipamentos tecnológicos mais sofisticados têm tido maior proximidade ao gestor e facilidade de encaminhamentos. Quanto mais a área se aproxima das questões sociais, maiores dificuldades têm vivenciado na interação com o gestor municipal. As chefias intermediárias afirmam que esta é uma relação política que depende do interesse e das verbas destinadas à área, bem como dos contatos pessoais. Consta-se que o contato que as chefias intermediárias estabelecem com o SUS, realizados por áreas, fortalece a fragmentação entre as especialidades e restringem o planejamento sistêmico.

Os participantes avaliam o SUS como desorganizado no que se refere à hierarquização da prestação de serviços, compreendida por eles no legitimado modelo da pirâmide. Segundo as chefias intermediárias, no HC pacientes com problemas de saúde de baixa gravidade ocupam leitos e recebem atendimento que poderiam ser destinados a usuários com enfermidades mais complexas. Entretanto, a capacidade de atendimento do Hospital não parece ser uma preocupação para o gestor municipal, pois “tem gente chegando aqui o tempo todo, mesmo se não tem quem atenda, se não tem espaço, medicação ou o equipamento”, diziam os participantes. Estas questões sobrecarregam o cotidiano das chefias intermediárias pois demandam constantes intervenções, como a realização de contatos com outros hospitais, a renegociação com o gestor municipal, a reorganização das equipes de trabalho, etc. E elas se questionam: “quem é responsável por isto, o Hospital ou o gestor maior?”

Santos (1999) também encontrou esta questão em sua pesquisa sobre os gerentes hospitalares e sinaliza que o sistema público de saúde, em geral, não confere ao profissional que o gerencia nenhum tipo de segurança ou retaguarda.



Desta forma, situações referentes ao SUS explodem, na expressão utilizada pelo autor, no colo do gerente hospitalar.

A Figura 6 foi uma referência para os participantes falarem da sua relação com o SUS.

**Figura 6: O trabalho precarizado na relação com o SUS**



Fonte: Recorte de revista – Grupo Piloto

As chefias intermediárias referem ter a sensação de estar “no meio de um redemoinho; em um funil que escoar ralo abaixo!” e afirmam “o sistema é debilitado. Falta hospital, não tem onde botar as pessoas, então a gente é que tem que fazer o melhor para essas pessoas. A gente tem que ser forte, ter metas, ser organizado. Se a gente não fizer isto quem vai sofrer é o nosso paciente”.

Os participantes da pesquisa consideram que o Hospital, de modo geral, realiza de forma adequada seu papel respeitando a universalidade do acesso e prestando um atendimento de qualidade. Tomando como base o próprio HC, eles avaliam que “o melhor convênio ainda é o SUS. Claro que tu vai passar trabalho, nas filas, mas se tu precisar fazer qualquer exame tu faz, ninguém te poda. Quando tu estás dentro do hospital, faz tudo!” (PG2). Desta forma, convivem com muitas situações de pacientes que vieram transferidos de hospitais privados ao terem encerrada a cobertura de seus planos privados de saúde. As chefias intermediárias debatem no grupo situações como esta e avaliam como sendo uma das distorções

do sistema de saúde, pois “quando acaba a verba e o convênio não cobre mais ou é necessário algum procedimento mais caro, daí o privado já não tem mais interesse e vem cair aqui. E aí nós temos que abastecer e atender o paciente com o tratamento que custa dez vezes mais do que o hospital irá receber”.

Neste sentido, um entrevistado comenta: “no SUS há um problema muito sério. Acho que não existe uma contabilidade para saber quanto custa um processo. Isto é um lado. O outro, é que existe uma estimativa dos procedimentos que devem ser feitos por tipo de paciente. [...] E o Hospital gasta umas três vezes mais! Realmente qualquer sistema de saúde não agüenta! [...] Dizem também que a tecnologia e a informática vieram para agilizar o processo, racionalizar... mas na saúde, quanto mais tecnologia tu inventas, mais pessoas são necessárias para manter esta tecnologia funcionando! Assim, a saúde só pode ser cara! E o SUS não funciona... quer dizer, não funciona para uma parte da população que não consegue chegar no sistema. Mas toda pessoa que chegar no SUS, ele funciona. Eu falo daqui. Toda pessoa que chegar aqui no HC está feita! É o melhor hospital do SUS, mas é tudo exagerado. [...] O hospital quer fazer tanto e tão bem feito que acaba gastando bastante... eu não sei se isso está certo ou errado... é o conflito!” (E11).

A percepção da maioria é a de que o Hospital presta uma assistência de qualidade, mas que há um gasto desnecessário. Segundo E10, “as pessoas acham que o público tem o toque mágico. Pega a varinha e, *plim*, tem dinheiro! *Plim*, as coisas acontecem! Não se dão conta que o órgão público é uma empresa! Tem recursos e tem que gerir bem! Isto vai de A a Z [...] As pessoas confundem atender bem com ser permissivo. Vão dizer que não economizou para atender bem, mas o que se fez é não ter para o outro! Talvez se não fizesse isto, talvez este recurso que sobrasse poderia comprar um equipamento que poderia salvar duas vidas lá adiante. Mas isto é falta de gestão. Às vezes, a pessoa solícita, com característica de ajudar é legal, mas às vezes faz mal à instituição. Antes de ser assim, ela deveria ser profissional. Se tu quer fazer o bem, faz do teu bolso, porque é fácil ser gentil com o chapéu dos outros!”

Esta chefia narra algo muito comum. Entretanto, também não foi raro encontrar, no decorrer da pesquisa, algumas chefias que foram ou sabem de casos em que, em algum momento, houve “gentileza” com recursos próprios, sejam financeiros, sejam de implicação e responsabilização pessoal. Esta situação não é

aberta ao usuário e tampouco é divulgada na organização. Passa oculta como outras tantas ações que possibilitam que o trabalho aconteça, que por vezes não implicam recursos financeiros, mas demandam da chefia intermediária uma atitude fora do que está padronizado. Caracteriza-se como uma prática de quebra-galho, no sentido designado por Dejours, e sobre a qual se aprofundará mais adiante.

Desta forma, associada a “pequenos” gestos onde a chefia se coloca para além do previsto, a percepção corrente entre as chefias intermediárias é de que “nunca faltou nada”. Profissionais que atuam ou têm contato com outros hospitais afirmam que o HC é a “ilha da fantasia” ou é “uma mãe brasileira!”. Alguns consideram que esta cultura é atribuída à postura de alguns profissionais que têm aqui a sua “galinha dos ovos de ouro”.

Contudo, as chefias intermediárias notam que está havendo uma mudança, pois “agora está diferente. Antes todo mundo era o coitadinho, era uma coisa cultural bem forte. Agora as pessoas estão começando a entender o que se quer, já estão entendendo quais são os resultados esperados” (E9). As mudanças que foram acontecendo em cada período histórico conduziram à perspectiva que considera o hospital como negócio. Tais mudanças implicaram a desestabilização de configurações previamente acomodadas no HC, conforme será apresentado a seguir.

## 4.2. A SAÚDE COMO NEGÓCIO

### 4.2.1. O hospital como empresa

O hospital, na medida em que foi definindo sua função social tecnicamente e não mais como asilo, necessitou reenquadrar-se, econômica e politicamente, nos âmbitos das políticas de saúde e das políticas hospitalares atravessadas por interesses econômicos dos fabricantes de bens de saúde, como a indústria farmacêutica e as de equipamentos médicos (CARAPINHEIRO, 2005).

As mudanças no campo da saúde resultaram no que hoje se denomina de “mercado da saúde”, sendo os pacientes, considerados como consumidores desta vasta e lucrativa indústria. Sant’Anna (2005) afirma que com a incorporação de tecnologia, de produtos químicos e diferentes máquinas, o hospital passou a nutrir o lucro de grandes empresas. O hospital tem-se adaptado às necessidades decorrentes da evolução do lugar da saúde no contexto sócio-econômico mais vasto (CARAPINHEIRO, 2005). Desta forma,

os processos de racionalização implementados noutros sectores de actividade estendem-se também ao hospital, com o objectivo de fazer dele uma verdadeira empresa, campo de acção de uma lógica racionalizadora para o controlo do desenvolvimento do sistema hospitalar, através de um sistema concertado de decisões no campo técnico, económico, administrativo e orçamental e na consideração da ‘medicina moderna’ como uma actividade que se integra cada vez mais na actividade económica geral (CARAPINHEIRO, 2005, p.135).

Portanto, o hospital, que por um tempo se manteve à margem das orientações hegemônicas em relação à gestão das organizações, é tomado por esta nova perspectiva. Feuerwerker (2005, p. 491) afirma que

ao mesmo tempo em que houve avanços na implementação do sistema público, também o subsistema privado, designado constitucionalmente como complementar, avançou em sua organização e na conquista de legitimidade social. O subsistema privado reforça na sociedade e junto aos profissionais de saúde valores que o SUS procura desconstruir. O direito à saúde é traduzido como direito a consumir serviços médicos, procedimentos e medicamentos, já que existe uma supervalorização da especialização, dos procedimentos e da incorporação de tecnologia a qualquer preço.

Cherchiglia e Dallari (2006) identificam que a atual “turbulência social” tem implicado em uma fundamental alteração nos métodos de financiamento e remuneração das ações de saúde, na introdução de novos agentes de regulação e na agenda de flexibilização administrativa, através da qual o Estado tem delegado maior autonomia às unidades de saúde. Desta forma, as organizações de saúde têm sofrido uma pressão para aumentar a eficiência e a efetividade. Estas autoras realizaram um estudo para investigar quais adaptações e mudanças institucionais estas pressões acarretaram em um hospital-escola público. Dentre os resultados obtidos, Cherchiglia e Dallari (2006) constataram a implementação de estratégias racionalizadoras de aumento da produção e a busca de novos parceiros-fornecedores. Pires (1998) também verificou que os hospitais públicos e privados têm sido influenciados pelas mudanças tecnológicas e pelos modos de organização

do trabalho vigentes em setores mais dinâmicos da economia, aproximando-se do que denomina de “serviços comerciais”.

Neste sentido, Lima-Gonçalves (1998, p. 81) afirma que o hospital precisa ser gerenciado segundo critérios “absolutamente racionais, essencialmente baseados em pressupostos que caracterizam a moderna administração empresarial”, tendo em vista a própria sobrevivência. Desta forma, defende a abertura dos hospitais públicos aos convênios e justifica que esta é uma forma de ampliar a arrecadação financeira possibilitando a manutenção do atendimento aos usuários do SUS (LIMA-GONÇALVES, 2002).

Minotto (2003, p. 39) concorda com este ponto de vista e acrescenta que dentre os vários aspectos a serem administrados, a questão financeira e a adequada utilização dos recursos destacam-se, pois “expressa[m] os interesses de todas as partes envolvidas”, que segundo ele são os acionistas, a diretoria, os funcionários e os clientes.

Para alcançar tais metas, duas correntes teórico-operacionais têm se destacado. Uma delas, tecnocrática e gerencial, e a outra filiada à escola norte-americana denominada de *managed care* (CAMPOS e AMARAL, 2007). A primeira segue a linha dos programas de qualidade total e seus variantes. Esta proposta introduz nos hospitais a preocupação com a avaliação de resultados e a gestão com base em evidências, importadas de outros setores produtivos com pouca adaptação ao contexto hospitalar. A segunda corrente investe na adoção de protocolos e sistemas de decisão que buscam minimizar o poder dos profissionais da saúde, sobretudo o dos médicos, utilizando métodos disciplinares e normativos (CAMPOS e AMARAL, 2007).

O compromisso com a qualidade tem sido assumido pelos hospitais como “obrigatório [...] de forma que ele se transforma em importante condicionante de natureza funcional na atividade da organização” (LIMA-GONÇALVES, 2002, p. 18). Na visão gerencial, a qualidade relaciona-se ao crescimento dos custos da assistência hospitalar. Entretanto, Gurgel Junior e Vieira (2002) enfatizam que os programas de qualidade não podem simplesmente ser transportados de outros setores para os hospitais, pois existe uma série de fatores que interferem em sua implementação, as leis de mercado, a concorrência, a variabilidade da assistência demandada, a assimetria de informações, consumo de serviço imediato à sua

produção, execução dos serviços por grupos corporativos distintos e a categoria médica.

A noção que pressupõe o hospital como empresa alinha-se à perspectiva neoliberal, de globalização e reforma do Estado. Seguindo a ideologia de mercado, considera a privatização, em diferentes graus e formas, e a desregulamentação dos direitos como única solução para as deficiências do modelo de gestão hospitalar burocrático-estatal.

Ao problematizar tais propostas, Campos e Amaral (2007) e Cecílio (2002a) indicam que elas têm privilegiado uma racionalidade instrumental e focam o gerenciamento interno dos hospitais, descuidando-se da relação destes com o sistema.

Pires (1998) também mostra-se contrária a esta vertente, argüindo que os serviços de saúde fazem parte das atividades imprescindíveis para a vida em sociedade, reconhecendo a saúde como direito à cidadania que, portanto, não deveria atrelar-se à lógica da privatização e comercialização. Esta autora identifica que o setor privado só funciona se a relação custo/benefício estiver a favor do proprietário, deixando os usuários à margem. Acrescenta-se que também repercutem sobre os trabalhadores. Tal ponto de vista é corroborado por Gurgel Junior e Vieira (2002, p. 331), segundo os quais uma organização, sobretudo pública, que lida diretamente com a vida das pessoas “não pode ser dirigida pela lógica da acumulação lucrativa, sob pena de pôr em cheque a própria razão de sua existência. A eficiência é uma dimensão importante na vida das organizações, mas não é a única e, em algumas circunstâncias, nem a mais importante”.

Na presente pesquisa, a pesquisadora apóia esta vertente e defende a busca de alternativas e melhorias a partir das propostas do SUS. Com relação aos participantes, constata-se uma divergência de opiniões, refletindo o que ocorre no campo mais amplo, conforme se discutirá a seguir.

#### 4.2.2. O HC: expressões cotidianas de uma “gestão privada”

As chefias intermediárias explicitaram sua preocupação, ao longo da pesquisa, com o aprimoramento do modelo de gestão e, ao mesmo tempo, o receio pelas conseqüências decorrentes da introdução de um modelo de gestão mais competitivo.

Desde muito cedo, conforme consta nos Relatórios, a gestão mais racional foi uma preocupação no Hospital de Clínicas. Na apresentação da gestão econômico-financeira do Relatório de 1980-1984, fala-se sobre o esforço que estava se desenvolvendo no país para romper as barreiras do subdesenvolvimento. O discurso apresentado defendia a mobilização das organizações, pois os recursos do Governo eram escassos e “sem uma mentalidade empresarial, voltada para as mudanças que o processo econômico requer, não há esquema gerencial realista que possa ser adotado” (HC, 1985, p. 24). Assim, afirmava que se a administração esteve

relegada a plano secundário num passado recente, sua responsabilidade potencializou-se com o processo de mudança, passando a ser o centro dinâmico e compatibilizador das metas com os recursos disponíveis. [...] Atualmente é inviável pensar num Hospital Universitário totalmente dependente do Governo e atendendo somente indigentes, como era comum há alguns anos atrás. Esta é uma mentalidade que precisa ser entendida e absorvida (HC, 1985, p. 25).

Com a intenção de “modernização administrativa”, que se daria sobretudo na “forma de condução dos destinos da organização”, em 1981, foi criado o Serviço de Organizações e Métodos para realizar “diagnose organizacional”. Com este trabalho, a VPA modificou-se e, na época, passou de cinco grupos para quatro; de 23 serviços para 10; de 58 setores para 20; de quatro comissões restou apenas uma. A preocupação manifesta era com o alcance do controle (HC, 1985).

O relatório da gestão seguinte, referindo-se aos anos 1984-1988, também iniciava ratificando a necessidade de implantação de um sistema administrativo capaz de viabilizar resultados e suprir a carência de informações gerenciais. Propunha a elaboração de um modelo em que a área administrativa funcionasse como apoio e suporte para as demais. A Administração Central defendia o estabelecimento de uma gestão participativa. Eram estas as informações do discurso oficial.

Entretanto, nesta época, conforme os relatos das chefias intermediárias, a “parte administrativa era mais burocrática e mesmo estando próxima à assistência, não se envolvia. Ninguém fazia o gerenciamento. As coisas iam...” (E2). Desta forma, se anteriormente havia uma preocupação com a gestão eficiente, hoje as chefias percebem que existem ações práticas mais expressivas.

Os participantes lembram que as mudanças do modelo de gestão começaram a acontecer de forma mais visível na gestão anterior, apresentando uma marca de ruptura com os modelos que o precederam. A vivência relatada foi a de que se tentou implementar ações referentes a despesas de forma “radical”, gerando grandes resistências, conflitos e contrariedades. Apesar disto, as mudanças foram e continuam sendo implementadas, acompanhando as tendências e as pressões do contexto externo.

A fotografia a seguir (Fotografia 4) retrata a ligação com o externo, considerada no grupo como sendo importante fonte de conhecimento e trocas, tanto em termos de equipamentos, representado pela incubadora, quanto nos modos de trabalhar e gerenciar. Este é um discurso que tem sido enfatizado, com intuito de reforçar as propostas de mudanças. Neste sentido, é significativo notar que as janelas fotografadas estão fechadas, possibilitando a compreensão de que há um filtro que impede uma grande permeabilidade. Ao longo dos encontros do grupo, a função de filtro pode ser atribuída à natureza jurídica mista.

**Fotografia 4: Relação com o externo: possibilidades e barreiras**



Fonte: Fotografia de participante da pesquisa

Nas palavras de uma chefia entrevistada, “aqui tem uma cultura de uso, de desperdício. Mas acho que aos poucos, com o planejamento estratégico, com o



próprio plano de cargos, tudo isso vem a somar para que as pessoas fiquem mais responsáveis pelo resultado. As pessoas, de um tempo para cá estão se movimentando um pouco mais, estão sendo conduzidas a um processo de mudança, estão mais abertas, porque há um clima de fazer coisas novas... discutindo, revendo... é bom para uns e não tão bom para outros, porque tudo gera uma ansiedade e uns sabem lidar melhor do que outros... acho que é o caminho e as pessoas têm que se adaptar!" (E9).

A condução dos processos de mudança tem sido atribuída à Administração Central, responsável pela implementação destas tendências. No HC travam-se embates entre projetos inovadores e restrições legais, na duplicidade de sua condição jurídica mista. A imagem fotográfica (Fotografia 4) reforça esta realidade da oposição entre aberto e fechado/interno e externo. Também permite refletir que as chefias intermediárias vivenciam esta dicotomização discursiva.

A adaptação a um modelo mais "profissional" de gestão adotado pela AC agrada algumas chefias intermediárias, sendo considerada como um avanço, conforme E8, que diz: "estamos bem próximos do auge no que há de mais moderno em administração". Para outras, as alterações no mercado tornam a adaptação do Hospital inevitável, pois "há a preocupação com a sua sobrevivência". E algumas chefias acompanham os movimentos de mudanças na gestão com preocupação, sobretudo pelas conseqüências psíquicas que acarretam, conforme se discutirá no capítulo seguinte.

Há ainda chefias que analisam que as mudanças gerenciais atingem apenas em parte o funcionamento do Hospital, pois consideram que este, por ser público, não está voltado ao mercado e teria sua clientela garantida: "pelo fato do hospital ser público, não visa o lucro, nós temos subsídios de recursos que recebemos do governo. Visamos basicamente ao atendimento. Eu não vejo relação de competição no mercado" (E1).

Por ser um hospital público de direito privado, algumas chefias intermediárias entendem que coexistem, antagonicamente, propostas de mercado, de racionalização, agilidade e cobranças para cortes de custos com um "ranço de instituição pública", sobretudo na existência de critérios políticos e não técnicos para a tomada de decisão. Destacam, neste sentido, a ocupação de cargos estratégicos no Hospital. As chefias participantes da pesquisa avaliam que alguns profissionais

que ocupam altos cargos, não estão preparados, provocando dificuldades no andamento do processo de trabalho.

#### 4.3. O GERENTE HOSPITALAR

Tem-se atribuído uma grande relevância ao papel do profissional responsável por realizar o gerenciamento das organizações. Segundo Minotto (2003, p. 39), para alcançar as metas exigidas das organizações na atualidade, “os gerentes são decisivos, no papel de liderança, com a capacidade de catalisar, disciplinar e motivar as equipes”.

A valorização da figura dos gerentes está relacionada às transformações no campo sócio-econômico, decorrentes da globalização e da flexibilização dos modelos de produção. Neste contexto, as organizações empresariais têm exercido grande influência na vida social, introduzindo um novo conjunto de valores e comportamentos, configurando uma “cultura do *management*” (WOOD JR. e PAULA, 2002). Segundo estes autores, “o mundo do negócio e o *management* passaram a moldar nossa experiência social e cultural, invadindo progressivamente os domínios da ciência e tecnologia, arte e literatura” (idem, p. 02). Neste sentido, Wittke (2005) afirma que a empresa tornou-se algo fluído que contrasta com a fábrica, potente por sua solidez. A materialidade da empresa é de ordem simbólica, determinando uma ética própria, compondo um conjunto de valores.

Os pressupostos organizacionais, anteriormente restritos aos limites das empresas, passaram a ser compartilhados pelas demais esferas do tecido social. Estes pressupostos envolvem noções como a de um mercado livre; o indivíduo como auto-empresendedor; o culto à excelência como forma de aperfeiçoamento individual e coletivo; o uso (cultuado) de símbolos e figuras emblemáticas, como palavras de efeito no jargão administrativo e a noção de “gerente herói” (WOOD JR. e PAULA, 2002). Assim, “homens de terno e gravata [passam a ser considerados] ícones emblemáticos do modernismo [...], símbolo de uma sociedade bem

organizada, na qual racionalidade, estrutura e eficiência tornam-se primordiais” (STRANNEGÅRD, 2005, p.15).

Neste sentido, Bauman (2003) afirma que não é mais (somente) a posse de bens e títulos de propriedade que garante o acesso às esferas de poder. Na atualidade, gerenciar pessoas, comandar, estabelecer regras de conduta e obter obediência a essas regras passa a ser fundamental como fonte de poder.

[...] a condução cotidiana dos negócios passara a ser uma prerrogativa dos gerentes [a partir do que fora denominado Revolução dos Gerentes], e ninguém se atreveria a interferir, nem desejaria fazê-lo. Alguns gerentes podiam ser donos de ações das empresas que dirigiam, alguns podiam, em termos legais, ser pura e simplesmente empregados, mas para a alocação do poder isso era irrelevante. O poder consiste na tomada de decisões e pertencem aos que as tomam. E assim o poder pertencia aos gerentes (BAUMAN, 2003, p. 40).

No contexto hospitalar, com as particularidades decorrentes de ser uma burocracia profissional (MINTZBERG, 2003), a inserção dos gerentes adquire contornos próprios. Nestas organizações, os profissionais do núcleo operacional controlam seu trabalho, bem como procuram controlar coletivamente as decisões mais amplas que os afetam. Santos (1999, p. 122) afirma que o gerente

[...] ao invés de equivaler a um condutor de uma orquestra sinfônica, [...] mais parece um boneco em um show de marionetes, onde centenas de pessoas puxam os cordões, forçando-os a agirem nessa ou naquela direção, de acordo com a pressão e a força exercidas.

Desta forma, para que os administradores<sup>5</sup> tenham qualquer poder nessas estruturas, devem “estar habilitados pelo órgão de classe e, preferivelmente, serem eleitos pelos operadores profissionais ou, pelo menos, indicados por eles” (MINTZBERG, 2003, p. 221). Este autor afirma que alguns estudiosos costumam compreender estas organizações sob a configuração de uma pirâmide invertida. Os operadores estariam no topo e os administradores na base. Contudo, Mintzberg (2003) avalia que esta é uma concepção que subestima o poder do administrador profissional.

O poder atribuído ao administrador, referido por Mintzberg (2003), está vinculado ao tempo que este passa lidando com as dissonâncias da estrutura. Ele afirma que os administradores atuam diante da incerteza, o que consiste em “fonte de poder”.

---

<sup>5</sup> Aqui será utilizado o termo administrador considerando profissionais com diferentes formações responsáveis pelo gerenciamento, exercendo papel administrativo.

A demarcação dos territórios entre a autoridade médica e a autoridade administrativa e a manutenção da possibilidade de influenciar os processos de gestão estão relacionados a novas configurações de poder. Mintzberg (2003) destaca os papéis assumidos pelos gerentes. O primeiro refere-se às dificuldades e aos conflitos gerados na categorização do processo de trabalho e nas dúvidas sobre responsabilidades entre os diferentes profissionais. O administrador não impõe soluções, mas é chamado a intermediar as negociações. Ele deve, também, auxiliar o grupo de profissionais a negociar seu projeto com o sistema. “O administrador tem tempo para preocupar-se com tais assuntos. [...] O administrador possui conhecimento pleno do sistema de comissões administrativas, bem como muitos contatos pessoais, ambos necessários para o projeto fluir regularmente” (MINTZBERG, 2003, p. 225).

Cecílio (2002a) afirma que aos gestores compete ser um “animador de equipe”, o que significa integrar os diferentes profissionais, fazendo com que tenham um projeto convergente, coordenar processos de avaliação de desempenho e de satisfação dos clientes, sejam estes internos ou externos. Sobressaem, portanto, as relações que estabelecem com os demais profissionais, dentre eles, os médicos, que se configuram como a categoria de maior poder.

Desta forma, o gerente não pode impor sua vontade, mas, “sabendo que os profissionais não desejam nada mais que ficar em paz [deve] confiar em seu poder informal e aplicá-lo com sutileza” (MINTZBERG, 2003, p.226). A cautela é recomendada, pois propostas de mudanças mais diretas tendem a gerar rejeição.

O mesmo autor afirma que esta influência deve ir além do auxílio aos profissionais, procurando mudar a organização em sua totalidade para torná-la mais eficaz. Considera também o papel de intermediação do gerente da relação dos profissionais com o ambiente externo (governo, associações de clientes, etc). Conforme Mintzberg (2003), é comum que esta função seja considerada como secundária, uma espécie de “garoto de recados”. Entretanto, ele avalia que este papel é de extrema importância, sendo esta a possibilidade de tornar-se fundamental. Sobretudo para aqueles gerentes que nesta relação com o “externo” conseguem proteger o núcleo profissional das pressões e angariar fundos, o que lhe concede o direito de opinar como o mesmo será aplicado/distribuído.

#### 4.3.1. As chefias intermediárias

Chefias intermediárias são consideradas aquelas que ocupam uma posição de gerência média no organograma. Desta forma, constituem-se como trabalhadores que possuem uma função de confiança, com uma remuneração extra para exercê-la, e que se reportam a um nível superior e têm a responsabilidade de gerenciar uma área e os trabalhadores que ali atuam, considerados como “subordinados”. Esta é uma função imbuída de *status*, sobretudo no contexto atual, almejada por muitos e recoberta por um discurso de autoridade, autonomia e poder. Contudo, diversos estudos têm assinalado outras perspectivas sobre a mesma.

Os gerentes, segundo Strannegård (2005) são profissionais capazes e capacitados para exercer o controle, mas pouca ascensão têm sobre sua própria condição. Eles encontram-se em uma situação limite de estar “quase lá” – não estão acima, nem abaixo. Estão em um “entre espaço” (STRANNEGÅRD, 2005, p. 16).

Brant e Dias (2004, p. 943) definem esses profissionais como “sujeitos divididos entre a obediência e resistência às demandas organizacionais, [que] parecem encarnar, estrategicamente, as ‘proibições’ de manifestação do sofrimento, reproduzindo assim a atual cultura do individualismo na gestão do trabalho”. Desta forma, esses profissionais são levados a uma postura de individualismo, podendo contar apenas com as próprias defesas, o que acarreta fragilidade psíquica, redução ou ausência de relações verdadeiramente afetivas. Os superiores, para este grupo, raramente exercem a função de filtro ou de suporte para as pressões e demandas cotidianas; são considerados ao mesmo tempo pares e “rivais”, pois ocupam uma posição que o gestor intermediário almeja alcançar no futuro.

Lima (1995) afirma que o gerente intermediário encontra-se em uma posição vulnerável no que se refere à exposição ao discurso da empresa. Para esta autora, o gerente intermediário tem sido um porta voz das políticas da empresa e, quando ocupa um posto de direção, é também um dos instigadores dessas políticas.

Dejours (1999) também constatou a vinculação dos gerentes intermediários com o discurso da empresa. Os resultados de suas pesquisas indicaram uma grande defasagem entre a descrição do cotidiano de trabalho apresentada pelos gerentes e

a realizada pelos trabalhadores subordinados a eles. Segundo este autor, os gerentes conhecem a situação real, mas sempre que se reportam a terceiros falam sobre essa imagem, com convicção, com “uma confiança aparentemente autêntica na qualidade do trabalho e na perenidade da empresa. [...] sem essa confiança ou mesmo esse triunfalismo dos gerentes, o sistema entraria em crise” (DEJOURS, 1999, p.54).

A dissimulação e o silêncio das chefias intermediárias são explicados pela ausência de espaços em que suas dificuldades sejam objeto de debate, de reflexão coletiva. Aliado a este fator, encontra-se o medo de tornar visíveis suas próprias dificuldades e que estas sejam atribuídas à incompetência. Desta forma, ocultam-se as falhas que não se consegue corrigir (DEJOURS, 1999). Lima (1995, p. 186) complementa sinalizando que “o gerente quer acreditar no seu poder, na sua autonomia e se defende de uma tomada de consciência de sua real condição de sujeição, através de movimento de idealização de si mesmo”. Assim, através de defesas e resistências, a organização do trabalho não logra suprimir de todo a sua autonomia. E, de fato, no trabalho em saúde, são eles os possíveis interventores nos importantes agenciamentos micropolíticos. Desta forma, o gestor intermediário retiraria deste lugar também benefícios psicológicos e materiais.

#### 4.3.2. O HC e as estratégias de enfrentamento do cotidiano: a visibilização do conflito entre os diferentes e sua invisibilização entre os iguais

A função das chefias intermediárias no Hospital de Clínicas, sobretudo as da VPA, tem sido construída com um grande esforço. A princípio, a inserção e a definição do papel de profissionais responsáveis pelo gerenciamento gerou resistências, tanto por parte das enfermeiras como dos médicos, que “não sabiam nem o que era o administrador. Para eles era uma secretária de luxo! Uma secretária formada, com conhecimentos, que fazia favores” (PG 6). Ao mesmo tempo, outra chefia tem a percepção de que “aquilo era tudo o que eles queriam! Para eles, ter

alguém que eles chegam e pedem resolver é tudo o que eles querem! E tu estares ali para auxiliar, isso é muito forte!” (E2).

Entretanto, esta mesma chefia notou maior diferença com relação ao grupo de enfermeiras: “com elas a batalha foi dura! Eram elas que cuidavam dos estoques. Eram as donas. Mas não tinha controle de nada!” (E2) E uma das enfermeiras entrevistadas reconhece que desconhecia a função das chefias administrativas: “antes eu pensava: o que é gestão? Que palavra nova [da moda] é essa agora?! [...] Eu tinha muita resistência com a administração aqui dentro, achava que não precisava ter tanto administrador! Eu sentia que o administrador vinha resolver as coisas burocráticas, essas coisas de dinheiro, de materiais, que veria os consertos, coisas mais simples. Mas estou vendo que eles têm um papel importante, que não é só pensar no aqui-agora, mas no planejamento do futuro. Eles vêm ser parceiros e não alguém que vai te substituir” (E7).

Este tem sido um trabalho no qual as chefias, como elas falam, precisam ir conquistando seu espaço e este tem se estabelecido pouco a pouco, utilizando-se a referida sutileza. Uma das chefias relata que o trabalho deles “é fazer com que as coisas funcionem. [Como isto nem sempre acontece de uma vez], tu monta uma estratégia, outra, vai... nem que leve um ano! E vai fazendo trabalhinho, trabalhinho, trabalhinho... e consegue!” (E11). Quando o espaço de trabalho está mais estabelecido o gerente apresenta o papel de intermediação: “se tem um problema cada um dá a sua opinião. A gente senta: o que se ganha deste jeito, o que se perde, quais os riscos, quais os benefícios... eles vão opinando... e eles enxergam na gente aquela pessoa que vai fazer isto. Eu não vou decidir. Posso ser voto vencido, mas tenho que argumentar... vai ser este o nosso poder: a argumentação, nosso conhecimento e esta habilidade” (E2).

O espaço da gerência é simbolicamente representado, pelas chefias participantes da pesquisa, através de uma cadeira: “sentar nela envolve muita responsabilidade”. E constitui-se como um espaço individual e rotativo: senta um de cada vez. Esta representação indica a permanência no Hospital de uma estrutura de poder conforme a racionalidade gerencial hegemônica, em que a disciplina, o controle e o autoritarismo são as bases, diferenciando-se de propostas no sentido mais coletivo da gestão, ou de co-gestão, conforme assinalado por Campos (2005).

**Figura 7: A cadeira da chefia**



Fonte: Recorte de revista – Grupo Piloto

No caso das chefias participantes desta pesquisa, esta cadeira está colocada em posição singular, intermediária, que particulariza sua atuação. Para expressar como é estar neste lugar, as chefias recorrem a uma série de imagens. Talvez, como diz Sennett (2001, p. 109), existam situações ou momentos em que “pensar metaforicamente é a única maneira de pensar”.

Desta forma, as chefias intermediárias mencionam que “somos como mariscos, estamos sempre entre o mar e o rochedo”; “trabalhamos entre a cruz e a espada”; “temos que dançar e rebolar, tocar flauta e assobiar”; “é uma função de malabarismos”, “tem que rebolar para dar conta”. “Estamos ‘ensanduichados’” e “não podemos colocar lenha na fogueira”.

As dificuldades da função, em sua condição intermediária, estão atreladas ao fato de serem um “elo de ligação”. Os participantes desta pesquisa analisam que precisam absorver as cobranças dos superiores e não transferir ao seu grupo de subordinados em sua plenitude. A figura 8 foi escolhida para expressar esta condição.



**Figura 8: A mobilidade da chefia intermediária**



Fonte: Recorte de revista – Grupo Piloto

As chefias intermediárias afirmam que circulam entre diferentes níveis hierárquicos, assumindo diferentes papéis. Também a imagem demonstrou as diferenças entre os que estão acima e os que estão abaixo: “até na figura está assim, a posição mais alta está mais nítida, é onde as idéias estão mais claras sobre o que se quer para a organização. Vai descendo, a imagem já fica um pouco manchada, sem nitidez...”.

Como elas são as pessoas que mais se aproximam do nível operacional, recaem sobre elas a requisição de “operacionalização das estratégias”, ou seja, colocar em prática as demandas da organização e fazer circular um discurso produtor de sentidos, conforme interesses da organização. No grupo foi discutido que nas reuniões de chefia “além das obrigações de todo dia, todos vão para nos pedir algo. Vai o SMO [Serviço de Medicina Ocupacional] falar das pessoas que estão retornando com restrições para o trabalho; vai o pessoal da CGP falar das mudanças na remuneração, das horas-extras... a gente sai do auditório com a cabeça cheia, e só tem o percurso até [a área de trabalho] para assimilar! E quando chega lá, já tem um novo problema te esperando... Ninguém vai na reunião para dizer como fazer com todas essas demandas!”

As chefias intermediárias percebem uma disparidade de propostas: “eles [a AC] querem uma liderança tranqüila, que dê autonomia, que isto e aquilo. Mas te dão metas, tarefas, prazos e às vezes, as condições não são favoráveis ao nosso grupo de trabalho. Então tu fica no meio do sanduíche. Tem que ser bom para os funcionários, mas com as condições que a empresa dá. Claramente isso dá muita ansiedade e muita dificuldade de trabalho” (E12). E, algumas vezes, as chefias não concordam com aquilo que está decidido. Este fato está relacionado, segundo os participantes, com o fato de que alguns deles estão há mais tempo no hospital do que suas chefias, conhecendo melhor sua realidade. Este constitui-se, portanto, como outro fator que consideram como difícil no lugar de intermediário: “a gente não acredita e mesmo assim tem que levar adiante”. O relato de uma das chefias esclarece como “devem” se portar: “eu procuro passar que nós trabalhamos aqui, esse é o nosso emprego, o nosso sustento. Tem essa administração, daqui a pouco vai ter outra, vão ter metas, objetivos e nós, enquanto profissionais, vamos seguir trabalhando aqui. Podemos questionar? Com certeza pode e pode sugerir, mas a gente está aqui e se a gente quer continuar aqui a gente tem que cumprir com o que esta administração está nos solicitando. Eu tento passar de uma forma saudável aquilo que a empresa pede e ver com o grupo como podemos fazer. Eu tento saber bem o que se quer, porque... daí tu te tranqüiliza e as pessoas se empenham em fazer. [...] Tem coisas que não concordo, mas isto não posso passar para o grupo. Se tu quer ter a tua posição, pode ter, mas não na frente deles. Algumas coisas a gente conversa entre chefias, outras não. Tem que ser contigo mesmo” (E5).

Apesar das questões assinaladas com relação à função, a maioria das chefias percebe-se como sendo essencial na organização. Além disto, afirmam que existem gratificações nesta função. Como analisa Lima (1996), se os gerentes estão nesta função é porque dali retiram benefícios tanto materiais quanto psicológicos. A posição ocupada não os torna vítimas (ALMEIDA, 2006) mas delineaia contornos próprios. Há, portanto, como dizem as chefias, “muitas coisas positivas no nosso trabalho”.

“Somos nós que fazemos a ligação”, afirmaram no grupo, “entre o estratégico e o operacional. Há uma distância, um longo caminho até as coisas chegarem no dia-a-dia”. Referem-se não tanto aos níveis hierárquicos, mas às diferenças entre o trabalho prescrito e o real, que acontece no cotidiano. Desta forma, ser o elo de

ligação mostra-se ao mesmo tempo, como fonte de prazer e sofrimento no trabalho destas chefias.

Neste sentido também a proximidade com o nível operacional revela-se positiva quando os resultados são bons: “se teve um resultado positivo na pesquisa de clima [organizacional], é o meu trabalho que está ali... porque [meu superior] nem chega ali perto!” Desta forma, entendem como sendo esta uma função através da qual conseguem fazer alguma diferença. “O que me dá tesão de continuar trabalhando na chefia, apesar de todos os problemas, porque é muito pesado, a gente ganha esta gratificação a mais mas tem momentos que a gente não queria estar aqui... é justamente saber que, querendo ou não, tu tens um pouco mais de poder dentro da instituição. E este poder te permite abrir caminhos que na linha de trabalho tu não conseguiria, não poderia fazer” (E12). No grupo discute-se que na chefia intermediária, além da possibilidade de “fazer a diferença”, tem a possibilidade de participarem mais e conseguir ver e entender a organização de uma forma mais ampla, o que fornece mais sentido ao trabalho.

As chefias intermediárias entendem que há particularidades próprias do HC que são relevantes neste contexto. Assim, E2 relata que “uma característica muito positiva do hospital é que aqui a gente tem muita liberdade para pensar e para fazer. A gente se compara, porque convive com outras pessoas que têm o mesmo cargo da gente em outros hospitais, e elas têm um limite muito inferior ao nosso. Aqui temos a possibilidade de ir além da nossa função, só que isso não é uma coisa escrita, definida, é uma coisa que é conquistada. [...] Ser chefia intermediária não me incomoda em nada porque não me sinto sem espaço. Aqui tem muita coisa para a gente se envolver, para desenvolver. Tem que querer. Eu queria uma chefia maior nem é pelo cargo, nem pelo poder, só pelo salário!”

A questão de ser chefia intermediária também apresenta especificidades entre os três grupos de chefias desta pesquisa. Os chefes de serviço da VPA percebem-se com mais acesso às esferas estratégicas de decisão e, pelo menos no organograma, em posição equivalente aos chefes de serviço médicos. Neste lugar, suas atribuições podem ser consideradas menos “tarefeiras” e mais voltadas ao planejamento. Os chefes de seção da VPA, mais próximos à operação, sentem-se mais pressionados pelas demandas e imprevistos do cotidiano, responsáveis por “apagar os incêndios”. Sua função também não os designa com tanto poder, de forma que em muitas

negociações escutam “só falo com teu chefe”, referindo-se ao chefe de serviço. Este, por vezes, reforça esta situação, impondo limites mais restritos, de forma que uma chefia desabafa: “tem situações que chegam a humilhar”.

Neste sentido, as chefias de unidade do GENF vivenciam de forma diferenciada pois suas chefes são professoras da UFRGS e estabelecem com a organização um outro tipo de vínculo. As chefias de unidade afirmam que as professoras não têm, em sua maioria, o conhecimento do dia-a-dia do Hospital e, algumas vezes, nem experiência de gestão. Conforma-se, portanto, uma relação de maior parceria entre ambas na busca de resolução dos problemas. Entretanto, como a chefe de serviço tem mais de uma unidade, além de outras atividades, o tempo destinado a cada uma das chefias de unidade não é visto como suficiente, sendo esta a lacuna percebida como de “solidão” pelas chefes de unidade.

Os participantes da pesquisa falam de suas interações com os superiores e com seus subordinados. Ao analisar a relação com seus superiores, as chefias intermediárias fizeram referência maior à AC e não aos superiores imediatos. Compreende-se esta situação tendo em vista a referência do superior como aqueles que, nesta gestão, estão realizando o planejamento e a definição das estratégias.

As opiniões sobre a relação com os superiores dividem os participantes da pesquisa em dois grupos. Um grupo considera que esta gestão tem apresentado de forma clara suas metas e seus objetivos, facilitando o posicionamento deles diante dos resultados. Este grupo afirma que existe uma grande exigência, mas que também são oferecidas condições, sentindo-se respaldados. É uma gestão, segundo eles, voltada ao profissionalismo, com capacidade de atuação e que está sintonizada com as tendências do mercado atual. Referem também facilidade de acesso, embora isto nem sempre corresponda às suas expectativas. Mas acreditam que poder falar e argumentar já é algo positivo.

Sem excluir alguns dos méritos mencionados, o outro grupo afirma que a forma como as cobranças têm acontecido gera conflitos desnecessários, produzindo forte e constante sensação de incompetência. A questão do conflito, dizem outros, não é tão negativa pois desacomoda, provoca uma reação, que às vezes é necessária. Contudo, seu efeito só leva ao crescimento se há um fechamento e encaminhamento da situação. O conflito por si só não é produtivo. E isto nem sempre acontece, refletem as chefias intermediárias.

Acrescentam que se orgulham da qualidade do trabalho realizado pelo Hospital e que estão sempre em busca de melhorias, mas que o grau de exigência é muito alto, impossibilitando que se valorize as conquistas realizadas. Identificam, portanto, baixo reconhecimento e pouca valorização de seu trabalho.

Outro fator assinalado na relação com seus superiores diz respeito a situações que ultrapassam sua esfera de atuação. Nestes casos, sinalizam aos superiores o que está ocorrendo, entretanto algumas vezes “não são ouvidos”. Desta forma, o problema avança retornando a eles agravado. Neste mesmo sentido, afirmam que avisam sobre situações que antecipadamente, pela experiência adquirida ao longo dos anos de trabalho, sabem que “não darão certo”. Entretanto, se a chefia insiste, seguem como a proposta, ratificando o ditado que diz: “manda quem pode, obedece quem precisa”.

As chefias intermediárias relatam, ainda, que alguns de seus chefes estimulam a relação de dependência, sendo “extremamente centralizadores”. Outros favorecem a abertura. Há aqueles que dizem que esta relação depende da própria chefia intermediária, que se trata de uma conquista, obtida conforme o “jeito da pessoa”. De modo geral, as chefias participantes desta pesquisa constataam que seus chefes não adotam a postura que propagam para relação entre chefias e subordinados. E refletem sobre como está tal interação.

As chefias afirmam que a relação com o grupo de trabalho é muito importante. Os subordinados são as pessoas que fazem o trabalho acontecer e, portanto, foram fotografados como parte da compreensão do que é ser chefia.

Desta forma, as chefias assinalam que se preocupam com as condições de trabalho e com o bem-estar dos mesmos. Percebem que gerenciá-los envolve muita responsabilidade, conforme se debate no grupo: “a gente tem um grupo, que são profissionais, que são seres humanos que estão trabalhando, que têm um objetivo, têm responsabilidade e a gente tem que conseguir fazer com que sejam participativos, que se preocupem com os colegas, se apoiem em momentos difíceis...”.

Nas chefias do GENF esta preocupação aparece de forma mais intensa pois, conforme analisam, o operacional do trabalho de suas equipes envolve a assistência direta ao paciente: “é gente cuidando de gente e nós temos que olhar para todos

eles” (E4); “Tu te frustra quando vê uma equipe trabalhando sobrecarregada. Eles sofrem e quem vai acabar mais prejudicado é o paciente. Isto incomoda bastante” (E5).

Comentam que as mudanças observadas nos modelos de gestão contemporâneos têm afetado esta relação. “Ser gestor é uma coisa que tem elevado seu grau de exigência. A gente tem sentido as mudanças no Hospital... o nível de atribuições está aumentando, muito relacionado com a aproximação do gestor com seu colaborador [...]. Antigamente não tinha esse contato grande com o colaborador, não controlava o cartão ponto, não controlava o nível de conhecimento, então hoje tem um envolvimento muito maior, recebendo muito mais *feedback*, tendo que dar mais *feedback* e talvez, com isto, sendo até mais cobrado em sua posição de gestor, se expondo mais” (E8). A questão dos *feedbacks* tem sido bastante incentivada, nas duas vias. Entretanto, as chefias afirmam que não há tempo suficiente para esta atenção individualizada, sobretudo se o grupo de trabalho for grande. Assim, afirmam que grupos menores se favorecem, enquanto nos grandes grupos o distanciamento é quase inevitável.

Mair (2005) analisa as mudanças no mundo do trabalho e relata que passaram a vigorar, com dificuldade e de forma não homogênea, sistemas de gestão que permitem flexibilidade e rapidez, coerente com as demandas contemporâneas. Na área de gestão de pessoas seguiu-se a mesma lógica. Desta forma, sugere-se a abolição das hierarquias rígidas; a adoção do trabalho em grupo; a substituição da tutela e da obrigação por autodeterminação e responsabilidade. Indica-se que o rótulo de chefe seja subtraído. Neste contexto, dar ordens tornou-se obsoleto e a proposta é a condução do trabalho de modo indireto e flexível. Esta autora realiza uma crítica a esta abordagem, pois considera que o discurso que a subsidia é frágil e é produzido em nome dos interesses de apenas um dos lados da relação capital-trabalho. Sendo assim, afirma que tanto funcionários, quanto chefes encontram-se “perdidos, desorientados e, até o momento, sobrecarregados” pelos vazios deixados com o descarte dos instrumentos clássicos de direção (MAIR, 2005, p. 11-12).

Na presente pesquisa, as chefias demonstram um incômodo com a “nova” abordagem, que se expressa por uma dificuldade no estabelecimento de limites e combinações com os funcionários.

Afirmam que têm percebido que os mesmos apresentam “maior interesse por seus direitos e muito pouco pelos deveres, sendo difícil encontrar aqueles que realmente queiram trabalhar. Está tudo dado, na mão”. Assinalam que as relações têm se estabelecido de forma infantilizada. Sennett (2001), ao analisar a questão da autoridade e da dominação, aborda a questão da utilização de metáforas afetivas para se referir relações de trabalho como o “chefe-pai” e a “empresa-mãe”. Não é por acaso que tais associações são feitas e que no contexto do HC elas se reproduzem, conforme as falas das chefias a seguir: “muitos subordinados querem estabelecer uma relação infantil, do tipo ‘nós nos auto-protegemos’, é muito comum no hospital, mas eu não estou aqui para ser mãe deles” (E12); “a princípio quis ser uma igual, mas não dá. É como a relação dos pais: não é amizade. Existe alguma coisa que tem que ser separada, mas com afeto, uma boa relação, sem autoritarismo” (E4).

Uma das participantes do grupo retratou a maneira como ela interpreta esta situação. Ela elaborou uma composição fotográfica onde aparecia entre subordinados; ela no centro, sendo as demais pessoas mais baixas que ela. “Eu quis mostrar que a gente tem um grupo. Não sou nada nem ninguém se eu não ouvir as pessoas, se não tiver um grupo que colabora comigo. Mas aqui não foi por acaso que eu fiquei no meio e que escolhi pessoas de estatura um pouco mais baixa, porque algumas vezes tu tens que te posicionar como centro mesmo. Como uma pessoa que toma as decisões. Também tem aquela coisa da firmeza, da precisão que eu tenho que ter dentro daquele grupo” (PG11). Como se viu, no momento em que há uma indefinição na possibilidade de assumir um lugar, a chefia narra com receio a posição assumida.

Esta discussão emerge entrelaçada ao debate sobre as mudanças no sistema de remuneração do Hospital. A nova proposta demandará que as chefias decidam quais funcionários serão promovidos, mudando de faixa salarial. Esta decisão deverá estar baseada em critérios de acordo com o desempenho, avaliado e acompanhado pela chefia e de acordo com o perfil do cargo, que foi elaborado pelas chefias com representantes de funcionários de cada área. Esta mudança é significativa e está mobilizando ansiedade e também dividindo opiniões. Por um lado, alguns afirmam que este processo vai gerar competição, acirrar conflitos: “agora a avaliação será extremamente rigorosa porque você vai estar decidindo o aumento ou não do salário do teu funcionário. Mas como é tudo tabulado, são pontos, é uma coisa difícil, que

não é pessoal... vai ser por algum detalhe... é uma coisa muito complicada! O que vai estimular dentro da casa: a competição! Muito forte. As pessoas querendo mostrar serviço, ser melhor... pode ser positivo, mas também pode ser muito negativo!” (PG7).

Por outro lado, este processo é considerado como uma forma de reconhecimento aos que se dedicam mais ao trabalho: “eu achei esta proposta bem ousada. Acho importante porque tem que haver uma valorização do compromisso e da responsabilidade. Valoriza isto pela via financeira. A pessoa que trabalha, está aqui, cumpre seu horário, está disponível... esta pessoa tem que ser estimulada a seguir neste caminho” (E7).

Esta mudança afeta de maneira particular às chefias de enfermagem, pois o período delas na chefia é pré-determinado pelo tempo do mandato e elas têm como subordinadas colegas enfermeiras. Algumas acham que isto pode motivar “revanches” – “uma colega avaliada negativamente hoje poderá te prejudicar depois”. Desta forma, acreditam que as avaliações ainda serão parciais. Outras consideram que mesmo correndo o risco de ser preterida pela chefia seguinte precisam se posicionar: “quando tu assume a chefia tem coisas que tu vais ter o ônus disto e tu tens duas alternativas: ou pensa em ti ou pensa no grupo e na instituição. Ou vou fazer pensando em me proteger ou pensando no maior. Para mim a exposição vale a pena se for pensando no grupo, não apenas em mim. Eu vejo que vai ser difícil avaliar e as pessoas vão ficar com raiva, vejo porque já estou fazendo e estou impressionada como todo mundo se acha excelente!” (E7).

Além da questão da remuneração, o fato de atuar com colegas exige das enfermeiras uma postura e um trabalho diferenciado. Todas as chefias entrevistadas que estão na primeira gestão afirmam que buscam compartilhar as situações da função com suas colegas. Sendo assim, repassam as informações que recebem e indicam-nas a participar de eventos e cursos que seriam para as chefias, oportunizando que elas também conheçam mais a realidade do hospital. Está presente entre as chefias do GENF a preocupação em preparar a pessoa que irá lhes substituir, segundo elas como uma forma de minimizar o desconforto ocasionado pelo despreparo ao assumir a função.

As chefias intermediárias no Hospital, além das relações hierárquicas formais estabelecidas com superiores e subordinados, vivenciam uma importante disputa de



lugar e poder com a forte corporação médica, fato reconhecido na literatura e na prática.

Neste sentido, alguns autores têm assinalado que uma boa relação entre administradores e médicos é necessária para consecução dos resultados organizacionais almejados. Faingluz (2001) afirma que estabelecer esta relação é uma competência indispensável aos gerentes hospitalares. Este autor propõe que os médicos sejam tratados como clientes e, ao mesmo tempo, sejam envolvidos de forma a se comprometerem com a realidade organizacional. Esta parece ser uma tarefa complexa pois, às vezes, eles não são funcionários, mas credenciados ao corpo clínico a trabalharem na organização. Lima-Gonçalves (2002) considera que o referido comprometimento é essencial para que os profissionais do corpo clínico, “sem qualquer infração ética”, colaborem com a redução dos custos do atendimento.

Esta negociação se faz necessária porque a racionalidade da maximização da rentabilidade, que se pretende ser a oficial do hospital, combina-se e dobra-se à autonomia funcional e profissional dos médicos, cuja racionalidade tende a enfatizar o caráter técnico e científico (CARAPINHEIRO, 2005). Entretanto, existem múltiplas medidas e um tensionamento não totalmente apreendido.

Médicos e administradores em geral atuam com esferas de decisão diferentes mas que acabam por se cruzarem. Nestas situações, prevalece a ordem médica tendo em vista que “as decisões que se prendem com a vida e com a morte dos indivíduos devem sobrepor-se às decisões correntes do hospital” (CARAPINHEIRO, 2005, p.158).

No HC, as chefias intermediárias constataam a especificidade desta relação. As chefias do GENF não mencionam dificuldades em sua relação com os médicos, nem com os professores, no que diz respeito ao gerenciamento. As ações das chefias de unidade centram-se em seu próprio grupo. Estas duas corporações que desde há muito tempo convivem no espaço hospitalar travam suas batalhas na esfera assistencial. Este é o ponto de vista da grande parte das participantes. Entretanto, uma das chefes de unidade entrevistada (E12) discorda desta percepção. Ela afirma que muitas coisas não são vistas como problemas ou dificuldade porque já estão naturalizadas. Segundo ela, “ainda existe da área médica uma prepotência, de não entendimento dos canais do Hospital... parece que a vontade deles têm que prevalecer. [...] Eu não tenho medo, mas vejo que algumas

colegas quase morrem nestas situações [de embates sobre projetos]. Eu consigo negociar. Elas não conseguem, deixam por isto mesmo, dizem que ‘o hospital é assim’”.

As chefias do GENF, em geral, concordam que enfermeiras e médicos vinculam-se de formas distintas com a organização no que tange às normas institucionais. Desta forma, citam como injusta algumas diferenciações e citam como exemplo, os acordos de jornada de trabalho e pagamentos de hora-extra. Nas palavras delas: “tem algo que eu não concordo, é que nós da enfermagem fazemos o certo e a área médica não faz. [...] Acho injusto” (E5).

Além disto, elas notam que as diferenças no modo de conduzir o trabalho de cada um afeta o trabalho do outro: “eles [médicos] têm um jeito, digamos assim, muito tranqüilo de resolver as coisas... no trabalho integrado, quando alguém da equipe deles apresenta problema, eles têm dificuldade em lidar com isto. Ficam enrolando, dizendo que ‘não é bem assim, vamos dar um tempo’ e a gente vê aquilo acontecendo. Quando é na enfermagem a gente tem que logo resolver, uma abordagem completamente diferente. Não tem atrito, mas também isto não é muito bom” (E6).

As chefias da VPA, em geral, dizem ser necessário diferenciar a relação que estabelecem com os médicos contratados e com os professores médicos. Com os contratados afirmam ter uma relação mais igualitária e tranqüila, mas com os professores são deflagrados alguns embates. Esta é uma característica típica dos hospitais universitários, conforme Carapineiro (2005). Esta autora afirma que até mesmo médicos ocupando o cargo de chefia precisam ser hábeis para discutir questões administrativas com seus colegas, isto porque a “autonomia, o prestígio e o estatuto médico são tanto mais elevados quanto suas actividades podem escapar à empresa organizacional e ao controlo burocrático” (CARAPINEIRO, 2005, p. 29). Esta autora ainda afirma que, no caso do hospital universitário, a união das carreiras hospitalar e acadêmica traduz-se em ganho de qualificação, representando um potencial aumento de poder. Entretanto, este fato demanda atenção para que não haja uma distorção dos fins a partir de uma “hipertrofia dos objetivos de ensino e de investigação” (idem, p. 33), prevalecendo estes interesses aos demais.

Um dos entrevistados avalia que no HC “[os professores] são os líderes por uma questão hierárquica política” e que a transferência de poder, relacionada à

delegação das atribuições administrativas aos profissionais responsáveis, acontece com muita cautela. Desta forma, o trabalho das chefias é realizado por passos, envolvendo muitas estratégias a fim de fazer com que “as coisas funcionem”. Os gerentes vivenciam situações de conflito nas quais a proposta administrativa, considerada correta e “o melhor para o hospital”, é barrada. Nas palavras do entrevistado E11, “os administradores tentam fazer... o que a gente quer é melhorar o Hospital. Só que isso não são todos que querem... eles bloqueiam esse gerenciamento. Isto gera um conflito velado e não se consegue fazer as coisas, é muito difícil! A gente fica desestimulado, chateado. Mas é assim. Aqui tem que ter um gerentão com um jogo de cintura incrível! Ele tem que convencer o médico a deixar fazer as coisas e bater palmas depois... E quem supera isto são grandes líderes aqui dentro” (E11).

Outras chefias, embora reconheçam as resistências, consideram-nas “normais”, tendo em vista que “o hospital é um espaço médico”. Além disto, a relação de respeito que estabelecem é entendida como uma conquista. “Eu nunca tive conflito com a área médica. O papel que eu assumi era exatamente o que eles queriam. Mas também coloquei alguns limites, depende de tu conquistares. Não dá para competir com eles, querer ser mais. A gente sabe que está dentro de um hospital e que a maior chefia, o dono são eles... quem é que vai responder, na polícia, se der um problema com um paciente? É a chefia médica. Isso não pode te incomodar. O que tem é que ele me respeitar e eu respeitar ele. Mas alguns já me questionaram propostas dizendo: ‘o que é isto? Isso aqui é um hospital de ensino e a gente tem que fazer o que a gente quer aqui!’ Com alguém assim é difícil iniciar uma discussão! Alguns deles viajam, querem coisas de outro mundo!” (E2).

Outro entrevistado, que não atuava em hospital anteriormente, lembra que estranhou muito quando ingressou: “havia uma falta de respeito. Era um ‘cumprase’, mandavam e pronto. Ao longo do tempo e depois de muitos debates, fomos conquistando o respeito e mostrando o nosso conhecimento” (E10).

As dificuldades assinaladas na relação com os professores médicos são atribuídas, pelos participantes da pesquisa, ao fato de que os mesmos não se mostram comprometidos com o Hospital como organização, agindo como se as metas administrativas não lhes dissesse respeito. Permeia esta compreensão a

relação de poder estabelecida e uma percepção de desqualificação, por se mostrar indiferente, da ação das chefias.

Um dos pontos mais destacados relaciona-se, portanto, à não utilização dos recursos de forma austera. Mais de um entrevistado exemplifica que no HC, tendo o recurso público, alguns médicos optam por produtos mais caros, sendo que não haveria prejuízo na utilização do similar mais barato: “aqui fazem coisas que não fariam em seus consultórios ou clínicas privadas”. Eles comparam a atuação dos médicos no HC e nos hospitais privados onde, segundo os participantes, os médicos “são os donos do processo. Lá eles gerenciam. Eles aprendem sobre administração o essencial para o seu processo, sabem quais são as metas, acompanham e gerenciam para que elas sejam alcançadas”. Os participantes concluem que, apesar de todos os embates e das dificuldades que vivenciam, o resultado é melhor no HC. O que avaliam é que o processo não precisaria ser penoso e sofrido e que as estratégias por eles propostas poderiam ser mais facilmente implementadas.

Esta constatação é corroborada até mesmo por chefias de áreas que estão atuando de forma bastante integrada em Colegiados, envolvendo as áreas administrativa, médica e enfermagem. Uma das chefias relata no grupo que os médicos de sua área queriam implantar um programa assistencial mas algumas dificuldades de ordem administrativa se impunham. Estas dificuldades eram relativas não somente ao hospital mas também referentes à rede de saúde, “mas como eles [médicos] já sabiam disto, ficaram bem quietinhos, não me falaram... e não é que não estivesse lá, eu vou em todas as reuniões... mas se eles não têm interesse em te incluir, eles ficam quietos, ninguém abre a boca! E daí quando estoura para quem sobra? A gente tem as reuniões para conversar, tratar... mas pensam primeiro nos interesses do ensino... Deu uma encrenca! Foi pano pra manga!”. Esta situação parece ser comum, pois como diz Carapinheiro (2005, p. 53), “os profissionais podem influenciar ou até interferir decisivamente nas políticas da organização, através da centralização dos circuitos de recolha de informações e através da sua manipulação”. Além disto, demonstra que o Colegiado, cuja proposta é ser um espaço aberto à discussão, resiste à esta, reproduzindo ainda o modelo hegemônico. Neste caso, a força do silêncio no grupo opôs-se à palavra que seria de cooperação.

Os participantes afirmam, contudo, que os profissionais médicos mais jovens já estão “com outra cabeça”. Eles já sabem da importância dos processos administrativos e demonstram maior disponibilidade para “colaborar”. Estes médicos parecem já terem entrado na “era do administrador” (CARAPINHEIRO, 2005).

As dificuldades assinaladas na relação com a área médica são, como mencionado anteriormente, comuns e têm sido estudadas por diversos autores, em diferentes hospitais. Neste contexto, é relevante destacar que se identificou, na presente pesquisa, ser mais fácil para os participantes expressarem sua vivência diante destas questões que mencionar as dificuldades existentes entre colegas de trabalho, da mesma área de atuação, também chefias. Tem-se, portanto, que as relações das chefias intermediárias apresentam possibilidades e tensões diante dos superiores, dos subordinados, da classe médica e diante de seus pares. Contudo, constata-se a visibilização do conflito entre os diferentes e sua invisibilização entre os iguais, como uma estratégia que os permite enfrentar o cotidiano.

Este aspecto mostrou-se mais claramente nas entrevistas individuais e entre as chefias da VPA, conforme os trechos apresentados a seguir.

O entrevistado E11 afirma: “... eu faço a minha parte e fico feliz por ter feito. Se os outros [colegas] não fizerem, não posso fazer nada. Mas isso dói! [Entrevistadora: vocês não discutem estas decisões no grupo de chefias?] Não, nem em sonho! [...] Eu não tenho a mesma liberdade com o nosso pessoal aqui interno do que tenho com o pessoal [de outras áreas]. É uma pena. Sinto falta desta rede técnica, seria uma sustentação. Mas acho até que é uma regra as pessoas não se aproximarem muito, porque na medida em que tu te aproxima, cria um grupo e fica com força... e no Hospital há anos os chefes grandes destruíram isto...”. Outro entrevistado concorda: “não vejo que há solidariedade com quem a gente trabalha. Não interagem no nível necessário para uma mudança. Se a pessoa tem um estresse, isso é com ela... não existe espaço nem formal, nem informal... cada um lida com seu problema” (E8).

A chefia intermediária E2 diz que: “os nossos colegas são assim, aquelas pessoas que pensam que poderiam estar no seu lugar... mas o nosso chefe gosta e alimenta isto”. Outro entrevistado relata: “o que me deixa frustrado é a falta de ética nas negociações. [...] A gente [chefia e um colega] combina alguma coisa e depois vamos para uma reunião. Surge o assunto. O VPA [vice-presidente administrativo]

diz que pensa diferente e a pessoa concorda com ele e não aquilo que tínhamos combinado. Eu jamais discordo ou discuto com a pessoa na hora, porque eu tenho a minha ética. Eu acho que todo mundo tem ética, só tem que saber qual é o parâmetro” (E10).

E ainda mais uma fala: “aqui, quando a gente tem uma idéia para melhorar um processo tem que passar por um monte de gente, porque tem impacto em outras áreas. Tens que conversar com várias pessoas, argumentar, persuadir. Falar com o responsável, o chefe de seção, o chefe de serviço, fulano e fulano! Isto porque não há um espaço geral, está todo mundo departamentalizado. Assim o processo demora para acontecer e é muito cansativo! E também ao conversar, tu tens que convencer! [...] Outra coisa que eu acho ruim é quando a pessoa vai mandar um e-mail tem que ser para um batalhão. Às vezes esse e-mail se replica e vai! [...] E daqui a pouco começam a aparecer coisas que não são legais e todo mundo vê... é um mal uso, falta de educação...” (E9)

Na fala desta chefia intermediária podem-se assinalar dois aspectos que foram destacados também por outros participantes: a departamentalização do Hospital e o uso do e-mail como ferramenta de controle. Com relação à departamentalização, esta é uma característica típica dos hospitais, organizados em torno das diversas especialidades médicas e profissionais, favorecendo o comando paralelo e não complementar (CAMPOS e AMARAL, 2007). Os participantes da pesquisa afirmam que observam que há “boa vontade, cada um quer fazer o seu trabalho da melhor forma possível, mas não conseguem ver além, entender que o processo do Hospital é algo maior e que as áreas dependem umas das outras”.

A utilização do e-mail tem sido vivenciada como coercitiva e ameaçadora. As mensagens são enviadas “com cópia” para o vice-presidente administrativo, gerando situações de mal-estar e exigindo grande auto-controle, pois a pessoa deve estar sempre em alerta, defendendo-se das questões que estão na eminência de surgir.

Os aspectos apresentados permitem uma reflexão sobre os encontros e desencontros nas relações de trabalho das chefias intermediárias no HC. Neste sentido, é pertinente inserir a fotografia que um dos participantes tirou de um dos corredores do Hospital.

**Fotografia 5: Relações de passagem**



Fonte: Fotografia de participante da pesquisa

Os corredores conformam o grande labirinto em que se constitui a construção do hospital. Também representa o espaço público, o mais democrático, onde todos passam, na mesma condição de ir e vir. Sant'Anna (2005, p. 50-51) lembra que

em épocas passadas, o longo trajeto alguns corredores [ligavam] sem pressa uma sala à outra [...], favorecendo, em alguma medida, a ampliação da pausa entre os encontros. [Os corredores] são espaços-tempos que permitem a quem neles vive o contato com a densidade de experiências sensoriais que envolvem, entre outros acontecimentos, a aproximação de alguém.

O corredor carrega ainda outra conotação, a da “rádio corredor”. Segundo Silva (2004), o diálogo nos corredores decide, informam, criam territórios e desterritorializam com espantosa rapidez. No corredor pulsa a potência de construções subjetivas. Possibilitam-se novas rotas e linhas de fuga, um espaço de criatividade e inventividade. No HC não é raro reuniões acontecerem neste espaço. Muitas, inclusive, ali acontecem após a reunião formal em sala fechada.

Esta perspectiva possibilita também ressignificar uma das imagens apresentadas no grupo piloto, que mostra conexões entre pessoas. As relações de apoio para as chefias intermediárias participantes desta pesquisa são as conquistadas nos mais diferentes setores, escolhendo e criando redes “alternativas” (Figura 9).

Figura 9: Conexões possíveis



Fonte: Recorte de revista – Grupo Piloto

Estas redes, nas organizações centralizadoras, tendem a ser ocultas, consideradas como desvios. No entanto, a possibilidade de que aconteçam revela-se como imprescindíveis para os sujeitos nelas envolvidos. No HC, contatou-se que as relações estabelecidas nesta rede são percebidas como essenciais para “sobrevivência” no trabalho. Por um lado elas facilitam a realização do trabalho. O que ficou evidenciado na própria constituição do grupo desta pesquisa. A maioria dos participantes foram pessoas que trabalharam próximas à pesquisadora e afirmaram, desde o início, que um de seus objetivos ao se dispor a participar era auxiliar a mesma. As chefias intermediárias referem que deve haver uma diferenciação entre o pessoal e profissional, mas a maioria concorda que as afinidades promovem um outro encadeamento, mais facilitado, no processo de trabalho.

Por outro lado, as relações de afinidade possibilitam laços de solidariedade. No grupo eles comentam: “uma coisa importante aqui dentro da instituição Hospital de Clínicas é que, apesar dos problemas que tem, eu me sinto valorizado e apoiado por pessoas que a gente se relaciona aqui dentro. [...] Esta parceria fortifica a gente

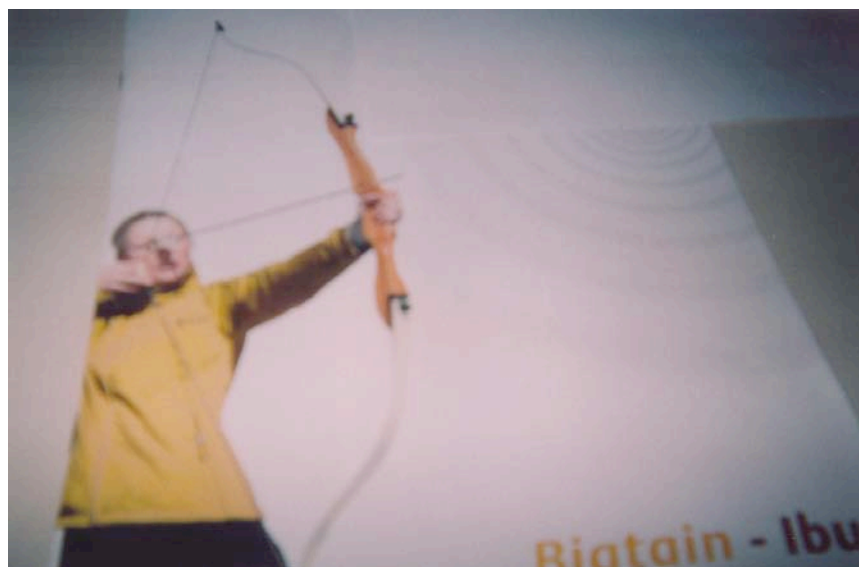


frente a esta instituição e as dificuldades que a gente tem que viver aqui, que não são poucas”; “temos mais coisas boas do que ruins... acho que a gente tem amigos aqui dentro, colegas que a gente pode contar a qualquer momento...”.

As relações estabelecidas são particularizadas por características do contexto hospitalar, complexo e que envolve muito sofrimento desde o seu objeto de trabalho. Mesmo as chefias intermediárias que atuam mais distantes da assistência vivenciam o cotidiano da doença e da morte. Assim, as decisões são carregadas por esta realidade e permeadas pelo “fantasma” da culpa: “já pensou se eu não liberar e o cristão morrer?”; “pode dar prejuízo, mas não sou eu que vou dizer não!”; “o hospital é mais complicado... nós temos que ser melhor que qualquer indústria... se eles não podem deixar parar uma linha de produção nós temos a noção de que o paciente é muito mais importante do que um carro parado! Isto exige um envolvimento, comprometimento de todos!”.

Desta forma há uma pressão constante: “nosso trabalho é fundamentalmente com vida... não tem outra saída, a gente tem que acertar! Então com esta foto [Fotografia 6] eu mostro um pouco esta pressão” (PG 11).

**Fotografia 6: Acertar no alvo**



Fonte: Fotografia de participante da pesquisa

Outra chefia ratificando a vivência da culpa, afirma: “o hospital é muito plural, então são muitas demandas e tu pensas em nem trabalhar mais em um. Não sei se é porque no hospital tu lidas com vidas e aquilo ali pode implicar em erro, em morte,

isto se torna mais pesado que em outras empresas, não sei... na área da saúde isto parece mais premente: uma coisa que tu não fizeste te dá uma culpa..." (E12).

Evidencia-se, na pluralidade do hospital, a convivência com a imprevisibilidade. Como diz a participante autora da fotografia: "a pessoa está bem posicionada, mas o alvo nem sempre está claro".

Neste contexto, o trabalho destas chefias apresenta-se em um fluxo, sempre contínuo, sem fim, despertando a sensação do trabalho incompleto, por fazer. Neste panorama, Carapinheiro (2005) afirma ser melindrosa a tarefa de formação dos administradores hospitalares, considerando o desafio a ser enfrentado diante de organizações com grandes dimensões, equipadas com tecnologia de ponta e dispendiosa, com a presença de inúmeros profissionais e múltiplas demandas de todos os atores que se inserem no contexto. Desta forma, introduz-se a discussão sobre a formação das chefias intermediárias no hospital.

#### 4.3.3. O HC e capacitação das chefias intermediárias

Carapinheiro (2005, p. 158) considera que o médico leva vantagem ao ser administrador hospitalar pelo íntimo conhecimento clínico e por demonstrar

interesse crescente [...] pelos problemas econômicos, na medida em que se tornam cada vez mais sensíveis na organização do serviço. Assim, esboça-se nesta atitude a possibilidade do aparecimento de uma tecno-estrutura médica, com decisões impositivas a uma administração fraca, cuja adesão aos interesses de ordem médica fica facilitada quando o próprio administrador é médico.

Em oposição a esta opinião e à prática comum em muitos estabelecimentos de saúde, onde o gerenciamento é realizado por médicos, Faingluz (2001) e Santos (1999) defendem a necessidade da gestão ser realizada por profissionais com formação específica, particularmente administração. Esta recomendação, segundo estes autores, mostra-se relevante neste momento em que mudanças são acarretadas pelo processo de globalização, pela introdução de inovações e de tecnologias. A administração estratégica, racionalizada torna-se necessária para a sobrevivência neste mercado cada vez mais competitivo (FAINGLUZ, 2001).

Dussault (1992), entretanto, afirma que a gestão de organizações de saúde pode ser feita por qualquer profissional da saúde ou de outra área, desde que tenha conhecimentos e atitudes compatíveis com as exigências desse tipo de organização. Este autor sugere que estes gerentes possuam capacidade intelectual e interpessoal para enfrentar um ambiente complexo, variável e cheio de limitações. Este profissional deve ser capaz de

entender o bom funcionamento de uma organização profissional, o processo de produção de serviços de saúde, a rede de relações de sua organização com o ambiente [...]. Outra capacidade importante é a de adaptação, isto é, de ajustar suas decisões e ações a um contexto particular. [Ainda], um ambiente profissional exige a capacidade de fazê-lo em colaboração, em equipe. Os dirigentes não podem produzir os serviços nem realizar os programas pessoalmente (DUSSAULT, 1992, p.16-17).

No Hospital de Clínicas, dentre os participantes da pesquisa, as diferentes formações das chefias intermediárias da área administrativa (VPA) não demonstraram ser relevantes. O que se mostrou como um diferencial, na fala dos participantes, foi a realização de cursos de especialização em gestão em saúde/gestão hospitalar. De modo geral, os participantes que fizeram esta pós-graduação afirmam que ela se constituiu como um valioso suporte para a atuação profissional, possibilitando sentirem-se melhor instrumentalizados.

Observou-se, contudo, uma importante diferença entre as chefias que atuam na VPA e as que atuam no GENF, que não se refere somente à graduação, pois algumas enfermeiras atuam como chefias intermediárias na VPA. Constatou-se que estes dois grupos apresentam distintas formas de ver o hospital e, embora as enfermeiras tenham passado toda a formação dentro do mesmo, parecem conhecer menos da sua realidade organizacional que as chefias que atuam na área administrativa.

As enfermeiras consideram que o curso de enfermagem fornece alguma base para o gerenciamento, visto que elas assumem, na linha hierárquica da profissão, o lugar de chefe. Sendo assim, avaliam que características como organização e controle, que são estimuladas em sua formação, são importantes para o cargo. Entretanto, uma delas (E4) assinalou que não tem certeza se é o curso que as forma ou se são características que a pessoa possui anteriormente que as instiga à escolha do curso de enfermagem. Neste mesmo sentido, outra entrevistada (E6) diz que “a

formação de enfermagem faz com que a gente seja muito ‘cri-cri’, queira tudo organizadinho e fazer todas as suas coisas”.

Todas as chefias de unidade do GENF que participaram desta pesquisa, em entrevistas ou no grupo, afirmam que assumiram a chefia muito despreparadas. Elas reconhecem que após estarem no cargo são disponibilizados cursos e são abertas oportunidades de capacitação, mas isto acontece tardiamente, no ponto de vista delas, pois têm um mandato de quatro anos e o começo é considerado muito difícil. Nas palavras de uma enfermeira chefia intermediária: “a gente não é preparada para assumir esse papel. O hospital deveria preparar todas as pessoas que têm possibilidade de algum momento exercer esta função. O gerente aqui tem 300 mil cursos, mas antes disso ele não tem nenhum preparo. Acho que isto tem que ser anterior à gestão” (E5).

O HC tem preocupado-se, ao longo dos anos, com a capacitação dos seus funcionários. No que diz respeito às chefias, esta capacitação tem seguido duas linhas: uma relativa à função de chefia e os conhecimentos a ela pertinentes; e outra relativa à especialidade de sua área de atuação. Na presente pesquisa foi feita uma análise dos cursos realizados pelas chefias desde o ano 2000. Este ano foi escolhido tendo em vista a disponibilidade dos dados, que nesta época já estavam sendo computados através de sistema informatizado. Foram consideradas nesta análise as atividades registradas formalmente no setor de Capacitação da CGP, ou seja, as “horas treinamento”, como são designadas no HC, validadas institucionalmente. Nestas “horas treinamento” são considerados seminários, cursos, palestras, enfim, as mais diversas atividades de capacitação ou educação em serviço.

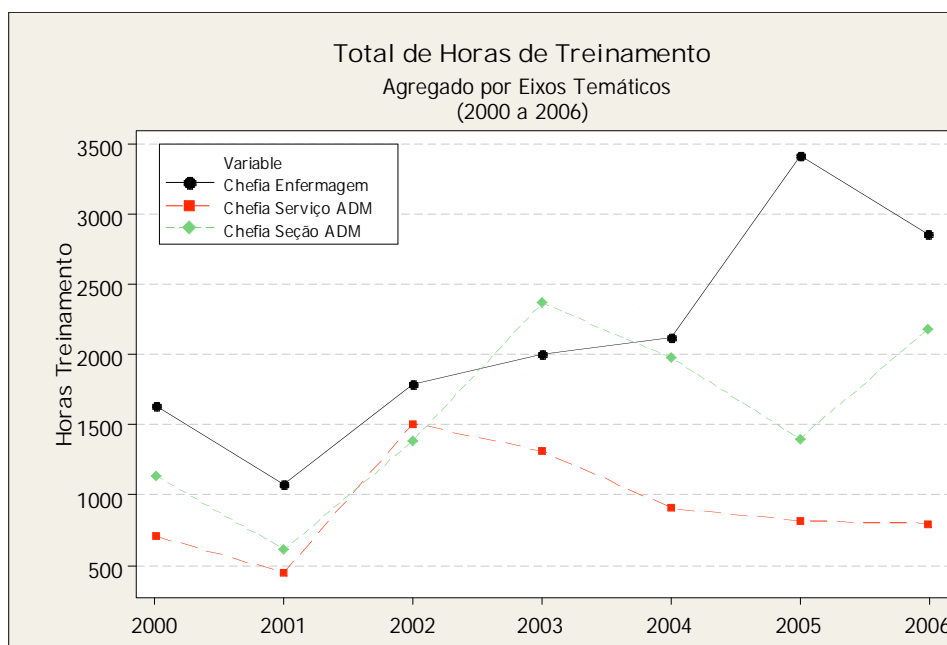
É importante salientar que foram incluídos apenas os currículos das chefias intermediárias que já atuavam no hospital no período. Portanto, os currículos das chefias que ingressaram depois do ano 2000 foram desconsiderados. Desta forma, foram analisados 81 currículos do sistema informatizado do HC. O resultado geral do levantamento das horas treinamento para as chefias é demonstrado no quadro e no gráfico a seguir (Quadro 4 e Gráfico 1).

**Quadro 4: Distribuição geral das horas treinamento por área e ano**

Ano	HORAS TREINAMENTO			Total Geral
	Chefia Enfermagem	Chefia Serviço ADM	Chefia Seção ADM	
	32 currículos analisados/ 36 chefias	19 currículos analisados/ 24 chefias	30 currículos analisados/ 31 chefias	
2000	1640	710	1137	3487
2001	1078	448	613	2139
2002	1788	1509	1387	4684
2003	2008	1315	2366	5689
2004	2122	909	1978	5009
2005	3414	819	1402	5635
2006	2856	796	2185	5837
Total por Área	14906	6506	11068	32480

Fonte: Dados da pesquisa

**Gráfico 1: Horas treinamento das chefias de unidade (GENF), seção e serviço (VPA), de 2000 a 2006**



Fonte: Dados da pesquisa

Constata-se, através destes dados, um acréscimo nas horas de treinamento com o passar dos anos, considerando-se o total geral. As horas treinamento da área de enfermagem representaram praticamente 46% do total neste período, enquanto as chefias de seção da VPA realizaram 34% destas horas e as chefias de serviço da

VPA, 20%. Esta informação mostra-se interessante quando relacionada com a percepção de algumas participantes da pesquisa da área da enfermagem, que afirmam ter muita dificuldade, pela restrição de tempo, em participar de atividades que elas vêem acontecer no Hospital. Ao se compararem com pessoal da área administrativa, ponderam que eles participam mais pois conseguem “dar esta *saidinha* e depois continuar o trabalho” (E6).

Para compreender esta situação levantam-se as seguintes possibilidades: a) as atividades realizadas por elas quando partem de convocação da coordenadora do GENF não seriam percebidas como escolha, mas como obrigação, incluída como mais uma tarefa e não concebidas como momentos de capacitação. A participação por convocação, segundo elas, é bastante freqüente; b) esta dissonância revelaria como elas se percebem mais absortas pelo trabalho comparando-se a outros profissionais.

Outro aspecto que se destaca são as horas treinamento das chefias de serviço da VPA. Além de ser o grupo com menor valor total, este apresentou-se de forma decrescente, após 2002, quando apresentou um pico, diferentemente do que aconteceu com as chefias de seção que, após um período de decréscimo entre 2003 e 2005, mostrou-se em ascensão. A comparação entre as chefias de serviço da VPA e as chefias do GENF também revela movimentos opostos no período de 2002 a 2005.

Além do registro geral das horas que estavam sendo dedicadas à capacitação das chefias, verificou-se em que áreas esta capacitação estaria acontecendo e se houve alguma mudança de enfoque ao longo do tempo. Desta forma, os diferentes cursos realizados foram categorizados em eixos temáticos e conformaram cinco agrupamentos:

1- Eixo temático *Saúde no Trabalho* (ST): englobou atividades relacionadas à saúde e qualidade de vida, como sexualidade, saúde da mulher, AIDS; saúde e segurança no trabalho e do trabalhador, incluindo atividades da SIPAT e capacitação da CIPA, que, inclusive, representaram o maior número de horas neste agrupamento.

2- Eixo temático *Gestão de Pessoas* (GP): englobou atividades de capacitação sobre o gerenciamento de pessoas. Foram incluídos neste agrupamento os cursos que abordam aspectos de liderança (Programa de Desenvolvimento Gerencial) e

ferramentas gerenciais para este enfoque, como a gestão do desempenho e o sistema informatizado, como o IG (sistema de informações gerenciais) e o Ronda (sistema da folha de pagamento, no qual as chefias acompanham e gerenciam as jornadas de trabalho de seus funcionários).

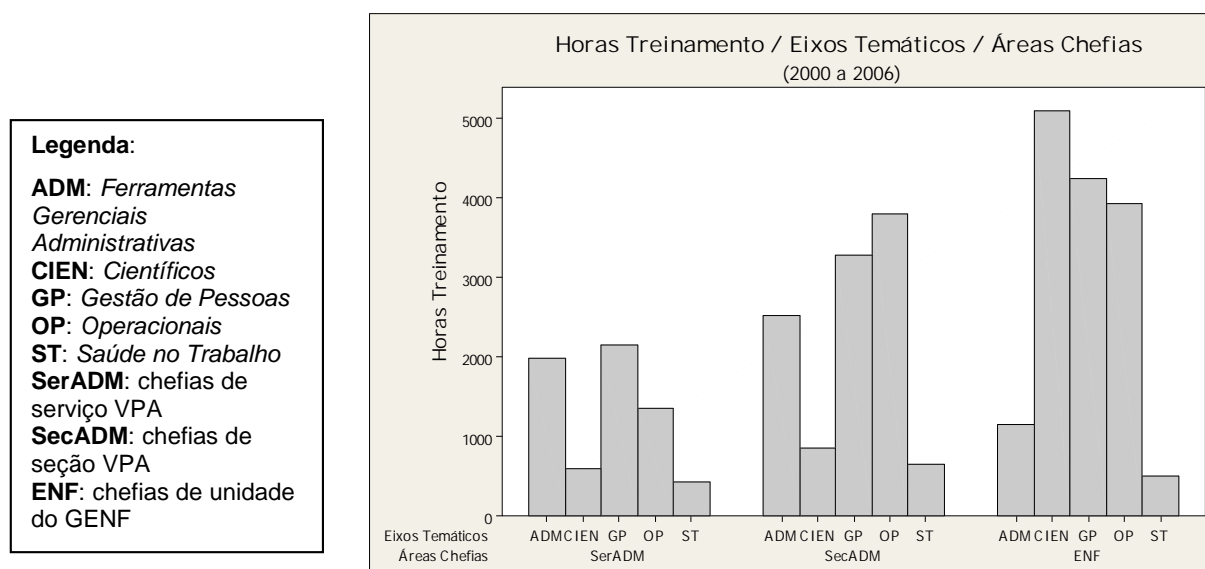
3- Eixo temático *Ferramentas Gerenciais Administrativas (ADM)*: englobou as atividades sobre ferramentas de gestão, estratégias administrativas e conhecimentos úteis no cotidiano das chefias, que dizem respeito aos aspectos organizacionais, como o *Balanced Scorecard*, Planejamento Estratégico, IG (indicadores gerais) e Acreditação.

4- Eixo temático *Operacional (OP)*: englobou atividades de capacitação com o objetivo de qualificar a execução do processo de trabalho e sua operacionalização no cotidiano, relacionado à finalidade de cada área ou especialidade.

5- Eixo temático *Científico (CIEN)*: englobou as atividades de cunho científico e acadêmicas, como jornadas, seminários e congressos.

A distribuição geral das horas treinamento por eixo temático e por área de atuação das chefias é apresentada no gráfico a seguir (Gráfico 2). Na seqüência, os dados serão apresentados separadamente para as chefias de unidade (GENF), seção e serviço (VPA).

**Gráfico 2: Horas treinamento por eixo temático e por área de atuação das chefias intermediárias, no período de 2000 a 2006**

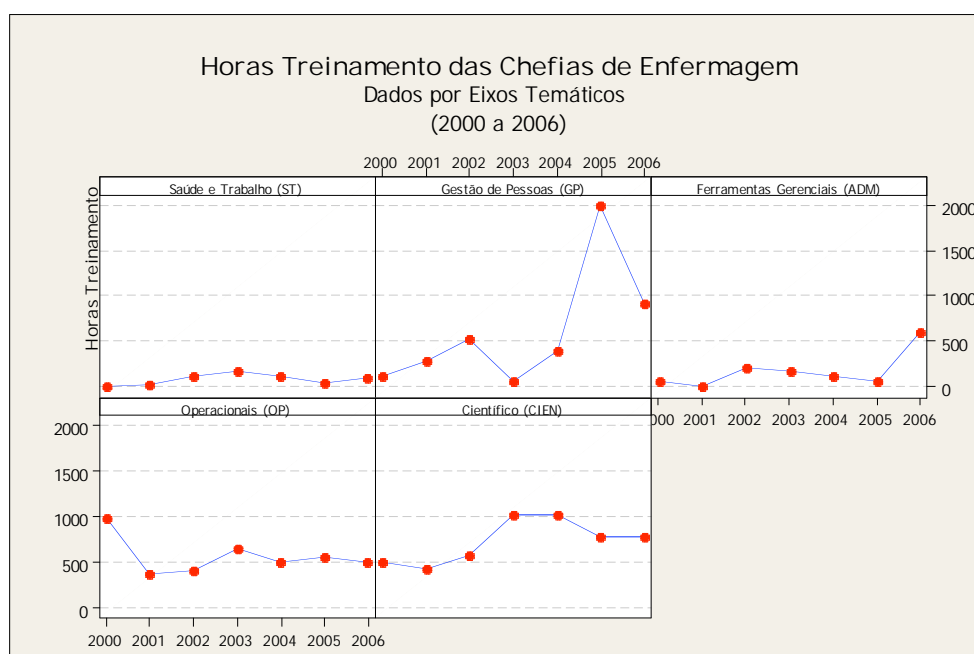


Fonte: Dados da pesquisa

O gráfico 2 possibilita uma visão geral da distribuição dos treinamentos conforme as áreas das chefias. Constatam-se particularidades em cada grupo, conforme serão analisadas a seguir, e um ponto em comum entre as três áreas: em todas destinou-se o menor número de horas ao eixo temático *Saúde no Trabalho* (ST).

A seguir apresenta-se o gráfico (Gráfico 3) das horas treinamento distribuídas nos cinco eixos temáticos realizadas pelas chefias de unidade do GENF, no período de 2000 a 2006.

**Gráfico 3: Horas treinamento de chefias de unidade do GENF, por eixo temático, no período de 2000 a 2006**

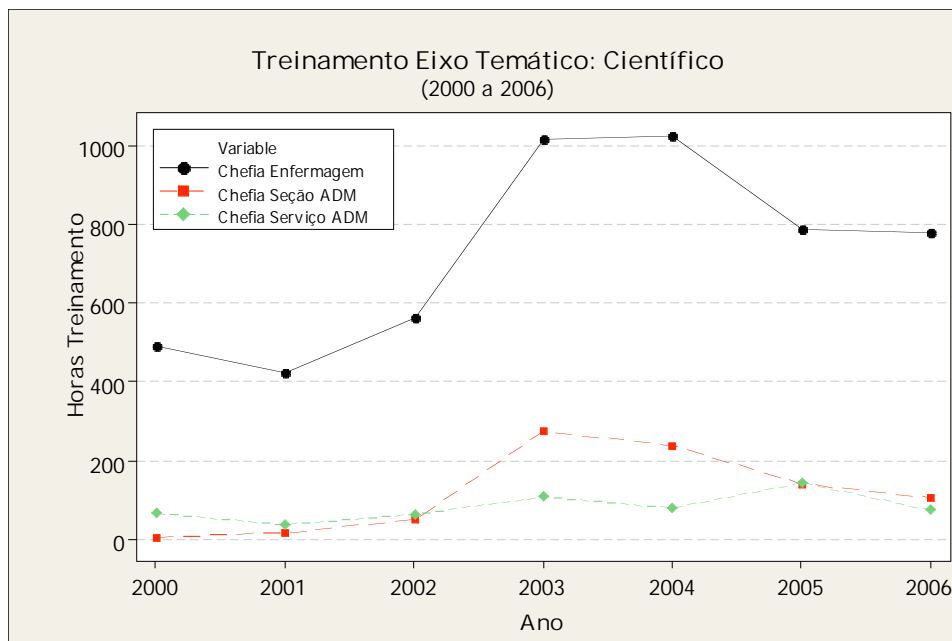


Fonte: Dados da pesquisa

Destaca-se para estas chefias a ênfase nas atividades científicas, ao contrário das demais chefias que têm neste grupo a segunda menor alocação das horas treinamento, conforme observa-se no Gráfico 2. A comparação entre as áreas no que diz respeito ao eixo temático *Científico* pode ser feita através do Gráfico 4, a seguir.



**Gráfico 4: Horas treinamento no eixo temático Científico – comparação entre as chefias intermediárias**



Fonte: Dados da pesquisa

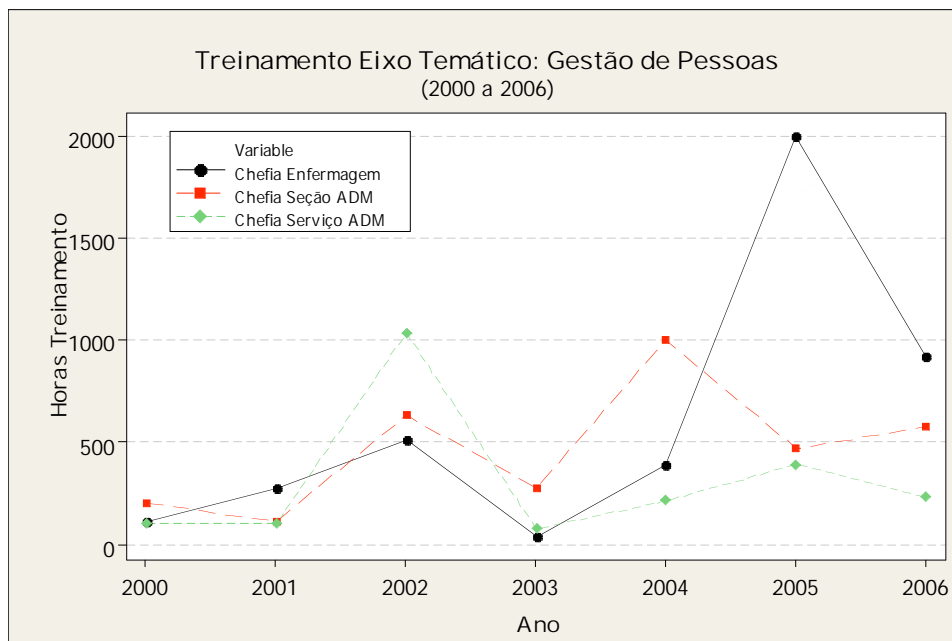
Esta realidade pode ser atribuída à proximidade deste grupo com a universidade, sendo as chefias superiores imediatas destas chefias, professoras da Escola de Enfermagem da UFRGS. Além disto, as unidades se constituem como campo de estágio para alunas da graduação. Esta interação - hospital-universidade - não acontece de forma tão direta com a área administrativa.

Com relação ao eixo temático *Operacional* percebe-se que seu total de horas treinamento é semelhante às do *Científico*. Este fato é compreendido considerando-se que os conhecimentos operacionais em enfermagem são acadêmicos e que as chefias de unidade não deixam a assistência ao assumir a função de chefia de unidade. Desta forma, precisam continuar atualizando-se nos aspectos técnicos da profissão. Para efeitos da presente análise, precisou-se distinguir estes eixos e, para tanto, considerou-se como *Operacionais* as atividades relacionadas ao modo de proceder, relacionados ao “como”, no manejo de equipamentos e na realização de procedimentos. Os *Científicos* foram relacionados aos “por quês”, em seu caráter mais teórico, reflexivo e menos pragmático.

No gráfico 3, constata-se também a crescente realização de atividades em *Gestão de Pessoas*, sobretudo um pico, em 2005. No gráfico comparativo deste eixo temático entre as chefias (Gráfico 5) observa-se a diferença neste período entre as

chefias de unidade da enfermagem e as demais.

**Gráfico 5: Horas treinamento no eixo temático *Gestão de Pessoas* – comparação entre as chefias**



Fonte: Dados da pesquisa

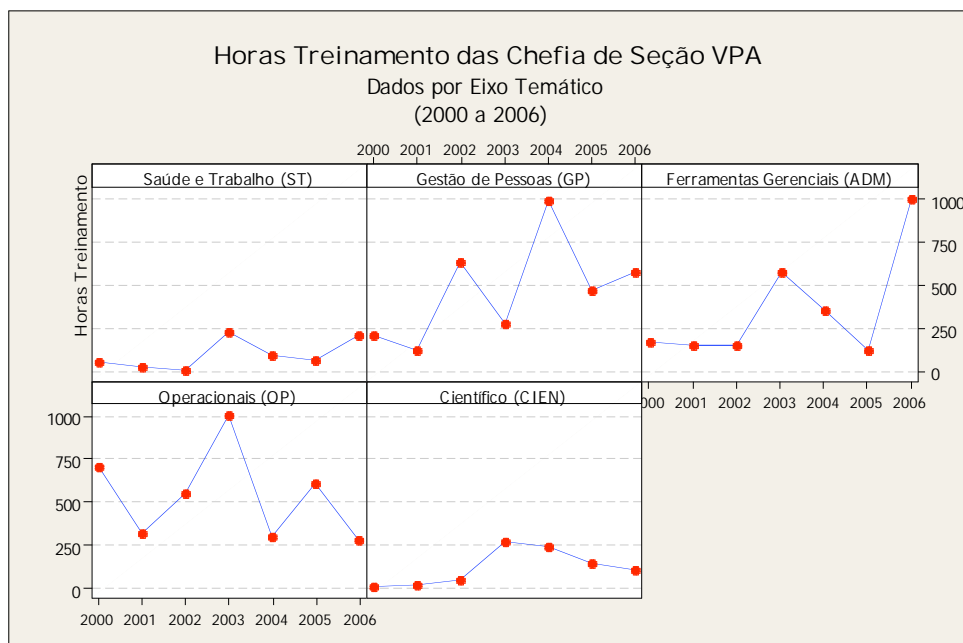
As horas treinamento sobre *Ferramentas Gerenciais Administrativas* também apresentaram um expressivo aumento. Percebe-se, portanto, uma crescente preocupação da organização com a instrumentalização destas profissionais para atuação enquanto chefias. Cabe reforçar que as participantes da pesquisa têm consciência desta questão, contudo consideram que esta preparação deveria ocorrer anteriormente à posse no cargo.

A análise dos currículos indicou ainda que muitas das atividades da enfermagem envolvem apenas este grupo. Mesmo temas que seriam do interesse das chefias intermediárias das três áreas, como as de *Gestão de Pessoas*, acontecem apenas para as chefias do GENF. Desta forma, ganha-se na resolução de dúvidas e situações específicas, se fortalece o grupo, mas perde-se na possibilidade de visão geral do Hospital o que, segundo as entrevistadas, é um dos pontos de dificuldade ao iniciar a gestão (o mandato). Além disto, reforça-se a mencionada departamentalização do Hospital. Este fato é reconhecido por elas: “a gente perde porque se integra pouco com as outras áreas. Acho que focamos muito nas nossas atividades. Se a gente sair um pouco, tiver outras trocas, talvez

mudaríamos essa nossa rotina do trabalho, pois nos cobramos muito, queremos fazer tanto e talvez não seja assim. Talvez poderíamos contribuir mais se pudéssemos relaxar um pouco, ter uma conduta um pouco diferente... Fui conhecer o pessoal [de uma área administrativa] muito tempo depois que estava aqui e é outra coisa, a cabeça deles é mais tranqüila... e a gente sempre correndo! Não sei se precisa ser assim” (E6).

A seguir apresenta-se o gráfico 6, demonstrando a distribuição das horas treinamento realizadas pelas chefias de seção da VPA.

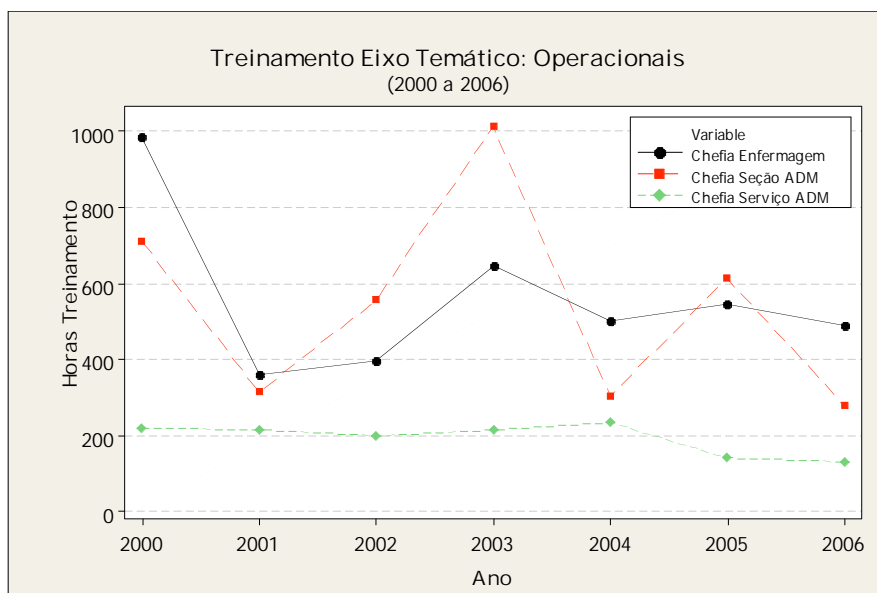
**Gráfico 6: Treinamento chefias de seção (VPA), por eixo temático, no período de 2000 a 2006**



Fonte: Dados da pesquisa

As chefias de seção da VPA apresentam sua ênfase, se considerado o total das horas, nas atividades voltadas ao agrupamento *Operacional*. Assim como na enfermagem, isto pode ser compreendido pela proximidade deste nível gerencial à base produtiva. Porém, diferente do que acontece naquele grupo, para a área administrativa, a operacionalização do conhecimento distancia a chefia de seção dos processos de elaboração e planejamento, bem como das ações estratégicas, visto que o modelo ainda predominante é taylorista. E isto explica a redução da carga horária deste tipo de treinamento para as chefias de serviço da mesma vice-presidência. A comparação entre as horas treinamento das áreas com relação e este eixo temático segue no Gráfico 7.

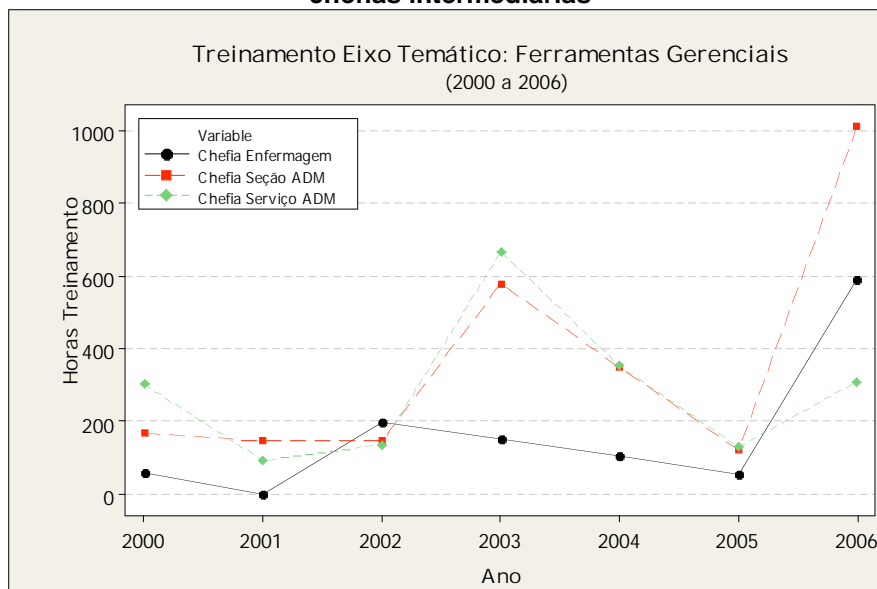
**Gráfico 7: Horas treinamento no eixo temático *Operacional* – comparação entre as chefias intermediárias**



Fonte: Dados da pesquisa

A questão que emerge neste contexto é que as chefias de seção também têm sido, segundo os participantes da pesquisa, convocadas a responderem pelos resultados. Desta forma, mesmo que em proporções distintas, há um movimento de ampliação da capacitação em *Ferramentas Gerenciais* para estas chefias. Neste eixo temático, há o destaque das chefias de serviço da VPA, conforme pode ser observado no Gráfico 8. As mudanças no mercado e no modelo de gestão que as acompanham explicam esta tendência.

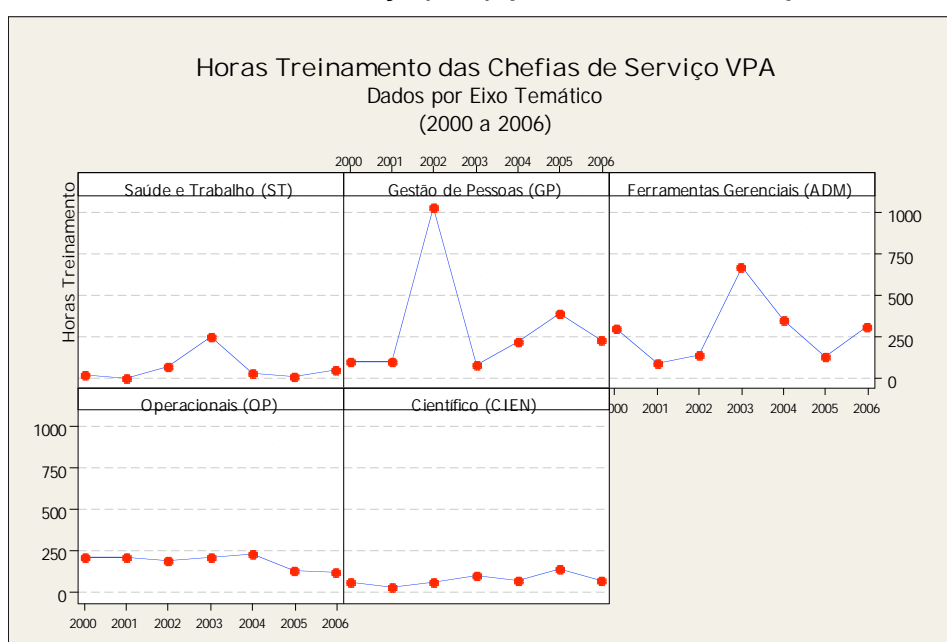
**Gráfico 8: Horas treinamento no eixo temático *Ferramentas Gerenciais* – comparação entre as chefias intermediárias**



Fonte: Dados da pesquisa

Além da ênfase nas *Ferramentas Gerenciais Administrativas*, as chefias de serviço da VPA são as que apresentam menor carga horária nas diferentes áreas e também uma certa uniformidade em cada área ao longo do período analisado, com exceção da área de *Gestão de Pessoas*, quando houve um pico em 2002. Esta carga horária está vinculada a um curso de capacitação proposto pela CGP, que visou este grupo de chefias. O total das horas treinamento, por eixo temático, para as chefias de serviço da VPA é apresentado no Gráfico 9, a seguir.

**Gráfico 9: Treinamento chefias de serviço (VPA), por eixo temático, no período de 2000 a 2006**



Fonte: Dados da pesquisa

A análise dos currículos e da distribuição das horas treinamento indica que chefias com curso superior na área da saúde, independente da área de atuação, realizam mais cursos vinculados à sua graduação que os graduados em cursos ligados à esfera administrativa.

Esta sistematização também possibilita verificar que a capacitação destinada às chefias intermediárias reforça os lugares-saberes já estabelecidos, provocando o que se pode chamar de um “enraizamento”, oportunizando “mais do mesmo”. Tal situação opõe-se à característica do HC que, em sendo um hospital universitário, busca a excelência no que se refere ao ensino. Configura-se, assim, como uma linha de determinação dos modos de inserção das chefias intermediárias no HC.

Outro aspecto que se destaca referente à capacitação remete à titulação acadêmica. Atuando em um hospital-universitário, as chefias em questão relacionam-se com muitos profissionais com mestrado e doutorado, o que não é caso da maioria deles, sobretudo da área administrativa. Este fato provoca algumas situações, como relata um dos entrevistados: “para nós da área administrativa é importante ter mestrado e doutorado porque é um respaldo na discussão com as equipes médicas. Parece que para eles tu tens que estar no mesmo grau para poder ser ouvido. A questão da titulação é muito importante aqui. Eu acho importante. E acho bom que agora isto esteja sendo valorizado na área administrativa. Se você quer crescer num hospital como o nosso tem que ter titulação. É um hospital muito maior, muito mais complexo...” (E11).

Entretanto, a continuidade da formação acadêmica não é entendida por alguns como algo que “na prática mude muito”, expressando existência de um distanciamento entre o conhecimento acadêmico e a prática profissional. De outra forma, também revela um certo rechaço diante de algo que não lhes é comum. Pelo menos por enquanto, pois como disse o participante E11, esta tem sido uma questão incentivada aos profissionais da área administrativa.

Os participantes salientam, ainda, a importância de conhecer realmente o funcionamento do Hospital, bem como o sistema de saúde mais geral. Mencionam que somente quando passaram a atuar como chefias compreenderam a dimensão da organização em que trabalham, do contexto onde esta se insere e sua complexidade. Uma das entrevistadas afirmou: “a gente tem que conhecer muito isso aqui, saber tudo, como se fosse a casa da gente!” (E7).

Outra discussão levantada referente à capacitação foi a ênfase dada aos aspectos técnicos que, segundo um entrevistado, são “mais fáceis de serem obtidos. O que a gente sente falta é do desenvolvimento de habilidades na relação interpessoal. A gente precisa lidar com os relacionamentos e com as emoções. Isto exige mais esforço para se obter” (E8). Esta opinião foi problematizada a partir da informação de que quando atividades nesta área são propostas poucas chefias participam. O entrevistado se posiciona: “é justamente por isto! É porque sabem que precisam que as pessoas não vão.” Outra chefia concorda: “as pessoas se escondem atrás da falta de tempo. Em atividades assim tu começa a te expor, começa a ter que ouvir o outro... e o outro tem que te ouvir... isso é uma exposição

que desmobiliza as pessoas, tira daquela... é mais fácil eu dizer que não vai dar, não posso participar, do que ir..." (E9).

Neste sentido, outros participantes mencionaram, desde o grupo piloto, a necessidade de auto-conhecimento, do crescimento e maturidade para ocupar a função de chefia. Desta forma, muitos afirmaram que buscam na psicoterapia um apoio e a consideram essencial para sua permanência na função: "a gente aprende a fazer o contraponto e não sofrer tanto no processo de gerenciamento". No HC são realizadas ações com o objetivo de trabalhar os aspectos mais subjetivos, contudo não são computadas como "horas treinamento", sendo desconsideradas formalmente como meio de aprimoramento destes profissionais. Assinala-se com esta constatação uma perspectiva que compreende a gestão a partir de uma racionalidade instrumental, mostrando-se, desta forma, contrária às demandas do trabalho imaterial, conforme será apresentado no capítulo a seguir.

Contudo, as chefias intermediárias criticam certos tipos de atividades ditas de auto-conhecimento, por sua superficialidade. No grupo, os participantes trouxeram a seguinte metáfora para explicar como percebem: "não gosto dos treinamentos em que passam aquelas coisas de cachoeiras, tudo *zen*... aí a gente sai da sala e volta para a panela de pressão! Não ajuda nada!"

A questão do auto-conhecimento e das habilidades de relacionamento interpessoal adquirem relevância, dizem as chefias, pois para se tornar chefia no hospital e se manter como tal, influencia mais o que se é do que a formação propriamente dita. Insere-se, assim, a discussão sobre o que se é e o trabalho das chefias intermediárias no Hospital de Clínicas.

## 5. A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES

Este capítulo apresenta as subjetividades em produção sob influências das características da sociedade contemporânea, da função de chefia intermediária e do hospital, especificamente, o Hospital de Clínicas.

### 5.1. TRABALHO, GESTÃO E SUBJETIVIDADE NA CONTEMPORANEIDADE

Apresenta-se, de imediato, que o trabalho aqui considerado é aquele que implica

[...] o fato de trabalhar: gestos, *saber-fazer*, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar, etc. Em outros termos [...] o trabalho não é em primeira instância a relação salarial ou o emprego; é o “trabalhar”, isto é, um certo modo de engajamento da personalidade para responder a uma tarefa delimitada por pressões materiais e sociais (DEJOURS, 2004, p. 28).

Os eventos da globalização e conseqüente reestruturação produtiva implicaram alterações que ameaçaram o papel integrador do trabalho, principalmente pela fragilização dos vínculos trabalhistas (LIEDCKE, 2006) e a desregulamentação das relações de trabalho (NARDI, 2006). Este autor afirma que, contudo, o trabalho mantém-se central na construção dos sujeitos. Dejours (1999) também ratifica a centralidade do trabalho, que segue como único mediador da realização do ego na esfera social, não havendo, atualmente, nenhum candidato capaz de substituí-lo. O trabalho, desta forma, apresenta-se como um “importante agente de subjetivação do homem, o que implica dizer que determinados processos de sociabilização vividos no trabalho podem se instituir como traços constitutivos do sujeito” (PASCHE, 2003, p. 75).

Mostra-se relevante conhecer as configurações do trabalho, marcado por características da sociedade contemporânea, como a compressão do tempo e do



espaço, a fluidez e a fragilidade das relações. As sociedades têm caracterizado modos de viver, influenciados pelas alterações no plano econômico que redefinem os elementos do plano social e produzem diferentes maneiras de pensar, sentir, agir, enfim, de tornar-se humano.

Hardt e Negri (2005) distinguem, ao longo da história, três momentos nos quais se observa a prevalência de um dado setor na economia: o primeiro é o da agricultura e extração de matérias-primas; o segundo é aquele em que prevalece a indústria e a produção de bens duráveis; e o terceiro momento, vivenciado na atualidade, refere-se à oferta de serviços, ao manuseio de informações e à informatização. Segundo esses autores, a transição entre os diferentes momentos, considerados como paradigmas econômicos, dá-se de forma contínua, sem rupturas, de maneira que eles coexistem em cada período. Porém, a emergência de um novo paradigma dominante influencia e altera os paradigmas anteriores. Na perspectiva destes autores, então, as diversas formas de produção estão presentes nas redes do mercado mundial, constituindo uma economia híbrida e composta, que varia apenas em grau por todos os países.

A transição para o modelo da economia informacional impactou, sobretudo, a percepção e a vivência do tempo, marcado basicamente pela aceleração. Harvey (1993) assinala que dentre as inúmeras conseqüências da aceleração generalizada estão “volatilidade e efemeridade de moda, produtos, técnicas de produção, processos de trabalho, idéias e ideologias, valores e práticas estabelecidas. A sensação de que ‘tudo o que é sólido se desmancha no ar’ raramente foi mais pervasiva” (HARVEY, 1993, p. 258). A noção de longo prazo tende a ser banida e vida passa a ser vivida no agora, achatada no tempo presente (BAUMAN, 2007).

Da mesma forma, a noção de espaço tem sido afetada. Nas palavras de Bauman (1999, p. 85), “no mundo que habitamos a distância não parece importar muito. Às vezes parece que só existe para ser anulada, como se o espaço não passasse de um convite contínuo a ser desrespeitado, refutado, negado.” O movimento é uma das marcas da atualidade. Movimenta-se até mesmo estando parado, por meio da *web* e dos diversos canais da televisão a cabo. Isto permite possibilidades antes impensadas de deslocamento, de acesso ao conhecimento e de ampliação de oportunidades. Ao mesmo tempo torna-se uma determinação: não é recomendado ficar em um mesmo lugar por muito tempo, pois “a moderna cultura do

risco é peculiar naquilo que não se mexer é tomado como sinal de fracasso, parecendo a estabilidade quase uma morte em vida” (SENNETT, 2003, p. 102).

O mundo fluido, flexível e descontínuo, que se apresenta nos dias de hoje, tem se caracterizado também por estar impregnado de incerteza, medo e insegurança. Ao analisar a conformação da sociedade atual, Bauman (2003) afirma que, com o arrefecimento de uma perspectiva de futuro, as relações a longo prazo, de vínculos sólidos e duradouros, dão lugar a relacionamentos efêmeros e instantâneos. Os relacionamentos interpessoais, “de casa ou da rua”, estão baseados no presente, sem um compromisso com o amanhã. Para este autor, as antigas redes de solidariedade estão se despedaçando e os atuais relacionamentos humanos podem ser descritos por uma tendência a apresentarem-se “inadequados, inválidos ou inviáveis, nascidos com a marca do descarte iminente” (BAUMAN, 2005, p. 15). Trata-se de uma sociedade que tem vivido uma “endêmica falta de confiança”, na qual “a sina de indivíduos que lutam em solidão pode ser dolorosa e pouco atraente, mas firmes compromissos a atuar em conjunto parecem comprometer mais perdas do que ganhos...” (BAUMAN, 2003, p. 48).

Esta característica está atrelada à cultura consumista e individualista, na qual o culto ao corpo é um dos indicadores do sucesso individual e torna-se mesmo uma utilidade social (Sá, 2001). Os efeitos dos modos de produzir subjetivações sobre os corpos na atualidade são, inclusive, analisados por Sant’Anna (2001) ao afirmar que o antigo padrão ideal de corpo recheado com alguma gordura estava de acordo com os preceitos daquela sociedade que valorizava a prudência e a estabilidade; e quando a mobilidade e a leveza adquiriram valor central, os corpos passaram a acompanhar essa realidade, sob pena de serem postos à margem dos círculos sociais, visto que “os espaços citadinos e seus equipamentos são os primeiros a excluírem a presença dos seres pesados e grandes” (SANT’ANNA, 2001, p. 21).

Vive-se, portanto, em uma época em que os valores estão mais direcionados à estética do que à ética. Contudo, não é possível assegurar que aqueles que buscam viver em plena conformidade com os padrões sejam mais “felizes”, porque acompanhar suas constantes renovações mostra-se uma tarefa inviável. Conforme Sant’Anna (2001, p.25):

O homem voltado à transparência também é inquieto e incerto, amedrontado de não ser suficientemente ágil, criativo e flexível. Buscando desvencilhar-se do peso de tudo o que tende a repousar sobre si, ele teme carregar muito corpo, muita memória, muita identidade.

A desconcertante volatilidade social, a redução de perspectivas, a improbabilidade de assentamento duradouro, a imprecisão das regras configuram esta como uma era de incertezas. Incertezas e medo, pois em pouco tempo as coisas passam a ser consideradas inúteis e prontamente descartadas, “porque outros objetos de desejo, novos e aperfeiçoados, acenam, e que elas estão fadadas a serem jogadas fora a fim de que se abra espaço para as coisas mais novas” (BAUMAN, 2005, p. 10). E como acontece com as coisas, também ocorre com as pessoas. “A opção é modernizar-se ou perecer”, diz Bauman (2005, p.34).

A ameaça que paira é a de não dar conta da intensa aceleração; é o medo da incompetência, como aponta Dejours (1999). É o fantasma da inutilidade, nas palavras de Sennett (2006); é tornar-se um ser humano refugado, excessivo ou redundante, conforme Bauman (2005). Os limites que produzem e distanciam o “produto útil” do “refugo” conformam uma “zona cinzenta”, onde habita a ansiedade, a indefinição e mesmo o perigo. Para Castel (2001), trata-se de uma zona intermediária instável de vulnerabilidade, colocando indivíduos em situação de flutuação na estrutura social. Esta flutuação não ratifica uma ruptura definitiva, mas condiciona sua desfiliação, sua desqualificação e invalidação social.

No plano do trabalho, observa-se a ocorrência de uma guerra econômica, “guerra sã”, que em nome da saúde das empresas dispõe-se a excluir os que não estão “aptos ao combate” (DEJOURS, 1999). Estas empresas que se configuram como dispositivos em novas formas de organizar o trabalho e a sociedade, cuja palavra de ordem é o verbo empreender (WITTKE, 2005).

Por todo este panorama, Pelbart (2003) afirma que a vida tornou-se um capital no contexto do “capitalismo em rede, conexionalista, rizomático”, de forma que se tornam mercadorias e são vendidas “maneiras de ver e de sentir, de pensar e de perceber, de morar e de vestir. [...] Consumimos formas de vida [...] consumimos toneladas de subjetividade” (PELBART, 2003, p. 20). Entretanto, na compreensão deste autor, a subjetividade é uma força viva e, portanto, aparece como potente para

escapar ao que ele denomina de “subjetividade vampirizada”. Guattari e Rolnik (1986, p. 33) corroboram ao assinalarem que

a subjetividade está em circulação nos conjuntos sociais de diferentes tamanhos: ela é essencialmente social, e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares. O modo pelo qual os indivíduos vivem essa subjetividade oscila entre dois extremos: uma relação de alienação e opressão, na qual o indivíduo se submete à subjetividade tal como a recebe, ou uma relação de expressão e de criação, na qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade, produzindo um processo que eu chamaria de singularização.

A possibilidade de não sujeição está ligada à idéia de que há um conjunto vivo de estratégias que resistem à massificação e à padronização. A possibilidade de invenção é uma potência do homem comum e uma forma de resistência quando se resgata a relação de cooperação, da inteligência coletiva, da possibilidade de afetação recíproca. Neste sentido, Negri (2003) postula o conceito de multidão, como “um agente social ativo – uma multiplicidade que age”.

A multidão é [...] uma multiplicidade de corpos, cada um dos quais é um cruzamento de forças intelectuais e materiais, de razão e afeto. [...] Esses corpos multiformes da multidão deram lugar a uma contínua invenção de novas formas de vida, novas linguagens, novas forças intelectuais e éticas. [...] São corpos bizarros, refratários às forças da disciplina e da normalização, sensíveis somente aos próprios poderes da invenção. (NEGRI, 2003, p. 136-137)

A invenção aqui mencionada diz respeito a uma característica que, até pouco tempo atrás, era relegada ao domínio exclusivamente do pessoal e do privado, a uma dimensão subjetiva e extra-econômica, considerada um privilégio de artistas. Na atualidade, entretanto, essa própria potência passou a ser “condição geral e comum da produção” (NEGRI, 2003; PELBART, 2003).

Hardt e Negri (2005) afirmam que a transição para economia informacional não poderia ocorrer sem uma conseqüente alteração na qualidade e natureza do trabalho. A economia neste paradigma gira em torno do setor de serviços que se baseia na troca de informações e conhecimentos e cuja produção praticamente não envolve bens materiais. O trabalho envolvido neste tipo de produção é definido como trabalho imaterial (HARDT e NEGRI, 2005).

O trabalho imaterial pode ser encontrado sob três configurações. Uma delas está relacionada ao trabalho industrial, que se transforma mediante a influência do novo paradigma dominante. O trabalho fabril, material, é alterado pela lógica dos

serviços, pela tecnologia informacional. O outro tipo de trabalho imaterial concerne a tarefas analíticas e simbólicas, requeridas na identificação e resolução de problemas, bem como em atividades estratégicas. A terceira configuração diz respeito ao trabalho imaterial que “envolve a produção e a manipulação de afetos e requer contato humano (virtual ou real)” (HARDT e NEGRI, 2005, p. 314).

Para tanto, o trabalho imaterial envolve comunicação, criatividade, afetividade, interação humana, cooperação, demandando qualidades inerentes ao trabalhador, que extrapolam o plano do saber. A “vitalidade”, através de sua força inventiva, é a fonte para a produção imaterial (PELBART, 2003). Retornam ao mundo do trabalho, então, as capacidades cognitivo-afetivas que a organização do trabalho no modelo taylorista havia praticamente excluído (WITTKKE, 2005). Segundo Lazzarato e Negri (2001, p. 25), “é a alma do operário que deve descer na oficina”.

Sendo assim, o trabalho imaterial anuncia para o trabalhador liberdades ampliadas pela redução da alienação, das fronteiras e dos espaços de confinamento. Contudo, ao realizar essa passagem, o trabalho vê-se também diante de novas e mais sutis formas de controle (GRISCI, 2006). Conforme Bauman (2003), a eliminação do panóptico pode ser considerada uma “benção complicada”. O controle passou de “gaiolas de ferro a meadas de algodão”, mas manteve-se presente, invisibilizado, impossível de se localizar. As “custosas e complicadas ‘fábricas de obediência’ ao estilo panóptico” (BAUMAN, 2003, p. 42) são substituídas pela dominação através da incerteza, que provoca, “naturalmente”, a diminuição das resistências. A falta de perspectiva condiciona a submissão. O trabalho e a vida que eram vistos através do encapsulamento em uma ordem quase predeterminada, tornam-se não somente flexíveis, mas frágeis e quebradiços.

Da mesma forma que o trabalho imaterial é inerente ao trabalhador, também a ele é destinada a responsabilidade pela consecução dos resultados e sua manutenção enquanto ser produtivo e útil. Segundo Sant’Anna (2001, p. 25), “‘não dar conta’ de si mesmo, em sociedades nas quais o ‘si mesmo’ é um negócio de total responsabilidade de cada um, torna-se um novo fantasma...”. O discurso e a ideologia que circulam são de que cada um é pessoalmente responsável por seu lugar no mundo. Assim, sucesso ou fracasso são compreendidos como força ou fraqueza individual (SENNETT, 2001).

O trabalhador passa a atuar “em prol da rentabilização de si” (GRISCI, 2006, p. 329) e mesmo aqueles que possuem vínculo empregatício, atuam de forma “autonomizada”, gestores de sua atuação, como expressa o título de uma revista popular de gestão - *Você, S/A*. Conforme Freitas (2002, p. 67) o indivíduo torna-se “empreendedor de sua própria vida”, “sua própria marca” e o “investimento que deve dar retorno”. Na “sociedade *managerial*” (WITTKE, 2005) busca-se o êxito, tanto pessoal quanto da empresa, que devem estar indissociados.

Entretanto, o antagonismo ainda permanece, não mais no palco das organizações, mas toma lugar no interior de cada indivíduo. Desta forma, este modo de trabalhar implica em uma impossibilidade de separar espaços de trabalho e não-trabalho, bem como a persecução de um controle indireto na totalidade de sua vida. O salário fixo vai sendo substituído por remunerações variáveis, na forma de renda, benefícios, comissões. O trabalhador gestor de si atua sob a forma de redes e de fluxos, que dependem das capacidades relacionais, comunicativas e organizativas (LAZZARATO e NEGRI, 2001).

Outra implicação do modo autonomizado de trabalhar remete à precariedade e até mesmo ausência de reconhecimento pelo trabalho realizado. Na perspectiva da psicodinâmica do trabalho, o reconhecimento “não é uma reivindicação secundária dos que trabalham. Muito pelo contrário, mostra-se decisivo na dinâmica da mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho” (DEJOURS, 1999, p.34). Sua relevância está na possibilidade de dar sentido ao esforço, às angústias, às dúvidas, às decepções. Pela via do reconhecimento, o indivíduo percebe que o sofrimento, intrínseco aos processos de trabalho, além de contribuir com a organização do trabalho, também lhe permite tornar-se uma pessoa diferente. Isso se traduz pelos sentimentos de alívio e prazer.

O reconhecimento, contudo, raramente é conferido de modo satisfatório. Para sobreviver às pressões no trabalho, o indivíduo recorre, então, a estratégias de defesa que permitem, de modo inconsciente, minimizar seus efeitos deletérios. Essas defesas acabam insensibilizando contra aquilo que faz sofrer, permitindo tolerar o intolerável.

A excelência insere-se neste contexto, como um atributo inatingível, de forma que o trabalho nunca está bom o bastante para ser reconhecido. Assim como o êxito

das empresas, a excelência torna-se o valor de referência utilizado para medir objetos e pessoas (WITTKE, 2005). Mas ela também não é um atributo durável. Transformou-se em “uma seqüência sempre ascendente de posições, uma escalada, em uma ‘quebra de recordes’, em uma corrida sem fim [onde o risco de ser superado ou de ficar para trás gera uma espécie de] paranóia coletiva” (FREITAS, 2002, p.67).

Esta constitui-se como uma modalidade de subjetivação que destaca a comparação com os outros, na qual se observa uma busca pela auto-estima, o que explica a proliferação de tecnologias que visam este objeto, tal como a literatura e os grupos de auto-ajuda (WITTKE, 2005).

Este esforço pode ser compreendido nos vínculos de autoridade pois, como afirma Sennett (2001, p. 117), “quem parece ser senhor de si mesmo tem uma força que intimida os outros”. A autoridade desejada nos cargos gerenciais, mas demandada a todos “indivíduos-empresa”, constrói-se a partir de imagens de força e fraqueza. Conforme este autor, as qualidades da autoridade são a segurança, a capacidade superior de julgamento, a capacidade de impor disciplina, a capacidade de inspirar medo. Nos dias que correm, a autoridade reflete estas características embora “os poderes formalmente legítimos das instituições dominantes inspirem um forte sentimento de ilegitimidade entre os que estão submetidos a elas” (SENNETT, 2001, p. 42).

A autoridade apresenta um outro aspecto cobiçado. Em um de seus extremos em sua configuração na sociedade moderna encontra-se a autonomia. Esta valoriza-se, sobretudo, pelo rechaço e pela vergonha de ser dependente (SENNETT, 2001). A dependência tornou-se sinal de fraqueza. No modelo atual em que se prega o empreendedorismo, os dependentes do Estado são vistos como “parasitas sociais” (SENNETT, 2003). A autonomia e a não dependência aproximam-se da indiferença nas relações tanto com pessoas como com objetos. Mais uma vez, reforça-se tal característica como necessária a quem deseja “sucesso”. Quem não se apega não sofre ao descartar, conforme alerta Bauman (2007, p.8), a ênfase recai em quem sabe “esquecer, apagar, desistir, substituir”. A autonomia compreendida de tal forma afasta-se da noção de “autonomia-responsável” (CAMPOS, 1997), aquela em que a liberdade desejada (e necessária ao desenvolvimento de sujeitos em sua

integralidade) associa-se a uma responsabilização pelo outro e pelo conjunto em que se insere.

## 5.2. O TRABALHO EM SAÚDE: IMPREVISIBILIDADES E A DISTÂNCIA ENTRE O PRESCRITO E O REAL

O trabalho em saúde, por suas peculiaridades, nunca foi totalmente capturado pelos esquemas da administração científica. Como trabalho imaterial, a atuação neste setor está na dependência das qualificações do trabalhador, dentre elas o domínio e a troca de conhecimento, a capacidade de lidar com imprevistos e relacionar-se com as pessoas.

Santos (1999) acompanhou e analisou o cotidiano de gerentes em hospitais identificando as atividades e a alocação de seu tempo em dia típico de trabalho. Ele observou que nenhum dia do gerente hospitalar é igual ao outro, demonstrando uma ausência de rotina no dia-a-dia desses profissionais que são impossibilitados de seguir uma agenda, o que pode exigir, conforme esse autor, esforço intenso das habilidades. O cotidiano deste profissional envolve participação em reuniões; ele se vê envolto pelo gerenciamento de informações, de pessoas e de suas próprias ações. O gerente hospitalar

não é um planejador sistemático e reflexivo, mas [...] um profissional que executa suas atividades em ritmo intenso, com as características de brevidade, fragmentação e variedade. [É] firmemente orientado para ação e vê-se constantemente bombardeado por telefonemas, correspondências e por pessoas que às vezes irrompem em sua sala para fornecer-lhe ou dele receber informações. Utiliza-se intensamente da comunicação verbal e apóia-se em extensiva rede de contatos externos à organização hospitalar para obtenção e troca de informações (SANTOS, 1999, p.115).

Além disto, trabalhar na área da saúde expõe o profissional a situações de sofrimento, dor e morte e, por isto, esse tem sido considerado um trabalho penoso e, paradoxalmente ao seu objeto de ação, insalubre (PITTA, 1994). Além disto, o trabalho nesta área apresenta o componente da impotência de estar diante de situações para as quais o profissional sente-se incapaz de interferir.

As características do trabalho em saúde, como já se disse, impossibilitam que o mesmo seja totalmente padronizado e categorizado. Desta forma, nota-se a



amplificação da distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real (DEJOURS, 1994, 1999, 2004). O trabalho, em seu cotidiano, é permeado por situações inesperadas tanto com materiais, equipamentos e máquinas, quanto com as pessoas – com os trabalhadores, colegas, chefes, clientes (DEJOURS, 2004; LANCMAN e SZNELWAR, 2004). A possibilidade de trabalhar está situada nesta lacuna entre o prescrito e a realidade da situação concreta. Segundo Dejours (1994, p.51), a “realização concreta do trabalho prescrito exige uma parte não negligenciável de ‘interpretação’ por parte dos operadores”. De tal forma que

o trabalho se define como sendo aquilo que o sujeito deve acrescentar às prescrições para poder atingir os objetivos que lhe são designados; ou ainda aquilo que ele deve acrescentar de si mesmo para enfrentar o que não funciona quando ele se atém escrupulosamente à execução das prescrições (DEJOURS, 2004, p. 28).

Sendo assim, é ao lidar com os imprevistos da situação real do trabalho que o trabalhador utiliza sua criatividade e seu potencial intelectual e, ao fazer isto, o trabalho adquire sentido e fornece satisfação. Esta satisfação deve ser acompanhada pelo reconhecimento, por parte de colegas e superiores, de que os esforços desempenhados contribuíram para a realização do trabalho. A relação com o real do trabalho, contudo, situa o trabalhador sempre diante da possibilidade de fracassar e em contato com experiências de sofrimento.

Para preencher e ultrapassar as impossibilidades práticas da organização prescrita do trabalho, o trabalhador se vê diante da necessidade de lançar mão de artimanhas, de ações como quebra-galho (DEJOURS, 1999). Compreendendo o quebra-galho como uma demanda institucional, Dejours assinala que “o pessoal executivo está, de fato, colocado em situação fortemente contraditória, que não é fácil gerenciar: são obrigados a levar os agentes às práticas de quebra-galhos em certos momentos, mas eles devem, também, fazê-los respeitar as leis” (DEJOURS, 1994, p. 98).

No plano subjetivo, a prática de quebra-galho tem a potência de produzir um efeito positivo, pois mobiliza a inteligência astuciosa, que se caracteriza por seu poder criador. Ela requer engenhosidade e capacidade de ajuste. A inteligência astuciosa difere-se da “inteligência conceitual” e é desenvolvida no processo mesmo do trabalhar (LANCMAN e SZNELWAR, 2004). Assim, Dejours (2004, p. 30) considera que “trabalhar não é somente produzir; é também transformar-se a si

mesmo e, no melhor dos casos, é uma ocasião oferecida à subjetividade para se testar, até mesmo para se realizar”.

Contudo, esta possibilidade de realização está atrelada ao estabelecimento de relações de confiança tanto entre colegas, quanto com superiores, particularmente, os imediatos. Encontra-se, portanto, imbricada em um complexo jogo de relações sociais no trabalho.

As considerações teóricas apresentadas a respeito das inter-relações entre trabalho, gestão e subjetividade na contemporaneidade serão associadas, a seguir, às vivências das chefias intermediárias no HC.

### 5.3. CHEFIAS INTERMEDIÁRIAS: VIVENCIAR E DAR SENTIDOS ÀS EXPERIÊNCIAS NO HC

Ser chefia, para os participantes da pesquisa, é “ser como um regente: deve gerenciar conflitos e buscar a harmonia”. A chefia tem uma “missão: a de lubrificar as engrenagens” e “fazer as coisas acontecerem”. Para tanto, saber ouvir e compreender as diferenças foi apontado como fundamental por assumirem diferentes papéis nos contatos com os diversos setores, internos e externos à organização. Ser chefia, segundo eles, é ser responsável pois suas decisões envolvem processos mas afetam pessoas, sejam usuários ou funcionários. Ser chefia é tomar decisões que nem sempre agradam a todos, e saber lidar com esta situação. Estar “sentado na cadeira da chefia” requer que pensem no grupo e nos resultados a serem alcançados e não no retorno da decisão para si ou “na sua vaidade”.

Além disto, ser chefia requer uma “postura exemplar” pois, estando mais expostos devem ser “modelos da conduta esperada”. Uma das participantes diz que “a chefia tem que apresentar coerência e moralidade para não perder o controle. A gente tem que ter muito cuidado, não pode deslizar em nenhum momento, porque onde for, tu te afunda! Não pode vacilar. Claro, tem coisas que precisamos melhorar, ninguém é perfeito. Questões como cumprir horários, ter compromisso, seriedade... tem que ter” (E7).

As chefias intermediárias também mencionam que é importante conhecer bem sua área de trabalho e seus processos porque não somente a representam, mas a “corporificam”, sendo eles identificados pela área em que atuam e pela qual são responsáveis. Esta pode ser uma fonte de reconhecimento quando são considerados, por exemplo, como “a melhor pessoa para falar sobre a área”. Uma chefia entrevistada relata: “para quem trabalha na ponta é assim, não tem nenhum outro chefe do hospital, nem os que estão acima, que vão falar sobre a minha área. Sou eu que vou” (E2). Entretanto, este reconhecimento precisa ser conquistado.

No que diz respeito a ser chefia especificamente no HC, as manifestações iniciais são de afeto e orgulho: “é um privilégio, pois o hospital dá todo suporte material e humano, tem bastante apoio” (E4); “é muito bom ser chefe aqui porque é uma empresa grande, com grandes proporções, investe, dá as condições necessárias para uma boa gestão” (E1).

Algumas chefias afirmam que o HC é um local privilegiado para se trabalhar pois constatam a existência de “abertura para pensar, discutir e fazer”, comparando com outros hospitais, cujo espaço de chefias em funções correspondentes é considerado mais restrito. Além disto, também comparando com hospitais privados, afirmam que no HC há maior preocupação com o trabalhador.

As chefias intermediárias, ao responderem à questão: “como é ser chefia no HC?”, descrevem um modelo generalizado do que é ser chefe, tanto em relação com a função quanto em seu vínculo com a organização. O orgulho mencionado reforça as estratégias defensivas mobilizadas pela posição de chefia ocupada. Há que se considerar que, segundo Lima (1995, p. 163), o sucesso da carreira de gerentes deve-se, em grande parte, à “sua capacidade de se conformar às normas, valores, crenças e idéias destiladas pela empresa”.

O orgulho também pode ser analisado sob a perspectiva do tempo em que as chefias trabalham no HC. A maioria das chefias intermediárias participantes da pesquisa atuam no hospital há muitos anos, 15 anos em média, e sentem-se como parte da organização. Referindo-se a esta relação, uma das chefias sintetiza o sentimento do grupo: “uma coisa que favorece aqui no Hospital é que as pessoas antigas permanecem. [...] pela antiguidade as pessoas acabam tendo um afeto maior pela empresa do que alguém que trabalha há um ano. Toda essa carreira que a gente faz aqui... somos antiquíssimos, então temos um amor pelo que fazemos.

Se a empresa cresceu, a gente veio junto e queremos que ela cresça mais porque a gente faz parte dela! Eu vejo [nas fotografias]... isso nem existia quando eu entrei aqui e agora existe! A gente faz parte desta construção e com isto o HC só tem a ganhar! [...] Eu vejo a expansão e tem muita gente jovem também, mas os antigos permanecem no topo e nós passamos a nossa experiência... de vestir a camiseta, de ter esta preocupação, o coleguismo... ”.

A narrativa de uma carreira possibilita a construção de um sentimento de respeito próprio. Durante muito tempo a noção de carreira proporcionou um senso de continuidade e significado às vidas (WITTKE, 2005; SENNETT, 2003). É uma experiência importante que tem se mostrado cada vez mais rara na sociedade contemporânea. Os traços desta “estabilidade”, ainda presentes no Hospital, estão começando a se fragilizar, pressionados pela atual valorização do movimento acelerado. A estabilidade passa a ser considerada como sinal de fracasso (SENNETT, 2003).

No grupo piloto, os participantes discutiram a tendência de “modernização da gestão” no HC e, neste sentido, afirmaram que a experiência pregressa, o trabalho desenvolvido durante anos tem contado cada vez menos. A norma que agora se apresenta é produzir, sendo as chefias avaliadas pelos resultados alcançados a cada período, indicando que “quem vive de passado é museu”.

Nas entrevistas algumas chefias comentaram que percebem uma diferença entre aqueles que “cresceram no Hospital e os que chegam agora. Antes, parece que as pessoas eram mais humildes, buscavam colocar a mão na massa e aprender os processos. Hoje já querem ir direto ao ‘filé’”. Sob outro ponto de vista, tem-se a seguinte afirmação: “as pessoas mais antigas têm mais dificuldade de querer mudar e fazer diferente. Têm uma preocupação muito grande para que as coisas se mantenham. As pessoas parecem ter medo de que com a mudança vão ter mais trabalho ou vão perder alguma coisa” (E9). Uma tensão entre o antigo e o novo, a tradição e a inovação faz-se presente nos relacionamentos.

O tempo que a pessoa deve permanecer na chefia divide opiniões. Alguns participantes, sobretudo da VPA, consideram que “se é uma pessoa engajada e que apresenta bom desempenho, não há motivo para mudar”. Na perspectiva de algumas chefias do GENF, é difícil que a pessoa não se acomode depois de muitos anos na função. Avaliam que “a pessoa acaba absorvida pela rotina do dia-a-dia,

não luta mais para que as coisas aconteçam porque são muitas resistências enfrentadas, é muita coisa puxando para trás!”.

É possível pensar que esta diferença nas opiniões esteja relacionada aos percursos que levaram estas chefias intermediárias até onde estão, pois nota-se nestas trajetórias especificidades que distinguem as duas áreas.

De modo geral, as enfermeiras não se formaram para assumirem esta função. Desta forma, muitas são hoje chefes por insistência de colegas; porque “ninguém mais na unidade gostaria de ser”. Algumas, tendo sido indicadas desta forma, passaram a perceber como uma possibilidade de crescimento, como forma de contribuir de uma outra maneira com a organização. Então consideraram que eram realmente a pessoa mais indicada para ser a chefe naquele momento. Outras enfermeiras, entretanto, planejaram ser chefes, pois viam esta função como um desafio e como uma possibilidade de utilização de um “potencial pouco explorado no trabalho assistencial”.

Estas diferenças marcam a forma como assumem a função. Quem é “pego de surpresa demora para incorporar a chefia”. Elas afirmam que o aprendizado é sofrido, pois vai acontecendo “já na prática, fazendo e errando”.

Uma das chefias relata: “no início é bem difícil porque desconhecia as rotinas, as condutas que a chefia tem que tomar frente a determinadas situações que enquanto enfermeira de unidade não envolve, é só da chefia mesmo” (E5).

Por esta razão reforçam a preparação prévia para o exercício da função. Além disto, ser chefia no GENF tem um prazo determinado, o “mandato” de quatro anos, que pode ser renovado, mediante reeleição. Portanto, elas avaliam que no momento em que se sentem mais preparadas para a função está terminando o mandato.

Neste contexto, apresentam um outro fator considerado como complicador em suas vivências de chefe: como enfermeiras, permanecem atuando na assistência. Há um período, alguns turnos por semana, destinados às ações de chefia. Contudo, dizem elas, “os problemas não escolhem hora para acontecer, a gente passa em função!” Apenas uma das chefias que participaram da pesquisa afirmou que esta situação não lhe sobrecarrega, podendo conciliá-las adequadamente.

Desta forma, sair da chefia representa ter mais tempo para si, voltar a se dedicar à assistência e fazer um “trabalho mais *light*”. Seguem dois relatos que tomam como positivo deixar de ser chefia: “eu adoro a assistência! É gratificante estar junto aos pacientes. Vou gostar de me dedicar mais a eles... Tem uma implicação salarial... isto sim repercute na vida da gente...” (E5); “eu já pensei várias vezes [quando o mandato terminar] e fico bem feliz em voltar para assistência [...] Daí você trabalha seu turno e acabou... hoje eu fico o dia todo, todos os dias...”(E7).

Uma chefia da enfermagem, contudo, analisa a questão sob outro prisma: “eu vejo uma dificuldade para as colegas que já ocuparam esta cadeira [...] são pessoas que se desenvolveram e deveriam seguir, continuar crescendo... tem também a parte financeira, há uma regressão. No momento em que sai da chefia e volta para lá [assistência], não tem mais voz ativa, mas ainda tem a capacidade e se isto não é aproveitado tu te frustras. Não é nem uma questão de poder, mas de potencial... ver como regressão não é bom para ninguém, porque o ser humano tem que estar em crescimento constante” (E12).

Diferentemente das enfermeiras, as chefias intermediárias da VPA, de modo geral, vislumbravam a chefia como uma possibilidade “natural” da carreira. Uma situação que, mais cedo ou mais tarde, deveria acontecer, como reconhecimento do próprio trabalho. Mesmo para as que afirmam ter acontecido ao “acaso”, não houve a vivência de um estranhamento. Há, isto sim, dúvidas e receios, e a percepção de não saber o que fazer. Este foi o ponto de consenso entre as chefias de unidade do GENF e as de seção e serviço da VPA: “tem coisas que quando começa o trabalho, ninguém te diz”.

As chefias adaptaram-se à função e cresceram com isto, segundo elas próprias. Entretanto, dúvidas e uma certa ansiedade permanecem independente da passagem do tempo, demonstrando-se como algo inerente à função.

A função de chefia mostra-se carregada de tensões, a começar pela tomada de decisão. O que deveria ser corriqueiro revela-se às chefias intermediárias como uma fonte constante de incertezas. Nas palavras das chefias no grupo: “as outras pessoas nos procuram para decidir alguma coisa, para nós finalizarmos aquela questão”. E a decisão envolve riscos. Quase não há rotina. Tal fato atrela-se à realidade hospitalar, seu objeto de trabalho e às imprevisibilidades que o cercam. Os

riscos são relativos, na maioria das vezes, a decisões administrativas para atender questões assistenciais.

As lacunas não cobertas pelo sistema formal de regras constituem-se como espaços de intervenção das chefias. Algumas vezes, além de não haver um procedimento estabelecido, existe alguma norma impeditiva da realização destas ações. Uma chefia, no grupo, descreve essa situação, a partir da figura 9: “a instituição tem a meta a ser atingida. Qual o caminho nós vamos fazer é indiferente... porque muitas vezes nós temos que fazer várias curvas para chegar onde a gente quer. [...] Nem sempre a gente segue o caminho retinho, bonitinho, conforme o protocolo”.

**Figura 10: Caminho fora dos protocolos**



Fonte: Recorte de revista – Grupo Piloto

Esses momentos configuram-se como as burlas, compreendidas pela psicodinâmica do trabalho, e impõem dilemas, nos quais as chefias encontram-se diante de duas opções difíceis e mutuamente excludentes. Elas dizem: “se a gente faz é culpado, se não faz, também! Então eu sempre penso no que vai ser melhor para o paciente”. Em sua percepção, qualquer opção feita não encontrará respaldo oficial da organização: “ninguém vai chegar para ti e dizer que tem que fazer isto. Ninguém. Mas se não fizer, o paciente vai ser prejudicado e quem vai ser responsabilizada somos nós”. Com pouco suporte de colegas, as chefias

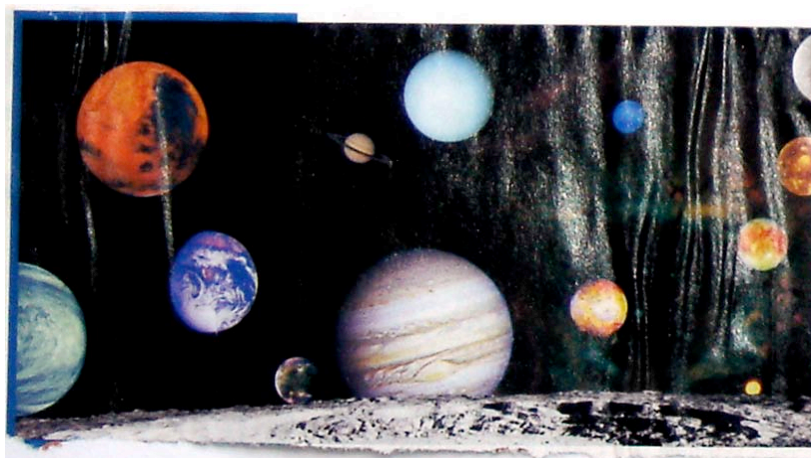
intermediárias encontram-se em uma zona de vulnerabilidade e experimentam medo e sentimento de culpa.

Algumas destas situações já estão naturalizadas no HC, sendo realizadas com um consentimento informal, instituído mas velado. Em uma entrevista questiona-se qual o sentimento diante dos riscos apresentados a cada decisão, ao que a chefia responde: “alguém tem que fazer o trabalho sujo!” (E1). No grupo, as chefias intermediárias discutem o tema e afirmam que “o sistema está burlado todos os dias”. Quando a situação impõe-se diante deles, o sofrimento mobilizado é intenso.

Desta forma, constata-se a presença da incerteza no cotidiano das chefias intermediárias do HC. À incerteza despertada pelo ato de decidir, soma-se a incerteza sobre como esta decisão será percebida, qual repercussão provocará, em especial no que diz respeito à maneira como a chefia será avaliada por sua decisão.

As chefias intermediárias ocupam um lugar de instabilidade no HC. Como dizem, “não são chefias, mas *estão* chefias”. À época da realização do grupo piloto, a mídia divulgou o rebaixamento de Plutão de sua condição de planeta. Esta situação tornou-se metáfora para os participantes expressarem sua “realidade”. A figura 10 ilustrou tal discussão.

**Figura 11: Estar chefia: uma condição sempre em revisão**



Fonte: Recorte de revista – Grupo Piloto

No caso do GENF esta condição é bem definida, visto que o mandato tem período estabelecido desde o princípio. Entretanto, para as chefias de serviço e seção da VPA, é uma questão sempre em aberto.



Esta inquietude surpreende, a princípio, se considerada a cultura do HC, que em sua relação com os funcionários assemelha-se aos modelos das empresas públicas. As chefias esclarecem, no entanto, que “não trabalham com a insegurança de serem rebaixadas, isso não é tão comum... o que muda é como anda a administração, com quem tu te dá... aquela coisa pessoal que a gente sabe que tem. Porque aqui é uma selva! Tem que ter jogo de cintura! O ano que vem [2008] tem eleição de novo para presidente. Tu não sabe quem vai ser teu chefe. Essa mudança de gestão também interfere” (E2).

Outra chefia complementa: “hoje eu sou, amanhã posso não ser... a cada quatro anos existe esta situação. Não dá para dizer que não tem, porque muda toda a estrutura, a administração e os cargos, tecnicamente fica à disposição. Pode ser mantido ou não. Cria uma insegurança neste período de eleição, embora o hospital seja muito menos político que outros órgãos. Existe também uma situação desses cargos intermediários de ficarem mais neutros [...]. A gente pode sair ou ter uma redução no âmbito de decisão. Eu já tive cobranças neste ponto. Já fui cobrado por acharem que eu tinha muito poder” (E8).

A apreensão por um possível desligamento do Hospital existe, mas é menos expressiva que o receio de ser “colocado na geladeira”. O sentimento acarretado por estar na “geladeira” depende “do quanto cada um se submete... mas saindo do Hospital não ganharia o que ganha aqui. Teve só uma pessoa que teve peito e saiu”. Como diz Bauman (2007, p. 13), no meio em que a exclusão é a regra, “só uns poucos mostrariam a coragem de saltar fora por vontade própria, sem serem empurrados”.

A preocupação de ser expulso de uma esfera de poder, seja pela função ou pelo espaço de atuação, remete à condição que Bauman (2008) denomina “síndrome do *Titanic*”. Segundo este autor, a vida contemporânea tem sido permeada pela inevitabilidade da exclusão, contra a qual todos estariam lutando. Ou, utilizando outra metáfora do mesmo autor, “a sociedade líquido-moderna é uma versão perniciosa do jogo das cadeiras, jogada para valer” (BAUMAN, 2007, p. 10).

Esta expressão é apropriada para a discussão sobre as mudanças que ocorrem no HC quando muda a Administração Central. As chefias intermediárias identificam que, por vezes, não são tomadas “decisões definitivas” com relação aos níveis gerenciais superiores, que “parecem ser vitalícios”, mas existe uma troca entre

os postos de trabalho. Os participantes expressam que “a questão de quem é chefe aqui passa por questões políticas. É uma coisa muito nojenta! Às vezes fazem novos lugares... e a pessoa fica circulando, ganhando muito bem e ninguém sabe fazendo o quê. Isto incomoda muito!”.

As relações também têm se constituído como caminhos que facilitam alguns processos, para todos. A imagem dos planetas (Figura 10) também elucida “a necessidade da harmonia, de ter presente que estamos em um sistema...”.

No HC, as chefias intermediárias constatam que é relevante estar “sintonizado no que acontece”, sendo que os modos de relacionamento constituem-se como o próprio trabalho, o que remete à noção de trabalho imaterial (LAZZARATO e NEGRI, 2001). Um dos participantes afirma que: “as pessoas com quem você convive e trabalha são seus colegas e você acaba criando uma simpatia ou antipatia. É da natureza humana. Só não pode deixar atrapalhar o profissionalismo ou as necessidades do trabalho. Mas aí não tem uma posição unilateral. Tem uma condição bilateral para poder negociar e às vezes não acontece” (E10).

A frustração vem quando não há co-responsabilidade. Sendo assim, quem faz, “leva sempre na cabeça”. À sobrecarga de trabalho soma-se a ausência de um reconhecimento pela atuação diferenciada: “quem faz ‘feijão com arroz’ ou quem faz ‘feijão, arroz, bife e sobremesa’ recebem a mesma coisa” (E2).

Estas frustrações associam-se e ampliam-se em um contexto em que há sobrecarga de trabalho. Uma chefia analisa: “eu vejo hoje no trabalho é uma ‘loucuragem’ em termos de resultados e nem sempre você tem os subsídios para fazer. E é humanamente impossível tu concretizar todas as demandas em tempo hábil” (E12). A hipersolicitação é uma característica da contemporaneidade e apresenta-se no HC levando as chefias intermediárias a se questionarem sobre a própria competência diante da vivência de não darem conta de tudo. As figuras 11 e 12, que aportam uma idéia de vertigem foram utilizadas na discussão sobre esta temática, associadas à fotografia 7.

**Figura 12: Aceleração do tempo**



Fonte: Recorte de revista – Grupo Piloto

**Figura 13: Hipersolicitação no trabalho**



Fonte: Recorte de revista – Grupo Piloto

**Fotografia 7: “O dia de 30 horas”**



Fonte: Fotografia de participante da pesquisa

A apresentação da fotografia ao grupo foi acompanhada por risos dos participantes, em concordância com o desejo expresso pela autora da imagem: “o dia

precisa ter mais horas para que a gente possa fazer tudo o que precisa”. A atual organização do trabalho mobiliza as chefias intermediárias para além da jornada de trabalho. As chefias afirmam que, com frequência e com relutância, levam trabalho para casa, seja em forma material ou sob a forma de preocupação, sendo comum o relato de perder o sono ou sonhar com questões referentes ao trabalho. Para amenizar esta situação, muitos recorrem ao uso de medicamentos. Esta prática, apesar de comum, revela o adoecimento dos sujeitos mediante um trabalho que, tal qual está organizado, apresenta poucas possibilidades de estabelecimento de estratégias mais efetivas para lidar com o sofrimento que lhe é inerente. Como já se disse, o trabalho em saúde tem sido considerado insalubre (PITTA, 1990), sendo as ocupações área avaliadas como de risco com relação a problemas mentais relacionados ao trabalho (JAQUES e CODO, 2003). No caso das chefias intermediárias, soma-se às características do trabalho em saúde as que são pertinentes à função. Ao ocupar um cargo de gerência intermediária, estão em posição mais vulnerável ao discurso da empresa, uma posição de maior isolamento (a cadeira da chefia) e de uma certa competição, restringindo a possibilidade de vínculos e redes de solidariedade.

A fotografia 7, ainda, contém o *slogan* de um banco e lembra as tecnologias de auto-atendimento e remetendo, no que diz respeito ao trabalho, à noção de auto-gestão. “É, 30 horas seria bom, mas a gente precisa fazer uma auto-avaliação... eu vejo que eu não consigo... se alguém vem me procurar, eu paro o que estou fazendo e vou falar com ela. Eu vejo que isto tem um lado positivo, mas ao mesmo tempo tem um lado negativo, porque dali a pouco estou com um monte de coisas... o tempo é uma coisa que eu preciso organizar, sinto esta necessidade. E as pessoas até já têm o hábito de ir chegando e falando, independente do que estou fazendo... mas agora estou me policiando” (PG10).

Neste mesmo sentido, um entrevistado lançou a idéia de que “tempo parado é tempo investido [em reflexão]. A gente pára pouco, talvez este seja um dos problemas das chefias, parar pouco... a gente deveria discutir as reais fontes dos problemas. A gente se envolve na rotina e acaba gerenciando pouco e aí falta o tempo que a gente precisa. É o tempo mal gerenciado” (E8).

A gestão de si é uma das habilidades requisitadas e que se instala como obrigatória no contexto da instabilidade. As chefias intermediárias têm sido

convidadas a não se considerarem mais como funcionários do Hospital, mas como sócios. Desta forma, todo seu potencial é requisitado e assim há um esforço “[...] em corresponder da melhor forma possível às expectativas da empresa, oferecendo a ela o melhor de si mesmo” (LIMA, 1995, p. 163). E é a si mesmos que passam a oferecer de acordo com a lógica demandada do trabalho imaterial.

Muitas fotografias apresentam a própria imagem das chefias intermediárias. “Sou eu. De crachá, de uniforme, que ocupo um lugar aqui, mas sou uma pessoa”; ou “o que se é como pessoa, o jeito de cada um conta muito”. Estas expressões manifestam o desejo de visibilização, revelando a importância do reconhecimento como trabalhadores e sujeitos, indissociáveis.

As experiências que têm fora do Hospital também refletem a atuação dentro do Hospital. É sobre isto que a fotografia 8 trata e possibilita verbalizar: “trago uma bagagem lá de fora, trago também as minhas experiências, eu tenho que fazer esta troca com o meio externo, onde busco conhecimento, tecnologia e procuro me melhorar como pessoa [...] se na tua vida pessoal, tomas boas decisões, na tua vida profissional, também vais tomar” (PG11).

**Fotografia 8: Uma mirada para fora do HC: indissociação trabalho / não-trabalho**



Fonte: Fotografia de participante da pesquisa

Neste mesmo sentido podem ser compreendidas as manifestações de chefias intermediárias em relação à psicoterapia e à necessidade de atividades de capacitação com abordagem psicológica. Tais manifestações se fazem acompanhar

de uma esperança: “lá [em cursos sobre liderança] eu vou aprender melhor quem eu sou, de que forma o mundo é e as coisas são para que eu possa fazer isto com maior tranquilidade” (E12). Ou ainda: “ser uma pessoa melhor”. Mobilizar-se para o trabalho é uma demanda constante que tem como matéria-prima e produto final o afeto, a confiança, a credibilidade, o conforto, a comunicação, todos típicos da condição de trabalho imaterial.

O trabalho das chefias intermediárias, como é possível notar, envolve a relação entre pessoas. Para as chefias intermediárias, estas relações se estabelecem menos com os usuários do Hospital e mais com os colegas, superiores e subordinados. Neste contexto, destaca-se a relação com os subordinados a quem precisam, segundo as novas propostas de gestão, “conquistar”.

Dando voz às chefias, elas manifestam que: “a AC quer que se tenha um grupo contente, mas ao mesmo tempo te dão as normas, de cima, que às vezes são muito pesadas, que precisam de uma certa rigidez para chegar naquele objetivo. Para a gente conseguir tem que ter todo um jogo de cintura...” (E12). Mas percebem que possuem influência sobre seus grupos de trabalho: “o meu grupo é muito bom, tem valores positivos, tem uma boa relação. Eu vejo que eles se relacionam muito com coisas que são do meu jeito mesmo” (E4).

“O jeito de cada um” aparece no produto de seu trabalho e nos seus espaços de trabalho, retratados em detalhes nas fotografias que o grupo produziu. É no micro-espço que marcam sua singularidade. São os quadros escolhidos, os objetos nas mesas, a disposição dos objetos no ambiente que explicitam crenças, afetos, ideologias, conforme pode-se observar na fotografia 9. A autora desta fotografia diz: “tirei a foto da minha mesa, que também tem objetos pessoais... a gente acaba fazendo daqui um pedacinho da nossa casa, nosso jeito de ser...” (PG9). A manutenção da privacidade e do cuidado deste espaço mostra-se relevante pois consideram que na organização, tomada em sua “imensidão”, “ninguém se importa em gastar um centavo com uma sala administrativa”, conforme manifestam no grupo.



**Fotografia 9: Nosso trabalho, nossa mesa, nossa casa**



Fonte: Fotografia de participante da pesquisa

As chefias intermediárias transferem um pouco de si ao trabalho ao mesmo tempo em que são afetadas intensamente pelas expectativas da organização, conformando os modos de ser das chefias intermediárias: “o jeito da pessoa interfere, mas tem como tu te lapidares para isto. Tem cursos formais, que são bons, mas o mais importante é o auto-conhecimento, que muitas vezes não entram nestes fóruns. Ao nos conhecer conseguimos nos controlar” (E12); “eu tenho que cuidar com meu jeito, que é muito incisivo e não é bem visto... estou aprendendo a contar até mil, tenho que dar uma risadinha...” (E6).

Conformar-se ao perfil esperado requer um aprendizado constante e também flexibilidade para mudar de acordo com a visão da AC e das diretrizes do momento. Porém isto implica também em abdicar alguns valores pessoais: “eu infringi uma parte que é minha... isso me incomoda um monte!” (PG6).

Neste sentido foi trazida pelo grupo a metáfora de matar um dragão ao dia para expressar como incorporam-se nos sujeitos, pelas afetações recíprocas, as determinações da organização referente aos modos de trabalhar: “fomos [chefias do Hospital] a um curso e nos disseram que até uma idade devemos matar um dragão por dia e depois ter outra maneira de viver. Acontece que de tanto matar os tais dragões, a gente acaba virando um!”.

Percebe-se, portanto, a presença e a potência de linhas e forças de determinação e contingência dos desejos (PASCHE, 2003). Os fluxos e caminhos vão sendo de certa forma determinados. Não com contornos intransponíveis, mas através de indicações sutis do traçado a seguir. A fotografia 10 indica esta noção e ilustra a afirmação de que “la empresa así no es un sitio sino una parábola, una trayectoria dibujada por los puntos de un recorrido” (Abraham<sup>6</sup> apud WITTKE, 2005, p. 154).

**Fotografia 10: Configurações e fluxos: caminhos a serem seguidos**



Fonte: Fotografia de participante da pesquisa

Na fotografia 10 observa-se um conjunto de sinais indicativos de percursos, a placa indicando a direção, o vigilante que permite ou não o acesso, a placa de proibido estacionar, os cones, a pintura do asfalto. Os sinalizadores na fotografia advertem o que fazer, o que não fazer, mas na prática profissional das chefias esses não são tão claros.

Contraopondo-se à prescrição dos sinalizadores, as chefias intermediárias também percebem que há na prática do trabalho situações inesperadas. A intenção inicial da autora da fotografia 11 ao mostrar uma árvore à noite era tornar visível as dificuldades que encontram no cotidiano de trabalho, porém o que se revelou foi o inesperado.

---

<sup>6</sup> ABRAHAM, T. **La empresa de vivir**. Buenos Aires: Sudamericana, 2000.



**Fotografia 11: A presença do imprevisível**



Fonte: Fotografia de participante da pesquisa

O efeito do *flash* no galho mais próximo produziu um efeito de claro e escuro / luz e sombra que, no entender de sua autora, deixou a fotografia mais significativa: “é assim mesmo, não há mesmo uma definição...”. De acordo com Bauman, citando Kundera<sup>7</sup>, “o ambiente de nossas vidas está envolto em neblina, não na escuridão total, na qual não veríamos qualquer coisa nem conseguiríamos nos mover” (BAUMAN, 2008, p. 19).

A visibilidade parcial pode ser traduzida para o cotidiano das chefias intermediárias do HC pela convivência com as imprevisibilidades características da organização hospitalar. Esta condição expõe o contraditório entre as demandas de controle e do alcance de metas definidos pela organização e as demandas que os surpreendem no dia-a-dia, impondo a flexibilidade nos modos de atuação. Especificamente neste sentido, o tempo para eles corre, na expressão de Sant’Anna (2005), em “conta-gotas”, suspenso entre uma e outra surpresa.

O trabalho das chefias intermediárias abre-se a diversas interfaces, configurando-o múltiplo, heterogêneo e interdependente. Neste contexto, a ambivalência é uma constante.

A atuação no Hospital realça esta vivência, mobilizando sentimentos que se ligam à vida de outros. Desta forma, identificam uma sensação de que estão sempre

---

<sup>7</sup> KUNDERA, Milan. **Les Testaments trahis**. Gallimard, 1990

em falta; no seu trabalho infundável nada parece estar se construindo. Esta situação refletiu-se no processo do grupo da pesquisa, quando as chefias interpelavam: “estamos te ajudando? Isto está sendo suficiente para o seu trabalho?”.

Neste sentido, a questão do reconhecimento mostra-se como essencial. Os participantes afirmam esta necessidade através de uma fotografia (Fotografia 12): “aqui é uma planta murcha... como elas, se a gente não regar, não cuidar todos os dias, a gente acaba morrendo dentro da instituição” (PG9).

**Fotografia 12: “Água e reconhecimento”: elementos essenciais**



Fonte: Fotografia de participante da pesquisa

Em geral, o trabalho das chefias intermediárias não tem sido reconhecido, segundo suas próprias considerações. O bom desempenho é entendido como obrigação e, enquanto esta tem sido cumprida, a chefia passa despercebida, invisibilizada. O corpo administrativo, conforme a análise de Cecílio (2002), é o mais silencioso dentro do hospital. Este silêncio compara-se ao silêncio da saúde. Canguilhem (2006) identifica que a vida e a saúde se dão no silêncio dos órgãos. Contudo, a doença se faz ouvir. Desta forma, as chefias rompem a barreira do silêncio e da invisibilidade quando alguma coisa dá errado. Este é um motivo de grande frustração.

As chefias intermediárias elencam uma série de dificuldades, que constituem insatisfações. Afirmam que a função de chefe exige maior dedicação e responsabilidade, o que os situa em posição de maior exposição e que a gratificação

salarial é pouco compensadora. Diante do questionamento, por que ser chefia?, surge o desabafo: “nosso dia-a-dia aqui dentro do Hospital não é fácil. A gente tem que ter uma força, como eu digo: ‘tirar lá do pé’... a gente sai triste daqui por não conseguir fazer muitas coisas... mas também saímos alegre com a sensação do dever cumprido, quando conseguimos realizar e ver os resultados acontecendo... ter o agradecimento das pessoas, a carinha deles...” (PG2).

As chefias intermediárias reconhecem que no Hospital têm a possibilidade de criar, identificam a abertura para novas possibilidades em um campo sempre em expansão. A função de chefia intermediária lhes possibilita conhecer melhor a realidade organizacional, ter um pouco mais de poder e, conseqüentemente, ter voz mais ativa, de forma a sentirem-se mais úteis. Conseguir implementar projetos de melhorias é vivido como sucesso. Além disto, gratificam-se quando se dão conta que estão deixando uma marca, fruto de seu trabalho. Esta gratificação potencializa-se se acompanhada do reconhecimento, sobretudo, de seus subordinados que, segundo os participantes, são as pessoas que estão mais próximas e com quem constituem, ou almejam constituir, um grupo.

Desta forma, constata-se que as chefias não se prendem em uma rede de determinações imutáveis, mas apresentam uma força criadora (PASCHE, 2003). Com isto é possível que o desejo se mova e produza outros modos de ser e viver no trabalho. A vivência da função de chefia intermediária se revela múltipla; a forma como cada chefia intermediária se “instala em sua cadeira” é muito particular, singularizando-a, e comporta tanto sofrimento como prazer.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da presente pesquisa originou-se a partir da busca pela autora por compreender o “não sabido” na realidade hospitalar, os modos de viver e dar sentido das chefias intermediárias. O estudo do hospital em geral, constituindo-se como uma organização singular em sua estrutura, bem como uma instituição produtora de modos de subjetivação, resultou alguns estranhamentos que possibilitaram aprendizagens, pela autora, em relação àquilo que lhe parecia ser demasiado familiar. Alguns destes estranhamentos passam a ser considerados a seguir.

As chefias intermediárias no HC não se constituem como um bloco homogêneo, mas como uma pluralidade em seus modos de trabalhar e de ser. A expressão de tal pluralidade advém da própria dinâmica dos serviços de saúde que, no HC, faz atuarem dois modos de gestão: público e privado.

Frente às atuais políticas de saúde, estes dois modos antagonizam a defesa do Sistema Único de Saúde e a tendência neoliberal de privatização da saúde, conformando as especificidades da função, as relações estabelecidas, os conflitos e a possibilidade de capacitação das chefias intermediárias.

A dinamização das políticas de saúde acarretou mudanças constantes no HC e coube à Administração Central o papel de propulsora da implementação de tendências nem sempre compreendidas ou experimentadas de modo tranquilo pelas chefias intermediárias, pela duplicidade da sua condição jurídica mista, na qual se travariam embates entre projetos inovadores e restrições legais; entre a avaliação de competências e a utilização de critérios políticos para designação de cargos e funções. A privatização da saúde associada ao lucro, não se sustenta nos discursos e práticas feitos no HC. A privatização vincula-se a uma “modernização administrativa” compreendida como necessária à sobrevivência do hospital-empresa.

As chefias intermediárias posicionaram-se de diferentes modos diante deste panorama. O modelo agrada àqueles que o consideram como um avanço, reflexo da modernidade, sinal de competência. E desagrada àqueles que o percebem como produtor de novas tensões e pressões a serem experimentadas diretamente no cotidiano do trabalho.

A percepção dos modos de trabalhar e ser das chefias intermediárias remete às influências, para além da abordagem ao macro, externa, às do espaço interno vinculadas à realidade das diferenciações nos sentidos produzidos a partir do lugar de chefia de unidade do GENF e chefias da VPA, seja seção ou serviço.

No geral, as chefias intermediárias do GENF têm uma visão mais restrita do Hospital porque focadas na assistência, em suas especialidades. Isto confere-lhes um lugar de adesão e de vínculos. Mostram-se mais permeáveis ao discurso da gestão central, caracterizando-se por maior adaptabilidade, menor resistência às proposições. Não há uma projeção de ser chefia, por esta razão é comum a percepção do transitório da função.

Na VPA, as chefias intermediárias em função da configuração de seus modos de trabalhar vêem o Hospital de modo mais amplo. Perpassam transversalmente as diferentes áreas, apresentando-se mais críticas à departamentalização, fundando vínculos pulverizados. Neste grupo a carreira é uma intenção, o que se traduz em relações mais competitivas e num maior interesse por participar das definições estratégicas.

A dinâmica que ilustra tensões cotidianas dos modos de trabalhar e de ser das chefias intermediárias diz respeito a um jogo de poder/saber que envolve antigo e novo, tradição e inovação, ditos e não ditos, que a intervenção fotográfica possibilitou visibilizar. Os contrastes luz e sombra, claro e escuro dão a entender que a compreensão dos fazeres hospitalar não têm o mesmo alcance para as chefias intermediárias em geral. A dicotomia aparente nos contrastes prevalece na condução do trabalho diário – atender muitos pacientes sem qualidade ou poucos com qualidade – na forma de dilema.

Desta forma, as chefias intermediárias são colocadas e colocam-se, metaforicamente, entre “a cruz e a espada”, entre o “o mar e o rochedo”. Vivenciam, assim, sentimentos de vulnerabilidade e ambivalências. A vulnerabilidade atrela-se

às decisões tomadas, pelo modo como podem vir a repercutir na assistência à saúde. Atrela-se, igualmente, à função exercida, não apenas pelo receio do rebaixamento concreto, mas também pelo que opera no plano simbólico do cerceamento da autonomia.

A ambivalência mostra-se presente o tempo todo. As dimensões que percorrem as atividades das chefias não são excludentes, mas interdependentes. O dilema, compreendido como “uma situação embaraçosa com duas saídas difíceis ou penosas”, tal como se encontra no Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, por sua vez, imputa alternativas do “ou isto, ou aquilo”, implicando escolhas e riscos. O dilema recorrente liga-se a situações assistenciais e envolve a prática da burla. Diante destas situações, a chefia vive a eminência de duas possibilidades antagônicas: ser pessoalmente reconhecido pela decisão tomada ou ter seu “CPF sob júdice”, expressão corriqueira que demonstra fragilização de si quando a ação não resulta o esperado. São nestas situações que se mostram, ao mesmo tempo, as potencialidades criativa e de sofrimento no trabalho das chefias intermediárias. Esta dinâmica não adota uma lógica temporal linear e seqüencial, apresentando-se como coexistente.

O dilema que resulta em burla associa-se à particularidade da gestão pública no HC, em seu objetivo de atender a qualquer custo. A não participação das chefias intermediárias em discussões macro-políticas inter-institucionais, HC – SUS, reforça a percepção da fragilidade de responsabilidades efetivas e a agudização de problemas resultantes. Desta forma, as chefias são levadas a situações limite, de intenso conflito, chegando, em certas ocasiões, a custear com recursos próprios o serviço prestado.

A condição intermediária das chefias em questão mostra que o jogo de forças principal não é o que se trava entre superiores e subordinados, na hierarquia formal. Nestas relações encontram-se porosidades por onde é possível circular. O “ensaduichamento” destas chefias intermediárias situa-se, como se viu, na coexistência das lógicas público e privada que perpassam todo seu saber-fazer. Ainda que a flexibilização da organização do trabalho não tenha se instalado – e não se sabe se chegará a instalar-se – ela se anuncia de tal forma que desestabiliza os modos conhecidos de se situar frente às demandas do trabalho. Sobretudo porque estas demandas passam a convocar, cada vez mais, a implicação de si.

O cotidiano das chefias intermediárias caracteriza-se como trabalho imaterial, através do qual “o jeito de cada um” torna-se instrumento de trabalho, que deve ser moldado pelas determinações e linhas de força contingenciadas pelo hospital. A subjetividade no trabalho é a própria essência que se coloca em movimento em nome da produção do serviço e de si. Tal qual apontado por Lazzarato e Negri (2001), o trabalho imaterial requer habilidades comunicativas, relacionais e organizativas pois se dá, sobretudo, em redes e fluxos. Esses aspectos da subjetividade a serviço do trabalho sustentam a difundida lógica da rentabilização de si.

As subjetividades em produção combinam linhas de influências de estar num hospital-escola com características de organização mista público-privada, as determinações da função de chefia intermediária e ainda às influências das características da sociedade contemporânea, marcada pela aceleração do tempo, pela fragilidade das relações e pelas incertezas, dentre outras. Os modos de trabalhar e ser das chefias intermediárias estão sob estas influências, que o caracterizam sem, no entanto, defini-los como uma totalidade homogênea. A dinâmica mesma da vida e do trabalho mobilizam e possibilitam forças de criação e resistência que permitem sua singularização.

Em relação aos procedimentos metodológicos adotados para esta pesquisa, cabe ressaltar a intervenção fotográfica a partir da qual produziram-se imagens e metáforas e provocaram outros olhares e sentidos entre os envolvidos no espaço grupal. Ao mesmo tempo em que os participantes do grupo retrataram recortes de sua realidade de trabalho, realizaram a retratação de si mesmos, autores das fotos e atores dos modos de atuação e das relações estabelecidas, re-significando seu trabalho.

Experiência que também repercutiu na autora pela (re)aproximação ao seu cotidiano de trabalho, também ele intermediário e de mediações constantes. Este reencontro possibilitou a produção de estranhamentos naquilo que era dado como o “óbvio”.

Tendo em vista a complexidade do tema e de suas múltiplas entradas, esta dissertação constituiu-se um olhar possível, datado, circunscrito à realidade de um hospital e conduzido pelas escolhas da autora. No processo contínuo de produção do conhecimento, esta pesquisa pretende somar-se a outras sobre trabalho, saúde e

subjetividade desenvolvidas neste mesmo hospital, como o estudo de Bianchessi (2006), que também dirigiu seus esforços à compreensão de parte do corpo administrativo.

Para estender e aprofundar a compreensão do tema sugere-se, a partir desta dissertação, o desenvolvimento de estudos comparativos sobre os modos de trabalhar e ser das chefias intermediárias em diferentes organizações, bem como estudos longitudinais no próprio HC ou em outros hospitais, ou ainda guiando-se por determinadas categorias como gênero; tempo; a singularização do micro-espço; outros profissionais, talvez os médicos; o movimento das chefias intermediárias entre ações estratégicas-táticas e operacionais no cotidiano; dentre tantas outras possibilidades.



## REFERÊNCIAS

- ACHUTTI, Luiz Eduardo Robinson. **Fotoetnografia da Biblioteca Jardim**. Porto Alegre: Editora da UFRGS/Tomo Editorial, 2004.
- ALMEIDA, Letícia Laurino. **Manda quem pode, obedece quem tem juízo: prazer e sofrimento psíquico em cargos de gerência**. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
- AZEVEDO, Creuza da Silva. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 02, n.7, p. 349-361. 2002.
- BARRENNE, María Etienne Irigoien; ZUNIGA, Fernando Vargas. **Competência profissional: manual de conceitos, métodos e aplicações no setor de saúde**. Rio de Janeiro: Editora SENAC Nacional, 2004.
- BARROS, Regina Benevides. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulina, 2007.
- BAUMAN, Zygmunt. **Medo Líquido**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 2008.
- \_\_\_\_\_. **Vida Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 2007.
- \_\_\_\_\_. **Vidas desperdiçadas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 2005
- \_\_\_\_\_. **Comunidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 2003.
- \_\_\_\_\_. **Globalização: conseqüências humanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1999.
- BIANCHESSI, Desirée Luzardo Cardozo. **Trabalho e subjetividade: reflexões sobre a diversidade do trabalho no hospital**. 2006. 132 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
- BRANT, Luiz Carlos; DIAS, Elizabeth da Costa. Trabalho e sofrimento em gestores de uma empresa pública em reestruturação. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 04, n.20, p. 942-949, jul./ago. 2004.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.
- \_\_\_\_\_. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 229-266
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2007. P.849- 859.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e poderes no hospital**. 4ª. Ed. Porto: Edições Afrontamento, 2005.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. 3ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MENDES, Taniella Carvalho. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e Sociedade**, v.13, n.2, p.39-55, mai./ago. 2004.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. (a) O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (orgs). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2ª. Ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 293-319.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. (b) Indicadores de avaliação de desempenho: um instrumento estratégico para administração gerencial de hospitais públicos. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (orgs). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2ª. Ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 373-385.

CHERCHIGLIA, Mariângela Leal; DALLARI, Sueli Gandolfi. Tempo de mudanças: sobrevivência de um hospital público. **RAE Eletrônica**, v.05, n.2, art.18, jul./dez. 2006.

DEJOURS, Christophe. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

\_\_\_\_\_. Prefácio. In: LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal (orgs). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2004, p. 15-21

DUBOIS, Philippe. **O ato fotográfico e outros ensaios**. 10ª. Ed. Campinas: Papirus, 2007.

DUSSAULT, Gilles. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p. 8-19, abr./jun. 1992.

ELIAS, Paulo Eduardo. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, v.18, n. 3, p. 41-46, 2004.

\_\_\_\_\_. O SUS e os hospitais. In: \_\_\_\_\_. **SUS**: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. Volume 1. São Paulo: Editora Ateneu, 2002. p. 211-231

FAINGLUZ, Jackes. **Competências gerenciais e os gestores hospitalares**. 2001. Dissertação (Mestrado em Administração). Programa de Pós-graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

FEUERWERKER, Laura. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.18, p. 489 – 506, set./dez. 2005.

FOUCAULT, Michel. O nascimento do hospital. In: \_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. 15ª. Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2000. p. 99-111.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1986.

GRISCI, Carmem Ligia Iochins. Trabalho Imaterial. In: CATTANI, David; HOLZMANN, Lorena (orgs). **Dicionário de Trabalho e Tecnologia**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006. p. 327-329.

GURGEL JUNIOR, Garibaldi Dantas; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n. 2, p. 325-334, 2002.

GUTSCHWAGER, Ralf. **Trabalho imaterial e hotelaria hospitalar**: o caso do hospital Mãe de Deus. 2007. 161 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

HARDT, Michael; NEGRI, Antonio. **Império**. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Record, 2005.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança social. 2ª. Edição. São Paulo: Edições Loyola, 1993.

HOSPITAL DE CLÍNICAS. **Relatório de Gestão**: 1984-1988. Porto Alegre, 1989.

\_\_\_\_\_. **Relatório de Gestão**: 1980-1984. Porto Alegre, 1985.

\_\_\_\_\_. **Relatório Anual**. Porto Alegre, 2006.

\_\_\_\_\_. **Relatório Anual**. Porto Alegre, 2004.

\_\_\_\_\_. **Relatório Anual**. Porto Alegre, 2000.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

JACQUES, Maria da Graça; CODO, Wanderley. Introdução: uma urgência, uma busca, uma ética. In: \_\_\_\_\_ (orgs.) **Saúde mental & trabalho: leituras**. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 17 – 28

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber**. Manual de metodologias da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal (orgs). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2004.

LAZZARATO, Maurício; NEGRI, Antonio. **Trabalho imaterial**: formas de vida e produção de subjetividade. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

LIEDCKE, Elida Rubini. Relações de trabalho. In: CATTANI, David; HOLZMANN, Lorena (orgs). **Dicionário de Trabalho e Tecnologia**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006. p. 242-244

LIMA, Maria Elizabeth Antunes. **Os equívocos da excelência**: as novas formas de sedução na empresa. Petrópolis: Vozes, 1995.

LIMA-GONÇALVES, Ernesto. Administração hospitalar: condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa. **RAE-eletrônica**, v.1, n. 2, Jul./Dez., 2002. 20p.

\_\_\_\_\_. Estrutura organizacional do hospital moderno. **RAE-eletrônica**, v. 38, n. 1, Jan./Mar.,1998. p. 80-90.

MACHADO, Sérgio Pinto; KUCHENBECKER, Ricardo. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2007 .

MAIR, Judith. **Chega de oba, oba!**: porque desempenho e disciplina rendem mais que inteligência emocional, espírito de equipe e *softskills*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

MAURENT, Vanessa. **A experiência de si no trabalho nas ruas através da fotocomposição**. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

Ministério da Saúde. Conceito de Saúde.  
[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico\\_det.php?co\\_topico=548&letra=S](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=548&letra=S)  
- acesso em dez./ 2007.

\_\_\_\_\_. **Termo de Referência a Qualidade Hospitalar**. Mimeo. 2007. 44p.

MINOTTO, Ricardo. **A estratégia em organizações hospitalares**. 2ª. Ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

MINTZBERG, Henry. Burocracia Profissional. In: \_\_\_\_\_. **Criando organizações eficazes**. 2ª. Ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003. p. 212-238.

NARDI, Henrique Caetano. **Ética, trabalho e subjetividade**: trajetória de vida no contexto das transformações do capitalismo contemporâneo. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.

NEGRI, Antonio. **Cinco lições sobre o império**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

PASCHE, Dário Frederico. **Gestão, subjetividade e saúde**. 2003. Doutorado (Saúde Coletiva). Departamento de Medicina Preventiva e Social. Universidade Estadual de Campinas. Campinas. 2003.

PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.) **Trabalho em saúde sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. P. 161 - 177

PELBART, Peter. **Vida capital**: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2003.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT; Annablume, 1998.

PITTA, Ana. **Hospital**: dor e morte como ofício. 3ª. Ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

PORTIER, Ana Carolina. Quão pós-modernos são os hospitais brasileiros? [200?].  
[http://clicsaude.locaweb.com.br/scripts/download.asp?arquivo=Art\\_Op\\_anapotier.pdf](http://clicsaude.locaweb.com.br/scripts/download.asp?arquivo=Art_Op_anapotier.pdf). Acesso em Dez./ 2007.

SÁ, Marilene de Castilhos. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.01, n.6, p. 151-164. 2001.

SANT'ANNA, Denise. **Corpos de passagem**: ensaios sobre a subjetividade contemporânea. 2ª. Ed. São Paulo: Estação Liberdade, 2005.

SANTOS, Naírio Aparecido A. Pereira. **O Trabalho do Administrador Hospitalar no Gerenciamento do Dia-a-Dia dos Hospitais Filantrópicos Gerais de Grande Porte no Estado do Rio Grande do Sul**. 1999. Dissertação (Mestrado em Administração). Mestrado Interinstitucional – Programa de Pós-graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Universidade de Caxias do Sul.

SENNETT, Richard. **A cultura do novo capitalismo**. Rio de Janeiro: Record, 2006.

\_\_\_\_\_. **A corrosão do caráter**. 7ª. Ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.

\_\_\_\_\_. **Autoridade**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SILVA, Ana Lúcia Abrahão da. **Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerência**. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, 2004.

SILVA, Cláudia Osório. **Vida de hospital**: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional da saúde. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Programa de pós-graduação em Medicina Social, Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, São Paulo, 2002.

\_\_\_\_\_. Trabalho e subjetividade no hospital geral. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.18, n.2, p. 26-33, 1998.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. A saúde coletiva e o modelo hegemônico: uma discussão. In: \_\_\_\_\_. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da Saúde Coletiva. Editora Hucitec: São Paulo, 1998. P. 111 – 126

STRANNEGÅRD, Lars. Sobre a foto da capa: “quase lá”. In: DAVEL, Eduardo; MELO, Marlene Catarina de Oliveira Lopes (orgs.). **Gerência em ação**: singularidades e dilemas do trabalho gerencial. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005. p.15-17

TIMM, Liana. Ima(r)gens. In: FONSECA, Tânia Mara Galli; KIRST, Patrícia Gomes (orgs.). **Cartografias e devires**: a construção do presente. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003. p. 164-175

TITTONI, Jaqueline; NARDI, Henrique Caetano. Subjetividade e trabalho. In: CATTANI, David; HOLZMANN, Lorena (orgs.). **Dicionário de Trabalho e Tecnologia**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006. p. 277-280.

TITTONI, Jaqueline; MAURENT, Vanessa. Imagens como estratégia metodológica em pesquisa: a fotocomposição e outros caminhos possíveis. **Psicologia & Sociedade**, v.19, n.3, p. 33-38, 2007.

WITTKÉ, Tommy. La empresa: nuevos modos de subjetivación en la organización del trabajo. In: SCHVARSTEIN, Leonardo; LEOPOLD, Luis (orgs.). **Trabajo e subjetividad**: entre lo existente y lo necesario. Buenos Aires: Paidós, 2005.

WOOD JR, Thomaz; PAULA, Ana Paula Paes de. **Pop-management**: pesquisa sobre as revistas populares de gestão no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 26, 2002, Salvador, *Anais...* Salvador: 2002. CD –ROM.

YIN, Robert. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

## ANEXO A

A construção da problemática: contribuições  
do grupo piloto

Figura 01: Cartaz "O que é ser gestor?" - subgrupo 01





Figura 02: Figura anexa ao cartaz do subgrupo 01



Quadro 01: Considerações do subgrupo 01 sobre seu cartaz e algumas pistas sobre o que é ser gestor hospitalar

IMAGENS	SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS PARTICIPANTES	ALGUMAS PISTAS
Figura 01	Nosso trabalho é um fluxo (setas) para lubrificar as estruturas. O líder deve servir sem ser servil.	Idéia do hospital visto como uma engrenagem
Figuras 02 e 03	Permitir às pessoas liberdade de ação mas com olhar atento.	Idéia do controle vigente
Figura 04	Conhecer e dominar as diferentes técnicas, lembrando as múltiplas jornadas e atividades. A imagem representa a pessoa no trabalho, mas com uma série de outras preocupações também mantendo boa relação interpessoal.	Idéia de hipersolicitação do trabalho; Indiferenciação do tempo de trabalho e vida privada; necessidade de mostrar-se com expressão de sucesso, mesmo diante das adversidades.
Figura 05	Trabalho com outras pessoas.	Idéia de médicas trabalhando; diferentes instâncias de poder no hospital.
Figura 06	Equilíbrio, pois andam sempre na corda bamba; exigência de flexibilidade.	Idéia de flexibilização de si diante das demandas que se apresentam.
Figura 07	Trabalham com processos, em que devem prestar atenção nas necessidades dos empregados e da empresa.	Idéia de comparação da gestão hospitalar com o trabalho fabril.
Figura 08	Juntando tudo isso que falaram,	Idéia de um funil que mistura tudo e todos. Precarização do trabalho na idéia de “ralo abaixo”.
Figura 09	...chegar ao resultado, colocar nossa bandeira (vitória = resultado)	Idéia de luta, guerra. Guerra sã (Dejours, 1999).
Imagem anexa ao cartaz: Linha de produção da Boeing para a GOL	Área grande de trabalho, alta complexidade e muitas equipes que precisam ser coordenadas; papel essencial do gestor. Figura mostra organização, cada coisa em seu lugar.	Texto da propaganda, para qual não fizeram comentários: “a Gol anuncia a chegada dos novos Boeing 737...” Boeing-avião = rapidez; novo, juventude, presente.



Figura 03: Cartaz "O que é ser gestor?" - subgrupo 02

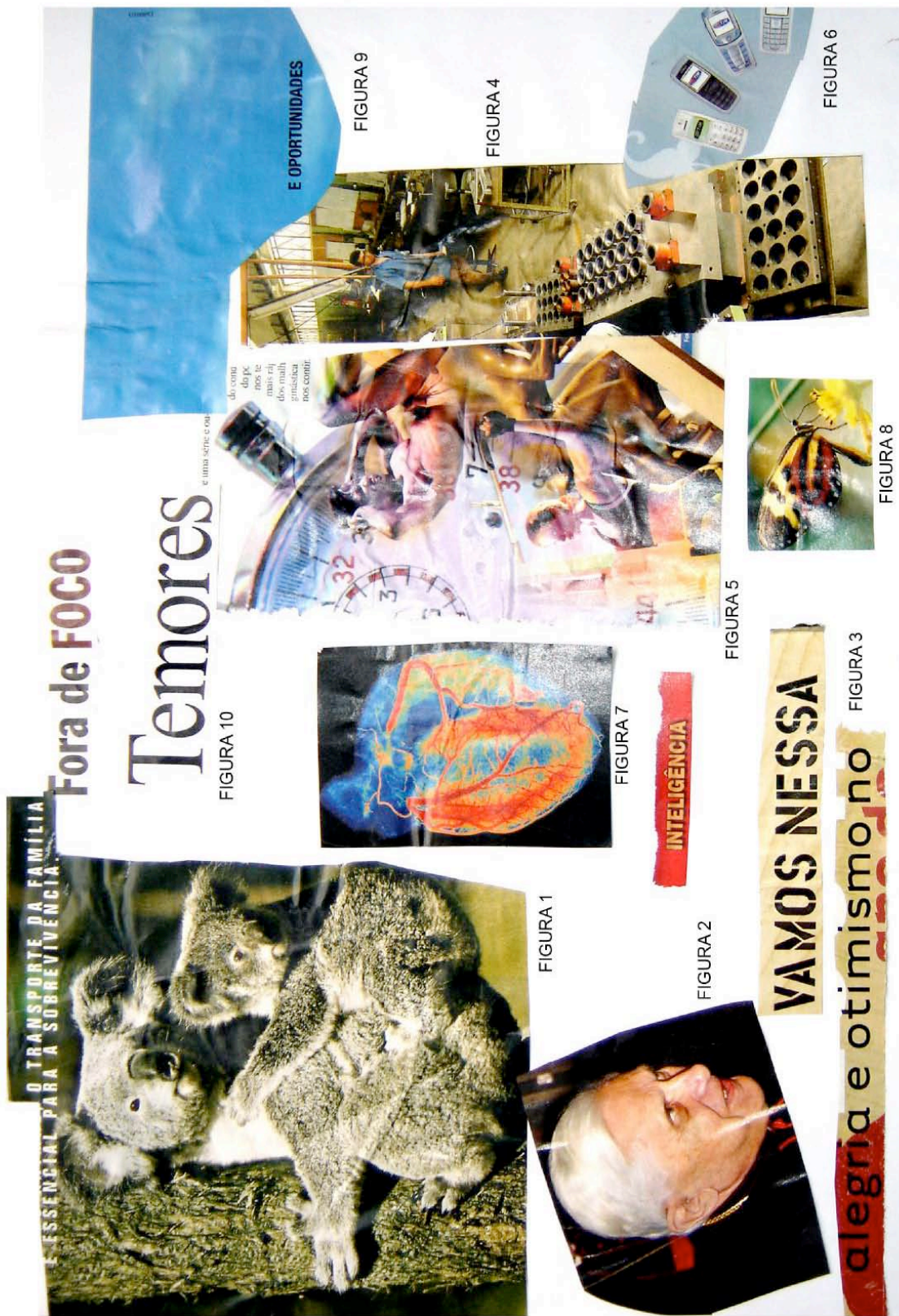


Figura 04: Figura anexa ao cartaz do subgrupo 02



Quadro 02: Considerações do subgrupo 02 sobre seu cartaz e algumas pistas sobre o que é ser gestor hospitalar

IMAGENS	SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS PARTICIPANTES	ALGUMAS PISTAS
Figura 01	A equipe é como uma família. Não é nossa família, mas como se fosse. Nosso papel de gestor, líder é o de transporte. Levar de um lugar para outro, para situações melhores.	Idéia de solidariedade
Figura 02	Representa a igreja. É um símbolo, só de vê-lo já associa a área.	Idéia de religiosidade no ambiente hospitalar. Representação e ser modelo de uma área.
Figura 03	Gestor deve motivar, incentivar os funcionários.	Idéia de disseminação de um discurso da gestão.
Figuras 04 e 05	... mas com inteligência, porque todo mundo tem uma produção para dar conta, correr contra o tempo.	Idéia da gestão do tempo. Controle, velocidade, aceleração.
Figuras 06 e 07	A liderança requer comunicação, mas tem um lado humano (por isso o coração no centro), até mesmo por trabalharmos em hospital.	Idéia de lembrança da condição humana no trabalho.
Figuras 08, 09 e 10	Aspecto do transporte, como transformação – de larva a borboletas: o líder deve inspirar, levar a um céu de oportunidades! Mas para isso é preciso ter foco.	Idéia de fragilidade na produção de si. Temor como uma possibilidade que se coloca fora do foco da gestão.
Figura anexa ao cartaz: pessoas interconectadas	O mundo é pequeno. Destacaram algumas palavras que remetem ao gestor: pessoas, países, resultados, envolvimento, amigos, mensagens. “O papel das lideranças profissionais - estar sempre disposto, saber ouvir.”	Idéia de que “estamos todos interconectados mesmo que distantes”. Modos de relacionamento.



Figura 05: Cartaz "O que é ser gestor?" - subgrupo 03



Quadro 03: Considerações do subgrupo 03 sobre seu cartaz e algumas pistas sobre o que é ser gestor hospitalar

IMAGENS	SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS PARTICIPANTES	ALGUMAS PISTAS
Figura 01	Gestor como regente - regência, harmonia e equilíbrio de forma a propiciar bom ambiente de trabalho. O líder é o intermediário, primeiro deve assimilar as decisões que vêm de cima para depois repassá-las para o pessoal, “pois não adianta jogar para o grupo sem a gente acreditar naquilo, que eles não vão fazer”.	Idéia de dilemas vividos na gestão intermediária: ter que buscar adesão da equipe para questões que nem sempre acreditam.
Figura 02	Saber ouvir	Idéia de escuta intermediária, não direta.
Figura 03	Harmonia, interferências recíprocas	Idéia de instabilidade na posição de gestor intermediário uma vez que à época discutia-se amplamente o “rebaixamento” de Plutão da condição de planeta.
Figura 04	Credibilidade: interna (na equipe) e externa (na organização)	Idéia de credibilidade como trabalho imaterial.
Figura 05	Cada um tem suas potencialidades (diferenças entre os membros do grupo). Saber lidar com diferentes tipos de pessoas, assumir diferentes papéis.	Idéia de que em se tratando de gestão intermediária cada gestor saberia onde lhe “apertam os sapatos”.
Figura 06	O resultado do trabalho está incompleto.	Idéia de sucesso/fracasso na gestão intermediária.

Figura 06: Cartaz "O que é ser gestor?" - subgrupo 04





Quadro 04: Considerações do subgrupo 04 sobre seu cartaz e algumas pistas sobre o que é ser gestor hospitalar

IMAGENS	SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS PARTICIPANTES	ALGUMAS PISTAS
Figura 01	Consideram o trabalho do gestor como uma obra de arte, como um dom. Pequena discordância entre a dupla, por um lado noção de que já se nasce com este “dom”, que pode ser aperfeiçoado, por outro lado, afirmação de que é algo que se aprende.	Idéia das implicações da formação nos modos de gestão intermediária.
Figura 02	O trabalho também é solitário, pois por mais que tenha a equipe, existem decisões que devem tomar sozinhos.	Idéia de sofrimento na gestão intermediária.
Figura 03	Função exige flexibilidade	Idéia de flexibilidade de si diante das demandas que se apresentam
Figura 04	Muitas vezes gera preocupações	Idéia de sofrimento na gestão intermediária.
Figura 05	Mas também tem coisas boas, confraternizações.	Idéia de prazer na gestão intermediária.
Figuras 06 e 07	O gestor também deve saber ouvir e é algo que proporciona o crescimento. Envolve atualização constante de toda equipe; realização do planejamento estratégico e aprender novos modelos de gestão.	Idéia das implicações da formação nos modos de gestão intermediária.
Figura 08	Representa sucessão: temos que preparar quem vai nos substituir, tanto nas férias quanto em licenças ou mudança de cargo, mesmo. “Estamos gestores”. Um dos participantes comenta que este cartaz e o “cosmos” do cartaz anterior fizeram ele pensar que tem vários fatores externos que interferem, que existem mudanças que não estão ao alcance deles. Chamando a atenção para os bolsistas, afirma que na faculdade aprendem uma série de coisas e que depois, na prática, fica muito difícil aplicar. Os outros concordam com ele, mas afirmam que devem lidar com isto, têm que estar preparados e a equipe precisa confiar que o que eles fazem é o melhor possível naquela hora. Precisam ganhar o respeito e a confiança do grupo.	Idéia de como se caracterizam os modos de gestão praticados pelos gestores intermediários.
Figura 09	Atuam para um objetivo maior, que é a equipe, o bem-estar. O relacionamento com o grupo é construído através da parceria, respeito autonomia e do auto-conhecimento que o líder tem de si.	Idéia do trabalho imaterial

Figura 07: Cartaz "O que é ser gestor?" - subgrupo 05



Quadro 05: Considerações do subgrupo 05 sobre seu cartaz e algumas pistas sobre o que é ser gestor hospitalar

IMAGENS	SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS PARTICIPANTES	ALGUMAS PISTAS
Figura 01	O trabalho para ser bem feito precisa ser feito em equipe	Idéia de sucesso/fracasso, de como se caracterizam os modos de gestão praticados pelos gestores intermediários.
Figura 02	O gestor deve estar ali para gerenciar conflitos.	Idéia de sucesso/fracasso, de como se caracterizam os modos de gestão praticados pelos gestores intermediários.
Figuras 03 e 04	O caminho tem sido assim. “Não é fácil! Gerenciar é dirigir no escuro, é sempre cheio de surpresas”. Estão sempre correndo, pois vivem com prazos.	Idéia das implicações do tempo na gestão intermediária do hospital. Imprevisibilidades.
Figura 05	E, para quem está há muitos anos, percebe a mudança que agora tem mais liberdade. Alguém diz que leu que Fidel retornaria à presidência. Eles respondem que é o simbólico, que a ditadura já não tem mais espaço. Que agora, como em uma fala do vice-presidente sobre o plano de saúde, eles não devem ser mais colaboradores, mas “sócios do hospital”.	Idéia de como os gestores intermediários concebem a gestão na saúde.
Figura 06	Falam sobre o que fizeram no passado pode ser bom para cada um, sua história... mas o que interessa é o presente, é o agora! “Quem vive de passado é museu!” Devem apresentar bons resultados agora. (Relatam também que agora o “melhor” é ficar trocando de empresas... quase que eles têm vergonha de dizer que estão há mais de 20 anos no mesmo local de trabalho... quem é assim, segundo eles, é visto como acomodado, que não quis crescer!)	Idéia das inquietações que a prática da gestão intermediária produz. Modos de subjetivação/subjetividade.

## ANEXO B

Convite às chefias intermediárias para  
participação na pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO



Prezados senhores e senhoras:

Conforme apresentado em reunião geral (realizada no GENF em 31/05/2007 e na VPA no dia 19/06/2007), encaminho a vocês o convite para participação na pesquisa para dissertação de mestrado “**Gestão, subjetividade e trabalho em saúde: o gestor intermediário hospitalar em foco**”.

Convido vocês, gestores intermediários do HCPA (chefias de Serviço e Seção da VPA e as chefias de Unidade do GENF), a participarem de um grupo, que se encontrará conforme cronograma abaixo, para debater este relevante tema.

Nº ENCONTRO	DATA	LOCAL	HORÁRIO
01	29/06/2007 - sexta-feira	Sala 1132	8h – 9h30min
02	06/07/2007 - sexta-feira	Sala 1132	8h – 9h30min
03	13/07/2007 - sexta-feira	Sala 732	8h – 9h30min
04	20/07/2007 - sexta-feira	Sala 1132	14h – 15h30min
05	27/07/2007 - sexta-feira	Sala 1132	14h – 15h30min
06	03/08/2007 - sexta-feira	Sala 1132	14h – 15h30min
07	10/08/2007 - sexta-feira	Sala 1132	8h – 9h30min
08	17/08/2007 - sexta-feira	Sala 1132	8h – 9h30min

A impossibilidade de comparecimento em um ou dois encontros não inviabiliza sua participação no grupo. É importante salientar que este é um convite, sendo voluntária a participação.

Segue em anexo o termo de consentimento informado, no qual apresenta-se um resumo da proposta de pesquisa, bem como aspectos referentes ao método de coleta de dados e do compromisso a ser estabelecido entre pesquisadora e participantes.

Para participar do grupo, basta responder a esta mensagem, que automaticamente realizarei a inscrição dos interessados.

Desde já agradeço a atenção e a colaboração, colocando-me à disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente,

Lílian Weber  
(Psicóloga - CGP)

## ANEXO C

### Termo de Consentimento Informado

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**  
**Escola de Administração**  
**Programa de Pós-Graduação em Administração – Mestrado**

Projeto de pesquisa: Gestão, subjetividade e trabalho em saúde: o gestor intermediário hospitalar em foco

Pesquisadora: Lílian Weber

Orientação: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carmem Ligia Iochins Grisci

---

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

A presente pesquisa visa compreender as inter-relações entre trabalho e subjetividade na vivência de gestores intermediários hospitalar. Compreende-se que existem algumas especificidades que abarcam este cargo, por sua posição intermediária, e outras particularidades que estão vinculadas ao ambiente de trabalho, o hospital.

Para tanto, será analisado como os gestores intermediários de um hospital-escola público vivenciam e dão sentido às suas experiências de gestão no cotidiano de trabalho. De forma mais específica, serão verificadas quais situações são vivenciadas como de “sucesso” e de “fracasso” no cotidiano de trabalho e os dilemas com os quais se deparam na prática laboral cotidiana. Além disto, para entender o contexto atual, será realizado um percurso pela história do hospital; será delineado o perfil dos gestores intermediários que ali trabalham, bem como serão examinados os conteúdos das capacitações oferecidas aos gestores na última década. E, por fim, será analisada a relação do trabalho dos gestores neste hospital com o sistema de saúde.

Através desta pesquisa, busca-se contribuir para a produção de conhecimento a respeito da subjetividade produzida no contexto laboral e sobre a gestão das organizações de saúde, em geral, e sobre o gestor intermediário hospitalar, em particular.

Os procedimentos previstos para a coleta de dados incluem entrevistas individuais e trabalho em grupo, que serão gravado em fitas de áudio, a serem destruídas após a sua transcrição, como forma de garantir o sigilo de informações e identidades.

Firma-se aqui, ainda, o compromisso de divulgar os resultados da pesquisa, após sua conclusão, em uma apresentação ao grupo de participantes e demais interessados ou de forma escrita.

A partir destes esclarecimentos, eu, \_\_\_\_\_, me disponho a participar voluntariamente desta pesquisa. Fui informado(a) de seus objetivos e dos procedimentos previstos para sua realização, e que tanto a entrevista individual quanto o trabalho de grupo serão gravados em fita de áudio e posteriormente transcritos. Estou ciente, ainda, de que os dados serão divulgados de forma a não me identificar pessoalmente (caráter sigiloso).

Informo que todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que, a qualquer momento, poderei solicitar novos esclarecimentos, bem como pedir meu afastamento da pesquisa, através de contato com a pesquisadora responsável, Lílian Weber, pelo e-mail: [lweber@hcpa.ufrgs.br](mailto:lweber@hcpa.ufrgs.br).

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Lílian Weber  
Pesquisadora