



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ANDRÉA RODRIGUES PASSOS

**PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE
A ALTA GESTÃO HOSPITALAR**

**SALVADOR
2009**

ANDRÉA RODRIGUES PASSOS

**PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE
A ALTA GESTÃO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra, área de concentração: “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”. Linha de Pesquisa: Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Enêde Andrade da Cruz

**SALVADOR
2009**

ANDRÉA RODRIGUES PASSOS

PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE A ALTA GESTÃO HOSPITALAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra, área de concentração Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Aprovada em 14 de Abril de 2009

COMISSÃO EXAMINADORA

Enêde Andrade da Cruz _____

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Creuza Maria Brito Queiroz _____

Doutora em Saúde Pública, Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Vera Lúcia Peixoto Mendes _____

Doutora em Administração e Professora da Universidade Federal da Bahia

Angela Tamiko Sato Tahara _____

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Dedico este trabalho a meu pai *in memoriam*, a minha mãe Isaurina, a meus filhos Bernardo e Breno, ao marido Cândido, aos meus irmãos e irmãs em especial a Adriana, e os sobrinhos queridos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, agradeço pela vida e energia que me impulsiona a lutar para atingir meus objetivos, pelas oportunidades que surgem, por minha família e pessoas que amo, e por mais esta conquista!

Agradeço à professora Enêde Andrade da Cruz pela amizade, pela experiência e conhecimentos científicos, companheirismo, e, acima de tudo, por acreditar na minha capacidade, possibilitando o desenvolvimento deste estudo, sem a qual não seria possível a sua conclusão. Por ter acompanhado e contribuído com sugestões que colaboraram para a organização, direcionamento e conclusão do estudo. Também agradeço pelas palavras de incentivo que ajudaram a driblar obstáculos superados.

À professora Vera Lúcia Peixoto Mendes e ao professor Gastão Wagner de Souza Campos pelas leituras e correções realizadas durante essa construção, por sua humildade e atenção dadas desde o ano de 2006, quando solicitadas apenas algumas sugestões, e ainda estava como aluna especial na disciplina planejamento em saúde.

A todos os professores do Programa de pós-graduação em Enfermagem, pelas contribuições, pela amizade, pela disponibilidade e auxílio em todos os momentos em que precisei.

Agradeço em especial a Rita Veloso e Iranete pela colaboração nos trabalhos, troca de conhecimentos, convívio e amizade, meu muito obrigado pela contribuição em minha formação.

Aos funcionários da escola de enfermagem, pela amizade e constante auxílio prestados – Ivan, Cláudia e Mônica.

A CAPES, pela viabilização financeira, no primeiro ano de estudo, mediante concessão de uma bolsa de pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem, por oportunizar o aprimoramento de minha formação profissional.

Aos meus filhos Bernardo e Breno, ao marido Cândido pela força e tolerância nos dias que precisei estar ausente para elaboração e conclusão deste trabalho.

Muito Obrigada!

RESUMO

PASSOS, Andréa Rodrigues. **Percepção da equipe de saúde sobre a alta gestão hospitalar** 2009. 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

O objetivo desta pesquisa é analisar a percepção da equipe de saúde sobre a gestão da alta administração de uma organização hospitalar, de modo a contribuir para superar as dificuldades mediante a adoção de práticas gerenciais participativas e mais propícias à participação dos trabalhadores. A pesquisa de campo foi realizada em uma unidade hospitalar de um município do interior da Bahia, utilizando como instrumento de coleta de dados um roteiro de entrevista estruturada. Os sujeitos da pesquisa foram 24 membros da equipe da referida organização hospitalar. Para análise dos resultados foi utilizada a frequência absoluta e relativa de unidades temáticas e a análise de conteúdo, considerando as similaridades de informação ou tema relativo às diversas unidades de análise, às quais foram atribuídas a frequência absoluta e relativa. Os resultados evidenciaram a percepção da equipe de saúde, sobre a gestão da alta administração da organização escolhida, através de cinco categorias e vinte e oito subcategorias, que, de acordo com as crenças e visões dos entrevistados, assim foram denominadas. Os resultados revelam que prevalece nessa organização um modelo de gestão autocrática, com foco na gestão centralizada e poder centrado na alta administração. Quanto aos requisitos necessários para subsidiar essa gestão, prevalecem necessidade de espaço propício a interação que comunga com o modelo de gestão, denotando redução no atendimento dessa demanda. Na dimensão ontológica, existe a crença de que a segurança e identificação com a gestão podem se dar através da capacitação e participação de todos os indivíduos envolvidos e a necessidade reconhecer a valorização pessoal dos trabalhadores. Dentre os fatores intervenientes os limitantes se destacam, e em especial os recursos humanos e financeiros que limitam as demais condições necessárias à gestão. Por último, a valorização da gestão existente e a concepção de gestão em mudança expressa a crença na possibilidade de mudança dessa realidade e transformação do modelo de gestão atualmente aplicado.

Palavras chaves: Hospitais, Administração, Pessoal da área médica, Percepção.

ABSTRACT

PASSOS, Andréa Rodrigues. **Perception of health staff on high hospital management.** 2009. 121 f. Dissertation (Master's degree in Nursing) - School of Nursing, Federal University of the Bahia, Salvador.

This is an exploratory and descriptive study of quantitative and qualitative nature that shows the perception of the health group towards the organizational management of a hospital unit, based on the theoretical framework of perception and management. This enables research on group phenomena in an organizational environment through explanations and scientific methods that allow capturing the perception of subjects towards a particular object in a time and place. It aimed to examine the perception of the health group towards the senior management of a hospital organization, to help overcome the difficulties by means of adopting participatory management practices and contribute more opportunities for the participation of workers. The fieldwork was performed in a hospital unity of a city in the interior of Bahia, using as an instrument a script for a structured interview, consisting of two parts: identification data which refer to sociodemographic variables and open questions on the perception of management. As research subjects, we had 24 members of the health group of a hospital organization in a city in the interior of the state of Bahia. For the analysis of the results, the absolute and relative frequency of thematic units and content analysis were used, considering the concept of theme, consisting of subject, object and predicate. As a result of the perception of the health group towards management, five categories and twenty-eight subcategories were identified, which, according to the beliefs and prospects of the respondents, were in order of importance the requirements for management, following the ontological size, in the sequence and concept of management, the intervening factors in management and finally the valorization of management. It is worth noting that a model of autocratic management prevails in this organization, with focus on centralized management and absolute power by senior management. The requirements necessary to support this management prevail over the space and interaction that is shared with the management model, showing a reduction in serving this demand. In the ontological dimension exists the belief that the security and identification with the management can be established through training and participation. Among the intervening factors, the limiting factors stand out, especially human resources. Finally, the valorization of existing management expresses a belief in the possibility to change this reality and the transformation of the currently applied management model.

Key Words: Hospital, Administration, Medical staff of the air, Perception.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Diagrama 1 – Síntese da evolução histórica da Escola da Administração Científica à Teoria das organizações	31
Diagrama 2 – Síntese do Plano de análise	50
Diagrama 3 – Concepção da gestão de uma organização hospitalar em uma cidade do interior da Bahia, segundo participantes da pesquisa	54
Diagrama 4 – Requisitos necessários à gestão de uma organização hospitalar em uma cidade do interior da Bahia, segundo sujeitos da pesquisa	55
Diagrama 5 – Valorização da gestão de uma organização hospitalar em uma cidade do interior da Bahia, segundo os depoentes da pesquisa	56
Diagrama 6 – Dimensão ontológica sobre a gestão de uma organização hospitalar em uma cidade do interior da Bahia, segundo participantes da pesquisa	56
Diagrama 7 – Fatores intervenientes da gestão de um hospital do interior da Bahia, segundo entrevistados da pesquisa	57
Diagrama 8 – Síntese da análise da categoria - Requisitos Necessários	68
Diagrama 9 – Síntese da análise da categoria - Dimensão Ontológica	70
Diagrama 10 – Síntese da análise da categoria - Concepção da Gestão	72
Diagrama 11 – Síntese da análise da categoria - Fatores Intervenientes	74
Diagrama 12 – Síntese da análise da categoria 3 - Valorização da Gestão	75

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Perfil dos informantes da pesquisa, segundo as variáveis sociodemográficas, Bahia – 2008	59
Quadro 2 – Distribuição das categorias e subcategorias da percepção da equipe de saúde sobre a alta administração de uma organização hospitalar de um hospital do interior da Bahia	62
Quadro 3 – Distribuição de Unidades de Análise Temática das Subcategorias da Categoria 1 - Concepção da Gestão de uma organização hospitalar do interior da Bahia, segundo informantes da pesquisa	113
Quadro 4 – Distribuição de Unidades de Análise Temática das Subcategorias da Categoria 2 - Requisitos Necessários à gestão de uma organização hospitalar, segundo informantes da pesquisa	114
Quadro 5 – Distribuição de Unidades de Análise Temática das Subcategorias da Categoria 3 - Valorização da Gestão de uma organização hospitalar do interior do Estado da Bahia, segundo depoentes da pesquisa	117
Quadro 6 – Distribuição de Unidades de Análise Temática das Subcategorias da Categoria 4 – Dimensão ontológica da gestão de uma organização hospitalar do interior da Bahia, segundo entrevistados da pesquisa	117
Quadro 7 – Distribuição de Unidades de Análise Temática das Subcategorias da Categoria 5 - Fatores Intervenientes da gestão de uma organização hospitalar, de um hospital do interior do Estado da Bahia, segundo informantes da pesquisa	119

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos dados referentes à capacitação profissional da saúde de uma organização hospitalar do interior da Bahia, segundo os informantes, Bahia, 2008	60
Tabela 2 – Distribuição das frequências das unidades de análise das subcategorias da categoria Requisitos Necessários, Bahia, 2008	66
Tabela 3 – Distribuição das frequências das unidades de análise das subcategorias da categoria, Dimensão Ontológica, Bahia, 2008	69
Tabela 4 – Distribuição das frequências das unidades de análise das subcategorias da categoria Concepção da Gestão, Bahia, 2008	71
Tabela 5 – Distribuição das frequências das unidades de análise das subcategorias da categoria Fatores Intervenientes, Bahia, 2008.	73
Tabela 6 – Distribuição das frequências das unidades de análise das subcategorias da categoria Valorização da Gestão, Bahia, 2008	75

LISTA DE SIGLAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CG - Conceção da Gestão

CGam - Conceção da Gestão amadora

CGau - Conceção da Gestão autocrática

CGem - Conceção da Gestão em mudança

CGtr - Conceção da Gestão tradicional

DO - Dimensão Ontológica

DOca - Dimensão Ontológica capacitação

DOex - Dimensão Ontológica expectativa

DOpa – Dimensão Ontológica participação

DOvp – Dimensão Ontológica valorização profissional

FI – Fatores Intervenientes

FIfa – Fatores Intervenientes facilitadores

FIfi – Fatores Intervenientes recursos financeiros

FIli – Fatores Intervenientes limitantes

FImt – Fatores Intervenientes limitantes recursos materiais e tecnológicos

FIpo – Fatores Intervenientes limitantes políticos

FIrh – Fatores Intervenientes limitantes recursos humanos

HUPES – Hospital Universitário Professor Edgar Santos

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OS - Organizações Sociais

OSCIP – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Privado

PAB – Programa de Atenção Básica

PACS – Programa Agente Comunitário de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

PPI – Programação Pactuada e Integrada

RN – Requisitos Necessários

RNa – Requisitos Necessários à alta administração

RNat – Requisitos Necessários à alta administração amor ao trabalho

RNca - Requisitos Necessários à alta administração capacitação

RNco – Requisitos Necessários à equipe de saúde conhecimento
RNac – Requisitos Necessários à alta administração acompanhamento.
RNct – Requisitos Necessários à alta administração condições de trabalho
RNei – Requisitos Necessários à alta administração espaço à interação
RNeie – Requisitos Necessários à alta administração espaço à interação existente.
RNeii – Requisitos Necessários à alta administração espaço à interação inexistente.
RNes – Requisitos Necessários à equipe de saúde
RNex – Requisitos Necessários à equipe de saúde experiência
RNor – Requisitos Necessários à alta administração organização
RNpa - Requisitos Necessários à alta administração participação
RNpae - Requisitos Necessários à alta administração participação existente
RNpai - Requisitos Necessários à alta administração participação inexistente
RNta - Requisitos Necessários à alta administração transparência administrativa.
VG - Valorização da gestão
VGe - Valorização da gestão existente
VGi - Valorização da gestão inexistente

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 EVOLUÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA NO BRASIL E TRAJETÓRIA DA TEORIA DAS ORGANIZAÇÕES	22
2.2 ASPECTOS HISTÓRICOS E FILOSÓFICOS DA PERCEPÇÃO	30
2.3 PERCEPÇÃO E GESTÃO NO TRABALHO	35
2.4 CONSTRUÇÃO DA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE A GESTÃO DA ALTA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR	38
3 PERCURSO METODOLÓGICO	40
3.1 TIPOS DE ESTUDO	40
3.2 <i>LÓCUS</i> DA PESQUISA	42
3.3 POPULAÇÃO ALVO/SUJEITOS DA PESQUISA	44
3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	44
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	46
3.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	47
3.7 TRATAMENTO DOS DADOS	48
4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57
4.1 IMPORTÂNCIA DA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE A ALTA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR	60
4.2 PERCEPÇÃO SOBRE A GESTÃO DA ALTA ADMINISTRAÇÃO DE UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR	75
4.2.1 1ª Categoria - Concepção da gestão da alta administração de um hospital	76
4.2.2 2ª Categoria - Requisitos Necessários à gestão da organização hospitalar	81
4.2.3 3ª Categoria - Valorização da gestão de uma organização hospitalar	90
4.2.4 4ª Categoria – Dimensão Ontológica da gestão hospitalar	91
4.2.4 5ª Categoria – Fatores Intervenientes da gestão hospitalar	95
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS	103
APÊNDICE A – Instrumento para entrevista	108
APÊNDICE B – Carta ao Comitê de Ética	109
APÊNDICE C – Termo de consentimento	110
APÊNDICE D – Agrupando categorias	112
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética da Universidade Federal da Bahia	119
ANEXO B – Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos	120
ANEXO C – Carta para coleta de dados	121

Biblioteca Central Reitor Macêdo Costa - UFBA

P289 Passos, Andréa Rodrigues.
Percepção da equipe de saúde sobre a alta gestão hospitalar/
Andréa Rodrigues Passos. - 2009.

121 f. : il.

Inclui anexos.

Orientadora: Prof^a Dr^a Enêde Andrade da Cruz.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, Salvador, 2009.

1. Hospitais - Administração. 2. Hospitais - Bahia - Administração - Estudo de casos. 3. Pessoal da área médica - Pesquisa. 4. Análise organizacional. I. Cruz, Enêde Andrade da. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. III. Título.

CDD - 376.33

1 INTRODUÇÃO

Ao acompanhar a gestão da alta administração de uma organização hospitalar desde o ano de 2004 até maio de 2008 pude compreender que, no dia a dia, criamos laços e compromissos com a gestão organizacional e com todos os responsáveis por fazê-la acontecer. Desse modo, mediante a aproximação com uma determinada organização, interessamo-nos por conhecer a percepção da equipe de saúde sobre a referida gestão, no sentido de ressaltar sua contribuição para o contexto em estudo.

Durante essa experiência profissional como responsável pelo serviço de enfermagem, na referida organização, hospital do Estado da Bahia, foram observadas dificuldades no que se refere à gestão organizacional da alta administração¹, refletidas nas ações dos trabalhadores.

Essas dificuldades, em princípio, foram expressas por meio da insatisfação e indisposição dos trabalhadores no desenvolvimento de suas atividades, o que era demonstrado mediante uma relação com limitada interação entre trabalhadores e usuários, caracterizada por um fazer mecanizado, no sentido de apenas cumprir tarefas (CAMPOS, 2007).

Pude perceber também, nesses anos, na gestão do serviço de enfermagem, que a disponibilidade a sugestões e o apoio às necessidades do serviço apontadas pela equipe de saúde, tais como gestos, expressões, atitudes e emoções transmitidas pela mesma, de fatos coletivos relevantes, já sabidos e conhecidos que são observados e podem ser comprovados, não foram suficientes, nem ajustados aos aspectos individuais e coletivos da gestão organizacional.

Dessa forma, o modo de cumprimento das tarefas por parte dos trabalhadores permite perceber uma insatisfação que pode estar relacionada com o tipo de gestão adotada pelo Hospital. Destacamos ainda que existe reduzido cumprimento das obrigações trabalhistas, com os encargos sociais, com a própria capacitação dos trabalhadores e reduzida interação entre gestor e trabalhadores, o que pode estar conduzindo-os, muitas vezes, a limitações do interesse no desenvolvimento das atividades e na realização sistematizada dos objetivos da organização, o que conseqüentemente pode contribuir para reduzir a qualidade do serviço.

Tomamos como definição de qualidade do serviço de saúde a defendida por Donabedian (1992 *apud* NOGUEIRA, 1994) que considera sete pilares: o da eficácia, da eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

¹ Neste estudo, alta administração e alta gestão têm o mesmo significado.

Nesse sentido, a eficácia refere-se ao resultado do cuidado prestado da melhor maneira possível; a eficiência depende do processo relacionado a duas medidas: eficazes e efetivas, dentre as quais, vale considerar a de menor custo e maior benefício; a efetividade constitui o resultado do cuidado positivo obtido na situação real; a otimização considera o cuidado relativo aos custos adequado na visão do paciente; a aceitabilidade considera o quanto o cuidado foi adaptado e atinge as expectativas e valores do paciente; a legitimidade é a aceitabilidade da comunidade e a equidade é o que é justo na distribuição dos cuidados e benefícios prestados (NOGUEIRA, 1994).

De acordo com Mendes (2002), a introdução de um sistema de gestão pela qualidade total em serviços de saúde implica considerarem-se suas especificidades, e seu processo administrativo que pode ter características repetitivas, rotineiras de um processo assistencial com instabilidades provenientes de situações vivenciadas e demandas dos usuários.

Assim, é responsabilidade da alta administração o uso de recursos de forma adequada para atingir a qualidade e objetivos sociais comuns, num contínuo processo de tomada de decisão, fundamentado na análise de problemas com aquisição de recursos para a sua solução e controle de forma efetiva (NOGUEIRA, 1994). Para que isso seja alcançado, devem-se utilizar normas, regulamentos e rotinas que orientam o processo de trabalho, além do conhecimento sobre o que pensam os trabalhadores sobre a gestão. Desse modo, a organização pode garantir uma programação sistematizada das ações de saúde prevenindo queixas e insatisfações, quer sejam dos trabalhadores ou dos usuários.

Sabe-se que a equipe de saúde constitui todos os profissionais da saúde inseridos na organização hospitalar vista como um todo, envolvendo mente e corpo, pois consideramos cada indivíduo como único e possuindo valores próprios, mesmo que quando inseridos em um contexto organizacional.

No contexto do estudo empírico deste trabalho, convém salientar que os usuários utilizam-se até da rádio comunitária local para expressarem as suas insatisfações, com queixas diretas às pessoas responsáveis pela gestão da organização prestadora de serviços de saúde, o que, em consequência, pode desencadear redução da credibilidade, não só do serviço prestado pela organização, como também da auto-estima da maioria dos trabalhadores. Desse modo, a imagem, tanto da organização como dos trabalhadores, pode ser atingida.

A organização deve ser “entendida como uma rede de tomada de decisões, que envolve a combinação de recursos e capacidades que garantam a qualidade das ações e serviços prestados” (MOTTA, 2006, p. 14). O sucesso dessa rede depende da articulação de fatores estruturais e comportamentais e da informação que circula entre as pessoas.

Essa organização, até o ano de 2004, apresentava uma estrutura organizacional rígida e hierarquizada. A coordenação de enfermagem era responsável pelos assuntos relacionados à assistência de enfermagem e à profissão, gerenciando todas as atividades técnicas e administrativas da enfermagem realizadas no hospital.

Dessa forma, o processo decisório estava centralizado no topo da hierarquia, tornando grande parte das decisões incoerente com a realidade dos setores de trabalho. Na época, era percebido certo autoritarismo na tomada de decisões. Evidenciava-se ainda uma comunicação verticalizada e muito formal, que ocorria de forma descendente, cujas ordens vinham da alta direção para os trabalhadores.

As informações relevantes ao processo decisório no sentido ascendente na maioria se perdiam ou eram equivocadas. A comunicação chegava atrasada, causando demora na tomada de decisão e distorções nas informações. Associado a isso, a administração de enfermagem voltava-se, basicamente, para o controle das tarefas realizadas pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, tendo apenas uma enfermeira na coordenação. Esta ocupava cargos de chefia e controle, apresentando característica voltada para a Gerência Clássica, centralizando as ações do gerente na supervisão e controle das atividades desenvolvidas (SPAGNOL; FERRAZ, 2002).

Apesar das contribuições que o modelo clássico de gerência trouxe para a organização do trabalho na área hospitalar, a experiência profissional da autora, associada ao conhecimento da literatura consultada, revelou que a estrutura organizacional do serviço de enfermagem do Hospital e o estilo clássico de gestão desenvolvido produziram efeitos negativos que prejudicam a agilidade, a operacionalização e a participação dos trabalhadores no processo de trabalho.

Neste sentido, Motta (2006) refere que estudiosos da área da administração chamam a atenção que, nos últimos anos, o modelo clássico de gestão não tem respondido adequadamente às necessidades das organizações do futuro, pois estamos vivendo em um mundo caracterizado por mudanças, instabilidades e incertezas decorrentes da globalização e da velocidade das transformações.

Partindo dessas reflexões e fazendo parte de uma organização, ressaltamos que é impossível não se estabelecer uma visão prévia da situação, na qual se encontram carências financeiras, técnicas, administrativas e éticas, além da ausência de transparência na gestão e articulação entre gestores e trabalhadores da organização hospitalar, elementos essenciais para a compreensão e prestação de um serviço de saúde de qualidade.

Na busca pela qualidade faz-se necessário perceber as prioridades e as articulações

imprescindíveis para alcançar as metas propostas pela organização, considerando-se a participação dos atores que fazem parte dela, pois se acredita que o reconhecimento e valorização da percepção desses profissionais sobre a gestão podem permitir uma relação positiva e empática entre esses atores e usuários externos e assim melhorará sua satisfação e qualidade do serviço.

Na filosofia ocidental a percepção é concebida como sensação nocional ou mental, como uma atividade ou ato de natureza psíquica que inclui algum elemento intelectual ou nocional.

Nessa realidade pode-se distinguir a percepção da sensação, nas quais os filósofos ressaltam que pode haver sensação sem percepção, mas não pode haver percepção sem sensação. Na origem do conhecimento estabelecem-se as relações entre sentidos, conceitos e noções. Mas, nas filosofias antigas e medievais, foram discutidos aspectos da natureza da percepção, do como e do que se percebe (MORA, 1998).

Concordamos com Gadamer (1990) quando se refere ao conhecimento, vez que este, na medida em que é produzido, muda num contínuo da história e de novas experiências, transformando as perspectivas a seu respeito.

Essas considerações são indispensáveis à compreensão das ideias e construções do que é interpretada pela vivência dos sujeitos e transmitida pela linguagem. Assim, a análise de um contexto, por meio da percepção dos trabalhadores que contemplem esse foco, possibilita duas principais interpretações: uma pelo surgimento de um novo esboço de interpretação que deverá ser testado pelo pesquisador, a partir de sua experiência, e a outra pela modificação da realidade.

Eco (2005) refere que a interpretação, por ser indefinida, pode ser a forma de decifrar um texto como um mundo ou um mundo como um texto e este podendo ser um universo aberto para que o intérprete descubra infinitas inter-relações.

Esse conhecimento, anteriormente construído durante anos, aliado aos pressupostos do intérprete sobre a realidade a ser estudada, permite o que Gadamer (1990) chama de juízos prévios, idéias, suposições. Dessa forma, cada interpretação ocorre à luz da experiência que muda com o passar dos tempos e as perspectivas humanas que se transformam aumentando o conhecimento sobre a experiência vivenciada, podendo ser transmitida por meio da linguagem.

A definição de experiência, nesse momento, está norteadada numa abordagem histórica, a qual considera cada situação vivida, que pode ser negativa, pois encerra uma contradição entre o pensamento e a realidade na qual é vivenciada a experiência, pois experiente é aquele

que vivenciou determinada situação, entretanto só o imprevisto gera algo novo, demonstrando que o perito não é o que melhor sabe, mas o que se mantém aberto ao novo, ao não dogmático, isso significa dizer que ninguém vivencia a mesma experiência da mesma forma mais de uma vez (GADAMER, 1990).

A vivência relacionada à percepção, como concebe Mora (1998), refere-se ao que se apreende pelos sentidos, considerando-se as experiências de vida prévia. Dessa forma, concordamos com a percepção a qual está relacionada à capacidade inteligível, cognitiva do sujeito, considerando seu mundo externo e interno e suas vivências no local onde trabalha.

O ser genuinamente experiente é aquele que reconhece seus limites e a insegurança da previsão de um projeto. Inseridos em uma organização devemos perceber nossos limites pelo que é proposto, percebendo-nos no mundo e em uma posição na história da organização. Os trabalhadores mediante a sua percepção também contribuem no curso da realidade a ser continuamente transformada (GADAMER, 1990).

Seguindo esse pensamento, a percepção dos trabalhadores, expressa na linguagem, pode estar subordinada a uma determinada autoridade, e pode constituir-se em fonte de prejuízos, ou até de verdades, o que foi desconsiderado pelo movimento iluminista. Desse modo, a percepção poderá ser submetida pelo poder dos gestores que estão hierarquicamente numa escala de destaque na organização. Assim, de acordo com o mesmo autor, pode ocorrer uma relação contrária entre fé na autoridade e uso da razão.

Nessa linha, considerando a utilização da razão, a pessoa ou o próprio trabalhador pode utilizar como base seu olhar ontológico, na busca de compreender o ser aí, no seu em si mesmo, considerando suas vivências e experiências, as quais propiciam melhor compreensão daquele(s) que administra(m) e sua relação com a equipe de saúde, relação mútua. Assim, existe a possibilidade de viver uma condição mais humana e holística, para se realizar ou sentir-se insatisfeito, a partir da percepção da gestão organizacional. Dessa forma, voltar-se para a própria percepção sobre a gestão e sua realidade, a partir da reflexão crítica da autoridade, permite a compreensão do por que o superior pode dar ordens e possui mais saber, mais visão, e conseqüentemente, contribuir como um exemplo de pensar a liberdade e razão (GADAMER, 1990).

Coadunando com o autor acima, acreditamos que a equipe de saúde, considerando-a independente de suas determinações particulares, e do que possibilita suas múltiplas existências, como a experiências em diversos espaços, que, segundo Abbagnano (2007), constitui a vivência de liberdade ou não e da razão, pode contribuir com sua percepção, no seu

ambiente de trabalho, e com a gestão e possibilitar melhorias nas suas práticas e consequentemente na qualidade do serviço de forma coletiva.

Ainda, o mesmo autor destaca que se apoiou na tradição, defendida pelo romantismo, em que estabelece uma interface entre a autoridade e a tradição e esta aparece opondo-se à liberdade na autodeterminação, uma vez que não está relacionada a uma motivação racional, mas é determinista e não problematizada. Na concepção romântica da tradição, não se aceita crítica ou dúvida, pois a razão surge como o pensar à condição de vida, o novo.

Desse modo, observa-se que, de acordo com o mesmo autor, a mais autêntica tradição, mais venerada, constituiu-se da persistência e passa a ser aceita e cultivada. A gestão tradicional, autocrática, em determinada realidade é estabelecida dessa forma. Assim, passou-se a considerá-la como fazendo parte da história e aceita sem críticas, e pode parecer percebida como liberdade. Mas o novo surge em um dado momento como projeto sustentado pela razão, contudo, ancorado na tradição, nasce dela. Assim, a dimensão ontológica, neste estudo, possibilita uma análise preliminar deflagradora de novas abordagens de estudo.

A essa tradição pode-se alicerçar o aprisionamento da vontade e a expropriação da possibilidade de governar da maioria, o comando e o controle, supõem concentração de poder que outrora fora hegemônico e ainda não está vencido totalmente. Nesse cenário, além de existir compra da força de trabalho, exige-se dos trabalhadores a renúncia de desejos e interesses que estarão substituídos por objetivos e normas (CAMPOS, 2007).

Sobre o comando e o controle, considerando quem manda, Ribeiro (1998) refere que é preciso não permitir que nos retirem as opções, reduzam a liberdade humana, impedindo a plena realização dos potenciais e de escolhas. Dessa forma, é preciso atentar às possíveis imposições de verdades incontestáveis pelos que se encontram em situação claramente melhor que a nossa. Assim, quem manda está em vantagem, é mais bem servido dentro da sociedade.

Assim, segundo o autor acima, quem manda aborda aspectos da tecnocracia, o que interfere na representatividade democrática, na qual quem manda precisa confiar naquele que detém o conhecimento para decidir, o que, de certo modo, interfere na gestão. Acrescenta ainda que a ciência e a tecnologia são inerentes ao ser humano, e quando potencialmente ideológicas, tornam-se políticas, e de interesse daqueles a quem podem afetar. Dessa forma, a ciência e a tecnologia devem ser postas sobre a supervisão da coletividade.

Nesse sentido, é necessário atentar para os interesses dos trabalhadores, que podem participar da gestão, observando que o científico e o tecnológico podem interferir em sua realidade local, o que possibilita uma alienação real que é expressa pela separação concreta e cotidiana daqueles que produzem a gestão dos serviços, dos que produzem o resultado do

trabalho. Esse processo pode estar ocorrendo de forma a impossibilitar a participação dos sujeitos que fazem parte da organização, no processo decisório. Isentos da propriedade da organização são destituídos de autonomia e estão submetidos ao controle no âmbito formal de poder onde se inclui a autonomia (CAMPOS, 2007).

Mas essa autonomia, considerando suas limitações, que possuem e, pela impossibilidade de mudarmos em curto prazo a realidade de trabalho no qual estamos inseridos, surge expressa na percepção daqueles que trabalham sob determinado estilo de gestão e constitui um espaço participativo para que evoluam as relações entre quem comanda e os comandados, no qual todos os elementos podem estar envolvidos.

Campos (2007) refere que a gestão participativa, em relação ao trabalhador e ao trabalho, vai além de pensar aspectos para assegurar o sustento material, mas entrelaçado com a formação das pessoas e sua rede de relações com a equipe, organização e sociedade. Argumenta ainda que a gestão democrática participativa por meio da co-gestão constitui um eixo fortalecedor do anti-taylorismo mediante a aplicabilidade do método que denominou Método da Roda, como uma nova lógica para distribuir poder, como um modo inovador de funcionamento das organizações.

Esse autor reforça que o método de gestão participativo de co-gestão depende da construção ampliada do que chama capacidade de direção, que consiste em habilidade e força para compor consensos, alianças, construir e executar projetos, aptidão que deve ser socializada, pois co-governar é tarefa que pertence a todos os membros de uma equipe (CAMPOS, 2007).

Nessa gestão participativa, a análise da percepção dos trabalhadores sobre a gestão pode contribuir para que aconteça melhoria do processo de gestão, no sentido de ressaltar os aspectos subjetivos relacionados ao modelo de gestão da organização e ao papel dos gestores.

Entretanto, não prescinde da vontade política e condições de movimentar sujeitos e organizações, um transformando o outro, pois envolve reforma na educação moral e ética, bem como criação de normas e leis que sustentem a proposta de revisão da missão dessa organização (CAMPOS, 2007).

Impossibilitada em deter-me nos diversos problemas existentes na gestão de organizações, limitar-me-ei à percepção da equipe de saúde sobre a gestão do hospital onde trabalha para compreender a influência sobre as ações de saúde realizadas pelos mesmos aos usuários e a contribuir para a gestão a partir de quem trabalha e sua interação com os gerentes.

Diante do exposto, delimita-se como objeto de estudo: a percepção da equipe de saúde sobre a gestão organizacional da alta administração de um hospital filantrópico do Estado da Bahia.

Partimos do pressuposto que as adoções de práticas gerenciais mais participativas podem contribuir para superar as percepções negativas sobre o gerenciamento na área hospitalar e conseqüentemente melhorar a qualidade da gestão.

Desse modo, questionamos: como a equipe de saúde percebe a gestão da alta administração de uma organização hospitalar, onde desenvolvem suas atividades profissionais?

Para responder a esta questão traçamos como objetivo geral:

- Analisar a percepção da equipe de saúde sobre a gestão da alta administração de uma organização hospitalar, de modo a contribuir para superar as dificuldades mediante a adoção de práticas gerenciais participativas e mais propícias à participação dos trabalhadores.

Objetivos específicos:

a) Identificar a partir da percepção do trabalhador o tipo de gestão da alta administração da organização hospitalar;

b) Descrever fatores da gestão organizacional que interferem no desenvolvimento das ações da equipe de saúde da organização hospitalar;

c) Descrever a forma de participação da equipe de saúde na gestão da organização hospitalar em estudo.

A partir do pressuposto e interpretação sobre a percepção da equipe de saúde a respeito da gestão da alta administração de uma organização, acredito que este estudo pode possibilitar apresentar diversas relevâncias, dentre as quais destaco as seguintes: a científica, que pode ser entendida como uma etapa de integração do conhecimento empírico gerado pela percepção e o científico, sobre os aspectos da subjetividade, dentre os elementos da equipe que possibilitam a melhoria da qualidade do serviço; a educativa e social, pois ressalta não só a relação entre os elementos da equipe de saúde como a possibilidade de participação, desses elementos na função acadêmica para configuração subjetiva e importante dos papéis profissionais; a profissional, pois apresenta através da dimensão ontológica as crenças dos diversos elementos da equipe que dão sentido e fundamentam sua percepção frente às diversas formas de viver o cotidiano, nas diferentes áreas.

Nesse sentido, esperamos que o resultado do estudo da percepção da equipe de saúde no que se refere à gestão da alta administração à qual estão submetidos, possa contribuir para o conhecimento científico, como base de aprimoramento para o crescimento humano e evolução de desafios no enfrentamento de aspectos referentes às relações no trabalho, no que se refere à gerência e trabalhadores. Os resultados do presente estudo visam ainda a melhoria da qualidade da assistência prestada à comunidade, ao possibilitar que a organização reveja o

seu estilo gerencial, contribuindo e possibilitando uma melhor interação entre gestor e trabalhador, trabalhador e trabalhador, e resultando em uma assistência hospitalar pública de melhor qualidade e mais humanizada.

Desse modo, procura-se contribuir para estreitar a ligação entre a filosofia e a administração hospitalar de uma forma inovadora, evitando perder o rigor metodológico.

A partir dessas reflexões sobre a percepção, procuraremos contribuir com a realidade local, a relação dos trabalhadores e gestores, à luz do referencial teórico da gestão participativa e co-gestão, partilhada entre os componentes da organização como uma forma de melhorar suas relações e da percepção.

Este trabalho se organiza tratando primeiro da evolução do modelo de gestão no serviço hospitalar de saúde no Brasil desde a década de 30, dos aspectos históricos e filosóficos da percepção como fenômeno capaz de mobilizar forças e a sua relação com a gestão no ambiente organizacional, seguido do percurso metodológico, análise e discussão dos resultados e considerações finais com possíveis recomendações.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 EVOLUÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA NO BRASIL E TRAJETÓRIA DA TEORIA DAS ORGANIZAÇÕES

Na gestão pública dos serviços de saúde no Brasil, predominou em 1930 o modelo patrimonial, em que as elites burocráticas eram mantidas pelo patrimônio do Estado (CARNEIRO JUNIOR, 2006).

Consideramos que a gestão constitui a capacidade da organização de elaborar projetos e padrões internos, sua política e instrumentos legais observadas a própria condição técnica e administrativa que envolve pessoas, materiais, recursos financeiros e a logística, articulando e mobilizando alianças e recursos diversos que assegurem o alcance de objetivos comuns e melhoria das ações de saúde (GUIMARÃES *et al.*, 2004).

Dessa perspectiva, a burocracia foi construída pelos egressos da aristocracia, com saber jurídico-formal e com a realização da função pública para interesses privados, nos quais a preocupação com a profissionalização da função pública, inclusão de grupos sociais mais pobres e padronização de normas.

O modelo de gestão burocrático surgiu entre os séculos XIX e XX, primeiro na Inglaterra, França e Estados Unidos. É muito citado como modelo burocrático weberiano, pois foi Max Weber o primeiro a escrever sobre uma estrutura organizacional burocrática.

A gestão burocrática, ao contrário da patrimonial, caracterizava-se por:

- separar o público e o privado, para evitar a interferência dos interesses privados sobre o público.
- formalizar as regras e rotinas previamente definidas.
- possuir estrutura hierárquica e verticalizada.
- selecionar os funcionários de forma meritocrática.
- considerar a especialização profissional como critério para promoção e profissionalização da carreira administrativa.
- basear-se no controle legal para avaliar a ação administrativa, separação entre saber técnico e legitimidade política.
- despreocupação com custos e otimização, com o processo de democratização e reflexos na ação do governo (PÓ; ABRUCIO, 2006).

De acordo com esses autores, foram contribuições da burocracia: a racionalização da

ação administrativa, a precisão de cargos e dos processos operacionais, com definição dos limites de responsabilidade, em cada função, continuidades administrativas, diferenciando Estado de Governo e a retirada dos princípios patrimonialistas de poder.

Essa substituição de patrimonial para burocrática profissional foi importante para o desenvolvimento dos países durante o século XX (PÓ; ABRUCIO, 2006).

Por último, o Brasil adotou, em 1995, o modelo gerencial com foco no novo gerencialismo, incorporando mecanismos como controle de resultados, o estabelecimento de metas pela administração direta e indireta e entre organizações terceirizadas através do contrato de gestão.

A adoção do novo gerencialismo pelo governo foi em torno de um consenso em relação à crise do modelo burocrático consolidado, por ser este ineficiente e ineficaz, no que se refere aos procedimentos administrativos, e pela inexistência de tecnologia adequada, além do seu descompasso com o desenvolvimento econômico e social atual. Isso motivou a busca por alteração na forma da administração burocrática estatal (RIBEIRO, 2003).

Também influenciaram na mudança da adoção da teoria burocrática e do novo gerencialismo à globalização da economia mudanças culturais e sociais, envelhecimento da população, inserção da mulher no mercado de trabalho, aumento da escolaridade média, urbanização e as transformações tecnológicas nesse processo, que exigiram políticas estatais de melhor qualidade (PÓ; ABRUCIO, 2006).

Ainda segundo esses autores, nos anos 90, no auge da reforma administrativa na América Latina e principalmente no Brasil, o modelo de gestão pública tomou como princípio organizacional a participação do cidadão e das organizações da sociedade civil principalmente em nível local, surgia a descentralização, transparência na gestão, característica da nova gestão pública.

Nessa perspectiva, na gestão pública em saúde, para melhor aplicar as regulamentações do SUS, é preciso romper com o modelo hegemônico estruturado desse sistema no País há várias décadas, baseado na cura através das internações hospitalares, que desfavorece o firmamento de políticas sociais, inviabiliza superação de desigualdades para reafirmar a saúde como direito de cidadania. Dessa forma, a organização hospitalar e a atenção básica precisam estar articuladas para atender na totalidade as necessidades do usuário.

Vale mencionarmos que nos anos 90 o país estava tomado por políticas de abertura da economia. A preocupação estava na estabilização da moeda, privatização de empresas

estatais, reformas institucionais com vistas à redução do Estado e de seu quadro de funcionários, reforma da previdência.

Paralelo a tudo isso, aconteciam mudanças nas relações do trabalho, elevação do segmento informal e desregulamentação do mercado. Assim, o inscrito na Constituição de 1988 segue contra as tendências hegemônicas dessa época (NORONHA, 2004).

Em 1995, o Plano Diretor de Reforma do Estado, elaborado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado, decidiu por mudanças no padrão de financiamento do setor público.

Foram criados modelos organizacionais e institucionais voltados para a descentralização, publicização, privatização e terceirização de serviços. Neste modelo, a gestão e o planejamento deveriam ser flexibilizados e voltados para resultados, com uso de tecnologia de informação e comunicação e profissionalização das carreiras estratégicas de Estado (RIBEIRO, 2003).

Nesse sentido, para que o Estado tivesse maior autonomia e flexibilidade, surgiram alternativas jurídicas, tais como Organizações Sociais (OS), Organizações das Sociedades Civis de Interesse Públicos (OSCIP), e ainda a terceirização direta da gestão de atividades definidas como públicas não-estatais, são elas a saúde, educação e cultura, conforme o Plano Diretor de Reforma do Estado. Adotou-se então o modelo da administração pública gerencial em substituição ao modelo burocrático de gestão.

Em meio a essas mudanças no setor saúde, já ocorre o repasse de recursos financeiros com base na população local e de forma direta, do Fundo Nacional da Saúde para os Estaduais e Municipais (RIBEIRO, 2003). Assim, nos anos 90, as discussões dos gestores foram tomadas pelo repensar os paradigmas gerenciais que seriam utilizados nos serviços de saúde, considerando suas especificidades. Na construção da saúde como política de Estado aparecem propostas que fazem referência ao espaço do processo organizacional da saúde na construção de políticas para esse setor.

Se por um lado acredita-se na dificuldade de gestão dos recursos públicos, capacidade administrativa, por outro é apontado o financiamento como responsável pela determinação da capacidade de gestão dos diversos programas e conseqüente atendimento do cidadão conforme os princípios brasileiros da integralidade, resolutividade e controle social, dentre outros descritos na Constituição de 1988.

Nessa realidade estudada, os trabalhadores demonstram insatisfação com a gestão que, segundo os mesmos, se assemelhava a uma gestão autocrática, na qual valorizava-se a produção conforme o modelo taylorista por muito tempo, passando para uma gestão mais

flexibilizada a partir de 2004, com mudança das coordenações de serviço.

Interessa dizer que Spagnol (2004) aborda alguns aspectos teóricos relacionados à estrutura organizacional, com foco no trabalho do Serviço de Enfermagem presente na maioria dos hospitais. Evidenciou através da literatura que algumas organizações hospitalares estão adotando novas práticas gerenciais do trabalho, substituindo as estruturas e relações rígidas e hierarquizadas por outras mais ágeis e flexíveis. Conclui que a enfermagem necessita, neste contexto, de mudanças. Discutindo estrutura organizacional clássica e o seu gerenciamento, pautada em princípios tayloristas, a fim de acompanhar as demandas atuais e atender às necessidades da comunidade e dos trabalhadores.

Mas pretende-se também dar atenção ao trabalhador que atende as necessidades dessa população que, de acordo com Campos (2007), precisa vincular-se à produção de feitos que materializem a humanidade, a “objetos de investimentos”, serem úteis.

Esse autor concebe e considera a necessidade de transformações do que ainda se tem instituído como formas de gestão, que ainda persiste nas relações que acontece numa organização hospitalar. Trata-se de uma tarefa que impõe mudanças diversas, esforço e persistência diante do culturalmente construído e que se apresenta na realidade a ser estudada. Daí adotarmos o pensamento desse autor sobre gestão participativa e co-gestão, em que se considera a gestão numa organização como um espaço de constituição dos sujeitos, coletivos e sociedade. Dessa forma, tomamos o trabalho como elemento dessa gestão que consiste em todo esforço humano direcionado para a adoção de valores construídos socialmente, dignos de remuneração e superando a concepção de produção, na qual incluímos os aspectos políticos e das subjetividades, que ocorrem nesse espaço organizacional.

O mesmo autor considera que esses valores devem ser considerados para a elaboração de políticas internas e concordância com as externas para que se possam focar no bem-estar dos usuários e no dos trabalhadores, somando à organização proposições advindas desses sujeitos para melhorar a imagem da gestão. Discutem-se aspectos muito específicos para reconstrução do que é adotado na gestão atual. Defende-se repensar a função dos espaços e pessoas produtoras de bens e serviços para a reconstrução de uma sociedade democrática. Portanto, para constituírem-se sujeitos, organizações e projetos articulados para o alcance de objetivos voltados para a missão e filosofia organizacional, atentando para a percepção da equipe de saúde sobre a gestão de uma unidade hospitalar.

O empenho do sujeito com a produção de obras, sejam elas individuais ou coletivas, é condição para a sua própria constituição (CAMPOS, 2007). Esse autor segue chamando atenção para os modelos de gestão que fortalecem ações automatizadas, mecânicas, realizados

como sendo fonte de sofrimento para quem o executa. Mas, deixa claro que não se trata de deixar de fazer uso da tecnologia, mas de fazer um trabalho criativo, aplicado à ciência e à arte para que a área de serviços e da produção de bens, no ambiente hospitalar, possibilite a construção individual e coletiva de forma socializada.

Nessa mesma linha, o autor refere que na relação existente entre o trabalho e o desenvolvimento social como forma de multiplicação das ações humanas, este não poderá ser inteiramente substituído por máquinas. A tecnologia e invenção científica, a produção da arte e da cultura, todo trabalho depende de relações entre pessoas, seja na saúde, educação, no campo do cuidado, não considerados de produção imediata em valores de troca. Com isso, a forma automatizada de trabalho auxilia e até potencializa, mas não prescinde o trabalho humano, onde não se elimina o imprevisto.

Campos (2007) previu a dependência cada vez menor do trabalho humano, penoso e repetitivo, o que possibilitaria aos trabalhadores tempo para seu crescimento político, espiritual, científico e artístico. Entretanto, não acertou quando imaginou que os seres humanos chegariam ao amadurecimento de demandar apenas do que necessitassem. Nessa perspectiva, pensou-se numa sociedade mais justa e democrática, em que as relações de poder se dessem de forma mais equânime.

Dessa forma, pensava-se no acúmulo de forças para reduzir jornada de trabalho e acrescer tempo livre para o lazer, participação política e estudo, etc. Ao mesmo tempo, criaram-se postos de trabalho para outros, como busca o movimento sindical conforme Gorz, (1998) e Forrester (1997 *apud* CAMPOS, 2007).

Nesse sentido, Lefebvre (1995 *apud* CAMPOS, 2007) defendia quatro diretrizes para um método de pensar a vida e as relações no ambiente de trabalho, que estão relacionadas à compreensão de co-gestão e gestão participativa aproximando-se do objeto em estudo:

- a que busca descobrir relações entre o ser humano e o contexto, contemplando o social e a subjetividade, a essência e a aparência, sem fazer opção por nenhum desses extremos;
- a que concebe o pensamento como sendo passível de complemento e não esvaziado de verdades nem portador de toda verdade sobre tudo;
- a que considera o caráter contraditório entre o agir e pensar, sendo pela prática que se critica o conhecimento e essa contradição enriquece o saber;
- considera que o conhecimento e o mundo são inerentes e exteriores aos sujeitos.

O modelo de co-gestão que propõe Campos (2007) combina teorias e práticas de áreas

como a política e a gestão com saberes das ciências comportamentais e análise organizacional. Essa política refere-se a alguma forma de poder, e as consequências desse exercício podem ser realizadas tanto pelo governo como por grupos técnicos, assessores, grupos de interesse, indivíduo ou entidades influentes.

O mesmo autor aborda a tendência das políticas na história como prática social, que pode ocorrer nas organizações para oprimir a dimensão singular de cada pessoa ou os interesses do grupo dominado. Faz uma reflexão sobre a visão de mundo dialética das práticas sociais, em que inclui a política, a gestão, a organização, articulados com os aspectos do comportamento humano. Podem-se produzir inúmeras variações entre o controle social e a autonomia que respectivamente dizem respeito a pessoas dominadas e com liberdade relativa.

Sobre essa autonomia, esse autor refere que grande parte de nossa conduta está relacionada à linguagem, hábitos, forma de convívio social, tradições na escola e aspirações que desenvolvemos como se fossem próprias. Assim, não percebemos e reproduzimos esquemas internos impostos por algum grupo ou sujeito, e dessa forma abrimos mão dessa autonomia e aceitamos e internalizamos esquemas já estabelecidos.

A percepção da gestão a partir dos trabalhadores pode possibilitar a interação entre os envolvidos com a organização, melhorando-se as relações entre gestores e trabalhadores, fortalecendo os sujeitos e democratizando-se a gestão na organização, o que pode torná-la mais participativa, oferecendo caminhos propostos pelos sujeitos para reconstrução da racionalidade do modelo de gestão hegemônico (CAMPOS, 2007).

Considera-se o sujeito como um ser envolvido socialmente numa relação que modifica suas aspirações, interesse e necessidade, com autonomia limitada para realizá-los, onde se utiliza de negociações e imerso em uma história e na sociedade, mas capaz de reagir ao seu contexto.

Mas esse pensamento é um contraponto ao neoliberalismo. Estão voltados para a valorização da vida. Para mudar isso, recursos financeiros deveriam mudar a trajetória da produção de valores de troca, do ciclo financeiro e setor privado e direcionado para espaços de controle democrático (CAMPOS, 2007).

Em decorrência a Reforma do Estado, orientada para o mercado, contribuir no processo de flexibilização gerencial, com diminuição do quadro de funcionários públicos e dispensa de excedentes, gerenciamento pela qualidade total, constituição de gerência eficiente estimulada pela competição do mercado, uso de terceirização e desregulamentação das relações de trabalho na inserção de pessoas nos serviços de saúde e investimentos em novas tecnologias (PIERANTONI, 2001).

Na realidade de uma organização hospitalar, os trabalhadores parecem atuar no limite de suas possibilidades de autonomia, usam a criatividade de forma constante, dinâmica e prática, reconstruindo relações, transformando o conhecimento mesmo que atrelados às delimitações rígidas e a burocracia que contempla uma organização de saúde, muitas vezes reafirmando hierarquias de dominação entre as categorias profissionais que estão arraigadas, e ultrapassa o espaço dessas organizações.

Nesse espaço, inúmeros atores se movem, comunicam-se, utilizam recursos para manter seus espaços de autonomia, mesmo que reduzidos ou não e manter suas práticas cotidianas, que ocorre em contínua participação. Mas, priorizando apenas o aspecto econômico, com frequência são realizadas e valorizadas estratégias para sobrevivência financeira da organização, cujas decisões, muitas vezes, são tomadas de forma rígida, em detrimento do bem-estar de toda comunidade, quer seja os trabalhadores ou a comunidade.

Essas atitudes têm sido reforçadas pelas correntes neoliberais, desde quando delegaram ao mercado ações de saúde, educação, cultura, entre outras, com isso, reduzindo-se o Estado a regulador, o que hoje podemos perceber como consequência desse passo a desvalorização do trabalhador e seu vínculo de trabalho, além de redução na qualidade da assistência prestada aos cidadãos. Por último, na prática, nem o estado nem o mercado assumem esse papel, com isso reduzem o compromisso com a qualidade das ações de saúde que são prestadas pelas organizações.

Dessa forma, consideramos imprescindível destacar a constituição histórica e filosófica das relações de trabalho, elemento inserido à gestão, e que desde a Revolução Industrial, em fins do século XVIII até quando surge a teoria da Administração e detém a preocupação com a produtividade (MOTTA, 2006).

Esse autor discorre sobre os teóricos que se destacaram nessa época como sendo Frederick Taylor e Henri Fayol, que consideravam as funções especializadas e a produtividade com menor tempo como essencial no processo de trabalho. Havia nessa época a separação entre o ser humano e a satisfação no trabalho, o que trazia desinteresse, sensação de insatisfação e humilhação prevalece a ideia do *homo economicus*, que realizava tarefas e buscava a produção, trabalho mecânico, sem criatividade e sem significado para o trabalhador, que apenas executava o que era determinado previamente.

Nas últimas décadas, século XIX, surge a Escola das Relações Humanas, que traz a ideia de *homo social*, grupo informal que era composto por um conjunto de pessoas que, fazendo parte da organização, comunica-se com frequência e defende interesses comuns, e é capaz de modificar a ordem formal da organização e a participação dos trabalhadores nas

decisões que digam respeito a seu trabalho, mudando o conceito de trabalho, trazendo as ciências comportamentais para as práticas administrativas.

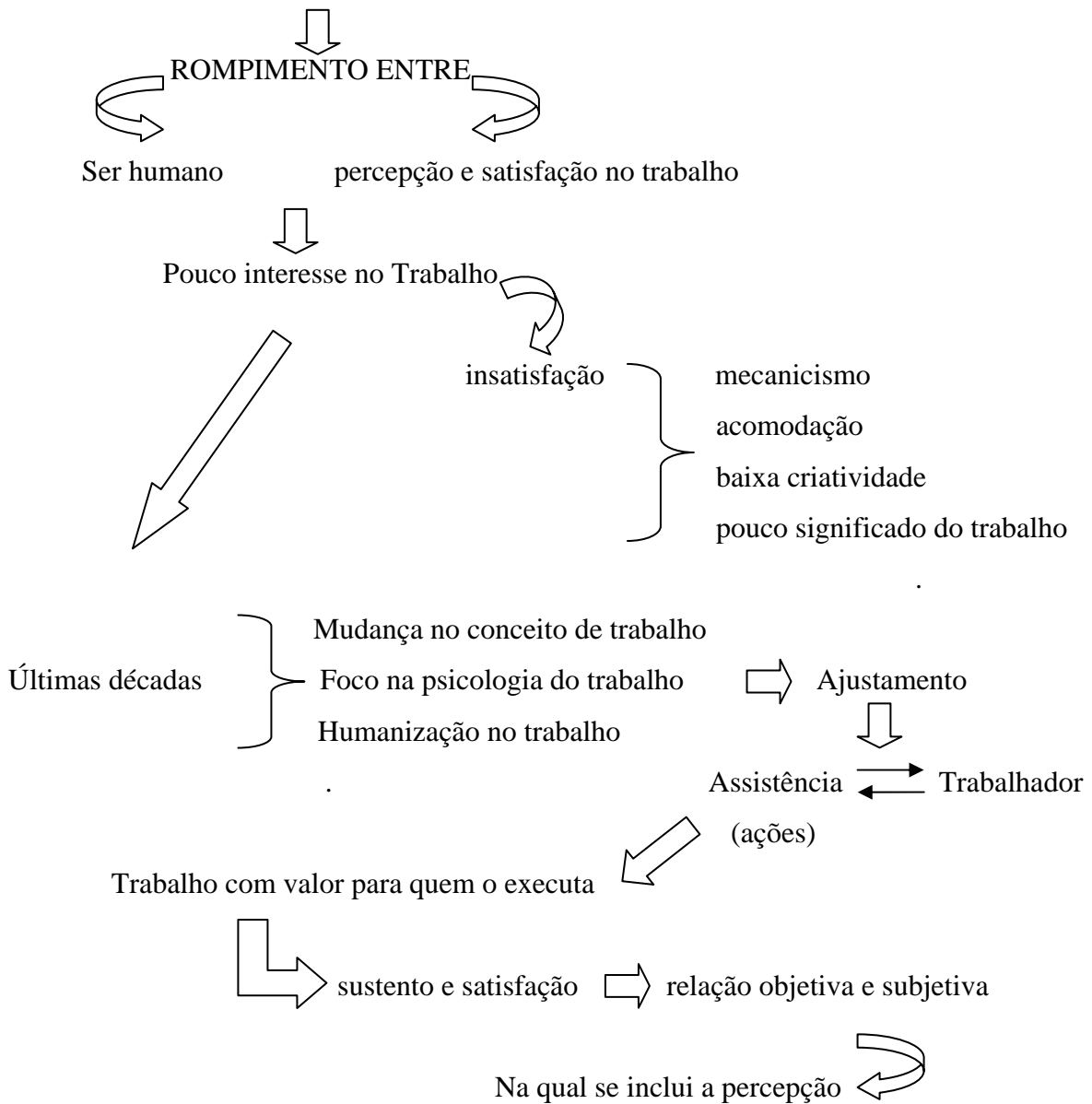
O livro de March e Simon (1958 *apud* MOTTA, 2006) marca a passagem da Teoria da Administração para a Teoria das Organizações, que buscava estudar o meio social em que a administração se exerce para maior eficiência, essa considerando determinações estruturais e comportamentais. Através de pesquisas, esses autores concluem que inexistência de uma relação simples e intensa entre moral, satisfação ou entre coesão e produtividade. Assim, moral elevada para eles não é condição para maior produtividade do que moral baixo.

Diante desse estudo, percebem que o comportamento no trabalho parece ser mais motivado pela percepção de condições e alternativas futuras. Percebem também uma confusão entre moral e produtividade relacionada entre duas decisões que os membros de uma organização têm que tomar, cuja participação nesse sistema é a de produzir conforme escala exigida pela administração.

Esses autores entendem que a motivação que descrevem como interesse e satisfação possui influência da administração, mas sua maior parte refere-se a aspectos psicossociais e culturais. Assim, os trabalhadores buscam no ambiente de trabalho não apenas aspectos econômicos para a sobrevivência e manutenção da vida, mas a satisfação pessoal, reconhecimento, auto-realização e podem expressar, através da linguagem, sua percepção sobre a alta gestão adotada na organização em que está inserido.

Considerando as reflexões de Motta (2006), Campos (2007) e Silva (2007), demonstrado no diagrama I, apresentam a síntese histórica da gestão e teoria das organizações. Na sequência, faremos uma abordagem sobre os aspectos históricos e filosóficos da percepção.

Em Taylor – Funções especializadas – para aumentar produtividade }
 Em Fayol – Estrutura e organização – para aumentar produtividade } Consideração do tempo



Fonte: MOTTA (2006); CAMPOS (2007); SILVA (2007).

Diagrama 1 – Síntese da evolução histórica da Escola da administração Científica à Teoria das Organizações

2.2 ASPECTOS HISTÓRICOS E FILOSÓFICOS DA PERCEPÇÃO

Para Mora (1998), percepção pode ser traduzida conforme os gregos como reconhecimento, ação e efeito de reconhecer algo, no qual destacamos o reconhecimento das limitações organizacionais. Já em latim é o mesmo que tomar posse, cobrar, recolher algo. O

mesmo autor considera a percepção como a apreensão de notas ou traços intelectuais, conceituais.

É na filosofia moderna que o conceito de percepção teve maior dedicação, demonstrada através do surgimento dos vários termos com seu significado e em diversas línguas modernas (MORA, 1998).

A partir da discussão entre as filosofias antiga e medieval sobre como se dava a natureza da percepção, do como se percebe e do que se percebe, iremos percorrer o pensamento de Mora (1998) que refere o perceber pelo entendimento proferido por Descartes. Das teorias propostas pela epistemologia e psicologia, iremos nos deter na teoria realista da percepção, na qual o conteúdo das percepções é construído pelas próprias realidades e consiste em perceber pelo entendimento.

Austin (1993) apresenta a opinião de que as palavras proferidas no dia a dia são muito mais sutis em seus usos e marcam mais diferenças do que as lembradas pelos filósofos. Os fatos da percepção descobertos pelos psicólogos, por exemplo, assim como pelo comum dos mortais, são tão igualmente diversos e complexos do que se pensa.

Esse autor prossegue afirmando que não existe uma única espécie de coisas que percebemos, mas diferentes, cujo número pode ou não ser reduzido, por meio da investigação científica. Considera que existe a possibilidade de reduzir nossa percepção a alguns aspectos. Demonstra interesse nos fatos concretos da percepção, dedicando-lhe maior atenção, e escreveu de forma moderna e linguística.

Assim, não existem fatos reais acerca das “coisas materiais”, pode-se dizer qualquer coisa sobre elas, o que realmente existe são os fenômenos, que são regidos a partir das sensações dos órgãos dos sentidos, e nessa sequência institui-se o mundo das coisas materiais, a totalidade dos “nossos recursos”.

Dessa forma, na compreensão dos dados dos sentidos, deve-se evitar classificá-la como verdadeira ou falsa, pois essa afirmativa vai depender não só do que é uma frase, nem do que significa, mas de modo geral em qual circunstância ocorreu seu enunciado. Desse modo, fica claro que não se pode retirar de um conjunto de frases as “testáveis” e as “incorrigíveis”. Assim, de acordo com este autor, não existe frase que seja fornecedora de evidências, que seja surpreendente ou duvidosa, certa, ou incorrigível ou ainda verdadeira.

Mas Mora (1998) ainda refere que, no século XVII, Descartes e Spinoza seguiu doutrinas de Bernardino Telésio (Telesius) sobre percepção e sensação, e, de acordo com Descartes, há dois modos de pensamento: a percepção pelo entendimento e a percepção determinada pela vontade.

Para este autor perceber de forma distinta é sentir, imaginar e conceber coisas puramente inteligíveis sem querer, de forma diferente, desejar, ter aversão, assegurar, negar ou duvidar. Spinoza, acatando Descartes, Telesius, que se apoiou em Aristóteles, principalmente por entender que há uma distinção entre sensação e percepção e ainda que a sensação ocorre no espaço onde acontece a experiência e a vivência que são precedentes da percepção.

Spinoza, citado por Mora (1998), fala da percepção como o que se apreende através dos sentidos e da experiência intelectual. Considera que, ao contrário do conhecimento, a percepção só apreende coisas singulares, e Wolfson refere que Spinoza afirma que a mente humana deve perceber tudo que ocorre no corpo humano, como estabelecido por Telésius, e faz parte da sensação. A mente percebendo as operações e os movimentos.

Prosseguindo com Mora (1998), Leibniz refere que a percepção não se limita à alma humana. Locke aborda a percepção de forma mais ampla e diz ser a percepção a primeira faculdade da mente exercida sobre as ideias, reflexões e chamada pensamento em geral ou entendimento.

Para Locke (1960), citado por Mora (1998), a percepção com que vemos o ato de entendimento é de três classes:

1. Percepção de ideias nas mentes;
2. Percepção dos significados;
3. Percepção do acordo e desacordo.

Mora (1998), em seu pensamento sobre a percepção violenta, descreveu-a como impressões e ideias, paixões e emoções quando da primeira aparição na alma. Sobre as ideias, refere serem imagens, impressões ao pensar, raciocinar. A percepção mais vivida é a impressão quando ouvimos, amamos, odiamos e desejamos.

Berkeley (*apud* MORA, 1998) considera a percepção fundamental, pois ser é “perceber ou ser percebida”. Fala da mente que percebe, pois tem uma percepção passiva de ideias, a mente recebe as ideias passivamente. Estabelece um movimento entre os seres humanos que percebem uns aos outros, diferente da matéria.

As sensações são operações simples e passivas e as percepções são complexas e ativas em sua maioria.

Mora (1998) persiste em Kant, e este propôs a distinção entre sensação e percepção, pensamento e percepção. Para esse autor a percepção é consequência da sensação que se dá num espaço e num tempo. Hegel e os idealistas propunham que na percepção há um elemento de universalidade.

Segundo o mesmo autor, os epistemologistas consideravam a percepção como mediata, os idealistas consideravam-na imediata. A epistemologia e a psicologia propunham várias teorias para a percepção:

- a teoria realista da percepção, na qual o conteúdo das percepções é constituído pelas próprias realidades;
- a teoria causal da percepção, na qual há uma diferença entre perfeição e realidade percebida, esta é causa daquela;
- a teoria fenomenista, por meio da qual o que se percebe são fenômenos ou aspectos fenomênicos da realidade.

Lachelier, como refere Mora (1998), contribui dizendo que a alma é definida como uma unidade que interage com o aparelho perceptivo e a vida como parte dessa dinâmica no organismo.

Bérgson, como descreve Mora (1998), repele as concepções do idealismo e do realismo de que “conceber é conhecer”. Compara a percepção a uma reflexão em que não fica refletido todo o objeto, mas apenas seu delineamento, e diz que a percepção não é “uma fotografia das coisas”.

Husserl, de acordo com Mora (1998), considerou uma percepção interna, que chamou de “percepção imanente”, e uma percepção externa – “percepção transcendente”. A primeira é das vivências intencionais em que o objeto pertence ao mesmo “fluxo vivencial”. A segunda é a das vivências que se transformam continuamente, em que não tem lugar semelhante – “imediatismo”.

Mora (1998) diz que a percepção é sensível quando apreende um objeto real, e categorial quando apreende um objeto ideal, baseando-se em Husserl. Então, busca-se melhorar o real a partir da percepção dos trabalhadores, e conseqüentemente, da contribuição dos grupos.

Já Santaella (2001) torna simples a explicação e justificativa do que é percepção, proporcionando aprofundamento sobre como ocorre a percepção dos signos. Fazendo uma interpretação sobre como a autora interpreta essa percepção dos signos, estamos ao mesmo tempo dando exemplo de forma dinâmica à interpretação da percepção de um signo produzido pela mesma, considerando-se o texto que a mesma escreveu como signo e a percepção como objeto.

Esse signo produzido será interpretado por outros leitores, e cada um fará uma nova interpretação como o que nos propomos agora. Fala-se da semiótica dos signos e que existem vários signos. Assim, não existe definição engessada, nem interpretação fechada das coisas, o

leitor é um interpretante que possui liberdade para produzir outros signos a partir de um objeto.

A autora considera categorias universais pelas quais apreendemos o mundo como a primeiridade ou qualidade, secundidade ou reação e a terceiridade ou mediação. Quando se fala em percepção, fala-se em secundidade pura, pois é o que se apresenta, é o presente, o que se percebe. Nesse caso todo pensamento lógico entra através da percepção e sai como uma ação determinada (secundidade).

Dessa forma, perceber é colocar-se diante de algo no presente, que se mostra agora, mas que se vê não apenas com os olhos, mas utilizando todos os sentidos sensoriais e exercitando o sistema cognitivo. A partir disso, Santaella (2001) apresenta alguns itens lógicos para entender a percepção. Dentre os itens que cita está o percepto, que consiste no presente, estímulo bruto, o que está “mudo”, que estimula a percepção e é recebido pela mente interpretadora e torna-se *percipuum*.

Esse *percipuum* é a forma como o percepto se configura e se ajusta às condições mentais. É a forma como o percepto se apresenta no juízo perceptivo, é o que julgamos através da percepção que diz o que interpretamos juízo perceptivo.

E o juízo perceptivo é o próprio julgamento de percepção, que diz o que estamos interpretando. Nessa compreensão, a percepção está limitada ao que estamos prontos para perceber. Então, implica em uma ação inteligente que logo é modificada, para que se possa aprender o que está do lado de fora da mente, podendo ser explicado como um esquema simples.

Dessa forma o ser que interpreta traduz o julgamento da percepção através da proposição. A percepção é signo, simiose, sem fim, cíclico. Da mesma forma o objeto e o percepto insistem e existem. Com isso não se chega diretamente ao percepto, pois está mediado pelo *percipuum* e o julgamento da percepção, que é uma hipótese e não diz respeito ao percepto.

Esse processo de entendimento é cíclico, infinito. A autora ainda refere à necessidade da percepção no aprofundamento do pensamento, e que o conhecimento começa pela percepção. Nesse sentido, o conhecimento gerado pela experiência só tem valor quando pode contribuir para futuras interpretações. Daí entender como aprendemos, interpretamos e traduzimos o mundo, valorizando infinitas ideias e opiniões geradas a partir de um percepto em várias mentes interpretadoras, segundo um *percipuum* que nos leva ao julgamento de percepção e da aprendizagem contínua do indivíduo.

Considerando a profundidade do tema percepção, após apresentar o instrumento e de

posse das respostas dos trabalhadores, direcionamos a uma ideia sobre esse tema que é bastante amplo. Nesse sentido, teremos a percepção da equipe de saúde sobre a alta administração organizacional de uma organização.

2.3 PERCEPÇÃO E GESTÃO NO TRABALHO

No campo da gestão, desde a década de 90, na procura de alternativas ao modelo de gestão burocrática, no Brasil espalhavam-se novas práticas de gestão com foco nos resultados, na eficiência, eficácia e qualidade do que é produzido (CARNEIRO JUNIOR, 2006). Seguindo essa tendência, passaram-se ao mesmo tempo a destacar a importância das perspectivas, padrões e normas sociais, opiniões e percepções dos trabalhadores sobre a gestão das organizações, buscando retratar um padrão nacional e local, para explicar, as diversidades nas relações de trabalho em diferentes contextos.

Nessas perspectivas, deve-se considerar o espaço que ocupam os padrões e normas sociais, e as percepções que estão por trás das práticas dos que fazem parte dele (VAITSMAN *et. al.*, 2003).

Dessa forma, em seu pensamento sobre o que acontece através de signos, dispensa a intuição e a cognição a princípio, para essas autoras, é a partir da experiência que compomos os signos. Não convém supor verdade e cognição sem considerar a vivência. Assim, a cognição constitui um processo de signos que criam outros e que têm relação com o mundo externo.

Considerando esse pensamento, Jotz (1997), em seu estudo da percepção do trabalhador sobre a gestão participativa, aponta para uma maior satisfação quando existe essa prática na gestão, constatada mediante discussão em grupo e de análise de documentos. Essas autoras acrescentam que os ganhos para os trabalhadores por meio dessa forma de participação ainda estão começando.

Para Santaella (2001), a percepção é a ligação entre o mundo do pensamento e o mundo exterior, está entre o mundo da linguagem, o cérebro e o mundo lá fora. Dessa forma, a percepção está entre a experiência e o pensamento e é expressa pela linguagem, envolvendo também sensações das quais não temos plena consciência.

Portanto, a experiência adquirida pode-se considerar um conhecimento constituído por signos. Por exemplo, um trabalhador que possui conhecimento através de sua experiência acumula signos, e não tem consciência do processo de capacitação que deve disponibilizar a organização. Nesse caso, pode-se entender que existe uma tradição, interpretada como

liberdade, mas o novo através da capacitação torna-se imprescindível e caracteriza a razão.

Já Lima (2003) infere acerca de que para todo lugar é atribuído valor relativo em função das vivências pessoais e individuais, construído das relações, sentimentos e ideias, os quais são formados durante a vida do indivíduo. Através dessa percepção, surge o aprendizado sobre a realidade por meio dos sentidos: visão, tato, audição, paladar e olfato, que pela cognição, as informações percebidas através desses sentidos são processadas, escolhidas e acumuladas, considerando-se o interesse e a necessidade, constituindo assim um significado para o indivíduo.

No que se refere à gestão, Oliveira e Limonge-França (2005), em estudo sobre a expectativa de programas com esse foco voltado para a qualidade de vida no trabalho, aborda a percepção de bem-estar para as pessoas, influenciando de forma direta e indireta na produtividade e no resultado de ganhos para os trabalhadores e comunidade.

Essa autora ainda refere aspectos como o conhecimento desenvolvido e que deve ser compartilhado na organização através da capacitação contínua, como marca para valorização do local e das pessoas que a compõem, que se tornam referenciais importantes. Assim, a razão através do novo que se constitui na contínua mudança do conhecimento e sua adequação ao imprevisto é indispensável para as pessoas e a realidade hospitalar (GADAMER, 1990).

Nesse sentido, esses seres inseparáveis do mundo (materialismo), ao mesmo tempo capaz de separarem-se dele (fenomenologia), através da capacidade de refletir, criticar e modificá-lo e ser modificado em sua condição de pertencer a esse mundo, buscam atender aos interesses e desejos que se propõem que sejam revisados para atender aos grupos de trabalhadores registrados na organização, sem prescindir dos objetivos desta.

A esse respeito, podemos citar que a área de gestão de pessoas denominada de Recursos Humanos assume cada vez mais papel de destaque nas organizações, e até mesmo aquelas que não possuem um departamento específico com esse título realizam a gestão de pessoas visando alcançar os objetivos da organização.

Dessa forma, pensa-se que não se deve prescindir do desenvolvimento de políticas e práticas de gestão pertinentes, e esse tem sido um dos espaços de pesquisa relevantes, conforme Wright *et al.* (2001 *apud* OLIVEIRA; LIMONGE-FRANÇA, 2005). Esses autores ainda compararam a percepção de executivos de departamentos de recursos humanos e de outras áreas sobre a eficiência dessa gestão em suas organizações, analisando a sua prática de gestão.

Ainda pode-se citar Luedy *et al.* (2005), que aborda a percepção dos servidores, professores e estudantes a respeito de novas estruturas organizacionais do complexo HUPES,

que indica limitado conhecimento dos sujeitos sobre o modelo de gestão em implantação na organização hospitalar, sendo necessária maior divulgação do mesmo.

Esses estudos direcionam-se para rever as estruturas rígidas que devem dar lugar a uma gestão flexível que considere a percepção dos trabalhadores acerca da gestão da organização hospitalar onde está inserido. Para Dejours (1992), a relação de confiança é básica para que possa haver cooperação nas ações e serviços. É a cooperação dentro do grupo que vai fazer com que se atinjam patamares superiores de qualidade.

Campos (2007) considera uma diversidade de teorias, entre elas a do construtivismo social, que não tem limites determinados e diferenças entre seus participantes. Então esse autor cita Vygotsky com sua denominação de atividades interpessoais, em que ocorrem relações sociais as mais variadas; e atividades intrapessoais, que é a capacidade reflexiva do próprio sujeito, e sugere o conhecimento como resultado dessa relação.

Mas é uma prática histórica a tendência das organizações oprimirem a singularidade dos sujeitos ou interesse de um grupo de dominados. Seria possível inferir a possibilidade de combinação entre regras organizacionais e atendimento das necessidades sociais. Nesse sentido, pergunta-se se seria possível a criação no mundo, de organizações, sujeitos não passivos, mas capazes de refletir e analisar, agindo com determinada autonomia em relação ao que lhe determina o contexto e suas próprias necessidades (CAMPOS, 2007).

De acordo com Campos (2007), a gestão participativa e co-gestão nos processos complexos de produção objetiva aumentar a capacidade de direção e análise da situação dos grupos sobre a práxis. As reuniões humanas, consideradas como espaço coletivo, são o ambiente capaz de relacionar os assuntos que dizem respeito às organizações e trabalhadores na gestão.

Esse modelo de gestão caracteriza-se pela administração e planejamento do processo de trabalho para produzir valores de uso, tomando a co-gestão como forma de alterar as relações de poder e instituir a democracia nas organizações, e interfere no desenvolvimento da gestão através da constituição dos sujeitos autônomos e participativos.

Nesse sentido, Morgan (1996) refere que a organização mecanicista, pouco participativa, burocratizada, desencoraja as livres iniciativas, fazendo com que ocorra redução do interesse para superar desafios e contribuir com a realidade, ocorrendo apenas cumprimento de ordens.

Considerando essa realidade, Adami e Maranhão (*apud* LUEDY *et al.*, 2005) consideram imprescindível a substituição do estilo de gestão autoritária pelos modelos democráticos, participativos e a determinação dos resultados esperados em termos de

qualidade dos serviços de saúde.

Assim, muitas organizações já percebem a necessidade de ajustar-se aos modelos atuais de gestão para realizar serviços de qualidade, contudo, contam com resistências daqueles que a compõem e insistem em manter os paradigmas de modelos de gestão ultrapassados.

Campos (2007) propõe a instituição de sistemas de co-gestão para produzir compromisso, solidariedade com interesse público aliada à capacidade reflexiva e autonomia dos trabalhadores. Essa autonomia deve estar relacionada à formação do trabalhador para atuar de forma autônoma e segura com domínio de conhecimentos para a decisão no trabalho.

Para Merhy (2003), o trabalho constitui uma ferramenta propulsora do Estado, e a saúde neste contexto apresenta-se como espaço para sua aplicação. Por meio da percepção dos trabalhadores sobre a gestão, será possível entender aspectos subjetivos que interferem na qualidade das ações de saúde. Dessa forma, o trabalho pode ser uma ferramenta de transformação dos sujeitos sem reduzir os mesmos a meros repetidores de serviços como propõe a concepção tradicional estrutural-funcionalista. O cenário (espaço), os trabalhadores e os gestores produzem o serviço de saúde, tendo o trabalho como instrumento e utilizam um modelo de gestão, que pode ou não sustentar a qualidade do serviço prestado. Para tal constatação, destaca-se em seguida a construção da percepção da equipe de saúde sobre a alta gestão de uma organização hospitalar.

2.4 CONSTRUÇÃO DA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE A GESTÃO DA ALTA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Continuando com as leituras, realizamos ainda a revisão sobre os aspectos da gestão, utilizando como base os aportes da teoria da percepção, de acordo com Campos (2007), Guimarães *et.al.* (2004), Austin (1993), Mora (1998) e Santaella (2001). Nesse percurso, a construção coletiva e compartilhada deu-se através da interação entre o conhecimento empírico e o científico, pois a percepção pode ser construída e propagada pelo ser humano, num grupo específico, diante dos aspectos de subjetividade que persistem em um determinado ambiente organizacional.

Através dessa leitura, percebemos a importância do conjunto de informações encontradas para entendimento dos acontecimentos, do cotidiano dessa gestão, pois as vivências das pessoas favorecem a construção da percepção e objetividade das ideias do ser humano sobre o objeto de estudo.

Sabemos que o universo de desenvolvimento da percepção dos profissionais numa organização hospitalar envolve uma diversidade de fatos e acontecimentos que estão relacionados ao cotidiano das ações e serviços de saúde nas diferentes áreas de atuação e nas trocas de experiência, que ocorrem com o passar do tempo considerando o espaço organizacional.

Desse modo, a percepção resulta das relações em determinado tempo e ambiente, nos quais se encontram a subjetividade individual e coletiva, e pode ocorrer através da articulação verbal entre os sujeitos com a influência de determinado objeto, nesse caso, a gestão organizacional, pois o ambiente de trabalho como espaço social de comunicação e interação, seguindo Chinn e Kramer (1999), é o local onde as crenças e valores são dependentes da influência da imagem mental e experiência, já que essas são produtos da percepção individual de cada sujeito inserido no ambiente e envolve julgamento.

Esses sujeitos, desde a sua admissão na unidade hospitalar, trazem consigo o conhecimento técnico, que são conteúdos aprendidos para que possam atuar nas respectivas áreas onde estão lotados. Com o tempo, vão somando a estes conhecimentos a vivência, que partilham com a equipe de trabalho, onde são estabelecidos conceitos, interpretações e compreensões da atividade que realizam esses indivíduos, através da interação entre as ações em equipe, nesse espaço organizacional. Nessas atividades, incluímos os aspectos organizacionais, nos quais estão a sua filosofia e missão, sem excluir os aspectos ambientais e regionais. Assim, consideramos que a percepção dessa equipe traz consigo de modo peculiar o pensamento que envolve valores, crenças, visões que têm de si, dos demais elementos da equipe e da gestão, que são expressos através da linguagem cultural, dentro do ambiente de trabalho.

Dessa forma, a vida cotidiana dos trabalhadores da organização em estudo expõe uma realidade interpretada por eles, com significados subjetivos e intersubjetivos, pois cada trabalhador participa desses significados com os outros indivíduos (BERGER; LUCKMANN, 2001).

É por meio dessas relações e trocas de experiência que o indivíduo desenvolve sua percepção do mundo, que não significa apenas conceitos sobre o objeto, mas a combinação do que é percebido por todos os elementos da equipe, cujos sentidos e experiências no ambiente organizacional são desenvolvidos de forma individual e coletiva, e expressos, através do discurso. Nesse sentido, destaca-se a seguir o percurso metodológico.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso de caráter exploratório e descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa, para aprofundar o conhecimento acerca dos aspectos subjetivos sobre a gestão da alta administração hospitalar² em uma organização filantrópica. Para tanto, serão consideradas as concepções de gestão participativa e co-gestão de Campos (2007), no sentido de ressaltar os aspectos subjetivos relacionados ao modelo de gestão da organização em estudo, ao papel dos gestores, pois se acredita que uma gestão participativa é construída a partir do envolvimento de todos os trabalhadores da organização.

Estudo de caso, na concepção de Yin (2005), constitui uma das estratégias para o aprofundamento do conhecimento sobre um fenômeno contemporâneo a ser estudado, dentro do contexto onde ocorre, especialmente, quando os limites entre esses não estão claramente definidos. Nesse sentido, será utilizada a percepção dos trabalhadores da equipe de saúde, atuantes em uma organização hospitalar sobre a alta administração organizacional dessa unidade.

Desse modo, ressalta-se que os componentes da equipe de saúde não são receptores passivos, esses são ativos, portanto, portadores de inteligência, poder de imaginação e criatividade, que podem ser exploradas no contexto vivencial para expressão dos elementos não previstos, na organização participativa (LAVILLE; DIONNE, 1999).

Nessa mesma linha, Martins (2006) diz que o estudo de caso direciona as explicações e interpretações, ou seja, os esclarecimentos de fenômenos sociais complexos para a construção de teorias que expliquem o caso e possibilitem a realização de inferências analíticas, sobre o que for constatado no estudo em questão.

Com isso, o estudo de caso pode contribuir para adentrar uma realidade social, que não seria possível numa avaliação apenas quantitativa. No caso do hospital, onde ocorrem relações entre pessoas e organização e cada uma defende interesses próprios e diversos, que são subjetivos e expressados pela linguagem.

Quanto à pesquisa exploratória, na concepção de Gil (2006), tem uma característica empírica com finalidade de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias sobre um

² Administração hospitalar e gestão hospitalar, neste estudo possuem os mesmos significados.

determinado tema que possibilita a identificação de problemas específicos para investigações posteriores.

Nessa perspectiva, Polit, Beck e Hungler (2004) reforçam que a pesquisa exploratória proporciona a exploração das diversas dimensões do fenômeno a ser estudado, na forma como ele se manifesta, acrescido de outros fatores com os quais se relacionam e que são transmitidos através da linguagem expressa no discurso dos informantes inseridos nessa realidade.

Já a pesquisa descritiva possibilita a identificação dos principais aspectos referentes aos indivíduos, suas características como idade, sexo, procedência e situações vivenciadas em determinada organização sobre um fenômeno específico, portanto exige que o investigador adquira uma diversidade de informações sobre o tema a ser pesquisado, para que os resultados possam ser descritos de forma precisa, considerando a experiência dos trabalhadores, no contexto estudado (MINAYO, 2000). Dessa forma, impõe ao pesquisador a utilização de técnicas padronizadas tipo entrevistas, formulários e observação sistemática ou assistemática, a depender do estudo.

Matheus (2006) refere ainda que em pesquisas qualitativas devem-se utilizar diferentes técnicas para descrever e decodificar os elementos de um sistema complexo de significados, para interpretação dos fenômenos em um campo e espaço definidos. Nesse caso a gestão organizacional será descrita, decodificada e discutida a partir dos relatos e pontos de vista dos trabalhadores da equipe de saúde sobre a alta administração da organização na qual atuam.

A abordagem qualitativa, na concepção de Polit, Beck e Hungler (2004) envolve os seres humanos, centralizando sua experiência em cenários naturais, no qual se inclui a equipe inserida na organização hospitalar em estudo, onde os seres humanos devem ser tratados como seres únicos capazes de atribuir significados a suas vivências que são originadas do contexto da vida, nas relações humanas que podem ser transformadas, como consequência do ambiente e das ocorrências.

Nessa mesma linha, Triviños (1987) ressalta que a pesquisa quantitativa garante ao investigador informações e subsídios concretos para efetivação do seu estudo de forma autêntica. Neste estudo investigamos especificamente a percepção dos trabalhadores da equipe de saúde atuantes em uma organização hospitalar, embasados pelo referencial teórico da gestão e especificamente a participativa.

Considerando que a gestão participativa consiste num modelo de gestão centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (também paneja quem executa o serviço), e em colegiados que garantam que o poder seja de fato compartilhado por meio de análises,

decisões e avaliação construída coletivamente.

Assim, como propõe o Ministério da Saúde e concordando com Campos (2007), essa forma de gestão procura articular o formato de atendimento à saúde com a participação dos envolvidos nesse trabalho. Dessa maneira, deve buscar implementar as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e garantir a motivação para a reflexão que eleva a auto-estima dos profissionais, fortalecendo o empenho, a criatividade e responsabilidade para solução de dificuldades no andamento do serviço.

A perspectiva é de que ocorra troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais, gestores e usuários. Esse formato no modo de gerenciar possui interface com a proposta deste estudo, que se preocupa com a percepção dos trabalhadores, profissionais da saúde, a respeito da gestão da organização hospitalar onde trabalham, seus aspectos agradáveis e desagradáveis e relações com o desenvolvimento do trabalho e satisfação desses usuários internos para atender melhor os usuários externos, ou seja, a comunidade.

Nessa realidade hospitalar, pode-se identificar a existência ou não de projetos, bem como de características que contribuem para o bom andamento dos serviços conforme conceito de gestão apresentado. Com isso, será possível sugerir formas de melhorar o serviço através do que for demonstrado pelos trabalhadores em suas falas no estudo de caso.

3.2 LÓCUS DA PESQUISA

O *locus* da investigação foi uma organização hospitalar geral de médio porte, com 97 leitos das especialidades clínica médica, pediatria, clínica cirúrgica, maternidade, emergência e atendimento ambulatorial, filantrópico, isto é, sem fins lucrativos, localizado no recôncavo baiano, possui 87 funcionários até o momento da coleta de dados.

O hospital onde foi realizado o estudo possui estrutura física ampla, tendo sido realizadas reformas em um dos seus andares e no centro cirúrgico, no sentido de adequá-lo às conformidades estabelecidas nas legislações que regem a estrutura física de organizações hospitalares. Essas reformas promoveram uma adequada circulação do material limpo e sujo que entra e sai nesse setor, bem como a ampliação de leitos. Possui cerca de 402m² em espaço físico, nos quais estão dispostos serviços de lavanderia, laboratório, serviço de diagnóstico por imagem, necrotério, serviço de nutrição, farmácia e serviço de manutenção.

É um hospital mantido pelo sistema público federal e municipal, e com recursos próprios, recolhidos por atendimentos particulares e convênios. Não existem documentos que expressem o seu organograma, sendo seu corpo administrativo constituído de um provedor,

autoridade máxima e uma mesa administrativa, que contribui com a gestão, na qual estão inseridos um tesoureiro, responsável pelas finanças, um conselheiro, a quem a autoridade máxima deve reportar-se em caso de dúvida ou para tomada de decisões, escrivão, quem registra as ocorrências, e um cobrador, que busca realizar as cobranças.

Essa unidade foi escolhida pelos seguintes critérios: ser a única organização hospitalar da cidade; pertencer ao Sistema de Municipalização da Secretaria da Saúde; prestar assistência aos usuários do SUS em sistema de ambulatório, emergência, maternidade e internamento; ter, pelo menos, uma enfermeira responsável pela organização da Assistência de Enfermagem; não possuir fins lucrativos; receber periodicamente alunos do curso de técnico de enfermagem e de graduandos de curso de Fisioterapia e de administração em enfermagem de uma organização de ensino superior de uma cidade próxima.

A organização hospitalar tem em sua proximidade recente instalação de uma Universidade Federal do Recôncavo Baiano, que proporcionará uma demanda maior de atendimento (estudantes universitários) por serviços de saúde, cuja influência nos serviços prestados aos usuários internos e externos exige a participação da equipe de saúde no sentido de identificar os pontos críticos para possíveis melhorias no processo organizacional dessa unidade hospitalar, para atender, além do próprio município, os circunvizinhos com população superior à sua e que não possuem unidade hospitalar. É o hospital que possui o maior número de leitos da região, e com maior espaço físico.

Portanto, buscamos alcançar a percepção dos usuários internos, equipe de saúde, em relação a uma específica gestão organizacional, ou seja, sobre o estilo gerencial da alta administração. Para tanto, é necessário primeiramente que sejam traduzidas suas necessidades e seus anseios nos seus relatos sobre a gestão da alta administração nessa organização hospitalar de forma a enxergar e promover execução de melhorias nessa unidade, a partir informações positivas ou negativas.

Nesse hospital, percebe-se que os aspectos formais nem sempre são valorizados e seguidos, não se decidindo em reuniões os planos e projetos envolvendo os coordenadores e trabalhadores, para buscar alianças e estratégias que viabilizem melhores serviços e condições de trabalho. Essas parecem ser desenvolvidas pelo descaso com relação à participação dos sujeitos que prestam serviços à comunidade, que estão inseridos nessa realidade organizacional. Pode-se identificar também aspectos das relações organizacionais do trabalho que necessitam ser melhoradas para elaboração de projetos com participação das pessoas envolvidas com a organização, o que caracteriza uma gestão participativa.

3.3 POPULAÇÃO ALVO/SUJEITOS DA PESQUISA

Como população-alvo da pesquisa foram considerados todos os profissionais da equipe de saúde, totalizando 48 assim distribuídos: técnicos e auxiliares de enfermagem (22), médicos (12), bioquímicos (03) e técnicos de laboratório (03), nutricionista (1), técnicos em radiologia (02), trabalhador da farmácia (01), dentista (01), fisioterapeutas (02) e o provedor (01), considerando os seguintes critérios: serem atuantes na organização há pelo menos um ano, tempo que permite vivência suficiente para uma compreensão e percepção do integrante da organização sobre os aspectos relativos à gestão organizacional e sua inserção nesse ambiente, aceitaram participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e pós-esclarecido, no qual foram respeitadas todas as recomendações da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, que trata de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1996).

Para apreensão da percepção da gestão, a escolha dos sujeitos foi aleatória, quando foram respeitados os critérios anteriormente estabelecidos, e a sua disponibilidade de tempo para responder a entrevista. Assim, foi constituído o número com 24 informantes, incluindo o provedor da organização que integra a alta administração.

Neste estudo, a alta administração é entendida como o sujeito ou sujeitos que ocupam os mais altos cargos na gestão de uma determinada organização hospitalar (CHISTOVAM; SANTOS, 2005).

Para determinação do número de sujeitos ou informantes, foi realizada avaliação criteriosa da repetição dos dados, como recomenda Triviños (1987), e a fidelidade dos dados a percepção e a repetição dos dados na quinta entrevista, quando foi completado por segurança o número de oito entrevistas para o número de médicos e respeitado o mesmo número para auxiliares e técnicos de enfermagem, além de todos os demais profissionais cujo quantitativo é superior a esse.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Neste estudo, foram respeitadas todas as recomendações das normas e diretrizes da pesquisa com seres humanos determinadas pela Resolução 196/96, do Ministério da Saúde com a utilização do termo de consentimento livre e esclarecido (BRASIL, 1996).

O termo bioética surgiu e foi reconhecido por Van Ressenlaer Potter em 1971, através de uma publicação. Atualmente vai além da normatização de ontológica e de uma moral do bem e do mal, para respeitar a dignidade da pessoa, protegendo a vida e o ambiente. Foi com

essa intenção que o Conselho Nacional de Saúde criou o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e elaborou a resolução 196/96 que regulamenta todas as ações em pesquisa no Brasil.

Contribuindo com a bioética, essa resolução fortalece os princípios que beneficiam dar autonomia e justiça, estabelecendo critérios a serem observados pelos pesquisadores em todos os estudos que envolvem pessoas, sendo experimento clínico ou não, no transcorrer da pesquisa (FRANÇA; PAGLIUCA, 2004).

Ainda de acordo essas autoras, no exercício da construção do conhecimento o enfermeiro pode se deparar com conflitos éticos que estão relacionados à origem cultural da profissão, caso os seus valores e os dos sujeitos se oponham, ou ocorram situações em que a dignidade dos mesmos se veja ameaçada.

As autoras ressaltam que, antes mesmo da resolução 196/96, os estudantes de pós-graduação já se preocupavam com esse aspecto. A partir desse trabalho, essas autoras iniciaram uma reflexão acerca do assunto, apoiando-se nos princípios da “beneficência, autonomia, justiça e a não maleficência”.

Nessa perspectiva, referem que a ideia de beneficência surgiu a partir da compreensão da medicina, de que o resultado de sua pesquisa poderá ser somado às práticas dos demais profissionais, e assim beneficiar ou prejudicar os sujeitos e até a coletividade; autonomia significa autogoverno, autodeterminação da pessoa em tomar decisão que afeta suas vidas, sua saúde e integridade física e psíquica e relações sociais.

Nessa mesma linha, para que o ser humano usufrua de uma decisão autônoma de participar ou não de uma pesquisa, é preciso que lhe seja dada essa opção, através do consentimento livre e esclarecido, que constitui instrumento de proteção do sujeito autêntico, isento de influência de outros e de motivos externos a si mesmo, com isso, o direito a recusar-se deve estar isento de coerção física, psíquica ou moral.

As autoras reforçam que devemos lembrar ao indivíduo de que poderá retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, fornecer informações suficientes, e em linguagem acessível, de acordo com a sua condição social e psicológica, esclarecendo: objetivos, natureza dos procedimentos, invisibilidade, duração da investigação, benefícios e possíveis malefícios físicos, econômicos e sociais.

Portanto, somente depois de observados esses requisitos pode-se considerar o ato do consentimento como voluntário, e de fato de direito. Ainda é importante o retorno à organização a ser estudada e seus integrantes com os resultados obtidos após o final da investigação o mais breve possível.

3.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

O instrumento (Apêndice A) da pesquisa foi constituído de um roteiro de entrevista estruturada contendo duas partes:

1ª Parte de dados de identificação para caracterização dos participantes, como: idade, sexo, número de vínculos empregatícios, instituição formadora, tempo de formado, tempo de serviço na organização, função, participação voluntária em alguma atividade.

2ª Parte - constituída de questões abertas referentes aos aspectos voltados à visão e percepção dos trabalhadores como as seguintes questões norteadoras: Como o(a) senhor(a) percebe a gestão da alta administração dessa organização? - Como o (a) senhor (a) participa da gestão nesta organização? - Relate sua experiência no desenvolvimento de seu serviço, desde sua admissão nessa organização.

Como se tratam de perguntas de aprofundamento, outros aspectos foram abordados no transcorrer da entrevista para obtenção de maiores informações e esclarecimentos sobre o objeto de estudo, considerando as sugestões de Minayo (2000), que ressalta a importância da coleta de informações em ciências sociais, através da entrevista a qual constitui instrumento de escolha, pois através da fala dos participantes podem ser reveladas as condições e construções sobre os valores, normas e símbolos, ao tempo em que permite ao entrevistado maior liberdade e autonomia nas respostas.

Nessa mesma linha, Triviños (1987) destaca que o sujeito da pesquisa expressa seu pensamento e experiência através da entrevista de forma espontânea, a partir do tema exposto pelo pesquisador, participando da elaboração do conteúdo do estudo. Esta técnica possibilita aprofundar e esclarecer um determinado tema, considerando a sua abrangência e a necessidade de descobrir possíveis causas de problemas, nos quais incluímos os que envolvem as subjetividades das relações no cotidiano da gestão.

Ainda nesse sentido, a entrevista possibilitou ao investigador maior exploração do problema e o quanto é controverso a experiência e sensibilidade do participante, percebendo as ocorrências que contextualizam os diálogos, as situações sobre o tema, expressões comportamentos e opiniões (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Desse modo, prossegue-se com a descrição dos procedimentos de coleta de dados.

3.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada após ajustes da banca examinadora de defesa de projetos, aprovação do Comitê de ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e autorização em 14 de agosto de 2008, sendo iniciada no final do mês de agosto de 2008, conforme cronograma (Apêndice B).

Para a coleta de dados, acatando sugestões de Minayo (2000), foi realizada a aproximação com os informantes, objetivando diminuir suas ansiedades e temores e possibilitar a expressão espontânea dos aspectos de interesse da pesquisadora, no sentido de efetivar melhor relação entre sujeito e pesquisadora.

Para aplicação da entrevista, foi agendado com os depoentes data, hora e local para que a entrevista pudesse ser realizada, considerando a disponibilidade dos sujeitos. Também considerando os aspectos éticos já descritos anteriormente, os sujeitos foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa, a importância da sua colaboração, sem a qual seria impossível a realização deste estudo, além da solicitação de sua anuência para gravação da entrevista. Em seguida, foi realizada a entrevista gravada com os sujeitos que aceitaram a gravação tendo uma duração média de 15' a 20' minutos e uma média de 17'.

A entrevista ocorreu apenas com os profissionais da equipe de saúde que compõem uma parte do total de profissionais da organização contratados e atuantes na organização por no mínimo um ano, já relacionados anteriormente, sendo algumas gravadas e outras registradas, conforme opção dos informantes que em alguns momentos recusaram a gravação.

Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, quando foram respeitados os aspectos ético-legais da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que envolve seres humanos, no que se refere ao respeito, à individualidade, autonomia de cada sujeito de participar ou não da pesquisa e sua anuência ou não para gravação da entrevista, os esclarecimentos necessários à sua participação, incluindo a avaliação dos riscos e benefícios, a relevância da pesquisa, a garantia do sigilo das informações e do anonimato das respostas, incluindo a liberdade de retirar sua participação a qualquer momento.

Dessa forma, inicialmente, foram entrevistados os médicos, por serem os profissionais que mais reclamam e apresentam uma exigência com a equipe de enfermagem e do gestor; seguido dos técnicos e auxiliares de enfermagem, por estarem diretamente envolvidos com esses e receberem maiores reclamações, além de expressarem, depois desses, interesse em atender os requisitos para uma melhor e mais humanizada assistência de saúde aos usuários

externos, considerando a percepção acerca do que é possível ser melhorado nesse ambiente; em seguida os bioquímicos e uma técnica de laboratório, a dentista, nutricionista, fisioterapeuta e técnica em radiologia. A enfermeira, por ser única na organização, e responsável pela pesquisa, tendo se desligado da organização em maio de 2008, não foi entrevistada. Também, a enfermeira que assumiu não foi entrevistada, por não possuir tempo suficiente na organização para o preenchimento dos critérios estabelecidos.

3.7 TRATAMENTO DOS DADOS

Para tratamento dos resultados percepção, neste estudo é entendida como a união de núcleos de significados específicos da gestão da alta administração hospitalar, resultantes da junção de unidades temáticas de conteúdo ou informação, expressas através da linguagem frente aos aspectos de subjetividade encontrados nas falas da equipe de saúde, que demonstram a interpretação, organização e seleção dessas informações, pela proximidade ou semelhança de significados ou sentidos, sobre o objeto em estudo – gestão hospitalar ou administração hospitalar (ABBAGNANO, 2007).

Para os dados objetivos relativos à identificação dos informantes para caracterização dos sujeitos, foram construídos quadros com resultados referentes ao perfil sociodemográfico da equipe de saúde, conforme categoria da equipe de saúde, seguido de uma tabela com a distribuição dos dados referentes à capacitação de cada categoria profissional que serão posteriormente analisados conforme suas características.

Para a análise dos dados das entrevistas, foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin (2007) e Vala (2001).

A análise de conteúdo, segundo esses autores, constitui um agrupamento de técnicas de análise do que se comunica, objetivando por procedimentos sistematizados e diretos a exposição do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não, que permitiram inferências do conhecimento sobre a percepção da gestão da alta administração de uma organização hospitalar pela equipe de saúde³, para a qual sugerem as três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados, conforme plano de análise que segue:

³ Os sujeitos da equipe de saúde deste estudo são referidos como sendo entrevistados, depoentes, pesquisados, informantes, funcionários, profissionais.

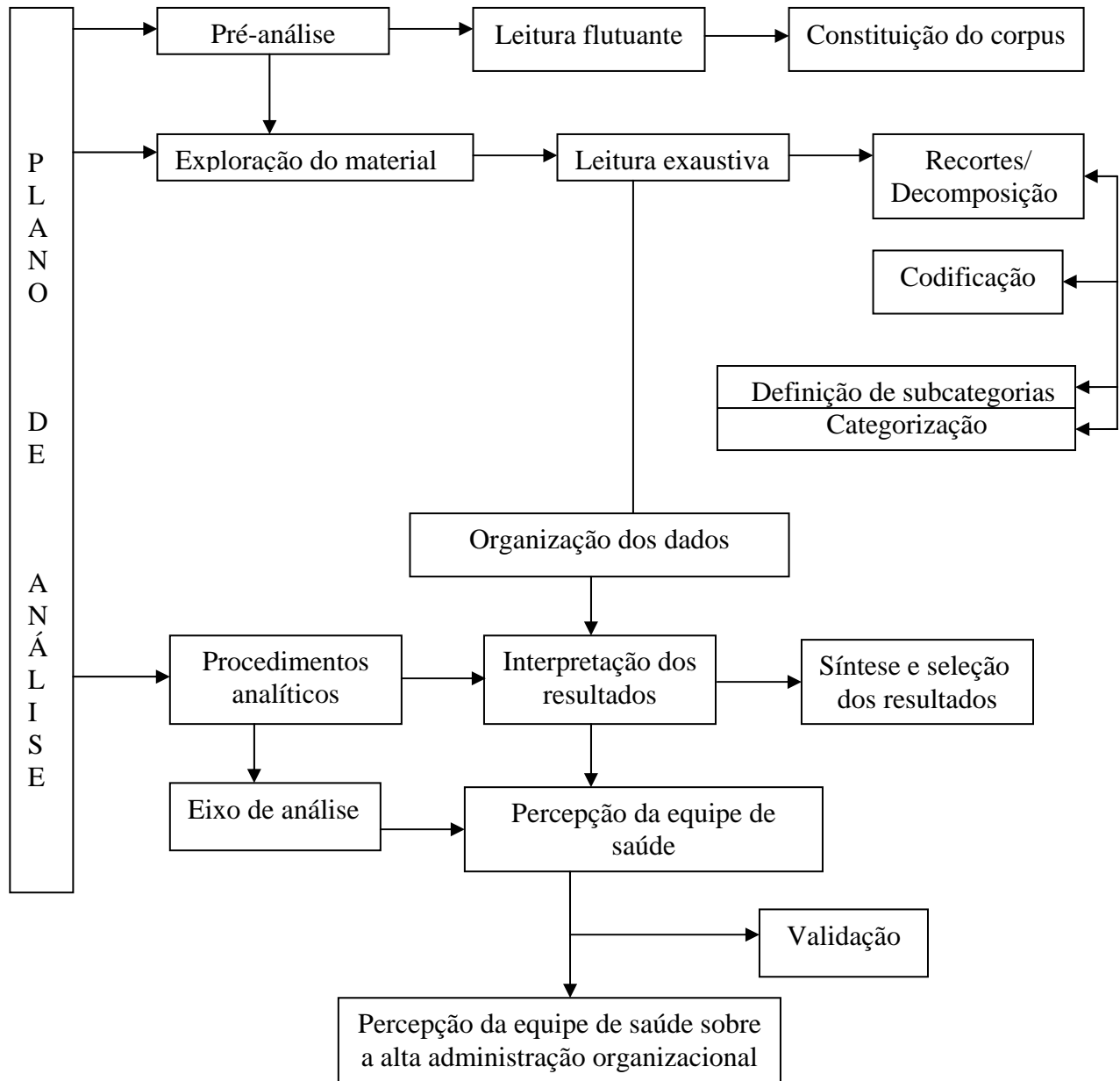


Diagrama 2 – Plano de análise

A análise de conteúdo foi efetivada a partir da atribuição da unidade de enumeração, a cada unidade de informação que foram codificadas e pela similaridade de significados foram agrupadas em subcategorias e categorias referentes à gestão da alta administração, cujos cálculos foram realizados pela frequência absoluta e relativa para verificação da ocorrência e co-ocorrência quantitativa.

A análise qualitativa do conteúdo expressa através da linguagem nas entrevistas, pela complexidade do tema, foram transcritas na íntegra, pois envolve a visão e crença pessoal dos entrevistados, destacando a dimensão ontológica das crenças sobre o objeto ou estudo

vivenciado, na experiência cotidiana de cada membro da equipe de saúde, inserido no mesmo ambiente de trabalho.

Para tanto, Vala (2001) ressalta que a análise de conteúdo é uma das técnicas mais utilizadas em pesquisas empíricas, tanto naquelas relativas às ciências sociais como nas ciências humanas, especialmente aquelas que utilizam a análise temática de conteúdo. Destaca ainda que nesta deve ser observada a análise de ocorrências para enfatizar os diferentes conteúdos expressos sob a forma de tema ou unidade de informação relacionados, que permitem inferências sobre a fonte e situação em que foi produzido o material relativo ao objeto.

De acordo com Franco (1986), tema é entendido como uma unidade de informação sobre determinado assunto, pode ser uma simples sentença constituída de sujeito e predicado ou um conjunto delas, um parágrafo. É a unidade de registro mais utilizada em análise de conteúdo, portanto é indispensável em estudos sobre valores, crenças e opiniões. Daí a importância de utilizar a unidade temática semântica para buscar o aprofundamento do conhecimento dos trabalhadores de uma organização hospitalar, sobre sua percepção acerca da gestão organizacional na qual trabalha.

Para abordagem quantitativa utilizamos a atribuição da unidade de enumeração, a cada unidade de informação ou tema para cálculo de frequência e percentual do conjunto de unidades de significados, que foram codificadas pela similaridade de conteúdos referentes à percepção dos sujeitos e agrupadas em subcategorias e categorias, para análise qualitativa da construção da percepção da equipe de saúde.

Tomamos a análise de conteúdo, especialmente à da análise temática, de enunciação e de avaliação diagnóstica de Bardin (2007) adaptadas ao objeto e objetivo do estudo. Essa técnica buscou entender o aspecto individual da fala, pois trabalha as palavras de quem as emite e tenta compreender os emissores e o seu ambiente com a contribuição do que é observado e considera as significações, o conteúdo. Assim, preocupou-se com o que está por trás das palavras, que constitui a opção de buscar aprofundar a realidade através das mensagens.

De acordo com essa autora, a análise de conteúdo possui um conjunto de instrumentos e técnicas aplicados a discursos variados, que analisa a comunicação. Delas, a análise de enunciação propõe verificar a comunicação como processo, na busca de elementos não formais e estruturais. É aplicada para apreender os variados níveis que fazem parte do discurso como condição de produção da palavra, sentido das opiniões e atitudes no estilo do discurso, além de elementos atípicos desse: recorrência, importância, ambivalência, negação,

falhas, lugares comuns, etc.

A análise qualitativa foi realizada com base no referencial teórico da percepção embasada nos conceitos de Mora (1998), Austin (1993) e Santaella (2001), nas concepções de gestão participativa e co-gestão de Campos (2007) e no conceito de gestão de Guimarães *et.al.*, (2004), por serem consideradas capazes de possibilitar interação entre toda equipe de saúde e a alta administração e uma melhoria no processo de gestão e qualidade da assistência prestada pelo serviço.

Dessa forma, foi possível perceber e descrever a produção, percepção e interpretação de estruturas significantes para a identificação da percepção da equipe de saúde sobre a gestão organizacional de uma organização hospitalar, dialogando constantemente com os atores locais, com base na vivência de ambos (pesquisador e participante da pesquisa), compreendendo o ambiente onde ocorre, a interação social de acordo com essa percepção, além dos seus significados.

Segundo Bardin (2007) e Vala (2001), a análise de conteúdo busca conhecer o que está por trás das informações, tomando como objeto a fala, os pontos individuais da linguagem.

Ainda segundo esses autores, produzimos uma análise de conteúdo, que ocorreu no sentido de dissociar os dados da fonte e condições de complexidade em que foram gerados, e estes colocados em um contexto construído com base nos objetivos e objeto da pesquisa, daí procedemos às conclusões, utilizando conceitos analíticos que, articulados, tornam possível formular regras para inferência. Desse modo, essa complexidade de condições que o gerou deve ser considerada pelo analista que constrói um modelo capaz de expressá-la, fazendo inferências a pelo menos uma delas.

Nessa perspectiva, tratou-se de desfazer um discurso para formular outro, num processo identificando e atribuindo significados, considerando a dinâmica existente entre as condições de produção de um discurso a analisar e as de análise.

Neste estudo, essa técnica esteve integrada ao procedimento lógico de investigação empírico do estudo de caso Yin (2005), que atende ao nível de investigação empírico descritivo, que visa uma descrição exhaustiva de um caso como a percepção da equipe de saúde sobre a alta administração de um hospital, mostrando os significados atribuídos por esses sujeitos à gestão organizacional, em curso na organização.

Também a análise de conteúdo permitiu trabalhar com a correspondência e entrevista aberta. Na prática fizemos a análise da entrevista através da pergunta com que frequência ocorre um determinado signo para a percepção acerca da gestão organizacional, como é

relatado o que acontece e o que é importante, que pretende uma quantificação simples que permita perceber o tema, centros de interesse sobre a gestão organizacional da alta administração.

Nessa sequência, cabe saber as características e atributos relacionados ao objeto percepção da gestão da equipe de saúde e como se refere às atitudes e sistemas de crenças da equipe de saúde sobre a gestão organizacional da alta administração na realidade estudada, e ainda, perceber a associação ou dissociação entre os objetos, sendo o material analisado pensado como uma estrutura na qual realizamos análise de ocorrência, repetição dos relatos.

Assim, constituímos as “ideias chave” corpus da pesquisa relatos da equipe, no que concerne à gestão da alta administração, através da qual realizamos a subcategorização e categorização, definindo-se a unidade de análise que nesse caso foi a semântica, constituída pelo tema ou unidade de informação acatando a definição Franco (1986) sobre o tema que integra objeto, sujeito e predicado (OSGOOD, 1959, *apud* VALA, 2001). Essa matriz de pensamento manifestada através da linguagem nem sempre revela uma lógica formal, mas envolve convenções e significados, racionais ou não, conscientes e inconscientes. Essas categorias são os elementos chave, um código do analista.

Tendo-se desenvolvido todas as operações anteriores corretamente, estabelecemos a quantificação, que foi descrita e analisada de forma geral com base na frequência absoluta e relativa das unidades de análise que corresponde às categorias simbólicas e suas respectivas subcategorias, para que se tenha uma visão ampliada da importância e do que é evidenciado na percepção dos informantes.

Desse modo, para análise qualitativa procurou-se efetivar a organização dos dados para composição do *corpus* da pesquisa, acatando as sugestões de Vala (2001), quando foram considerados três tipos de unidades a seguir: unidade de contexto, que corresponde ao parágrafo; unidade de análise ou unidade de registro, a frase ou tema ou informação; e unidade de enumeração.

Pré-análise: nessa fase foi efetivada a leitura flutuante dos parágrafos que se apresentaram relacionados à percepção da gestão para a composição do *corpus* ou agrupamento de conteúdos das entrevistas, que foram extraídos de 24 entrevistas.

Em seguida, foi realizada a exploração do material com leitura exaustiva do material, recortes, decomposição, seleção das unidades de análise e de enumeração.

Nesta etapa, utilizamos a abordagem de Vala (2001), que diferencia dois tipos de unidades: a formal e a semântica, sendo a primeira constituída de palavras, frases, personagens ou intervenções de um informante, a última formada pelo tema ou unidade de

informação, podendo ser uma unidade linguística, sendo esta a escolhida por se constituir em unidade de enumeração para análise estatística de frequências simples e percentual, procurando unir os aspetos numéricos e qualitativos como recomenda Serapione (2000).

Estas unidades de análise ou informação constituídas a partir da leitura flutuante e definição do *corpus* das entrevistas foram mapeadas, os temas emergentes dos depoimentos dos sujeitos, considerando as similaridades e definidas as subcategorias, posteriormente codificadas, através das unidades semânticas e núcleos de significados para em seguida serem categorizados e passar para a terceira etapa, que é o tratamento e interpretação dos dados. Dessa forma, esse percurso resultou na construção de 5 (cinco) categorias com suas respectivas subcategorias conforme apresentadas abaixo:

Categoria 1 – Concepção da gestão da alta administração

Nesta categoria foram agrupadas as unidades de análises temáticas nas quais os pesquisados expressaram o conjunto de elementos relativos à alta administração de uma organização hospitalar de um município do interior da Bahia, a partir de suas próprias percepções. Estas foram apresentadas sob a forma de conceitos que especificaram os tipos de gestão da organização em estudo, que estão relacionadas pela similaridade de núcleos de significados às seguintes subcategorias distribuídas em 72 unidades de análises temáticas: gestão tradicional, autocrática, amadora e em mudança, apresentadas no diagrama 3.

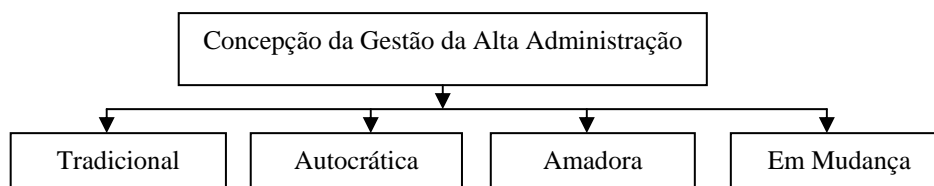


Diagrama 3 – Concepção da gestão de uma organização hospitalar em uma cidade do interior da Bahia, segundo participantes da pesquisa. Bahia, 2008

Categoria 2 – Requisitos necessários à alta gestão

A segunda categoria refere-se à percepção da equipe de saúde sobre os requisitos necessários para subsidiar o andamento da gestão e possibilitar a participação e democracia entre os integrantes da organização.

Requisitos necessários de acordo com Abbagnano (2007) são o conjunto de condições que podem instrumentalizar a alta administração para o alcance dos objetivos da organização,

respeitando seus aspectos legais como missão e filosofia.

Nesta categoria, as respostas da equipe de saúde identificam treze subcategorias, distribuídas em 161 unidades de análise temáticas assim relacionadas: Requisitos necessários à alta administração, relacionado à organização; à abertura de espaço à interação e à participação, referentes à existência e inexistência; valorização profissional; amor ao trabalho; melhoria das condições de trabalho; acompanhamento, capacitação e transparência, e à equipe de saúde apenas: conhecimento e experiência. Conforme o diagrama:

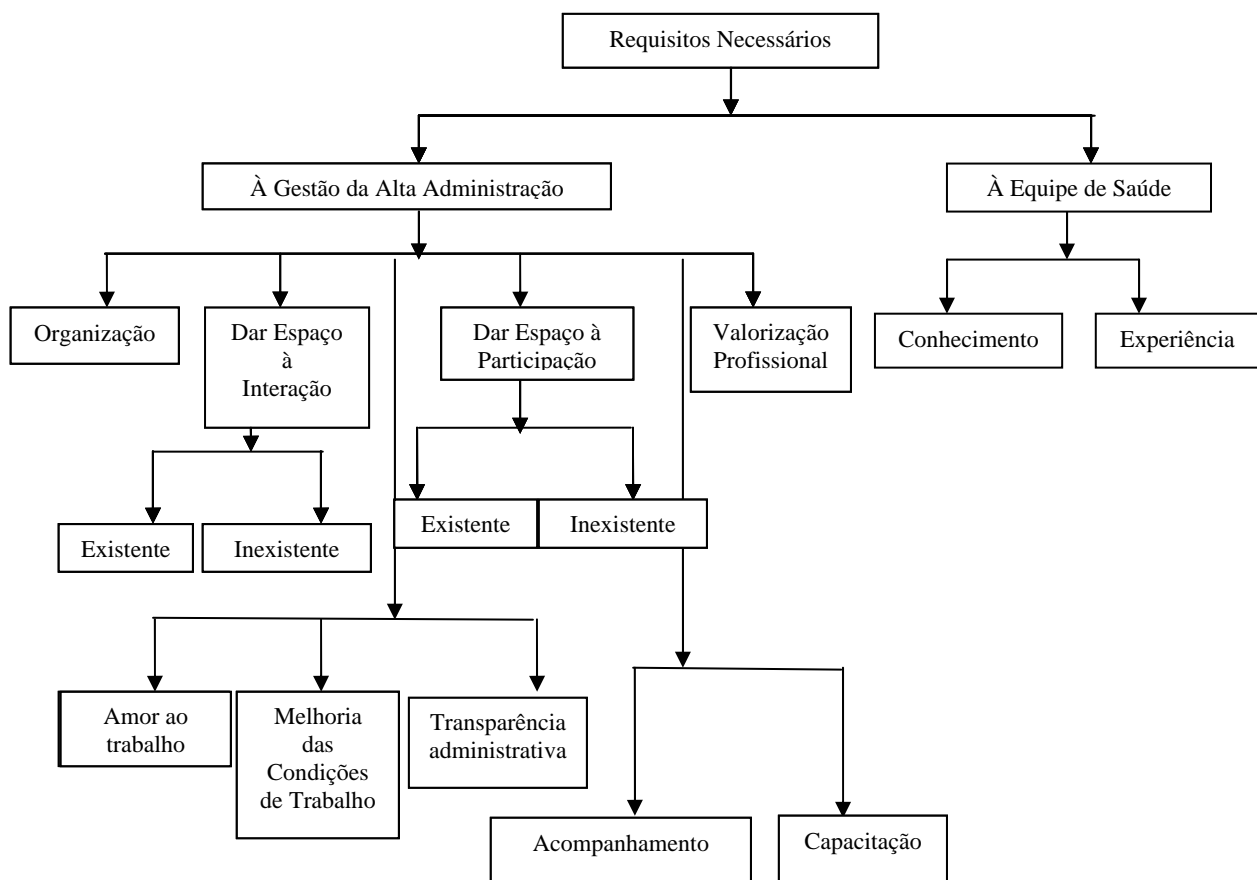


Diagrama 4 – Requisitos Necessários à gestão de uma organização hospitalar em um município do interior da Bahia, segundo participantes da pesquisa. Bahia, 2008

Categoria 3 – Valorização da gestão

Foram agrupadas as unidades temáticas, expressas pela equipe de saúde, no conteúdo analisado, sobre a gestão da alta administração hospitalar de uma Unidade Hospitalar, localizada no interior do Estado da Bahia, a partir dos significados por ela apresentados. Estes foram apresentados sob a forma de conceitos que especificam as percepções, crenças e visões sobre a gestão da alta administração hospitalar, que estão descritas pelas suas semelhanças em

22 unidades de análise temáticas: valorização da gestão existente e inexistente parcialmente, conforme diagrama 5.

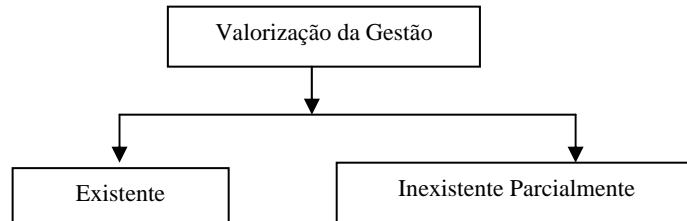


Diagrama 5 – Valorização da gestão de uma organização hospitalar de uma cidade do interior da Bahia, segundo depoentes da pesquisa. Bahia, 2008

Categoria 4 – Dimensão Ontológica

Nesta categoria, foram agrupadas às unidades de análise temática apresentadas pelos depoentes sobre a alta administração hospitalar, considerando suas percepções. Estas foram demonstradas sob a forma de conceitos e especificam as crenças, valores do ser que faz parte da organização, na qual se identifica e acredita na mudança dessa realidade, a partir das relações de altruísmo, reconhecimento de si, do outro como membro da equipe e da gestão, nas suas fragilidades e relações, ao tempo que percebem a necessidade de transformar essa realidade, buscando uma gestão compartilhada e participativa.

Nessa categoria estão agrupadas, pelas semelhanças de significados quatro subcategorias distribuídas em 80 unidades de análise temáticas: expectativas, participação, capacitação e valorização pessoal. Conforme diagrama 6.

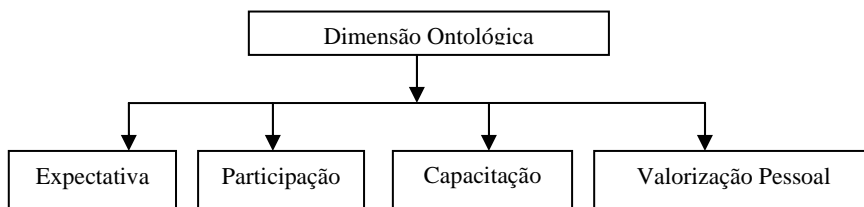


Diagrama 6 - Dimensão Ontológica sobre a gestão de uma organização hospitalar em uma cidade do interior da Bahia, segundo participantes da pesquisa. Bahia, 2008

Categoria 5 – Fatores Intervenientes

Essa categoria é composta por 41 unidades de análise e compreendem as unidades temáticas em que as informantes expressaram sua percepção em relação aos fatores que interferem no desenvolvimento da gestão, que foram divididos em facilitadores e limitantes, sendo estes relacionados a fatores políticos, recursos tecnológicos e materiais, recursos financeiros e humanos.

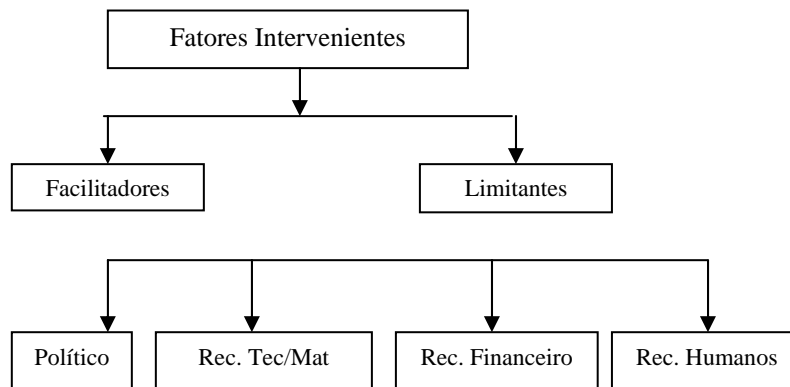


Diagrama 7 – Fatores Intervenientes na gestão de um hospital do interior do Estado da Bahia, de acordo entrevistados da pesquisa. Bahia, 2008.

A seguir, conforme plano de análise apresenta-se a análise e discussão dos resultados, iniciando com a caracterização dos sujeitos, que participaram da pesquisa, seguida da importância da percepção da equipe de saúde sobre a gestão da alta administração e, na sequência, a percepção da equipe de saúde sobre a gestão da alta administração da referida organização.

4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir dos objetivos propostos, foi efetivada uma leitura minuciosa da evolução da gestão no Brasil, incluindo os aspectos históricos e filosóficos da gestão hospitalar e a gestão e percepção no ambiente de trabalho e a construção da percepção da equipe de saúde sobre a alta administração hospitalar.

Os informantes que fazem parte do quadro gerencial da alta administração são constituídos de profissionais que atuam nessa área da organização em estudo e se mantêm nesse quadro há mais de nove anos, o que nos leva a inferir uma acomodação na manutenção da posição da alta gestão, também se torna importante para em momento oportuno fortalecer a discussão, pois todos os informantes, a partir dos critérios estabelecidos, tiveram oportunidade de atuação com o mesmo quadro gerencial.

Observou-se que a leitura realizada também proporcionou meios para a construção do conhecimento empírico sobre a gestão organizacional, através da relação e percepção dos trabalhadores da equipe de saúde dessa organização de médio porte localizada em um município do interior da Bahia.

Para tanto, foi utilizado o conceito de gestão paricipativa e co-gestão de Campos (2007), o qual procura articular o formato de atendimento à saúde com a participação dos envolvidos nesse trabalho, não só quem executa, como quem participa da gestão. Dessa maneira, deve-se buscar implementar as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e garantir a motivação que eleva a auto-estima dos profissionais, fortalecendo o empenho, a criatividade e responsabilidade para solução de dificuldades no andamento do serviço.

Essa proposta exige um comprometimento de construir um pacto na gestão, isto é, estabelecer relações formais e/ou informais, em que se insere a participação entre governo e governados, que constituem: alta administração, equipe de saúde e todos os trabalhadores, incluindo também a comunidade.

Assim, segundo Morin (2006), deve fortalecer a qualidade da comunicação e ariculação interna e externa nessa unidade hospitalar, embasadas na humanização, solidariedade, responsabilidade com autonomias relativas, que envolvam as relações interpessoais. Portanto, um modelo que faça rever criticamente a forma hegemônica de pensar a gestão, para uma construção e realização da co-gestão, com conseqüente formação de uma equipe capaz de analisar e intervir na vida da organização.

Também utiliza-se como base a concepção de Guimarães *et al.* (2004) que destaca a gestão como a capacidade que uma organização possui de formular projetos e ver se o seu

desenvolvimento está certo ou de acordo com o que rege os modelos internos dos projetos políticos e instrumentos legais voltados às condições logísticas para que ocorram a articulação, mobilização de alianças, recursos políticos estratégicos e assegurar o alcance de objetivos comuns e melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

Nesse sentido, a gestão em saúde, segundo Guimarães *et al.* (2004), assegura a necessidade de envolvimento dos diferentes recursos de produção, não só de bens materiais e serviços, como o controle do seu desenvolvimento. Portanto reúnem recursos humanos, financeiros, materiais, relativos às condições logísticas de trabalho que exigem uma organização capacitada, através da utilização de estratégias políticas em parceria, na qual incluímos a capacitação, a comunicação e interação positiva com todos os elementos envolvidos para alcançar objetivos comuns e proporcionar satisfação de toda equipe de trabalho; conseqüentemente melhora da qualidade de serviço. Essa gestão pode favorecer a construção da percepção que envolve a organização hospitalar, melhoria das condições de trabalho e a interação que ocorrem no desenvolvimento da percepção sobre a alta gestão.

Percepção, neste estudo, é entendida como a união de núcleos de significados específicos sobre a gestão da alta administração hospitalar resultante da junção de unidades de análise temáticas de conteúdo ou informações expressas, através da linguagem, frente aos aspectos de subjetividade encontrados nas falas da equipe de saúde. Estes demonstram a interpretação, organização e seleção das informações, pela proximidade ou semelhança de significados ou sentidos, sobre o objeto em estudo – gestão hospitalar ou administração hospitalar (ABBAGNANO, 2007).

Na seqüência, primeiramente, demonstra-se o quadro 1 com os dados que caracterizam o perfil sociodemográfico dos informantes, seguido da tabela que ressalta a capacitação desses.

Quadro 1 – Perfil dos informantes da pesquisa segundo as variáveis sócias demográficas – Bahia, 2008

Número de Sujeitos	CATEGORIAS PROFISSIONAIS													
	a	b	c	d	E	f	g	h	Idade		Sexo		Tempo de Serviço	
											Masc.	Fem.		
8	-	1	-	1	-	-	-	-	20 - 30	2	1	1	1 - 9	8
3	-	4	-	-	-	-	-	-	30 - 40	4	-	4	9 - 17	3
7	5	2	1	-	1	-	-	1	40 - 50	10	8	2	17 - 25	7
3	-	1	2	-	-	1	1	-	50 - 60	5	2	3	25 - 32	3
3	3	-	-	-	-	-	-	-	60 - +	3	3	-	32 - +	3

Fonte: Entrevista com a equipe de saúde

Legenda:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| a) Médicos | e) Técnico em radiologia |
| b) Técnico e auxiliar de enfermagem | f) Dentista |
| c) Bioquímico | g) Nutricionista |
| d) Técnico em laboratório | h) Fisioterapeuta. |

Observando o quadro 1 acima, com os dados que caracterizam o perfil sociodemográfico dos informantes da pesquisa, que 10 dos informantes da pesquisa estão na faixa etária de 40 a 50 anos, sendo 8 do sexo masculino e 2 do sexo feminino, com predominância de 5 médicos, além de 7 terem como tempo de serviço de 17 a 25 anos.

Esses dados ressaltam a grande experiência dos informantes na organização e, portanto, o amadurecimento para expressar a percepção sobre a alta gestão hospitalar que, somada àqueles com maior idade e tempo de serviço entre 25 e mais de 32 anos, perfazem a maioria com o total de 13 e 14, do sexo masculino.

A seguir apresenta-se a tabela 1 com a distribuição dos informantes que realizaram capacitação:

Tabela 1 – Distribuição dos dados referentes à capacitação profissional segundo os informantes, Bahia, 2008

Categoria Capacitação	a	B	c	d	e	f	g	h	N.24	
									Total	
									Frequência	
	Nº	%								
SIM	5	8	3	1	1	1	1	1	17	70,83
NÃO	3	-	-	-	-	-	-	-	7	29,17
TOTAL	8	8	3	1	1	1	1	1	24	100

Fonte: Entrevista com equipe de saúde

Legenda:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| a) Médicos | e) Técnico em radiologia |
| b) Técnico e auxiliar de enfermagem | f) Dentista |
| c) Bioquímico | g) Nutricionista |
| d) Técnico em laboratório | h) Fisioterapeuta. |

Na tabela acima, observa-se a capacitação profissional para o exercício da profissão, com os dados referentes à execução de capacitação.

Verifica-se nessa tabela que a maioria dos profissionais (70,83%) realizou algum tipo de capacitação ou treinamento que foram citados após a afirmação do respectivo tipo. Dentre esses, destacamos 5 médicos, que realizaram curso de especialização e atualização, sendo respectivamente dois especialização em ginecologia e obstetrícia e os demais atualização nas áreas de clínica médica, gastroenterologia, fertilidade masculina, através do sistema de educação à distância. Também a dentista fez especialização em endodontia e a nutricionista em administração hospitalar, planejamento e organização.

Quanto aos demais profissionais, ressaltaram terem feito cursos de atualização e extensão, assim distribuídos conforme especialidade: o técnico de laboratório realizou atualização em hematologia e bioquímica; o técnico de radiologia em tomografia e mamografia; e a fisioterapeuta curso de extensão, cuja área não foi especificada. Vale destacar que todos os técnicos e auxiliares de enfermagem fizeram apenas cursos de atualização em esterilização e procedimentos de enfermagem, sendo que todos os informantes ressaltaram que a realização dos referidos cursos ocorreu por iniciativa e recursos próprios.

Nessa situação, observa-se que apenas uma profissional (nutricionista) fez o curso de especialização na área específica deste estudo, entretanto, não ocupa cargo na alta administração da organização, "locus" deste estudo.

Inferimos que essa condição pode estar interferindo na gestão hospitalar que posteriormente será abordado na análise qualitativa sobre a percepção desses trabalhadores. Prosseguimos, apresentando a importância da percepção da equipe de saúde sobre a gestão de uma organização hospitalar.

4.1 IMPORTÂNCIA DA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE A GESTÃO DA ALTA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Para apreensão da importância da percepção da equipe de saúde, utilizamos os conteúdos expressos pela linguagem veiculada no ambiente hospitalar onde estão inseridos os sujeitos, pois o discurso expressado pelo grupo mostra as formas de compreensão e visão da gestão, cuja importância é apresentada a seguir.

Dessa forma, apresentamos a importância da percepção da equipe de saúde sobre a gestão da alta administração de uma organização hospitalar, utilizando como base os conceitos e modelos de gestão, especificamente a participativa de Campos (2007), seguida da análise qualitativa resultante do conhecimento empírico e significações apreendidas no discurso dos entrevistados deste estudo.

Como previsto na metodologia, os resultados quantitativos são descritos e analisados de uma forma geral com base na frequência absoluta e relativa das unidades temáticas que correspondem às categorias e respectivas subcategorias, dando assim uma visão geral de sua importância e do que é destacado pelos depoentes através da percepção, que foi agrupada pela similaridade de unidades temáticas ou de informações em cinco categorias empíricas, vinte e oito subcategorias, como produto de 376 unidades de análise, apresentadas no Quadro 2 a seguir:

Quadro 2 – Distribuição das Categorias e Subcategorias da Percepção da Equipe de Saúde sobre a Alta Administração de uma Organização Hospitalar – Bahia, 2008

Categorias	Subcategorias	Códigos	Unidades de Análises			
			Subtotal		Total	
			F	%	F	%
N.376						
CATEGORIA – 1 – (CA) Concepção da Gestão					72	19,17
	- Tradicional	CAtr	6	1,59		
	- Autocrática	CAau	30	8,00		
	- Amadora	CAam	13	3,46		
	- Em Mudança	CAem	23	6,12		
CATEGORIA – 2 – (RN) Requisitos Necessários - (RN)					161	42,81
	- À Administração	RNa	130	34,57		
	- Organização	RNor	16	4,26		
	- Dar espaço à Interação	RNei			44	11,70
	. Existente	RNeie	8	2,13		
	. Inexistente	RNeii	36	9,60		
	- Dar espaço à Participação	RNpa			21	5,58
	. Existente	RNpae	2	0,53		
	. Inexistente	RNpai	19	5,05		
	- Valorização Profissional	RNvp	5	1,32		
	- Amor ao trabalho	RNat	2	0,53		
	- Melhorar Cond. de Trabalho	RNct	21	5,58		
	- Acompanhamento	RNac	8	2,12		
	- Capacitação	RNca	8	2,12		
	- Transparência Adm.	RNta	5	1,33		
	- À Equipe de Saúde	RNes	31	8,24	31	8,24
	- Conhecimento	RNco	20	5,32		
	- Experiência	RNex	11	2,92		
CATEGORIA – 3 – (VG) Valorização da Gestão.– VG					22	5,85
	- Existente	VGe			15	3,98
	- Inexistente	VGi			7	1,86
CATEGORIA – 4 – (DO) Dimensão Ontológica – (DO)			80	21,27	80	21,27
	- Expectativa	DOex			4	1,06
	- Participação	DOpa			18	4,78
	- Capacitação	DOca			18	4,78
	- Valorização Pessoal	DOvp			40	10,64
Categoria – 5 – (VB) Fatores Intervenientes (FI)					41	10,90
	- Facilitadores	FIfa	2	0,53	2	0,53
	- Limitantes	FILI			39	10,37
	. Políticas	FIpo	4	1,06		
	. Rec. Tecnológicos/Mat.	FImt	8	2,13		
	. Recursos Financeiros	FIrf	13	3,46		
	. Recursos Humanos	FIrh	14	3,72		
TOTAL					376	100

Fonte: entrevista com a equipe de saúde.

Tais categorias foram fundamentais para a análise da importância da percepção considerada pela equipe de saúde e foram nomeadas em conformidade com os núcleos de significados: concepção da gestão (CG), requisitos necessários à gestão da alta administração (RN), valorização da gestão (VG), dimensão ontológica (DO) e fatores intervenientes (FI), com respectivas subcategorias, cuja análise será desenvolvida, a partir da ordem de prioridade atribuída pelos informantes.

Conforme prioridade dos depoentes, as categorias foram distribuídas e analisadas na seguinte ordem: Requisitos Necessários; Dimensão Ontológica; Concepção da Gestão; Fatores Intervenientes e Valorização da Gestão, cuja análise segue essa condição.

a) Requisitos necessários à alta administração

A categoria mais destacada, com 161, 42,81% das unidades temáticas de conteúdo foi a requisitos necessários, pondo em evidência duas grandes subcategorias: a primeira: requisitos necessários à alta administração (RNa), distribuída em 130 (34,57%) unidades de informação referentes à organização (RNor), a abertura de espaço à interação (RNei) e à participação (RNpa), valorização profissional (RNvp), amor ao trabalho (RNam), melhoria das condições de trabalho (RNct), necessidade de acompanhamento (RNac) e de capacitação (RNca), transparência administrativa (RNtr); a segunda grande subcategoria: requisitos necessários à equipe de saúde, com apenas 31 (8,24%) das unidades temáticas relativas ao: conhecimento (RNco), constituído de 20 (5,31%) das unidades e experiência (RNex), com 11 (2,92%), as quais serão discutidas e analisadas qualitativamente.

Essa situação coaduna-se com os conceitos de gestão de Guimarães *et.al.* (2004) e de gestão participativa de Campos (2007), que ressaltam os recursos necessários, como conjunto de elementos e condições, os quais apontados e dialogados entre todos os atores devem compor a organização, para subsidiar e instrumentalizar a gestão da alta administração, especialmente a da organização hospitalar em estudo para melhorar a qualidade do serviço prestado à comunidade.

Considerando o conceito acima, é possível inferir que a posição que os depoentes apresentam através da linguagem mostra esses elementos como imprescindíveis para o alcance das metas da organização, que exigem a construção de um projeto que contemple os objetivos comuns dos usuários internos e externos.

Observa-se, no entanto, que os requisitos necessários são apresentados em sua maioria para a alta administração, salientando a responsabilidade dessa sobre o andamento da gestão,

que necessita de algumas mudanças, pois é da alta gestão a responsabilidade de promover um ambiente de trabalho salutar.

A responsabilidade é ressaltada pela concepção de Santa Rosa (1999), que a vincula ao conhecimento acumulado pelos profissionais no curso de sua experiência de vida, suas ações, ou formas como conseguem captar sua atuação profissional diante das mudanças que ocorrem no mundo. Portanto, a responsabilidade, segundo Cruz (2003), é entendida como sendo a consequência do que ocorre entre a interação e comunicação dos trabalhadores inseridos na mesma organização, ou em um grupo inserido num contexto.

Na sequência, dentre a subcategoria relacionada à gestão da alta administração, encontra-se a necessidade de organização, de abertura de espaço à interação que é inexistente com o maior percentual das unidades temáticas com 36 (9,60%) dessas seguido de abertura de espaço à interação que é existente em 8 (2,13%) das unidades temáticas, enquanto a necessidade de organização contém 16 (4,26%) das unidades de análise, dessa subcategoria.

Nesse sentido, infere-se que a ausência de espaço à interação limita o bom funcionamento da organização, que não depende somente da alta administração, é imprescindível que não só a interação como abertura à participação seja priorizada para que a gestão seja efetivada, como produto da participação de todos, vez que o espaço à participação existente conta com apenas 2 (0,53%) das unidades de registro, que foram dadas por dois médicos, o que leva a inferir que isso aconteça pela autonomia e respeito entre essa categoria, enquanto a inexistência da participação é encontrada em 19 (5,05%) das unidades de análise dos demais interessados, mostrando pouca relação da alta administração com a equipe de saúde.

Ainda nessa subcategoria, também encontra-se a necessidade de valorização profissional com 5 (1,32%) dos resultados, que poderia conferir ao trabalhador maior reconhecimento de sua capacidade de contribuir, além de despertar seu interesse em seguir os princípios, regras e fazer com que a organização ocorra de modo satisfatório.

Dessa forma pode oportunizar as trocas de informações para o fortalecimento das relações e atendimento de demandas e necessidades que levem ao crescimento da organização e, em consequência, a satisfação de todos os elementos envolvidos já destacados por Campos (2007) e Spagnol; Ferraz (2002).

Prosseguindo, encontra-se a necessidade de amor ao trabalho por parte da alta administração, com 2 (0,53%) das unidades, que em sendo existente entre os integrantes da organização pode facilitar as ações e assim conduzir a satisfação da equipe.

Essa satisfação, juntamente com a abertura de espaço à interação, à participação e à valorização profissional, pode fortalecer o comprometimento com o trabalho, que possibilita

uma conduta positiva para a realização de uma atividade conforme (Campos, 2007), na qual se inclui a responsabilidade de cada elemento da equipe, pelo sucesso ou insucesso da organização, e além desses requisitos, encontra-se a necessidade de melhoria das condições de trabalho, constituída de 21 (5,58%) das unidades temáticas, que pode estimular uma melhor contribuição de todos os indivíduos pertencentes à equipe de saúde para o sucesso da organização, melhoria do comportamento, que acrescidos do amor pelo trabalho, pode fazer com que a gestão aconteça de forma harmônica e sintonizada no ambiente organizacional, tendo como consequência a elevação da qualidade de serviço que chega à comunidade.

Na sequência, o acompanhamento, com 8 (2,13%) das unidades de informação, ainda como requisito necessário, podendo ser considerado como uma necessidade de um ambiente de trabalho organizado, a partir da supervisão direta dos aspectos disciplinares e orientação permanente no desenvolvimento das atividades, considerando que as relações concretas de uma equipe em seu ambiente de trabalho, para a aquisição de um aprendizado que venha favorecer mudanças condizentes ao cotidiano vivenciado CECCIM (2005). Acrescenta-se ainda a importância da equipe de saúde acompanhar a gestão em suas decisões, para fortalecer e alcançar uma gestão mais participativa. Por meio do acompanhamento é possível observar as necessidades para realização de atividades sejam elas materiais ou humanas e, dessa forma, pode-se atuar diretamente no problema.

Ainda nessa categoria surge a necessidade de capacitação da alta administração, com 8 (2,13%) das unidades temáticas, e da transparência administrativa, com 5 (1,32%) das unidades, que estão da mesma forma interligadas, pois à medida que existe a preocupação em capacitar os profissionais atuantes na organização, também se atenta para sua transparência, pois o profissional mais capacitado consegue perceber melhor o desenvolvimento da organização e com isso participar de forma ativa e criativa para alcançar os objetivos comuns.

Nessa mesma linha, Campos (2007) propõe em seus escritos a gestão colegiada como alternativa à administração tradicional, conservadora, na qual enfatiza a importância da formação de equipes dos diferentes setores, envolvendo todos os profissionais de forma a interagirem entre si, com autonomia, compromisso e responsabilidade com a saúde da comunidade e que, ao mesmo tempo, possam alcançar a satisfação no trabalho, e assim contribuir com o sucesso da gestão organizacional.

Esses resultados refletem a necessidade de momentos de diálogo, mediante realização de reuniões periódicas e acompanhamento da equipe em sua atividade, para que a alta administração e a equipe de saúde possam expressar as suas visões, crenças e percepções, a partir do conhecimento técnico científico vivenciado e acumulado com o passar dos tempos

no local de trabalho. Essa necessidade, de acordo com os informantes, parece não ser reconhecida.

Os índices de abertura de espaço à interação e a participação são inexistentes, bem como as condições de trabalho que precisam ser melhoradas, cujos resultados são respectivamente 36 (9,60%), 19 (5,05%) e 21 (5,58 %), totalizando 76 (20,23%) de unidades de análise do total encontrado.

Ainda como requisito necessário, surgem aqueles relativos à subcategoria referente à equipe de saúde que está associada à necessidade do conhecimento, apresentado com 20 (5,31%) das unidades de registro, e a experiência, com 11 (2,92%).

Salientamos que a necessidade de conhecimento da equipe de saúde parece estar equivalente à capacitação da alta administração com 20 (5,32%) e esta com 8 (2,13%) de unidades de informação, totalizando 7,45%, cuja inferência mostra a pouca preocupação dessa com a própria capacitação e com a da equipe de trabalho, cujo espaço à participação foi citado apenas por dois sujeitos da equipe médica com muita experiência. Os membros da alta administração não foram entrevistados em sua totalidade, considerando-se como sujeito, e fazendo parte desse grupo apenas o provedor, para focar o estudo especificamente na percepção da equipe de saúde.

Para melhor visualização dessa categoria, apresentamos a tabela 2, com a distribuição da frequência das unidades de análise das subcategorias da categoria requisitos necessários (RN) no sentido de destacar a importância das subcategorias.

Tabela 2 – Distribuição das frequências das unidades de análise das subcategorias da categoria requisitos necessário (RN) - Bahia – 2008

Subcategorias	Unidades de análise							
	Subtotal				Subtotal		Total	
	Existente		Inexistente					
	F	%	F	%	F	%		
- A alta gestão (RNad)	-	-	-	-			130 80,75	
. Dar espaço à Interação (RNei)	8	4,96	36	22,36	44	27,33		
. Dar espaço á part. (RNpa)	2	1,24	19	11,80	21	13,04		
. Organização (RNor)	-	-	-	-	16	9,94		
. Melhorar condições de Trab. (RNct)	-	-	-	-	21	13,04		
- Capacitação administrativa (RNca)	-	-	-	-	8	4,98		
- Fazer acompanhamento (RNac)	-	-	-	-	8	4,98		
- Transparência administrativa (RNtr)	-	-	-	-	5	3,10		
- Valorização profis.(RNvp)	-	-	-	-	5	3,10		
- Amor ao trabalho (RNam)	-	-	-	-	2	1,24		
- Á equipe de saúde (RNes)	-	-	-	-			31 19,25	
- Conhecimento (RNco)	-	-	-	-	20	12,42		
- Experiência (RNex)	-	-	-	-	11	6,83		
Total	10	6,2	55	34,16	161	100		

Fonte: entrevista com a equipe de saúde.

Nesta tabela, observa-se como destaque que duas subcategorias, a inexistência de espaço à interação e a de participação dos elementos da equipe de saúde pela alta administração, que somados perfazem 55 (34,16%) das unidades de análise, isso reforça a necessidade de abertura e diálogo da alta gestão na organização, como demonstrado na análise global acima. Para melhor visualização dessa categoria segue como exemplo sua síntese com respectivas unidades temáticas no diagrama 8:

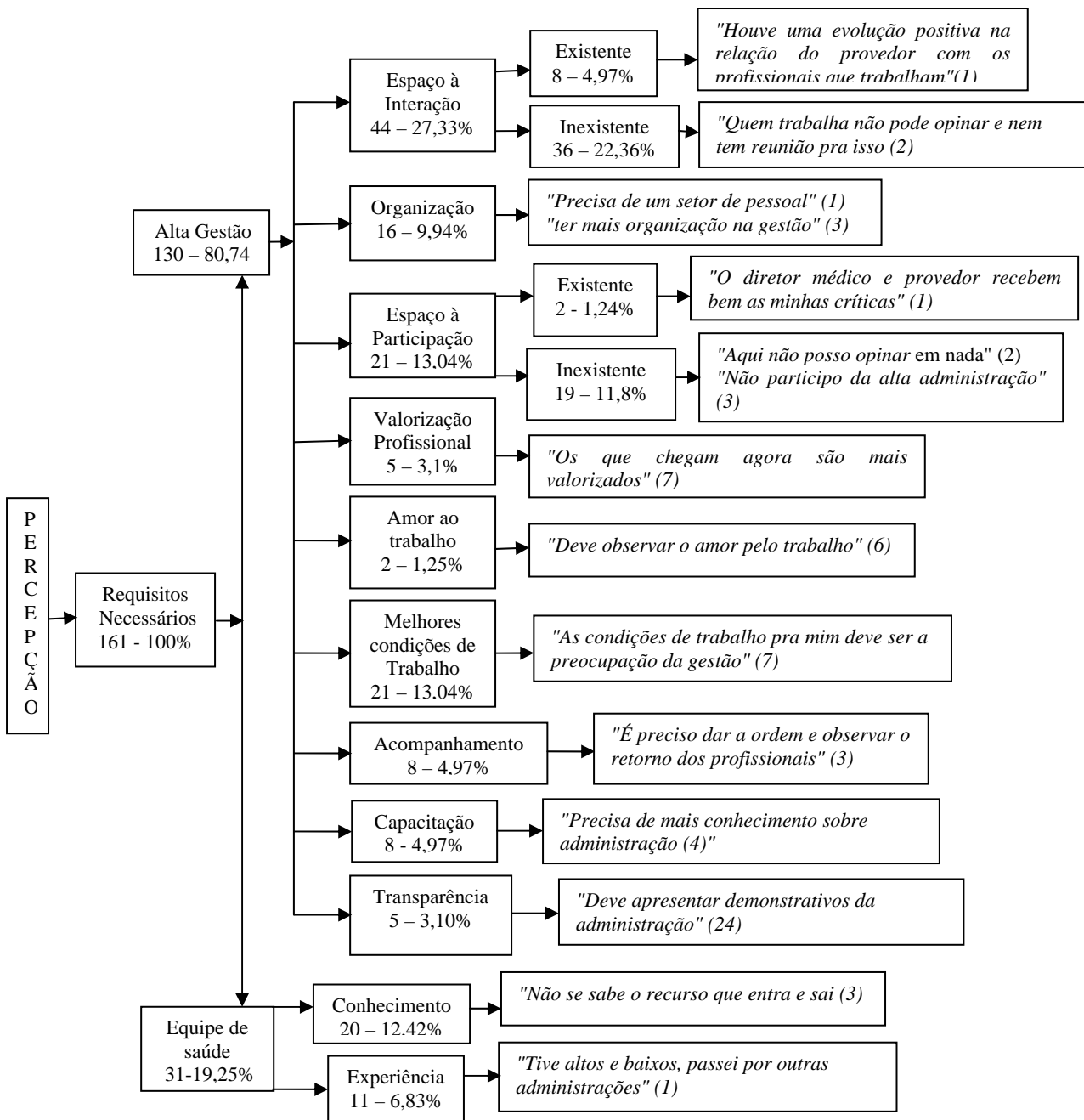


Diagrama 8 – Síntese da análise da categoria 2 – Requisitos Necessários, com respectivas subcategorias e exemplos de unidades de análise

Neste diagrama é evidenciada pela equipe a necessidade de conexão entre indivíduos, de forma recíproca, dinâmica e coletiva. Essa reciprocidade de comunicação pode ser consequência de uma necessidade num local ou setor, podendo ser de recursos humanos, materiais ou financeiros (ABBAGNANO, 2007).

Dessa forma, está clara a coerência da percepção dos informantes acerca do comportamento e conduta da alta administração, expressando os valores e o envolvimento que o grupo internaliza e experimenta no cotidiano dessa gestão. Esse entendimento se deu no espaço onde ocorrem as experiências e vivências que precedem a percepção (MORA, 1998).

Nessa mesma linha, inferimos que a integração do grupo que percebe um ao outro e seu espaço é fundamental, e sua percepção pode oferecer contribuições positivas ao ambiente organizacional, consequentemente a alta gestão.

Esse fenômeno relacional próprio do ser humano, envolvendo ser e coisas, ocorre antes ou paralelo à construção dos significados, entretanto, pode não ser formalizado e previamente agendado (ABBAGNANO, 2007).

Além dessas situações, os resultados acima mostram que, de acordo com os depoentes, a melhoria de condições de trabalho, investimento em capacitação da alta administração, o acompanhamento do serviço no momento em que acontece, a transparência, valorização da equipe e amor ao trabalho são preocupações que devem estar incluídas entre as prioridades definidas pela alta administração. Dessa forma, tornam-se elementos que, se atendidos e observados, podem reduzir a percepção de uma imagem negativa da alta administração.

Ainda nos depoimentos, os informantes percebem a pouca atenção que é dada pela alta administração ao conhecimento e à experiência da equipe. O conhecimento se refere ao conjunto de informações que assessoram o exercício de uma função, ou a maneira como são realizados técnicas e procedimentos, que podem ser utilizados na experiência profissional, para aquisição de uma forma mais coerente e correta de executá-los.

Dessa forma, a equipe aponta a necessidade de treinamento, capacitação para que possam prestar uma assistência de saúde à comunidade interna e externa de qualidade. Já a experiência consiste no acúmulo de vivências que os indivíduos acrescentam aos conhecimentos para serem aplicados na organização, a qual exige reconhecimento e valorização por parte da administração. Prosseguindo, apresenta-se a para discussão a segunda categoria mais destacada: Dimensão Ontológica.

b) Dimensão ontológica da percepção sobre a alta gestão

A segunda categoria na análise global mais ressaltada pelos sujeitos, com maior número de unidade de análise, foi a dimensão ontológica (DO) com 80 (21,27%) das unidades, que envolvem a necessidade de valorização pessoal com (DOvp) 40 (10,64%), das unidades temáticas, abertura a participação (DOpa) com 18 (4,78%), e a promoção de capacitação profissional (DOca) ambas com 18 (4,78%) e expectativa (DOex) com apenas 4 (1,06%) das unidades de registro. Nessa categoria, são demonstrados através de suas subcategorias os aspectos relacionados não só às aspirações, como às condições necessárias que se referem às percepções gerais sobre a gestão da alta administração especialmente, pois demonstram a exigência de um o modelo de gestão compartilhado e participativo no qual a alta administração e equipe de saúde possam atuar com maior liberdade e autonomia, como propõe Campos (2007).

Nessa categoria, prevalece a necessidade de valorização pessoal, com 40 unidades de informações, 10,64% do total de 80 (21,27 %), quando é demonstrado o interesse da equipe de saúde em colaborar com a alta administração, no caso da gestão participativa cuja alternativa parece bem aceita pelo grupo. Ainda nessa categoria, a capacitação e a participação aparecem com 4,78% de unidades temáticas, cada uma totalizando 9,56% que são alimentadas pela expectativa da equipe de saúde, com apenas 4 (1,06%) das unidades de registro que podem demonstrar um sinal de necessidade de avanço nesses aspectos.

Prosseguindo, apresenta-se a tabela 3 para discussão da segunda dessa categoria, no sentido de salientar a importância de suas respectivas subcategorias.

Tabela 3 – Distribuição das frequências das unidades de análise das subcategorias da categoria dimensão ontológica (DO) - Bahia – 2008

Subcategorias	Unidades de análise	
	F	%
- Valorização Pessoal (DOvp)	40	50,00
- Capacitação (DOca)	18	22,50
- Participação (DOpa)	18	22,50
- Expectativa (DOex)	4	5,0
Total	80	100

Fonte: entrevista com a equipe de saúde.

Na tabela acima, observa-se maior destaque das unidades de análise referentes à dimensão ontológica valorização pessoal constituída de 40 (50%) do seu total de unidades

temáticas, seguida das subcategorias capacitação e abertura de espaço à participação, pois as mesmas tratam de situações nas quais os sujeitos incluídos num tempo e espaço assinalam valores, crenças e visão dos problemas que nela ocorrem, relatando suas causas e efeitos considerando a percepção da gestão organizacional (ABBAGNANO, 2007).

Na subcategoria valorização pessoal os sujeitos expressam as unidades de análise nas quais demonstram o entendimento, interpretação que estabelecem em sua participação e importância nesse ambiente hospitalar, nas quais revelam a necessidade de maior democracia e que devem tomar decisões relativas a cada setor, como também inclusão de sua contribuição e participação indireta na gestão, que são asseguradas pelas expectativas necessárias às mudanças.

Para melhor visualização dessa categoria, segue como exemplo sua síntese com respectivas unidades temáticas no diagrama 9:

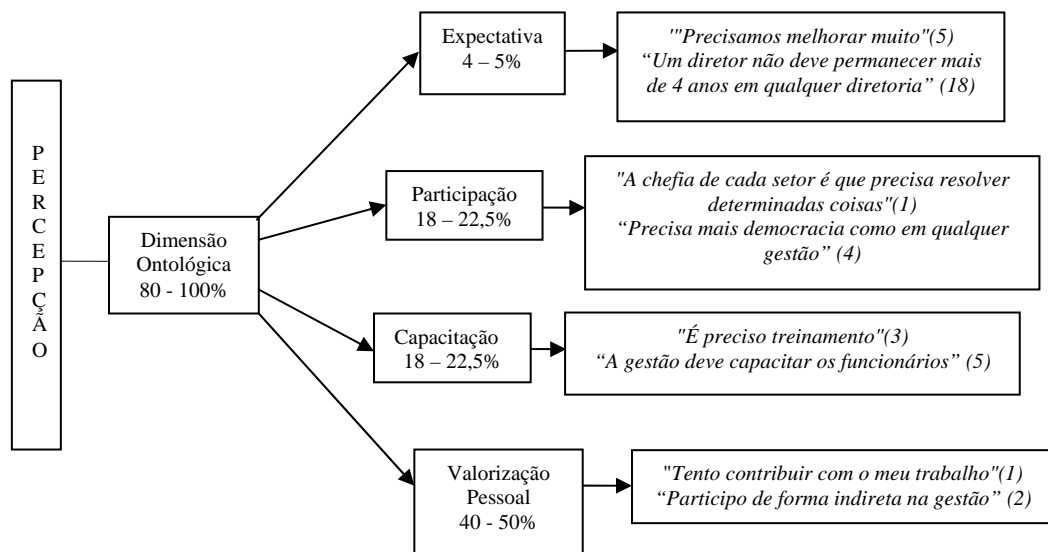


Diagrama 9 – Síntese da análise da categoria 4 – Dimensão Ontológica, com respectivas subcategorias e exemplos de unidades de análise.

Na sequência, apresenta-se a terceira categoria mais destacada para análise e discussão.

c) Concepção da gestão da alta administração

A terceira categoria mais salientada é a concepção da gestão (CG) com 19,17% de unidades de análise, e respectivas subcategorias: gestão tradicional (CGtr) com 6 (1,59%) das unidades temáticas, autocrática (CGau) com 30 (7,97%), que pela similaridade ao serem somadas perfazem um total de 36 (9,56%) das unidades de registro que podem demonstrar a

ausência de capacitação, atualização e treinamento dos próprios gestores, seguida da amadora, (CGam) com 13 (3,45%), e em mudança (CGem), com 23 (6,11%). Essa visão expressa pelos informantes retrata uma percepção da gestão vigente que se mostra seguindo uma conduta do passado, opondo-se à atitude crítica que pode permitir ao indivíduo mais liberdade de juízo ou julgamento, que pode mudar, quando se mudam as expectativas, especialmente no que se refere às técnicas absorvidas que podem permitir a criatividade e participação ativa da equipe em toda gestão organizacional.

Nessa perspectiva, Campos (2007) propõe fortalecer os sujeitos e democratizar-se a gestão na organização, tornando-a mais participativa e conseqüentemente revendo o modelo hegemônico de gestão, que, apesar de em outros momentos ter sido de grande contribuição à gestão, atualmente está defasado, embora mantenha-se fortalecido na gestão em análise. Para tanto, Spagnol (2004) sugere que as organizações hospitalares devem adotar modelos gerenciais mais ágeis e flexíveis, procurando acompanhar as novas demandas dos usuários, nas quais incluímos a equipe de saúde.

Prosseguindo apresenta-se a tabela 4 para discussão dessa categoria conforme prioridades das depoentes: Concepção da Gestão (CG) no sentido de salientar a importância de suas subcategorias.

Tabela 4 – Distribuição das frequências das unidades de análise das subcategorias da categoria concepção da gestão (CG) - Bahia - 2008

Subcategorias	Unidades de análise	
	F	%
- Autocrática (CGau)	30	41,67
- Em Mudança (CGem)	23	31,94
- Amadora (CGam)	13	18,05
- Tradicional (CGtr)	6	8,34
Total	72	100

Fonte: entrevista com a equipe de saúde.

Na tabela 4 acima, podemos observar que a equipe de saúde atribuiu maior importância à subcategoria autocrática (CGau), com 41,67% das unidades de análise temática. Essa categoria possui significado expressivo no que se refere ao tipo de gestão vivenciada pelos sujeitos nessa organização. Isso pode denotar a existência de tomadas de decisões pouco fundamentadas nos valores e crenças da equipe de saúde. Revela o modelo conservador e ainda pautado em características de uma gestão que insiste em manter-se hegemônica, que

valoriza a estrutura hierárquica verticalizada, com foco na produção, centralizadora, e pouco preocupada com a qualidade.

De acordo com os depoimentos da equipe de saúde, percebemos a existência de palavras que evidenciam características de uma condição de auto-suficiência da alta administração, que parece concentrar o poder de decisão nela mesma, prescindindo da capacidade dos trabalhadores, em particular da equipe de saúde, de participar ativamente da gestão organizacional dessa unidade hospitalar. Dessa forma, não é concedido à equipe participar nessa gestão.

Entretanto, surge a subcategoria em mudança, que pode estar apontando uma possibilidade de transformação próxima, confrontando o que afirmamos anteriormente. Com isso, existem indícios de que a gestão, embora mantenha uma configuração rígida em si mesma, demonstra, através das falas, tímidos passos para uma evolução, em que essa condução seja acrescida de liberdade e autonomia entre a equipe (CAMPOS, 2007).

Para melhor visualização dessa categoria, segue como exemplo sua síntese com respectivas unidades temáticas no diagrama 10:

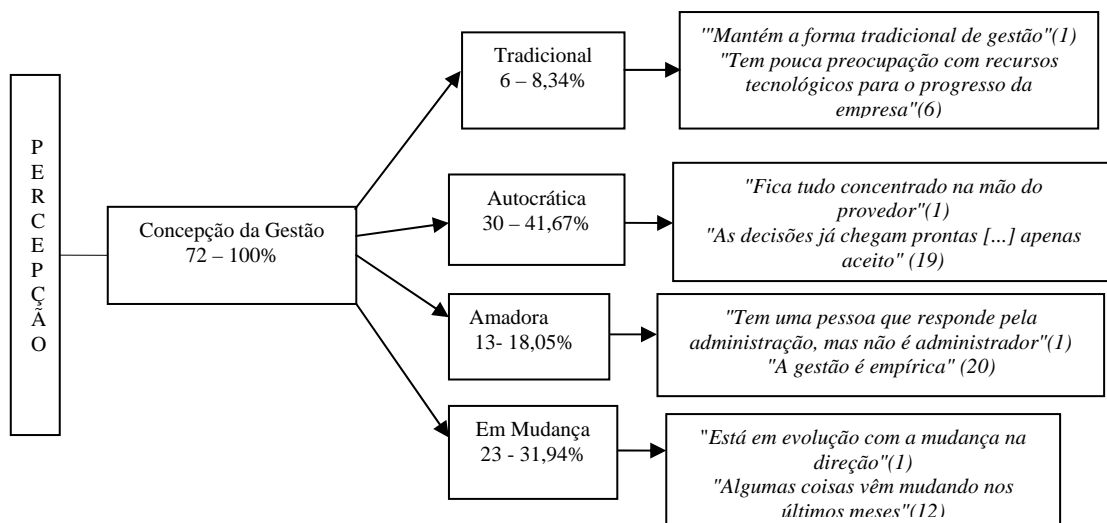


Diagrama 10 – Síntese da análise da categoria 1 – Conceção da Gestão, com respectivas subcategorias e exemplos de unidades de análise.

Prosseguindo, apresenta-se a quarta categoria mais destacada: Fatores Intervenientes (FI), para análise e discussão.

d) Fatores Intervenientes à alta gestão hospitalar

Na sequência, tem-se a categoria fatores intervenientes (FI) com 41 (10,90%) das unidades de análise, destacando-se os fatores intervenientes limitantes (Fili), com 39

(10,37%) das unidades de análise, referentes aos fatores intervenientes limitantes recursos humanos (FIrh), com 14 (3,72%) das unidades de registro, seguido dos fatores intervenientes limitante financeiros (Fifi), com 13 (3,46%) das unidades, fatores intervenientes limitantes recursos materiais e tecnológicos (FImt), com 8 (2,13%), e fatores intervenientes limitantes políticos (FIpo), com 4 (1,06%) das unidades. Ainda aparecem os fatores intervenientes facilitadores, com 2 (0,53%) das unidades temáticas.

Dessa forma demonstra-se a necessidade de atenção para os itens limitantes, cujo principal refere-se à distribuição de pessoal, que de acordo com Antunes Costa (2003), constitui etapa inicial para previsão e provisão do número de funcionário por categoria para a realização de uma assistência de qualidade à comunidade. Assim, ocorrendo o aumento no volume de trabalho por indivíduo, pode-se reduzir a capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos que o produzem, sua disposição para a capacitação e organização de relações de poder no grupo, aspectos que envolvem a co-gestão de acordo com Campos (2007). Ao contrário do que ressalta Merhy (2003), neste estudo é demonstrado pouco interesse em incorporar instrumentos e materiais, considerados como “tecnologia dura” à organização, resultado da percepção dos trabalhadores, e isso pode ser uma característica dessa organização, que parece não deter-se em nenhum tipo de tecnologia proposta pelo autor, o que pode estar interferindo no sucesso da gestão.

Na sequência, os fatores apresentados pelos informantes nessa categoria, como os humanos, financeiros, tecnológicos e políticos apresentam forte influência no andamento e percepção da gestão. Prosseguindo, apresenta-se a tabela 5 para discussão da quarta categoria mais destacada Fatores Intervenientes (FI), no sentido de salientar a importância das subcategorias.

TABELA 5 – Distribuição das frequências das unidades de análise das subcategorias da categoria fatores intervenientes (FI) - Bahia - 2008.

Subcategorias	Unidades de análise				
	F	%	Subtotal		Total
- Limitantes (Fili)	39	95,12	-	-	39 95,12
. Recursos Humanos (FIrh)	14	34,15	14	34,15	- -
. Recursos Financ. (Fifi)	13	31,70	13	31,70	- -
. Rec. Mat./Tecnol. (FImt)	8	19,52	8	19,52	- -
. Políticos (FIpo)	4	9,75	4	9,75	- -
- Facilitadores (Fifa)	2	4,88	2	4,88	2 4,88
Total	41	100	41	100	41 100

Fonte: entrevista com a equipe de saúde.

De acordo com os dados desta tabela, os fatores intervenientes estão relacionados às subcategorias facilitadores (Fifa) e limitantes (Fili). A análise isolada das subcategorias evidencia que os informantes destacam um índice bastante elevado de fatores limitantes, com 95,12% das unidades de análise temática, sendo que em primeiro lugar destacam os recursos humanos, com 34,15%, em segundo os financeiros, com 31,70%, em terceiro os recursos materiais e tecnológicos, com 19,52%, e por último os políticos, com 9,75%, para apenas 4,88% facilitadores. Podemos perceber que evidenciam pouca a dimensão política, que pode influenciar na resolução das decisões e dificuldades, vivenciadas nessa realidade.

Os dados abaixo evidenciam um número maior de dificuldades que facilidades para o desenvolvimento da gestão. Também expressam um alto índice de dificuldades que a equipe de saúde e alta administração estão vivenciando nesse momento. Para melhor visualização dessa categoria segue como exemplo sua síntese com respectivas unidades temáticas no diagrama 11:

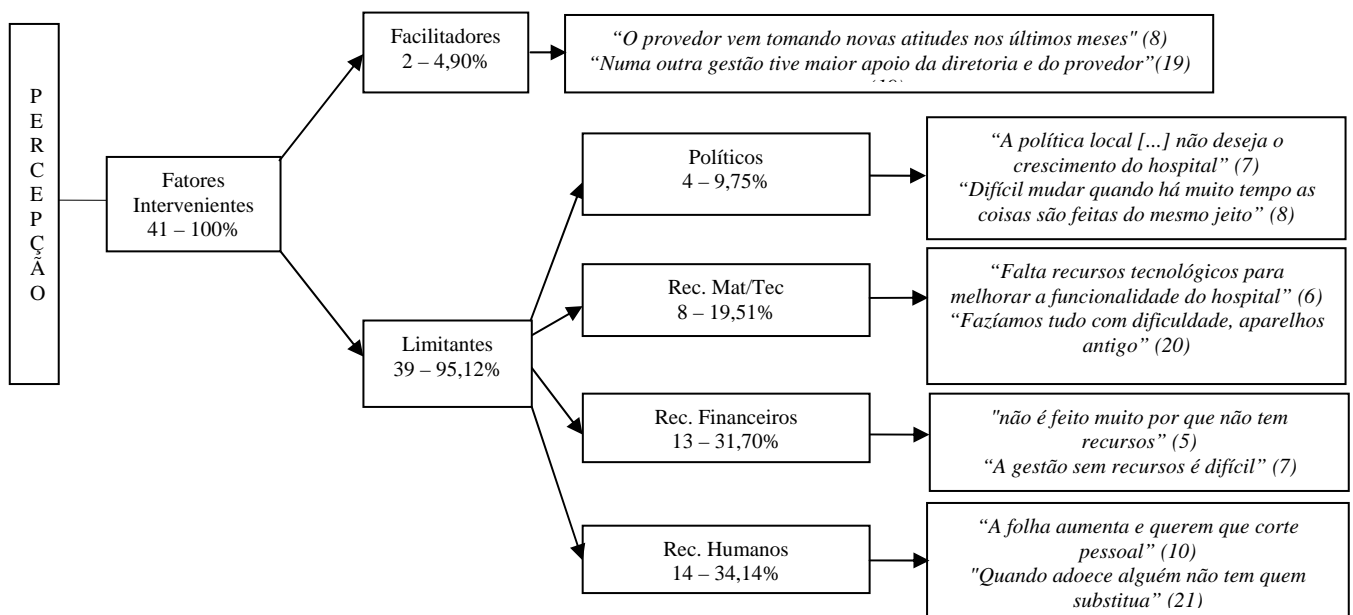


Diagrama 11 – Síntese da análise da categoria 5 – Fatores Intervenientes, com respectivas subcategorias e exemplos de unidades de análise.

Prosseguindo, apresenta-se a quinta e última categoria valorização da gestão para análise e discussão:

e) Valorização da gestão da alta administração

Por último, segue a categoria valorização da gestão, com 22 (5,85%) das unidades de análise referentes à valorização da gestão existente (VGe) e inexistente, esta última, de forma parcial com 15 (3,98%) e 7 (1,86%), respectivamente. Essa situação demonstra uma perspectiva positiva que a equipe de saúde mantém sobre a gestão da alta administração, identificando e acreditando na relação de altruísmo que pode existir entre os atores que integram a organização para viabilizar uma gestão mais participativa.

Prosseguindo, apresenta-se a tabela 6 para discussão da quinta e última categoria valorização da gestão (VG) no sentido de salientar a importância das subcategorias.

TABELA 6 – Distribuição das frequências das unidades de análise das subcategorias da categoria valorização da gestão (VG) - Bahia - 2008.

Subcategorias	Unidades de análise	
	F	%
Existente	15	68,18
Inexistente	7	31,82
Total	22	100

Fonte: entrevista com a equipe de saúde.

Observamos nesta tabela que a subcategoria valorização da gestão existente se destaca com 15 (68,18%) das unidades de análise em relação ao total de unidades apresentadas. Essa percepção da equipe de saúde parece indicar uma compreensão de evolução do comportamento da alta administração e ao mesmo tempo um interesse da equipe em integrar de forma efetiva essa alta administração, interagindo com a mesma para melhoria da qualidade da gestão e dos serviços prestados à comunidade. Para melhor visualização dessa categoria, segue como exemplo sua síntese com respectivas unidades temáticas no diagrama 12:

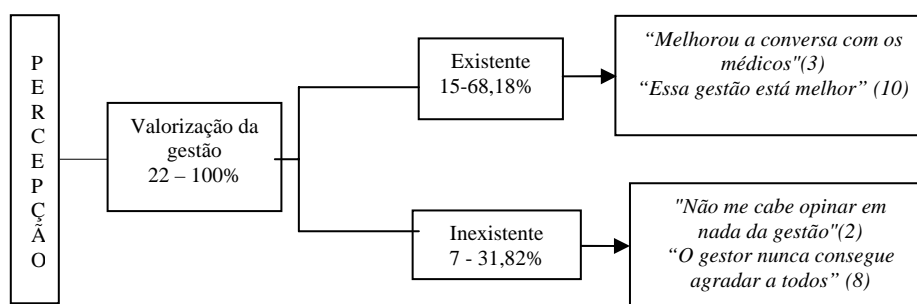


Diagrama 12 – Síntese da análise da categoria 3 – Valorização da Gestão, com respectivas subcategorias e exemplos de unidades de análise.

Prosseguindo, apresenta-se a percepção da equipe de saúde sobre a gestão da alta administração hospitalar.

4.2 PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE A GESTÃO DA ALTA ADMINISTRAÇÃO DE UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

A percepção da gestão da alta administração hospitalar da equipe de saúde foi elaborada por meio das unidades temáticas colhidas de vinte e quatro elementos da equipe de saúde através de um roteiro de entrevista estruturado, instrumento indicado para captar o conhecimento da percepção (TRIVIÑOS, 1987).

O conteúdo foi transcrito na íntegra e separado conforme relação com a gestão da alta administração da organização em estudo para aquisição do conhecimento empírico sobre o objeto, quando os sujeitos, através do seu entendimento e interpretação, a partir de sua experiência e vivência enquanto trabalhador na organização escolhida. Assim, nessa descrição os sujeitos estão incluídos, valorizam e demonstram concepções sobre os diversos tipos de gestão, requisitos necessários à viabilidade da gestão, valorização da gestão, dimensão ontológica e fatores intervenientes, percebendo através da subjetividade os aspectos objetivos, que são expressos pela linguagem.

Depois de realizar leitura, codificação, categorização e organização das unidades de análise, foi possível definir cinco categorias e vinte e oito subcategorias relacionadas à gestão organizacional de uma unidade hospitalar. Esta construção está embasada na percepção que os sujeitos da pesquisa têm da gestão, considerando o seu cotidiano de trabalho. Para esse construto, o pensamento e interpretação do conhecimento empírico da equipe de saúde foram muito importantes, pois é o que expressa a percepção e o saber desses sujeitos (AUSTIN, 1993).

A partir da leitura e interpretação das unidades temáticas de análise, alcançamos a percepção da gestão considerando os núcleos de significados semânticos, que tornaram possível captar o conhecimento empírico dos informantes. Através da diversidade de ideias apresentadas pela equipe de saúde, destacamos as categorias acima referidas que estão discutidas e analisadas posteriormente.

Tomamos como base o conceito de gestão participativa de Campos (2007), que valoriza a construção de modos de realizar a co-gestão, visando capacitar a intervenção de sujeitos e coletivos, no andamento dessa administração, como sendo uma alternativa de mudança na forma tradicional e hegemônica de gerenciar.

Para a percepção da gestão da alta administração hospitalar, acatamos também o conceito de gestão, no qual envolvemos a capacidade que a organização possui de elaborar projetos, normas e aspectos éticos e legais que envolvam os recursos humanos, materiais, financeiros, para que ocorra a articulação, mobilização de alianças e estratégias que assegurem o alcance de objetivos comuns e melhoria do serviço de saúde (GUIMARÃES *et al.*, 2004).

A alta administração é constituída de pessoas que ocupam os cargos mais altos na organização, conseqüentemente a posição de mando situado no nível mais elevado nesse ambiente hospitalar.

A descrição da percepção da gestão foi considerada conforme tratamento dos dados, a partir do agrupamento de núcleos de significados específicos sobre gestão da alta administração hospitalar, que resultam da junção de unidades temáticas expressas através da linguagem, diante dos aspectos subjetivos encontrados nas falas da equipe de saúde, como a interpretação, organização e seleção dessas informações pela semelhança de sentido sobre a gestão hospitalar (ABBAGNANO, 2007).

Apresentamos a seguir, a percepção da equipe de saúde sobre a gestão da alta administração da organização hospitalar em estudo conforme sequência lógica das categorias e subcategorias específicas.

4.2.1 1ª Categoria - Concepção da gestão da alta administração de um hospital

Essa categoria Concepção da Gestão (CG) evidencia quatro subcategorias que estão relacionadas aos diversos tipos de gestão: a tradicional, autocrática, amadora e em mudança, de acordo com a percepção dos sujeitos sobre a gestão da alta administração de uma organização hospitalar.

Esse significado do conhecimento empírico sobre a gestão, expresso pela percepção, apresenta semelhança com o científico, no que se refere à descrição do tipo de gestão o qual vivenciam a equipe de saúde nessa organização hospitalar. Encontramos coerência entre essas informações e as da literatura pesquisada sobre o assunto, que constitui aspecto importante para o estudo da percepção da equipe de saúde sobre a alta administração com foco na gestão hospitalar. Entretanto, no que diz respeito ao dever ser da gestão, mais especificamente a gestão participativa descrita por Campos (2007), os significados divergem, apresentando um modelo combatido pelo autor e que insiste ainda no poder hegemônico da gerência hospitalar nos dias de hoje, e especificamente nessa organização hospitalar.

Mostraremos, na sequência, os significados da concepção da gestão emitidos pela equipe de saúde de acordo com a percepção expressa pela linguagem, que são advindos do conhecimento empírico, referindo-se ao saber originado da experiência, vivência no cotidiano desses depoentes (ABBAGNANO, 2007). Seguimos, apresentando a interpretação dessa percepção sobre os tipos de gestão.

a) Descrição da concepção da gestão tradicional

A percepção, de acordo com Abbagnano (2007), pode ser entendida como a união de núcleos de significados específicos da gestão da alta administração resultantes da junção de unidades de análise temáticas dos conteúdos expressos pelos sujeitos, através da linguagem, considerando as subjetividades encontradas nas falas da equipe de saúde, que constituem a interpretação, organização e seleção dessas informações pela semelhança de significados ou sentidos sobre a gestão ou administração hospitalar. Dessa forma, é como conhecer algo pelo que é, e tomar posse dessa informação através da interpretação (MORA, 1998).

Nessa mesma linha, Austin (1993) refere que as palavras proferidas no dia a dia pelo mais comum dos mortais podem ser mais sutis em seus usos e marcar mais diferenças do que as ditas pelos filósofos. O mesmo autor considera a possibilidade de reduzir-se a nossa percepção a alguns aspectos para elaboração do conhecimento científico, enfatizando os aspectos linguísticos da percepção.

Dessa forma, corroborando com o mesmo, direcionamo-nos às falas da equipe de saúde e no seu depoimento, capturamos unidades de análise que apontam para a concepção da gestão tradicional, a qual estes informantes vivenciam. Essas unidades de análise da percepção da gestão tradicional são demonstradas nos discursos abaixo:

A alta administração mantém a forma tradicional de gestão (1). A gestão tradicional é comum na Santa Casa (1). Não mudou a relação provedor e direção (1). A gestão é conservadora (3). A organização tem pouca preocupação com recursos tecnológicos para o progresso da empresa. (6) O provedor se reúne com a mesa administrativa (8).

Considerando o conhecimento empírico, esses relatos as vivências destacam na percepção dos informantes, expressos através da linguagem, que o tipo de gestão ao qual estão submetidos, no *locus* deste estudo, está pautado em um modelo tradicional, onde incluímos a gestão conservadora, demonstrando uma distância entre as ações gerenciais da alta administração e a participação da equipe de saúde nesse procedimento. Essa condição

impede a aproximação entre alta administração e os seus subordinados, ocorrendo uma relação hierárquica rígida e impessoal desses sujeitos.

Sobre esse modelo de gestão, Spagnol, Ferraz (2002) referem que essa característica na gestão pode levar essa equipe a adotar um comportamento pouco interativo, no sentido de executar suas ações e serviços de saúde de forma objetiva, devido ao distanciamento, promovido pelo ambiente entre a alta administração e os trabalhadores, reduzindo-se a criatividade e as contribuições que uma aproximação entre esses atores poderia proporcionar. Portanto, é contrária à gestão participativa, que pode modificar essa situação contribuindo para que os profissionais atuem com satisfação de forma criativa, contribuindo para a gestão e consequentemente para a qualidade, não só dessa gestão, como do serviço assistencial (Campos, 2007).

Em seguida apresentamos a análise de mais uma das características da gestão, de acordo com a percepção dos informantes.

b) Descrição da concepção da gestão autocrática

Na primeira subcategoria da categoria concepção da gestão, descrevemos sobre o modelo de gestão tradicional, considerando os significados das unidades de análise do conteúdo colhido das entrevistas. Prosseguimos com a concepção da gestão autocrática, que está intimamente relacionada com a primeira e desse modo, podemos dizer que as estruturas hierárquicas verticalizadas e centralizadas que são aplicadas na gestão de organizações hospitalares geralmente têm contribuído para a tomada de decisões isoladas, que priorizam interesses individuais e promovem a insatisfação da equipe, dos usuários, impedindo o fortalecimento de uma gestão participativa, possibilitando a descontinuidade na gestão e sua fragilidade. Dessa forma, torna-se compartimentada e sem vínculos com os usuários, inviabilizando a integração entre a equipe de saúde e a gestão (Campos, 2007). Essa autoridade consiste num dos princípios da teoria clássica descrita por Morgan (1996).

Para confirmar o caso em estudo, trazemos as falas da equipe de saúde:

Precisa do diretor médico e provedor para resolver todos os problemas com funcionários (1). Não pode ser assim (1). Fica tudo concentrado na mão da provedoria (1). Tem reunião [...] mas nada é resolvido (2).

Evidenciamos através desses relatos que a estruturação administrativa dessa organização e suas decisões no que se refere aos problemas dos diferentes setores ocorrem de maneira centralizada. Assim, os profissionais que estão na assistência não têm autonomia,

pois as decisões que tomam não são garantidas, pois a gestão é centralizada e verticalizada (MOTTA, 2006).

Esse mesmo autor refere que a centralização das decisões constitui característica do modelo clássico de gestão, tendo como um dos princípios básicos o comando único, pois concentra o poder decisório, tornando as estruturas organizacionais rígidas e verticalizadas, fazendo com que os chefes de setores, que se encontram no topo do organograma, dificilmente mantenham contato com os reais problemas dos setores do hospital.

Desse modo, de acordo com Mora (1998), a epistemologia e a psicologia propunham que na teoria causal da percepção o conteúdo dela é construído pelas próprias realidades. Ainda refere que a percepção é sensível quando apreende um objeto real, neste caso a percepção da gestão uma organização filantrópica. Assim busca-se melhorar a gestão da alta administração a partir da percepção da equipe de saúde.

Santaella (2001) compreende de maneira simples a percepção, diz que a percepção ocorre através da leitura dos signos, como estamos fazendo agora e certamente outros leitores poderão refazer a leitura desta descrição, construindo uma nova percepção.

Assim percebendo esses significados, podemos inferir que a descentralização administrativa é importante nas organizações hospitalares, pois as decisões ficam próximas de onde ocorrem as ações à saúde, fortalecendo a autonomia da equipe e o respaldo necessário para desenvolver o trabalho de forma mais criativa e responsável (Campos, 2007).

c) Descrição da concepção da gestão amadora

Essa subcategoria envolve a descrição da concepção da gestão amadora ancorada na percepção dos informantes. Nos depoimentos que seguem, são acrescentadas características da gestão amadora:

O provedor é pouco profissional (1). Tem uma pessoa que responde pela administração, mas não é administrador (1). O corpo clínico é muito pequeno. (3). A gestão não tem fundamento administrativo (20).

Esses relatos nos remetem a uma gestão em que a tomada de decisão acontece sem embasamento administrativo, pouca preocupação com a própria capacitação, isso pode refletir na equipe. Ainda de acordo com essas falas, existe uma sobrecarga de serviço devido ao reduzido número de profissionais atuantes, as decisões podem ser baseadas apenas na intuição.

d) Descrição da concepção da gestão em mudança

Essa mudança na gestão organizacional pode ser entendida considerando o pensamento de Lima; Bressan (2002 *apud* MISOCZKY; BORDIN, 2005), como sendo qualquer mudança, quer seja planejada ou não, nos elementos que compõem a gestão da alta administração, os quais podem envolver indivíduos, o trabalho, as normas e projetos, a cultura, as relações nesse ambiente, que possam ter resultados relevantes, de caráter positivo ou negativo, e levem à eficiência, eficácia e ainda à sustentação organizacional. Seguem as falas:

O hospital passou por reforma na estrutura física na primeira gestão do provedor atual (2). A gestão teve melhora em termos de equipamento [...] para o convênio e particular. (3) Foram feitas as reformas no terceiro pavimento. (5) A gestão do hospital está melhorando. (8) A ambulância está mais equipada, com oxigênio e aparelhos para transportar quem precisa (9).

Nessa discussão, mudança pode fazer referência a aspectos tecnológicos, financeiros, políticos, sociais que influenciam na vida da organização, nesse caso hospitalar. Nesse sentido, os autores ressaltam a inexistência de um modelo de gestão único, que garanta a eficácia da mudança. Consideram, ainda que o ambiente é que determina seu plano de ação, que precisa estar coerente com a sua condição interna e externa, exigindo criatividade e inovações próprias.

No entender de Motta (2006 *apud* MISOCZKY; BORDIN, 2005), as teorias buscam entender o fenômeno das mudanças, que é justificado pela capacidade que essas têm de esmiuçar a realidade e sua aplicação prática no que se refere à solução de problemas na gestão. Pois são construídos modelos que se adequam a realidades específicas. Dessa forma, os elementos da gestão são trabalhados para possíveis mudanças de acordo com o que acontece na organização.

Esse autor acredita que a perspectiva estratégica olha a organização como uma rede aberta inserida num ambiente que envolve o coletivo, o financeiro, as mudanças políticas, priorizando a relação com a sociedade, através das ações e serviços. Assim, valoriza as informações internas à mesma, considerando imprescindível para que ocorram mudanças a revisão de sua missão, seus objetivos e maneira de identificar e separar alternativas de ação. Conclui que, para mudar, é preciso rever a forma de distribuição de autoridade e responsabilidade entre a equipe.

Nesta categoria, os depoentes ressaltam uma discreta evolução na gestão: "a relação melhorou um pouco", e deixam claro discretas atitudes positivas da alta administração, nessa direção.

Essas declarações apontam para uma possibilidade de melhoria da gestão da alta administração. Nas situações descritas nas falas, apreendemos que o monopólio do poder pode encontrar-se na alta administração. Esse tipo de atitude decorre do medo que a alta administração tem de abrir espaços para a comunicação, a qual possibilita a circulação de ideias diferentes e prática da tomada de decisão compartilhada, o que pode ameaçar o poder instituído. Sendo assim, gostaríamos de salientar essa questão da centralização do poder que é muito presente nas relações dessa gestão e que influenciam, de maneira significativa, o desenvolvimento do trabalho cotidiano.

4.2.2 2ª Categoria - Requisitos necessários à gestão da alta administração hospitalar

A segunda categoria refere-se à percepção dos requisitos necessários à gestão da alta administração, para o desenvolvimento desta, de acordo com as unidades de análise, apresentadas pelos informantes.

Requisitos necessários (RN), conforme os significados apresentados, são aspectos e condições consideradas importantes, na concepção dos sujeitos, para instrumentalizar a gestão de modo que a mesma possa alcançar seus objetivos e metas propostos previamente (ABBAGNANO, 2007).

Nessa perspectiva, tomamos e adaptamos o pensamento de Lucchese (2003), através do qual podemos considerar esses requisitos necessários como sendo elementos capazes de subsidiar a gestão, fortalecendo seu funcionamento e suas capacidades, que são imprescindíveis para que reúna aspectos como o aprendizado, a interação, a participação, reconhecimento da equipe, e possa proporcionar melhorias das condições no ambiente de trabalho, acompanhamento dessas atividades e alcançar as metas da organização.

Esses requisitos, de acordo com a mesma autora, podem dar suporte à gestão, e acrescentamos que caso seja orientada para o modelo participativo, podem promover a democratização de ações de saúde, no sentido de dar autonomia e liberdade aos coordenadores diversos, que mesmo apresentando pensamentos divergentes e contraditórios, irão interferir positivamente no andamento da gestão, fortalecendo alianças e deixando claros os conflitos entre esses setores.

Dessa forma, as articulações setoriais entre a equipe de saúde e respectivos setores da

organização podem integrar-se, utilizando um agendamento, e possibilitar decisões e intervenções coletivas que viabilizem o andamento da gestão. Com isso, o acompanhamento e reconhecimento desses requisitos necessários possibilitam a elaboração de projetos, onde se planeje, acompanhe, busque-se financiamento e a prestação de serviços que visem à capacitação da organização, integrada ao sistema de saúde como um todo, assegurando qualidade de serviços à comunidade, mais humanizado, sem prescindir aos interesses dos trabalhadores.

Nessa categoria, as respostas da equipe de saúde identificam treze subcategorias divididas em duas grandes: requisitos necessários à alta administração relativas a: organização, dar espaço a interação existente e inexistente; dar espaço a participação existente e inexistente; valorização profissional; amor ao trabalho; melhoria das condições de trabalho; acompanhamento, capacitação e transparência administrativa; a segunda grande categoria: requisitos necessários à equipe de saúde referentes ao: conhecimento e experiência.

Essas subcategorias são analisadas com base nos conceitos de gestão participativa, considerando os autores que fundamentam este estudo.

a) Requisitos necessários à gestão da alta administração hospitalar (RNa)

Constituem, na concepção dos informantes da pesquisa, os núcleos de significados sobre os aspectos que precisam ser acrescentados ou melhorados, no que se refere à gestão da alta administração, para que sejam atendidos objetivos e metas propostas pela organização.

No estilo clássico estruturado por Fayol, é estabelecida uma divisão das funções do administrador como planejar, organizar, coordenar, comandar e controlar, os quais, outrora, foram considerados requisitos necessários à gestão da alta administração (MOTTA, 2006). Entretanto, nas últimas décadas, surge a preocupação com a constituição de uma organização social, em que o indivíduo e o coletivo assumem influência no andamento da gestão (BRESCIANI FILHO, 1999). Esse autor ressalta os modos de conversão de conhecimento que podem ocorrer na interação individual, grupal, organizacional e inter-organizacional no compartilhamento de informações, como contribuição para a gestão. Essas relações, segundo esse autor, podem se dar como um ciclo do conhecimento implícito e declarado, do plano individual ao coletivo que leva ao crescimento no volume de conhecimento produzido e compartilhado dentro da organização. Dessa forma, são acrescentadas preocupações não só com a organização e o controle, mas também com a interação, participação, valorização profissional, capacitação e transparência, que são elementos que compõem essa grande

subcategoria da categoria requisitos necessários. Esses são apresentados mais detalhadamente, a seguir:

Requisitos necessários à alta administração organização (RNor).

O requisito necessário da organização representou o conjunto da percepção da equipe de saúde sobre a gestão da alta administração do hospital, associados ao setor de pessoal, quantitativo de recursos humanos, elaboração de um organograma para que o serviço funcione melhor e revisão do estatuto do hospital. Estes requisitos na percepção da equipe são indispensáveis para que os profissionais possam atuar, possibilitando melhor funcionalidade do serviço.

Nesse sentido, a organização a que se referem os entrevistados consiste no comportamento que envolve a aceitação e o respeito às prescrições e normas, isto é, regras e princípios que sistematizam as relações dos indivíduos entre si e entre os objetos, no ambiente hospitalar (ABBAGNANO, 2007).

Nessa mesma linha, consiste em aspectos importantes a serem apreciados pela alta administração, que integra a existência de regras sistematizadas para que ocorra ordem na disposição das relações objeto e objeto e entre estes e os atores que fazem parte da organização (MISOCZKY; BORDIN, 2005).

A seguir as falas que trazem essa percepção da alta administração:

Precisa de um setor de pessoal (1). A administração precisa de um organograma bem organizado (6). Um organograma de ações e serviços que envolva vários setores do hospital. (6).

Esses depoimentos expressam os requisitos necessários à alta administração no que se refere à organização. De acordo com Vaistman *et al.* (2003) é a partir da experiência que compomos os signos, não podemos supor verdade e cognição sem a vivência. Assim, os significados são produtos da cognição, que criam outros e que diz respeito ao mundo. A percepção dos signos acontece através dos órgãos dos sentidos, são processadas, escolhidas e acumuladas considerando o interesse e a necessidade do indivíduo, no caso, os componentes da equipe de saúde. Assim esses significados constituem a percepção dos requisitos necessários de organização dessa equipe.

Requisitos necessários à gestão da alta administração: espaço à interação (RNei).

O espaço à interação consiste em se estabelecer um momento que deve ser agendado de comunicação entre a alta administração e a equipe de saúde. Essa comunicação, que deve

proporcionar reciprocidade de significados entre esses sujeitos para contribuição na gestão da alta administração, implica uma relação de alteridade, ou seja, ser outro ou constituir-se com o outro (ABBAGNANO, 2007).

Assim, a interação entre equipe e alta administração na gestão organizacional podem orientar e reorientar o andamento de um modelo de gestão dinâmico, com consequências positivas para os trabalhadores e alcance de objetivos, diretrizes e contratos assumidos e propostos pelo hospital. Dessa subcategoria, foi possível perceber nos depoimentos dos informantes a interação existente e inexistente, a primeira é declarada pelos depoentes nas seguintes falas:

Houve uma evolução positiva na relação do provedor com os profissionais que trabalham (1). Agora a gente pode falar (10). A união entre colegas é maior (10). Procuo conversar com os colegas de trabalho sobre a gestão do provedor atual (24).

Como já descrito, Bresciani Filho (1999) reforça a importância e contribuição da interação entre os atores da organização para a construção de mudanças e trocas de conhecimentos nesse ambiente organizacional.

No que se refere aos requisitos necessários à gestão da alta administração espaço à interação inexistente, consideramos a construção do conhecimento empírico, a partir da experiência dos sujeitos, que mostra a importância da existência do espaço à interação e chama atenção para a reduzida valorização que é dada pela alta administração a esse item em suas falas:

Quem trabalha não pode opinar e nem tem reunião pra isso. (2). Não tem interação entre gestor, diretor e os demais trabalhadores (3).

Essas unidades de análise apontam para o que fundamenta a Teoria Clássica da Administração, como a ausência da comunicação, pois estão voltadas para a produção, eficiência e estrutura organizacional, apenas caracterizada pela comunicação formal, escrita, que acontece de cima para baixo, como ordem (MOTTA, 1986).

Requisitos necessários à gestão da alta administração: espaço a participação (RNpa)

A subcategoria espaço a participação é declarada como a combinação verbal que pode ser registrada ou não, entre os sujeitos sobre os assuntos que envolvem a gestão, como um fenômeno relacional que é próprio da equipe, envolvendo ser e coisas, que ocorre antes ou

paralelo a construção dos significados (ABBAGNANO, 2007). Portanto, consiste em um fenômeno relacional que pode ocorrer de forma voluntária ou involuntária, concomitante à construção dos significados e é expresso pelos informantes.

Essa subcategoria espaço à participação deu origem a duas subdivisões: existente e inexistente, que estão embasadas pela percepção dos sujeitos.

Essa construção mostra que a alta administração até escuta as críticas realizadas pela equipe, mas que a dificuldade está em atender as mesmas. Seguem as falas dos depoentes:

*O diretor médico e provedor recebe bem as minhas críticas (1).
A relação do provedor, diretor médico com o pessoal melhorou. (3).*

Essas falas mostram a percepção de que existe uma tendência à melhoria nas relações entre provedor e trabalhador, ficando claro que a alta administração pode estar disposta a escutar as queixas ou problemas dos trabalhadores. Sobre esse assunto, Campos (2007) ressalta a necessidade de associar o discurso e a prática, o que direciona ao atendimento das sugestões dos trabalhadores, valorizando-os.

Na subcategoria espaço à participação inexistente, os depoentes apresentam em suas falas a ausência de participação, devido à inexistência de um momento agendado para que isso ocorra e a pouca valorização as opiniões da equipe. Seguem as falas dos informantes:

Aqui não posso opinar em nada (2). Não participo da alta administração (3). Não participo da gestão (6). Não participo de ações administrativas do hospital (6).

Requisito necessário à gestão da alta administração valorização profissional (RNvp)

Consiste na crença, valores e percepção do ser humano de si mesmo, dentro da organização, considerando especificamente seus merecimentos, sejam intelectual, comportamental, seus conhecimentos, capacidades e habilidades, para viabilidade da gestão (ABBAGNANO, 2007).

Desse modo, o valor profissional nos remete a pensar em mérito que se submete ao juízo de outro, que esperamos virtudes. Esse valor está relacionado a crenças, condutas e opiniões que embasam os indivíduos a procederem de uma determinada maneira. Com base nos depoimentos da equipe compreendemos que existe uma reduzida valorização dos profissionais, sendo mais valorizados os profissionais recém chegados. Percebemos que,

quanto maior a valorização profissional, aumenta também o envolvimento, a responsabilidade, a motivação e o interesse na participação na gestão pela equipe.

Merhy (2003) refere como desafio para a gestão cotidiana saber operar de modo compartilhado os problemas, como instrumento que explora as especificidades cognitivas, valorizando o coletivo, através das capacidades e habilidades da equipe de saúde, no que diz respeito a negociações utilizando-se da comunicação, para produzir melhores ações de saúde.

Nesse sentido, o trabalho em equipe integrado conecta os diferentes profissionais, com base no conhecimento sobre o trabalho do outro e valorizando a participação de cada um na produção das ações e serviços de saúde. Com isso, é possível construir consensos no que se refere aos objetivos e metas a serem alcançados por esse grupo, ajustados às condições e ambiente organizacional (RIBEIRO *et al.*, 2004).

Essa subcategoria expressa a percepção da equipe ao reduzido valor dado pela alta administração ao assunto, o que influencia no desenvolvimento da gestão e na qualidade das ações e serviços. Seguem as falas:

Os que chegam agora são mais valorizados (7). Os profissionais mais novos recebem mais reconhecimento (7). A gestão deve valorizar mais os funcionários (5).

Requisitos necessários à gestão da alta administração amor (RNam)

Essa subcategoria expressa nas falas a subjetividade e afetividade da equipe que surgiram no decorrer da entrevista sobre a percepção da gestão da alta administração. O amor envolve comprometimento ético, a conduta positiva para realizar uma função. Sobre esse sentimento, Mora (1998) refere que a percepção mais vivida é a sensação quando ouvimos, amamos, odiamos e desejamos. Em seu depoimento, a equipe expressa como requisito necessário à gestão da alta administração a observação do amor e carinho pelo trabalho, que precisa existir naqueles que executam suas ações e observados e reconhecidos pela alta administração, conforme as falas:

Deve observar o amor pelo trabalho (6). Deve observar o carinho pelo trabalho (6).

Requisitos necessários à gestão da alta administração condições de trabalho (RNct)

Essa categoria condição de trabalho indica a possibilidade de existirem inúmeras limitações para que as atividades sejam realizadas com qualidade pela equipe, com isso os

sujeitos parecem expressar a pouca preocupação da alta administração em suprir algumas necessidades para melhorar a execução do serviço.

Nesse sentido, devemos referir que Ribeiro *et. al.* (2004) considera imprescindível um modelo de gestão organizacional nas unidades de saúde que sejam alicerçados pela preocupação com os aspectos sociais, dos recursos materiais e humanos, que possibilitem a execução de uma assistência de qualidade para quem o recebe sem esses instrumentos, a motivação e a confiança desses indivíduos da equipe de saúde podem estar ameaçadas. Dessa forma as falas traduzem essas dificuldades:

As condições de trabalho para mim deve ser a preocupação da gestão (7). Deve aumentar o número de funcionários (11). Seria interessante que o salário fosse melhor (21).

Requisitos necessários à gestão da alta administração controle (RNcf)

Nessa subcategoria, encontram-se as unidades de análise que trazem o controle como o mesmo que acompanhamento das atividades, desde o seu início até o fim, mantendo uma observação para que o produto final seja de qualidade. Os depoentes em suas falas relatam o pouco interesse da alta gestão em permitir esse controle e fiscalização, que tanto pode ser realizado pela mesa administrativa, quanto pelos trabalhadores e ainda pela comunidade, o que pode contribuir para o trabalho automatizado, pouco criativo e desumanizado.

É preciso dar a ordem e observar o retorno dos profissionais (3). É preciso procurar saber o retorno e acompanhar (3). A mesa administrativa deveria ser quem fiscaliza a gestão (8). A mesa administrativa deveria ser quem ajuda a gestão (8).

Requisitos necessários à gestão da alta administração capacitação (RNca)

Na subcategoria requisitos necessários à alta administração capacitação (RNca), observamos nas unidades temáticas que o conhecimento empírico mostra a percepção de que existe a necessidade de a alta administração investir mais em si mesma no que se refere à realização de cursos, treinamentos e especializações, considerando as necessidades e o que acontece na organização, num contínuo, para que a equipe de saúde possa realizar sua função.

Nessa perspectiva, a capacitação refere-se ao aprendizado de conteúdos, que deve ocorrer em serviço, no sentido de estreitar a relação entre o ensino e a realidade de trabalho. Esses conteúdos devem integrar aqueles de caráter técnico-informativo relacionados aos

aspectos éticos, morais, psicológicos, que diz respeito à interação que acontece nesse ambiente organizacional (GARCIA, 2001).

Seguem as falas de um depoente:

Precisa de mais conhecimento sobre administração. (4). Quem assume a administração do hospital deve obter conhecimentos para isso (24). Espero preparo do provedor (20)

Requisitos necessários à gestão da alta administração transparência (RNtr)

Quanto à subcategoria requisitos necessários à alta administração transparência, os depoentes mostram através das unidades de análise que a existência de demonstrativos por escrito do que entra e sai em recursos, seja material ou financeiro, constitui comportamento importante para viabilizar a gestão, conforme as falas:

A alta administração precisa ter mais transparência (1). Prestação de contas é muito importante (4). Precisa transparência na gestão, como em qualquer outra (4).

b) Requisitos necessários à gestão da equipe de saúde (RNes)

Essa subcategoria originou duas subdivisões: requisitos necessários à equipe de saúde conhecimento e experiência. A subdivisão conhecimento surgiu das unidades de análise do conteúdo colhido da equipe de saúde, nas quais relatam pouco conhecimento sobre quem efetivamente participa da gestão organizacional, sobre os recursos e dificuldades do hospital e dos próprios direitos como trabalhadores.

Sobre o conhecimento, Morin (2006) nos contempla com o pensamento de que é concomitantemente uma revelação que se pode traduzir reconstruir, se iniciada pelos signos, símbolos sobre a forma de percepção, idéias e discursos. Esses significados podem estar envoltos por regras e princípios internos à organização, em que não vamos nos aprofundar, mas que se relacionam com a junção, envolvimento, diversidade e oposição de pontos de vistas que prioriza as crenças, valores e segurança da equipe de saúde no seu ambiente organizacional.

Dessa forma, o autor deixa clara a continuidade do conhecimento que circula, pode ocorrer da análise à síntese, de uma parte para o todo e vice-versa, isto é, comporta esse movimento contínuo, considerando os relatos individuais e o coletivo. Ainda, deve envolver os objetos e seu contexto, como ocorre quando os depoentes relacionam a concepção de

gestão, aos requisitos necessários para seu avanço, e dentre eles está o conhecimento da equipe em relação a quem administra e seus recursos disponíveis, para que se possam entender os acontecimentos e relacioná-los com as capacidades da organização, fenômenos que não podem ser separados.

Seguem as falas dos depoentes:

O provedor sei quem é. (12). Conheço o provedor (18). Problemas na gestão toda organização tem (9). Não se sabe muito o recurso que entra e sai (3). Não apresentam demonstrativo médico (3). Nunca ficamos sabendo muita coisa (5).

No que se refere aos requisitos necessários à gestão da equipe de saúde experiência (RNex), os depoentes expressaram, nas unidades de análise colhidas, a vivência acumulada nessa organização hospitalar que fortalece a apreensão dos significados apresentados através das unidades temáticas colhidas. Essa experiência como sendo as vivências acumuladas pelo tempo num ambiente, no caso a organização hospitalar, que permite a observação, interpretação, entendimento de como ocorre a gestão da alta administração nessa realidade.

Sobre a experiência, Gadamer (1990) diz que o ser humano experiente é o que percebe seus limites e a insegurança de um projeto. Assim, os sujeitos, percebendo-se no mundo e numa posição na história dessa organização, também podem contribuir no curso dessa história que é continuamente transformada.

Ainda, de acordo com Vaitsman *et al.* (2003), as percepções são construídas não apenas embasadas na experiência imediata dos indivíduos, mas como parte de um agrupamento de representações e valores internalizados e cristalizados, sobre o mundo em sociedade, incluindo as hierarquias e as relações de poder que ocorrem nessas relações que também se aplicam às organizações, especificamente na gestão.

Desse modo, compreendemos que as percepções da equipe de saúde sobre a gestão se produzem como integrante da articulação de pontos importantes como a subjetividade individual; a cultura de uma sociedade, onde está inserida a política; o encadeamento das relações que se instituíram na história e o clima existente nesse ambiente organizacional. Sobre esses pontos, os sujeitos referem:

Tive altos e baixos, passei por outras administrações (1). Não pode ser assim (1). Essa gestão dura até hoje, mais de quatro anos (4). Alcancei outros provedores (5). Já tenho algum tempo nesse hospital (7). Cheguei aqui já tem muitos anos, 13 anos (7).

4.2.3 3ª Categoria - Valorização da Gestão de uma organização hospitalar

Essa categoria implica em identificar valores positivos ou negativos à gestão, considerando a conduta e comportamento, e o que defendem e acreditam os atores que fazem parte da organização (ABBAGNANO, 2007).

Ainda de acordo com as unidades de análise está subdividida: valorização da gestão existente e inexistente. A valorização existente emergiu da equipe de saúde, que expressa a evolução dessa gestão que ocorre há nove anos pela mesma alta administração.

Nessa perspectiva, esse autor ressalta que, pelo fato de existir o componente cognitivo, que envolve crenças, maneira de ver e encarar a gestão, isso traz como consequência uma atitude e carga afetiva internalizada, que tanto pode levar a comportamento em pró, quanto contra esse objeto de estudo. Nessa perspectiva, Mintzberg (2007) teoriza que, em uma estrutura organizacional, na qual existem padrões de conhecimento e de habilidades, a equipe de saúde, que constitui o nível operacional, tem sua importância para a realização das tarefas, e por dominar o conhecimento, lhe é acrescido um poder decisório muito grande na gestão. Esse autor acrescenta que ser alta administração, neste caso, e fazer parte dela, num ambiente como esse, pode ser um desafio, considerando-se que exista a intenção de implantar ações que tragam mudanças no andamento do serviço, sem interferir na qualidade do seu efeito, mas modificando conceitos. Seguem as falas dos depoentes sobre a valorização da gestão existente:

Na segunda gestão desse provedor foi tudo bem (2). Minha relação pessoal com o provedor é muito boa (3). Melhorou a conversa com os médicos (3). Melhorou o funcionamento do ambulatório (3). A mudança nas coordenações de alguns setores já é um passo para melhorar (8).

Sobre a valorização da gestão inexistente, as unidades de análise apresentam o entendimento dos sujeitos de uma valorização inexistente parcial, na qual expressam que há impossibilidade de participar dessa gestão devido às diversidades de interesses entre os indivíduos que fazem parte dela possuem e, por isso, os acertos da alta administração podem encontrar-se reduzidos, limitados, vejam as falas:

Não é possível acertar tudo, são muitos setores (8). O gestor nunca consegue agradar todos (8). Não posso fazer nada para ajudar na gestão (19). Não posso ajudar (20.)

4.2.4 4ª Categoria Dimensão ontológica da gestão hospitalar

Consiste na construção da percepção pelos sujeitos de si e do outro, expressando suas crenças e valores e até sentimentos de segurança e identificação com a gestão organizacional que podem ser conscientes ou não e incapazes de ser totalmente desveladas (BOAVAR, 2005).

O que fundamenta a dimensão ontológica é a idéia de que os sujeitos têm uma visão ou intuição, podendo ser também chamada crença, valores e percepção direta dele mesmo enquanto interage e integra essa realidade em estudo, que no caso é a organização hospitalar. Essa intuição pode ser a revelação que os sujeitos fazem de si mesmos no ambiente organizacional e que suscita a percepção da gestão da alta administração dessa unidade hospitalar (ABBAGNANO, 2007).

Essa revelação pode estar limitada à ideia que os informantes fazem da gestão ou de como ela deve ser, resultando da interpretação, oriunda da vivência dos informantes que possibilita a construção da percepção, considerando dados os quais são sensíveis, que são os aspectos subjetivos da gestão. Esse perceber, como conhecimento acrescido aos informantes, vem da inteligência (BOAVA, 2006).

Dessa forma, a dimensão ontológica compreende uma exposição sistematizada das características fundamentais que os sujeitos captam, através da sua experiência sobre o ambiente onde ocorre a gestão, e do que se repete e lhe é marcante. Essa revelação se dá de forma descritiva, aproximando-se mais das necessidades e possibilidades para a gestão organizacional.

Essa categoria está subdividida em quatro subcategorias: expectativas, participação, capacitação e valorização pessoal e serão exemplificadas de acordo como a percepção dos informantes.

a) Dimensão ontológica expectativa (DOex)

Considerando o conceito de dimensão ontológica, a expectativa pode significar uma condição de prever o que venha acontecer, de que existe a probabilidade ou uma promessa de algo (ABBAGNANO, 2007; FERRERIA, 1999). Nesse estudo, a expectativa no que se refere à percepção da gestão da equipe de saúde pode indicar uma perspectiva de que algo de novo, de satisfatório ao andamento da gestão possa vir a acontecer no futuro próximo. Acreditamos que o adiamento desse acontecimento ou sua impossibilidade de ocorrer pode elevar a imagem negativa acerca da gestão, e com isso, aumentar a insatisfação da equipe de saúde, refletindo no resultado da assistência e no atendimento às demandas da comunidade.

Sobre o assunto, Morin (2006) acrescenta que é importante a capacidade de contextualizar o ambiente com os acontecimentos, informação e conhecimento. Mas isso não é suficiente, é preciso provocar a percepção de como esses elementos o modificam ou podem explicar. Dessa forma, não basta inscrever todos os acontecimentos de uma realidade ou expectativa.

Nessa subcategoria, encontramos uma diversidade de expectativas, sugerindo a necessidade de melhora do desenvolvimento da gestão, a diminuição do tempo de permanência da alta administração no cargo que ocupa, e a esperança em participar mais nas decisões nesta unidade hospitalar. Nesse sentido, seguem as falas dos informantes, que percebemos acompanhadas de uma expectativa de participação da gestão no seu ambiente de trabalho:

Precisamos melhorar muito. (5). Um diretor não deve permanecer mais de 4 anos em qualquer diretoria.(18). A gestão atual deve melhorar. (2). Espero participar mais das decisões com as chefias (19).

b) Dimensão ontológica participação (DOpa)

A participação, combinada com a comunicação entre a equipe, pode ser valorizada ou não pela alta administração, mas é própria dos seres humanos e se dá antes ou paralelo à construção dos signos (Abbagnano, 2007). Assim, a participação ocorre de forma involuntária, pois resulta das relações entre pessoas e objeto, que ocorre no cotidiano da vida da equipe e saúde na organização hospitalar.

De acordo com as falas dos informantes, precisa existir autonomia dos chefes de setores, realizar reuniões com frequência, aproximar a mesa administrativa do desenvolvimento de gestão, treinamento e atualização, e envolver toda a equipe de trabalho.

Para Demo (1996 *apud* MISOCZKY; BORDIN, 2004), consiste num modo de vida que tem por base os direitos que ocasionam um compromisso coletivo, no sentido de que os trabalhadores e a organização constroem, entre si, uma situação de negociação, tomando a democracia como integradora desse cotidiano. Portanto, essa participação consiste em observar os ideais democráticos, impregnados pela solidariedade entre a equipe.

Ainda esse mesmo autor entende que essa participação deve ser construída continuamente, através da educação e capacidade que tem a equipe de identificar-se entre si e com o ambiente e nessa interação acreditar no futuro da manutenção dessa prática de negociação entre si.

Essa participação, que comunga com o conceito de gestão e, especificamente, a participativa de Campos (2007), que ressalta a importância da responsabilidade e autonomia da equipe de saúde que deve ser relativa a suas demandas, responsabilidades e ao que lhe permite os princípios e regras ético-legais, que predizem a organização. Esses aspectos, apesar de ser uma perspectiva, estão ditos nas falas dos entrevistados, que condizem com modelo de gestão participativo:

A chefia de cada setor é que deve resolver determinadas coisas (1). Precisa de uma administração mais dividida para que as coisas andem (1). O chefe de setor precisa ter mais liberdade para tomar decisões (1). Precisa mais democracia, como em qualquer gestão (4). Precisa entendimento corpo clínico e provedor (5).

c) Dimensão ontológica capacitação (DOca)

Neste estudo para o desenvolvimento da capacitação é mister, pois se trabalha com as habilidades específicas que envolvem os conteúdos técnicos e éticos tanto para a alta administração quanto para a equipe de saúde. E, além do aprendizado da profissão num contínuo, da vivência em serviço e considerando a realidade interna e externa, na qual a organização está inserida, deve exercitar competências básicas relacionada à apresentação pessoal, aparência, auto-estima, comunicação, relacionamento interpessoal e sua capacidade de auto-gestão, tomar decisões e participar do trabalho em equipe (GARCIA, 2001).

Acreditamos que o pouco interesse por atender essa demanda da capacitação, pode implicar em insatisfação e desmotivação da equipe de saúde, além da reduzida atualização no que refere tanto aos aspectos técnicos das atividades de equipe, como do que envolve o desenvolvimento da gestão pelos membros que compõem a alta administração, interferem no alcance de possíveis metas propostas pela organização.

Nesta subcategoria, percebemos através do significado das unidades de análise, resultantes do conteúdo das entrevistas, que os informantes demonstram uma expectativa para que ocorra mais investimento em treinamento e atualização da equipe e dos integrantes da alta administração para que a mesma se desenvolva melhor. Os depoimentos confirmam essa ideia:

É preciso treinamento (3). É preciso atualização (3). É preciso investimento em atualização dos profissionais (3). A gestão deve capacitar os funcionários (5). A gestão deve dar a preparação para melhorar o desempenho do serviço (5). A alta administração deve acrescentar método de alocação de pessoal (5). A gestão deve preparar a recepção do hospital para receber os pacientes (6). A alta administração deve acrescentar atualização (6).

d) Dimensão ontológica valorização pessoal (DOvp)

Por valorização pessoal entendemos o que existe de valores positivos sobre os sujeitos e a sua necessidade de reconhecimento. Assim consiste em valorizar-se como elemento importante dentro da organização, possuidor de condutas, comportamentos e atitudes peculiares que podem contribuir para o coletivo, conseqüentemente para o melhor desenvolvimento da gestão. Esse valorizar-se refere-se à expressão de suas crenças e condutas internalizadas, as quais defendem e propagam entre a equipe (ABBAGNANO, 2007).

De acordo com os depoimentos dos entrevistados, é possível perceber a existência da valorização pessoal da equipe de saúde e da alta administração. Desse modo, as virtudes que envolvem a criatividade, o comportamento, personalidade e temperamento, bem como os valores sócio-culturais e princípios das pessoas, podem fazer a diferença, no que se refere à habilidade para descobrir formas criativas de resolver as dificuldades no espaço hospitalar.

Assim, em tempos de crescimento da tecnologia e da ciência no setor da saúde, em que a informação chega e sai numa velocidade muito grande, acreditar no próprio potencial, no do outro e na capacidade do grupo no qual se está inserido pode promover evolução individual, coletiva e organizacional (BALSANELLI *et al.*, 2008).

Na valorização pessoal da equipe de saúde observamos, através das unidades temáticas, que o conhecimento empírico dos sujeitos apresentou concepções e descrições que giram em torno da iniciativa que essa equipe tem de comunicar situações que os inquietam para contribuírem executando seu trabalho, mantendo boa relação interpessoal, tendo confiança no próprio trabalho, participando de forma indireta na gestão, preocupando-se com o andamento do serviço, sendo assíduo e pontual e organizando o setor de trabalho. Os depoimentos a seguir confirmam essas ideias:

Tento contribuir com o meu trabalho (1). Procuo o diretor médico e o próprio provedor para falar (1). Não tive problemas com a gestão (1). Tenho uma maneira de trabalhar (1). Tenho confiança no meu trabalho (1). Procuo ajudar na gestão (2). Participo de forma indireta na gestão (2).

Na valorização pessoal da alta administração, em sua fala, acredita numa aceitação de 80% da sua gestão, que segue a missão e filosofia da organização, de já ter realizado melhorias na organização. A seguir, a fala do entrevistado:

Tenho 80% de aprovação de minha gestão (9). Acredito que fiz muitas melhorias (9). Fiz muitos benefícios a Santa Casa (9). Sigo a missão e filosofia da Santa Casa (9). A missão de atender os pobres (9).

4.2.5 5ª Categoria - Fatores intervenientes da gestão hospitalar

Os fatores intervenientes devem ser entendidos como sendo todos os aspectos apontados pelos sujeitos passíveis de intervenção, mas que podem ocorrer de forma inusitada e acelerada no desenvolvimento da gestão e intangíveis.

De acordo com Angeloni (2003), os fatores intervenientes são os considerados intangíveis. Apesar de concordar com esse conceito, não utilizaremos os elementos os quais esse autor considerou como exemplo. Neste estudo, classificamos esses fatores como facilitadores e limitantes.

Dessa forma, acreditamos que é interessante preservar e contribuir com facilidades e buscar soluções para os limitadores da participação da equipe de saúde nesta gestão organizacional. Esses sujeitos podem contribuir com sua visão, percepção e a partir dela, com sua criatividade, iniciativa e capacidades.

Esta categoria possui como subcategoria: fatores intervenientes, facilidades e fatores limitantes. Desta última, originaram-se mais quatro elementos, a partir da análise das unidades temáticas: fatores intervenientes limitantes políticos, fatores intervenientes limitantes financeiros, fatores intervenientes recursos materiais e tecnológicos e, por último, fator interveniente limitante recursos humanos. Estas subcategorias e subdivisões serão analisadas a seguir:

a) Fatores intervenientes facilitadores (Fifa)

Essa subcategoria visualiza as facilidades apontadas pelos depoentes à gestão da alta administração hospitalar, para que sejam executadas as ações e obtenção dos objetivos específicos da organização.

Nesta subcategoria, de acordo com a percepção dos entrevistados, foram apontadas algumas atitudes que estão sendo tomadas nos últimos meses que denotam um início de mudança, e ainda apresenta a opinião de que em uma gestão passada havia maior apoio da alta administração, quando era dada maior autonomia aos chefes de setores. Estas atitudes demonstram que a gestão da alta administração está em mudança.

Dessa forma, o modelo de gestão estrutural-funcionalista hegemônico nesse serviço demonstra fragilidade, e assim a alta administração pode estar indicando a percepção de que existe a necessidade de mudança. Então, a visão tradicional, autocrática, e o comportamento amador na gestão podem estar com os seus dias contados. Assim, a organização passará num futuro próximo, pelo menos é a expectativa apresentada pelos sujeitos. Nessa linha, Misoczky; Bordin (2004) apontam a socialização do poder, através do espaço à participação

na gestão como necessária para uma efetiva modificação na cultura dessa organização e superação do clientelismo e formalismo.

Percebemos uma compreensão divergente entre sujeitos sobre a postura da alta administração diante dos trabalhadores, mas que nos permite analisar o que tem ou teve de facilitador na gestão organizacional no curso da história dessa organização. Seguem as verbalizações dos entrevistados:

O provedor vem tomando novas atitudes nos últimos meses. (8). Numa outra gestão tive maior apoio da diretoria e do provedor (19).

b) Fatores intervenientes limitantes (Fili)

No que se refere a essa subcategoria, a equipe de saúde visualiza os fatores intervenientes limitadores à gestão da alta administração hospitalar como sendo os interesses políticos, de reduzidos recursos humanos, tecnológicos e materiais e financeiros.

De acordo com a percepção dos entrevistados, alguns aspectos precisam ser visualizados para o progresso da gestão. Dentre os elementos apontados nas unidades de análise destacamos: os fatores intervenientes limitantes políticos (FIpo), caracterizado pela equipe como existindo pouco interesse político no avanço dessa organização. Seguem as falas dos informantes:

A política local [...] não deseja o crescimento do hospital. (7). A alta administração poderia ser melhor se houvesse interesse político envolvido (7). Difícil mudar quando há muito tempo as coisas são feitas do mesmo jeito (8). Ainda mais falando de administração. (8)

No que se refere a essas unidades temáticas sobre a política, Motta (2006) considera imprescindível uma redistribuição de poder, para que novas prioridades possam ser atendidas. Para mudar essa situação na organização, implica interferir no sentido de modificar a forma com que se priorizam e negociam os interesses, no como se harmoniza o atendimento de interesses que coincidem e divergem. Assim, a forma de negociar internamente pode ser o caminho para solução dos conflitos.

Mas, de acordo com Dougherty (2001 *apud* MISOCZKY; BORDIN, 2004), para a análise dos fatores limitantes e suas responsabilidades, sejam individuais ou coletivas, e para obtermos soluções, de acordo com a realidade organizacional, é preciso perceber o que chama de quatro tensões básicas que pode se dar na gestão: a interna e externa no que se refere à ligação da tecnologia adotada pela organização e o que exige o mercado; a tensão entre a

mudança e o tradicional que estabelece uma continuidade ou a criatividade; a dificuldade entre executar um plano determinado e ações que atendam aos fatores intangíveis e inusitados e por último o assumir a liberdade e responsabilidade com a mudança, no caso a gestão participativa.

Os fatores intervenientes limitantes recursos financeiros (FIRf) constituem subcategoria, construída a partir das unidades temáticas das falas dos sujeitos, que demonstram a sua escassez para a viabilidade da gestão da alta administração. Seguem as falas dos depoentes:

Na gestão se faz o que pode. (5). Não é feito muito por que não tem recursos (5). As coisas não vão muito bem pelas condições financeiras da Santa Casa (5). O provedor recebeu as coisas numa situação precária (5). A gestão sem recursos é difícil (7).

Já os fatores intervenientes limitantes recursos humanos (FIRh), subcategoria, apresentada através da percepção dos sujeitos, que se refere ao fator interveniente limitante recursos humanos (FIRh), demonstram a existência de reduzido recurso humano para a execução do que é prescrito pela organização com qualidade. De acordo com o mesmo autor, pode envolver conceitos que não será possível dar conta aqui nesse estudo, como da motivação, comunicação e aquisição de habilidades e aptidões.

No entanto, para esse autor, esses aspectos estão diretamente envolvidos com as ações realizadas pela equipe de saúde, além de fatores psicossociais que estão submetidos às prescrições da organização. Dessa forma, para modificar essa realidade, é preciso alterar comportamentos e atitudes e como os indivíduos participam dessa gestão, acrescentando incentivos, como por exemplo, recompensas de carreiras e capacitação profissional. Seguem as falas dos depoentes:

Não se faz reuniões, mas isso ainda pode ser arrumado (8). A gente era tratado como escrava (10). A folha aumentava e querem que corte pessoal (10). Quando adoecer alguém não tem quem substitua (21).

Essas falas nos remetem ao pensamento de que a velocidade com que entram e saem as informações na organização deixa o cotidiano da equipe num movimento tão intenso, que nos impede de compartilhar, olhar na direção do outro e caminhar lado a lado. Dessa forma, é preciso exercitar a capacidade comunicação, de interação e partilha de especificidades comuns numa equipe, no sentido de construir um projeto que contemple interesses e demandas diversas, de acordo com os espaços e setores de trabalho. Trata-se de uma

construção do indivíduo para o coletivo, cabendo pensar relações mais flexíveis, que podem ser elaboradas e reelaboradas num comportamento de alteridade e cumplicidade, num cotidiano, que tende mais a segregar (FAZENDA; MOREIRA, 2008).

Na sequência, estão os fatores intervenientes limitantes recursos materiais e tecnológicos (FImt), temos nessa subcategoria as unidades temáticas do conteúdo das falas da equipe de saúde, que denotam a pouca disposição de recursos materiais e tecnológicos para que a realização de ações e serviços de saúde ocorram com qualidade.

Nessa perspectiva, a tecnologia assume importante espaço tanto na comunicação, na disposição dos dados, nas informações e nos conhecimentos para a tomada de decisão, no hospital, também contribuindo para o compartilhamento desse conhecimento. De acordo com Angeloni (2003), a troca de informações e conhecimentos e sua qualidade e rapidez podem determinar o sucesso das organizações. Assim, quanto melhor as tecnologias adotadas na organização, maior a interação e compartilhamento da organização com o que há de mais novo.

Nessa perspectiva, de acordo com Motta (2006 *apud* MISOCZKY; BORDIN, 2004), a alteração da tecnologia dessa organização e revisão de como se utilizam os recursos materiais e tecnológicos podem trazer resultados positivos para modificar essa realidade. Seguem as falas dos depoentes:

*Faltam recursos tecnológicos para implantação de uma boa gestão (6).
Faltam recursos tecnológicos para melhorar a funcionalidade do hospital.
(6). Fazíamos tudo com dificuldade, aparelhos antigos. (20). As
dificuldades, aparelho quando quebra falo com o chefe e ele leva ao
provedor. (21). O material da odontologia encontra-se sucateado (24). O
consultório está decadente (24)*

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procura-se neste estudo analisar a percepção da equipe de saúde sobre a gestão hospitalar, numa organização de um município no interior do Estado da Bahia.

De acordo com os objetivos propostos, apresenta-se a importância da percepção e sua interferência no ambiente hospitalar, onde esses sujeitos desenvolvem suas atividades laborais. Nesse convívio, através do acúmulo de vivência, experiência e conhecimento prévio sobre sua profissão, tiveram oportunidade de expressar através da linguagem numa entrevista as percepções, valores, crenças e visões que internalizaram sobre a gestão da alta administração nesta unidade hospitalar.

Na sequência, buscou-se compreender a percepção dos depoentes, trabalhadores da equipe de saúde, sobre a gestão da organização onde trabalham, e como esses significados contribuem ou não para a execução de ações e serviços de saúde de forma humanizada, onde a equipe de saúde, a alta administração e o usuário interajam com maior identificação, confiança e aproximação. Para tanto, realizou-se uma leitura sobre os avanços da gestão no Brasil os aspectos históricos e filosóficos da percepção e percepção e gestão no trabalho.

Utilizaram-se os aportes teóricos da percepção e conceitos de gestão participativa de Campos (2007) e de gestão de Guimarães *et.al.* (2004). A entrevista estruturada permitiu observar essa percepção e sua inter-relação com o desenvolvimento das atividades pelos profissionais da saúde e também perceber os significados, que muitas vezes opostos e contraditórios, ajudam a compensar e disfarçar a comunidade essa real percepção.

Esse instrumento direcionou a construção do conhecimento empírico, quando possibilitou identificar os significados dessa gestão na concepção da equipe de saúde, a partir dos conteúdos das unidades de análise ou temáticas expressas pela linguagem. Desse conhecimento, foram apreendidas as diversidades de descrições e percepções da gestão desses depoentes, as quais denominamos: concepção da gestão, seguida dos requisitos necessários, valorização da gestão, dimensão ontológica e fatores intervenientes.

A concepção da gestão da alta administração dessa unidade hospitalar é descrita como sendo tradicional, autocrática, amadora e em mudança, e é embasada pela percepção e conceitos de gestão participativa, por acreditar que as adoções de modelos de gestão mais participativas podem reduzir a imagem negativa sobre a gestão e possibilitar a humanização das ações e serviços de saúde.

Observamos que na concepção da gestão expressa pelos sujeitos existe uma correlação entre a forma tradicional em que a alta administração se mantém num poder centralizado de

quem administra e mantém formas de gestão em que se busca pouco conhecimento para realizá-la. Entretanto, alguns significados demonstram um início de mudança nessa realidade.

Os requisitos necessários foram divididos em duas grandes subcategorias, considerando os significados apresentados pela equipe, como: requisitos necessários à gestão da alta administração, em que as unidades temáticas estiveram relacionadas a: organização, dar espaço à interação existente e inexistente, dar espaço à participação existente e inexistente parcialmente, valorização profissional, amor ao trabalho, melhoria das condições de trabalho, acompanhamento, capacitação e transparência administrativa. A segunda grande subcategoria é requisito necessário à equipe de saúde, na qual as unidades de análise se assemelham ao significado de necessidade de conhecimento e experiência a essa equipe. Dessas subcategorias, destacou-se: dar espaço a interação e participação inexistente, seguido de melhoria das condições de trabalho.

A concepção da gestão e requisitos necessários está coerente com o conhecimento científico, os quais demonstram a formação de significados através da vivência, experiência de como é percebido o tipo de gestão, e os elementos capazes de subsidiar essa gestão, além dos fatores que interferem no andamento da gestão hospitalar, e conseqüentemente na forma com que os trabalhadores e a gestão interagem, repercutindo inclusive na credibilidade destes e da organização.

A valorização da gestão foi subdividida conforme os significados apresentados nas falas dos depoentes em existente e inexistente, predominando a existente, na qual as unidades temáticas demonstraram a crença nessa gestão e na possibilidade de melhorar tanto o funcionamento dos serviços como a interação entre equipe e a alta administração, trazendo resultados positivos, no sentido de promover uma gestão compartilhada e participativa entre esses atores.

Na categoria dimensão ontológica, constituída das subcategorias expectativa, participação, capacitação e valorização pessoal, destacam-se a participação e capacitação, nas quais é evidenciada a crença e visão da equipe de saúde nos aspectos subjetivos em que a mesma se identifica e acredita como ser que integra essa organização e interage ente si para aperfeiçoar formas de gestão condizentes com a realidade organizacional, para o atendimento de suas demandas e qualidade dos serviços prestados.

Essas unidades temáticas referentes à categoria valorização da gestão e dimensão ontológica estão de acordo com o conhecimento científico, na medida em que possibilitam a identificação e segurança do ser em si e no outro, também na possibilidade de melhoria dessa

gestão, considerando suas demandas internas e externas, num contexto social e cultural onde está localizada.

Nessa dimensão ontológica, as percepções são semelhantes, opostas e se complementam, reunindo um conjunto de pontos de vista que podem dar à gestão críticas e contribuições que, compartilhadas com a alta administração, resultam numa melhor assistência e credibilidade de todos os atores que interagem e integram essa realidade hospitalar.

Na sequência, a categoria fatores intervenientes tem nas suas unidades de análise relações com os fatores que interferem no andamento dessa gestão, e pela similaridade de significados foram denominados em: facilitadores e limitantes. Dentre estes fatores destacam-se, por ordem de importância: os recursos humanos, os recursos financeiros, os recursos materiais e tecnológicos e os políticos. Essa percepção condiz com o que é descrito no conhecimento científico, vez que a redução no número de indivíduos trabalhando e dos recursos financeiros interfere na provisão e previsão de recursos materiais e no uso eficaz da tecnologia, e com isso no progresso da organização, repercutindo na satisfação da equipe e da comunidade.

As unidades de significados expressas pela equipe de saúde condizem com as leituras que descrevem formas de gestão arcaica, que mantém seus conceitos ultrapassados, apesar das mudanças promovidas pela globalização e informatização.

Essa reduzida preocupação com os aspectos subjetivos da gestão contribui para a percepção da imagem negativa que prevalece sobre a alta administração e equipe de saúde. Nesse sentido, percebemos, através dessas unidades de informação, a preocupação que a equipe demonstra nessa subcategoria, identificando e acreditando na possibilidade de mudança dessa realidade.

Assim, realizaram-se leituras que subsidiaram o conhecimento de uma proposta de mudança, no sentido de que sejam aplicados modelos de gestão mais participativos e condizentes com as transformações ocorridas no mundo e nesta realidade pesquisada.

Consideramos que a percepção da equipe de saúde sobre a gestão da alta administração neste estudo:

- demonstrou coerência entre os elementos da equipe de saúde, a partir de suas concepções sobre a gestão da alta administração;
- é influenciada pela predominância da necessidade de vários requisitos, que, em sua maioria, são relativos à alta administração já demonstrados na apresentação com apenas a necessidade de conhecimento e experiência à equipe de saúde;

- portanto, a equipe de saúde utiliza como base a identificação e crença na atitude altruísta mantida pela expectativa, necessidade de participação, capacitação e valorização que são importantes à atuação profissional na organização.

As considerações finais evidenciaram que os objetivos foram atingidos através da percepção:

- dos tipos de gestão, tais como a tradicional, autocrática, amadora e em mudança, com destaque da autocrática seguida da em mudança;

- dos fatores que interferem no desenvolvimento das ações da equipe de saúde, em sua maioria, como limitantes relativos à política local de saúde, recursos materiais, tecnológicos, financeiros e humanos;

- inexistência de espaço de participação da equipe de saúde;

- além de exigência de inúmeros requisitos necessários à alta administração para que seja possível uma gestão mais participativa com todos os elementos envolvidos de modo a melhorar a qualidade dos serviços aos usuários internos e externos;

- demonstram a necessidade de mudança radical na gestão atual considerando todos os aspectos destacados pela equipe de saúde.

Diante dessas reflexões, esperamos que esse estudo possa contribuir com discussões sobre a gestão hospitalar e evidenciar áreas que precisam de aprofundamento. Por isso, é interessante que outras pesquisas possam dar seguimento a esta, para alargar o conhecimento sobre esse tema, ampliando o espaço para estudos sobre os aspectos subjetivos da gestão, considerando as crenças, valores, visões da equipe de saúde para subsidiar a gestão em unidade hospitalar.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. 1210p.
- ANGELONI, Maria Terezinha. Elementos intervenientes na tomada de decisão. **Ciência e Informação**, Brasília, v. 32, n. 1, p. 17-22, jan./abr. 2003.
- ANTUNES, Arthur Velloso; COSTA, Moacir Nascimento. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto v.11, n.6, p. 832-839, nov./ dec. 2003.
- AUSTIN, John Langshaw. **Sentido e percepção**. Tradução de Armando Manuel Mora. São Paulo. Martins Fontes, 1993.
- BALSANELLI, Alexandre Pazzeto *et al.* Competências Gerenciais: desafio para o enfermeiro. In: FAZENDA, Naira Regina dos Reis; MOREIRA, Vilma Rodrigues Venâncio. **O trabalho em equipe**. São Paulo: Martinari, p.55- 61. 2008.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2007.
- BERGER, Peter L; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade**. 20 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- BOAVA, Diego Luiz Teixeira. **Estudo sobre a dimensão ontológica do empreendedorismo**. 2006. 203f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2006.
- BOGDAN, R. P; BIKLEN, S. K. **Qualitative research for education: an introduction for theory and methods**. 3th. ed. Boston: Allyn and Bacon; 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: gestão participativa: co-gestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização**. – 2. ed. Rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRESCIANI FILHO, Ettore. Processo de criação organizacional e processo de auto-organização. **Ciência da Informação**, IBICT/CNPq, Brasília, jan., v. 28, n. 1, p. 15-19, 1999.
- CAMARGO, Tereza Caldas; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. Atenção à mulher mastectomizada; discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer. **Revista Latino Americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.5, p.614-621, set./ out. 2003.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p.233.
- CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; ELIAS, Paulo Eduardo. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 914-920, jul. 2006.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986. out./ dec. 2005.

CECILIO, Luis Carlos de Oliveira. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **Revista de Administração Pública**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 36-47, mai./jun. 1997.

_____. **Inventando a mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CHINN, Peggy L; KRAMER, Macona k. Exploring contexts and values. In: _____. **Theory and Nursing: integrated knowledge development**. 5ª ed. New York: Mosby, 1999. p.69-70.

CHRISTOVAM, Barbara; SANTOS, Iraci. A instituição da liderança dos enfermeiros em questões de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 58, n.5, p. 551-555, set./ out. 2005.

CRUZ, Enêde Andrade da. **Práticas profissionais dos trabalhadores em central de material e esterilização**: representações sociais da equipe de enfermagem. 2003. 216f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2003.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 3. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1988.

ECO, Humberto. **Interpretação e superinterpretação**. Tradução MF. 2. ed. São Paulo. Martins Fontes, 2005.

FRANÇA, Inacia Satiro Xavier de; PAGLIUCA, Lorita Marlina Freitag. Passos. Caminhos e estradas do agir bioético na pesquisa com seres humanos. **ACTA Paul. Enf.** São Paulo, v. 17, n.1. p. 87-94, jan./mar.2004.

FRANCO, Maria Laura P de. O que é análise de conteúdo. **Caderno do Programa de Estudos de Pós-Graduação em Psicologia de Educação**, n. 07. São Paulo, p.1-31, 1986.

GADAMER, Hans-George. In: Mora, José Ferrater. **Dicionário de filosofia**. Madrid. Alianza Editorial, v. 2, 1990. p. 1314-1316.

GARCIA, Maria Alice Amorim. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v. 5, n. 8, p. 89-100, fev. 2001.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006. 206p.

GUIMARÃES, Maria do Carmo. Lessa. *et.al.* Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 06, nov./dez. 2004.

HALL, Richard H. **Organizações: estrutura e processos**. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1984.

JOTZ, C. B. e Rocha, C. B. J. e Jotz, C. Gestão participativa como caminho para aprendizagem e inovação organizacional: um caso na indústria moveleira. **Diálogo**, Canoas, v. 7, fev.p. 175-196, 2005.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: UFMG, 1999.

LIMA, Roberto Teixeira de. **Percepção ambiental e participação pública na gestão dos recursos hídricos: perfil dos moradores da cidade de São Carlos, SP, s/n, 114 p.** 2003.

LUEDY, Almerinda; CERQUEIRA, Ilone; NOGUEIRA, Roberta. **Percepção dos segmentos do complexo HUPES frente à nova estrutura organizacional**. Salvador. 2005.

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Estudo de caso - uma estratégia de pesquisa**. São Paulo: Atlas. 2006. 110 p.

MATHEUS, Maria Clara Cassuli; FUSTINONI, Suzete Maria. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Paulista. 2006.

MENDES, Vera Lúcia Peixoto S. **Inovação gerencial em serviços públicos de saúde e Cidadania**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde - Secretaria de Assistência à Saúde, 2002. v. 1. 80 p.

MERHY, Elias Emerson. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira; CRUZ NETO, Otávio; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MINTZBERG, Henry. **Criando Organizações Eficazes: estrutura em cinco configurações**. 2. ed. São Paulo: Atlas. 336p. 2007.

MISOCZKY, Maria Ceci Araujo; BORDIN, Ronaldo (Orgs.). **Gestão local em saúde: práticas e reflexões**. Porto Alegre: Dacasa, 2004. v. 1, 236 p.

MORA, José Ferrater. **Dicionário de filosofia**. 3. ed. Tradução Roberto Leal Ferreira e Alvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 12ª ed. Tradução Eloá Jacobina - Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006, 128p.

MOTTA, Fernando. **Teoria geral da administração: uma introdução**. São Paulo: Pioneira, 2006.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NORONHA, José; LIMA, Luciana D.; MACHADO, Cristiani V. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: Ministério da Saúde. (Org.). **Saúde no Brasil** - contribuição para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.45-94.

OLIVEIRA, Patrícia Monilha de; LIMONGE-FRANÇA. Avaliação da gestão de programas de qualidade de vida no trabalho. **Revista Eletrônica**, v. 4, n. 1, 2005.

PIERANTONI, Celia Regina. As Reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 341-360, 2001.

PÓ, Marcus Vinicius; ABRUCIO, Luiz Fernando. Desenho e funcionamento dos mecanismos de controle e accountability das agências reguladoras brasileiras: semelhanças e diferenças. Rio de Janeiro. **Revista de Administração Pública**, n. 40, v. 4, p. 679-698, 2006.

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadete P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 486 p.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera lúcia G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública** (online). Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004,

RIBEIRO, João Ubaldo. **Política: quem manda, por que manda e como manda**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998.

RIBEIRO, Sheila Maria Reis. **Um cenário da gestão pública no Brasil**. CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACION PÚBLICA, Panamá, 8, Panamá, 2003, p.28-31.

SANTAELLA, Lúcia. **A percepção: uma teoria semiótica**. São Paulo: Experimento, 1993. Paulo, Iluminuras, 2001.

SERAPIONE, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1): 187-192, 2000.

SILVA, Iranete Almeida Sousa. **Trabalho em unidade de tratamento intensivo: representações sociais de enfermeiros**. 162 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem – Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007.

SANTA ROSA, Darci de Oliveira. **A compreensão do significado da responsabilidade profissional da enfermeira à luz da análise existencial de Viktor Frankl**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, 1999.

SPAGNOL, Carla Aparecida. Da gerência clássica à gerência contemporânea: compreendendo novos conceitos para subsidiar a prática administrativa da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 01, p. 114-131, 2002.

SPAGNOL, Carla Aparecida; FERRAZ, Clarice Aparecida. Tendências e perspectivas da administração em enfermagem: um estudo na Santa Casa de Belo Horizonte-MG. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 01, p. 15-20, 2002.

SPAGNOL, Carla Aparecida; FERNANDES, Márcia Simoni. Estrutura organizacional e o serviço de enfermagem hospitalar: aspectos teóricos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 25, n.2, p.157-164, 2004.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas. 1987.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas**. 2. ed. Petrópolis: Vozes. 2003.

VAITSMAN, Jeni; FARIAS, Luis Otávio; MATTOS, Albertina Maria; CAMPOS FILHO, Antônio Claret. Metodologia de elaboração do índice de percepções organizacionais. Rio de Janeiro, **Cad. Saúde Pública**, n. 19, v. 6, p.1631-1643. 2003.

VALA, Jorge. A análise de conteúdo. In: SILVA, Augusto Santos; PINTO José Madureira. **Metodologia das ciências sociais**. 11. ed. Porto Alegre: Afrontamento, 2001. p: 101-128.

YIN, Robert K. **Estudo de caso - planejamento e método**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

APÊNDICE A - Instrumento para Entrevista

Nº _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Iniciais: _____ Unidade _____

Função _____

Sexo: Masc.() Fem () Vínculos empregatícios _____

Faixa etária:

() 20__30 () 30__40 () 40__50 () 50__60 () 60__70

Formação profissional _____ Instituição formadora _____

Tempo de serviço no Hospital _____ Tempo na atual função _____

Realizou algum curso de capacitação para o exercício da sua função? Qual?

Participa de atividade voluntária? _____ Qual? _____

2. PERCEPÇÃO DA GESTÃO DA ALTA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

1. Como o (a) senhor (a) vê a gestão dessa organização?
2. Como o (a) senhor (a) participa da gestão nesta organização?
3. Relate sua experiência no desenvolvimento de seu serviço, desde o início de sua admissão nessa organização.

APÊNDICE B - Carta ao Comitê de Ética

APÊNDICE C – Termo de consentimento

Título: **GESTÃO DE UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR: percepção da equipe de saúde**

INFORMAÇÕES AO COLABORADOR

Eu, Andréa Rodrigues Passos, aluna do curso de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, venho convidá-lo a participar da pesquisa intitulada **“PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE A ALTA GESTÃO HOSPITALAR”**. A pesquisa pretende contribuir para a melhoria da gestão participativa e democrática entre os trabalhadores e gestores e melhor atender ao usuário.

Traçamos como objetivo geral analisar a percepção da equipe de saúde sobre a alta administração organizacional de um hospital, de modo a contribuir para superar as dificuldades mediante a adoção de práticas gerenciais participativas e mais propícias à participação dos trabalhadores. Com este documento, fornecemos informações sobre a pesquisa para a sua compreensão e possível participação, que será de forma voluntária. Você terá o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer etapa conforme a resolução do conselho Nacional de Saúde nº 196/96, de 10 de outubro de 1996.

Não haverá benefícios financeiros, quer seja para mim como pesquisadora ou participante.

A coleta de dados será realizada através de entrevista semi-estruturada, com datas e hora acordadas entre pesquisador e participante. O material (fitas, fotos, questionários, etc.) será guardado por cinco anos, e ao final você poderá tê-las ou autorizar a destruição delas. Para manter sigilo e anonimato, a sua fala receberá um nome fictício. Os resultados da pesquisa serão transformados em documentos escritos. As transcrições estarão disponíveis para análise em qualquer tempo.

Você receberá o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, para as quais solicito sua assinatura e/ou impressão digital, caso concorde em participar.

Se houver desistência ou impossibilidade de realização da entrevista no local e horário combinado, ambas as partes podem marcar outro dia e horário.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Recebi esclarecimentos sobre a pesquisa intitulada “**PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE A ALTA GESTÃO HOSPITALAR**” e li o conteúdo do texto **Informações ao Colaborador** e entendi as informações relacionadas à minha participação nesta pesquisa. Em caso de dúvidas, poderei me esclarecer através do contato pelo telefone: (75) 3425-1139 com a Sra. Andréa Rodrigues Passos ou pelo e-mail: passosandrea@yahoo.com.br.

Declaro que não tenho dúvidas de que não receberei benefícios financeiros e que concordo em participar, podendo desistir em qualquer etapa e retirar meu consentimento, sem penalidades, prejuízo ou perda. Estou ciente de que terei acesso aos dados registrados e reforço que não fui submetido à coação, indução ou intimação.

Local_ _____, data_____, _____
Assinatura

Declaro que recebi de forma voluntária e apropriada o Termo de consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado, para participação nesta Pesquisa.

Local____/____/_____
Assinatura da Pesquisadora

Assinatura do Orientador

APÊNDICE D - Agrupando categorias

1 CONCEPÇÃO DA GESTÃO

Quadro 3 – Distribuição de Unidades de Análise Temática das Subcategorias da Categoria 1 - Concepção da Gestão de uma organização hospitalar do interior da Bahia, segundo informantes da pesquisa

Subcategoria	Unidade de Análise
Tradicional	[...] A alta administração mantém a forma tradicional de gestão (1). [...] a gestão tradicional é comum em santas casas (1). [...] não mudou a relação provedor e direção (1). [...] a gestão é conservadora (3). [...] a organização tem pouca preocupação com recursos tecnológicos para o progresso da empresa. (6). [...] o provedor se reúne com a mesa administrativa (8).
Autocrática	007 [...] Precisa do diretor médico e provedor para resolver todos os problemas com funcionários (1). [...] não pode ser assim (1). [...] fica tudo concentrado na mão da provedoria (1). [...] o diretor médico só assina papéis (1). [...] tem chefia dos setores, mas não tem autonomia (1). [...] Tem reunião [...] mas nada é resolvido. (2). [...] é uma caixa preta (3). [...] ainda centraliza muito as decisões (4). [...] as decisões vem de cima (4). [...] o estatuto foi modificado às vésperas das eleições para provedor (4). [...] nunca foi diferente quem tem que resolver as coisas é o provedor mesmo (5). [...] as decisões são tomadas pelo provedor. (7). [...] O provedor é quem exerce a gestão do hospital (7). [...] a gestão é feita pelo provedor (7). [...] o provedor conversa com a mesa administrativa sobre as decisões. (8). [...] na reunião nada é resolvido (8). [...] sempre o provedor toma as decisões na Santa Casa (9). [...] aqui, eu quem decido. (9). [...] nas Santas Casas, é assim, aqui também eu quem decido. (9). [...] as decisões chegam todos cumprem. (10). [...] resolvem as coisas, a gente [...] cumpre o nosso trabalho (12). [...] quem resolve as coisas é o provedor (15). [...] o provedor decide, sempre foi assim. (18). [...] fui o fundador desse laboratório, dizem que sou diretor do laboratório, mas não decido nada (18). [...] as decisões já chegam prontas [...] apenas aceito (19). [...] o provedor é quem decide sobre materiais e compras do hospital (22). [...] o provedor é quem faz a gestão do hospital (23). [...] não tem fiscalização da alta administração por parte da mesa administrativa (23). [...] não tem acompanhamento da alta administração por parte da mesa administrativa (23). [...] os riscos de desacertos são maiores quando se administra sozinho (23)
Amadora	[...] O provedor é pouco profissional (1). [...] tem uma pessoa que responde pela administração, mas não é administrador (1). [...] conversa-se com o provedor, mas ele é pouco profissional (1). [...] é uma relação não muito profissional (1). [...] o estatuto foi modificado nas vésperas das eleições (1). [...] o corpo clínico é muito pequeno. (3). [...] a gestão é pouco profissional (3). [...] as coisas estão muito amadoras (19). [...] a gestão não é profissional (19). [...] a gestão não tem fundamento administrativo (20). [...] a gestão mudou para pior. (20). [...] a gestão é empírica (20). [...] a gestão é fraca (24)

Em mudança	<p>[...] a relação melhorou um pouco (1). [...] está em evolução com a mudança da direção (1). [...] houve algumas mudanças [...] na organização (1). [...] começa a entrar [...] numa melhor gestão (1). [...] o hospital passou por reforma na estrutura física na primeira gestão do provedor atual (2). [...] a gestão teve melhora em termos de equipamento [...] para o convenio e particular (3). [...] a gestão caminha para uma melhor organização (4) [...] hoje as coisas estão melhores na gestão [...] agora está melhor (5). [...] foram feitas às reformas no terceiro pavimento. (5). [...] a gestão do hospital está melhorando. (8). [...] a ambulância está mais equipada, com oxigênio e aparelhos para transportar quem precisa. (9). [...] agora a gente pode aprender mais (10). [...] a gente tem mais chance (10). [...] algumas coisas vem mudando nos últimos meses (12). [...] está acontecendo muitas coisas novas aqui (13). [...] a gestão está melhor, pelo menos as chefias estão mudando (13). [...] tem mudado algumas coisas para melhor. (14). [...] hoje, às situações mudaram na gestão (19). [...] as coisas estão caminhando (21). [...] está melhorando, pelo menos o setor que trabalho (21). [...] foram comprados aparelhos novos (21). [...] foram comprados dois computadores novos para bioquímica e hematologia (21). [...] algumas coisas vem mudando nos últimos meses (12).</p>
------------	---

2 REQUISITOS NECESSÁRIOS

Quadro 4 – Distribuição de Unidades de Análise Temática das Subcategorias da Categoria 2 - Requisitos Necessários a gestão de uma organização hospitalar, segundo informantes da pesquisa

Organização	<p>[...] precisa de um setor de pessoal (1). [...] a mesa administrativa deve rever o estatuto (2). [...] ter mais organização na gestão (3). [...] precisa ter um administrador, assistente social (3). [...] só ouço falar que precisa melhorar, precisa (5). [...] é no hospital que as coisas precisam estar bem para melhorar o serviço. (5). [...] a administração precisa de um organograma bem organizado (6). [...] um organograma que compõe uma parte administrativa para funcionalidade do hospital. (6). [...] um organograma de ações e serviços que envolva vários setores do hospital. (6). [...] falo com a chefe e ela com o provedor. (10). [...] falo com a chefe e a chefe fala com o provedor (11). [...] seria necessário contratar um administrador (19). [...] a mesa administrativa está à parte da organização (20). [...] a mesa administrativa não tem influencia nenhuma. (20). [...] melhorar todo mundo sempre pode (21). [...] não me compete isso (22).</p>
Espaço à interação existente	<p>[...] Houve uma evolução positiva na relação do provedor com os profissionais que trabalham (1). [...] agora agente pode falar (10). [...] a união entre colegas é maior (10). [...] antigamente tinha uma ou duas reuniões por ano (20). [...] na primeira gestão a relação era muito próxima, tinha muita reunião. (21). [...] em outra administração reunia os setores e todos os setores juntos. (21). [...] eram reuniões individuais e com todos juntos (21). [...] procuro conversar com os colegas de trabalho sobre a gestão do provedor atual (24)</p>
	<p>[...] Quem trabalha não pode opinar e nem tem reunião pra isso (2). [...]</p>

Espaço à interação inexistente	<p>não tem conversa com as pessoas que trabalham sobre as decisões (2). [...] não tem espaço para falar desse assunto no hospital (2). [...] não tem interação entre gestor, diretor e os demais trabalhadores (3). [...] na gestão precisa de mais dialogo entre o pessoal que trabalha com o provedor. (3). [...] ainda precisa melhorar muito. (3). [...] falamos pouco [...] sobre a gestão (3). [...] não existe espaço para quem trabalha opinar na gestão. (4). [...] nos comunicamos pouco com o provedor. (4). [...] as decisões não são discutidas entre funcionários (8). [...] sempre foi o provedor quem toma as decisões nas santas (9). [...] hoje não tem reunião (10). [...] se tem reunião não chega ao conhecimento da gente (10). [...] existe a falta de [...] dialogo por parte da administração. (11). [...] não dá pra gente se envolver com a gestão (12). [...] falta dialogo entre provedor e os trabalhadores (14). [...] mas cada um faz as coisas do seu sujeito, sem entrar num acordo (14). [...] os funcionários não reúne com o provedor (14). [...] a administração deve ter mais dialogo. (15). [...] a alta administração deve reunir mais com os funcionários (15). [...] não tem muito diálogo (16). [...] nunca fui consultada em nada aqui (16). [...] o provedor não se dirige a nós funcionários, fala com o chefe (16). [...] sinto falta das reuniões (18). [...] nunca tive relação alguma com a mesa administrativa, a irmandade (19). [...] o corpo clinico não pára pra pensar o que se espera da organização. (20). [...] não temos acesso à provedoria. (20). [...] o corpo clínico não opina nessa administração (20). [...] um bom entendimento entre provedoria e profissionais é importante (20). [...] não sabemos o que está acontecendo na organização. (21). [...] não tenho espaço para chegar ao provedor (22). [...] o corpo clínico não se reúne com o provedor (23). [...] o corpo clínico não se reúne com a mesa administrativa (23).</p>
Espaço à participação existente	<p>[...] O diretor médico e provedor recebem bem as minhas criticas (1). [...] a relação do provedor, diretor médico com o pessoal melhorou. (3)</p>
Espaço à participação inexistente	<p>[...] Aqui não posso opinar em nada (2). [...] não participo da alta administração (3). [...] essa participação deixo pra quem vem chegando (5). [...] não participo da gestão. (6). [...] não participo de ações administrativas do hospital (6). [...] não vejo espaço para participar diretamente da alta administração (8). [...] não participamos da gestão. (10). [...] resolvem as coisas e pronto. (11). [...] não me envolvo com gestão (13). [...] não participo da gestão (13). [...] faço apenas meu trabalho. (15) [...] não participo da gestão (15) [...] não procuro saber sobre a alta administração (17) [...] não participo da alta administração (17) [...] os funcionários não tem espaço de participação (18) [...] não participo dessa parte. (19) [...] mesmo a mesa administrativa se distanciam da gestão. (20) [...] não participo da gestão (21) [...] não existe espaço para participar da gestão (23)</p>
Valorização profissional	<p>[...] A gestão deve valorizar mais os funcionários. (5). [...] a gestão deve valorização dos recursos humanos do hospital (6). [...] na gestão o respeito entre o provedor e funcionário é importante (6). [...] os que chegam agora são mais valorizados (7). [...] os profissionais mais novos recebem mais reconhecimento (7)</p>
Amor	<p>[...] Deve observar o amor pelo trabalho. (6). [...] deve observar o carinho pelo trabalho (6)</p>

Condições de trabalho	<p>[...] Os salários devem ser atualizados (2). [...] as obrigações trabalhistas devem ser mantidas em dia (3). [...] devem melhorar as condições de trabalho da recepção (5). [...] a gestão deve buscar o interesse dos que trabalham (6). [...] a gestão deve acrescentar responsabilidade a todos que trabalham no hospital (6). [...] deve fazer repasses quando tem aumento nas consultas para os médicos (6). [...] na gestão deve haver bom relacionamento entre o gestor e os que trabalham (6). [...] as reuniões semanais com os diversos setores, deve ajudar na administração do hospital (6), [...] a gestão deve ter as obrigações trabalhistas sempre em dia (7), [...] as condições de trabalho para mim deve ser a preocupação da gestão (7). [...] deve fazer economia [...] sem faltar materiais importantes (7). [...] deve aumentar a quantidade de profissionais (8) [...] devemos cumprir com nossas obrigações (10) [...] o administrador deve cumprir com as obrigações dele (10). [...] também seria bom aumentar o número de funcionários para ficar melhor (10) [...] bom mesmo é ganhar melhor (11). [...] precisa melhorar o número de funcionários (11). [...] seria interessante que o salário fosse melhor (21). [...] deve melhorar os aparelhos pra gente trabalhar (24) deve oferecer mais conforto aos funcionários (24) [...] precisa consertar os aparelhos quando quebra (24).</p>
Acompanhamento	<p>[...] É preciso dar a ordem e observar o retorno dos profissionais (3). [...] é preciso procurar saber o retorno e acompanhar (3). [...] a mesa administrativa deveria ser quem fiscaliza a gestão (8). [...] a mesa administrativa deveria ser quem ajuda a gestão. (8). [...] a mesa administrativa poderiam ter maior influencia. (20). [...] a mesa administrativa poderia fiscalizar mais. (20). [...] a mesa administrativa poderia cobrar melhores ações do provedor (20). [...] É preciso que os políticos se interessem no progresso do hospital (22)</p>
Capacitação	<p>[...] Precisa de mais conhecimento sobre administração. (4). [...] quem assume a administração do hospital deve obter conhecimentos para isso (24). [...] necessito preparo do provedor (20). [...] necessita capacitação do provedor (20). [...] necessita que a Santa Casa possa melhorar, com uma gestão mais capacitada. (23). [...] necessita capacitação técnica para que o provedor possa melhorar o serviço. (23). [...] Seria necessário preparar o provedor (19). [...] o provedor precisa de embasamento técnico (19)</p>
Transparência	<p>[...] A alta administração precisa ter mais transparência (1). [...] prestação de contas é muito importante (4). [...] precisa transparência na gestão, como em qualquer outra (4). [...] transparência na gestão (23). [...] deve apresentar demonstrativos da administração. (24)</p>
A equipe de saúde conhecimento	<p>[...] O provedor sei quem é. (12). [...] conheço o provedor (18). [...] sei bem o que é administrar, toda dificuldade que tenho aqui (9). [...] problemas na gestão toda organização tem (9). [...] não se sabe muito o recurso que entra e sai (3). [...] não apresentam demonstrativo médico (3). [...] nunca ficamos sabendo muita coisa (5). [...] não fico sabendo em que data isso acontece. (8). [...] apenas uma vez soube de uma reunião com todos os funcionários para falar de salário (8). [...] a gente não conhecia os nossos direitos (10). [...] não fico sabendo muita coisa (12). [...] não conheço a mesa administrativa (12). [...] aqui não fico sabendo muito das coisas (13). [...] não entendo de gestão (13). [...] não fico sabendo sobre a alta administração. (17). [...] não sei quem é a mesa administrativa (17). [...] sei quem é o provedor (17). [...] não fico sabendo sobre a alta administração</p>

	(18). [...] não sei quem é a mesa administrativa (18). [...] não sei quem são os membros da mesa administrativa. (22)
Experiência	[...] Tive altos e baixos, passei por outras administrações (1). [...] não pode ser assim (1). [...] muitas vezes sou chamado para atender de forma privilegiada pessoas por serem de alguma forma ligada ao provedor ou a mesa administrativa (4). [...] Essa gestão dura até hoje, mais de quatro anos (4). [...] alcancei outros provedores (5). [...] já tenho algum tempo nesse hospital (7). [...] cheguei aqui já tem muitos anos, 13 anos (7). [...] tenho experiência para lhe dar uma aula sobre como administrar uma Santa Casa. (9). [...] são muitos anos cuidando de tudo aqui (9). [...] alcancei a gestão de quatro provedores da Santa Casa (10). [...] fui pegando experiência. (10)

3 VALORIZAÇÃO DA GESTÃO

Quadro 5 – Distribuição de Unidades de Análise Temática das Subcategorias da Categoria 3 - Valorização da Gestão de uma organização hospitalar do interior do Estado da Bahia, segundo depoentes da pesquisa

Existente	[...] O entendimento é importante para a gestão do hospital (5). [...] na segunda gestão desse provedor foi tudo bem (2). [...] minha relação pessoal com o provedor é muito boa (3). [...] melhorou a conversa com os médicos. (3). [...] melhorou o funcionamento do ambulatório (3). [...] a mudança nas coordenações de alguns setores já é um passo para melhorar (8). [...] essa gestão está melhor (10). [...] a gestão é boa (11). [...] melhorou bastante (11). [...] a gestão é bem desempenhada (11). [...] comparando com outro hospital está dentro dos meus padrões (11). [...] acho que a gestão está melhor. (12). [...] considero boa à administração. (21). [...] em relação a outros hospitais a gestão é boa. (23). [...] considero boa à administração. (24)
Inexistente	[...] Não me cabe opinar em nada da gestão (2). [...] posso dizer que as coisas podem melhorar (2). [...] não é possível acertar tudo, são muitos setores (8). [...] o gestor nunca consegue agradar todos (8). [...] isso não me incomoda (11). [...] não posso fazer nada para ajudar na gestão (19). [...] não posso ajudar. (20)

4 DIMENSÃO ONTOLÓGICA

Quadro 6 – Distribuição de Unidades de Análise Temática das Subcategorias da Categoria 4 - Dimensão ontológica da gestão de uma organização hospitalar do interior da Bahia, segundo entrevistados da pesquisa

Expectativa	[...] Precisamos melhorar muito. (5). [...] um diretor não deve permanecer mais de 4 anos em qualquer diretoria.(18). [...] a gestão atual deve melhorar. (2). [...] espero participar mais das decisões com as chefias. (19)
Participação	[...] A chefia de cada setor é que deve resolver determinadas coisas (1). [...] precisa de uma administração mais dividida para que as coisas andem (1). [...] o chefe de setor precisa ter mais liberdade para tomar decisões (1). [...] precisa de mais autonomia para o chefe de setores. (2). [...] precisa mais democracia,

	<p>como em qualquer gestão (4). [...] precisa entendimento corpo clínico e provedor. (5). [...] a gestão deve preparar a recepção do hospital para receber os pacientes. (6). [...] essa gestão deve envolver o serviço de limpeza (6). [...] a gestão deve envolver a recepção. (6). [...] a gestão deve envolver os médicos e enfermagem (6). [...] as reuniões precisam acontecer com regularidade. (8). [...] A alta administração precisa aproximar a mesa administrativa do convívio da administração do hospital (8). [...] É preciso que a mesa administrativa participe mais da gestão (21). [...] Precisa que reúna a mesa administrativa, e funcionários (21). [...] é preciso que a mesa administrativa participe mais da gestão. (22). [...] a gestão precisa ser realizada consultando os chefes de todos os setores. (23). [...] seria bom que reunisse mais (24). [...] é precisa mais reunião com todos os funcionários (24)</p>
Capacitação	<p>[...] Atualizar o pessoal para fazer melhor o seu serviço (2). [...] é preciso treinamento. (3). [...] é preciso atualização. (3). [...] é preciso investimento em atualização dos profissionais (3). [...] é preciso investimento em treinamento pelo menos uma vez ao ano (3). [...] precisa preparar o funcionário para receber melhor o paciente. (4). [...] o profissional trabalha melhor (4). [...] a gestão deve capacitar os funcionários. (5). [...] a gestão deve dar a preparação para melhorar o desempenho do serviço. (5). [...] a alta administração deve acrescentar atualização (6). [...] a alta administração deve acrescentar método de alocação de pessoal (6). [...] a gestão deve preparar a recepção do hospital para receber os pacientes. (6). [...] a alta administração deve ter interesse em melhorar o conhecimento de toda equipe de trabalho do hospital (6). [...] a alta administração deve se interessar em melhorar os conhecimentos dos trabalhadores desde a recepção até os profissionais da equipe de saúde. (7). [...] A gestão precisa atualizar os trabalhadores (8). [...] A gestão deve preparar principalmente a enfermagem. (8). [...] o serviço de manutenção precisa ser capacitado (12). [...] precisa capacitar o pessoal da limpeza. (15)</p>
Valorização Pessoal	<p>[...] Quando alguma coisa me incomoda procuro o diretor médico e também o provedor (1). [...] quando vejo alguma coisa errada vou lá e falo (1). [...] tento contribuir com o meu trabalho (1). [...] quando vejo algo errado, falo diretamente com o provedor (1). [...] tento contribuir mostrando algumas coisas que estão no lugar errado. (1). [...] procuro o diretor médico e o próprio provedor para falar (1). [...] não tive problemas com a gestão (1). [...] tenho uma maneira de trabalhar (1). [...] tenho confiança no meu trabalho (1). [...] procuro ajudar na gestão (2). [...] participo de forma indireta na gestão (2). [...] participo na burocracia para gestão (2). [...] participo da gestão no preenchimento da papelada (2). [...] ajudo a gestão no ponto de vista das AIHS da enfermaria quando precisa preencher. (2). [...] me preocupo com o funcionamento do serviço. (2). [...] aqui todos cumprem seu trabalho (4). [...] sempre me dei bem com todos. (5). [...] acompanho a situação do hospital há muitos anos, mais de três décadas. (5). [...] dei minha colaboração no tempo certo (5). [...] fui diretor médico desse hospital por 30 anos, há dez anos (6). [...] acompanhei vários provedores. (6). [...] poderia dizer inúmeras necessidades, pelo tempo que estou aqui (7). [...] procuro ajudar no que posso, desde quando cheguei. (8). [...] tenho 80% de aprovação de minha gestão (9). [...] acredito que fiz muitas melhorias (9). [...] fiz muitos benefícios a Santa Casa (9). [...] sigo a missão e filosofia da Santa Casa (9). [...] a missão de atender os pobres (9). [...] participo indiretamente com meu trabalho. (11). [...] levo a sério, chego no horário, até saiu mis tarde (11). [...] não tenho do que</p>

	me queixar (11). [...] contribuo com meu trabalho. (11). [...] procuro fazer bem feito, mas ninguém é perfeito. (11). [...] cumpro minhas obrigações. (12). [...] não me incomodo com isso. (13). [...] não entendo muito o porquê das coisas (13). [...] faço meu trabalho com amor e dedicação. (17). [...] cumpro minhas obrigações (19). [...] fui fundador desse laboratório (19). [...] só faço meu trabalho (22)
--	---

5 FATORES INTERVENIENTES

Quadro 7 – Distribuição de Unidades de Análise Temática das Subcategorias da Categoria 5 - Fatores Intervenientes da gestão de uma organização hospitalar, de um hospital do interior do Estado da Bahia, segundo informantes da pesquisa

Facilitadores	[...] O provedor vem tomando novas atitudes nos últimos meses. (8). [...] numa outra gestão tive maior apoio da diretoria e do provedor (19).
Limitantes Políticos	[...] A alta administração poderia ser melhor se houvesse interesse político envolvido (7). [...] a política local [...] não deseja o crescimento do hospital. (7). [...] difícil mudar quando há muito tempo as coisas são feitas do mesmo jeito (8). [...] ainda mais falando de administração. (8)
Limitantes Rec.Humanos	[...] O problema está em corrigir as críticas recebidas (1). [...] demora um pouco [...] depende do que seja (1). [...] nesse momento as coisas não estão bem. (2). [...] os encargo sociais não estão bem resolvidos (2). [...] não se faz reuniões, mas isso ainda pode ser arrumado. (8). [...] peço algumas coisas, mas não temos respostas (10). [...] a gente era tratada como escrava. (10). [...] não folgava (10). [...] a folha aumenta e querem que corte pessoal (10). [...] o serviço de odontologia é menosprezado (24). [...] isso não quer dizer que os outros gestores não fizeram também alguma coisa para melhorar (20). [...] quando adocece alguém não tem quem substitua. (21). [...] fazemos nossas atividades e a do colega (21). [...] não tenho respaldo para levar propostas ao provedor. (22)
Limitantes Rec.Materiais e Tecnológicos	[...] falta recursos tecnológicos para implantação de uma boa gestão. (6). [...] falta recursos tecnológicos para melhorar a funcionalidade do hospital. (6). [...] fazíamos tudo com dificuldade, aparelhos antigos. (20). [...] as dificuldades, aparelho quando quebra falo com o chefe e ele leva ao provedor. (21). [...] os materiais da odontologia encontra-se sucateados (24). [...] o consultório está decadente (24). [...] a provedora passada falava das dificuldades financeiras (21). [...] a provedora passada falava de todas as dificuldades (21)
Limitantes Financeiros	342 [...] na gestão se faz o que pode. (5). [...] não é feito muito por que não tem recursos (5). [...] as coisas não vão muito bem pelas condições financeiras da Santa Casa (5). [...] o provedor recebeu as coisas numa situação precária (5). [...] os assuntos [...] financeiros precisam ser resolvidos (5). [...] a gestão sem recursos é difícil (7). [...] salários do pessoal atrasado (7). [...] mesmo assim procurarei contribuir mais para melhorar os serviços para a comunidade. (9). [...] mesmo assim procurarei contribuir mais para melhorar os serviços para a comunidade. (9). [...] a Santa Casa tem dificuldades financeiras (9). [...] o dinheiro é pouco (10). [...] quando o provedor chegou à captação de recursos era zero (19). [...] foram aumentando as despesas trabalhistas (19)

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética da Universidade Federal da Bahia

ANEXO B – Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos

ANEXO C – Carta para coleta dos dados