

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS

MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO (PPGA)

em convênio com UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL - UCS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

O TRABALHO DO ADMINISTRADOR HOSPITALAR NO GERENCIAMENTO DO DIA-A-DIA DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS GERAIS DE GRANDE PORTE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

por

Náirio Aparecido Augusto Pereira dos Santos

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Administração

Orientador: Prof. Dr. Roberto Fachin

Porto Alegre - RS, outubro de 1998

Para **Seille Cristine**, destinatária dos meus mais elevados sentimentos de amor.

Para **Guto, Rhaíssa e Rhaná**, materializações do nosso amor e testemunhas incontroversas da nossa paixão.

Para Padre **Niversindo Antônio Cherubin**, preceptor e arauto da Administração Hospitalar no Brasil, com quem tenho aprendido muito!

AGRADECIMENTOS

Aos Administradores Hospitalares que se dispuseram a participar da "Observação Estruturada" por mim desenvolvida e que viabilizou a presente pesquisa;

Ao Prof. Dr. Roberto Costa Fachin, pela dedicada e prestimosa orientação no desenvolvimento dessa dissertação de mestrado;

Ao Diney Lago Júnior, ao Marcelo Záquia e ao Sérgio Ramos, pela importante colaboração na confecção de tabelas, figuras, organogramas, uso de scanner e edição do texto da dissertação. Foi, sem dúvida, oportunidade ímpar para aprofundar meus conhecimentos em Word, Excel, Power Point e Corel Draw;

À Tânia, bibliotecária da FCE/UFRGS, pelo apoio nas pesquisas em bancos de dados e na internet;

Ao Prof. Henry Mintzberg (Professor of Management, Faculty of Management, McGill University, Montreal, Canadá) por ter me enviado diversos artigos de sua autoria;

Aos colegas, amigos e familiares que me acompanharam nesse meu aprendizado e que torceram (minha esposa e filhos imploraram!) pela conclusão desse meu trabalho, meus sinceros agradecimentos.

Náirio A Augusto Pereira dos Santos

Outubro, 1998

ÍNDICE ANALÍTICO

RESUMO	9
ABSTRACT	10
1 INTRODUÇÃO	11
1.1 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA	12
1.1.1 <i>Importância do Conhecimento das Atividades do Administrador Hospitalar</i>	12
1.1.2 <i>Importância para os Hospitais e a Comunidade em Geral</i>	13
1.1.3 <i>Importância dos Hospitais Filantrópicos na Assistência à Saúde no Rio Grande do Sul</i>	13
1.1.4 <i>Importância Pessoal e Profissional</i>	15
1.2 OBJETIVOS DO TRABALHO.....	18
1.2.1 <i>Objetivo geral</i>	18
1.2.2 <i>Objetivos específicos</i>	18
2 QUADRO TEÓRICO	19
2.1 O ESTUDO DO TRABALHO GERENCIAL.....	19
2.1.1 <i>Abordagem tradicional</i>	19
2.1.2 <i>O Processo do Gerenciamento Hospitalar à Luz da Abordagem Clássica de Administração</i>	22
2.1.3 <i>A 'Teoria dos Papéis do Gerente' segundo Henry Mintzberg</i>	23
2.1.4 <i>O Trabalho Gerencial na Visão de Outros Autores</i>	35
2.1.5 <i>As habilidades necessárias ao Gerente</i>	46
2.2 O ESTUDO DO TRABALHO GERENCIAL NO SETOR SAÚDE.....	49
2.2.1 <i>A Organização Hospitalar</i>	49
2.2.2 <i>As organizações hospitalares segundo Mintzberg</i>	50
2.2.3 <i>A Complexidade das Organizações Hospitalares e Sua Gestão</i>	52
2.2.4 <i>A Estrutura das Organizações Hospitalares Filantrópicas</i>	57
2.2.5 <i>O Administrador Hospitalar e o Médico: Dois Mundos Distintos</i>	58
2.2.6 <i>O papel do Administrador Hospitalar</i>	59
2.2.7 <i>Atribuições do Administrador Hospitalar</i>	63
2.3 MÉTODOS UTILIZADOS PARA O ESTUDO DO TRABALHO GERENCIAL	65
3 METODOLOGIA DO ESTUDO	67
3.1 MÉTODO UTILIZADO: "OBSERVAÇÃO ESTRUTURADA"	67
3.1.1 <i>Registro Cronológico</i>	68
3.1.2 <i>Registro de Contatos</i>	68
3.1.3 <i>Registro de Correspondências (Ou Documentos)</i>	69
3.1.4 <i>Atividades Básicas. Conceituação</i>	69
3.1.5 <i>Categorização dos Registros de Contatos e dos Registros de Correspondências</i>	70
3.1.6 <i>Limites e Critérios da Observação</i>	81
3.2 AMOSTRA.....	83

3.2.1	<i>Características da Amostra</i>	83
3.2.2	<i>Terminologia Adotada</i>	85
3.2.3	<i>Perfil dos Administradores Hospitalares Pesquisados</i>	86
3.3	COLETA DE DADOS.....	87
3.3.1	<i>Coleta de Dados Preliminares</i>	87
3.3.2	<i>Dificuldades e Limitações na Coleta dos Dados</i>	89
4	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	91
4.1	ANÁLISE DOS REGISTROS CRONOLÓGICOS	91
4.2	ANÁLISE DOS REGISTROS DE CORRESPONDÊNCIAS.....	97
4.3	ANÁLISE DOS REGISTROS DE CONTATOS.....	101
4.4	O TRABALHO GERENCIAL: EPISÓDIOS OBSERVADOS.....	104
5	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	115
5.1	IDENTIFICANDO AS ATIVIDADES E A ALOCAÇÃO DO TEMPO DO ADMINISTRADOR HOSPITALAR EM UM DIA TÍPICO.....	115
5.2	SUBSÍDIOS À FORMAÇÃO ACADÊMICA E AO TREINAMENTO DOS ADMINISTRADORES HOSPITALARES	122
5.3	COMPARAÇÃO DE ALGUNS RESULTADOS DESTA PESQUISA COM ALGUNS RESULTADOS DA PESQUISA REALIZADA POR MINTZBERG.....	124
5.4	SUGESTÕES PARA FUTURAS PESQUISAS.....	125
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
7	ANEXOS	133
Anexo 1	.....	134
Anexo 2	.....	138
Anexo 3	.....	140
Anexo 4	.....	159
Anexo 5	.....	163
Anexo 6	.....	166
Anexo 7	.....	170
Anexo 8	.....	171

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - PERFIL DOS HOSPITAIS E LEITOS NO RS.	14
TABELA 2 - PERFIL DOS HOSPITAIS PESQUISADOS.....	84
TABELA 3 - PERFIL DOS ADMINISTRADORES HOSPITALARES PESQUISADOS.....	87
TABELA 4 - TABULAÇÃO DOS REGISTROS CRONOLÓGICOS.....	95
TABELA 5 - REGISTRO DE CORRESPONDÊNCIAS: RECEBIDAS E ENVIADAS.....	100
TABELA 6 - ANÁLISE DOS REGISTROS DE CONTATOS.....	103

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - O PROCESSO DO GERENCIAMENTO HOSPITALAR À LUZ DA ABORDAGEM CLÁSSICA DE ADMINISTRAÇÃO (DAFT, 1997).....	23
FIGURA 2 - MODELO INTEGRAL DO TRABALHO GERENCIAL (MINTZBERG, 1994).....	34
FIGURA 3 - O CICLO GERENCIAL DE MACKENZIE (1969).....	39
FIGURA 4 - AS CINCO PARTES BÁSICAS DA ORGANIZAÇÃO (MINTZBERG, 1995).....	51
FIGURA 5 - OS DIFERENTES MUNDOS DO HOSPITAL GERAL (MINTZBERG, 1997).....	53
FIGURA 6 - MODELO TEÓRICO DE PAPÉIS (KATZ & KAHN, 1966).....	61
FIGURA 7 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ATIVIDADES DO ADMINISTRADOR HOSPITALAR.....	96
FIGURA 8 - DISTRIBUIÇÃO DO TEMPO DO ADMINISTRADOR HOSPITALAR POR TIPO DE ATIVIDADE	96
FIGURA 9 - DISTRIBUIÇÃO DAS ATIVIDADES DO ADMINISTRADOR HOSPITALAR POR TEMPO DE DURAÇÃO	97

RESUMO

Através da metodologia “Observação Estruturada” foram estudados 5 (cinco) administradores hospitalares de hospitais filantrópicos gerais de grande porte no estado do Rio Grande do Sul, durante uma semana cada um, observando, minuto após minuto, dia após dia, como eles executam seus trabalhos. O estudo, que utilizou as mesmas categorizações de Mintzberg (1973), conclui **no mesmo sentido de Mintzberg de que também** o Administrador Hospitalar “não é um planejador sistemático e reflexivo, mas sim um profissional que executa suas atividades em ritmo intenso, com as características de brevidade, fragmentação e variedade. É firmemente orientado para a ação e vê-se constantemente bombardeado por telefonemas, correspondências e por pessoas que às vezes irrompem em sua sala para fornecer-lhe ou dele receber informações” (pág. 28-53, 1973). Utiliza-se intensamente da comunicação verbal e apóia-se em extensiva rede de contatos externos à organização hospitalar para a obtenção e troca de informações. **A principal diferença entre os Administradores Hospitalares por mim pesquisados e os gerentes analisados por Mintzberg é que aqueles envolvem-se num número expressivamente maior de negociações do que estes. Enquanto que 10% (dez por cento) do total de contatos dos Administradores Hospitalares referem-se a negociações, apenas 1% (um por cento) do total de contatos dos gerentes estudados por Mintzberg refere-se a esse papel.** A dinâmica e complexa interação dos quatro mundos do hospital (Mintzberg, 1977): cura, cuidados, controle e comunidade são fontes de constante pressão em seu trabalho, desafiando suas habilidades (técnicas, humanas e conceituais) e exigindo-lhe elevada capacidade de observação, de negociação, de administração do tempo e de controle emocional, ao lado da competência em argumentar, em falar em público, em conhecer o sistema de saúde e em inter-relacionar-se com os demais profissionais da saúde.

ABSTRACT

Five hospital administrators, at large-scale philanthropic hospitals in Rio Grande state, were studied using the "Structured Observation" methodology. They were observed for one week each on a minute-by-minute, day-by-day basis as to how they did their jobs. The study, which used the same category system as Mintzberg (1973), concluded in the same way that Mintzberg that the Hospital Administrator also "is not a systematic and reflective planner, but rather professionals that carry out their duties at an intensive pace, with features such as brevity, fragmentation and variety. They are firmly orientated towards action and find themselves constantly bombarded by telephone calls, correspondence and by people that barge into their offices to get or deliver information" (pages 28-53, 1973). The principal difference between Hospitals Administrators researched by myself and the Managers studied by Mintzberg is that those involve themselves in a greater number of negotiations than these managers. While 10% (ten per cent) of total contacts of Hospitals Administrators are concern negotiations, only 1% (one per cent) of total contacts of Mintzberg Managers is concern these role. They use verbal communication intensively and are backed up by an extensive network of external contacts and hospital organization to obtain and exchange the data. A dynamic and complex interaction of the four cornerstones of the hospital (Mintzberg, 1977): cure, care, control and community - is the source of constant pressure in this job and challenges their abilities (technical, human and conceptual) and demands a high capacity for the observation, negotiation and administration of time and of emotional control, along with competence in discussion, public speaking and knowledge of the health system and in relationships with other health professionals.

1 INTRODUÇÃO

Como se constitui o trabalho do Administrador Hospitalar no gerenciamento do dia-a-dia do Hospital Filantrópico?

Essa é a questão central e motivadora desse trabalho.

De um lado, respondem os autores clássicos liderados por Fayol (1989, c1916): prever, organizar, comandar, coordenar e controlar e, de outro, a abordagem alternativa, senão inovadora, de Henry Mintzberg(1973), consubstanciada na "Teoria dos Papéis do Gerente". Segundo esse autor, os 10 papéis do executivo são agrupados em três níveis: interpessoal (imagem do chefe, líder e contato), informacional (monitor, disseminador, porta-voz) e decisório (empreendedor, manipulador de distúrbios, alocador de recursos e negociador), apresentada, em 1994, sob novo enfoque, qual seja, gerenciamento em três níveis: ações (executor), pessoas (liderança e conexão) e informações (comunicação e controle).

O trabalho do cotidiano empresarial comparado aos pressupostos da visão clássica de administração, advoga Mintzberg, é tal qual a comparação entre uma pintura abstrata cubista e uma pintura renascentista: dois mundos completamente diferentes!

O propósito principal desse estudo, então, é observar sistemática e estruturadamente as atividades diárias de cinco Administradores Hospitalares de Hospitais Filantrópicos Gerais de Grande Porte no Rio Grande do Sul, durante uma semana cada um, com o objetivo primordial de identificar as atividades que constituem o trabalho do dia-a-dia desses administradores.

O Administrador Hospitalar só será mais competente, eficiente e eficaz se tiver consciência de suas atividades e dos papéis que desempenha quando da execução dessas atividades, de tal sorte a, aprimorando sua performance, contribuir para um melhor desempenho da organização que dirige: o Hospital, que, no dizer de Cherubin (1994) "é o guarda-chuva sanitário protetor da comunidade".

1.1 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

1.1.1 Importância do Conhecimento das Atividades do Administrador Hospitalar

Conhecer adequadamente as atividades que constituem o trabalho do Administrador Hospitalar é muito importante para que seja aprimorada tanto sua formação quanto seu treinamento, eis que o mesmo é o principal executivo de um dos principais instrumentos de saúde da comunidade: o Hospital!

Desnecessário enfatizar a importância, em nossas vidas, de possuímos e mantermos um hígido e saudável estado de saúde. Se, porventura, formos acometido de algum mal, desnecessário ressaltar a importância de pronta recuperação de nossa saúde geral. Em inúmeros casos, o adequado tratamento do estado mórbido para a desejada recuperação do estado de saúde da pessoa enferma passa por hospitalização e intervenção cirúrgica ou outro procedimento de natureza médico-hospitalar. Nesse contexto, é vital o perfeito funcionamento da infra-estrutura de instalações, equipamentos e instrumentais médico-hospitalares, para que os profissionais de saúde possam exercer suas técnicas e prestar os necessários serviços aos pacientes, bem como a qualificação dos recursos humanos responsáveis por esses serviços.

É o Administrador Hospitalar, liderando equipe multiprofissional, responsável direto pelo adequado funcionamento dessa infra-estrutura, para que os demais profissionais da saúde tenham condições físicas, materiais e humanas de cumprir suas obrigações profissionais.

Além da infra-estrutura médico-hospitalar, outras dimensões do trabalho gerencial que englobam as pessoas, a estrutura, as tarefas, a tecnologia e o ambiente, ao tempo que constituem os elementos básicos da Administração, afetam diretamente as atividades dos Administradores Hospitalares no seu cotidiano e os impulsionam a um ritmo frenético, senão alucinante, de trabalho, sejam nos hospitais com fins lucrativos, sejam nos hospitais sem fins lucrativos, nesses últimos se inserindo os hospitais filantrópicos.

Ter consciência dessas atividades e das possibilidades de aperfeiçoamento de sua execução, como já dito anteriormente, é fator de suma importância tanto para os Administradores Hospitalares, como para as organizações hospitalares que dirigem e, consequentemente, para a população que assistem.

1.1.2 Importância para os Hospitais e a Comunidade em Geral

Os Hospitais Sem Fins Lucrativos no Brasil e especificamente no Rio Grande do Sul, cujos sinônimos são: Santas Casas, Hospitais Comunitários, Filantrópicos, Beneficentes, de Religiosos e de Caridade¹, são de importância vital para a assistência à saúde da população, posto representarem, no Rio Grande do Sul, como veremos a seguir, aproximadamente 60% da capacidade total de leitos hospitalares instalado².

Estão presentes praticamente em todos os municípios gaúchos e representam, muitas vezes, alternativa única de acesso hospitalar do Sistema Único de Saúde - SUS³ estadual aos habitantes daquela unidade municipal.

A gestão de tão importante instrumento de saúde à comunidade só se fará eficiente e eficaz, adequada e competente, se os incumbentes de sua gestão, os Administradores Hospitalares, estiverem conscientes das atividades que desenvolvem e das que devem desenvolver para o pleno atingimento dos objetivos sociais e comunitários das organizações que dirigem.

Assim, este estudo poderá contribuir para que esses administradores melhor se conscientizem acerca de suas atividades e possam ser treinados nas habilidades necessárias ao pleno desempenho de seus papéis como gestor, colaborando de modo efetivo ao aumento da produtividade e aperfeiçoamento da qualidade dos serviços prestados pela organização hospitalar à comunidade que servem.

1.1.3 Importância dos Hospitais Filantrópicos na Assistência à Saúde no Rio Grande do Sul

No Rio Grande do Sul, conforme dados da Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente - SSMA/RS (1996) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (1995), são 409 o total de hospitais existentes, totalizando uma oferta de 43.163 leitos hospitalares à população gaúcha e estão assim distribuídos:

¹ Para os efeitos deste trabalho, adoto como sinônimos de hospitais filantrópicos as seguintes denominações: Santas Casas, Hospitais Comunitários, Beneficentes, de Religiosos e de Caridade. No ANEXO I deste, detalho o nascimento, a conceituação e a caracterização da entidade filantrópica.

CLASSIFICAÇÃO	Nº HOSPITAIS		Nº LEITOS	
	QUANTIDADE	%	QUANTIDADE	%
FILANTRÓPICOS	242	59,2%	25.097	58,2%
LUCRATIVOS	145	35,5%	10.624	24,6%
PÚBLICOS	22	5,3%	7.442	17,2%
TOTAL	409	100,0%	43.163	100,0%

Tabela 1 - Perfil dos Hospitais e Leitos no RS.

O parque hospitalar filantrópico gaúcho representa 59,2% do total de hospitais existentes e 58,2% da totalidade de leitos hospitalares do estado. Dele depende, em síntese, aproximadamente 60% dos atendimentos médico-hospitalares do Rio Grande do Sul, donde a dimensão de sua inequívoca importância!

Outro fato importante é que, segundo dados da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do RS, de março de 1998, dos 25.097 leitos filantrópicos existentes no estado, 18.246 são destinados ao SUS, ou seja, 72,7% da capacidade filantrópica instalada. Por não possuir estrutura hospitalar própria suficiente para responder à demanda total de atendimento, o Sistema Único de Saúde - SUS compra mais de 70% da capacidade instalada dos hospitais filantrópicos no RS. Assim, deles depende expressiva parcela de atendimento aos pacientes do SUS, ratificando a importância dessas instituições no sistema de saúde vigente.

Ainda segundo essa mesma entidade representativa dos hospitais filantrópicos do RS, das 818.210 internações hospitalares (AIH's - Autorização de Internação Hospitalar) realizadas pelo Sistema Único de Saúde - SUS, no ano de 1996, no RS, 594.838 AIH's, ou seja, 73%, foram atendidas pelos hospitais filantrópicos.

De Janeiro a Setembro de 1998, segundo dados da Empresa de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS, no web site <http://www.datasus.org.br/>, o estado do Rio Grande do Sul atendeu 599.262 internações hospitalares, ou seja, AIH's, pelo SUS. Dessas, conforme percentual expresso no parágrafo anterior, pode-se concluir que aproximadamente 437.461 foram atendidas pela rede hospitalar filantrópica gaúcha ou 73%.

² O anexo 5 apresenta "o hospital e suas funções numa perspectiva histórica".

³ Veja ANEXO 2 onde conceitua Sistema Único de Saúde - SUS e explicita suas diretrizes.

Derivam, também, dessas dimensões, a pertinência e importância desse estudo.

1.1.4 Importância Pessoal e Profissional

Graduei-me em Administração de Empresas - Habilitação Administração Hospitalar em 1986, na Faculdade de Administração Hospitalar do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares - IPH, em São Paulo, à época a única com curso de graduação específico em Administração Hospitalar no Brasil.

Durante os quatro anos de curso, morei e trabalhei (inicialmente como estagiário, depois como 'trainee') no Hospital São Camilo, mantido pela Sociedade Beneficente São Camilo, em São Paulo.

No último ano do curso, coordenei os estágios de Administração Hospitalar da recém-constituída Faculdade de Administração Hospitalar da São Camilo para, logo após, integrar o quadro de consultores hospitalares de outro departamento dessa mesma Sociedade, denominado Gerência Hospitalar.

Nessa atividade, prestei serviços de consultoria e auditoria administrativas tanto aos hospitais próprios da São Camilo, quanto aos hospitais de terceiros que contratassem esses serviços, que à época, juntos, somavam mais de uma centena. Por mais de um ano a fio tive a oportunidade de visitar inúmeros hospitais brasileiros e conhecer a realidade da gestão hospitalar e de seus executores, praticamente do "Oiapoque ao Chuí".

No 2º semestre de 1987 fui convidado a Administrar um Hospital no Rio Grande do Sul, especificamente em Novo Hamburgo, à época, mantido pelo Grupo São Camilo. Aceitei o desafio e por aproximadamente dois anos exerci o cargo de Diretor Administrativo desse Hospital.

Ao cabo desse período, constituí o departamento denominado Gerência Hospitalar do Sul - GHSul e, com idênticas funções ao existente departamento em São Paulo, passei a coordenar os hospitais próprios da São Camilo no sul do país e a prestar serviços de administração, consultoria e auditoria a esses hospitais. Iniciamos com três hospitais e ultrapassamos a casa dos 30 hospitais administrados e assessorados, além dos próprios.

Em 1989, dada a escassez, no Estado, de mão-de-obra especializada para a administração de hospitais, iniciei, representando a entidade que dirigia e ainda dirijo, tratativas

com a reitoria da UNISINOS, entidade mantida pelos religiosos jesuítas, objetivando implantar naquela Universidade a habilitação de Administração Hospitalar no curso de graduação de Administração de Empresas.

Depois de inúmeros encontros, apresentei ao Conselho Universitário a Justificativa, a Perspectiva de Mercado, o Perfil Profissiográfico do Administrador Hospitalar, a Proposta de Currículo do Curso, além de outros detalhes e, em junho de 1990, no campus em São Leopoldo, realizou-se vestibular para a 1ª turma de Administração Hospitalar (graduação) do RS, cujos estudantes, em grande parte, colaram grau no 1º semestre de 1995. Lecionei para as primeiras turmas, ainda integro o quadro de professores da Universidade e o convênio de parceria firmado com a São Camilo para o desenvolvimento de referido curso permanece vigente até hoje.

Na dimensão associativa, participei e participo de diversas entidades de classe profissional e hospitalar. Fundei e presidi por 3 anos a Associação dos Hospitais do Vale do Rio dos Sinos, com sede em Novo Hamburgo - RS; fui vice-presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul por 6 anos, sou consultor da Confederação das Misericórdias do Brasil - CMB há 5 anos e há 6 meses presido a Comissão de Administração Hospitalar do Conselho Regional de Administração do Rio Grande do Sul - CRA/RS.

Atualmente, na Gerência Hospitalar do Sul, conto com uma equipe de 60 (sessenta) profissionais, entre administradores hospitalares, contadores, enfermeiras, médicos, psicólogas, advogados, analistas de sistemas e programadores de informática e outros profissionais da saúde, lotados diretamente nos hospitais que administramos ou em atividades de consultoria. Trabalho diretamente na supervisão das atividades de inúmeros administradores, executivos hospitalares, interagindo diretamente com a realidade de cada hospital, estando presente, inclusive, nos momentos mais importantes, complexos ou delicados do cotidiano hospitalar, tais como a decisão de um novo investimento, a definição de estratégias competitivas, a reunião com o Corpo Clínico, o debate no Conselho Municipal de Saúde ou a sustentação de determinadas posições junto ao Executivo ou ao Legislativo Municipal.

Além das visitas frequentes aos hospitais, em contato direto com o contexto em que estão inseridos, realizo, ainda, reuniões mensais com nossa equipe de administradores hospitalares responsáveis pela gestão dos hospitais vinculados à unidade empresarial que dirijo, para análise dos relatórios específicos de gestão (análise do desempenho assistencial, social, econômico e financeiro), ampliação das discussões de estratégias gerais do setor,

análise de situações ou problemas comuns aos hospitais, estabelecendo, inclusive, “benchmarking” entre os mesmos.

Ao longo do tempo e em função de reflexões sucessivas indagava, tanto de mim para comigo quanto com meus colegas, quais deveriam ser nossas atitudes e comportamento no sentido de proporcionarmos aos nossos administradores hospitalares elementos para um melhor desempenho em seus papéis, em suas funções, em suas atividades, em seus estilos de gestão, dentre outras perquirições, todas centradas na busca incessante de melhor atender ao enfermo, à pessoa humana nas organizações hospitalares, razão última de ser e de existir destas.

Com a oportunidade de cursar o mestrado em administração, além de melhor qualificar-me para o exercício de minha profissão, pude dar vazão a essas perquirições e equacionar, senão no todo, ao menos em significativa parte, inúmeros questionamentos pessoais e profissionais, oportunizando que não só nossos administradores, mas também todos os demais Administradores Hospitalares formados e os em formação (acadêmicos) possam se beneficiar desse trabalho, singela contribuição ao reduzidíssimo volume da produção intelectual pátria focada na Administração Hospitalar.

Resulta daí a importância pessoal e profissional desse tema.

1.2 OBJETIVOS DO TRABALHO

1.2.1 Objetivo geral

Identificar as atividades que constituem o trabalho do Administrador Hospitalar no gerenciamento do dia-a-dia dos Hospitais Filantrópicos Gerais de Grande Porte no estado do Rio Grande do Sul.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Descrever um "Dia Típico" do Administrador Hospitalar.
- b) Identificar como o Administrador Hospitalar aloca seu tempo quando da execução de suas atividades;
- c) Fornecer subsídios para a formação acadêmica dos futuros administradores hospitalares;
- d) Fornecer subsídios para o aperfeiçoamento da prática dos atuais Administradores Hospitalares.

2 QUADRO TEÓRICO

2.1 O Estudo do Trabalho Gerencial

2.1.1 Abordagem tradicional

A abordagem tradicional da administração tem em Frederick Winslow Taylor (1856-1915) e Henri Fayol (1841-1925) seus expoentes mais notáveis. Tanto Taylor quanto Fayol preocuparam-se com o trabalho do chefe, do supervisor, do gerente, do administrador e, especificamente Fayol (1989:26), definiu que *“Administrar é prever, organizar, comandar, coordenar e controlar”*

Frederick Taylor, americano, nascido de família Quaker e extremamente meticuloso, tinha como preocupação básica o aumento da produtividade da empresa por meio do aumento da eficiência de seus operários (nível operacional). Preocupou-se, assim, em determinar os movimentos necessários à execução de determinadas tarefas, em especificar o tempo padrão para a execução das mesmas. A preocupação dominante era com o método de trabalho, com um controle analítico e detalhista do mesmo.

Henri Fayol, francês, diretor executivo de uma grande companhia francesa de mineração de carvão, tinha como preocupação básica aumentar a eficiência da empresa por meio da forma e disposição dos órgãos componentes da organização (departamentos) e das suas inter-relações estruturais. Preocupou-se, assim, em estudar a anatomia (estrutura) e a fisiologia (funcionamento) da organização.

A Administração Científica, em sua essência, enfatiza Taylor, consiste em certa filosofia que resulta em uma combinação dos quatro grandes princípios fundamentais da Administração, que são:

1º - Desenvolvimento de uma verdadeira ciência;

2º - Seleção científica do trabalhador;

3º - Instrução e treinamento científico do trabalhador e

4º - Cooperação íntima e cordial entre a direção e os trabalhadores.

Tal a importância que devotava à seleção dita científica do trabalhador, que Taylor (1990:46, c1911) propôs a definição do "**OPERÁRIO CLASSIFICADO**", na Bethlehem Steel Company:

“- Bem, se você é um operário classificado deve fazer exatamente o que este homem lhe mandar, de manhã à noite. Quando ele disser para levantar a barra e andar, você se levanta e anda, e quando ele mandar sentar, você senta e descansa. Você procederá assim durante o dia todo. E, mais ainda, sem reclamações. Um operário classificado faz justamente o que se lhe manda e não reclama. Entendeu? Quando este homem mandar você andar, você anda; quando disser que se sente, você deverá sentar-se e não fazer qualquer observação. Finalmente, você vem trabalhar aqui amanhã e saberá, antes do anoitecer, se é verdadeiramente um operário classificado ou não.”

Fayol, por sua vez, enunciou as 6 funções essenciais a toda e qualquer empresa, a saber: funções técnicas, comerciais, financeiras, de segurança, de contabilidade e administrativas.

Para Fayol (1989:25), as funções administrativas "têm o encargo de formular o programa geral de ação da empresa, de constituir seu corpo social, de coordenar os esforços, de harmonizar os atos". Adotou, Fayol (1989:26), em seus estudos, as seguintes definições:

"Administrar é prever, organizar, comandar, coordenar e controlar" onde:

"Prever é perscrutar o futuro e traçar o programa de ação.

Organizar é constituir o duplo organismo, material e social, da empresa.

Comandar é dirigir o pessoal.

Coordenar é ligar, unir e harmonizar todos os atos e todos os esforços.

Controlar é velar para que tudo corra de acordo com as regras estabelecidas e as ordens dadas."

Enfatiza esse autor (1989:98) "que a primeira condição inerente ao chefe de uma grande empresa é a de ser bom administrador", isto é, "quando a previsão, a organização, o comando, a coordenação e o controle são exercidos eficazmente em todos os setores da empresa, todas as funções têm desempenho conveniente e a marcha da empresa é satisfatória". A capacidade administrativa, observa Fayol, é a capacidade essencial dos grandes chefes!

As funções administrativas, por dirigirem-se, segundo Fayol, ao corpo social, ao pessoal da organização, requer, para a saúde e o bom funcionamento desse corpo social, um conjunto de princípios, despidos de qualquer idéia de rigidez.

De acordo com Fayol (1989: 43), saber utilizar-se desses princípios constitui desafiadora tarefa do Administrador, posto ser "uma arte difícil que exige inteligência, experiência, decisão e cometimento". A exata avaliação das coisas, para o adequado uso desses princípios, observa o autor em foco, constitui uma das principais qualidades do administrador.

Para Fayol, conclusivamente, o que faz (e deve bem fazer) o Administrador é: **prever (planejar), organizar, comandar, coordenar e controlar** as ações e decisões em todos os setores da empresa.

A seguir, a síntese do que Fayol (1989) denominou "**Princípios Gerais de Administração**":

1. **Divisão do trabalho** - consiste na especialização das tarefas e das pessoas para aumentar a eficiência.
2. **Autoridade e responsabilidade**: autoridade é o direito de dar ordens e o poder de esperar obediência; a responsabilidade é uma consequência natural da autoridade. Ambas devem ser equilibradas entre si.
3. **Disciplina** - depende da obediência, aplicação, energia, comportamento e respeito aos acordos estabelecidos.
4. **Unidade de comando** - cada empregado deve receber ordens de apenas um superior. É o princípio da autoridade única.

5. **Unidade de direção** - uma cabeça e um plano para cada grupo de atividades que tenham o mesmo objetivo;
6. **Subordinação dos interesses individuais aos interesses gerais** - os interesses gerais devem sobrepor-se aos interesses particulares.
7. **Remuneração do pessoal** - deve haver justa e garantida satisfação para os empregados e para a organização em termos de retribuição.
8. **Centralização** - refere-se à concentração da autoridade no topo da hierarquia da organização.
9. **Cadeia escalar** - é a linha de autoridade que vai do escalão mais alto ao mais baixo. É o princípio do comando.
10. **Ordem** - Um lugar para cada coisa; cada coisa em seu lugar. É a ordem material e humana.
11. **Eqüidade** - amabilidade e justiça para alcançar lealdade do pessoal.
12. **Estabilidade e duração (num cargo) do pessoal** - a rotação tem um impacto negativo sobre a eficiência da organização. Quanto mais tempo uma pessoa permanecer num cargo, tanto melhor.
13. **Iniciativa** - a capacidade de visualizar um plano e assegurar seus sucesso.
14. **Espírito de equipe** - a harmonia e união entre as pessoas são grandes forças para a organização.

2.1.2 O Processo do Gerenciamento Hospitalar à Luz da Abordagem Clássica de Administração

Durante aproximadamente as quatro primeiras décadas deste século, conforme Chiavenato (1993), os postulados da Escola Clássica ou Tradicional de Administração dominaram o panorama administrativo das organizações, estando presente, até hoje, no contexto de inúmeras empresas.

Na grande parte dos hospitais, a 'figura 1' reflete a definição do Clássico Processo do Gerenciamento Hospitalar. Essa figura foi adaptada de Daft (1988), à luz da abordagem clássica de Administração:

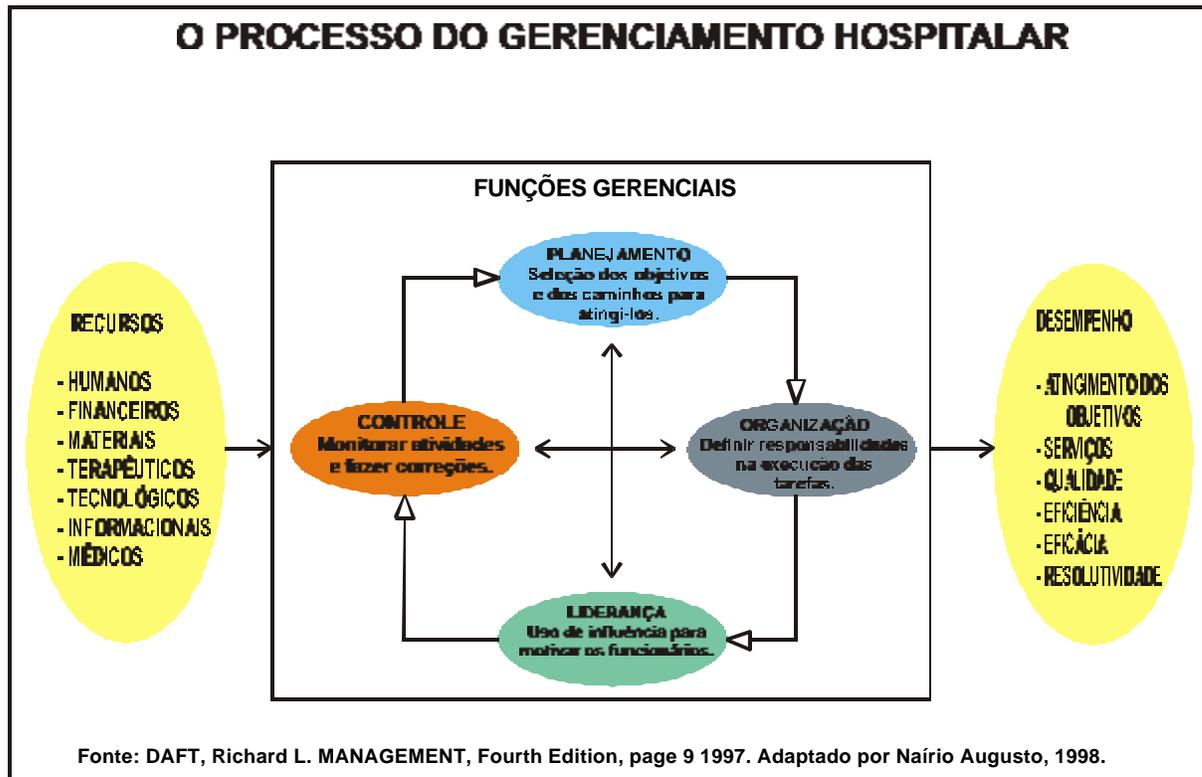


Figura 1 - O Processo do Gerenciamento Hospitalar à Luz da Abordagem Clássica de Administração (DAFT, 1997)

Como depreende-se desse quadro, o Administrador Hospitalar, na abordagem clássica, deve processar os recursos (inputs): humanos, financeiros, materiais, terapêuticos, tecnológicos, informacionais e médicos, utilizando-se das funções gerenciais de planejamento, organização, liderança (direção) e controle, que se inter-relacionam dinamicamente, com o propósito final de produzir excelentes desempenhos (outputs) no que diz respeito ao atingimento dos resultados, aos serviços, à qualidade, à eficiência, à eficácia e à resolutividade hospitalares.

2.1.3 A 'Teoria dos Papéis do Gerente' segundo Henry Mintzberg

Em 1968, na "Sloan School of Management, M.I.T." um pesquisador apresentou uma tese de doutorado baseada no estudo do trabalho de cinco executivos, intitulada "O Gerente no Trabalho: Determinando suas atividades, papéis e programas através de observação estruturada".

Na década de 70 esse mesmo pesquisador, de nome Henry Mintzberg, publicou o conteúdo de suas pesquisas num livro denominado: "The Nature of Managerial Work" (1973). Em 1975, Mintzberg sintetiza o resultado de suas pesquisas em artigo intitulado "The manager's job: folklore and fact".

Esse novo enfoque das funções, dos papéis do administrador revoluciona o enfoque clássico. Mintzberg sugere que o trabalho do executivo pode ser descrito em termos de vários papéis. Mais especificamente, o trabalho do executivo, na afirmação desse autor, compreende dez papéis, agrupados em três níveis: interpessoais, informacionais e decisoriais. Os papéis interpessoais são: 1. Imagem do chefe, 2. Líder e 3. Contato; os papéis informacionais são: 4. Monitor, 5. Disseminador e 6. Porta-Voz e os papéis decisoriais são: 7. Empreendedor, 8. Manipulador de Distúrbios, 9. Alocador de Recursos e 10. Negociador.

Ensina Mintzberg que da autoridade formal de que estão investidos os executivos deriva o *status*, que leva a várias relações interpessoais e daí o acesso à informação, que por sua vez capacita o executivo a tomar decisões e formular estratégias para sua unidade.

Os papéis **interpessoais** são:

1. **Imagem do chefe (figurehead)** - símbolo do chefe, funções cerimoniais; demandado a desenvolver um sem número de obrigações de rotinas de natureza legal ou social.
2. **Líder (leader)** - responsável pela motivação e direção de seus subordinados. Exemplos desse papel são todas as atividades que virtualmente envolvam as pessoas de seus subordinados.
3. **Contato (liaison)** - mantém uma rede de contatos e relacionamento fora da organização. Os executivos gastam com seus pares e outras pessoas estranhas à organização o mesmo tempo que dedicam a seus subordinados. O tempo gasto com seus próprios superiores é muito pouco. O papel de contato possibilita ao executivo o estabelecimento de seu sistema de informações externas, que caracteriza-se pela informalidade, pela oralidade e, inobstante isso, pela eficiência.

Devido a seus contatos interpessoais com seus subordinados e com a rede de contatos, o executivo é o centro nervoso de sua unidade organizacional.

Os papéis **informativos** são:

4. **Monitor (monitor)** - faz busca ativa de informação junto a seus subordinados e rede de contatos, recebendo ampla variedade de informações, inclusive informações não solicitadas. Essas últimas normalmente são verbais e em forma de fofocas, boatos e especulações.
5. **Disseminador (disseminator)** - compartilha e distribui grande parte dessas informações diretamente a seus subordinados e demais membros da organização.
6. **Porta-Voz (spokesman)** - transmite informações a pessoas externas à sua unidade, ao tempo que procura informar e satisfazer pessoas influentes que controlam sua unidade organizacional, como por exemplo, diretores e acionistas da empresa.

Se tem algo que é fundamental afirmar é que o executivo desempenha o principal papel no sistema decisório de sua unidade. Nesse contexto, a informação é um insumo fundamental para a tomada de decisões.

Quatro papéis definem o executivo como responsável pelas decisões. São os papéis **decisórios**:

7. **Empreendedor (entrepreneur)** - o executivo promove voluntariamente as mudanças, buscando melhorar sua organização e adaptá-la às mudanças do meio ambiente.
8. **Manipulador de distúrbios (disturbance handler)** - Responsável por ações corretivas quando a organização enfrenta importantes e inesperados distúrbios, como por exemplo a eclosão de uma greve ou uma crise de fluxo de caixa.
9. **Alocador de recursos (resource allocator)** - responsável por fazer ou aprovar significativas decisões organizacionais. É o executivo quem aloca, quem compromete os recursos da empresa.
10. **Negociador (negotiator)** - responsável por representar a organização na maior parte das negociações. Exemplo: negociações contratuais.

Esses dez papéis formam uma *gestalt*, um todo integrado. Nenhum papel pode ser destacado do conjunto, sem prejudicar fundamentalmente o trabalho do executivo.

Para Mintzberg a eficiência do executivo é consideravelmente influenciada por sua compreensão do próprio trabalho.

Nova abordagem da 'Teoria dos Papéis do Gerente'

Em 1994, esse mesmo autor apresenta, em artigo, uma atualização da 'Teoria dos Papéis do Gerente', definida originalmente em 1973. Trata-se de um modelo estruturado em círculos concêntricos, com o gerente no seu núcleo, que tem o objetivo de integrar todo o conhecimento já adquirido sobre o trabalho gerencial.

Escritores diversos têm abordado o trabalho gerencial em uma de suas dimensões, não proporcionando ou estabelecendo a devida integração entre elas. Dentre outros, os escritores clássicos têm se referido aos gerentes como "controladores"; Tom Peters, como "fazedores"; Michael Porter, como "planejadores estratégicos" e Bennis e Zaleznik têm estudado o trabalho gerencial na dimensão da liderança, referindo-se aos gerentes como "líderes".

Mintzberg (1994), através de seu modelo, propõe uma abordagem integradora de todas as dimensões do trabalho gerencial para que, a um só golpe de vista, visualize-se todos os componentes do trabalho gerencial e lembre as pessoas de que esses componentes formam um todo, um trabalho uno e não podem ser separados.

O modelo de Mintzberg é composto por um conjunto de círculos concêntricos, tendo em seu núcleo a figura do gerente, ou mais especificamente, a sua estrutura mental. Esse indivíduo traz consigo um conjunto de valores e um corpo de experiências, tendo este último, de um lado forjado um conjunto de habilidades ou competências e, de outro, provido a base do conhecimento que, a seu turno, são usados diretamente ou através da conversão em modelos mentais. É através desses modelos que os gerentes interpretam o mundo ao seu redor. Juntas, todas essas características determinam o estilo gerencial do gerente.

Planejar e Definir um Programa de Trabalho

Mintzberg (1994) defende que o primeiro papel do gerente é planejar, conceber sua organização ou sua unidade estratégica de negócios. Ele o faz pensando, refletindo e definindo o propósito, a perspectiva e a posição dessa organização ou unidade em particular a ser gerida durante determinado período de tempo. Diferentes gerentes, porque seus valores, experiências, conhecimentos, competências e modelos mentais são diferentes, concebem e planejam suas organizações de diferentes modos, isto é, o estilo de desempenho desse primeiro papel varia significativamente. É como se sua estrutura mental, tal como poderoso ímã, condicionasse o comportamento gerencial ao seu redor, definindo, assim, o seu estilo gerencial!

Neste modelo, o propósito refere-se ao que o gerente está procurando fazer fundamentalmente com a organização por ele gerenciada: o gerente cria uma unidade, mantém o efetivo funcionamento da unidade já criada, adapta a unidade a algumas novas condições ou a recria em diferentes âmbitos. Portanto, ele cria, mantém, adapta e recria sua organização, conforme a dinamicidade do meio e que se encontra. Perspectiva diz respeito à abordagem gerencial geral da organização, incluindo noções tais como "visão" e "cultura". Posicionamento, por sua vez, refere-se a uma localização específica da organização em seu ambiente, bem como ao modo como ela executa seu trabalho, tais como produtos produzidos, mercados atendidos, estruturas e sistemas delineados, facilidades providas, etc. Esta última abordagem aproxima-se do que Porter define como estratégia.

O gerente (com seus valores, experiências, competências, conhecimentos, modelos mentais) manifesta sua estrutura interna de trabalho (concepção: propósito, perspectiva e posição) através de seu programa de trabalho, de sua agenda, isto é, do rol de atividades que define para sua execução, com respectivo aprazamento e priorização. Inserido em seu ambiente, com sua estrutura manifestada por seu programa de trabalho, este personagem, o gerente, é o coração, o centro da organização.

Gerenciando em Três Níveis

Segundo Mintzberg (1994), os papéis dos gerentes são desempenhados em três níveis sucessivos, tanto dentro quanto fora da organização. Os papéis mais próximos do núcleo são mais abstratos (papéis mais conceituais), enquanto que os papéis distantes do núcleo são mais tangíveis (mais específicos), mais próximos da ação.

Esses três níveis sucessivos são, de dentro para fora:

1. Nível de Informações (Gerenciamento pelas informações);
2. Nível de Pessoas (Gerenciamento através das pessoas) e
3. Nível de Ações (Gerenciamento através de ações).

Assim, os gerentes podem gerenciar ações diretamente (são os "fazedores"); eles podem gerenciar pessoas, encorajando-as a executarem as ações devidas (são os "líderes") e eles podem gerenciar informações para influenciar pessoas a executarem as ações necessárias (são os "administradores").

Todos os gerentes, enfatiza Mintzberg, desempenham todas essas funções no desenvolvimento de seus trabalhos, com maior ou menor intensidade. É justamente esta maior ou menor intensidade, aliada à preferência do gerente, que determina seu estilo gerencial.

Gerenciando Através de Informações

Os vários comportamentos informacionais dos gerentes podem ser agrupados em dois amplos papéis, denominados **comunicando ("communicating") e controlando ("controlling")**.

Comunicando refere-se à coleta e disseminação das informações. Os gerentes dedicam grande esforço nas comunicações com fluxo de duplo sentido (dá e recebe informações), tanto com as pessoas que estão ao seu redor: empregados, assessores, outros colaboradores dentro da organização, quanto com um grande número de pessoas externas à organização, com as quais mantém uma ampla rede de relacionamento com contatos regulares, como por exemplo colegas, fornecedores, representantes de entidades governamentais, etc.

Gerentes "vasculham" seus ambientes, monitoram suas unidades e compartilham e disseminam aos outros consideráveis volumes de informações que obtém. Internamente, o gerente desempenha o papel de disseminador e externamente, o papel de porta-voz.

Inúmeros estudos empíricos evidenciaram que as informações orais, não verbais, informais, não estruturadas, muitas vezes em forma de boatos, fofocas, "ouvi dizer", são

mais importantes para o gerente do que informações estruturadas, isto é, aquelas passíveis de processamento em computadores.

Nesse papel, o gerente é descrito como "centro nervoso" da organização, que usa a "força" de seu status para acessar ampla e variada fonte de informações, tanto internas quanto externas à organização. Essas informações fluem, no ensinar de Mintzberg, através de uma "membrana de informações", uma espécie de órgão da comunicação que se situa no limite entre o ambiente interno e o externo da organização.

Controlando descreve o esforço gerencial, não na obtenção e compartilhamento das informações, mas no uso da mesma de modo diretivo dentro de sua unidade: para evocar ou provocar ações gerais nas pessoas que reportam a ele. Os gerentes fazem isso de três formas distintas:

1. Desenvolvendo sistemas;
2. Desenhando estruturas;
3. Impondo diretrizes.

Cada uma dessas dimensões procura controlar como as outras pessoas trabalham, especialmente com consideração à alocação de recursos e quais ações eles estão inclinados, propensos a fazer, a executar.

O desenvolvimento de sistemas é a atividade mais genérica das três e mais próxima da concepção ("conceiving"); é mais abstrata. Os gerentes usam informações para controlar o comportamento das pessoas. Os gerentes freqüentemente chamam para si a responsabilidade de estabelecer e até mesmo administrar esses sistemas em sua unidades, incluindo aqueles que se referem a planejamento e controle de desempenho (como orçamento).

Os gerentes exercem controle através do desenho de estruturas organizacionais em suas unidades. Estabelecendo responsabilidades e definindo hierarquia de autoridades eles, uma vez mais, exercitam o controle mais passivamente, através do processamento das informações. Pessoas são informadas de suas responsabilidades, bem como dos resultados que são esperados de suas ações.

Os gerentes também exercem controle impondo diretrizes, isto é, eles fazem escolhas específicas e dão ordens específicas, usualmente através do processo de delegação e autorização de solicitações.

A descrição clássica do trabalho gerencial: Prever, Organizar, Comandar, Coordenar e Controlar - POCCC enfoca quase que exclusivamente este aspecto: controle informacional da unidade através do exercício da autoridade formal.

Gerenciamento Através das Pessoas

Gerenciar nesse nível é conseguir com que os resultados sejam alcançados através das pessoas. Isso pode ser feito de duas maneiras:

1. Liderando (Leading);
2. Conectando (Linking).

Liderando

Os gerentes lideram no nível:

1. individual;
2. grupal e
3. empresarial.

Os gerentes lideram no nível individual "um a um", encorajando e energizando as pessoas de sua unidade, de sua empresa: motivando-as, inspirando-as, treinando-as, estimulando-as, desafiando-as, etc. Os gerentes lideram no nível grupal especialmente formando e mantendo equipes. Os gerentes lideram no nível empresarial especialmente no que

concerne à criação e manutenção da cultura⁴. Os gerentes envolvem-se em muitos atos de natureza simbólica para sustentar a cultura organizacional⁵.

Todos os gerentes exercem a liderança nesses três níveis, embora os estilos variem de acordo com o contexto e personalidade dos mesmos. Enquanto que no papel informacional o gerente caracteriza-se como o "centro nervoso" da organização, no papel de líder, o gerente caracteriza-se como o "centro de energia" dessa mesma organização.

Conectando

No papel de conector, o gerente defende, advoga as causas da empresa no ambiente externo e, de outro lado, recebe muitas influências e pressões externas. O gerente funciona como uma válvula que regula a pressão externa sobre a organização e dá a vazão da pressão interna da organização para o ambiente externo.

Todos os gerentes parecem gastar grande quantidade de tempo trabalhando em cadeias de relacionamento - construindo vastos grupos de contatos e intrincadas coalizões de apoio além de suas próprias unidades. Em todos esses contatos, os gerentes representam a unidade externamente, promovem suas necessidades e fazem "lobby" (defende) suas causas.

Observa Mintzberg que "pessoas ou organizações tentam influenciar o comportamento das organizações exercendo pressão diretamente sobre seus gerentes, na expectativa de que essas pessoas transmitam essa influência para dentro da organização". Nesse ponto, o trabalho gerencial torna-se de delicado equilíbrio, um difícil e complicado ato de mediação. Os gerentes que permitem que todas as influências externas passem livremente para o interior da organização (agindo como peneiras e não como válvula ou filtro), estão contribuindo intensamente para o enlouquecimento de seus empregados e colaboradores.

⁴ Uma cultura é "um conjunto de pressupostos tácitos básicos acerca de como é o mundo e deve ser aquilo que um grupo de pessoas compartilha e que determina suas percepções, pensamentos, sentimentos e, em algum grau, seus comportamentos declarados". (Schein, 1984).

⁵ Cultura Organizacional é uma "rede de concepções, normas e valores, que são tão tomadas por certas que permanecem submersas à vida organizacional. [...] Para criar e manter a cultura estas concepções, normas e valores devem ser afirmados e comunicados aos membros da organização de uma forma tangível". Esta parte tangível, as formas organizacionais, constituem os ritos, rituais, mitos, estórias, gestos, artefatos. (Beyer, J. & Trice, H., 1986).

Então, um importante aspecto-chave do trabalho e do estilo gerencial é o comportamento em relação a que influências e pressões deixar passar e como, do ambiente externo para o ambiente interno da organização.

Gerenciando Através de Ações

Os gerentes gerenciam de modo ativo quando se envolvem diretamente nas ações.

Os gerentes como "fazedores" ("doers"), "executores", gerenciam a execução das ações diretamente, ao invés de fazer o gerenciamento de modo indireto, através de pessoas ou informações. De fato, um "fazedor" é realmente alguém que faz as coisas acontecerem.

No âmbito interno da organização, os "fazedores" executam projetos e solucionam problemas ou "apagam incêndios"; no âmbito externo, esses gerentes participam de negociações e celebram acordos com membros de outras organizações.

O gerente "fazedor" até mesmo substitui empregados na execução de atividades operacionais. Isso tem, para ele, dois objetivos: "manter contato direto com a operação" (Keeping in touch) e demonstrar não só envolvimento, mas comprometimento com os demais membros da unidade.

Estilos Gerenciais

O trabalho gerencial varia de acordo com as necessidades particulares do próprio trabalho e de acordo com a abordagem específica atribuída pelo gerente. Diferentes gerentes acabam enfatizando diferentes coisas de diferentes maneiras. Gerentes, em diferentes contextos, têm que enfatizar diferentes papéis! (Mintzberg, 1994).

O estilo impacta o trabalho gerencial de três modos: 1. Explicita quais papéis, em particular, são preferidos pelos gerentes; 2. Determina como o gerente desempenha esses papéis e 3. Define que tipo de relacionamento se estabelece entre esses papéis.

Mintzberg identifica os seguintes estilos gerenciais:

1. Estilo conceitual: focado no desenvolvimento da estrutura organizacional;
2. Estilo administrativo: preocupado primariamente com controles;

3. Estilo interpessoal: favorece a liderança interna e promove a conexão externa;
4. Estilo "fazedor": inclina-se principalmente às ações, às coisas tangíveis, ao fazer.

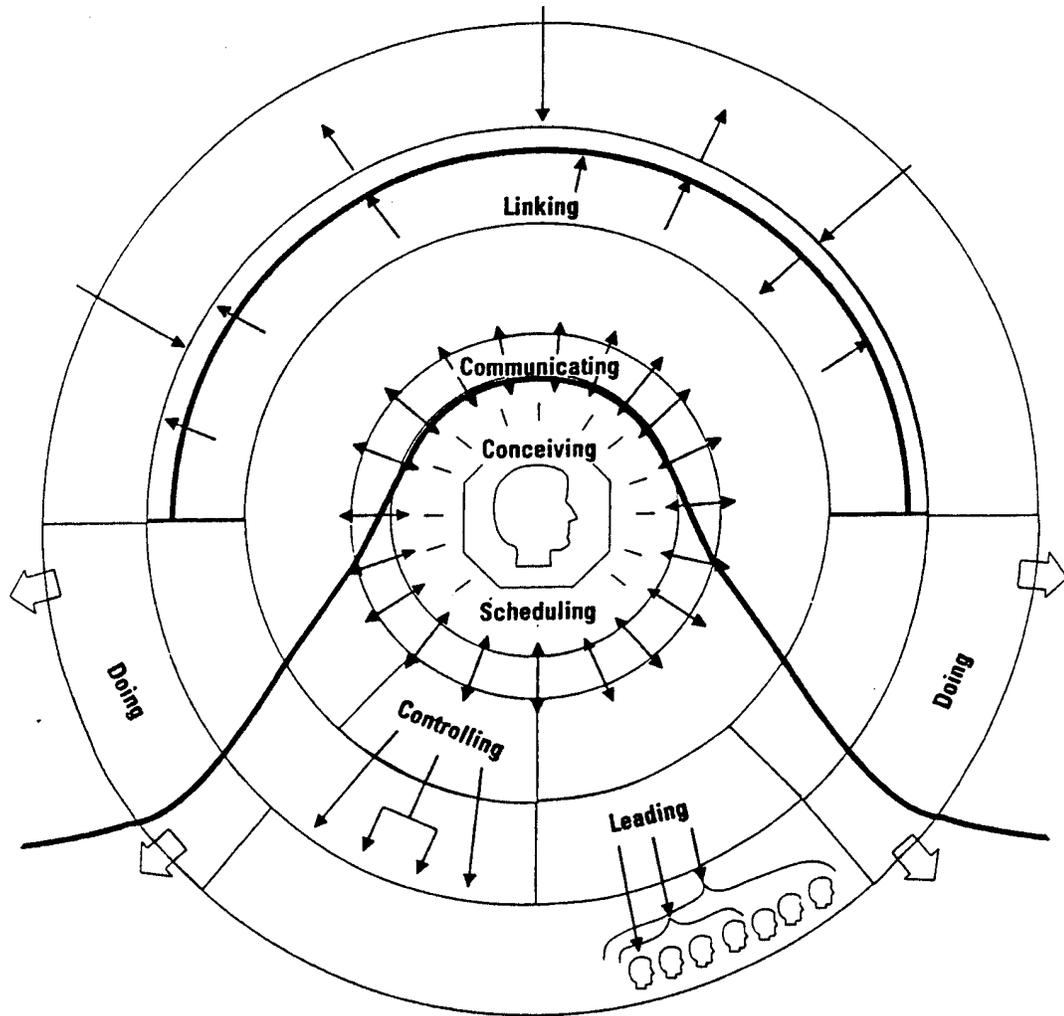
Esses quatro estilos têm uma gradação de visibilidade entre si. O estilo conceitual é mais opaco e o estilo "fazedor" é menos opaco, mais visível.

Concluindo, podemos enfatizar que os gerentes são o centro conceitual das estratégias da organização, o "centro nervoso" das informações organizacionais e o "centro de energia" das atividades da organização. São, além, de tudo, os que têm autoridade para comprometer os recursos da organização. O trabalho do gerente consiste quase que exclusivamente em falar e ouvir, paralelamente, é claro, a ver e sentir. Este, parece, é o motivo do autor colocar a cabeça do gerente no centro do modelo e não o corpo todo!

A 'figura 2' fornece uma perspectiva integrada do trabalho do gerente, onde:

1. "Conceiving" traduzi como "concebendo";
2. "Scheduling" traduzi como "agendando";
3. "Communicating" traduzi como "comunicando";
4. "Controlling" traduzi como "controlando";
5. "Linking" traduzi como "conectando";
6. "Leading" traduzi como liderando e
7. "Doing" traduzi como fazendo.

Managerial Work Rounded Out



Fonte: Mintzberg, Henry (1994). "Rounding out the Manager's Job". Sloan Management Review/Fall '1994

Figura 2 - Modelo integral do trabalho gerencial (MINTZBERG, 1994)

2.1.4 O Trabalho Gerencial na Visão de Outros Autores

Mackenzie (1969) ensina que os gerentes, em suas atividades, se envolvem com três elementos básicos: idéias, coisas e pessoas. O gerenciamento desses três elementos está diretamente relacionado com o pensamento conceitual (do qual o planejamento é uma parte essencial), com a administração e com a liderança. Baseando-se no estudo de vários autores: Harold Koontz, Philip Shay, Louis Allen, Ralph Davis, George Terry, Lawrence Appley, Ordway Tead e Peter Drucker, dentre outros, Mackenzie apresenta - com o objetivo de se ter uma visão de processo, do todo das atividades do gerente -, um diagrama indicando 5 funções gerenciais que geralmente tendem a ser seqüenciais: Planejamento (Planning), Organização (Organizing), Provimento de Pessoal (Staffing), Direção (Directing) e Controle (Control).

No Planejamento definem-se os propósitos e os objetivos da organização; na Organização determina-se o modo pelo qual o trabalho deve ser quebrado em partes gerenciáveis. O Provimento de Pessoal (Staffing) refere-se à seleção de pessoas qualificadas para fazer o trabalho; a Direção refere-se às ações tomadas no sentido de se atingir os objetivos desejados e o Controle é a mensuração dos resultados em comparação ao planejado, a recompensa das pessoas de acordo com seus respectivos desempenhos e o replanejamento do trabalho para fazer as correções devidas. Após isso, inicia-se o ciclo novamente e o processo se repete.

Enunciamos abaixo os componentes desse ciclo, suas definições e sua constituição, partindo das tarefas até se atingir as atividades, do centro para a periferia do círculo.

1. IDÉIAS

1.1. Pensamento Conceitual (noções estruturais, de modelos) através da Análise de Problemas (reunindo fatos, descobrindo causas, desenvolvendo soluções alternativas)

1.1.1. **PLANEJAR** (Pré-determinar o curso da ação)

1.1.1.1. Previsão (estabelecer aonde o presente curso levará a organização)

1.1.1.2. Fixar Objetivos (determinar desejos e resultados)

- 1.1.1.3. Desenvolver Estratégias (Decidir como e quando atingir as metas)
- 1.1.1.4. Programas (Estabelecer prioridades, seqüências e tempos das etapas)
- 1.1.1.5. Orçamento (Alocação de recursos)
- 1.1.1.6. Fixar Procedimentos (Métodos padronizados)
- 1.1.1.7. Desenvolver Políticas (Tomar decisões permanentes em importantes assuntos recorrentes)

2. COISAS

2.1. Administração (gerenciar detalhes das atividades executivas) através de Tomada de Decisões (chegar a conclusões e julgamentos).

2.1.1. **ORGANIZAR** (Arranjar e combinar o trabalho para o efetivo atingimento dos objetivos)

- 2.1.1.1. Estabelecer Estruturas Organizacionais (desenhar o organograma)
- 2.1.1.2. Delinear os Relacionamentos (definir as linhas de contatos para facilitar a coordenação).
- 2.1.1.3. Criar e Descrever Cargos (definir o escopo, relacionamentos, responsabilidade e autoridade)
- 2.1.1.4. Estabelecer as Qualificações para os Cargos (definir qualificações para as pessoas em cada cargo)

3. PESSOAS

Liderança (influenciar pessoas para que atinjam as metas desejadas) através de Comunicação (assegurar entendimento)

3.1.1. PROVER PESSOAL, DIRIGIR , CONTROLAR

3.1.1.1. **PROVER PESSOAL** (escolher pessoas competentes para cargos, posições na organização)

3.1.1.1.1. Selecionar (recrutar pessoas qualificadas para cada cargo)

3.1.1.1.2. Orientar (familiarizar as novas pessoas com a situação organizacional)

3.1.1.1.3. Treinar (tornar proficiente através de instrução e de prática)

3.1.1.1.4. Desenvolver (auxiliar a aperfeiçoar conhecimentos, atitudes e habilidades)

3.1.1.2. **DIRIGIR** (provocar determinadas ações para o atingimento dos objetivos desejados)

3.1.1.2.1. Delegar (atribuir tarefas e definir responsabilidades em função de resultados)

3.1.1.2.2. Motivar (persuadir e inspirar pessoas para tomarem as ações desejadas)

3.1.1.2.3. Coordenar (relacionar esforços nas mais eficazes combinações)

3.1.1.2.4. Gerenciar Diferenças (encorajar pensamentos independentes e resolver conflitos)

3.1.1.2.5. Gerenciar Mudanças (estimular criatividade e inovação no atingimento das metas)

3.1.1.3. **CONTROLAR** (assegurar continuidade para o atingimento dos objetivos de acordo com o planejado)

3.1.1.3.1. Estabelecer Sistemas de Informações (determinar quais dados são necessários, como e quando)

- 3.1.1.3.2. Desenvolver Padrões de Desempenho (fixar condições que acontecerão quando as obrigações-chaves forem executadas)
- 3.1.1.3.3. Medir os Resultados (descobrir a extensão dos desvios das metas em relação aos padrões fixados)
- 3.1.1.3.4. Tomar Ações Corretivas (ajustar os planos; aconselhar para o atingimento dos padrões, replanejar e repetir o ciclo)
- 3.1.1.3.5. Recompensar (elogiar, remunerar e disciplinar)

Na 'figura 3', visualiza-se o ciclo proposto por Mackenzie.

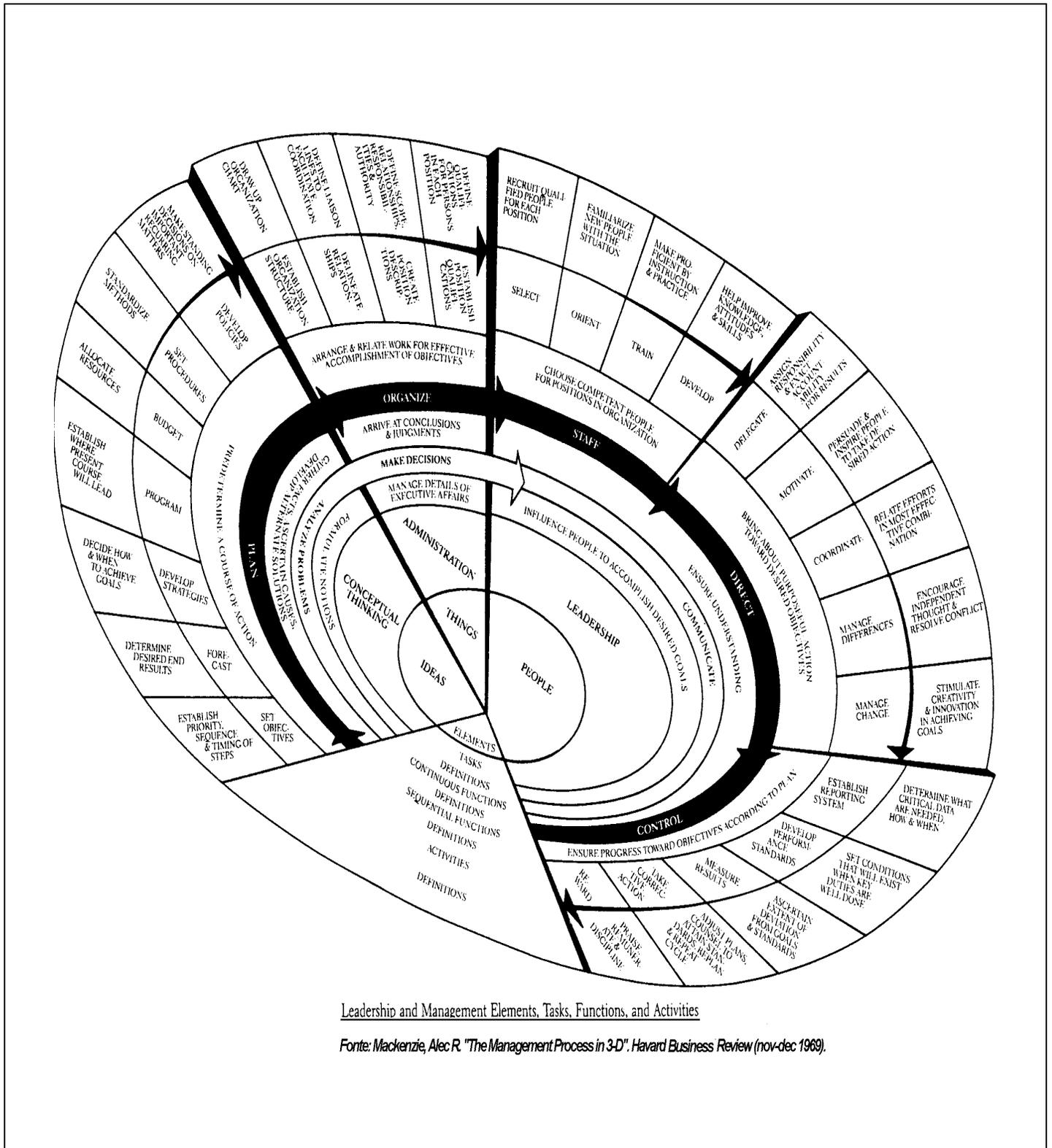


Figura 3 - O Ciclo Gerencial de Mackenzie (1969)

Esses papéis desempenhados pelos gerentes também encontram-se refletidos, no dizer de Ishikawa (1985), no ciclo de Deming: planejar, fazer, checar e (re)agir, visando o aprimoramento contínuo do processo.

Barnard (1968:215-217, c1938), considera que as funções executivas são o trabalho especializado para manutenção de sistemas de esforços cooperativos. Para esse autor, as funções executivas são parecidas com as do sistema nervoso, incluindo o cérebro, em relação ao resto do corpo. Ele existe para manter o sistema corpóreo, dirigindo aquelas ações que são necessárias para um melhor ajustamento ao ambiente, mas não se pode dizer que ele existe para administrar o corpo, do qual uma grande parte das funções é independente dele, e das quais ele, por sua vez, depende. As funções executivas essenciais correspondem aos elementos de organização e são: 1. Prover o sistema de comunicação; 2. Promover a garantia de esforços essenciais e 3. Formular e definir o propósito.

Para Barnard, a cooperação se origina da necessidade de um indivíduo atingir propósitos para os quais ele próprio é biologicamente inapto. Com a seqüência da cooperação de outros indivíduos começa um sistema constantemente em mudança formado pela inter-relação de elementos biológicos, psicológicos e sociais. Para sobreviver, este sistema deve ser "efetivo", no sentido de atingir os propósitos da organização, e "eficiente", no sentido de satisfazer as motivações individuais. O executivo deve presidir e adaptar, em cada caso, o processo que relaciona o sistema cooperativo com o ambiente e que promove a satisfação individual.

O conceito inicial de cooperação leva à definição da organização como um "sistema de atividades ou forças conscientemente organizadas de duas ou mais pessoas". Essencial para a sobrevivência da organização é a disposição em cooperar, a habilidade em comunicar, a existência e a aceitação do propósito.

Em relação à definição do propósito, o executivo geral estabelece que "este é o propósito, este o objetivo, esta a direção, em termos gerais, nos quais nos desejaríamos mover, antes do próximo ano". Esse propósito deve ser desdobrado na organização até que se transforme simplesmente em tarefas, grupos específicos, homens definidos, tempos definidos, resultados realizados. Para isto, observa Barnard, é fundamental a delegação de autoridade objetiva. Por fim, esse alinhamento entre o topo e a base da organização é fundamental para que a mesma mantenha e execute seu propósito.

Collins e Porras (1995) utilizam o termo alinhamento para mostrar que em uma empresa visionária, todos seus elementos devem trabalhar em harmonia dentro do contexto da ideologia central da empresa e do tipo de progresso que ela deseja atingir. Enfatizam que a essência de uma empresa visionária é transformar a sua ideologia central e sua motivação pela busca do progresso na estrutura fundamental da organização - em metas, estratégias, táticas, diretrizes, processos, práticas culturais, posturas de gerenciamento, layout dos prédios, sistemas de pagamentos, sistemas de contabilidade, definição de cargos -, enfim, em tudo o que a empresa faz!

Gianesi e Corrêa (1994), quando abordam a formulação da estratégia de operações de serviços, como a aplicada a uma organização hospitalar, sugere que este alinhamento seja efetuado do topo à base e entre corações e mentes dos participantes da organização.

Essa necessidade de o executivo principal promover o alinhamento de sua organização tem sido objeto de muitos estudos e pesquisas, bem como de análises e discussões. Mizuno e Akao (1994, c 1978), estudando a importância desse alinhamento e conseqüente desdobramento das tarefas, do topo à base da organização, sugerem poderosa ferramenta para esse desdobramento, que denominam "QFD - Quality Function Deployment" (Desdobramento da Função Qualidade - DFQ), dedicando toda uma obra a essa metodologia. Outra ferramenta importante proposta por Akao (1991, c1988), visando este alinhamento, denomina-se "Hoshin Kanri".

Drucker (1985, c1973) ensina que o trabalho do "top-management" (aqui entendido como o administrador hospitalar, o diretor executivo, o diretor administrativo que ocupa o topo da pirâmide organizacional), é multidimensional e este é responsável por inúmeras tarefas. A primeira delas é a tarefa de pensar a missão da empresa, isto é, perguntar-se: "Qual é o nosso negócio e qual deveria ser?". Isto, realça Drucker, leva à determinação dos objetivos, ao desenvolvimento de estratégias e planos e à tomada de decisões hoje para colher frutos amanhã. É, como especifica Drucker (1994), em artigo, construir e manter a "Teoria do Negócio". Ainda em outro artigo, Drucker (1998) enfatiza que a primeira tarefa do gerente é definir quais são os resultados que se espera sejam obtidos e quais devem ser mantidos. A segunda tarefa do executivo é a fixação de padrões, para controlar, avaliar e interpretar o desempenho organizacional. Como terceira tarefa do executivo tem-se a responsabilidade pela construção e manutenção da organização humana. A quarta tarefa diz respeito à importância dos relacionamentos que as pessoas do topo da empresa podem estabelecer e manter, tanto com clientes quanto com fornecedores ou outros. Essa tarefa, portanto, refere-se ao estabelecimento e manutenção de uma rede de relacionamentos que

facilitem o atingimento dos objetivos da organização. A quinta tarefa é a assunção de responsabilidades por funções cerimoniais, tais como jantares, eventos sociais, etc. A sexta tarefa é a responsabilidade de interferir nas crises de maior proporção, isto é, alguém que possa assumir o comando de situações problemáticas e avocar para si o encaminhamento da solução mais adequada.

Em verdade, enfatiza Drucker, esta é apenas uma lista parcial, não existindo uma fórmula geral para as tarefas do gerente do topo da organização. O dirigente ideal, conclui Drucker, é aquele que faz as coisas certas e próprias para a empresa, aqui e agora!

Outra característica peculiar das tarefas do gerente de topo, no ensinar de Drucker, é que elas requerem uma diversidade de habilidades e, acima de tudo, de temperamentos. Elas requerem capacidade de analisar, de pensar, de pesar alternativas e de harmonizar conflitos. Mas elas também requerem a capacidade de decidir com rapidez, com a coragem da ousadia e da intuição. Elas requerem o trabalho com idéias abstratas, conceituais e figuradas, mesmo estando em casa. Elas também requerem que o dirigente tenha um vivo interesse pelo ser humano: consciência, respeito e empatia. Algumas tarefas demandam atividades cerimoniais, tarefas externas, que requerem o prazer político de estar com multidões e de observar protocolos, bem como a habilidade de representar e dar uma boa impressão, mesmo não abrindo a boca.

Uma das principais tarefas do executivo, elencada por Drucker como a primeira, é definir o negócio e a missão da organização, fixando seus objetivos, suas metas, alocando recursos para alcançá-los, liderando e motivando pessoas, individualmente ou em equipes, para atingi-los.

Hamel & Prahalad (1995) enfatizam que empresas que chegaram à liderança global nos últimos 20 anos, invariavelmente, começaram com ambições desproporcionadas aos seus recursos e capacidades. Mas elas criaram, em todos os níveis da organização, uma obsessão por vencer e sustentaram esta obsessão por 10, 20 anos na busca da liderança global. A esta obsessão, dão o nome de Intenção Estratégica.

Collins & Porras (1995), ao analisarem um conjunto de empresas que resistiram ao tempo e que ostentam, em seu conjunto, atributos que fazem-nas excelentes, nas palavras deles, "visionárias", observaram que o motivo principal dessa excelência é o que denominam de "ideologia central", isto é, a razão de ser e de existir da empresa, o seu conjunto de valores e seu objetivo fundamental que guia e norteia todos os seus passos. Enfatizam, ain-

da, que o fundamental em uma empresa visionária é "preservar o núcleo e estimular o progresso". Este papel deve ser desempenhado pelo executivo principal!

Para Bass (1990), citando Mahoney, Jerdee & Carroll (1965), os gerentes planejam, investigam, coordenam, avaliam, supervisionam, provêem pessoal, negociam e representam. Todas essas funções gerenciais podem, potencialmente, gerar liderança, mas enfatizam que liderança e gerenciamento não são sinônimos. Alguns gerentes não lideram e alguns líderes não gerenciam. Mintzberg (1994), dentre outros autores, entende que a liderança é uma das funções do gerente, que pode ser mais ou menos pronunciada a depender da tarefa, da personalidade do gerente e do ambiente em que o mesmo se encontra, o que define seu estilo gerencial.

Shortell e Kaluzny (1993:39) definem as funções gerenciais como uma "trindade", uma "tríade": funções de **delineadores** (ou planejadores), funções de **estrategistas** e funções de **líderes**.

Como delineadores, o gerente deve atender à estrutura e à operação interna da organização; como estrategista, o gerente é solicitado a adaptar a organização a seu ambiente e, como líder, o gerente procura providenciar visão e direção estratégica para a organização.

De acordo com esses autores, o gerenciamento tem sido definido de várias maneiras, refletindo mudanças nas organizações e nos ambientes onde estas estão inseridas. Destacam, porém, duas abordagens, oriundas do que denominam de escola funcional e escola de relações humanas.

O modelo funcional do papel gerencial é melhor descrito como representando as atividades básicas do gerenciamento: *planejamento, organização, designação de pessoal, direção e controle*. Esse modelo clássico assume que essas funções básicas do gerenciamento serão executadas em qualquer organização e que elas representam a contribuição-chave do gerenciamento. Além disso, em sua forma pura, o modelo afirma que essas atividades são a definição de gerenciamento.

Sob o enfoque das relações humanas, todos os aspectos das atividades de uma empresa são determinados pela competência, motivação e eficácia geral de sua organização humana. De todos os trabalhos do gerente, gerenciar o componente humano é o trabalho central e mais importante, porque tudo o mais depende de quão bem isto é feito.

Para construir essa força motivacional, as táticas gerenciais devem incluir processos de liderança, desenvolvimento de recompensas intrínsecas, construção de times, participação nas tomadas de decisões e processos de comunicação.

Essa última abordagem se aproxima do que McGregor (1992:54, c1960) denominou Teoria Y. Sob esse enfoque, esse autor considera que a essência do trabalho do gerente é a "criação de condições tais que permitam aos membros da organização alcançarem melhor os seus próprios objetivos dirigindo os seus esforços para o sucesso da empresa".

Mintzberg (1994) intitula "conceiving" essa função do executivo de pensar, de conceber, de planejar a organização. O executivo pensa sobre o propósito, a perspectiva e a posição de uma unidade em particular a ser gerenciada durante um determinado período de tempo.

Essa abordagem aproxima-se do que Drucker (1994) chama de "Teoria de Negócios" e do que Porter (1996:68) denomina estratégia, isto é, o executivo deve preocupar-se em "criar uma posição única, que agregue valor ao cliente, envolvendo um conjunto determinado de diferentes atividades".

Motta (1997:36, c1991), ao estudar a função gerencial no mundo contemporâneo, relata uma discrepância entre a perspectiva clássica e a perspectiva moderna da função gerencial de alto nível. Na visão clássica, observa Motta, "os dirigentes trabalham na formulação de políticas e estratégias, pensando no futuro da organização e desenvolvendo alternativas de longo prazo", enquanto que na realidade contemporânea os "dirigentes trabalham na solução de problemas urgentes e de curto prazo, numa função fragmentada por reuniões e contatos externos e internos. Frustram-se pela pouca disponibilidade para planejar e pensar no futuro e pelas dificuldades burocráticas para o exercício da liderança".

Esse mesmo autor (1997:20) observa que "a maioria dos dirigentes, quando questionada sobre o seu trabalho, informa que encontra sempre uma carga inesperada de tarefas imprevistas, com reuniões, interrupções e trabalhos administrativos intensos, descontínuos e de natureza variável. Sua atenção é constantemente desviada por chamados diversos, o que fragmenta sua ação e torna intermitente o seu envolvimento no processo decisório organizacional. Tomam decisões através de interações diversas, ações isoladas e opiniões manifestadas esparsamente, às vezes pouco coerentes. Aproximam-se dos problemas à medida que estes vão surgindo, na busca de soluções baseadas em informações parciais, imperfeitas e de primeira mão, quase sempre envoltas por grandes incertezas".

Hampton (1992) observa que os gerentes podem planejar, organizar, dirigir e controlar, mas fazem-no em condições de brevidade, variedade e fragmentação. Precisam lidar com muitos problemas urgentes, interrupções constantes, questões simultâneas e prioridades que requerem decisões paralelas.

A visão tradicional fazia crer que o administrador era - ou deveria ser - um decisor racional, um planejador sistemático e um coordenador e supervisor eficiente das atividades organizacionais. Diversas pesquisas, contudo, têm demonstrado o contrário.

Sayles (1964 e 1980) enfatiza que o trabalho gerencial é incrivelmente movimentado e fragmentado. Observa que o gerenciamento é caracterizado por uma interminável série de contatos com pessoas e envolve respostas a eventos inesperados, um após o outro. Informa, nesse último trabalho, que dois estudos europeus encontraram que até mesmo os diretores executivos raramente gastam mais do que meia hora em contatos com pessoas. Sayles indica três razões para explicar o porquê das tarefas gerenciais serem breves, fragmentadas, constantes e até inesperadas: 1. Os gerentes agem quando a rotina falha. Então, muitas pessoas que representam etapas no processo devem ser informadas ou consultadas; 2. As pessoas nas organizações necessitam de contatos pessoais e 3. A natureza dos tipos de decisões gerenciais não conduzem, elas mesmas, a uma solução lógica do problema, com fórmulas, mas demanda processos interpessoais.

Mintzberg (1973) concluiu que o gerente raramente tem tempo para pensar sobre o seu trabalho. Ao contrário, o gerente executa um grande volume de trabalho em ritmo alucinante, trabalho este que é caracterizado por brevidade, variedade e fragmentação (sem evidência de qualquer padrão de atividades). Os gerentes têm preferência por ações dinâmicas, não rotineiras e apoiam-se fortemente em informações não estruturadas, informais, colhidas através de contatos pessoais, individualmente, em reuniões, em visitas de observação, através de telefonemas ou correspondências. Fofocas, boatos e "ouvi dizer" também são muito importantes nesse contexto.

A visão clássica do administrador como um planejador, um pensador (como sugere a escultura de Rodin) ou como o maestro de uma orquestra sinfônica (como sugere Drucker), asseveram esses pesquisadores, não está de acordo com a realidade!

Assim, a figura do gerente como um "maestro", tal qual um condutor de uma "orquestra sinfônica", no dizer de Drucker (1985:389, c1973), coordenando os vários conjuntos de instrumentos (subsistemas de um sistema) a fim de obter harmoniosa melodia (atingi-

mento dos objetivos) contrasta com a realidade proposta por Carlson (1951) que, após sistemático estudo de gerentes, diz estar mais inclinado a enxergá-los, em vários aspectos, como bonecos em um show de marionetes, onde centenas de pessoas puxam os cordões, forçando-os a agirem numa ou noutra direção, de acordo com a pressão e a força exercidas.

2.1.5 As habilidades necessárias ao Gerente

O trabalho gerencial é complexo e multidimensional e requer uma série de habilidades. Embora alguns teóricos sobre gerenciamento propõem uma longa lista de habilidades, Robert Katz (1955 e 1974) sumariou essas habilidades em três categorias:

1. Habilidades Conceituais;
2. Habilidades Humanas e
3. Habilidades Técnicas.

HABILIDADE CONCEITUAL é a capacidade cognitiva de ver a organização como um todo e o relacionamento entre suas partes. Habilidade conceitual envolve o pensamento gerencial, o processamento das informações e as habilidades de planejamento. Isto significa saber onde cada departamento melhor se encaixa no todo da organização e como a organização se situa, se posiciona, por exemplo, dentro do sistema de saúde (nacional, estadual e municipal), da comunidade, dos negócios em geral e do ambiente social. Isto significa, ainda, a habilidade de "pensar estrategicamente", de forma ampla, no longo prazo.

HABILIDADE HUMANA é a capacidade de trabalhar com e através de outras pessoas e trabalhar eficiente e eficazmente como um membro da equipe. Esta habilidade é demonstrada no modo como os gerentes se relacionam com outras pessoas, incluindo a habilidade para motivar, facilitar, coordenar, liderar, comunicar e resolver conflitos.

Katz acredita, ainda, que a Habilidade Humana possa ser utilmente subdividida em: 1. Habilidade de liderança dentro da unidade gerenciada (habilidade de liderança intra-grupal) e 2. Habilidade no relacionamento inter-grupal. Em 1974, revisando sua posição de 1954, o autor propõe que a habilidade interna intra-grupal é essencial aos níveis mais baixo e ao intermediário, enquanto que a habilidade inter-grupal torna-se cada vez mais importante nos sucessivos níveis em direção ao topo da organização.

HABILIDADE TÉCNICA é o entendimento e o profundo conhecimento da execução e do desenvolvimento de tarefas e atividades específicas. Habilidade técnica inclui o domínio de métodos, técnicas e equipamentos envolvidos em funções específicas, tais como engenharia, manufatura, medicina, enfermagem ou finanças. Habilidade técnica também inclui conhecimento especializado, habilidade analítica e o competente uso de ferramentas e técnicas para resolver problemas naquela área específica.

IMPORTÂNCIA RELATIVA DAS HABILIDADES DO ADMINISTRADOR

A separação das habilidades em três níveis é meramente didática e com o propósito de análise de cada uma delas individualmente, porque na prática, observa Katz (1974:93), "essas três habilidades estão tão intimamente inter-relacionadas que é difícil determinar onde acaba uma e começa a outra".

Embora todas as três habilidades são importantes em todos os níveis de administração, as habilidades técnicas, humanas e conceituais do administrador variam de importância em função dos diferentes níveis de responsabilidade.

A habilidade técnica é a mais importante no nível operacional da organização. É ela que tem impulsionado muitos avanços na indústria moderna. Nas grandes corporações, onde há amplo "staff" técnico, ao executivo principal não é tão importante a habilidade técnica, enquanto que em empresas menores, onde a presença do "staff" técnico não é significativa, a habilidade técnica do executivo principal (top-management) é fundamental, pois ele deve não só saber fazer a pergunta certa a seus subordinados, mas saber, também, avaliar o grau de acertividade das respostas, isto é, ele deve possuir suficiente conhecimento e experiência do negócio (background).

A habilidade humana é igualmente importante para todos os gerentes, em todos os níveis da organização. Nos níveis médio e baixo, a mais importante é a habilidade intragrupal, enquanto que nos níveis mais elevados a habilidade inter-grupal é mais importante.

A habilidade conceitual é necessária para todos os gerentes, mas é especialmente importante para os que ocupam os níveis mais elevados na escala hierárquica, os que estão no topo das organizações.

Portanto, em termos genéricos, na base da organização a habilidade técnica é a mais importante e, à medida que se galga posição na escala hierárquica, ascendendo ao

topo, a habilidade conceitual torna-se a mais importante, enquanto que a habilidade humana permanece sempre importante em todos os níveis da organização, sendo a intra-grupal mais importante na base organizacional, enquanto a inter-grupal mais no topo da organização.

Para Fayol (1989:98), "a segunda característica necessária ao chefe de uma grande empresa é a de *possuir profunda competência na função característica da empresa*" Então, o chefe de uma grande empresa atuante na indústria deve ter profunda competência técnica naquela indústria, assim como profunda competência comercial no comércio, política no Estado, religiosa na Igreja, pedagógica na escola e de saúde no hospital, etc. "É sem dúvida conveniente que ele possa se pronunciar com conhecimento de causa sobre as questões mais importantes e mais freqüentes da empresa", conclui Fayol. Ensino, aliás, perfeitamente atual até hoje! O importante para o administrador, deduzo, é não só saber perguntar, mas também, e principalmente, saber avaliar as respostas de seus colaboradores!

Motta (1997), ao estudar o aprendizado gerencial, afirma que o mesmo possui quatro dimensões básicas, quais sejam: a cognitiva, a analítica, a comportamental e a habilidade de ação.

Para esse autor (1997:29), **habilidade cognitiva** refere-se ao domínio do conhecimento teórico produzido em administração, desde objetivos e formulação de políticas até estruturas, processos e comportamentos organizacionais; **habilidade analítica** "é aprender a identificar e diagnosticar problemas administrativos decompondo-os em diferentes partes, para rearrumá-los na busca de novas soluções"; desenvolver **habilidades comportamentais** significa "adquirir novas maneiras de interação humana, dentre padrões alternativos conhecidos e validados socialmente" e **habilidade de ação** "denota a capacidade de interferir intencionalmente no sistema organizacional, ou seja, a capacidade de transformar conhecimentos e alternativas comportamentais em formas efetivas de ação".

Para Motta (1997) o desenvolvimento da capacidade gerencial requer, além do conhecimento analítico-racional-científico, a arte de pensar e julgar para melhor decidir e agir. O primeiro assenta-se no pensamento horizontal, 'retilíneo', seqüencial, lógico, enquanto o desenvolvimento do segundo assenta-se no desenvolvimento do pensamento lateral, daí a importância de se ampliar a aquisição de novos conhecimentos, através de leituras, conversas, experiências, atividades culturais e mesmo através do lazer.

2.2 O Estudo do Trabalho Gerencial no Setor Saúde

2.2.1 A Organização Hospitalar

Nós nascemos, crescemos, somos educados, trabalhamos, nos divertimos, rezamos, jogamos, somos tratados e até morremos em organizações. Não há porque não concordarmos com Presthus (1962), citado por Etzioni (1989:1, c1964), quando afirma que "a nossa sociedade é uma sociedade de organizações".

Parsons (1960), citado por Etzioni (1989:3), conceitua organizações como " unidades sociais (ou agrupamentos humanos) intencionalmente construídas e reconstruídas a fim de atingir objetivos específicos". Indústrias, exércitos, escolas, prisões, igrejas e hospitais são exemplos de organizações.

Duas ou mais pessoas que se interagem em busca de objetivos comuns constituem uma organização. Então, a organização, ainda, é a combinação intencional de pessoas e de tecnologia para o atingimento de determinado objetivo.

Para Barnard (1968, c1938), organização é um sistema de atividades ou forças conscientemente organizadas de duas ou mais pessoas. Elas existem quando há pessoas aptas a se comunicarem entre si; que desejam contribuir com sua ação, para a realização de um propósito comum. Assim, a organização, na visão de Barnard, tem três elementos essenciais: comunicação, desejo de servir e propósito comum. É essencial para a sobrevivência da organização, no dizer de Barnard: 1. A disposição em cooperar; 2. A habilidade em comunicar e 3. A existência e aceitação do propósito.

Para Max Weber (1997), cientista social e jurista alemão, as organizações são sistemas de normas que regem o comportamento das pessoas.

Inúmeros outros sociólogos, cientistas sociais, administradores e pesquisadores conceituaram organizações, mas interessa-nos, por ora, apreciarmos a organização hospitalar. Nesse propósito, socorremo-nos de definição da Organização Mundial de Saúde - OMS, que assim caracteriza o Hospital:

"Hospital é a parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família,

em seu domicílio e ainda em centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas bio-sociais".

Decorrem dessa definição da OMS, as seguintes funções do hospital:

1. Prevenir a doença (profilaxia);
2. Restaurar a saúde (cura);
3. Exercer funções educativas (ensino) e
4. Promover a pesquisa (pesquisa).

Da complexidade da organização hospitalar decorre, como veremos adiante, a complexidade do gerenciamento hospitalar.

2.2.2 As organizações hospitalares segundo Mintzberg

Mintzberg (1995:12), ao estudar as organizações, propõe o delineamento da estrutura de uma organização eficaz considerando cinco configurações básicas. São elas: **Estrutura Simples, Burocracia Mecanizada, Burocracia Profissional, Forma Divisionalizada e Adhocracia**. Cada configuração reflete um mecanismo de coordenação, isto é, as maneiras fundamentais pelas quais as organizações coordenam suas tarefas. Os respectivos mecanismos de coordenação para cada configuração, são: supervisão direta; padronização dos processos de trabalho; padronização de habilidades; padronização de resultados e ajustamento mútuo. A organização, ainda, foi decomposta em cinco partes básicas, a saber: cúpula estratégica, linha intermediária, tecnoestrutura, assessoria de apoio e núcleo operacional. (veja figura 4 - As Cinco Partes Básicas da Organização)

O núcleo operacional da organização engloba aqueles participantes - os operadores - que perfazem o trabalho básico relacionado diretamente com a produção de bens e serviços; a cúpula estratégica é onde se situam as pessoas em cargos com total responsabilidade pela organização. Ela é encarregada de assegurar que a organização cumpra sua missão de maneira eficaz e satisfazer as exigências de quem a controla; a linha intermediária é composta de gerentes, que ligam o núcleo operacional à cúpula estratégica; a tecnoestrutura envolve os analistas de controle incumbidos de efetuar certas formas de padronizar na organização e a assessoria de apoio é composta de várias unidades especializadas que

foram criadas com o fim de dar apoio para a organização fora de seu fluxo de trabalho operacional.

Os hospitais, na tipologia organizacional de Mintzberg, são burocracias profissionais, também denominadas organizações profissionais. No dizer de Etzioni (1989, c1964) são "organizações especializadas". A parte chave da organização é o núcleo operacional - responsável pela prestação de serviços diretamente aos pacientes, através, principalmente, de profissionais médicos e enfermeiras; o mecanismo principal de coordenação é a padronização de habilidades; os principais parâmetros para delinear a organização são treinamento e doutrinação e os fatores situacionais são: ambiente estável e complexo, sistema técnico não regulado e não sofisticado. Assim, o bom funcionamento da organização hospitalar depende principalmente de seus operadores (médicos e enfermeiras, principalmente), que requerem autonomia na execução de seus trabalhos, complexos e controlados tecnicamente por eles mesmos.

A padronização de habilidades e conhecimentos é obtida de modo primário através do treinamento formal. A formação inicial ocorre na universidade ou numa instituição especial e continua por longo período através do treinamento em serviço. Daí essa característica fundamental das organizações profissionais: grande parte das normas e dos padrões provém não da estrutura organizacional, mas de associações ou instituições profissionais. (Mintzberg, 1995).

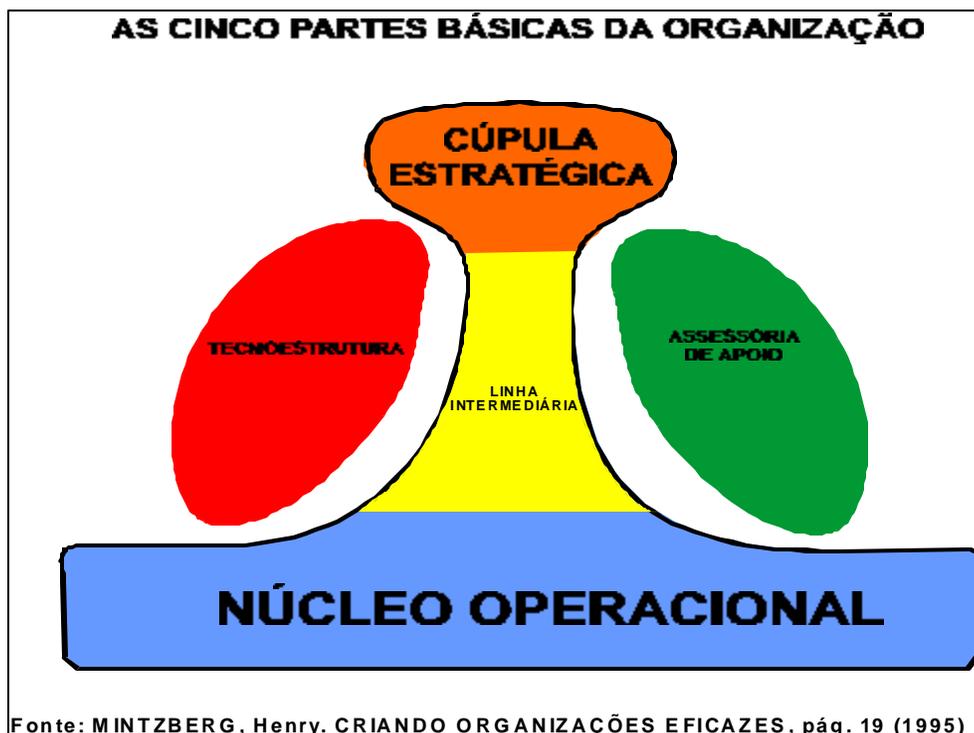


Figura 4 - As Cinco Partes Básicas da Organização (MINTZBERG, 1995)

Um dos problemas desse tipo de organização é o relacionado com a autonomia. A autonomia, enfatiza Mintzberg (1995: 207), “não somente permite a certos profissionais ignorar as necessidades de seus clientes, como também encoraja muitos deles a ignorar as necessidades da organização. Os profissionais nessas estruturas geralmente não se consideram partes de uma equipe. Para muitos, a organização é quase um incidente, apenas um lugar conveniente para exercer suas habilidades. Com isso, são leais para com sua profissão e não para com o local onde ocorre praticá-la” .

A integração da dupla estrutura: técnica e administrativa é o desafio que se apresenta às organizações profissionais. Nos hospitais esse desafio caracteriza-se pela integração dos profissionais médicos, principalmente, com os profissionais da administração. Decorrem dessa efetiva harmonização os melhores resultados que a organização hospitalar pode ostentar.

2.2.3 A Complexidade das Organizações Hospitalares e Sua Gestão

As organizações hospitalares, na observação de diversos autores, são significativamente diferentes, complexas e únicas, se comparadas com outros tipos de organização, em particular as industriais, o que traz diretas conseqüências para seu gerenciamento.

Para Glouberman & Mintzberg (1995) os sistemas de saúde são um dos mais complexos sistemas conhecidos na sociedade contemporânea. Os hospitais, em particular, são considerados como organizações extraordinariamente complexas. Mintzberg (1997:9) observa que ele tem "significativa suspeita de que administrar a mais complicada corporação deve ser quase brincadeira de criança quando comparada à administração de qualquer hospital". Para Tappan (1976:45, c1968) o papel do administrador hospitalar é complicado!

Shortell & Kaluzny (1993:10), quando estudam os sistemas de saúde e mais particularmente as organizações hospitalares, observam que essa complexidade é derivada das seguintes características dessas organizações, mais freqüentemente mencionadas:

1. a definição e a mensuração dos resultados são difíceis;
2. o trabalho desenvolvido é tido como extremamente variável e mais complexo do que em outras organizações;
3. a maior parte do trabalho é de natureza emergencial;

4. o trabalho dá pouca margem a ambigüidade e erro;
5. as atividades dos membros da organização são extremamente profissionalizadas, e eles são mais leais à profissão do que à organização;
6. existe pouco controle organizacional ou gerencial efetivo sobre o grupo mais responsável pelo trabalho: os médicos;
7. em muitas organizações de serviços de saúde, particularmente os hospitais, existe dupla linha de autoridade, o que gera problemas de coordenação e responsabilidades.

Na opinião de Glouberman & Mintzberg (1995), essa complexidade deriva do fato de existir, no "mundo da saúde", quatro diferentes "mundos", que reproduzem quatro diferentes conjuntos de atividades, quatro modos de organização, quatro irreconciliáveis conjuntos de pensamentos, sentimentos, emoções e percepções. Modelo esquemático desses quatro mundos, estampado na 'figura 5' é proposto por Mintzberg (1997).

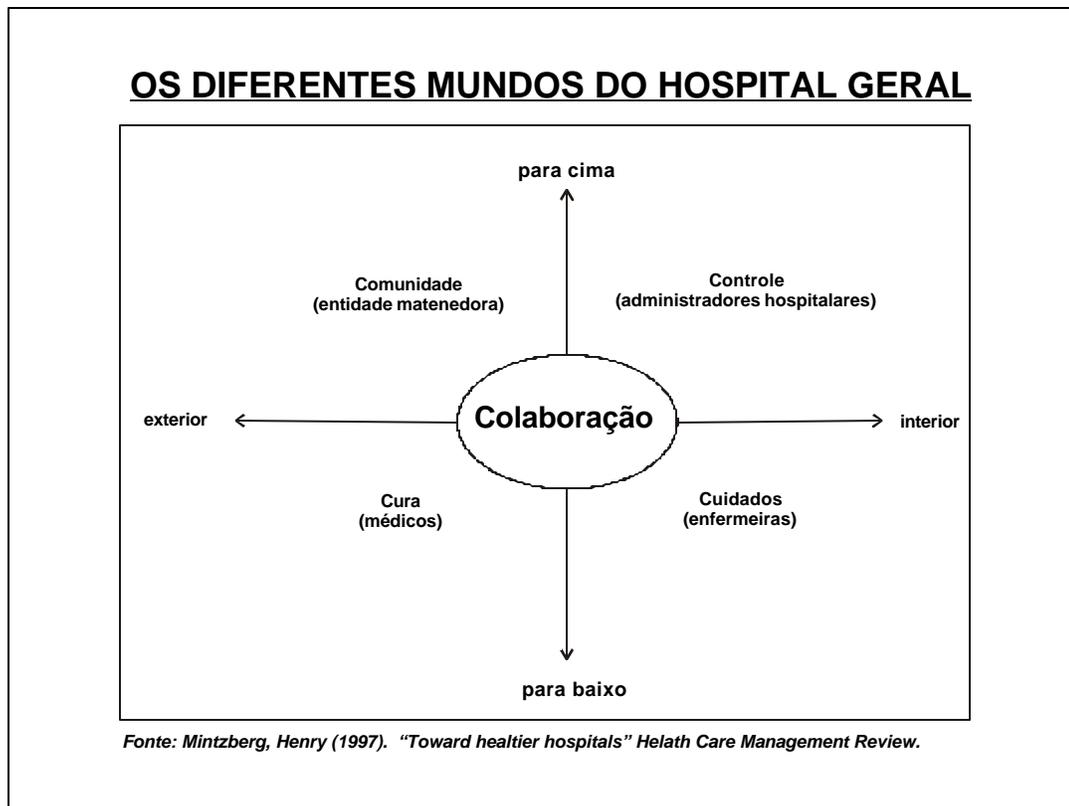


Figura 5 - Os Diferentes Mundos do Hospital Geral (Mintzberg, 1997)

Esses quatro diferentes mundos numa organização hospitalar são denominados por Mintzberg (1997) de: cuidados (care), cura (cure), controle (control) e comunidade (community). Estes mundos são representados, respectivamente, pelas enfermeiras, pelos médicos, pelos administradores hospitalares e pela entidade mantenedora. Pelo fato desses mundos tenderem a ver as coisas ligeiramente diferente, o gerenciamento hospitalar torna-se extremamente difícil e complicado.

As enfermeiras organizam-se ao redor do fluxo de trabalho de cuidados contínuos e cuja responsabilidade principal é coordenar o trabalho de uma pletera de especialistas que convergem para um simples e único lugar: o paciente em seu leito! Os médicos, ao contrário, organizam-se em especialidades médicas (profissionais) e formam o que usualmente se denomina "castelos", "feudos" ou "igrejinhas". Enquanto o trabalho das enfermeiras é de cuidados contínuos, o trabalho dos médicos é de cura intermitente.

Os gerentes, de outro lado, organizam-se de acordo com a hierarquia administrativa e sua responsabilidade central, especialmente nos tempos atuais, é alocar e restringir o uso de recursos. A comunidade, por sua vez, organiza-se de diversas formas, mas o mais evidente (além do grupo de voluntários) é o quadro de diretores, os quais formalmente superintendem as atividades hospitalares para assegurar o cumprimento dos objetivos dessa organização.

Quanto mais divergente for a perspectiva de cada um desses grupos, maior o desafio gerencial na busca do equilíbrio organizacional. De outro lado, quanto mais convergente for a perspectiva de cada um, maior a probabilidade de equacionamento e encaminhamento dos problemas hospitalares.

Analisando a 'figura 5', Os Diferentes Mundos do Hospital Geral, pode-se observar que no quadrante inferior esquerdo está o "mundo da cura", representado pela comunidade médica, pelo corpo clínico. Este mundo posiciona-se no sentido "para baixo", isto é, para dentro da operação, do núcleo operacional, mas para o "exterior", porque os médicos não se reportam à estrutura hierárquica do hospital.

No quadrante inferior direito está o "mundo dos cuidados", que suporta o "mundo da cura", representado pela enfermagem. Este mundo permanece conectado diretamente à administração do hospital e o seu gerenciamento pode ser definido como "para o interior" e "para baixo", porque foca diretamente a assistência ao paciente, a prestação de serviços aos pacientes.

No quadrante superior direito está o "mundo do controle", representado pela administração hospitalar. Este mundo dirige-se "para o interior" e "para cima", porque não está em contato direto com a prestação de serviços ao paciente, com a operação.

No quadrante superior esquerdo está o "mundo da comunidade", representado pelos membros da comunidade que constituem a entidade mantenedora do hospital. Eles não estão diretamente conectados à operação do hospital, tampouco pertencem à hierarquia administrativa do mesmo. Eles, em outras palavras, situam-se "para cima" e "para o exterior".

Cura, cuidados, controle e comunidade. Quatro mundos que fazem pensar que o hospital não é uma organização única, mas quádrupla. O sistema hospitalar, sob o empuxo das forças oriundas desses mundos, tende à ruptura ao longo de dois eixos, de duas dimensões: "para baixo - para cima" (eixo vertical, ruptura entre o interior e o exterior) e "interior - exterior" (eixo horizontal, ruptura entre o nível técnico e o nível administrativo). O eixo horizontal separa a dimensão clínica (ou técnica) da dimensão administrativa. Para Shortell & Kaluzny (1993) seria a separação entre o nível técnico e o nível gerencial; para Mintzberg (1995), a separação entre o "núcleo operacional" e a "linha intermediária"; para Garvin (1998), a separação entre o "processo operacional" e o "processo administrativo".

O eixo vertical, a seu turno, separa a organização hospitalar em dois grupos: o que está intimamente ligado à organização e comprometido (grupo interno), como é o caso da administração e da enfermagem, e o que está envolvido, mas não formalmente comprometido com a organização, como é o caso dos médicos e da comunidade (grupo externo).

No funcionamento normal da organização hospitalar, esses mundos interagem entre si dinamicamente e tendem a desenvolver naturais coalizões de poder. Os grupos diagonalmente opostos estão menos inclinados a realizar coalizões entre si.

As enfermeiras tendem a formar uma "coalizão interna" com os gerentes (contra os médicos?) e uma "coalizão clínica" com os médicos (contra os gerentes?), ao tempo que estão mais distantes dos membros da comunidade. Os médicos, que tendem a estarem mais distantes dos gerentes (quadrantes opostos), relacionam-se clinicamente com as enfermeiras, mas também desenvolvem uma espécie de "coalizão de status" com os membros da comunidade, da entidade mantenedora. Os membros da comunidade, por sua vez, vacilam entre a "coalizão de status" com os médicos, seus amigos, que os encorajam a gastar (a fazer investimentos!) e a "coalizão de contenção" com os gerentes, seus colegas, que os encorajam a restringir os dispêndios (a restringir os investimentos!).

Há uma dinâmica interação entre essas forças na organização hospitalar e a expressão de poder de cada um desses quadrantes, dessas faces, é alternado e ou enfatizado de acordo com cada situação e até mesmo de acordo com cada momento de uma determinada situação. Por exemplo, quando tem-se que diagnosticar e definir uma conduta de tratamento para o paciente, predomina o poder médico no hospital, enquanto que na definição da alocação de recursos financeiros ou materiais predomina o poder administrativo.

A organização hospitalar caracteriza-se por elevada diferenciação (e pobre integração!) entre as partes que a compõem, permeada de natural tensão entre os profissionais nela atuantes, o que traz substantivas dificuldades ao administrador hospitalar que busca sua harmonização e equilíbrio. Parece não haver dúvidas de que, para aprimorar a atenção ao paciente e atingir plenamente os objetivos da organização hospitalar, deve-se aproximar mais intensamente esses "quatro mundos", quebrando as barreiras existentes entre eles, assegurando um gerenciamento mais colaborativo, mais participativo, redundando numa maior assertividade na alocação de recursos.

É esta a razão de ser do círculo central no modelo proposto por Mintzberg (1997), isto é, é a convergência desses quatro mundos, em mútua colaboração, que emprestarão maior eficiência e eficácia à organização hospitalar.

São essas características da organização hospitalar que tornam o trabalho do Administrador Hospitalar dinâmico e desafiador, dele exigindo inúmeras habilidades para o adequado exercício de suas funções, para o cumprimento de seu papel na organização.

As organizações hospitalares, quer por suas importâncias comunitárias como prestadoras de serviços de saúde, quer por suas complexidades de operações, precisam e devem ser bem e adequadamente administradas.

A administração de saúde foi definida pela Comissão de Educação em Administração da Saúde Norte-Americana, conforme informa Austin (1974) como "[...] planejar, organizar, dirigir, controlar, e coordenar os recursos e procedimentos pelos quais as necessidades e as demandas pela atenção à saúde e cuidados médicos e por um ambiente sadio são conseguidas pela prestação de serviços específicos a clientes, organizações e comunidades".

E nisso se constitui a tarefa essencial do Administrador Hospitalar, que, ao tempo que desafia suas habilidades conceituais, humanas e técnicas, estimula sua sensibilidade, criatividade e imaginação.

Parafraseando Drucker (1990) podemos propor que o melhor modo do Administrador Hospitalar permanecer no topo é prestar atenção no que ocorre nas bases, no núcleo operacional, no nível técnico, isto é, no nível em que os pacientes, os clientes são atendidos diretamente pela estrutura hospitalar. Os Administradores Hospitalares precisam sair de suas salas e irem a campo para verificar o que está realmente acontecendo e devem, para isso, treinarem sua sensibilidade e sua percepção, porque, como assevera Maquiavel (1979, c1513), não devemos deixar passar um sinal sem analisá-lo, porque um pequeno sinal pode revelar um mal que, quando claramente estampado, já será irremediável, incurável.

“E sucede nesse caso, como afirmam os médicos sobre as febres éticas (tísica, tuberculose), que no início são fáceis de curar e difíceis de conhecer (de diagnosticar), mas, não sendo ao longo do tempo nem conhecidas (diagnosticadas) nem medicadas, tornam-se fáceis de conhecer (diagnosticar) e difíceis de curar. O mesmo sucede nos negócios do Estado, pois conhecendo-se antecipadamente (o que só é facultado aos sábios) os males que neste nascem, tais males são curados rapidamente, mas quando, por não terem sido conhecidos (diagnosticados), desenvolvem-se a um ponto que ninguém mais possa conhecê-los, não haverá mais remédio para eles. (cap.III).

Nessa mesma linha de raciocínio é conveniente lembrar Fayol, já citado anteriormente, quando enfatiza que o uso dos princípios administrativos pelo administrador, por dirigir-se ao corpo social da empresa e por ser uma arte difícil, requer, de sua parte, inteligência, experiência, decisão e cometimento, aliada à capacidade visual, auditiva e sensitiva de bem avaliar as coisas.

2.2.4 A Estrutura das Organizações Hospitalares Filantrópicas

Baseado em Cherubin & Santos (1996) e em minha própria experiência, elaborei dois modelos básicos de organogramas usualmente presentes nas organizações hospitalares filantrópicas. Esses organogramas retratam a dupla estrutura técnica e administrativa presente nos hospitais, tendo o 'poder médico' de um lado e o 'poder administrativo' de outro.

O anexo 7 - Organograma Genérico de Hospital Geral Filantrópico de Grande Porte - Hierarquia 1 traz o retrato do modelo organizacional mais freqüentemente encontrado nos Hospitais Gerais Filantrópicos de Grande Porte, onde o Diretor Administrativo (Administrador Hospitalar) e Diretor Técnico (Médico) ocupam o mesmo nível hierárquico na organização

hospitalar e ambos se subordinam administrativamente ao Presidente, Provedor ou equivalente.

O anexo 8 - Organograma Genérico de Hospital Geral Filantrópico de Grande Porte - Hierarquia 2 traz o retrato do modelo de organograma menos usual na prática gerencial desses hospitais, onde o Diretor Técnico (Médico) subordina-se administrativamente ao Diretor Administrativo (Administrador Hospitalar). É de se notar que, em geral, mesmo dizendo adotar formalmente este modelo, o que se observa, na prática, é o modelo estampado na figura anterior.

2.2.5 O Administrador Hospitalar e o Médico: Dois Mundos Distintos

Para Manch (1993) e Mintzberg (1997), os médicos, desde a faculdade de medicina, são socializados e ensinados a pensar e trabalhar independentemente. Eles são reativos, sentem-se mais confortáveis e seguros com o relacionamento um-a-um, são hesitantes em fazer delegações, tomam decisões individuais e baseadas num conjunto de dados relativamente pequeno, geralmente não hesitam em decidir e esperam resultados imediatos. Em contraste, os administradores hospitalares são proativos, trabalham regularmente em grupos, usam grandes volumes de dados nos processos de tomada de decisões e sentem-se confortáveis e seguros pensando no longo prazo.

A diferenciação entre esses dois mundos: administradores e médicos e até mesmo certa dose de antagonismo são responsáveis por importantes conflitos na organização hospitalar, a desafiar as habilidades de negociação e de inter-relacionamento desses atores sociais.

Os médicos, pela natureza da função que exercem dentro do hospital: tratamento do paciente (são eles que diagnosticam, que definem condutas, que tomam decisões técnicas sobre o tratamento dos pacientes, que prescrevem medicamentos e cuidados, que solicitam exames, que estabelecem íntimo relacionamento com os pacientes e seus familiares e que, enfim, definem os custos do atendimento médico-hospitalar), pela elevada autonomia no exercício de sua função, pelo estreito relacionamento que estabelecem com os demais funcionários de nível operacional: enfermeiros, auxiliares e técnicos, pelo prestígio social, pelo poder econômico, pelo distinguido grau cultural e de politização, são, em geral, refratários à observação de normas administrativas do estabelecimento hospitalar e suas tentativas são no sentido de conformá-las à sua realidade, aos seus interesses e necessidades e não o contrário.

Para muitos médicos o hospital é um instrumento designado para servi-lo e a seu paciente, é apenas o local onde eles executam suas práticas médicas e, dentro de limites razoáveis, ele (o médico) tem o direito de exigir os recursos que julga essenciais para uma ótima assistência a seu paciente. A organização hospitalar, para eles, é um incidente em suas atividades. Eles simplesmente envolvem-se com o hospital, ao tempo que são totalmente comprometidos com sua profissão, consigo mesmos. (Pellegrino, 1972; Mintzberg, 1995).

No hospital moderno, segundo Gonçalves (1983:16), "uma segunda fonte de autoridade, representada pela administração (administrador) hospitalar vem sendo cada vez mais ouvida e, em decorrência de sua especialização profissional e da capacitação que a experiência lhe atribui, sua opinião vem sendo cada vez mais respeitada". Gonçalves observa, ainda, que dois fatores importantes estão contribuindo para isto: a elevação dos custos do atendimento ao paciente em regime de hospitalização e o domínio da tecnologia da informação (conjunto de hardwares e softwares que provêem informações para as tomadas de decisão).

A mudança de uma postura mais antagônica para uma postura mais colaborativa entre esses dois grupos deve ocorrer paulatinamente, devido ao fato de que os médicos 'mais antigos', que já estão estabilizados financeira e profissionalmente, são mais resistentes a mudanças, enquanto os médicos mais jovens, que foram treinados em hospitais administrados profissionalmente, e que ainda não atingiram os objetivos financeiros de suas carreiras, são mais suscetíveis às mudanças, ao aperfeiçoamento do relacionamento médico-administrador-hospital. Para isso é fundamental a geração e manutenção de uma cultura de confiança e de credibilidade mútuas, sustentada por uma comunicação aberta, honesta e transparente entre esses dois personagens.

2.2.6 O papel do Administrador Hospitalar

Katz e Kahn (1978:43, c1966) definem papéis como "configurações padronizadas de comportamento, requeridas de todas as pessoas que desempenham uma parte em dada relação funcional, sem que sejam levados em conta os desejos pessoais ou obrigações interpessoais irrelevantes a tal relação". Para um completo entendimento do conceito de papel, há que se definir, também, normas e valores. As normas, na opinião desses autores, "são as expectativas gerais com caráter de exigência, atingindo a todos os incumbidos de desempenho de função em um sistema ou subsistema", enquanto valores "são as justificações e aspirações ideológicas mais generalizadas".

As pessoas, em um sistema social, desempenhando funções e papéis, estão sob a exigência dessas funções para agirem das muitas maneiras por que o fazem. Surge daí a definição de comportamento na função, no papel. As normas referem-se ao comportamento esperado sancionado pelo sistema e os valores fornecem uma razão para os requisitos normativos desse mesmo sistema.

Para Katz e Kahn (1978:189) "o comportamento em papel se refere às ações recorrentes de um indivíduo, apropriadamente inter-relacionadas com as atividades repetitivas de outros, de maneira a proporcionar um resultado previsível".

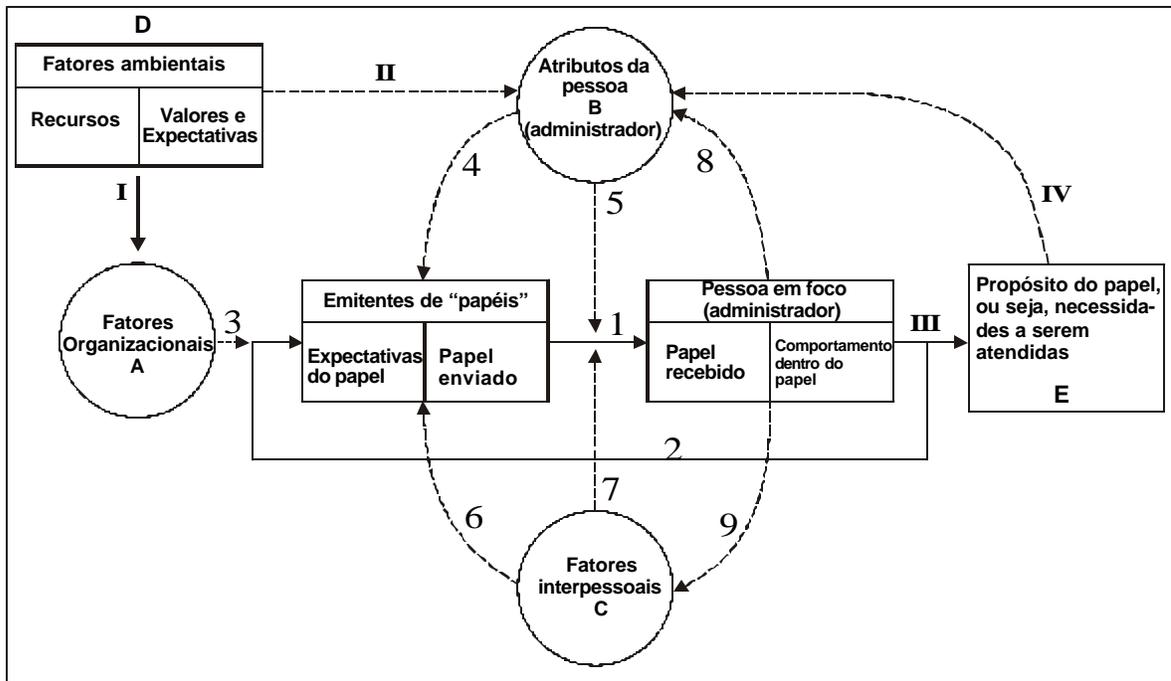
Ao estudarem os papéis organizacionais, Katz e Kahn (1978), descrevem um episódio de desempenho de papel, baseando-se em quatro conceitos: expectativas de papel, papel transmitido, papel recebido e comportamento em papel, apresentando um modelo de episódio de papel para sua melhor compreensão.

Ainda segundo esses dois autores (1978:194), expectativas do papel são os padrões de avaliação aplicados ao comportamento de qualquer pessoa que ocupe um dado ofício ou posição organizacional; papel enviado (transmitido) consiste de comunicações que têm origem nas expectativas de papel e que são passadas pelos membros do conjunto de desempenho como tentativas para influenciar a pessoa focal⁶; papel recebido é a percepção por parte da pessoa focal das mensagens de papel que lhe foram endereçadas, inclusive as que a pessoa "envia" a si mesma; e comportamento em papel (dentro do papel) é a reação da pessoa focal ao complexo de informação e influência que recebeu.

Johnson e Schulz (1979, c1976) adaptaram o "modelo teórico de papéis" apresentado por Katz e Kahn (1966) à realidade da Administração Hospitalar, conforme demonstrado pela 'figura 6'.

⁶ Pessoa focal refere-se a qualquer indivíduo cujo papel ou ofício esteja sob consideração.

MODELO TEÓRICO DE PAPÉIS



Fonte: Katz & Kahn (1966) adaptado por Johnson & Schulz (1976). "Management of Hospitals"

Figura 6 - Modelo Teórico de Papéis (KATZ & KAHN, 1966)

Os fatores organizacionais - círculo A - (a organização hospitalar como um todo; os subsistemas que a compõem; as pressões oriundas do dinâmico inter-relacionamento dos "quatro mundos" propostos por Glouberman e Mintzberg (1995), ou outros fatores) interferem e até mesmo determinam certas expectativas de papel mantidas e enviadas a uma determinada posição (setas 3 e 1).

Os atributos duradouros da pessoa, isto é, as características de sua personalidade - círculo B - se referem a todas as variáveis que descrevem a propensão de um indivíduo para comportar-se de certos modos - seus motivos e seus valores, sua preferências de defesa, suas sensibilidades e medos. Tais fatores afetam o episódio de desempenho de várias maneiras. Primeiro, alguns traços da pessoa tendem a evocar ou facilitar certas avaliações e comportamentos dos que lhe transmitiram o papel a ser desempenhado (seta 4). Segundo, o mesmo papel que foi enviado para desempenho pode ser de experiência diferente para diferentes pessoas; isto é, os fatores de personalidade atuam como variáveis condicionantes na relação entre o desempenho como foi enviado e o desempenho como recebido e respondido (seta 5). Por fim, Katz e Kahn (1966) propõem, como hipótese, que o comportamento em desempenho de papel tem efeitos sobre a personalidade (seta 8). Trata-se sim-

plesmente da hipótese de que nos tornamos o que fazemos e, em certo sentido, deixamos de ser aquilo que não fazemos.

As relações interpessoais - círculo C - preenchem funções paralelas às que foram descritas como atributos da pessoa. As expectativas mantidas e transmitidas em relação à pessoa focal dependem até certo ponto da qualidade das relações pessoais entre o indivíduo e os membros de seu conjunto de desempenho de papel (seta 6). Ele também interpretará diferentemente os envios e desempenho de papel que recebe, dependendo de suas relações interpessoais com os transmissores (seta 7). Finalmente, o comportamento da pessoa focal realimenta e tem efeitos sobre suas relações interpessoais com os membros de seu conjunto de desempenho (seta 9). A seta 2 indica um feedback. O grau até onde o comportamento de uma pessoa se adequa às expectativas dela esperadas em um dado momento vai influenciar o estado dessas expectativas no momento seguinte. Por exemplo, se a resposta da pessoa em foco (recepcionista de um hospital) ao emitente (paciente na recepção do hospital) é hostil, espera-se que este (o paciente) tenha expectativas e comportamentos em relação a essa pessoa (ser agressivo, por exemplo) muito diferente do que se a resposta da pessoa em foco (da recepcionista) tivesse sido uma resposta cortês (nesse caso, o paciente, muito provavelmente, também seria cortês).

Johnson e Schulz (1979:173) narra um exemplo de episódio entre um médico e um administrador nos seguintes termos: "um médico que esteja exigindo um novo serviço para o hospital pode "esperar" que o administrador resista, porque este dá a impressão de se preocupar com os custos. Então, esse médico pode assumir um papel de intimidação, como "ou você consegue o serviço ou eu encaminho meus pacientes para outro hospital". O administrador como a pessoa em foco se dá conta de que o médico espera que ele esteja mais preocupado com custos e que por isso vai de fato levar seus pacientes para outra instituição. Como consequência, para evitar riscos e conflitos, o comportamento do administrador pode ser de submissão. O feedback deste fato para o emitente pode alterar as expectativas do médico e/ou reforçar seu comportamento intimidativo".

Esses dois autores acrescentaram ao modelo de Katz e Kahn (1966) dois outros ingredientes: os fatores ambientais e os propósitos do papel. O primeiro refere-se aos recursos, aos valores e às expectativas que afetam os fatores organizacionais e que também influenciam os valores e os atributos do administrador. O segundo, intitulado propósito do papel, é o resultado do comportamento do administrador. Enfatizam, Johnson e Schulz (1979:174), que o "propósito do papel do administrador é auxiliar a organização a atender às necessidades da sociedade, ou seja, melhorar a saúde, melhorar o acesso aos serviços de

saúde, aprimorar a qualidade dos mesmos, conter custos e atingir as metas institucionais em relação a esses objetivos.

Para Johnson e Schulz (1979) o principal papel do administrador hospitalar é o de proporcionar liderança para facilitar uma ação orientada para as metas corretas. Ele deve ajudar a motivar o seu pessoal, bem como aconselhar superiores e colegas sobre o ambiente e a estruturação das suas unidades e da organização total. O papel exige algumas aptidões para lidar com assuntos internos e externos. Um exame diligente das informações, incluindo tanto a teoria como a prática, leva a crer que as seguintes aptidões são apropriadas: 1. Coordenação; 2. Comunicações; 3. Busca de fatos, investigação ou pesquisa; 4. Apreciação e avaliação (de pessoas e de programas); 5. desenvolvimento e educação administrativa e 6. Negociação.

2.2.7 Atribuições do Administrador Hospitalar

Cherubin & Santos (1996) descrevem 30 atribuições que constituem, no enfoque desses autores, o conteúdo essencial do cargo de Diretor Administrativo do hospital, exercido por um Administrador Hospitalar. Abaixo, destacamos algumas dessas atribuições:

1. Executar as políticas sociais, econômicas, de recursos humanos e administrativas fixadas pela Entidade Mantenedora;
2. Planejar, organizar, comandar, coordenar e controlar as atividades do hospital como um todo e cada uma das suas Unidades Administrativas;
3. Preparar o Orçamento-Programa do exercício seguinte, relacionando as atividades que pretende desenvolver, tanto assistenciais quanto de recursos humanos, sociais, e pastoral da saúde, educacionais e econômicas e as aplicações dos resultados, submetendo-o à aprovação da Entidade Mantenedora;
4. Prestar contas mensalmente de sua gestão à Diretoria da Entidade Mantenedora, utilizando-se de relatórios administrativos, econômicos e financeiros, dispondo-os em quadros comparativos iguais aos do Orçamento-Programa;
5. Contratar e dispensar servidores, sempre de acordo com o quadro de pessoal aprovado pela Entidade, sendo as penas e sanções disciplinares estabelecidas de acordo com a legislação trabalhista em vigor;

6. Autorizar a emissão de cheques e ordens bancárias e proceder às demais práticas necessárias ao controle e movimentação financeira, apondo , em todos os documentos, seu visto.
7. Manter contatos constantes com os diretores dos serviços médicos, administrativos, de apoio e assistenciais, para que nenhum problema deixe de ser imediatamente equacionado e nenhum programa de ser executado;
8. Representar o hospital perante os poderes governamentais, inclusive a justiça do trabalho, sindicatos, entidades de classe e outras, bem como junto à comunidade e suas lideranças, expondo e debatendo, com as mesmas, a assistência prestada, as necessidades sentidas, os programas em curso, as expectativas emergentes, os atos legais em vigor e as tendências do setor saúde com respectivos impactos na organização hospitalar.

Tais atribuições, se analisadas à luz dos autores já mencionados neste trabalho, indicam temas de Fayol, de Drucker, de Shortell e Kaluzny, de Johnson e Schulz, de Mintzberg e de Motta.

Para Johnson e Schulz (1979:168), os administradores hospitalares participam, como parte de suas atribuições, "do estabelecimento de objetivos e estratégias para fazer frente às necessidades comunitárias e institucionais, bem como se envolvem em políticas e procedimentos de implementação. Eles ajudam a estruturar os sistemas hospitalares e encorajam a formação de vários subsistemas. Eles são responsáveis em ver que esses sistemas funcionem adequadamente. Nessa conexão, eles precisam de diversas habilidades de integradores. Sua maior aspiração é desenvolver um sistema hospitalar eficaz no qual todos os componentes funcionam como uma equipe para atender, em primeiro lugar, às necessidades da comunidade, em segundo lugar, às necessidades institucionais, e, em terceiro lugar, às necessidades individuais do empregado, do médico e do administrador".

Conforme pesquisa realizada por Scheffelin (1995), em grau de dissertação, orientada por Edwin Merwin, essas são as principais expectativas acerca do trabalho do Administrador Hospitalar:

1. Será esperado do(a) Administrador(a) Hospitalar do próximo século que ele(a), seja profundo(a) conhecedor(a) e altamente competente nos seguintes assuntos: negóci-

os da saúde, finanças, sistema de informações hospitalares, aspectos legais, habilidades de negociação e gerenciamento dos recursos humanos;

2. Será esperado que os Administradores Hospitalares ajam e comportem-se com a celeridade devida em relação às rápidas mudanças que ocorrerão nas leis, nas suas regulamentações e nas diretrizes de operacionalização das instalações médico-hospitalares;
3. Será esperado dos Administradores Hospitalares que sejam bem versados na boa arte de comunicação oral e escrita, bem como na arte de linguagem não verbal (expressão corporal);
4. É imperativo que o(a) Administrador(a) Hospitalar obtenha e mantenha a confiança de todos aqueles com os quais se relaciona.

2.3 Métodos utilizados para o estudo do trabalho gerencial

Bass & Stogdill (c1974 - 1990, p.388) descrevem métodos de estudo das atividades dos gerentes e Mintzberg (1973, p.229) especifica que são sete (7) os métodos utilizados para o estudo do trabalho gerencial, a saber:

1. **Fontes Secundárias:** apropriado para estudar o trabalho de gerentes inacessíveis. Foi aplicado por Neustadt (1960). A maior vantagem é a provocação da análise de outros;
2. **Questionário e Entrevista:** apropriado para estudar as percepções dos gerentes acerca do seu trabalho. A maior vantagem é sua adequação e conveniência de seu uso para esse tipo de pesquisa. Foi utilizado pelo Grupo de Estudo de Liderança da Ohio State. Sua principal desvantagem é a confiabilidade dos dados de questionário;
3. **Incidente Crítico e Seqüência de Episódios.** Apropriado para estudar certos aspectos do trabalho em profundidade, como por exemplo a tomada de decisão. Foi utilizado por Flanagan (1954) e Marples (1967). Permite intensa e penetrante investigação e tem como desvantagem o fato de que partes do trabalho não são cobertos pelos dados oriundos dos incidentes críticos ou da seqüência de episódios;
4. **Diário.** Apropriado para estudar diferentes características do trabalho gerencial em ampla amostragem de dados. Utilizado por Carlson (1951) e Stewart (1965). É um método

eficiente porque possibilita o estudo de ampla amostragem com pouco investimento relativo de tempo do pesquisador. Porém, não auxilia no desenvolvimento do entendimento de novas dimensões do trabalho e apresenta alguns problemas com interpretação, consistência e confiabilidade;

5. **Atividades por Amostragem.** Adequado para estudar aspectos observacionais de diferentes trabalhos em uma localidade. Foi utilizado por Kelly (1964) e Wirthenius (1958). É um método eficiente, onde os registros são feitos pelos próprios pesquisadores, mas auxilia muito pouco no desenvolvimento do entendimento de novas dimensões do trabalho, é descontínuo e de difícil interpretação;
6. **Observação Não Estruturada.** Adequado para estudar os mais complexos e os menos entendidos aspectos do trabalho gerencial. Foi utilizado por Sayles (1964), Dalton (1959), Hodgson et al (1965). Possibilita ao pesquisador o entendimento de novas dimensões do trabalho e o seu exame mais detalhado. Como desvantagem tem-se o fato de ser um método não sistemático - pode perder dados importantes que não poderão ser duplicados. É, por esse fato, ineficiente;
7. **Observação Estruturada.** Adequado para estudar ao mesmo tempo o conteúdo e as características do trabalho gerencial de uma pequena amostra de gerentes. Foi utilizado por Guest (1955), Ponder (1957), Radomsky (1967) e Mintzberg(1970). Possibilita ao pesquisador ser sistemático, entender novas dimensões do trabalho e estudá-las detalhadamente. Como desvantagem tem-se o elevado consumo de tempo do pesquisador (sob este aspecto, o método é ineficiente) e apresenta dificuldades de interpretar algumas atividades.

3 METODOLOGIA DO ESTUDO

3.1 Método utilizado: "Observação Estruturada"

No desenvolvimento desta pesquisa utilizei-me da metodologia denominada "**Observação Estruturada**", tendo utilizado as categorizações desenvolvidas por Henry Mintzberg (1973) quando da elaboração da "Teoria dos Papéis do Gerente". Referidas categorias encontram-se adiante descritas e detalhadas.

Como observador, observei os administradores hospitalares em seu "habitat" natural: no ambiente hospitalar, tal como eles executam seus trabalhos cotidianamente.

Meu trabalho compreendeu a anotação cronológica e descrição detalhada de todas as atividades desenvolvidas pelo administrador hospitalar, através de cada minuto de um dia de trabalho e em todas as correspondências e contatos verbais durante todos os dias, de cada um dos 5 dias de trabalho de cada um dos 5 administradores observados.

Nessa observação (estruturada), disciplinei meu raciocínio para a procura de certos dados estruturados. Para tanto, vali-me de estrutura de coleta de dados que elaborei previamente, apreendendo o fluxo de informações com que normalmente ocorrem. Explicitei as categorias e reservei espaço para anotação dos assuntos, para posterior classificação, bem como estruturei as facilidades necessárias para a adequada coleta dos dados no ritmo em que são produzidos.

Três registros foram usados para registrar esses dados:

1. O registro cronológico (analítico e sintético);
2. O registro de contatos (telefonemas, reuniões e visitas de observação)
3. O registro de correspondências (ou documentos).

O modelo de cada um desses registros encontra-se no 'anexo 4' deste trabalho.

3.1.1 Registro Cronológico

O **Registro Cronológico - Analítico** foi estruturado para descrever em detalhes as atividades desenvolvidas pelo Administrador Hospitalar em cada minuto de cada dia de trabalho. Esse registro funciona como registro auxiliar do registro sintético e, na cronologia dos acontecimentos, remete aos demais registros: telefonemas, reuniões, visitas de observação e correspondências.

O **Registro Cronológico - Sintético** descreve as atividades básicas com respectivos tempos e faz referência cruzada com os outros dois registros: de correspondências e contatos. Foi estruturado para demonstrar, num rápido olhar, a distribuição das atividades básicas: telefonemas, reuniões programadas e não programadas, visitas de observação e trabalhos à mesa. Na coluna de referência, reuniões, telefonemas e visitas de observação são anotadas com letras seqüenciais, enquanto que as correspondências são anotadas com números, também seqüenciais.

3.1.2 Registro de Contatos

O **Registro de Contatos** descreve cada contato verbal. Provê detalhes das reuniões, dos telefonemas e das visitas de observação. Esses contatos são classificados quanto a:

1. Participantes;
2. Duração;
3. Local;
4. Iniciativa e
5. Finalidades.

3.1.3 Registro de Correspondências (Ou Documentos)

O **Registro de Correspondência** detalha a natureza da correspondência (do documento) recebida e gerada pelo gerente. Essas correspondências são classificadas de acordo com sua:

1. Forma;
2. Remetente;
3. Atenção Recebida;
4. Finalidade (ou Propósito) e
5. Ação Tomada.

3.1.4 Atividades Básicas. Conceituação.

As atividades básicas desenvolvidas pelos Administradores Hospitalares e expressas no Registro Cronológico foram classificadas em:

Trabalho à Mesa

É quando o Administrador Hospitalar trabalha sozinho ou com sua secretária, à sua mesa, no seu escritório, processando correspondências, e-mails, programando atividades, lançando compromissos em sua agenda eletrônica, redigindo cartas, navegando na internet, utilizando seu computador (em rede ou 'stand alone') ou comunicando-se com sua secretária. Cada sessão de trabalho à mesa é considerada como o período de trabalho em que o Administrador Hospitalar permanece trabalhando à mesa sem ser interrompido por uma reunião não programada, por uma reunião programada ou por uma visita de observação.

Telefonemas

Referem-se às ligações telefônicas recebidas pelo Administrador ou às de iniciativa deste. Contatos telefônicos entre o Administrador e sua(s) secretária(s) não foram computados para os efeitos deste trabalho.

Reuniões Programadas

São os contatos, encontros que envolvem duas ou mais pessoas e que são previamente agendados, com definição, ao menos, de horário e local. Usualmente são definidos os assuntos a tratar (a agenda, a pauta), bem como os participantes.

Reuniões Não Programadas

São os contatos, encontros que envolvem duas ou mais pessoas (usualmente duas) e que não são previamente agendados. Acontecem rapidamente, em geral, quando alguém está passando pela sala e resolve "bater um papo" ou "trocar umas idéias".

Visitas de Observação (ou Visitas de Inspeção)

São os deslocamentos, as caminhadas efetuadas pelo Administrador Hospitalar dentro da organização, para visitar as unidades: administrativas, assistenciais, de diagnóstico e tratamento ou de apoio, tais como recepção, faturamento, compras, postos de enfermagem, pronto socorro, uti, centro cirúrgico, laboratório, raios x, lavanderia, nutrição e dietética e outras. São caminhadas casuais do Administrador pelo Hospital para observar as atividades e para dar e receber informações. São realizados encontros casuais com outros profissionais (médicos, enfermeiras, gerentes, etc.), são trocados cumprimentos, informações, etc.

As Visitas de Observação podem ser de própria iniciativa do Administrador Hospitalar ou motivada por causas externas. Consideram-se 'causas externas', para efeito deste trabalho, todo e qualquer fato gerador da visita observacional alheio à vontade do Administrador Hospitalar. São acontecimentos que independem de sua vontade, mas que requerem sua atenção.

3.1.5 Categorização dos Registros de Contatos e dos Registros de Correspondências

REGISTRO DE CONTATOS

Classificação dos contatos

O **Registro de Contatos** descreve cada contato verbal. Provê detalhes das reuniões, dos telefonemas e das visitas de observação. Como citado anteriormente

te, esses contatos são classificados quanto a: participantes; duração; local; iniciativa e finalidades. Retrato de sua estrutura encontra-se no 'anexo 4' deste.

1. Quanto aos **participantes**, anotei o nome, o cargo e a quantidade de pessoas presentes na reunião, classificando-as conforme o tipo de vínculo com a organização e, ou, com o Administrador Hospitalar: subordinado, superior, médico clínico, cliente, fornecedor, entidade de classe, colegas, governo e organizações comerciais.

Neste estudo, adotei as seguintes definições:

- 1.1. **Subordinado** - aquele (a) que mantém vínculo de emprego com o hospital e situa-se, na escala hierárquica de mando do hospital, abaixo do cargo de Diretor Administrativo do Hospital;
- 1.2. **Superior** - aquele (a) que, mantendo ou não vínculo de emprego com o hospital, situa-se, na escala hierárquica de mando do hospital, acima do cargo de Diretor Administrativo do Hospital;
- 1.3. **Médico do Corpo Clínico** - todo e qualquer médico integrante do Corpo Clínico do Hospital, independentemente de categoria, tais como efetivos, temporários, contratados ou outras. Inclui também os médicos constituídos em pessoas jurídicas prestadoras de serviços ao Hospital, mesmo que, eventualmente, um ou outro sócio não integre, formalmente, o Corpo Clínico do Hospital. Inclui, ainda, os profissionais integrantes dos serviços auxiliares ao diagnóstico e tratamento, tais como farmacêutico-bioquímico, hemoterapeuta, fisiatra, fisioterapeuta e outros, desde que não subordinados direta ou indiretamente ao Diretor Administrativo do Hospital.
- 1.4. **Cliente** - Pacientes, seus familiares e integrantes da comunidade em geral, receptores dos serviços médico-hospitalares prestados pelo Hospital. Inclui também nessa categoria, todos os demais compradores de serviços do Hospital, tais como convênios, seguradoras de saúde, medicina de grupos e outros.
- 1.5. **Fornecedor** - São os fornecedores de serviços ou insumos hospitalares (materiais, medicamentos, equipamentos e outros insumos) ao Hospital. Inclui os prestadores de serviços ao hospital, tanto autônomos (Pessoas Físicas) quanto empresas (Pessoas Jurídicas), tais como engenheiros, advogados, arquitetos, contadores, agência de publicidade, escritório de arquitetura, jornalista, etc.

- 1.6. **Entidade de Classe** - Refere-se à entidade de natureza associativa ou sindical à qual o hospital está vinculado e que promove e defende os interesses dos membros da categoria, tais como Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul, Sindicato dos Hospitais Filantrópicos, Beneficentes e de Religiosos do Rio Grande do Sul, Associação dos Hospitais do Rio Grande do Sul e outras.
- 1.7. **Colegas** - Referem-se a executivos de outros hospitais e que não tem relacionamento organizacional direto com o Administrador Hospitalar pesquisado, como por exemplo o Administrador, o Diretor Técnico ou o Gerente de Recursos Humanos de um outro hospital.
- 1.8. **Governo** - Refere-se às autoridades públicas e sanitárias em geral, civis ou militares, quer do governo federal, estadual ou municipal, quer das esferas do executivo, legislativo ou judiciário. Inclui nessa categoria os Conselhos de Saúde: Nacional, Estadual e Municipal.
- 1.9. **Organizações Comerciais** - São organizações que não se enquadram na definição de fornecedores, nem na de clientes acima, isto é, não possuem vínculo comercial ou de prestação de serviços com o Hospital.
- 1.10. **Outro** - Quando o contato não se encaixa em nenhuma das categorias anteriores, tal como o contato telefônico do administrador hospitalar com sua esposa, para discussão de assuntos familiares.
2. Quanto a **duração**, anotei o tempo despendido em cada contato.

2.1. Nesta pesquisa, para a mensuração do tempo de cada atividade, evento ou ação trabalhei com a seguinte definição de **duração de cada evento**:

Duração: é o intervalo de tempo compreendido entre o início e o fim de uma atividade. Foi mensurado com relógio-cronômetro, onde se especificou a hora, os minutos e os segundos de início e a hora, os minutos e os segundos de término de cada atividade, computando-se, pela diferença do segundo tempo em relação ao primeiro, a duração da atividade. Para efeito desta pesquisa, a duração de atividade igual ou menor do que 1 (um minuto) foi considerada como duração de 1 minuto. Quando a duração for superior a 1 (um) minuto, o critério adotado para arredondamento dos segundos para minutos foi o seguinte: até 29 (vinte e nove) segundos, inclusive, são, para efeito do arredondamento

aqui mencionado, desprezados. Se o quantitativo de segundos for igual ou maior do que 30 (trinta) segundos, para efeito do arredondamento aqui mencionado, soma-se 1 (um) minuto à duração da atividade. Igual critério foi adotado quando se precisou fazer arredondamento dos minutos.

3. Quanto ao **local**, especifiquei se o contato ocorreu na Sala do Administrador, na Sala de Reuniões, Dentro do Hospital ou Fora do Hospital.

Neste estudo, adotei as seguintes definições:

- 3.1. **Sala do Administrador** - é a sala propriamente dita do Administrador, o seu quartel general, também conhecida como gabinete ou escritório do Administrador.
 - 3.2. **Sala de Reuniões** - é a sala destinada às reuniões no Hospital e é diferente da Sala do Administrador. Portanto, reuniões também acontecem na sala do administrador.
 - 3.3. **Dentro do Hospital** - refere-se ao espaço compreendido pelas edificações do Hospital (prédios, instalações, etc), bem como por seu terreno (exemplo: estacionamento).
 - 3.4. **Fora do Hospital** - refere-se ao ambiente exterior ao hospital, não compreendido pelos espaços especificados no item 3.3. anterior.
4. Quanto a **iniciativa**, o contato pode ter sido iniciado pelo próprio Administrador Hospitalar, pela parte oponente, mutuamente ou pelo relógio (essas duas últimas categorias não se aplicam aos contatos telefônicos, nem às visitas de observação e a iniciativa mútua não se aplica às reuniões programadas).

Neste trabalho, adotei os seguintes critérios:

- 4.1. **Iniciativa do Próprio Administrador:** a denominação já diz tudo, isto é, é o próprio administrador quem toma a iniciativa do contato.
- 4.2. **Oponente:** é quando o oponente e não o administrador quem toma a iniciativa do contato.
- 4.3. **Mútua:** é quando ambos, administrador e oponente iniciam um contato.

- 4.4. **Relógio:** caracteriza-se quando das reuniões previamente agendadas com horário definido de início.
- 4.5. **Causa externa:** aplica-se às visitas de observação, quando o motivo da visita dá-se, não por iniciativa do administrador, mas por qualquer evento ou fenômeno que demanda a presença do administrador em determinado local do Hospital, para averiguação, busca ou entrega de informação ou outra atividade.
5. Quanto às **finalidades** ou **propósitos**, são 13 (treze) as categorias, das quais 7 (sete) referem-se a atividades secundárias e pedidos, 4 (quatro) referem-se a fluxo de informações e 2 (duas) referem-se a tomada de decisão. Então, quanto ao propósito, os contatos podem ser relacionados a:
1. Trabalho Não Gerencial;
 2. Agendamento;
 3. Cerimonial;
 4. Trabalho com Diretores de Outras Organizações. (Trabalho Externo)
 5. Pedidos em Função do Status e Solicitações
 6. Pedidos de Ação. (Ações Requeridas. Ações Pedidas.)
 7. Pedidos dos Gerentes.
 8. Visita Observacional.
 9. Recebendo Informações
 10. Dando Informações
 11. Revisão
 12. Estratégia.
 13. Negociação

Nesta pesquisa, adotei as seguintes definições às categorias de propósitos:

- 5.1. **Trabalho Não Gerencial.** É quando o Administrador executa trabalho especializado no Hospital ou envolve-se em contatos familiares. Exemplo pode ser o Administrador que, sendo médico, executa uma cirurgia. A execução da cirurgia, como exemplo e para este fim, é trabalho não gerencial.
- 5.2. **Agendamento.** São contatos breves e informais com o propósito de agendar uma reunião, uma atividade, normalmente através de contatos telefônicos ou reuniões não programadas.
- 5.3. **Cerimonial.** São eventos e atividades ligadas à "imagem do chefe" (figurehead), normalmente programados, populosos e grandes consumidores de tempo. Nesses casos o Administrador Hospitalar desempenha algumas funções de natureza cerimonial, como, por exemplo, comparecer ao casamento de um subordinado, almoçar com um importante cliente ou falar a um grupo que visita o hospital;
- 5.4. **Trabalho com Diretores de Outras Organizações. (Trabalho Externo).** É quando o gerente desenvolve trabalhos em conjunto com os gerentes de outras organizações, isto é, com os Administradores de outros Hospitais;
- 5.5. **Pedidos em Função do Status e Solicitações.** São pedidos ou solicitações feitas aos gerentes sobre assuntos irrelevantes, sem maior importância ou significado, em função da posição que ocupam na organização, de seu status, prestígio, etc. (Exemplo: Um colega do administrador hospitalar telefona solicitando-lhe pessoal interseção para que se consiga um leito diferenciado no hospital, para internação de um seu parente);
- 5.6. **Pedidos de Ação.** São solicitações dos mais variados tipos feitas aos gerentes, aos administradores hospitalares, pedindo, requerendo ações, como por exemplo: a) pedidos de autorização. Ex.: autorização de um novo programa ou política de vendas do plano de saúde; b) pedidos de informações - informações atuais que os gerentes tenham tomado acesso, informações organizacionais especiais, tais como planos, políticas ou custos; opiniões, etc.; c) pedido para iniciar algo, como expor determinado assunto na reunião do grupo de voluntários do hospital; d) pressão para influenciar, como por exemplo, tentar influenciar o administrador com relação a uma decisão pendente ou não resolvida;

- 5.7. **Pedidos dos Gerentes.** São pedidos e perguntas feitos pelos gerentes às partes opostas: subordinados, consultores, fornecedores e outros. Os pedidos dos gerentes são de três tipos: a) pedido de informações ou conselhos; b) solicitação de auxílio ou acompanhamento da execução de um assunto ou idéia (delegação de tarefa); c) pedidos de acompanhamento de solicitações já anteriormente efetuadas;
- 5.8. **Visita Observacional.** São deslocamentos onde os gerentes visitam a organização, cumprimentam uma ou outra pessoa no hall, no corredor, nos locais de trabalho, vê algo de seu interesse, mantém contato pessoal com subordinados, etc. (Veja também o item 5.1.4.5. retro);
- 5.9. **Recebendo Informações.** É quando os gerentes recebem informações dos mais variados tipos e das mais variadas fontes. Grande parte delas são caracterizadas como "informação instantânea": são informações atuais, recentes, transmitidas em curto espaço de tempo e em alta velocidade, que chegam ao gerente por telefone ou através de reuniões não programadas enquanto a informação ainda está "quente". Esse tipo de informação freqüentemente toma a forma de opinião, fofoca, "ouvi dizer" e, ou, "boataria". Outras formas dessas informações, são, ainda: "briefings" (informações essenciais) e informações obtidas a partir de conferências assistidas e de opiniões de funcionários;
- 5.10. **Dando Informações.** É a transmissão de informações para a parte oposta, tanto "informações instantâneas" como diferentes tipos de informações verbais;
- 5.11. **Revisão.** Sessões de revisão, de reexame, de avaliação, são sessões caracterizadas pela discussão de uma ampla variedade de problemas e questões e pela transparência, num processo de duplo fluxo de informações, tais como reuniões de diretoria, reuniões de gerências/chefias, reuniões de avaliações funcionais e outras;
- 5.12. **Estratégia.** São reuniões, sessões, contatos onde são discutidas e decididas importantes questões organizacionais. São decisões-chaves sobre a organização; solução de conflitos envolvendo subordinados; discussão de planejamento operacional, tais como orçamento, alocação de recursos e outros;
- 5.13. **Negociação.** São sessões, reuniões onde os gerentes se envolvem em negociações com membros de outras organizações objetivando a realização de acordo entre ambas organizações.

REGISTRO DE CORRESPONDÊNCIAS (OU DOCUMENTOS)

O **Registro de Correspondência** detalha a natureza da correspondência recebida e gerada pelo gerente. Como visto anteriormente, essas correspondências são classificadas de acordo com sua: forma; remetente; atenção recebida; finalidade (ou propósito) e ação tomada. O 'anexo 4' deste traz o modelo de sua estrutura.

Classificação das Correspondências (ou Documentos)

1. Quanto à **forma**, as correspondências ou documentos podem ser: ofício, periódico, clipping, memorando, relatório, fôlder e livro.

Neste trabalho, adotei as seguintes definições:

- 1.1. **Ofício:** comunicação escrita e formal, usualmente enviada por ou a órgãos públicos, fornecedores, colegas e outras pessoas ou organizações em geral. É de caráter externo à organização hospitalar.
- 1.2. **Periódico (s):** são publicações levadas a efeitos em certos intervalos de tempo, tais como jornais, revistas, boletins informativos e assemelhados, enviados por fornecedores, entidades de classe, organizações comerciais ou outros.
- 1.3. **Clipping:** reunião de reportagens, recortes de jornais ou revistas, constituindo, em geral, a condensação do que vários veículos de divulgação publicaram em determinado período ou publicaram acerca de determinado assunto ou organização, etc.
- 1.4. **Memorando (s):** são correspondências formais, menores do que o ofício, usados para comunicações breves e internas à organização, normalmente relatando um ou outro acontecimento ou dando uma informação, solicitando algo, etc. Usualmente aborda um único assunto;
- 1.5. **Relatório (s):** documentos formais e escritos que narram ou descrevem, de modo ordenado e mais ou menos minucioso, aquilo

que se viu, ouviu, observou, analisou ou interpretou. Referem-se a assuntos operacionais ou não operacionais. Os Relatórios Operacionais dizem respeito exclusivamente à operação do Hospital. Os Relatórios Gerais podem abordar assuntos relativos a clientes, fornecedores, concorrentes, etc.

- 1.6. **Fôlder:** "Impresso promocional constituído de uma única folha com duas ou mais dobras". (Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, 2ª ed. Editora Fronteira, 1986, p.794). Em geral, material publicitário de divulgação de empresa, produto, idéia, cursos, etc.
 - 1.7. **Livro:** "obra literária, científica ou artística que compõe, em regra, um volume". (Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, 2ª ed. Editora Fronteira, 1986, p.1041).
2. Quanto ao **remetente**, identifiquei o autor da correspondência;
 3. Quanto à **atenção recebida**, as correspondências podem ser:
 - 3.1. **rápida olhada:** leitura rápida, sem se deter em detalhes ou concluir todo o parágrafo. O objetivo básico é captar a idéia principal;
 - 3.2. **leitura:** é a leitura em ritmo normal;
 - 3.3. **estudo:** é a leitura normal acompanhada de necessária reflexão, para não só captação do conteúdo, mas também reflexão acerca do mesmo, formando uma idéia ou opinião;
 4. Quanto à **ação tomada**, as correspondências podem ser:
 - 4.1. **respondida por escrito:** quando o Administrador, formalmente e por escrito, responde a correspondência recebida;
 - 4.2. **encaminhada para arquivo:** destinada ao arquivo pessoal ou junto à secretaria administrativa ou arquivo geral;

- 4.3. **encaminhada para subordinados:** encaminhada para subordinados, os já definidos anteriormente.
- 4.4. **encaminhada para superior:** encaminhada para superior, já definido anteriormente;
- 4.5. **lixeira:** quando a correspondência é desprezada.

5. Quanto ao **propósito** as correspondências podem ser:

- 1. Agradecimentos;
- 2. Pedidos em função do status;
- 3. Solicitações
- 4. Pedidos de Autorização
- 5. Dados de Referência
- 6. Relatórios Gerais
- 7. Notícias Periódicas
- 8. Ocorrências
- 9. Relatórios Operacionais
- 10. Recomendações de Conduta
- 11. Problemas e Pressões
- 12. Idéias.

Nesta pesquisa, adotei as seguintes definições às categorias de propósitos:

- 5.1. **Agradecimentos.** Cartas agradecendo formalmente uma visita, um favor, alguma informação recebida, um trabalho completado, etc;

- 5.2. **Pedidos em função do status.** Pedidos, solicitações e consultas feitas aos gerentes sobre assuntos irrelevantes, sem maior importância ou significado, em função da posição que ocupam na organização, em função de seu status, prestígio, etc. (Ex.: cartas e relatórios preparados por seus subordinados para o administrador hospitalar assinar; correspondência solicitando que o administrador hospitalar faça palestra em tal local; que doe recursos para tal campanha de caridade, etc);
- 5.3. **Solicitações.** Solicitações e convites de organizações comerciais, de universidades, de consultores, etc., para participação em seminários, simpósios e semelhantes. Solicitações de empresas em geral, de advogados, de publicitários, de profissionais autônomos e outros que tentam vender seus produtos ou serviços, com encaminhamento de fôlder e outros materiais publicitários e de divulgação de seus produtos e serviços. Inclui também as solicitações de emprego, envio de "Curriculum vitae" e outros materiais;
- 5.4. **Pedidos de Autorização.** Englobam os pedidos de autorização para execução de procedimentos não rotineiros, pedidos de autorização de pagamento, pedidos de autorização para contratação de funcionários, pedidos de autorização de implementação de novos programas, pedidos de autorização para aceitação dessa ou daquela decisão sugerida em relatório ou outro meio, etc. Essa categoria, enfim, reúne os pedidos e solicitações fruto da autoridade formal do gerente. (ex.: Aprovar uma nova escala de plantão; permitir a ausência de um profissional; poder mostrar tal relatório a um cliente; autorizar pagamentos, etc.);
- 5.5. **Dados de Referência.** Correspondência que contém informações somente para uso de referências, como por exemplo o Relatório anual de determinado cliente, uma correspondência comunicando novo endereço, correspondência propondo ou definindo a pauta de determinada reunião, etc.
- 5.6. **Relatórios Gerais.** São os relatórios, clipping e livros de interesse geral. (Ex.: Relatório do Plantão Noturno);
- 5.7. **Notícias Periódicas.** Notícias e informações de eventos ou acontecimentos, recentes ou não. Englobam os jornais em geral, as revistas, jornais de propaganda e divulgação de empresas, jornais gerenciais, comerciais, de negócios, financeiros, técnicos, jornais internos do Hospital e outros.

- 5.8. **Ocorrências.** Correspondências recebidas pelos gerentes, oriundas de subordinados, de organizações comerciais, de colegas ou outros, informando acerca de ocorrências, eventos ou fatos relacionados à área em que atuam. Posições relativas a concorrentes, clientes, situações políticas, etc. são classificados nessa categoria.
- 5.9. **Relatórios Operacionais.** Correspondências relacionadas à operação das organizações gerenciadas, como por exemplo: Relatórios internos periódicos; Relatórios sobre programas específicos; correspondências de clientes elogiando ou reclamando dos serviços, etc.
- 5.10. **Recomendações de Conduta.** Recomendações e aconselhamentos dados aos gerentes em situações atuais, correntes, normalmente estratégicas, pelos subordinados ou por 'experts'.
- 5.11. **Problemas e Pressões.** São correspondências que contém informações relacionadas a esclarecer e definir problemas, demandas e pressões. Normalmente são oriundas de subordinados, de clientes e de fornecedores.
- 5.12. **Idéias.** Correspondências que contém idéias e sugestões não solicitadas, de iniciativa do signatário.

3.1.6 Limites e Critérios da Observação

1. Os contatos telefônicos entre o Administrador Hospitalar e sua secretária não foram computados como ligações telefônicas, para efeito deste estudo. Esses contatos, normalmente, foram brevíssimos e com o objetivo de dar ou receber informações. Ex.: O Sr. Fulano de tal chegou para a reunião agendada; O Sr. Beltrano de tal solicita horário para conversar com o Sr., etc.;
2. Quando o trabalho à mesa ou uma reunião era interrompida por um telefonema, por exemplo, considerei a respectiva atividade, para efeito do número de atividades diárias, uma única atividade, isto é, antes e depois da interrupção. A duração, igualmente, foi considerada como a soma do tempo antes e depois da interrupção.
3. Para a caracterização do "Dia Típico", além da análise dos dados coletados e informações processadas, procedi a entrevista estruturada com cada um deles, buscando iden-

tificar, segundo a visão de cada Administrador pesquisado, como é que se caracteriza seu dia de trabalho em geral, "em condições normais de temperatura e pressão".

4. Para efeito de classificação dos contatos, quando me deparei com contatos com mais de um propósito (ex.: dando e recebendo informação), classifiquei o contato pelo propósito preponderante. Anotei os demais assuntos tratados (e propósitos) nas "Anotações" específicas de cada registro a fim de possibilitar melhor interpretação desses contatos;
5. Deslocamentos na cidade e com duração menor de 15 minutos foram incorporados à duração da atividade. Ex.: Reunião programada na sede da Unimed local onde, a partir do Hospital chega-se em 10 min. Esses 10 min, nesse exemplo, serão computados ao tempo de duração da reunião. Tanto o deslocamento de ida quanto o de retorno ao Hospital. Deslocamentos superiores a 15 minutos não foram computados ao tempo de duração do contato.
6. As horas de reuniões noturnas, aqui consideradas as que tinham início após o horário de expediente, isto é, 18h, foram incluídas no total de horas trabalhadas.
7. As médias "gerais", em função do critério de arredondamento numérico utilizado, foram calculadas a partir das médias existentes, isto é, para seu cálculo não se utilizou os dados brutos nos quais se baseou o cálculo das médias "intermediárias", pois isto provocaria distorções nessas médias gerais. Mesmo assim, considerando-se que na exposição dos resultados finais trabalhou-se com uma casa decimal, imprecisões decimais, mesmo que eventuais, podem ocorrer.
8. Nas reuniões, o Administrador Hospitalar sempre está presente. No número de participantes, ele é considerado como um participante.
9. A tradução de palavras, expressões ou parte de textos utilizados nesse trabalho não é oficial, isto é, foi feita por mim mesmo e não por algum tradutor juramentado ou equivalente. Assim, imprecisões são admissíveis.
10. Participantes nas Reuniões: Quando a reunião aconteceu exclusivamente com pessoal interno do Hospital, o critério de classificação quanto ao vínculo foi determinado pelo de maior posto. Quando envolvia fornecedores ou outros externos à organização, o critério adotado foi o da 'causa principal', isto é, qual o objetivo principal da reunião? E este, então, define a natureza do vínculo. Ex.: Se participam de determinada reunião o Prove-

dor do Hospital, o Administrador, a Chefe da Recepção e o Arquiteto (fornecedor de serviços), com o objetivo principal de analisar a proposta de layout da recepção do hospital, o vínculo estabelece-se com o fornecedor e não com superior ou subordinado.

11. A correspondência que o Administrador levou para ler exclusivamente em sua casa, não foi considerada para efeito deste trabalho. Quando, porém, lia parte ou leitura geral e seleção dos principais tópicos para um aprofundamento em casa, considere.
12. Neste trabalho foram utilizados os seguintes softwares: Microsoft® Word 97, Microsoft® Excel 97 e Microsoft® Powerpoint 97 e Corel Draw® 8.0 (Os produtos aqui mencionados são marcas registradas dos respectivos fornecedores).
13. Inobstante todo o critério e meticulosidade com que foi conduzida esta pesquisa, admite-se eventuais distorções, mesmo que bastante diminutas, na classificação de um ou outro evento nessa ou naquela categoria, em relação à classificação efetuada pelo Prof. Mintzberg referente a eventos semelhantes. Isto, principalmente, em eventos como reuniões, solicitações, pedidos de ação e contatos.

3.2 AMOSTRA

3.2.1 Características da Amostra

O presente trabalho decorreu da observação de 5 (cinco) administradores hospitalares dirigentes de hospitais filantrópicos gerais de grande porte, conforme definições exaradas no item seguinte.

A técnica da "Observação Estruturada", por suas características anteriormente apresentadas, impõe severas restrições ao tamanho da amostra de pesquisa. Foi por esta razão, a exemplo do ocorrido com o estudo do Prof. Mintzberg, que decidi estudar 5 executivos hospitalares, ao todo, por uma semana cada.

Pelo tamanho da amostra de pesquisa é claro que não seria sensato mesclar os portes dos hospitais onde atuam esses executivos, isto é, misturar, no estudo, a observação de administradores hospitalares de hospitais de porte pequeno, médio, grande ou porte especial.

A homogeneização da amostra escolhida pode ser verificada pela 'Tabela 2', Perfil dos Hospitais pesquisados.

	H 1	H2	H3	H4	H5
NÚMERO DE LEITOS					
Clínica Médica	67	87	64	69	182
Clínica Cirúrgica	32	30	45	36	38
Clínica Pediátrica	55	29	43	46	0
Clínica Obstétrica	20	21	32	7	0
UTI Adulto	8	8	10	7	10
UTI Infantil	8	0	4	0	0
UTI Neonatal	0	0	17	0	0
Outros	0	0	8	0	23
TOTAL	190	175	223	165	253
Nº PACIENTES-DIA					
Partic. e Convênios	20.362	9.375	31.476	20.056	12.606
SUS	31.631	26.868	37.272	17.218	58.529
TOTAL	51.993	36.243	68.748	37.274	71.135
Média-mês	4.333	3.020	5.729	3.106	5.928
Média-dia	142	99	188	10	195
Nº de Interações	12.133	9.106	14.856	7.590	8.797
% Geral de Ocupação	74,97%	56,74%	84,46%	61,89%	77,03%
Média Geral de Permanência	4,14	3,97	4,23	4,82	8,14
Nº Cirurgias Bloco Operatório	4.985	2.766	8.304	3.677	1.623
Número de Partos	1.956	1.418	3.004	464	0
Numero de Exames	198.596	70.359	119.151	169.847	198.382
Nº Consultas/Proced Ambulatoriais	96.448	82.504	29.760	40.290	226.260
Recursos Humanos	397	405	576	524	473
Médicos do Corpo Clínico	105	78	352	209	80
Total da Receita Bruta	7.426,36	5.901,93	16.786,01	10.297,15	5.368,45
Patrimônio Social (31.12.97)	7.013,41	3.401,58	8.004,00	6.312,06	8.298,87
Total do Ativo (31.12.97)	9.277,21	5.025,04	9.700,05	8.244,23	9.357,92
Fonte: Relatórios Administrativos 1997 e Balanço Patrimonial do Exercício 1997 dos respectivos hospitais pesquisados.					
Os valores da Receita Bruta, do Patrimônio Social e do Ativo estão expressos em R\$ 1.000					

Tabela 2 - Perfil dos Hospitais Pesquisados

O primeiro critério de escolha baseou-se no número de leitos de cada hospital e na experiência de cada Administrador Hospitalar, tanto na profissão quanto no cargo que ora exercem na instituição hospitalar.

Ambos critérios não apresentaram nenhuma dificuldade, visto eu possuir conhecimento prévio tanto dos hospitais quanto de seus dirigentes, em função das atividades profissionais que exerço, já anteriormente narradas. Algumas dúvidas foram sanadas através de contatos telefônicos diretos com os Administradores.

Defini, previamente, 8 (oito) hospitais. Fiz contato pessoal com cada Administrador, expondo os objetivos da pesquisa, a metodologia do trabalho e outras informações pertinentes. Nesse contato, tive acesso às informações para o preenchimento do quadro acima. Por óbvio, nesse trabalho, somente os 5 hospitais observados são retratados.

3.2.2 Terminologia Adotada

Adotei neste estudo as seguintes definições:

1. Hospital Filantrópico, segundo Cherubin & Santos (1997:59) "é o hospital particular que pertence a uma entidade não lucrativa, reconhecida como de Utilidade Pública Federal e Estadual ou Municipal, com Certificado de Fins Filantrópicos, que preenche as seguintes condições:
 - 1.1. Ofereça atendimento à saúde, em regime de internação, a quantos buscarem seus serviços, sem distinção de nacionalidade, raça, credo, opinião política ou outra qualquer condição;
 - 1.2. Tenha um quadro ilimitado de sócios;
 - 1.3. A Assembléia Geral seja o órgão soberano da entidade;
 - 1.4. Aplique integralmente no país os seus recursos, dentro das suas finalidades estatutárias;
 - 1.5. O eventual superávit de cada exercício seja aplicado na expansão e melhoria das suas atividades sociais.

- 1.6. Não remunere, de nenhuma forma, os membros da Diretoria pelo exercício do seu mandato, bem como não distribua lucros, dividendos, bonificações ou outras vantagens aos sócios;
 - 1.7. Em caso de extinção, seu patrimônio líquido é doado a outra entidade congênere.
2. Hospital geral, de acordo com Cherubin & Santos (1997:59) é o que tem condições de prestar assistência, em regime de internação, a várias especialidades de clínica médica e cirúrgica, podendo limitar sua ação a um grupo etário (hospital infantil), a um determinado grupo da comunidade (hospital militar) ou a uma finalidade específica (hospital de ensino).
 3. Hospital de grande porte, segundo definição do Ministério da Saúde Brasileiro - MS (1985:15) é o "Hospital com capacidade instalada (número máximo de leitos que comporta o estabelecimento, respeitada a legislação em vigor) de 151 a 500 leitos".

3.2.3 Perfil dos Administradores Hospitalares Pesquisados

Neste trabalho, o Administrador Hospitalar pesquisado foi o que usa habitualmente a denominação de Executivo Hospitalar, adoto a denominação de Administrador Hospitalar e Executivo (Hospitalar) como sinônimos. Como sinônimos também uso as expressões Diretor Administrativo, Diretor Executivo, Diretor Hospitalar, Gerente de Topo e Gerente.

Esses profissionais sempre têm acima de si, na estrutura organizacional do Hospital, o Presidente, o Provedor ou equivalente, donde emana a autoridade máxima da organização. Usualmente, como demonstra o anexo 7 - Organograma Genérico de Hospital Geral Filantrópico de Grande Porte - Hierarquia 1, esse profissional ocupa o mesmo nível hierárquico do Diretor Técnico da organização.

Estão, assim, mais para 'Gerentes Seniors' do que para "CEO's".

Eis o perfil desses executivos hospitalares pesquisados, donde se depreende que todos têm expressiva experiência em Administração Hospitalar, bem como no exercício do cargo de Diretor Hospitalar.

PERFIL DO ADMINISTRADOR	H 1	H2	H3	H4	H5
Experiência Hospitalar (anos)	25	15	15	27	9
Anos no Cargo de Diretor do Hospital	4	5	8	7	3
Graduação	Contábeis	Administração	Farmácia	Administração	Administração
Pós-Graduação	Adm.Hosp.	Adm.Hosp.	Adm.Hosp.	Adm.Hosp.	Adm.Hosp.
Idade	45	38	40	45	31

Tabela 3 - Perfil dos Administradores Hospitalares Pesquisados

Fato digno de nota é o de que, entre os 5 primeiros hospitais selecionados, o Diretor de um deles, depois de ter concordado com a pesquisa, aquiescido com a data agendada e demais providências tomadas, quais sejam a coleta dos dados preliminares e outras informações, resolveu, sem justo motivo, cancelar a continuidade dos trabalhos. O Diretor do Hospital simplesmente ligou-me por telefone, inventou uma desculpa qualquer e cancelou o compromisso.

Provavelmente, ao inteirar-se de todo o trabalho de pesquisa a ser realizada, pode ter ficado inibido ou constrangido ou, ainda, por qualquer outro motivo, deliberou cancelar a observação, sem qualquer causa concreta.

Ato contínuo, articulei-me com o hospital que, entre os três hospitais remanescentes, mais se aproximava, a meu juízo, dos quatro hospitais pesquisados. Providenciado o agendamento devido e a coleta preliminar dos dados, procedi à observação necessária, completando, assim, os cinco hospitais da amostra.

3.3 COLETA DE DADOS

3.3.1 Coleta de Dados Preliminares

Para cada Administrador Hospitalar estudado, coletei, previamente, antes do início da observação, um conjunto de dados, a saber e com os seguintes objetivos:

Informações sobre a organização

Analisei previamente e, em três dos cinco casos, confeccionei/atualizei o organograma do Hospital, com o objetivo de situar o Administrador Hospitalar na estrutura de mando do Hospital e familiarizar-me com os nomes dos membros da gerência que interagirão com o mesmo durante meu período de observação. Analisei os relatórios administrativos, assistenciais, econômicos e financeiros do Hospital dos últimos três meses anteriores ao período de minha observação, com o propósito de melhor entender as questões operacionais e estratégicas que surgiam quando do período de minha observação. Analisei, também, as reportagens dos jornais que envolveram os hospitais nos últimos três meses anteriores à minha observação, no sentido de desenvolver um melhor entendimento do ecossistema local que envolve cada hospital. Notícias e informações do setor saúde para um melhor entendimento do meio-ambiente geral em que estão inseridos os hospitais não foram necessárias serem manipuladas, eis que esta é minha área de atuação profissional e convivo cotidianamente com as mesmas.

Informações sobre o Administrador Hospitalar

Apesar de conhecer e já ter tido contato profissional com todos os Administradores Hospitalares pesquisados, preparei, em entrevista prévia com cada um deles, um "Sumário do 'Curriculum Vitae' ". Dados deste sumário e desde que não identifiquem o Administrador Hospitalar foram por mim usados neste trabalho, para, principalmente, dar a dimensão da experiência profissional na Administração Hospitalar de cada profissional observado. Reportagens envolvendo os Administradores e, eventualmente artigos escritos pelos mesmos foram por mim lidos, objetivando um melhor conhecimento do profissional.

Coleta de Dados na "Observação Estruturada"

Meu trabalho compreendeu a anotação cronológica e descrição detalhada de todas as atividades desenvolvidas pelo administrador hospitalar durante todos os dias, a cada hora, a cada minuto, de cada um dos 5 dias de trabalho observados.

Como já frisado anteriormente, observei os administradores hospitalares em seu "habitat" natural: no ambiente hospitalar, tal como eles executam seus trabalhos cotidianamente. Acompanhei cada passo da execução de suas atividades; estive presente, observando, todas as reuniões, programadas ou não; acompanhei cada telefonema e acompanhei-os em cada visita de observação.

3.3.2 Dificuldades e Limitações na Coleta dos Dados

Pela lei de indeterminação de Heisenberg (Levitt, 1974), o processo de se observar um fenômeno altera esse fenômeno. Então, preocupado com essa perspectiva, entrevistei cada administrador hospitalar, ao final do quinto dia de observação, indagando-lhe se a minha presença tinha ou não interferido no seu comportamento administrativo, na naturalidade com que normalmente executa suas atividades, etc. Se tinha, enfim, minha presença, causado-lhe algum constrangimento.

Somente um Administrador respondeu que sim, que ficou inibido, que ficou preocupado em estar sendo observado e que isto deixou-o um tanto quanto nervoso e intranquilo no início, mas que a partir do 2º dia já não estranhou tanto. Certamente este fato interferiu na naturalidade com que esse Administrador exerceu suas atividades nesse(s) dia(s).

E os outros Administradores que responderam não terem se incomodado com a observação? A resposta foi racionalizada? Inconscientemente não pode ter havido alguma interferência?

Acredito, nessas circunstância, não haver neutralidade absoluta e, de um modo ou de outro, há que se considerar algum tipo de interferência na normalidade com que cada um deles executou suas atividades no dia-a-dia de sua gestão. Acredito, também, que esta interferência foi mais superficial que profunda, a ponto de não invalidar os dados desta pesquisa.

Ocorreram, no período de observação, algumas situações inusitadas, onde o observador era convidado a participar efetivamente da reunião. Era 'convocado' a externar sua opinião. Não foram muitas, mas só para citar um exemplo: em um dos hospitais estava discutindo-se a redefinição dos fluxos de pacientes no hospital e a remodelação do 'layout' da recepção principal. O arquiteto responsável pelo projeto já fora, anos atrás, funcionário da empresa de consultoria que dirijo e o Administrador do Hospital já fora assessorado por nossa instituição. Num momento de maior dúvida quanto à melhor alternativa de ocupação de um dos espaços da recepção, fui convidado a externar minha opinião e não pude furtar-me. Fi-la, para logo depois retornar ao papel que ocupara naquela reunião: simples observador.

Por atuar há 15 anos na área hospitalar, por ter prestado serviços de consultoria a inúmeros hospitais, por ter participado ativamente de entidades de classe hospitalar: associ-

ativa e sindical, quer na condição de presidente, vice-presidente ou conselheiro, além de ter ministrado vários treinamentos, palestras e assemelhados no setor hospitalar, era quase natural que, numa ou noutra situação de maior discussão, debate ou reflexão, um ou outro Administrador solicitasse minha participação. Como não fazê-la?

Dos dados coletados, tive maior dificuldade de categorização quando se tratou:

- a) Da categorização das correspondências, em função, quase sempre, da velocidade com que eram processadas. De imediato, consegui classificar o formato, início-fim-duração e ação tomada. Frequentemente não havia possibilidade de captar de imediato o remetente e a finalidade (propósito). Seria absolutamente inoportuno perguntar ao Administrador a cada correspondência, posto interferir na observação da atividade e na rotina do administrador. Então, solicitava ao Administrador para examinar as correspondências posteriormente, uma vez que ele as mantinha em ordem (c1, c2, c3,...);
- b) Da identificação do conteúdo do telefonema, para a devida classificação, quando a ligação era de iniciativa do oponente. Houve até um caso em que um dos Administradores permaneceu por mais de 2 minutos só ouvindo e dizendo: "ãhã...ãhã...". Como classificar: quem? propósito?, a não ser perguntando, após, ao próprio Administrador?

Como já relatado, tive oportunidade de observar todas as reuniões, até mesmo as tidas como 'sigilosas' ou 'estratégicas'. Isso foi possível, foram unânimes os Administradores pesquisados em responder, porque já me conheciam de longo tempo, tanto pessoal quanto profissionalmente. Se fosse um outro observador, certamente não participaria de tais eventos, concluíram.

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A partir dos registros cronológicos analíticos, elaborei os registros cronológicos sintéticos. A partir dos registros de correspondências, dos registros de telefonemas, dos registros de reuniões (programadas ou não) e dos registros de observação, estruturei planilhas específicas. Com esses dados, montei as tabelas e as figuras constantes desse trabalho e procedi à análise descritiva e interpretativa desses dados, gerando as análises dos registros cronológicos, dos registros de correspondências e dos registros de contatos, como adiante descritos, para produzir, ao final, as conclusões e recomendações constantes desse trabalho.

4.1 Análise dos Registros Cronológicos

Os dados apurados nesta pesquisa levada a efeito com 5 Administradores Hospitalares de Hospitais Gerais Filantrópicos de Grande Porte, situados no Rio Grande do Sul, Brasil, durante uma semana cada um, coincidem com os dados, os relatos e os estudos de Sayles (1964,1980), Mintzberg (1973), Drucker (1973) e Motta (1997), dentre outros pesquisadores. O 'anexo 3' retrata os dados contidos nos 'Registros de Um Dia de Trabalho do Administrador Hospitalar'.

Verificou-se que o ritmo de trabalho do Administrador Hospitalar é intenso e as atividades são bastantes variadas e, em sua maioria, de curta duração. Inúmeros telefonemas ou reuniões não programadas quebraram a seqüência de atividades desenvolvidas pelo Administrador Hospitalar.

Em média, os Administradores Hospitalares pesquisados trabalharam, por dia, 8,62 horas úteis, não incluídos aí os períodos de almoço. Eles visitam os hospitais à noite e em fins de semana, toda semana, para tomarem contato com os acontecimentos desse período. As atividades não obedeceram a nenhuma rotina e, mesmo que o Administrador quisesse ser senhor absoluto de seu tempo e de sua agenda, nem sempre isso era possível. O Administrador G, por exemplo, narrou, após um imprevisto que solicitou sua atenção no Pronto Socorro, que o principal problema do seu cotidiano "é que a cada momento surge uma coisa nova. Você planeja, se programa. Aí telefona um cara dizendo que vai à televisão reclamar por causa da falta de leito. Se a imprensa acolhe a reclamação, está feita a confusão!", e arrematou: "nem sempre faço o que quero; as coisas vem vindo e você tem que fazer". O Administrador A, por sua vez, durante vários episódios por mim observados, enquanto apunha sua rubrica nas autorizações de pagamento, por exemplo, aproveitava para conversar

com o Gerente Contábil-Financeiro (pessoa bem entrosada na comunidade) sobre eventual notícia no jornal que envolvesse o hospital ou, ainda, para se atualizar de conversas havidas no dia anterior (e até mesmo para se inteirar das mais novas "fococas").

Fato interessante é que, na grande maioria dos dias observados e contrariamente às outras pesquisas, os Administradores Hospitalares tiveram tempo de ir almoçar em casa, com seus familiares, à exceção de um único Administrador. Talvez, a principal explicação dessa realidade reside no fato de que, dos 5 hospitais pesquisados, 4 situam-se no interior do estado e apenas 1 na capital. Nesses 4 hospitais interioranos, os Administradores Hospitalares moram próximos aos hospitais que administram, preferem almoçar em casa e até assumem compromissos de "pegar" ou "levar" o(a) filho (a) para o colégio. Esse metabolismo é diferente para o Administrador do hospital da capital, que, em função das distâncias e do trânsito, almoça no próprio hospital e não tem como assumir compromissos familiares nesse período.

O dia-a-dia dos administradores hospitalares pesquisados caracterizou-se por uma grande variedade de atividades e sem uma estruturação ou seqüência definidas. Mais de 50% das atividades tiveram duração menor do que 9 minutos, tais como telefonemas, trabalho à mesa e reuniões não programadas (ver figura 9 à página 97 deste trabalho). Apenas 12% do total de suas atividades excederam a 60 minutos de duração e estas foram devidas, em sua totalidade, às reuniões programadas. Nem sempre, nessas reuniões, o administrador tinha o controle da situação. As atividades dos administradores hospitalares foram, assim, curtas, breves, variadas, não obedeceram a um padrão pré-definido, ocorreram até mesmo intempestivamente, de imprevisto e em ritmo intenso. Requereram, não raro, ação imediata do administrador hospitalar. Nesse contexto, ou os administradores hospitalares observados agiram diretamente (gerenciamento das ações, "fazedores") ou agiram através de pessoas, estimulando-as a darem esse ou aquele tipo de resposta, de comportamento (agiram através de pessoas, "líder"). Houveram situações, também, em que os administradores agiram através de informações ("administradores").

O administrador M., por exemplo, ao receber o relatório quinzenal consolidado do volume cirúrgico do hospital (em meio físico), com informações referentes às cirurgias realizadas por médico, por especialidade, por equipe médica, por convênio, por sala cirúrgica, etc., prontamente comparou-o com quinzenas anteriores e constatou que as cirurgias da Unimed, especificamente da equipe da traumato, estavam diminuindo. Prontamente ligou para a chefe do centro cirúrgico, enfermeira R (há longo tempo gerenciando essa atividade e bastante conhecedora das equipes médicas) para obter maiores informações sobre esse

fenômeno. Especificamente, identificou-se que o Dr. L e M, da equipe O, eram os que mais sensivelmente estavam reduzindo seu volume cirúrgico. Ora, essa equipe, em função de negociações anteriores e de mecanismos de reciprocidade, gozavam de privilégios no uso das salas cirúrgicas do hospital, como por exemplo preferência de agendamento, etc. Suspeitando que esses doutores pudessem estar encaminhando seus pacientes para outro hospital, o administrador M. solicitou a sua secretária que contatasse o Dr. L, líder da equipe, em seu consultório e agendasse, o mais breve possível, um encontro pessoal, para conversarem, sem especificar o assunto. No dia seguinte, a reunião realizou-se na sala do administrador. Quebrado o gelo inicial com alguma conversa irrelevante, o administrador, com toda franqueza, introduziu o assunto principal, indagando do médico qual(is) o(s) motivo(s) que o estava levando, bem como a outros colegas seus, a esse comportamento e se as negociações anteriores já não tinham mais efeito. Entre surpreso e dissimulado, o médico tentou, inicialmente, argumentar que nada tinha mudado, até que lhe foram apresentados os números. Como contra fatos não há argumentos, a conclusão é de que tanto esse médico quanto alguns colegas seus, estavam sendo assediados por um hospital concorrente e, ao que tudo indicava, não estavam resistindo. Colocadas "às claras" a situação, foi agendada para a noite seguinte, com todos os integrantes da equipe O, reunião para retificar ou ratificar os compromissos mútuos assumidos em negociação anterior. A presença do Diretor Técnico do Hospital também foi solicitada. Esse episódio também foi objetivo de menção específica em uma das reuniões internas do hospital.

Do total de 602 atividades executadas por esses administradores nesse período observado, aproximadamente 30% caracterizaram-se como "Trabalho à Mesa"; 37% como "Telefonemas"; 15% como "Reuniões Programadas"; 17% como "Reuniões Não Programadas" e 2% como "Visitas de Observação". A 'figura 7', à página 96, retrata visualmente essa realidade.

Nesse período, esses administradores processaram 997 correspondências e/ou documentos, tais como ofícios, memorandos, relatórios, fôlder e outros, numa média diária de 40 unidades, a uma velocidade média de 2,36 minutos por correspondência/documento.

Do total de horas despendidas na execução dessas atividades (215,6 horas), aproximadamente 20% foram consumidas com "Trabalho à Mesa"; 5% com "Telefonemas"; 58% com "Reuniões Programadas"; 13% com "Reuniões Não Programadas" e 3% com "Visitas de Observação". De igual modo, a 'figura 8', à página 96, reproduz visualmente essa realidade.

Sob outro prisma de abordagem, cada sessão à mesa teve duração média de 15,5 minutos; cada telefonema foi executado, em média, em 3,5 minutos; cada reunião programada durou, em média, 84,1 minutos; cada reunião não programada durou, em média, 15,8 minutos e cada visita de observação ou de inspeção foi realizada, em média, com 31,8 minutos de duração.

Fato que chama a atenção é o expressivo volume de tempo despendido em reuniões programadas (58%) contra o inexpressivo volume de tempo dedicado às visitas de observação (apenas 3%). Parece que os administradores hospitalares observados preferem receber informações de seus colaboradores acerca do que está acontecendo no nível técnico, no núcleo operacional (onde os pacientes são efetivamente atendidos, onde atuam os médicos, enfermeiras e outros profissionais da saúde) a buscá-las diretamente no contato "face-a-face", nas interações diretas com os integrantes dessas áreas e no local onde acontecem diretamente. Não que esses contatos não tenham ocorrido. Esses contatos não só aconteceram como foram os mais expressivos. Os contatos com médicos e subordinados aproximaram-se de 60% do total de contatos efetuados pelos administradores hospitalares, ocupando quase 35% do total de seu tempo. O que enfatizo, aqui, é o como, não o quanto, isto é, a intensidade de contato direto com o "processo operacional", para não só ser informado, mas ver, ouvir, sentir e perceber até mesmo nos mínimos detalhes, como ensina Maquiavel. O Administrador Hospitalar precisa manter-se em contato constante com "sua epiderme", ou seja, a parte do seu sistema mais próxima do ambiente externo; ele deve permanecer em contato ("Keeping in touch").

Essas visitas observacionais ocorreram, em média, aproximadamente 3 por semana, durante pouco mais de 30 minutos cada uma delas.

A visão tradicional de que o administrador, nesse caso o Administrador Hospitalar, planeja, organiza, dirige e controla, sugerindo que ora ele toma a forma do "pensador de Rodin", ora a forma de um maestro condutor de uma orquestra sinfônica, na metáfora de Drucker, não foi confirmada neste estudo. O Administrador Hospitalar pode planejar, organizar, dirigir e controlar, como afirma Hampton (1992), mas fazem-no em condições de brevidade, variedade e fragmentação. Tanto é verdade que do total das 602 atividades registradas, mais de 50% foram executadas com menos de 9 minutos de duração e apenas 12% excederam a 60 minutos. Essas atividades com mais de 60 minutos, em sua esmagadora maioria, foram motivadas por reuniões previamente agendadas, envolvendo um grande contingente de pessoas e nem sempre o Administrador Hospitalar tinha total domínio sobre as mesmas, como por exemplo as reuniões que aconteceram nos Conselhos Municipais de

Saúde ou as que foram motivadas em função da inauguração de algum serviço médico-hospitalar (inauguração da Tomografia, por exemplo).

Abaixo, a tabulação dos registros cronológicos:

Categorias	Administradores Hosp	SOMATÓRIO	AH1	AH2	AH3	AH4	AH5
Total de Horas Trabalhadas		215,6	42,1	46,3	42,1	37,6	47,5
Horas Deslocamentos Reuniões Externas (não incluídas)		10,5	1,4	1,4	3,3	4,4	0
Horas de Reuniões Noturnas (incluídas)		16,9	5,4	2,3	1,1	3,7	4,4
Total de correspondências		997	247	253	135	148	214
Volume médio corresp.processadas por dia		40	49	51	27	30	43
Número Total de Atividades		602	99	132	136	111	124
TRABALHO À MESA							
Número de Sessões		172	33	47	29	26	37
Proporção das Atividades		28,6%	33,3%	35,6%	21,3%	23,4%	29,8%
Tempo à Mesa (horas)		44,4	7,9	13,1	7,4	5,4	10,6
Duração Média (minutos)		15,5	14,4	16,7	15,3	12,5	17,2
Proporção do Tempo		20,6%	18,8%	28,3%	17,6%	14,4%	22,3%
TELEFONEMAS							
Número de ligações		223	34	48	54	45	42
Proporção das Atividades		37,0%	34,3%	36,4%	39,7%	40,5%	33,9%
Tempo ao Telefone (horas)		11,8	2,0	2,0	3,1	2,1	2,6
Duração Média (minutos)		3,2	3,5	2,5	3,4	2,8	3,7
Proporção do Tempo		5,5%	4,8%	4,3%	7,4%	5,6%	5,5%
REUNIÕES PROGRAMADAS							
Número de Reuniões		89	13	12	25	20	19
Proporção das Atividades		14,8%	13,1%	9,1%	18,4%	18,0%	15,3%
Tempo em Reuniões (horas)		124,8	23,8	23,1	25,7	24,9	27,3
Duração Média (minutos)		84,1	109,8	115,5	61,7	74,7	86,2
Proporção do Tempo		57,9%	56,5%	49,9%	61,0%	66,2%	57,5%
REUNIÕES NÃO PROGRAMADAS							
Número de Reuniões		105	17	23	25	18	22
Proporção das Atividades		17,4%	17,2%	17,4%	18,4%	16,2%	17,7%
Tempo em Reuniões (horas)		27,7	7,0	7,1	4,0	4,1	5,5
Duração Média (minutos)		15,8	24,7	18,5	9,6	13,7	15,0
Proporção do Tempo		12,8%	16,6%	15,3%	9,5%	10,9%	11,6%
VISITAS DE OBSERVAÇÃO							
Número de Visitas		13	2	2	3	2	4
Proporção das Atividades		2,2%	2,0%	1,5%	2,2%	1,8%	3,2%
Tempo em Visitas (horas)		6,9	1,4	1,0	1,9	1,1	1,5
Duração Média (minutos)		31,8	42,0	30,0	38,0	33,0	22,5
Proporção do Tempo		3,2%	3,3%	2,2%	4,5%	2,9%	3,2%
Proporção Atividades < 9 min de duração		51,8%	44,4%	50,0%	51,4%	55,7%	57,6%
Proporção Atividades > 60 min de duração		11,9%	12,7%	6,3%	12,8%	13,2%	14,5%

Tabela 4 - Tabulação dos Registros Cronológicos

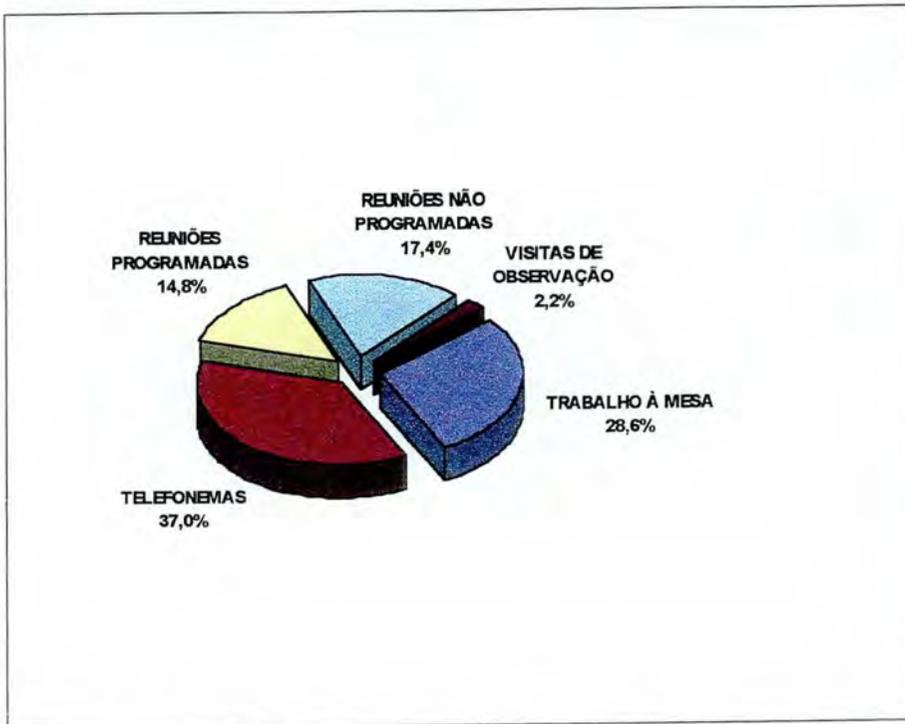


Figura 7 - Distribuição Percentual das Atividades do Administrador Hospitalar

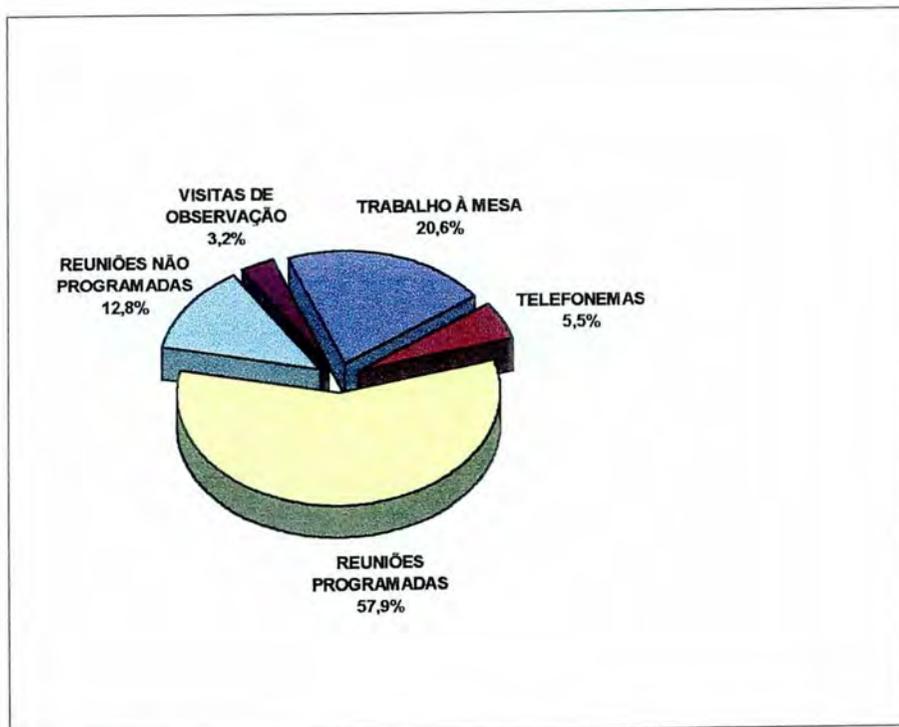


Figura 8 - Distribuição do Tempo do Administrador Hospitalar por Tipo de Atividade

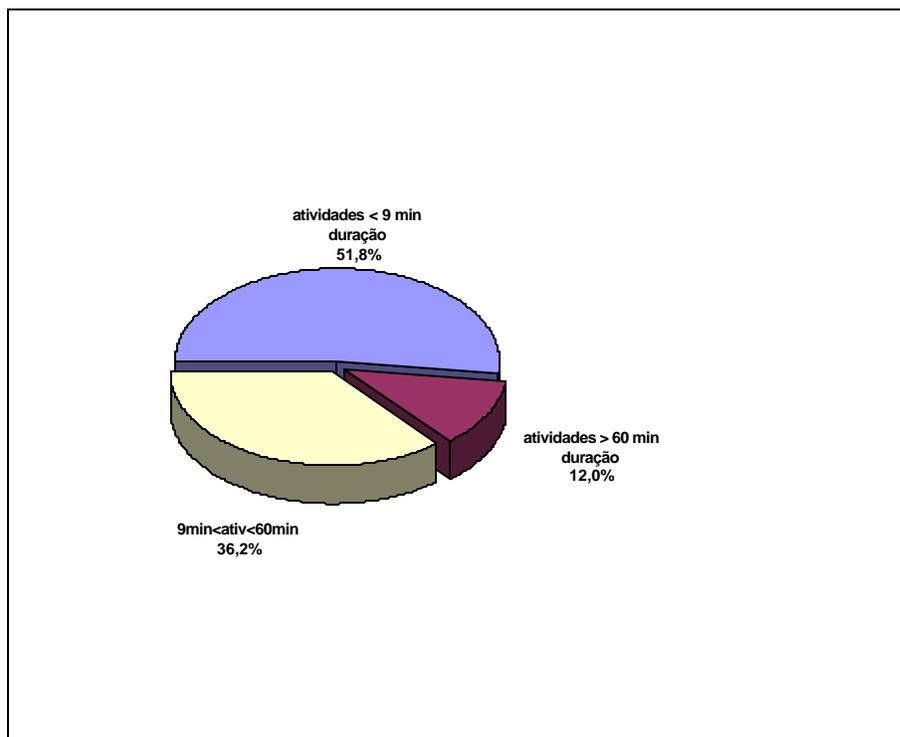


Figura 9 - Distribuição das Atividades do Administrador Hospitalar por tempo de duração

4.2 Análise dos Registros de Correspondências

Das 997 correspondências e documentos processados pelos 5 Administradores Hospitalares, durante os 25 dias de observação, conforme atesta a Tabela 5, 35% foram cartas e ofícios; 31% deles foram relatórios operacionais e gerais; 14% foram fôlder, impressos de propaganda e divulgação de cursos, treinamentos, malas diretas e informativos comerciais divulgando produtos e serviços; 11% foram jornais, revistas e boletins informativos; e os restantes 9% consistiram em memorandos, clipping e outras formas de correspondências e documentos.

Desse total de correspondências e documentos, 60% foram lidos, 28% foram rapidamente olhados e 12% mereceram maior atenção, estudo e reflexão.

Os ofícios, memorandos e relatórios operacionais foram, em sua maioria, lidos. Os dois primeiros, em aproximadamente 80% das vezes foram respondidos por escrito. Dos relatórios, os de cunho geral e operacional foram, em geral, rapidamente olhados. Os folders, os periódicos e os clippings, em geral, foram rapidamente manuseados e olhados e, ato contínuo, encaminhados adiante para subordinados ou arquivo. Mais da metade dos

folders que atingiram as mesas dos Administradores Hospitalares tiveram um só destino: Lixeira! Os ofícios oriundos de entidades classificadas como "Governo", tais como Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal, Conselho Municipal de Saúde, Delegacia de Polícia, Judiciário, Câmara de Vereadores e outros, eram, após análise e estudo, respondidos formalmente e por escrito. Em algumas dessas tarefas os Administradores demandaram o auxílio da assessoria jurídica do Hospital. Muitos relatórios ou memorandos oriundos de subordinados eram breve e sucintamente respondidos por escrito no próprio documento de origem.

Do total de correspondências e documentos recebidos, 29% foram oriundos de subordinados: gerentes de áreas e chefias de unidades; 22% de organizações comerciais; 16% de fornecedores do Hospital; 13% de órgãos ou entidades governamentais; 11% de entidades de classe, como Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul, Sindicato Patronal e outras; 3% de médicos integrantes do Corpo Clínico do Hospital; 3% de clientes e os 3% restantes entre superiores e colegas.

Quanto ao propósito, à finalidade, essas correspondências e documentos, em 58% das vezes transmitiam as mais variadas informações aos Administradores Hospitalares; 40% do total delas versavam sobre pedidos e solicitações, principalmente pedidos de autorização e apenas 2% referiam-se a agradecimentos.

Os pedidos de autorização, em sua grande maioria, constituíam-se em pedidos de autorização de pagamento e originavam-se da área financeira do Hospital. Os relatórios operacionais vieram das mais diferentes áreas do Hospital e, em maior volume, das áreas administrativas, tais como Serviço de Prontuário do Paciente - SPP, Financeiro, Faturamento, Compras, Almoxarifado e Farmácia, Recursos Humanos e outros.

Do total de correspondências processadas, 34% foram encaminhadas a subordinados, 28% foram remetidas para arquivo; 25% foram respondidas por escrito; 8% foram para a Lixeira; 3% foram encaminhadas para Superiores e 2% foram fruto de iniciativa do próprio Administrador Hospitalar.

Assim, no período que permanecia à mesa, além de contactar com sua secretária, programar suas atividades, e tomar outras providências, o administrador hospitalar processava, quase em ritmo frenético, uma quantidade significativa de correspondências, tanto internas quanto externas à organização. Essa atividade era constantemente entrecortada por telefonemas ou por pessoas que, sem programação prévia, deliberavam visitá-lo para

uma rápida conversa, quase sempre informal. Isto quando o administrador hospitalar não era "convocado" por alguma situação inesperada ou inusitada, a agir pronta e imediatamente, no sentido de restabelecer o equilíbrio anterior, como no caso de algum paciente alterado na recepção do hospital e que tenha acionado a imprensa (televisão) para completa cobertura do extravasamento de sua indignação contra o sistema único de saúde, pela falta de leitos hospitalares, por exemplo, e que explode justamente na porta do hospital.

A seguir, a tabulação dos registros de correspondências: recebidas e enviadas:

Correspondências	Pesquisa	CINCO ADMINISTRADORES HOSPITALARES
FORMA		%
Ofício		35%
Periódico		11%
Clipping		1%
Memorando		5%
Relatório		31%
Fôlder		14%
Cópia de Carta		2%
Cópia de Memorando		1%
Livro		0.3%
ATENÇÃO		
Leitura		60%
Estudo		12%
Rápida Olhada		28%
REMETENTE		
Subordinado		29%
Superior (Diretor)		1%
Médico Clínico		3%
Cliente		3%
Fornecedor		16%
Colegas		2%
Entidade de Classe		11%
Governo		13%
Organizações Comerciais		22%
Independentes		0%
Editores		0%
PROPÓSITO CORRESPOND. RECEBIDAS		
Agradecimentos		2%
Total dos Agradecimento		2%
Pedidos em função Status		4%
Solicitações		8%
Pedidos de Autorização		28%
Total dos Pedidos		40%
Dados de Referência		7%
Relatórios Gerais		5%
Notícias Periódicas		11%
Ocorrências		6%
Relatórios Operacionais		22%
Recomendações de Conduta		2%
Problemas e Pressões		5%
Idéias		0.6%
Total das Informações		58%
AÇÃO TOMADA		
Resposta por Escrito		25%
Correspondência Iniciativa Própria		2%
Encaminhada para Arquivo		28%
Encaminhada para Superior		3%
Encaminhada para Subordinado		34%
Lixeira		8%
Duração Média do Processamento de cada correspondência (em minutos)		2,36

Tabela 5 - Registro de Correspondências: Recebidas e Enviadas

4.3 Análise dos Registros de Contatos

Os 5 Administradores Hospitalares observados realizaram, nas 5 semanas de trabalho, 430 contatos, que consumiram 171,2 horas.

Os telefonemas representaram 52% do total de contatos e 7% do respectivo total de horas. Cada telefonema, em média, durou 3,2 minutos. As reuniões programadas, ao contrário, consumiram 73% do total de tempo dos contatos e representaram apenas 23% do total de contatos. Essas reuniões duraram, em média, 84,1 minutos cada uma. As reuniões não programadas e as visitas de observação responderam, respectivamente, por 24% e 3% do total de contatos e 16% e 4% do total de tempo despendido em contatos. As reuniões não programadas tiveram uma média de duração equivalente a 15,8 minutos, enquanto que as Visitas de Observação foram realizadas em 31,8 minutos, em média.

80% das reuniões programadas foram realizadas com 4 pessoas ou mais, enquanto que 86% das reuniões não programadas aconteceram entre 2 pessoas e 92% das visitas de observação foram realizadas pelo próprio Administrador Hospitalar, sem acompanhantes.

38% do total de contatos mantidos pelos Administradores Hospitalares foram com os subordinados e 20% com os Médicos do Corpo Clínico, que, em sua grande maioria não são subordinados, posto não serem funcionários do Hospital, mas sim, profissionais liberais, autônomos, exercendo suas profissões na instituição hospitalar. Por certo isto não os isenta da observação das normas administrativas vigentes, mas isto não caracteriza-se como subordinação, para os efeitos deste trabalho. Somados, esses contatos representam 58% do total de contatos realizados. Quanto ao tempo neles despendidos, assim foram assinalados: 29% com os subordinados e 14% com os médicos do Corpo Clínico, totalizando, juntos, 43% do total de tempo referentes aos contatos.

Do total de contatos, 53% foram iniciados pela parte oposta, principalmente para transmitir informações ou para realizar o agendamento de uma atividade. 26% desses contatos foram iniciados pelos próprios Administradores Hospitalares e 21% tiveram seu início nos horários previamente agendados.

76% desses contatos ocorreram na sala do Administrador e ocuparam 34% do total de tempo despendidos em contatos; 11% desses contatos ocorreram na sala de reuniões e representaram 26% do total de tempo dos contatos; 3% dos mesmos aconteceram no hall ou em unidades hospitalares e representaram 4% do total de tempo dos contatos; 1% des-

ses contatos ocorreram em escritório de subordinados e ocuparam 1% do total de tempo dos contatos, enquanto 9% do total de contatos ocorreram fora do Hospital e representaram 35% do tempo total de contatos.

Quanto ao propósito, os contatos referentes a Trabalho Externo, a Cerimônia, a Agendamento e a Trabalho Não Gerencial corresponderam a 16% do total de contatos e a 17% do total de tempo despendidos nos contatos.

15% do total de contatos foram de pedidos e solicitações, ocupando 6% do total de tempo gasto nos contatos.

52% do total de contatos foram representados por transmissão de informações, através de visitas observacionais, de reuniões de revisão e de diversos contatos cujo objetivo primordial era receber ou dar informações. Juntos esses contatos ocuparam 49% do tempo total despendidos nos contatos.

17% do total de contatos referiram-se aos propósitos de estratégia e negociação, que ocuparam 28% do total de tempo consumido pelos contatos.

Como exposto, os contatos representaram mais de 70% do total das atividades dos administradores hospitalares estudados e aproximadamente 80% do tempo total que esses mesmos profissionais dedicaram a essas atividades.

Isto demonstra que o administrador hospitalar vive de contatos, isto é, de telefonemas, de reuniões e, ainda que pouco, de visitas observacionais.

O objetivo essencial desses contatos foi receber ou dar informações, foi auscultar o ambiente interno e externo da organização, foi representar o hospital em alguma cerimônia ou evento social, foi para motivar e encorajar o pessoal, foi para manter o pessoal informado sobre os mais novos acontecimentos da área hospitalar, foi para intervir em alguma situação ou problema, foi para negociar, fazer novo empreendimento ou definir a alocação de algum recurso do hospital (material, financeiro, humano, tecnológico ou outro), ou foi para simplesmente contatar com um colega de outro hospital e trocar algumas idéias sobre o processo de municipalização da saúde.

Em verdade, o trabalho do administrador hospitalar consistiu quase que exclusivamente em ouvir e falar, em ver e sentir, para orientar e decidir. (Mintzberg, 1994).

Categorias	Pesquisa	CINCO ADMINISTRADORES HOSPITALARES
Total de horas de contato verbal		171,2
Número total de contatos verbais		430
Meio: % Contatos / % Tempo		
Telefonemas (1)		52% / 7%
Reuniões Programadas		21% / 73%
Reuniões Não Programadas		24% / 16%
Visitas de Observação		3% / 4%
Tamanho: Reuniões Programadas/Reun.Não Program./Visitas Observacionais		
Percentual com 1 pessoa		0% / 0% / 92%
Percentual com 2 pessoas		16% / 86% / 8%
Percentual com 3 pessoas		4% / 11% / 0%
Percentual com 4 pessoas		24% / 2% / 0%
Percentual com mais de 4 pessoas		56% / 1% / 0%
Participantes: % Contatos / % Tempo		
Subordinados		38% / 29%
Médicos Corpo Clínico		20% / 14%
Superiores (Diretores)		4% / 10%
Co-Diretores		- / -
Colegas e Organizações Comerciais		3% / 12%
Clientes		5% / 4%
Fornecedores		18% / 16%
Outros		12% / 15%
Forma de Iniciativa: % Total dos Contatos		
Gerente		26%
Parte Oposta		53%
Mútua		.4%
Relógio		21%
Localização: % Contatos / % Tempo		
Na sala do Administrador		76% / 34%
No escritório de Subordinado		1% / 1%
Dentro do Hospital (Hall, Unidades)		3% / 4%
Sala de Reuniões		11% / 26%
Fora do Hospital		9% / 35%
Propósito do Contato: %Contatos / % Tempo		
Trabalho Não Gerencial		.2% / .1%
Agendamento		10% / .7%
Cerimônia		3% / 4%
Trabalho Externo		3% / 12%
<i>Total Secundário</i>		16% / 17%
Pedidos função Status		2% / .2%
Pedidos de Ação		10% / 5%
Pedidos dos Gerentes		3% / 1%
<i>Total Pedidos e Solicitações</i>		15% / 6%
Visitas Observacionais		3% / 4%
Recebendo Informações		17% / 6%
Dando Informações		16% / 3%
Revisão		16% / 36%
<i>Total Informacional</i>		52% / 49%
Estratégia		7% / 12%
Negociação		10% / 16%
<i>Total Tomada de Decisão</i>		17% / 28%
(1) - Significa que 52% de todos os contatos verbais e 7% do total de horas dos contatos verbais foram dispendidos em telefonemas.		

Tabela 6 - Análise dos Registros de Contatos

4.4 O Trabalho Gerencial: Episódios Observados

Nos 25 dias que permaneci observando esse 5 administradores hospitalares, inúmeros acontecimentos que retratam o dia-a-dia do administrador hospitalar foram observados, analisados, catalogados, classificados. Ora era uma reunião não programada, em que se tratava de algum assunto estratégico; ora um encontro onde se articulava algum assunto de interesse do hospital; promovia-se a defesa disso ou daquilo ou então era um acontecimento brusco, inesperado, que "atropelava" o administrador, que tinha que parar o que estivesse fazendo para ir cuidar daquele assunto.

Essa classificação, porém, para quem não tem ou teve a oportunidade de conviver esse cotidiano, parece um tanto quanto abstrata e não fornece o colorido dessa realidade.

Assim, a título de melhor entendimento desse trabalho e melhor exemplificação de cada atividade ou evento, deliberei abaixo relacionar, dentre tantas, algumas situações, episódios ou acontecimentos por mim vivenciados nesse período:

1. O Administrador J. estava processando algumas correspondências em sua sala ("Trabalho à Mesa") quando recebe um telefonema da enfermeira L., chefe do centro cirúrgico, relatando o seguinte: a paciente I.R.J, vinculada ao convênio SUS, paciente do Dr. H, cirurgião, está na sala cirúrgica nº 2, preparada para uma cirurgia eletiva de 'cornetos'. O anestesista de plantão, Dr. F. estava recusando-se a fazer a anestesia na paciente porque a mesma não havia acertado com ele os seus honorários (além dele suspeitar que antes de ser corretiva, aquela cirurgia era embelezadora, possivelmente uma rinoseptoplastia! O raciocínio dele parecia ser o seguinte: o cirurgião coloca a paciente pelo SUS, mas cobra, "por fora", seus honorários. Por ser SUS, a paciente não paga o hospital e, se o anestesista "fizer corpo mole", ele não receberá seus honorários, pois está há muito tempo descredenciado do SUS. Então, ele se recusa a fazer a anestesia até ser solucionada a questão do pagamento de seus honorários!). Observe-se que nem o cirurgião, nem o anestesista são funcionários do hospital. Eles são médicos integrantes do Corpo Clínico, credenciados a atuarem, a exercerem sua profissão nas dependências daquele hospital. Acolhido por esta inesperada situação (mas não inusitada!), que envolve a dimensão humana, ética e econômica, o Administrador Hospitalar teve que agir imediatamente. Suspendeu o que quer que estivesse fazendo e agiu! Ligou imediatamente para o anestesista e pediu que ele reavaliasse sua posição, porque aquela situação poderia gerar desdo-

bramentos com resultados imprevisíveis e prejudiciais tanto para os médicos quanto para o hospital. A questão do pagamento dos seus honorários deveria ser resolvida no momento subsequente e ele, Administrador, comprometia-se em participar desse equacionamento. O importante agora era atender de imediato a paciente que estava na sala cirúrgica, já preparada para o ato operatório. Informou que ele (Diretor do Hospital) estaria contatando o Dr. F (Diretor Técnico) e o Dr. L (Diretor Clínico), bem como o Dr. M (Chefe da Anestesiologia), para que logo após a cirurgia pudessem se reunir com o cirurgião e o anestesista e não só equacionarem o caso em apreço, bem como estabelecer critérios gerais para evitar novos acontecimentos semelhantes. Isto posto, o anestesista concordou em praticar o ato anestésico!

2. Um dos telefonemas recebido pelo Administrador A., de iniciativa da Chefe de Enfermagem, enfermeira T., dava conta de um desentendimento havido entre a enfermeira S, da Unidade de Clínica Médica, Posto II e a Irmã M. por, aparentemente, algum motivo irrelevante, que mais parecia ter sido a "gota d'água". Pelo fato de envolver uma religiosa, integrante da congregação mantenedora do Hospital, a enfermeira solicita a intervenção do Administrador para auxiliá-la no equacionamento deste conflito. Está claro, aqui, a necessidade do Administrador Hospitalar desempenhar o papel de "manipulador de distúrbios".
3. O Hospital "X" é denunciado por um vereador, na Câmara de Vereadores, como favorecedor de determinada funerária. Estava-se, de fato, acusando o estabelecimento hospitalar, na pessoa de um de seus funcionários, de "agenciar corpos" para a funerária "A" em detrimento da funerária "B". O administrador do hospital recebe ofício da Presidência da Câmara para comparecimento em sessão específica, para esclarecimento dos fatos. Por certo uma situação dessas, o que, aliás, não é nenhuma novidade no ambiente hospitalar, não precisaria tomar o "status" de discussão na Câmara de Vereadores, não fosse a visceral rivalidade entre os proprietários das duas funerárias, bem como o interesse político do vereador envolvido (patrocinado pelo contendor?). Como quer que fosse, lá estava o administrador hospitalar, em reunião do legislativo municipal, a debater a questão do atendimento funerário do município, bem como as acusações pesadas sobre o hospital por ele administrado. Sob o ponto de vista clássico, nesse papel, ele estava planejando, organizando, dirigindo ou controlando? Para Mintzberg, com certeza, ele estava desempenhando o papel de "porta-voz" (spokesman) e de "imagem do chefe" (figurehead). Ou, ainda, em sua aborda-

gem mais recente, o administrador hospitalar estava desempenhando a função de conexão, defendendo e advogando as causas do hospital no ambiente externo e funcionando como válvula que regula a pressão externa sobre a organização.

4. O administrador F., juntamente com o gerente de recursos humanos do hospital, em reunião com a equipe de enfermagem (chefia e supervisoras), debatia a ampliação do número de vagas no curso de formação de auxiliares e de técnicos de enfermagem, em função da deficiência de mão-de-obra no hospital, o que se caracterizava como um desafio constante, observava o administrador. Analisaram os critérios de concessão de bolsas para os alunos-funcionários, os critérios dos estágios práticos e tomaram outras providências. Por oportuno, o administrador enfatizou a necessidade de as enfermeiras, como elas, que ocupavam cargos com funções administrativas, dedicarem-se quanto possível ao estudo da administração hospitalar (cursando até mesmo curso de pós-graduação na área), na tentativa de ampliar-lhes a visão administrativa. Confessou-me referido administrador, após a reunião: "minha maior dificuldade com as enfermeiras, no campo administrativo, é que elas, em geral, são excelentes técnicas, mas falta-lhes visão administrativa. E isso é fundamental para elas (chefia e supervisoras), pois o quadro de enfermagem significa algo em torno de 60% dos funcionários do hospital e são elas que representam diretamente o hospital junto aos pacientes/clientes". Fica evidente nessa situação, nessa observação, nesse relato, a presença dos diferentes mundos do hospital geral, como definiu Mintzberg: cura, cuidados, controle e comunidade. Nesse caso observamos o relacionamento entre dois mundos: cuidados e controle. Ambos internos à organização, mas um voltado para a operação e outro para a gestão. Sem dúvida faz-se necessária a melhor preparação de interlocutores entre esses dois mundos!

5. O Hospital "Y", administrado pelo Sr. M., estava com excesso de demanda no seu serviço de pronto socorro, tendo em vista que os demais hospitais da cidade e da região não estavam atendendo à emergência do SUS, embora mantivessem contrato com esse sistema. A alegação básica era de que o valor pago pelo sistema para a prestação desse tipo de serviço distanciava-se muito dos efetivos custos incorridos nesse tipo de atendimento. Por não ter aonde colocar mais pacientes, por estar a UTI operando com 20% de leitos extras, por não ter mais disponibilidade de espaço nas salas cirúrgicas e na sala de recuperação, por ter criado um ambiente de elevado "stress" e, por ainda, não ser responsabilidade única do hospital resolver o problema de emergência da cidade e da região, o admi-

nistrador hospitalar, através da Delegacia Regional de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde, articulou reunião, solicitando que as autoridades competentes convocassem todos os hospitais vinculados ao SUS, bem como a Brigada Militar, o Corpo de Bombeiros (quem normalmente transporta pessoas acidentadas, feridas ou com outros agravos à saúde) e a Promotoria Pública. Da tensa reunião realizada dois dias depois, definiu-se escala de atendimento à emergência, estando conscientes a Brigada e os Bombeiros dos encaminhamentos que deveriam ser feitos nos casos de acidentes e outros. Mais do que executar funções clássicas de administração, o administrador hospitalar em foco, penso, agiu como "negociador" e "manipulador de distúrbios".

6. O Sr. A., administrador do hospital "Z", foi convidado a participar de reunião com o Sindicato dos Trabalhadores Rurais do município, para debater a assistência à saúde desses trabalhadores. Antes da reunião, porém, tomou a iniciativa de ligar para 3 outros administradores hospitalares, seus colegas, para verificar nesses municípios como se dava o relacionamento: trabalhadores rurais, hospital e secretaria de saúde. Com as informações obtidas e com as oriundas do seu próprio hospital, o administrador deu importantes contribuições na reunião, ao defender, de público, suas convicções. Outro fator relevante a ser observado é que essa reunião deu-se na sede do clube comercial local, com a presença de inúmeras autoridades e lideranças comunitárias. Por ter chegado com 15 minutos de antecedência e por ter a reunião iniciada quase 15 minutos além do tempo previsto, o administrador teve oportunidade de conversar e trocar informações com os diversos participantes da reunião, tais como o secretário de saúde do município, o delegado de polícia, alguns vereadores, o bispo diocesano, o promotor público, o presidente do sindicato dos trabalhadores rurais, o presidente do CMS, além de outras autoridades e lideranças. Os assuntos das conversas informais versaram desde a fragorosa derrota do Internacional para o São Paulo, no Beira Rio, por 3 a 0, até importantes temas da saúde do município, numa intensa atividade de dar e receber informações das mais variadas. Novamente vem à mente a mesma questão: o administrador hospitalar estava planejando, organizando, dirigindo ou controlando? Para Mintzberg ele estava exercendo papéis informacionais e interpessoais. O administrador utilizou-se de sua rede de relacionamento externo (nesse caso com seus colegas, pares) para a obtenção de importantes informações, além de desempenhar os papéis de monitor (busca ativa de informação) e porta-voz (representar a organização externamente). É o administrador hospitalar utilizando a força do seu "status" para acessar uma variada fonte de informação.

7. O Administrador G, por três dias sucessivos na semana observada, envolveu-se em reuniões programadas, reuniões não programadas e telefonemas, tanto no sentido de concluir o negócio de importação de um equipamento de litotripsia (explosão de cálculos renais, principalmente, através de ondas de choque produzidas em meio aquoso), como no sentido de finalizar os acertos da parceria que estava estabelecendo com a equipe de "uros" (urologistas) do hospital. O novo empreendimento, operado em parceria com a equipe médica, tinha perspectivas de excelentes resultados técnicos e econômicos. Com essa parceria o hospital fortaleceria, também, seu relacionamento com o Corpo Clínico, o que sempre é muito importante. Isso, no dizer desse administrador, era um dos pontos estratégicos do hospital: "fortalecer o relacionamento com a equipe médica". Uma das alternativas para viabilizar isso, enfatizou, "era a confecção de alianças estratégica com especialidades âncoras, representadas por grupos médicos de relevo - que estudam, que se atualizam, que se destacam, etc -, apoiadas na satisfação dos interesses econômicos de ambas as partes. Só assim a parceria poderá ser duradoura". Esse mesmo administrador disse-me que trabalha sempre focado em 5 pontos estratégicos que foram definidos no Planejamento Estratégico do Hospital, elaborado no final do ano anterior, quais sejam: 1. Aperfeiçoamento constante dos recursos humanos do hospital; 2. Elaboração de alianças estratégicas com especialidades médicas âncoras, visando a fixação do médico no hospital e o fortalecimento do relacionamento com o Corpo Clínico; 3. Reestruturação do Plano de Saúde, adequando-o à nova regulamentação e à nova realidade do mercado; 4. Renegociação dos convênios hospitalares e 5. Ampliação da estrutura de diagnóstico do hospital. Os papéis desempenhados por este administrador, neste episódio, foram de empreendedor, de alocador de recursos e, principalmente, de negociador. E, tendo ou não a formalização de seu planejamento, esse administrador tem para si, bem definido, seu propósito fundamental e direciona sua estrutura em prol do cumprimento desse propósito.
8. Uma das reuniões programadas coordenada pelo administrador M. e por mim observada foi referente à análise de informações gerenciais com as chefias/gerências. Foram analisadas as informações de produção, as informações econômicas e as financeiras, comparando-as com os três últimos meses e com o mesmo período do ano anterior. Analisaram os reflexos econômicos e financeiros gerados e tomaram as devidas providências quanto a eventuais distorções. Em um dos momentos da reunião, como que querendo enfatizar o papel da chefe da recepção e da chefe do bloco cirúrgico, o administrador deu o seguinte exemplo

ao grupo: "diária, semanal, quinzenalmente, controlo as internações dos convênios, médico por médico. Se cai o número de pacientes da Unimed, por exemplo, busco identificar qual o médico, informo a chefia da recepção e ela deve ligar diretamente para o referido médico e verificar o que está acontecendo. Se essa diminuição for verificada no volume cirúrgico, aí o papel de contato com os médicos é da chefia do bloco cirúrgico. Com as informações devidas, posso agir diretamente no caso, se necessário". Aqui o administrador, apesar de centralizador, está atuando na dimensão do "gerenciamento pelas informações", num papel informacional denominado de controle, onde tenta estimular as pessoas através de informações.

9. No Hospital "K", o administrador F. teve que intervir em importante situação. O paciente A. R. M. foi levado ao serviço de emergência por seus familiares, com sintomas de insuficiência respiratória e prenúncio de infarto. Recebeu o atendimento do médico plantonista e foi-lhe recomendado tratamento em UTI, dado o seu estado clínico geral, mas não conseguiu um leito na UTI do hospital, pois a mesma já estava operando com 3 leitos extras. O paciente permaneceu na observação da emergência até conseguirem sua transferência. O médico plantonista disse que a responsabilidade de articular a transferência do paciente não era dele. Imputou-a à enfermagem que, não conseguindo solucionar o caso de pronto, solicitou a intervenção do administrador. O Sr. F. contactou o Dr. B. e este reafirmou sua posição de não envolvimento. Segundo esse médico, sua responsabilidade "era simplesmente executar o ato médico e não a de se envolver com problemas administrativos ou com problemas do sistema de saúde!" O Dr. B., frise-se, não era funcionário do hospital e há muito tempo já pertencia ao Corpo Clínico do mesmo. Não recebia uma remuneração fixa para fazer o plantão, mas 100% dos honorários médicos produzidos nessa atividade ficava com ele. Isto posto, o administrador F. entrou em contato com o Diretor Técnico do Hospital para a adequada solução do problema. Após diversas tentativas de ambos, conseguiram transferir o paciente para a UTI de hospital em município próximo. Por certo que a pressão dos familiares foram constantes e não faltaram ameaças das mais diversas! O administrador F. confidenciou-me que não é a primeira vez que o Dr. B. protagoniza episódios dessa estirpe. Recentemente, alegando que o caso não se caracterizava tecnicamente como emergência, recusou-se a atender um paciente do convênio SUS (este paciente não paga diretamente ao médico), a não ser que fosse em caráter particular. O caso foi parar na Promotoria Pública e o hospital estava envolvendo-se com um possível processo futuro. Casos como

estes já tinham sido notificados à Diretoria Técnica do Hospital e à Comissão de Ética Médica, mas até o momento, talvez pelo sentimento de "espírito corporativo", ainda não tinham sido devidamente equacionados. Se o administrador, sem o necessário amparo, decidisse impedir esse médico de realizar plantões no hospital, a "guerra" com o Corpo Clínico seria iminente. De outro lado, porém, o Hospital já não podia mais conviver com esse tipo de situação, desabafou o administrador. Flagrante, nesse episódio, está o conflito entre a dimensão administrativa e a dimensão técnica, entre o "mundo da cura" e o "mundo do controle" (quadrantes opostos!). Sem um comprometimento efetivo e atitudes mais colaborativas, de ambas as partes envolvidas, situações como essa tenderão a continuar ocorrendo, até que se tome medida mais drástica, possivelmente com efeitos degenerativos no relacionamento médico-hospital!

10. No hospital "K", tendo eu observado o clima de amistosidade reinante entre a Administração e a Equipe Médica atuante no hospital, indaguei do administrador F., em um de nossos intervalos, quais os motivos que conduziam àquele clima. Informou-me o administrador: "Atingimos bom nível de relacionamento a partir do momento que trabalhamos no sentido de obter um pensamento convergente das lideranças médicas. O respeito à direção do hospital foi conquistado ao longo dos anos, com muito esforço, trabalho e dinamismo. E isto os médicos enxergam! Foram elencadas prioridades com os médicos mais identificados (comprometidos) com o hospital. Os grupos que trabalham realmente no Hospital tiveram respostas efetivas: Tomografia Computadorizada, Traumatologia-Ortopedia, Radiodiagnóstico (RX Arco), Acelerador Linear, Priorização de salas cirúrgicas; Neuro com vídeos acoplados ao microscópio (Hospital referência do trauma); Gineco: salas para videolaparoscopia, armários, etc. Reivindicações são negociadas de acordo com reciprocidade. Tenho aproximadamente 10 grupos médicos muito bem identificados e comprometidos com o sucesso e êxito do hospital (o que também representará êxito para os seus respectivos negócios!), tais como: Traumatologia, Cirurgia Geral, Gineco, Uro, Neuro, Vascular, Radiologia e Imagem, dentre outros.
11. O Hospital "W" estava introduzindo o que denominaram "Programa de Gerenciamento pela Qualidade Total - PGQT", com o apoio de consultoria especializada. Decidiram iniciar o programa pelo 5S's Hospitalar - Seiri (separar o necessário e o desnecessário e descartar estes últimos. Regra áurea: um é melhor!); Seiton (um lugar para cada coisa, cada coisa em seu lugar); Seiso (limpeza, conservação e manutenção preventiva); Seiketsu (eliminar stress das pessoas) e Shitsuke

(honrar os compromissos assumidos) e agendaram para aquela semana (a da observação), o lançamento oficial do mesmo, com camisetas, 'bottons', cartazes e ampla campanha publicitária interna, para , como disse o administrador, "contagiar todos os integrantes daquela grande família hospitalar e alinhá-los aos propósitos organizacionais". Assim, no dia e horário aprazados, lá estava o administrador hospitalar, no auditório do hospital, ressaltando, em discurso, a importância do programa e, num gesto simbólico, colocando nele próprio a camiseta do programa, convidou todos a "vestirem a camiseta do hospital, do 5S's do hospital!". É de se perguntar, ainda mais uma vez: nesse ato, o administrador hospitalar estava planejando, organizando, dirigindo ou controlando? Mintzberg entende que ele estava desempenhando importante papel: o de "Imagem do Chefe", bem como o de "Líder".

12. Uma das reuniões programadas que participei no Hospital "Z" referiu-se ao que o administrador A. denominou de "Reunião de Prestação de Contas à Entidade Mantenedora". Informou-me que reunião daquela natureza realizava-se mensalmente. A reunião durou aproximadamente 3 horas. Dela participaram o administrador, seu assistente e o gerente contábil-financeiro, de um lado, e treze membros da entidade mantenedora do hospital, de outro, tais como: Provedor, Vice-Provedor, Secretários e Conselheiros. Os assuntos tratados foram desde questões operacionais do hospital até questões estratégicas e cumprimento das determinações emanadas da Provedoria, bem como minuciosa análise do desempenho econômico e financeiro do Hospital. A equipe administrativa apresentou síntese do Relatório Assistencial, Social, Econômico e Financeiro do Hospital referente ao mês anterior, com dados oriundos da estatística hospitalar e da contabilidade. Apresentou, ainda, referida equipe, o relatório da assessoria jurídica, com os processos onde o hospital figura ora como réu, ora como autor e suas respectivas movimentações. Ao final, a diretoria definiu alguns parâmetros de negociação com o novo serviço de radiologia e de hemodiálise do hospital, destacando dois integrantes da entidade mantenedora para participar dessas negociações entre os médicos e a equipe administrativa do hospital. Esgotada a pauta de trabalho, lavrada a ata respectiva, os integrantes da reunião envolveram-se em proveitosa tertúlia, com chás, cafés e gostosos acepipes. Há até mesmo quem diga que o mais importante das reuniões são essa parte, não só por causa dos acepipes, mas sim, principalmente, porque as conversas "correm soltas" e as informações dadas ou recebidas são normalmente muito preciosas. Essa foi uma típica reunião de revisão e o gerenciamento dá-se no nível de informações.

13. O administrador J. está realizando sua visita de observação (no que era por mim acompanhado e observado) e encontrou-se com o Dr. K. na unidade cirúrgica, que estava prescrevendo para seus pacientes. Cumprimentaram-se e trocaram impressões sobre a reunião do CMS do dia anterior, concluindo pela importância do fortalecimento do sistema de custos do hospital, porque essas informações possibilitarão real e transparente negociação com o CMS e SMS no momento de definir os tetos físicos e orçamentários das AIH, dos exames e dos atendimentos ambulatoriais. O Dr. K. é conselheiro do CMS e tem acompanhado com interesse a inclusão do seu município no "processo de municipalização da saúde". De outro lado, tem sido um bom aliado do hospital nos debates gerados naquele Conselho. No contato direto com os profissionais atuantes no hospital, a coleta desse tipo de informação, e, ainda mais, a percepção acerca do "animus" desses profissionais é fundamental para a adequada avaliação dos impactos das decisões administrativas, por exemplo. Ao encaminhar-se para a unidade pediátrica, o administrador encontrou o Dr. P. que, dentre outras coisas, reclamou do funcionamento dos oxímetros de pulso e reivindicou uma nova "bomba de infusão" para a UTI Pediátrica. O administrador, de imediato, ligou para o engenheiro V., responsável pela manutenção do hospital e solicitou que com a enfermeira M. verificasse essa situação, dando-lhe retorno posterior (para que ele pudesse retornar ao médico. O administrador caracterizou isso como "política da boa vizinhança"). Na unidade de clínica médica adultos, verificou, no mural, a afixação de um folheto do Sindicato dos Funcionários, que convocava os mesmos para uma reunião de reivindicação. Observou que o folheto não tinha nenhuma autorização (nem sua, nem do gerente de RH) e informou à enfermeira da unidade que estava retirando referido folheto, por não estar autorizado. Dali mesmo, ligou para o gerente de RH, Sr. R. para que ele verificasse essa questão, providenciasse a retirada de outros folhetos semelhantes e monitorasse a situação, mantendo-o informado da mesma. Na clínica obstétrica, o administrador descobriu que a funcionária da enfermagem, Sra. N. estava de aniversário (informação afixada no mural da unidade) e aproveitou para cumprimentá-la. Quase ao final de sua visita matinal, o sistema de comunicação interna do hospital anunciou o nome do administrador hospitalar: estavam solicitando-o na recepção do hospital. Lá estava a Rádio S.F., principal emissora AM da cidade, que apareceu de repente para fazer uma entrevista sobre a superlotação do hospital, provocada por doenças respiratórias!
14. O Administrador G., em um dos dias observados, recebeu uma notificação que alterou toda sua programação. Tratava-se da notificação de "Ação Civil Pública"

promovida pela Curadora de Defesa Comunitária e Infância e Juventude contra o Hospital, com pedido liminar, objetivando que o Plano de Saúde do Hospital cumprisse rigorosamente a regulamentação expedida pelo Congresso Nacional e concedesse, de imediato e a todos os usuários do plano, a ampliação dos benefícios mencionados, tais como: não limitação de dias de internação em geral; não limitação de dias de internação na UTI, não limitação dos números de sessões de fisioterapia, etc. Ocorre que essas concessões têm severo impacto econômico e financeiro no plano de saúde, que, atuarialmente, não foi projetado com essa realidade. Outrossim, os contratos já vigentes estavam sob a proteção do instituto do "negócio jurídico perfeito", previsto na Constituição Federal. Como a Promotoria Pública poderia querer revertê-los, pura e simplesmente, sem qualquer renegociação econômica desses contratos? Contudo, se liminarmente o Juiz da Comarca deferisse a pretensão liminar da Promotoria, o "estrago" seria muito grande. Não havia tempo a perder! O administrador contatou de imediato a assessoria jurídica do hospital, deslocou-se para o escritório dos advogados e discutiram a estratégia mais adequada ao encaminhamento desse caso. Não só na dimensão jurídica, mas na social, econômica, etc. Este episódio, naquele dia, absorveu boa parte da manhã daquele administrador que, realmente, não contava com este imprevisto! Em verdade, não dá para falar de rotina no cotidiano dos administradores hospitalares!

15. No Hospital "Y", os médicos anestesistas informam ao administrador M. que não mais atenderiam o plantão obstétrico pelo SUS. Pela fato de estarem descredenciados desse convênio, eles tentavam cobrar seus honorários diretamente das pacientes, através de suas secretárias, mas estavam tendo muito "calote". A não ser que o hospital se responsabilizasse pelo pagamento das pacientes desse convênio, eles estariam deixando de assumir a responsabilidade nessas situações. A pressão, naquele caso, era simples de entender: o hospital público do município tinha acertado com sua equipe de anestesistas o pagamento de honorários para pacientes do SUS equivalentes a 100% da tabela da AMB - Associação Médica Brasileira (atualmente LPM - Lista de Procedimentos Médicos). Além disso, a secretaria de saúde do município estava negociando com a secretaria de saúde do estado a transformação da gestão de saúde municipal em "gestão plena do sistema municipal de saúde", onde a principal implicação para médicos e hospitais é a de que seria a própria Prefeitura Municipal, através do Fundo Municipal de Saúde quem, a partir daquele momento, pagaria seus serviços. Então, a pressão visava atingir também a secretaria municipal de saúde. Estava criado o

impasse! Se o administrador concordasse em pagar o que os anestesistas queriam, o hospital seria onerado, ele resolveria um problema que não era só seu (era principalmente do gestor municipal) e provocaria significativo impacto social interno na organização hospitalar, com conseqüente "efeito dominó", economicamente insuportável, isto é, todas as demais especialidades iriam querer a mesma remuneração, sob pena de pressão semelhante. O administrador observado, nesse caso, não teve dúvida: acionou o Diretor Técnico, o Diretor Clínico, o Chefe da Obstetrícia e o Chefe da Anestesia, para reunião emergencial, no sentido de que nenhum caso de emergência deixasse de ser atendido. Enfatizou que entendia o jogo, mas que os médicos tinham que ser colaborativos, sob pena dele explodir a situação (contra ataque, contra pressão). Após a reunião, onde definiram algumas estratégias de ação conjunta, o administrador fez reunião com o corpo de advogados que atende o hospital, para tomar as providências legais, de natureza preventiva, junto à própria equipe de anestesistas (como profissionais liberais e autônomos que são), contra a própria secretaria municipal de saúde e notificação (extrajudicial) da situação a outras autoridades, tais como Promotoria Pública e Delegacia de Polícia. Sob a ótica de Katz e Kahn, estes episódios definem e condicionam o comportamento no papel. Se o administrador hospitalar (pessoa focal) se submete às pressões dos emissores dos papéis, por exemplo, o feedback gerado será no sentido de influenciar as expectativas desses mesmos emissores (no caso, os médicos anestesistas) em situações futuras.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

5.1 Identificando as Atividades e a Alocação do Tempo do Administrador Hospitalar em Um Dia Típico

O Administrador Hospitalar não é um planejador sistemático e reflexivo, mas sim um profissional que executa suas atividades em ritmo intenso, com as características de brevidade, fragmentação e variedade. São firmemente orientados para a ação e vêem-se constantemente bombardeados por telefonemas, correspondências e por pessoas que às vezes irrompem em sua sala para fornecer-lhe ou dele receber informações. Utilizam-se intensamente da comunicação verbal e apoiam-se em extensiva rede de contatos externos à organização hospitalar para a obtenção e troca de informações. (Sayles, 1964, 1980; Mintzberg, 1973, Drucker, 1973 e Motta, 1997).

Os executivos hospitalares trabalham, por dia, aproximadamente 11 horas (incluído o horário de almoço). Eles visitam o hospital à noite e em finais de semana, em horários diferentes e sem prévio aviso, com o propósito de verificar pessoalmente o ritmo de trabalho e eventuais problemas desses períodos.

Os executivos hospitalares envolvem-se com uma série de contatos internos e externos à organização, cujo objetivo principal é receber ou dar informações, representar o hospital, motivar ou encorajar o pessoal, manter o pessoal atualizado sobre o setor saúde, intervir em alguma situação-problema, empreender, negociar, alocar recursos ou simplesmente contatar um colega administrador de outro hospital. Suas principais fontes de informação são: telefonemas, reuniões - programadas ou não -, visitas de observação e correspondências (documentos).

Nenhum dia do Administrador Hospitalar é igual ao outro! Esta meridiana conclusão assenta-se no fato de o cotidiano do Administrador Hospitalar não possuir nenhum padrão de rotina. Ao contrário, por ser a organização hospitalar uma organização profissional (Mintzberg, 1995), complexa (Shortell e Kaluzny, 1993) e prestar serviços a pessoas acometidas, em geral, de enfermidades ou agravos à saúde, o dia-a-dia do hospital é salpicado de imprevistos, que podem exigir esforço intenso das habilidades do Administrador Hospitalar. Ora o conflito entre profissionais, ora a tensão provocada por interesses divergentes, ora as dificuldades dos pacientes associadas às mazelas do sistema de saúde protagonizam explosões organizacionais que, invariavelmente, estouram no 'colo' do Administrador Hospitalar.

As atividades do Administrador Hospitalar, frise-se, não obedecem a nenhuma rotina, e mesmo que o Administrador quisesse ser senhor absoluto de seu tempo e de sua agenda, nem sempre isso é possível. A programação de trabalho que estabelece para seu dia pode sofrer dura intervenção de um problema que requer sua pessoal atenção e esse acontecimento pode envolvê-lo o dia todo. As observações do Administrador G. podem ser catalogadas como exemplo dessa situação: "Você planeja, se programa! Aí telefona um cara dizendo que vai à televisão reclamar por causa da falta de leite. Se a imprensa acolhe a reclamação, está feita a confusão e o seu dia, possivelmente, girará em torno desse problema".

Em seu cotidiano, o Administrador Hospitalar envolve-se em diversas sessões de "trabalho à mesa". Os Administradores observados envolveram-se em 7 sessões (média), com duração de 15 minutos (média). Nessa atividade o executivo hospitalar trabalha sozinho ou em conjunto com sua secretária, promovendo o estudo, a leitura ou mesmo uma rápida olhada em suas correspondências e documentos, tanto em meio físico quanto em meio eletrônico, tais como e-mails, agenda, ofícios, memorandos, jornais, relatórios, folders e outros documentos, originados de: subordinados, clientes, fornecedores, colegas, entidades de classe, governo, organizações comerciais ou de outras pessoas ou entidades. São processadas, assim, diversas correspondências e documentos, em ritmo intenso, sendo poucos os que exigem atenção, estudo e reflexão. Essas atividades são freqüentemente interrompidas por telefonemas ou por pessoas que, sem uma programação prévia, deliberam visitar o executivo hospitalar para uma rápida conversa. Isto quando referido executivo não é "convocado" por alguma situação inesperada ou inusitada, a agir pronta e imediatamente, para evitar males maiores. A situação protagonizada pelo Administrador J. no Hospital "X" é um bom exemplo desse tipo de situação. Assim referida situação foi observada: o Administrador J. estava processando algumas correspondências em sua sala ("Trabalho à Mesa") quando recebe um telefonema da enfermeira L., chefe do centro cirúrgico, relatando o seguinte: a paciente I.R.J, vinculada ao convênio SUS, paciente do Dr. H, cirurgião, está na sala cirúrgica nº 2, preparada para uma cirurgia eletiva de 'cornetos'. O anestesista de plantão, Dr. F. estava recusando-se a fazer a anestesia na paciente porque a mesma não havia acertado com ele os seus honorários (além dele suspeitar que antes de ser corretiva, aquela cirurgia era embelezadora, possivelmente uma rinoseptoplastia! O raciocínio dele parecia ser o seguinte: o cirurgião coloca o paciente pelo SUS, mas cobra, "por fora", seus honorários. Por ser SUS, o paciente não paga o hospital e, se o anestesista "fizer corpo mole", ele não receberá seus honorários, pois está há muito tempo descredenciado do SUS. Então, ele se recusa a fazer a anestesia até ser solucionada a questão do pagamento de seus honorários!). Observe-se que nem o cirurgião, nem o anestesista são funcionários do hospital. Eles são

médicos integrantes do Corpo Clínico, credenciados a atuarem, a exercerem sua profissão nas dependências daquele hospital. Acolhido por esta inesperada situação (mas não inusitada!), que envolve a dimensão humana, ética e econômica, o Administrador Hospitalar teve que agir imediatamente. Suspendeu o que quer que estivesse fazendo e agiu".

O Administrador Hospitalar vive de contatos! Os telefonemas, as reuniões - programadas e não programadas - e as visitas de observação, que em seu conjunto formam os contatos, representam quase 70% do total de atividades desenvolvidas pelo Administrador Hospitalar e ocupam aproximadamente 80% do tempo de trabalho desses profissionais.

O objetivo essencial desses contatos é receber ou dar informações, é auscultar o ambiente interno e externo da organização, é representar o hospital em alguma cerimônia ou evento social, é para motivar e encorajar o pessoal, é para manter o pessoal informado sobre os mais novos acontecimentos da área hospitalar, é para intervir em alguma situação ou problema, é em função de uma negociação, é por causa de um novo empreendimento, é para definir a alocação de algum recurso do hospital (material, financeiro, humano, tecnológico ou outro), ou é para simplesmente contatar com um colega de outro hospital e trocar algumas idéias, com por exemplo sobre o processo de municipalização da saúde.

Nesses contatos verbais o Administrador Hospitalar dá e recebe informações, sendo o telefone - breves telefonemas - o meio mais utilizado nesses contatos (mais de 50%). As reuniões programadas, as não programadas e as visitas de observação também são excelentes fontes de informação. No cotidiano do Administrador Hospitalar, o volume, a intensidade e a dinamicidade de informações orais, não estruturadas, excedem em muito as informações estruturadas (de computador!), tendo importante participação na tomada de decisão do executivo hospitalar.

Assim, a visão clássica do executivo (hospitalar) como o indivíduo colocado no topo da pirâmide hierárquica, recebendo todas as informações importantes através de um complexo e gigantesco sistema de informações gerenciais e decidindo em função de informações agregadas, com tempo suficiente para planejar o futuro de sua organização e estabelecer metas diversas, placidamente, sem interrupções, tendo pleno e absoluto domínio do seu tempo é, parece-me, uma falácia, um mito!

O Administrador Hospitalar participa, em média, de 4 "Reuniões Programadas" e de 4 "Reuniões Não Programadas" por dia. As primeiras são grandes dissipadoras do tempo desse profissional (quase 60%). Essas reuniões são populosas (a grande maioria com 4

peças ou mais) e demoradas. As reuniões de revisão (geralmente com gerências, diretoria), as cerimônias, as reuniões externas (no Conselho Municipal de Saúde, na Câmara de Vereadores, por exemplo) são as principais consumidoras de tempo. As "Reuniões Não Programadas" são muito comumente provocadas por subordinados e por médicos; duram em média 15 minutos e ocorrem, em sua grande maioria, entre o Administrador Hospitalar e uma outra pessoa. Alguns médicos, ao terminarem a visita a seus pacientes, dão uma 'passadinha' pela sala do administrador, para um cafezinho e uma troca de idéias, sem qualquer pré agendamento ou formalidades. Há, também, os que aproveitam essa ocasião para pressionar, como o caso do Dr. F. no Hospital "Y", que após o término de sua cirurgia (RTU), passou pela sala do administrador para pressionar pela aquisição de um novo eletrocautério. O meio mais prático de contato com os médicos, porém, são as visitas de observação, quando o Administrador Hospitalar encontra-se com esses profissionais diretamente nos postos de enfermagem (unidades de internação).

O Administrador Hospitalar porém, em geral, realiza pouco contato direto com o nível técnico, com o nível operacional do hospital. Na pesquisa realizada, um pouco mais de 2% do total de atividades do Administrador Hospitalar foi representada por visitas de observação, que duraram pouco mais que 30 minutos, em média. As unidades hospitalares mais visitadas são as unidades de internação, a(s) recepção(ões), o Ambulatório e o Pronto Socorro. As unidades fechadas, tais como Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Centro de Material Esterilizado, UTI, dentre outros, são visitadas mensalmente. São essas caminhadas que oportunizam ao Administrador Hospitalar o contato direto com enfermeiras, auxiliares de enfermagem, médicos, familiares de pacientes e outros profissionais, recebendo informações, dando informações, ouvindo pedidos e solicitações, agendando eventual atividade, etc. É, como referiu-se um dos administradores hospitalares pesquisados, o momento que "ele sente o pulsar do Hospital e sente o clima da organização hospitalar com os seus próprios sentidos, sem intermediários ou barreiras!". São nesses contatos com o "processo operacional" (Garvin, 1998) que o Administrador Hospitalar pode não só ver e ouvir, mas sentir e perceber até mesmo nos mínimos detalhes, como ensina Maquiavel. O Administrador Hospitalar precisa manter-se em contato constante ("Keeping in touch") com "sua epiderme", ou seja, a parte do seu sistema mais próxima do ambiente externo.

Se alguém perguntasse a um Administrador Hospitalar: o que você fez hoje? Ele poderia responder, sem medo de errar: "Bem, eu passei o dia todo telefonando (mais recebendo do que fazendo), participando de reuniões e estabelecendo contatos com meus subordinados, com médicos integrantes do Corpo Clínico do Hospital, com nossos fornecedores e, também, com membros da diretoria e da entidade mantenedora do hospital, além de con-

versar com outros colegas que dirigem hospitais. Algumas dessas pessoas agendaram seu comparecimento, como, por exemplo, os fornecedores (a maioria) e outras pessoas simplesmente apareceram na minha sala (principalmente médicos e subordinados). A grande maioria desses contatos deu-se na minha própria sala, contudo, os contatos externos, tais como reuniões ou eventos sociais, foram os que mais consumiram meu tempo. Mais da metade desses contatos tiveram natureza informacional, isto é, dei ou recebi informações e envolvi-me extensivamente em negociações e estratégias. Juntos, esses contatos: informacionais, estratégias e negociações, consumiram quase 80% do tempo que dediquei aos contatos. Caminhei pelo hospital, fui acionado para apagar alguns "incêndios" e, quando o ritmo desses acontecimentos possibilitou, eu despachei assuntos de rotina com minha secretária, processei muitas correspondências e documentos, sendo que quase 90% delas apenas foram lidas ou rapidamente olhadas. Poucas exigiram-me maior estudo ou reflexão. Se eu tive tempo para planejar, organizar, dirigir e controlar o hospital? Ora, mas que pergunta!"

Os Administradores Hospitalares, no desempenho de suas funções, apóiam-se em alguns elementos-chave da organização. São eles: o assistente administrativo, que envolve-se com as questões gerais do dia-a-dia hospitalar, fazendo o papel de filtro interno para o Diretor Administrativo. O assistente, ainda, pode gerenciar as ações ordinárias da enfermagem, remetendo ao Diretor as mais significativas; o gerente contábil-financeiro, que administra o fluxo de caixa do hospital e supervisiona as áreas de contabilidade, faturamento, materiais e medicamentos; a gerente de enfermagem, que coordena as atividades de enfermagem do hospital; o gerente de recursos humanos, que coordena as atividades de pessoal; o gerente de apoio, que coordena as áreas de nutrição e dietética, higienização e limpeza, processamento da roupa, manutenção e obras; o gerente de hotelaria, que coordena as recepções do hospital (principal, ambulatório, pronto socorro e outras) e as atividades de hotelaria. Normalmente é este gerente quem atende a imprensa ou pacientes em situações especiais, com o claro propósito de poupar a imagem do Diretor do Hospital e deixar para utilizá-lo em 'grau de recurso'. O Diretor Técnico do Hospital, médico normalmente contratado pela organização, é outro elemento-chave com quem o Administrador trava contatos diários e constantes. Outro importante fator de apoio ao Administrador Hospitalar são os plantões administrativos noturnos e de finais de semanas e feriados. Usualmente estendem-se das 18h às 24h, nos dias de semana e das 7h às 19h nos sábados, domingos e feriados. São feitos por um administrador ou por uma enfermeira, que permanecem fisicamente no Pronto Socorro e, periodicamente, caminham pelo Hospital.

A complexidade da organização hospitalar (Shortell e Kaluzny, 1993; Mintzberg, 1995), a dinâmica e constante interação dos quatro mundos do hospital (Mintzberg, 1997): cura, cuidados, controle e comunidade, representando, respectivamente, o corpo clínico (médicos), a enfermagem, a administração hospitalar e a entidade mantenedora, bem com as coalizões que se formam entre esses mundos: interna (administração e enfermagem), clínica (médicos e enfermagem); de status (médicos e entidade mantenedora) e de contenção (administração e entidade mantenedora) são fontes de constantes pressões, desafiando as habilidades do Administrador Hospitalar (conceituais, humanas e técnicas). Nesse conjunto, ressaltam-se como mais importantes as habilidades conceitual e humana, sendo nesta última, mais relevante a habilidade de relacionamento inter-grupal. As posturas antagônicas entre esses mundos: administrativo (administrador e entidade mantenedora) e clínico (médicos e enfermagem), ou mais particularmente o antagonismo entre a cura e o controle (médicos e administradores), pólos opostos no modelo de Mintzberg, têm que, a bem da saúde da organização hospitalar e, principalmente do melhor atendimento ao paciente (razão de ser e de existir do hospital), ceder lugar, definitivamente, a posturas colaborativas, cooperativas. Assim, ao invés de clivagem da organização hospitalar, teremos efetiva sinergia, onde $2 + 2$ pode ser muito mais do que 5!

São justamente as complexidades da organização hospitalar, dos relacionamentos inter-grupais, aliadas à marcante elevação dos custos da hospitalização do paciente e à necessidade de domínio da tecnologia de informação que têm requerido a presença, na organização hospitalar, de profissional especializado, adrede treinado e plenamente capacitado para o exercício de suas funções e de seu papel na organização. Esse profissional é o Administrador Hospitalar!

Os estilos gerenciais adotados por esses profissionais variarão em função das necessidades particulares do próprio trabalho e de acordo com a abordagem específica selecionada pelos mesmos. Em diferentes contextos, diferentes papéis devem ser enfatizados. Diferentes Administradores Hospitalares enfatizam diferentes coisas de diferentes modos particulares. O "the best way" não se aplica a essa questão.

Dos estilos apresentados por Mintzberg (1994): conceitual (focado no desenvolvimento da estrutura organizacional); administrativo (preocupado primariamente com controles), interpessoal (favorece a liderança interna e promove a conexão externa) e "fazedor" (inclina-se principalmente às coisas tangíveis, às ações, ao fazer), esses profissionais, em seu conjunto, manifestaram a seguinte seqüência de estilos, do mais para o menos intenso: "fazedor", interpessoal, administrativo e conceitual.

Os Administradores Hospitalares ora gerenciam no nível das informações (reunião com a equipe gerencial para analisar o número de internações por médico, por convênio, volume de faturamento, etc.), ora gerenciam através das pessoas (estimulando-as, encorajando-as para a execução dessa ou daquela atividade, para o atingimento desse ou daquele objetivo), ora gerenciam no nível das ações: executando diretamente as ações!

Os Administradores Hospitalares trabalham focados em alguns pontos estratégicos previamente definidos (que estão em suas mentes), estabelecem seus programas em função dos desdobramentos gerados por estes pontos e suas agendas refletem esse comprometimento. É óbvio que o ritmo do seu trabalho, a brevidade e a variedade de suas atividades, bem como os imprevistos nem sempre favorecem a seqüência natural de seu programa, que são constantemente truncados.

Um dos principais problemas enfrentados no cotidiano da Administração Hospitalar (principalmente para a gestão de hospitais prestadores de serviços ao SUS) é a fragilidade da organização hospitalar perante o sistema público de saúde, que, em geral, não lhe confere nenhum tipo de segurança ou retaguarda. Se os anestesistas estão descontentes com a remuneração do SUS e resolvem não mais atender os pacientes desse sistema; se os pacientes não encontram leito hospitalar no município que possa atendê-los, por exemplo, o problema, invariavelmente, estoura no hospital e vai explodir no colo do administrador hospitalar!

Assim, a visão tradicional de que o administrador, nesse caso o Administrador Hospitalar, planeja, organiza, dirige e controla, sugerindo que ora ele toma a forma do "pensador de Rodin", ora a forma de um maestro condutor de uma orquestra sinfônica, na metáfora de Drucker, não foi confirmada neste estudo. O Administrador Hospitalar pode planejar, organizar, dirigir e controlar, como afirma Hampton (1992), mas fazem-no em condições de brevidade, variedade e fragmentação. Tanto é verdade que do total das 602 atividades registradas, mais de 50% foram executadas com menos de 9 minutos de duração e apenas 12% excederam a 60 minutos. Essas atividades com mais de 60 minutos, em sua esmagadora maioria, foram motivadas por reuniões previamente agendadas, envolvendo um grande contingente de pessoas e nem sempre o Administrador Hospitalar tinha total domínio sobre as mesmas, como por exemplo as reuniões que aconteceram nos Conselhos Municipais de Saúde ou as que foram motivadas em função da inauguração de algum serviço médico-hospitalar (inauguração da Tomografia, por exemplo).

Essas constatações parecem evidenciar que o Administrador Hospitalar, ao invés de equivaler a um condutor de uma orquestra sinfônica (Drucker, 1985), impondo com sua batuta o ritmo e os movimentos necessários ao harmonioso acorde, referido profissional, em sua prática diária, mais se assemelha à metáfora proposta por Carlson (1951): em vários aspectos, mais parecem bonecos em um show de marionetes, onde centenas de pessoas puxam os cordões, forçando-os a agirem nessa ou naquela direção, de acordo com a pressão e a força exercidas. Ora o médico anestesista que recusa-se a anestesiá-lo em plena sala cirúrgica, ora um paciente transtornado pela falta de leito hospitalar (com a televisão a 'tiracolo') são forças e pressões que requerem pronta ação dos administradores hospitalares.

5.2 Subsídios à formação acadêmica e ao treinamento dos Administradores Hospitalares

Da pesquisa realizada, pode-se concluir algumas questões objetivas que certamente contribuirão tanto para a formação acadêmica dos estudantes de Administração Hospitalar, quanto para o treinamento e aperfeiçoamento dos profissionais dirigentes de organizações hospitalares, quais sejam, dentre outras:

1. Administração do tempo, principalmente em reuniões. Como mais de 70% do tempo do administrador hospitalar é despendido em reuniões programadas e não programadas é vital que o administrador saiba administrar competentemente esse tempo. Para isso, é necessário saber bem administrar uma reunião e conhecer o comportamento das pessoas em reunião;
2. Negociações. O administrador hospitalar envolve-se em constantes negociações, quer seja para realizar algum empreendimento, quer seja para alocar recursos. Conhecer as técnicas de negociação é fundamental para seu êxito nesse mister.
3. Falar e escrever bem. O administrador é solicitado constantemente a expressar-se em público, quer seja em reunião no Conselho Municipal de Saúde, quer seja em programa radiofônico ou televisivo. Nessas ocasiões, a competente articulação das idéias e a devida postura verbal e não verbal são fundamentais para o êxito nesse papel;
4. Informações. Apesar do administrador hospitalar utilizar-se largamente de informações não estruturadas, observamos que em relação às estruturadas, a grande

dificuldade de vários deles foi o não domínio da informática como ferramenta de trabalho. Conhecer a internet, tecnologia de banco de dados, comunicação de dados, configurações de hardware, etc., não com a profundidade do técnico, mas com a destreza do usuário bem informado, parece-me fundamental ao bom administrador hospitalar;

5. Visitas observacionais. O gerente que quiser gerenciar o hospital com as nádegas fixas em sua cadeira está fadado a só conhecer a realidade do nível técnico através das cores pintadas por seus colaboradores. É essencial que ele circule pelo hospital, que estabeleça contato com os profissionais em seu local de trabalho. Isto demonstra comprometimento para com a organização e interesse pelo trabalho desses profissionais.
6. Técnica de Observação. O administrador hospitalar tem que desenvolver sua capacidade de enxergar as coisas importantes até mesmo através de pequenas coisas, de pequenos sinais. Como frisou Maquiavel, um problema em seu nascedouro é difícil de detectar, mas fácil de debelar; ao contrário, quando ele já tiver tomado vulto, é fácil de detectar, mas difícil de resolver!
7. Habilidade de inter-relacionamento. O administrador hospitalar deve ter elevada competência de relacionamento interpessoal, para transitar com desenvoltura entre os diferentes mundos do hospital. Tem que saber convergir, saber buscar e conquistar a colaboração dos profissionais do nível técnico e para isso precisa ter flexibilidade ("jogo de cintura");
8. Controle emocional. Se o indivíduo for explosivo, muito provavelmente não servirá para trabalhar no ambiente hospitalar como administrador hospitalar. O cirurgião, pela natureza de sua tarefa, pode até sê-lo, mas se o administrador hospitalar não tiver controle emocional, a organização hospitalar, uma espécie de barril de pólvora de relacionamento, explodirá freqüentemente e muitos se machucarão, a contar do próprio administrador.
9. O Manejo do Poder. É fundamental ao Administrador Hospitalar conhecer como está estruturado o poder (formal e informal) na comunidade em que está inserida a organização hospitalar e ter competência e desenvoltura tanto para transitar adequadamente nessa estrutura, como para negociar com o poder estabelecido.

10. Conhecer o Sistema de Saúde. O adequado conhecimento do Sistema de Saúde em que está inserido o Hospital sob sua direção é requisito fundamental ao sucesso do Administrador Hospitalar. Esse conhecimento não só lhe proporciona consciência dessa inserção, como lhe fornece elementos para inúmeras outras ações, como por exemplo o posicionamento estratégico da organização hospitalar em seu meio.

5.3 Comparação de alguns resultados desta pesquisa com alguns resultados da pesquisa realizada por Mintzberg

Comparando alguns dos resultados obtidos nessa pesquisa por mim realizada com alguns dos resultados da pesquisa de Mintzberg (1973), destaco as diferenças que reputo mais importantes:

1. Em minha pesquisa, os Administradores Hospitalares realizaram, nesses 25 dias observados, 223 telefonemas, que representaram 37% do total de suas atividades; os gerentes da pesquisa de Mintzberg, em 25 dias de observação, realizaram 133 ligações telefônicas, representando 24,3% do total de atividades por eles executadas. No entanto, em minha pesquisa os Administradores Hospitalares permaneceram, em média, 3,2 minutos ao telefone, enquanto os gerentes de Mintzberg permaneceram 6,0 minutos.
2. As visitas de observação, em minha pesquisa, ocuparam 2,2% do total de atividades executadas pelos Administradores Hospitalares; na de Mintzberg, representaram 5,3%. Entretanto, as visitas dos executivos hospitalares tiveram duração média de 31,8 minutos, enquanto que as dos gerentes de Mintzberg duraram, em média, 11,0 minutos. Ou seja, os administradores hospitalares saem menos de suas salas/reuniões, mas quando o fazem, demoram bem mais.
3. As reuniões programadas realizadas com 4 pessoas ou mais representaram 80% do total de reuniões e visitas de observação realizadas pelos Administradores Hospitalares. Na pesquisa de Mintzberg equivaliu a 43%. Talvez por isso as reuniões programadas envolvendo os administradores hospitalares tiveram duração média maior do que a apurada na pesquisa de Mintzberg: 84,1 minutos contra 68,0 minutos. Em contrapartida, as reuniões programadas envolvendo 2 pessoas representaram 16% para os Administradores Hospitalares e 44% para os gerentes de Mintzberg. Para os Administradores Hospitalares, as reuniões não programadas envolvendo duas pessoas (ele mais uma) repre-

sentou 86% do total de reuniões e visitas de observação; para os gerentes de Mintzberg esse mesmo indicador representou 92%.

4. Os contatos entre os Administradores Hospitalares e seus subordinados representaram 38% do total de contatos, enquanto para os gerentes de Mintzberg representou 64%. Ocorre, porém, que, em minha pesquisa, 20% do total de contatos dos Administradores Hospitalares deu-se com 'médicos do corpo clínico', tipologia de participante não contemplada por Mintzberg, mas que decidi analisar em função da relevância para minha pesquisa. Assim, para os efeitos desta análise, se somarmos os 38% com 20%, o total de 58% não se distancia tanto dos 64% identificados por Mintzberg.
5. Talvez o principal diferencial entre os Administradores Hospitalares por mim pesquisados e os gerentes analisados por Mintzberg encontra-se na dimensão denominada "negociação". De todos os contatos dos Administradores Hospitalares, 10% referiram-se a negociações (16% do total de seus tempos), contra 1% dos gerentes de Mintzberg (8% do total de seus tempos). Os gerentes de Mintzberg envolveram-se em um número expressivamente menor de negociações, quando comparados aos Administradores Hospitalares por mim pesquisados. De outra banda, porém, as negociações em que participaram os gerentes de Mintzberg foram mais demoradas, enquanto as negociações em que participaram os Administradores Hospitalares foram mais rápidas.

5.4 Sugestões para Futuras Pesquisas

Após conclusão dessa pesquisa e à luz dos dados e informações apreciados, sou do entendimento que ao menos três sugestões para futuras pesquisas são dignas de serem mencionadas, quais sejam:

1. Estudo dos estilos gerenciais predominantes na gestão dos hospitais e respectivas habilidades necessárias ao seu melhor desempenho.

Justificativa: Este estudo, como visto, não se preocupou em determinar os estilos gerenciais predominantes entre os Administradores Hospitalares. Assim, pesquisa nesse sentido parece-me relevante para o setor hospitalar e de saúde. Consulte-se estudos de Mintzberg (1994) conforme discussão à página 29 deste texto.

2. Alternativas para aperfeiçoamento da integração dos diferentes "mundos" do hospital geral: cura, cuidados, controle e comunidade.

Justificativa: É justamente a perfeita e adequada integração desses "mundos" no ambiente hospitalar que se constitui em um dos principais desafios do Administrador Hospitalar.

3. Construindo um Sistema de Informações Hospitalares Competente.

Justificativa: As informações são a base da tomada de decisões. O estudo por mim desenvolvido enfatiza que o Administrador Hospitalar usa intensivamente a informação em suas atividades. Ressalta que essas informações são, em sua extensa maioria, de natureza informal, não estruturada. O executivo hospitalar é, em verdade, o centro nervoso da organização hospitalar e por ele passam diferentes informações e ele têm, nesse sentido, papel de filtro, de amortecedor, de amplificador, etc. Mas, como aproveitar esse caudal de informações em um Banco de Dados Estruturado na Organização Hospitalar? Ainda mais, quais informações operacionais, institucionais, etc., enfim, formais, são realmente necessárias à 'boa' Administração Hospitalar? Como correlacioná-las com as informais e, aí sim, ter-se poderosa ferramenta para o apoio à decisão do Administrador Hospitalar? Penso ser desafio nobilitante e, de per si, de vital importância para a área hospitalar, justificando, assim, sua pesquisa.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - AKAO, Yoji. Hoshin Kanri, Policy Deployment for Successful TQM. Portland, Oregon : Productivity Press, 1991 (c1988)⁷ .
- 2 - AUSTIN, Charles. "What Is Health Administration?" Hospital Administration, 19:14-29, verão, 1974.
- 3 - BARNARD, Chester I. The Functions of the Executive, 30th anniversary edition. Boston : Harvard University Press, 1968, (c 1938).
- 4 - BASS, Bernard M. Bass & Stogdill's Handbook of Leadership - Theory, Research and Managerial Applications, 3rd edition. New York : The Free Press, 1990.
- 5 - BEYER, J. e Trice, H. "How an organization's rites reveal it's culture". Organizational Dynamics, 1986.
- 6 - BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília : Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
- 7 - BRASIL. Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Ministério da Saúde, Assessoria de Comunicação Social. Brasília : Assessoria de Comunicação Social, 1990. 32p.
- 8 - BRASIL. Terminologia Básica em Saúde, 2ª ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília-DF Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985. 49p.
- 9 - CARLSON S. Executive Behaviour: A Study of the Work Load and the Working Methods of Managing Directors, Stockholm : Strömbergs, 1951.

⁷ (c1988) – a notação do ano com o “copyright” entre parênteses indica o “copyright” da primeira edição.

- 10 - CHIAVENATO, Idalberto. Introdução à Teoria Geral da Administração, 4ª ed. São Paulo : McGraw Hill, 1993.
- 11 - CHERUBIN, Niversindo A. E SANTOS, Naírio A.A.P. Administração Hospitalar, Fundamentos. São Paulo : CEDAS. 1997.
- 12 - COLLINS, James C. e PORRAS, Jerry I. Feitas Para Durar: práticas bem sucedidas de empresas visionárias, 3ª ed. Rio de Janeiro : Rocco, 1995.
- 13 - DALTON, M. Men who Manage, New York : Wiley, 1959.
- 14 - DAFT, Richard L. Management, 4th edition. Florida (USA) : The Dryden Press, 1988.
- 15 - DRUCKER, Peter F. "Manage by Walking Around-Outside". Wall Street Journal, New York, Eastern edition, page A12. May 11, 1990.
- 16 - DRUCKER, Peter F. Management: tasks, responsibilities, practices. New York : Harper Colophon Books, 1985.
- 17 - DRUCKER, Peter F. "The Theory of the Business". Harvard Business Review, p.95-104 , sep-oct, 1994.
- 18 - DRUCKER, Peter F. "Management's new paradigms". Forbes. New York, oct 5, 1998. Vol.162, issue 7, p.152-177.
- 19 - ETZIONI, Amitai. Organizações Modernas, 8ª ed. São Paulo : Pioneiras, 1989, (c 1964).
- 20 - FAYOL, Henry. Administração Industrial e Geral, 10ª edição língua portuguesa. São Paulo : Atlas, 1989. (c1916).
- 21 - FLANAGAN, J.C. "The Critical Incident Technique" Psychological Bulletin, 51:327-358, 1954.
- 22 - GARVIN, David A. "The Processes of Organization and Management". Sloan Management Review. p. 33-50, Summer 1998.

- 23 - GIANESI, Irineu G.N. e CORRÊA, Henrique L. Administração Estratégica de Serviços - Operações para a Satisfação do Cliente. São Paulo : Atlas, 1994
- 24 - GLOUBERMAN, Sholom e MINTZBERG, Henry. "Managing the Care of Health and the Cure of Disease. Part I: Differentiation". University of Toronto and McGill University, April 1995.
- 25 - GONÇALVES, Ernesto L. (Coord) O Hospital e a Visão Administrativa Contemporânea. (Proahsa). São Paulo : Pioneira, 1983.
- 26 - GUEST, R.H. "Of Time and the Foreman" Personnel, 32:478-486, 1955.
- 27 - HAMEL, Gary e PRAHALAD, C.K. Competindo Pelo Futuro: estratégias inovadoras para obter o controle do seu setor e criar os mercados de amanhã. Rio de Janeiro : Campus, 1995 (c1994).
- 28 - HAMPTON, David R. Administração Contemporânea 3ª ed. São Paulo : McGraw-Hill, 1992.
- 29 - HERSEY, Paul e BLANCHARD, kenneth. Psicologia para Administradores de Empresas, 2ª ed. São Paulo : EPU, 1977 (c1969).
- 30 - HODGSON, R.C., LEVINSON, D.J. e ZALEZNIK, A. The Executive Role Constellation: An Analysis of Personality and Role Relations in Management. Boston : Harvard Business School, Division of Research., 1965.
- 31 - ISHIKAWA, Kaoru. What is Total Quality Control? The Japanese Way. USA : Printice-Hall, 1985.
- 32 - JOHNSON, Alton C. e SCHULZ, Rockwell Administração de Hospitais. São Paulo : Pioneira, 1979 (c1976).
- 33 - KATZ, Daniel e KAHN, Robert L. The Social Psychology of Organizations, 2nd ed. USA : Wiley, 1978 (c1966).
- 34 - KATZ, Robert L. "Skills of an Effective Administrator". Harvard Business Review, p. 33-42, jan-fev 1955.

- 35 - KATZ, Robert L. "Skills of an Effective Administrator". Harvard Business Review, p. 90-102, sep-oct 1974.
- 36 - KELLY, J. "The Study of Executive Behaviour by Activity Sampling", Human Relations, 17:277-287, 1964.
- 37 - LEVITT, Theodore. "The Managerial Merry-go-round", Harvard Business Review, 1974.
- 38 - MACKENZIE, Alec R. "The Management Process in 3-D". Harvard Business Review, nov-dec 1969.
- 39 - MANCH, Richard A. "Improving hospital/physician relationships". Hospitals & Health Networks. Chicago, vol 67, issue 15. Aug 5, 1993.
- 40 - MAQUIAVEL, Nicolau. O Príncipe. Brasília : UnB, 1979 (c1513).
- 41 - MARPLES, D.L. "Studies of Managers - A Fresh Start?" The Journal of Management Studies, 4:282-299, 1967.
- 42 - MAXIMIANO, Antônio C.A. Teoria Geral da Administração - Da Escola Científica à Competitividade em Economia Globalizada. São Paulo : Atlas, 1997.
- 43 - MCGREGOR, Douglas. O Lado Humano da Empresa, 2ª ed. São Paulo : Martins Fontes, 1992 (c 1960).
- 44 - MINTZBERG, Henry. Criando Organizações Eficazes. São Paulo : Atlas, 1995.
- 45 - MINTZBERG, H. "Structured Observation as a Method to Study Managerial Work," The Journal of Management Studies, 7:87-104., 1970.
- 46 - MINTZBERG, Henry. "The manager's job: folklore and fact". Harvard Business Review, p. 49-61, jul-aug 1975.
- 47 - MINTZBERG, H. The nature of managerial work. New York : Harper & Row, 1973.
- 48 - MINTZBERG, Henry. "Rounding out the Manager's Job". Sloan Management Review, p.11-26, Fall 1994.

- 49 - MINTZBERG, Henry. "Toward healthier hospitals". Health Care Management Review; Gaithersburg; Fall 1997.
- 50 - MIZUNO, Shigeru e Akao, Yoji. QFD - The Customer-Driven Approach to Quality Planning and Deployment. Hong Kong : Asian Productivity Organization, 1994 (c1978).
- 51 - MOTTA, Paulo R. Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. 8ª ed. Rio de Janeiro : Record, 1997.
- 52 - NEUSDAT, R.E. Presidential Power: The Politics of Leadership, New York : Wiley, 1960.
- 53 - PELLEGRINO, Edmund. "The Changing Matrix of Clinical Decision Making in the Hospital", in Basil Georgopoulos (ed.), Organization Research in Health Institutions, Institute for Social Research, Ann Arbor, University of Michigan, p. 301-328, 1972.
- 54 - POOL, J. "Hospital Management: Integrating The Dual Hierarchy?" International Journal of Health Planning and Management, 6:1193-207, 1991.
- 55 - PONDER, Q.D. "The Effective Manufacturing Foreman" in E. Young, ed. Industrial Relations Research Association Proceedings of the Tenth Annual Meeting, Madison, Wisconsin, 41-54, 1957.
- 56 - PORTER, Michel E. "What Is Strategy?" Harvard Business Review, p.61-78, nov-dec 1996.
- 57 - RADOMSKY, J. "The Problem of Choosing a Problem", Cambridge, Mass.: M.I.T., Sloan School of Management. Unpublished M.S. thesis., 1967.
- 58 - SAYLES, Leonard R. Managerial Behavior: Administration in Complex Organizations, New York : McGraw-Hill, 1964.
- 59 - SAYLES, Leonard R. "Managing on the Run" Cornell Executive. Ithaca. Vol.6; issue 3. Summer 1980.

- 60 - SANTOS, Nairio A.A.P. (org) Vade-Mécum da Saúde, Legislação Brasileira da Área de Saúde. Porto Alegre : Gráfica Grande Sul, 1994.
- 61 - SCHEFFELIN, Andrea M. "The Hospital Administrator: Yesterday, Today and Tomorrow". Dissertations - Business Administrations, Management, 1995.
- 62 - SCHEIN, EDGAR H. "Coming to a New Awareness of Organizations Culture". Sloan Management Review (MIT), p. 3-16, Winter 1984.
- 63 - SHORTELL, Stephen M. e Kaluzny, Arnold D. Health Care Management: organization design, and behavior, 2 ed. New York : Delmar, 1993 (c1983).
- 64 - STEWART, R. "To understand the manager's job; consider demands, constraints, choices". Organizational Dynamics. p. 22-32, Spring, 1976.
- 65 - STEWART, R. "The Use of Diaries to Study Managers' Jobs" The Journal of Management Studies, 2:228-235, 1965.
- 66 - TAPPAN, Frances M. Administração Hospitalar. São Paulo : Edart, 1976.
- 67 - TAYLOR, Frederick W. Princípios de Administração Científica, 8ª ed. São Paulo : Atlas, 1990 (c1911).
- 68 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Biblioteca Central. Normas para apresentação de trabalhos, 6ª ed. Curitiba : Ed. Da UFPR, 1996.
- 69 - WIRDENIUS, H. Supervisors at Work, Sockholm : The Swedish Council for Personnel Administration, 1958.

7 ANEXOS

Integram este trabalho os seguintes anexos:

- a) **Anexo 1** - A Instituição Filantrópica no Brasil e no Rio Grande do Sul
- b) **Anexo 2** - Sistema Único de Saúde Brasileiro
- e) **Anexo 3** - Os Registros de Um Dia do Trabalho do Administrador Hospitalar
- f) **Anexo 4** - Modelos dos Registros de Coleta de Dados
- g) **Anexo 5** – O Hospital e Suas Funções Numa Perspectiva Histórica
- h) **Anexo 6** - Observação Estruturada Como Método de Pesquisa Utilizado Por Henry Mintzberg no Desenvolvimento da "Teoria dos Papéis do Gerente"
- c) **Anexo 7** - Organograma Genérico de Hospital Geral Filantrópico de Grande Porte - Hierarquia 1
- d) **Anexo 8** - Organograma Genérico de Hospital Geral Filantrópico de Grande Porte - Hierarquia 2

ANEXO 1 - A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR FILANTRÓPICA NO BRASIL E NO RIO GRANDE DO SUL

O NASCIMENTO DE UMA ENTIDADE FILANTRÓPICA

O nascimento da entidade filantrópica para o mundo jurídico, isto é, a aquisição da personalidade jurídica, dá-se pelo registro de seu Estatuto Social no Cartório Especial de Títulos e Documentos da comarca de sua respectiva sede social.

Referido Estatuto Social (para as entidades lucrativas é Contrato de Constituição de Sociedade Civil Lucrativa) deve compor-se, ao menos, dos seguintes capítulos, segundo orientação do Conselho Nacional de Serviço Social - CNSS, ora substituído pelo Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS:

1. Da Denominação, Sede e Fins;
2. Dos Sócios;
3. Da Administração;
4. Do Patrimônio e
5. Das Disposições Gerais

Esse documento constitutivo deve, ainda, de forma expressa, especificar a vedação de recebimento, pelos sócios, de qualquer lucro, gratificação, bonificação ou vantagem, bem como declarar que a entidade não visa a distribuição de lucros. Na eventualidade de cessação de suas atividades (a elas não se aplica a lei de falência!) e de dissolução da instituição, o Estatuto Social deve trazer, expressamente, que os bens remanescentes serão destinados a outra instituição congênere, com personalidade jurídica, e que esteja devidamente registrada no CNAS. Essas redações são cláusulas obrigatórias pela legislação vigente.

A Diretoria dessas entidades, denominadas de Diretoria da Entidade Mantenedora em contraposição à Diretoria Executiva da organização, são compostas de pessoas beneméritas e que não percebem nenhum tipo de remuneração por esse trabalho. Possuem, via de regra, expressiva boa vontade em trabalhar em prol de uma causa e, quase sempre, pouco ou nenhum conhecimento do negócio em si, bem como da correta e adequada gestão profissional do mesmo.

Nos Hospitais Filantrópicos essa Diretoria é renovada periodicamente, normalmente de 2 a 3, conforme especificado em seu Estatuto Social e a ela é subordinada, diretamente, a Diretoria Executiva do Hospital, onde, regra geral, situa-se o Administrador Hospitalar, sujeito dessa pesquisa.

CONCEITUAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DE ENTIDADE FILANTRÓPICA

No ordenamento jurídico pátrio, os direitos à saúde, à previdência e à assistência social são assegurados por um conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade e, no seu conjunto, constituem a seguridade social. É o que expressa o artigo 194 de nossa Carta Magna.

As entidades filantrópicas que atuam na área da saúde prestando atendimento gratuito à população carente, ou atendendo, complementarmente, através do Sistema Único de Saúde - SUS (artigo 199, § único, CF) são consideradas como entidades filantrópicas que prestam assistência social à comunidade.

Para que uma entidade hospitalar seja considerada uma entidade beneficente de assistência social, sem fins lucrativos, filantrópica, consoante o direito positivo brasileiro, é necessário que a mesma cumpra os seguintes requisitos, cumulativamente, conforme disposto no artigo 55 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991 (Lei Orgânica da Previdência Social):

1. "Seja reconhecida como de utilidade pública federal e estadual ou do Distrito Federal ou municipal;
2. Seja portadora do Certificado ou do Registro de Entidade de Fins Filantrópicos, fornecido pelo Conselho Nacional de Serviço Social¹, renovado a cada três anos;
3. Promova a assistência social beneficente, inclusive educacional ou de saúde, a menores, idosos, excepcionais ou pessoas carentes;
4. Não percebam seus diretores, conselheiros, sócios, instituidores ou benfeitores, remuneração e não usufruam vantagens ou benefícios a qualquer título;

5. Aplique integralmente o eventual resultado operacional na manutenção e desenvolvimento de seus objetivos institucionais, apresentando anualmente ao Conselho Nacional da Seguridade Social relatório consubstanciado de suas atividades."

O Decreto Federal nº 752 de 16 de fevereiro de 1993 (DOU 17.02.93) considera entidade beneficente de assistência social, para os fins que especifica, a instituição beneficente de assistência social, educacional ou de saúde, sem fins lucrativos, que atue, precipuamente, no sentido de:

1. proteger a família, a maternidade, a infância, a adolescência e a velhice;
2. amparar crianças e adolescentes carentes;
3. promover ações de prevenção, habilitação e reabilitação de pessoas portadoras de deficiência;
4. promover, gratuitamente, assistência educacional ou de saúde.

Ser uma entidade de fins filantrópicos, de assistência social, sem fins lucrativos, possibilita às entidades assim reconhecidas pelo Poder Público uma série de benefícios, incentivos fiscais e subvenções estatais.

As instituições hospitalares filantrópicas são imunes a todo e qualquer tributo que incida sobre o patrimônio, a renda e os serviços, conforme estabelecido no artigo 150, inciso VI, alínea "c" de nossa Constituição Federal. São também imunes à contribuição social disposta no artigo 195, § 7º deste mesmo diploma legal.

Esses benefícios são concedidos pela lei maior suprema e têm em vista, precipuamente, o caráter benemérito dos serviços sociais prestados às comunidades por estas entidades. A finalidade pública, o bem comum, o objetivo social são, em última análise, o sustentáculo da Administração Pública, sendo também objetivos primordiais das entidades hospitalares filantrópicas, daí a razão da lei conceder vantagens fiscais a estas entidades.

Atualmente, o Decreto Federal nº 2536, de 06 de abril de 1998, que regulamenta a concessão do certificado de fins filantrópicos pelo Conselho Nacional de Assistência Social -

¹ A Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, Lei nº 8.742/93, transferiu ao Conselho Nacional de Assistência Social competências para fornecimento e renovação do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos, bem como atribuições de fiscalização dessas entidades.

CNAS, dispõe que somente terá renovado ou terá concedido o certificado de filantropia a entidade da área da saúde que atender 60% (sessenta por cento) ou mais de pacientes do Sistema Único de Saúde - SUS, do total de sua capacidade instalada. Contudo, esta matéria está em constante mutação e o Governo Federal tem o claro propósito de restringir esses benefícios oriundos da Filantropia.

ANEXO 2 - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

Em 1988, com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, cria-se o **Sistema Único de Saúde - SUS**, definido em seu artigo 198, como “**o conjunto das ações e serviços públicos de saúde, integrados numa rede regionalizada e hierarquizada**, organizados de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade”.

Assim, na esfera federal, não serão mais 5 ministérios a tratar de assuntos da saúde (exemplo: Ministério da Saúde, ações coletivas de saúde (prevenção); Ministério da Previdência e Assistência Social, ações individuais de saúde (cura); Ministério do Trabalho, saúde do trabalhador (acidente de trabalho, etc); Ministério do Interior e Ministério dos Transportes), mas apenas um: o Ministério da Saúde. No âmbito estadual, uma única secretaria, a da saúde e no âmbito municipal, igualmente, uma única secretaria, a da saúde. O nível federal tem atribuições consentâneas com a formulação, a definição de políticas, de sistemas, de normas, isto é, afasta-se da execução e posiciona-se na formulação e normatização do sistema de saúde. No nível municipal dá-se o contrário, isto é, dá-se a execução das ações e dos serviços de saúde: atendimentos ambulatoriais, exames, hospitalizações e outros. É esse nível quem celebra (celebrará) contratos de prestação de serviços ou convênios com os hospitais filantrópicos e é ele quem executará diretamente o pagamento a esses prestadores de serviços. O nível estadual tem funções supletivas ao nível federal e ao nível municipal, isto é, normatiza complementarmente, formula o sistema estadual de saúde, define serviços de referência estadual e executa complementarmente ao município.

Suas atribuições legais encontram-se insculpidas, mais especificamente, nos artigos 15, 16, 17 e 18 da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990).

O SUS, informa a Constituição Federal, será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Esses recursos, especifica o artigo 33 da Lei Orgânica de Saúde, serão depo-

sitados no Fundo Nacional de Saúde e repassados aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde, devendo ser movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

Enfatiza, ainda, nossa Carta Magna, em seu artigo 199, que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, que poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, **tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.**

A lei federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e dá outras providências.

Estabelece, este diploma legal, que o SUS contará com as seguintes instâncias colegiadas: A Conferência de Saúde (nacional, estadual e municipal) e o Conselho de Saúde (nacional, estadual e municipal). As conferências de saúde devem ser realizadas a cada 4 anos e os conselhos de saúde, órgãos permanentes e deliberativos, devem ser criados em cada esfera de governo. Estes conselhos são compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, devendo a representação destes últimos ser paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

O processo de municipalização da saúde insere-se na estratégia de descentralização dos serviços de saúde, preconizados pela Constituição Federal e disciplinados pelas Normas Operacionais Básicas do SUS - NOB do SUS, estando vigente a NOB/SUS nº 01/96, intitulada "Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão".

Esta NOB define programas, tais como o Piso Assistencial Básico - PAB, o Programa da Saúde da Família - PSF, os Programas de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, além de outros; especifica a remuneração dos serviços: ambulatoriais, internações, vigilância sanitária e epidemiológica, etc.; define critérios para a transferência dos recursos financeiros "fundo a fundo" (do Fundo Nacional de Saúde - nível federal, para o Fundo Municipal de Saúde - nível municipal, sem escalas ou conexões!); conceitua e define critérios para a Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, além de outras providências.

Ao Administrador Hospitalar é fundamental o conhecimento dessa realidade e, ainda mais, a sua participação efetiva, tanto profissional quanto institucional (representado a organização hospitalar que dirige), tendo em vista que, como já observado neste trabalho, os hospitais filantrópicos, em geral, destinam mais de 70% de seus serviços ao Sistema Único de Saúde.

ANEXO 3 – OS REGISTROS DE UM DIA DE TRABALHO DO ADMINISTRADOR HOSPITALAR

REGISTRO CRONOLÓGICO-SINTÉTICO

HOSPITAL "X"

Data: 11/08/1998

Horário: Início/Fim	Atividades Básicas	Referência¹	Duração (minutos)
8:03	Trabalho à Mesa	1	8
8:11	Reunião Não Programada	A	14
8:25	Trabalho à Mesa	2-3	16
8:41	Telefonema	B	1
8:42	Trabalho à Mesa	4-14(+26) ²	40
9:22	Reunião Não Programada	C	11
9:33	Telefonema	D	2
9:35	Reunião Não Programada (Continuação)	(C)	5
9:43	Reunião Programada	E	48
10:31	Trabalho à Mesa	15-17	8
10:39	Reunião Não Programada	F	23
11:02	Trabalho à Mesa	-	1
11:03	Visita Observacional	G	63
12:06	Almoço ³	-	127
14:13	Reunião Programada	H	162
16:55	Trabalho à Mesa	18-20	11
17:06	Telefonema	I	8
17:14	Trabalho à Mesa	-	1
17:15	Reunião Programada	J	55
18:10	Deslocamento para Casa ⁴	-	35
18:45	Reunião Programada	K	150
21:15	Fim da Reunião Programada	-	-
	Total de Horas Trabalhadas no Dia	-	627min 10h27min

¹ Na coluna Referência, as reuniões (programadas ou não), os telefonemas e as visitas de observação são anotados com letras sequenciais, enquanto as correspondências são anotadas com números também sequenciais.

² A Correspondência de nº 6 continha um demonstrativo com 26 autorizações de pagamento anexas, que foram todas rubricadas pelo Administrador Hospitalar observado

³ A duração do almoço não foi considerada para efeito de apuração do total de horas trabalhadas no dia/semana, salvo quando tratou-se de "almoço-reunião", "almoço de negócios" ou equivalente.

⁴ Deslocamento para casa não foi considerado para efeito de apuração do total de horas trabalhadas no dia/semana.

Horário: Início Fim	Descrição Analítica das Atividades
8h 03m 25s	As 8h03m25s o Administrador Hospitalar, Sr.G., chega ao Hospital, cumprimenta a Secretária e entra em sua sala. Guarda a pasta no armário, coloca o paletó no cabide/armário e senta-se à mesa. Inicializa o computador enquanto inicia a leitura de jornal estadual (C1 ⁵).
8h 11m 12s	Enquanto procede à leitura do segundo jornal (local), um consultor hospitalar, previamente anunciado pela secretária, adentra sua sala. Eram 8h11m12s. (R1 ⁶). O Sr.D., consultor hospitalar de empresa de consultoria contratada pelo Hospital, estava deslocando-se para município vizinho e aproveitou a oportunidade para conversar com o Sr.G. acerca de novas idéias que tivera para negociar com os médicos do Corpo Clínico do Hospital, referente à construção do Centro Clínico e de Diagnóstico do Hospital. O Sr.D. deixa a sala do Sr.G. às 8h25m18s. e este retoma a leitura do jornal que interrompera.
8h 25m 18s	Nesse jornal o Sr.G. lê reportagem sobre a ampliação de leitos pediátricos no Hospital concorrente. O Sr.G. chama a secretária à sua sala e solicita que a mesma providencie duas fotocópias da referida reportagem, encaminhando-as, uma para o Dr.R., Diretor Técnico do Hospital e uma para a Irmã S., Diretora Geral do Hospital.
8h 41m 48s	Quase concomitantemente ao concluir a conversa com a secretária, toca a campanha do telefone. Eram 8h41m48s (T1 ⁷) e a esposa do Sr.G., ligara para informar-lhe de assunto de natureza familiar.
8h 42m 42s	<p>As 8h42m42s, ao concluir a ligação telefônica, o Sr.G. inicia a análise do Movimento de Caixa do dia anterior. Em seguida, o Administrador analisa 26 conjuntos de documentos encaminhados pela Tesouraria do Hospital. Eram solicitações de Autorização de Pagamento, acompanhadas da seguinte documentação: Notas Fiscais com o carimbo de recebido/lançado, Cotações/Autorizações de Compras e um que outro memorando informativo. Após ler e analisar cada conjunto de documento, o Sr.G. apunha sua rubrica na Autorização de Pagamento, encaminhando o processo à Irmã Diretora para a assinatura do cheque.</p> <p>O Administrador processa, ainda, mais 4 correspondências e, enquanto estava lendo um e-mail, a Secretária retorna à sala. A mesma informa que foi confirmada a reunião com o Arquiteto J. para as 9h30m daquele dia. Em seguida o Sr.G. consulta sua agenda eletrônica e solicita à secretária que confirme reunião sua com o advogado do Sindicato das Nutricionistas, em Porto Alegre, para o dia 20 daquele mês, às 15h. Solicita, ainda, que ela realize, em seguida, ligação para a Construtora M., para falar com o Engenheiro M. Pede que ela verifique com a Irmã Tesoureira do interesse e da conveniência ou não de efetuar débito em c/c da fatura do Provedor de Internet do Hospital. A secretária dá retorno sobre a correção de texto do Manual dos Funcionários, o mesmo verifica as correções e pede a ela que o Manual seja, então,</p>

⁵ O símbolo C1 refere-se à correspondência de nº 1 no Registro de Correspondências.

⁶ O símbolo R1 refere-se à reunião de nº 1 no Registro de Reuniões Programadas ou Não.

⁷ O símbolo T1 refere-se ao telefonema de nº 1 no Registro de Telefonemas.

9h 19m 11s	reimpresso e encaminhado para a Irmã S., Diretora, para a devida homologação. Antes de sair, a secretária entrega-lhe algumas correspondências. Eram 9h19m11s.
9h 22m 25s	O Administrador processa mais 5 correspondências quando, na 5ª delas, o Sr. E. da agência de Publicidade B. é anunciado pela secretária. O Sr. E. estava no Hospital tratando de alguns assuntos e decidiu verificar se o Sr. G. poderia atendê-lo para discutirem um pouco mais a idéia sobre o anúncio à imprensa da inauguração do novo Tomógrafo do Hospital, bem como do anúncio da aquisição de equipamentos cardiológicos de última geração pelo Hospital. O Sr. E. entra na sala as 9h22m25s para dela sair as 9h40m02s.
9h 33m 10s	Enquanto estavam em reunião, o Sr. J, da Construtora M., ao telefone, as 9h33m10s, confirma com o Sr.G. a reunião com o Engº M. e aproveita para discutir e entender um pouco melhor a pauta da reunião, para que referido engenheiro possa prepará-la adequadamente. Ao desligar, as 9h35m09s, o Sr.G. dá continuidade à reunião com o Sr.E., para concluí-la as 9h40m02s.
9h 35m 09s 9h 40m 02s	
9h 40m 05s	As 9h40m05s o Sr.G. dirige-se à sala de reuniões para participar de reunião com o Arquiteto J., juntamente com a Ir.S., Diretora e a Srª R., chefe da recepção do Hospital. Ao chegar, cumprimenta os presentes, trocam palavras sem maior importância e mantém conversação informal com os mesmos. As 9h43m15s dão início à reunião para analisarem ante-projeto apresentado pelo Arq. J., com novo layout de reestruturação do fluxo de pacientes na recepção do hospital, individualizando os acessos de pacientes particulares/convênios do acesso de pacientes do SUS, com espera diferenciadas. Discute-se a função de cada espaço, debatem-se idéias para, as 10h31m02s terminarem a reunião com as conclusões desejadas sobre o ante-projeto. Durante a reunião, o Sr.P., engenheiro funcionário do Hospital passa pela sala e solicita que o Arq.J., ao terminar a reunião, possa contactar com ele para juntos solucionarem uma dúvida havida no piso do banheiro do Banco de Sangue, em reforma.
9h 43m 15s	
10h 31m 02s	O Administrador, ao retornar à sua sala, passa pela sala da secretária e trocam algumas informações.
10h 32m 20s	As 10h32m20s o Sr.G. está novamente em sua mesa, acessa sua agenda eletrônica, verifica novos compromissos, acessa sua caixa postal eletrônica e verifica se há novos e-mails (não haviam!) e inicia o processamento de novas correspondências. Enquanto finalizava a 3ª correspondência, a enfermeira R. bate à porta e solicita para entrar e o Sr.G. concorda. Eram 10h39m22s.
10h 39m 22s	
	A enfermeira R. posiciona o Sr.G. sobre alguns assuntos de rotina, inclusive sobre os travesseiros da Unidade de Internação Clínica Médica Adultos. Ao terminarem a reunião o relógio assinala 11h02m46s.
11h 03m 50s	Em seguida o Sr.G. decide visitar algumas unidades do Hospital, principalmente as obras de reforma do Banco de Sangue (Serviço de Hemoterapia). As 11h03m50s o administrador deixa a sala, passa pela secretaria para informar à secretária de sua localização. No corredor, encontra a Ir.S., Diretora e aproveita para buscar deliberação sobre a intenção do Dr.B. de colocar uma placa do seu serviço de cardiologia em determinado local do hospital. A diretora discorda e pede que ele pense em local mais apropriado ao hospital, sugerindo o local "x" do ambulatório. Ele ficou de verificar e negociar com o Dr.B. Logo após esse encontro, o administrador dirige-se ao Setor de Faturamento, conversa com a chefia do

12h 06m 10s	setor e verifica que está tudo ok! Passa depois pelo denominado CPD - Centro de Processamento de Dados, conversa com os funcionários e com a chefia e, ao caminhar pelo corredor, no sentido das obras do Banco de Sangue, encontra 2 médicos (um cardio, outro otorrino), e um deles dirige-lhe a palavra: "G., ontem eu tive um problema com o exame (eletrocardio) do paciente "Y" na UTI. Tu poderias dar uma verificada nessa rotina, para sanarmos eventuais problemas?" O Sr.G. disse que verificaria e daria-lhe um retorno ainda hoje. Conversaram sobre os novos equipamentos da cardio, observaram que os mesmos possuem excelente imagem. Enquanto conversavam no corredor, passou por eles o Dr.R., Diretor Técnico, que cumprimentou-os, participou brevemente da conversa e logo retirou-se. Em seguida o Dr.L, otorrino, despede-se e sai, permanecendo o Dr.F, cardio, em considerações acerca do discurso de inauguração na próxima sexta-feira. Assim que concluem a conversa, visita as obras do Banco de Sangue. Conversa com o mestre de obras, é informado da regularidade das atividades, tira uma dúvida do pessoal que estava trabalhando na colocação do gesso, caminha por todas as salas para, as 12h06m10s, encaminhar-se para o almoço em sua residência.
14h 13m 06s	As 14h13m06s o Sr.G. retorna do almoço direto para a sala de reuniões. Antes, porém, passa pela secretaria e adverte a secretária que não passe nenhuma ligação telefônica durante a reunião, solicitando que tome nota dos recados para posterior contato. A reunião da Diretoria, onde participaram além do administrador, a Ir.S., Diretora, a Sra.R., Vice-Diretora e o Dr.R., Diretor Técnico teve como objetivo avaliar uma vasta pauta, com diversos assuntos, dentre eles a cerimônia prevista para sexta-feira, as reformas em curso, o Centro Clínico e outros. As 16h54m57s a reunião foi encerrada e o administrador retornou para sua sala.
16h 54m 57s	As 16h56m30s o Sr.G. está à sua mesa. Acessa sua agenda eletrônica, verifica alguns apontamentos e processa mais 3 correspondências. As 16h58m30s faz contato telefônico com sua secretária e a orienta para enviar cartão parabenizando o Dr.S., consultor jurídico do Hospital, pelo dia do advogado. Solicita também que seja encaminhada mensagem ao Dr. A., advogado do Sindicato dos Hospitais Benéficos, Filantrópicos e Religiosos do RS, à Dra. P., advogada da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do RS, e ao Dr. M, advogado do Sindicato dos Farmacêuticos do RS. Em seguida ausenta-se da sala para ir ao banheiro.
16h 56m 30s 16h 58m 30s	As 17h06m12s, quando retorna do banheiro, atende ligação do Sr.F., gerente da Unimed local, que solicitara à secretária fizesse e dão andamento a negociação em curso sobre o credenciamento do Hospital para o atendimento dos pacientes daquele convênio em novos exames e procedimentos cardiológicos, uma vez que os novos equipamentos do Hospital o habilitava a tal.
17h 06m 12s	As 17h13m55s, ao concluir a ligação telefônica, o administrador programa nova tarefa em sua agenda eletrônica, qual seja estabelecer novo contato com o Sr.F, da Unimed, no dia seguinte e verifica outros apontamentos.
17h 13m 55s	As 17h15m10s chega o Eng ^o M. para reunião anteriormente programada. Conversam sobre a construção do Centro Clínico e de Diagnóstico do Hospital, que prevê a edificação de 14.300m ² em área de 19.000m ² , previstos inicialmente em 20.000 Cub's. O eng ^o busca obter maiores informações do administrador, antes de formalizar proposta à Diretoria do Hospital. As 18h09m57s a reunião é encerrada e o Sr.G. 'dá um pulo' em sua casa antes de ir à reunião do Conselho Municipal de Saúde, prevista para início às 18h30min.
17h15m10s	As 18h45m15s o administrador chega à sede da Associação dos Funcionários do
18h 09m 57s	
18h 45m 15s	

21h 15m 12s	<p>Município, onde ocorrerá a reunião do CMS. Contata o Secretário de Saúde do Município, Dr.M., cumprimenta o presidente do CMS, Sr.A, também presidente do Sindicato dos Comerciantes do Município, além de outros conselheiros e colegas administradores de outros hospitais. Logo em seguida a reunião tem início, com 27 participantes ao todo, entre conselheiros titulares, suplentes e observadores, e são discutidos vários assuntos, mas se debate, principalmente, três deles: Os controles referentes aos recursos do PAB - Piso de Assistência Básica do Sistema Único de Saúde - SUS, a alocação desses recursos em algumas rubricas do Fundo Municipal da Saúde e a instituição de Comissão Especial de Auditoria para verificação das contas dos prestadores de serviços.</p> <p>As 21h15m12s a reunião é encerrada e o administrador dirige-se para sua residência.</p>
-------------	--

REGISTRO DE CORRESPONDÊNCIAS

HOSPITAL "X"

Data: 11/08/1998

Referência	Forma	Remetente	Vínculo	Propósito	Atenção Recebida	Duração (minutos)	Ação Tomada
1	Periódico	RBS	Org.Comerc.	Notícias Periódicas	Rápida Olhada	5	Encaminhado p/ Subord.
2	Periódico	Grupo Edit Vale Sinos	Org.Comerc.	Notícias Periódicas	Leitura	21	Encaminhado p/ Subord.
3	Periódico	Editores Abril S.A	Org.Comerc.	Notícias Periódicas	Rápida Olhada	3	Arquivo
4	Relatório	Enfa.Plantão Noturno	Subordinado	Relatórios Operacionais	Leitura	2	Encaminhado p/ Subord.
5	Relatório	Tesoureira *	Subordinado	Pedidos de Autorização	Leitura	2	Encaminhado p/ Subord.
6	Relatório	Tesoureira	Subordinado	Relatórios Operacionais	Leitura	12	Encaminhado p/ Superior
7	Memorando	Chefe Enfermagem	Subordinado	Pedidos de Autorização	Estudo	1	Resposta por Escrito
8	Relatório	Provedor Internet	Fornecedor	Relatórios Gerais	Leitura	3	Resposta por Escrito
9	Relatório	Convênio Bbrasil	Cliente	Relatórios Gerais	Leitura	1	Outra
10	Relatório	Marco Ferrari	Fornecedor	Relatórios Gerais	Leitura	2	Outra
11	Periódico	Fehosul	Ent.Classe	Notícias Periódicas	Rápida Olhada	1	Encaminhado p/ Subord.
12	Fôlder	Unisinos	Org.Comerc.	Solicitações	Rápida Olhada	1	Outra
13	Periódico	ACIS - NH	Ent.Classe	Notícias Periódicas	Rápida Olhada	1	Encaminhado p/ Arquivo
14	Fôlder	Unisinos	Org.Comerc.	Solicitações	Rápida Olhada	1	Outra
15	Ofício	AHRGS	Ent.Classe	Agradecimentos	Leitura	1	Encaminhado p/ Arquivo
16	Ofício	Unimed	Cliente	Dados de Referência	Leitura	1	Encaminhado p/ Subord.
17	Periódico	Fed.Stas Casas RS	Ent.Classe	Notícias Periódicas	Leitura	3	Encaminhado p/ Subord.
18	Periódico	Sindic.Hosp.Filant.RS	Ent.Classe	Notícias Periódicas	Rápida Olhada	1	Encaminhado p/ Subord.
19	Fôlder	HD	Ent.Classe	Solicitações	Rápida Olhada	1	Encaminhado p/ Subord.
20	Ofício	Dimed	Fornecedor	Dados de Referência	Rápida Olhada	1	Encaminhado p/ Arquivo
					TOTAL	64	minutos
				Total de Correspondências		46	
				Tempo Médico de Processamento de Cada Correspondência		1min23seg	

* Relatório Consolidado com 26 autorizações de pagamento anexas.

REGISTRO DE CORRESPONDÊNCIAS

c 1

1. Formato: Ofício Periódico Clipping Memorando Relatório Fôlder
 2. Duração: Início: 8 h 05 min 50 seg. Fim: 8 h 10 min 12 seg. Duração: 4 min 22 seg. (= 4 min)
 3. Remetente: RBS 4. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor
 5. Finalidade: Entidade Classe Colegas Governo Organizações Comerciais
 Agradecimentos Dados de Referência Relatórios Operacionais
 Pedidos em função do Status Relatórios Gerais Recomendações de Conduta
 Solicitações Notícias Periódicas Problemas e Pressões
 Pedidos de Autorização Ocorrências Idéias

6. Atenção recebida: Leitura Estudo Rápida Olhada

7. Ação Tomada:

- Resposta por escrito Encaminhado p/ arquivo Encaminhado p/ subordinados
 Encaminhado p/superior Lixeira

Anotações: Jornal Zero Hora. Leu, folheou. Deixou de lado para entregar à secretária.

REGISTRO DE CORRESPONDÊNCIAS

(* interrompida por RA - 14min)

c 2

1. Formato: Ofício Periódico Clipping Memorando Relatório Fôlder
 2. Duração: Início: 8 h 10 min 15 seg. Fim: 8 h 15 min 15 seg. Duração: 35 min 00 seg. (= 35* min)
 3. Remetente: G. Ed. V. Sinop 4. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor
 5. Finalidade: Entidade Classe Colegas Governo Organizações Comerciais
 Agradecimentos Dados de Referência Relatórios Operacionais
 Pedidos em função do Status Relatórios Gerais Recomendações de Conduta
 Solicitações Notícias Periódicas Problemas e Pressões
 Pedidos de Autorização Ocorrências Idéias

6. Atenção recebida: Leitura Estudo Rápida Olhada

7. Ação Tomada:

- Resposta por escrito Encaminhado p/ arquivo Encaminhado p/ subordinados
 Encaminhado p/superior Lixeira

Anotações: Jornal Local. Lê editorial e coluna "pape tudo". Lê reportagem sobre ampliações de leitos pediatricos no Hosp. concorrente. Pedir que secretária faça cópia e encaminhe à H.S. (Diretora) e ao Dr. R. (Dir. Técnico). Lê outras reportagens.

REGISTRO DE CORRESPONDÊNCIAS

c 3

1. Formato: Ofício Periódico Clipping Memorando Relatório Fôlder
 2. Duração: Início: 8 h 45 min 18 seg. Fim: 8 h 48 min 32 seg. Duração: 3 min 14 seg. (= 3 min)
 3. Remetente: Ed. Abril SA. 4. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor
 5. Finalidade: Entidade Classe Colegas Governo Organizações Comerciais
 Agradecimentos Dados de Referência Relatórios Operacionais
 Pedidos em função do Status Relatórios Gerais Recomendações de Conduta
 Solicitações Notícias Periódicas Problemas e Pressões
 Pedidos de Autorização Ocorrências Idéias

6. Atenção recebida: Leitura Estudo Rápida Olhada

7. Ação Tomada:

- Resposta por escrito Encaminhado p/ arquivo Encaminhado p/ subordinados
 Encaminhado p/superior Lixeira

Anotações: Revista Exame. Folheia. Lê resumo ("olho") artigos, analisa alguns artigos e separa para ler em casa.

REGISTRO DE CORRESPONDÊNCIAS

c 4

1. Formato: Ofício Periódico Clipping Memorando Relatório Fôlder
2. Duração: Início: 8 h 48 min 33 seg Fim: 8 h 50 min 04 seg Duração: 1 min 31 seg (= 2 min)
3. Remetente: Enf. Plant Not 24. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor
5. Finalidade:
- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agradecimentos | <input type="checkbox"/> Dados de Referência | <input checked="" type="checkbox"/> Relatórios Operacionais |
| <input type="checkbox"/> Pedidos em função do Status | <input type="checkbox"/> Relatórios Gerais | <input type="checkbox"/> Recomendações de Conduta |
| <input type="checkbox"/> Solicitações | <input type="checkbox"/> Notícias Periódicas | <input type="checkbox"/> Problemas e Pressões |
| <input type="checkbox"/> Pedidos de Autorização | <input type="checkbox"/> Ocorrências | <input type="checkbox"/> Idéias |
6. Atenção recebida: Leitura Estudo Rápida Olhada
7. Ação Tomada:
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resposta por escrito | <input type="checkbox"/> Encaminhado p/ arquivo | <input checked="" type="checkbox"/> Encaminhado p/ subordinados |
| <input type="checkbox"/> Encaminhado p/superior | <input type="checkbox"/> Lixeira | |
- Anotações: Leitura do livro do Plantão Noturno.

REGISTRO DE CORRESPONDÊNCIAS

c 5

1. Formato: Ofício Periódico Clipping Memorando Relatório Fôlder
2. Duração: Início: 8 h 50 min 10 seg Fim: 8 h 52 min 18 seg Duração: 2 min 08 seg (= 2 min)
3. Remetente: Tesoureira 24. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor
5. Finalidade:
- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agradecimentos | <input type="checkbox"/> Dados de Referência | <input checked="" type="checkbox"/> Relatórios Operacionais |
| <input type="checkbox"/> Pedidos em função do Status | <input type="checkbox"/> Relatórios Gerais | <input type="checkbox"/> Recomendações de Conduta |
| <input type="checkbox"/> Solicitações | <input type="checkbox"/> Notícias Periódicas | <input type="checkbox"/> Problemas e Pressões |
| <input type="checkbox"/> Pedidos de Autorização | <input type="checkbox"/> Ocorrências | <input type="checkbox"/> Idéias |
6. Atenção recebida: Leitura Estudo Rápida Olhada
7. Ação Tomada:
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resposta por escrito | <input type="checkbox"/> Encaminhado p/ arquivo | <input checked="" type="checkbox"/> Encaminhado p/ subordinados |
| <input type="checkbox"/> Encaminhado p/superior | <input type="checkbox"/> Lixeira | |
- Anotações: Movimento do Caixa do dia anterior. Relatório para checagem e rubrica.

REGISTRO DE CORRESPONDÊNCIAS

c 6
(26 correspondências)

1. Formato: Ofício Periódico Clipping Memorando Relatório Fôlder
2. Duração: Início: 8 h 52 min 19 seg Fim: 9 h 03 min 52 seg Duração: 11 min 33 seg (= 12 min)
3. Remetente: Tesoureira 24. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor
5. Finalidade:
- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agradecimentos | <input type="checkbox"/> Dados de Referência | <input type="checkbox"/> Relatórios Operacionais |
| <input type="checkbox"/> Pedidos em função do Status | <input type="checkbox"/> Relatórios Gerais | <input type="checkbox"/> Recomendações de Conduta |
| <input type="checkbox"/> Solicitações | <input type="checkbox"/> Notícias Periódicas | <input type="checkbox"/> Problemas e Pressões |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pedidos de Autorização | <input type="checkbox"/> Ocorrências | <input type="checkbox"/> Idéias |
6. Atenção recebida: Leitura Estudo Rápida Olhada
7. Ação Tomada:
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resposta por escrito | <input type="checkbox"/> Encaminhado p/ arquivo | <input type="checkbox"/> Encaminhado p/ subordinados |
| <input checked="" type="checkbox"/> Encaminhado p/superior | <input type="checkbox"/> Lixeira | |
- Anotações: Autorizações de Pagamento. 26 conjuntos de documentos, contendo Autorizações p/ta, NT, Cotações e, em que outro memorando interno são, ao todo, 64 documentos. Adm. confere, vista Appto e encaminha p/ Diretora assinar cheques.

REGISTRO DE CORRESPONDÊNCIAS

c 7

1. Formato: Ofício Periódico Clipping Memorando Relatório Fôlder
2. Duração: Início: 9 h 03 min 55 seg. Fim: 9 h 05 min 11 seg. Duração: 01 min 16 seg. (= 1 min)
3. Remetente: Chefe Enferm. 34. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor
5. Finalidade:
- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agradecimentos | <input type="checkbox"/> Dados de Referência | <input type="checkbox"/> Relatórios Operacionais |
| <input type="checkbox"/> Pedidos em função do Status | <input type="checkbox"/> Relatórios Gerais | <input type="checkbox"/> Recomendações de Conduta |
| <input type="checkbox"/> Solicitações | <input type="checkbox"/> Notícias Periódicas | <input type="checkbox"/> Problemas e Pressões |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pedidos de Autorização | <input type="checkbox"/> Ocorrências | <input type="checkbox"/> Idéias |

6. Atenção recebida: Leitura Estudo Rápida Olhada

7. Ação Tomada:

- Resposta por escrito Encaminhado p/ arquivo Encaminhado p/ subordinados
- Encaminhado p/superior Lixeira

Anotações: Dado solicitando autorização para contratação de pessoal para substituir funcionária da pediatria.

REGISTRO DE CORRESPONDÊNCIAS

c 8

1. Formato: Ofício Periódico Clipping Memorando Relatório Fôlder
2. Duração: Início: 9 h 06 min 45 seg. Fim: 9 h 08 min 38 seg. Duração: 1 min 53 seg. (= 2 min)
3. Remetente: Prov. Internet Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor
5. Finalidade:
- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agradecimentos | <input type="checkbox"/> Dados de Referência | <input type="checkbox"/> Relatórios Operacionais |
| <input type="checkbox"/> Pedidos em função do Status | <input checked="" type="checkbox"/> Relatórios Gerais | <input type="checkbox"/> Recomendações de Conduta |
| <input type="checkbox"/> Solicitações | <input type="checkbox"/> Notícias Periódicas | <input type="checkbox"/> Problemas e Pressões |
| <input type="checkbox"/> Pedidos de Autorização | <input type="checkbox"/> Ocorrências | <input type="checkbox"/> Idéias |

6. Atenção recebida: Leitura Estudo Rápida Olhada

7. Ação Tomada:

- Resposta por escrito Encaminhado p/ arquivo Encaminhado p/ subordinados
- Encaminhado p/superior Lixeira

Anotações: Processamento de 2 e-mails (tempo entre 07-08: conexão internet acessado provedor, acesso caixa postal. Provedor: envio extrato c/c uso servidor. Resposta por e-mail.

REGISTRO DE CORRESPONDÊNCIAS

c 9

1. Formato: Ofício Periódico Clipping Memorando Relatório Fôlder
2. Duração: Início: 9 h 08 min 43 seg. Fim: 9 h 09 min 27 seg. Duração: 0 min 44 seg. (= 1 min)
3. Remetente: Conv. Brasil Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor
5. Finalidade: (Comi)
- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agradecimentos | <input type="checkbox"/> Dados de Referência | <input type="checkbox"/> Relatórios Operacionais |
| <input type="checkbox"/> Pedidos em função do Status | <input checked="" type="checkbox"/> Relatórios Gerais | <input type="checkbox"/> Recomendações de Conduta |
| <input type="checkbox"/> Solicitações | <input type="checkbox"/> Notícias Periódicas | <input type="checkbox"/> Problemas e Pressões |
| <input type="checkbox"/> Pedidos de Autorização | <input type="checkbox"/> Ocorrências | <input type="checkbox"/> Idéias |

6. Atenção recebida: Leitura Estudo Rápida Olhada

7. Ação Tomada:

- Resposta por escrito Encaminhado p/ arquivo Encaminhado p/ subordinados
- Encaminhado p/superior Lixeira

Anotações: Informações sobre débito em c/c.

c 10

REGISTRO DE CORRESPONDÊNCIAS

1. Formato: Ofício Periódico Clipping Memorando Relatório Fôlder
2. Duração: Início: 9 h 09 min 30 seg. Fim: 9 h 11 min 20 seg. Duração: 1 min 50 seg. (= 2 min)
3. Remetente: M. Ferrari 3.4. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor
5. Finalidade:
- | | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agradecimentos | <input type="checkbox"/> Entidade Classe | <input type="checkbox"/> Colegas | <input type="checkbox"/> Governo | <input type="checkbox"/> Organizações Comerciais |
| <input type="checkbox"/> Pedidos em função do Status | <input type="checkbox"/> Dados de Referência | <input type="checkbox"/> Relatórios Operacionais | <input type="checkbox"/> Relatórios Gerais | <input type="checkbox"/> Recomendações de Conduta |
| <input type="checkbox"/> Solicitações | <input checked="" type="checkbox"/> Relatórios Gerais | <input type="checkbox"/> Notícias Periódicas | <input type="checkbox"/> Problemas e Pressões | <input type="checkbox"/> Idéias |
| <input type="checkbox"/> Pedidos de Autorização | <input type="checkbox"/> Ocorrências | | | |

6. Atenção recebida: Leitura Estudo Rápida Olhada

7. Ação Tomada:

- Resposta por escrito Encaminhado p/ arquivo Encaminhado p/ subordinados
- Encaminhado p/superior Lixeira

Anotações: Informações sobre NF do tarifador telefônico adquirido pelo Hospital.

REGISTRO DE CORRESPONDÊNCIAS

c 11

1. Formato: Ofício Periódico Clipping Memorando Relatório Fôlder
2. Duração: Início: 9 h 19 min 24 seg. Fim: 9 h 20 min 11 seg. Duração: 0 min 47 seg. (= 1 min)
3. Remetente: Felton 3.4. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor
5. Finalidade:
- | | | | | |
|--|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agradecimentos | <input checked="" type="checkbox"/> Entidade Classe | <input type="checkbox"/> Colegas | <input type="checkbox"/> Governo | <input type="checkbox"/> Organizações Comerciais |
| <input type="checkbox"/> Pedidos em função do Status | <input type="checkbox"/> Dados de Referência | <input type="checkbox"/> Relatórios Operacionais | <input type="checkbox"/> Relatórios Gerais | <input type="checkbox"/> Recomendações de Conduta |
| <input type="checkbox"/> Solicitações | <input checked="" type="checkbox"/> Notícias Periódicas | <input type="checkbox"/> Problemas e Pressões | <input type="checkbox"/> Ocorrências | <input type="checkbox"/> Idéias |
| <input type="checkbox"/> Pedidos de Autorização | | | | |

6. Atenção recebida: Leitura Estudo Rápida Olhada

7. Ação Tomada:

- Resposta por escrito Encaminhado p/ arquivo Encaminhado p/ subordinados
- Encaminhado p/superior Lixeira

Anotações: Assunto: controle de infecção hospitalar. Encaminhado para Eixa do SCII.

REGISTRO DE CORRESPONDÊNCIAS

c 12

1. Formato: Ofício Periódico Clipping Memorando Relatório Fôlder
2. Duração: Início: 9 h 20 min 11 seg. Fim: 9 h 20 min 55 seg. Duração: 0 min 44 seg. (= 1 min)
3. Remetente: Univos 3.4. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor
5. Finalidade:
- | | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agradecimentos | <input type="checkbox"/> Entidade Classe | <input type="checkbox"/> Colegas | <input type="checkbox"/> Governo | <input checked="" type="checkbox"/> Organizações Comerciais |
| <input type="checkbox"/> Pedidos em função do Status | <input type="checkbox"/> Dados de Referência | <input type="checkbox"/> Relatórios Operacionais | <input type="checkbox"/> Relatórios Gerais | <input type="checkbox"/> Recomendações de Conduta |
| <input checked="" type="checkbox"/> Solicitações | <input type="checkbox"/> Notícias Periódicas | <input type="checkbox"/> Problemas e Pressões | <input type="checkbox"/> Ocorrências | <input type="checkbox"/> Idéias |
| <input type="checkbox"/> Pedidos de Autorização | | | | |

6. Atenção recebida: Leitura Estudo Rápida Olhada

7. Ação Tomada:

- Resposta por escrito Encaminhado p/ arquivo Encaminhado p/ subordinados
- Encaminhado p/superior Lixeira

Anotações: Fôlder: Treinamento Administração da Produção.

REGISTRO DE CORRESPONDÊNCIAS

c 13

1. Formato: Ofício Periódico Clipping Memorando Relatório Fôlder
2. Duração: Início: 9 h 20 min 58 seg. Fim: 9 h 21 min 43 seg. Duração: 0 min 45 seg. (= 1 min)
3. Remetente: ACIS 4. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor
5. Finalidade:
- | | | | | |
|--|---|----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Agradecimentos | <input checked="" type="checkbox"/> Entidade Classe | <input type="checkbox"/> Colegas | <input type="checkbox"/> Governo | <input type="checkbox"/> Organizações Comerciais |
| <input type="checkbox"/> Pedidos em função do Status | <input type="checkbox"/> Dados de Referência | | <input type="checkbox"/> Relatórios Operacionais | |
| <input type="checkbox"/> Solicitações | <input type="checkbox"/> Relatórios Gerais | | <input type="checkbox"/> Recomendações de Conduta | |
| <input type="checkbox"/> Pedidos de Autorização | <input checked="" type="checkbox"/> Notícias Periódicas | | <input type="checkbox"/> Problemas e Pressões | |
| | <input type="checkbox"/> Ocorrências | | <input type="checkbox"/> Idéias | |
6. Atenção recebida: Leitura Estudo Rápida Olhada
7. Ação Tomada:
- Resposta por escrito Encaminhado p/ arquivo Encaminhado p/ subordinados
- Encaminhado p/superior Lixeira
- Anotações: Jornal "O Empresário" (ACIS, julho/98)

REGISTRO DE CORRESPONDÊNCIAS

c 14

1. Formato: Ofício Periódico Clipping Memorando Relatório Fôlder
2. Duração: Início: 9 h 21 min 15 seg. Fim: 9 h 22 min 25 seg. Duração: 0 min 40 seg. (= 1 min)
3. Remetente: Unsinor 4. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor
5. Finalidade:
- | | | | | |
|--|--|----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agradecimentos | <input type="checkbox"/> Entidade Classe | <input type="checkbox"/> Colegas | <input type="checkbox"/> Governo | <input checked="" type="checkbox"/> Organizações Comerciais |
| <input type="checkbox"/> Pedidos em função do Status | <input type="checkbox"/> Dados de Referência | | <input type="checkbox"/> Relatórios Operacionais | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Solicitações | <input type="checkbox"/> Relatórios Gerais | | <input type="checkbox"/> Recomendações de Conduta | |
| <input type="checkbox"/> Pedidos de Autorização | <input type="checkbox"/> Notícias Periódicas | | <input type="checkbox"/> Problemas e Pressões | |
| | <input type="checkbox"/> Ocorrências | | <input type="checkbox"/> Idéias | |
6. Atenção recebida: Leitura Estudo Rápida Olhada
7. Ação Tomada:
- Resposta por escrito Encaminhado p/ arquivo Encaminhado p/ subordinados
- Encaminhado p/superior Lixeira
- Anotações: Fôlder: Treinamento - Ferramenta para Melhoria da Produção.

REGISTRO DE CORRESPONDÊNCIAS

c 15

1. Formato: Ofício Periódico Clipping Memorando Relatório Fôlder
2. Duração: Início: 10 h 34 min 30 seg. Fim: 10 h 35 min 27 seg. Duração: 0 min 57 seg. (= 1 min)
3. Remetente: ATKGS 4. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor
5. Finalidade:
- | | | | | |
|--|---|----------------------------------|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Agradecimentos | <input checked="" type="checkbox"/> Entidade Classe | <input type="checkbox"/> Colegas | <input type="checkbox"/> Governo | <input type="checkbox"/> Organizações Comerciais |
| <input type="checkbox"/> Pedidos em função do Status | <input type="checkbox"/> Dados de Referência | | <input type="checkbox"/> Relatórios Operacionais | |
| <input type="checkbox"/> Solicitações | <input type="checkbox"/> Relatórios Gerais | | <input type="checkbox"/> Recomendações de Conduta | |
| <input type="checkbox"/> Pedidos de Autorização | <input type="checkbox"/> Notícias Periódicas | | <input type="checkbox"/> Problemas e Pressões | |
| | <input type="checkbox"/> Ocorrências | | <input type="checkbox"/> Idéias | |
6. Atenção recebida: Leitura Estudo Rápida Olhada
7. Ação Tomada:
- Resposta por escrito Encaminhado p/ arquivo Encaminhado p/ subordinados
- Encaminhado p/superior Lixeira
- Anotações: Agradecimento pela concessão do auditório para reunião da entrada de classe hospitalar.

REGISTRO DE CORRESPONDÊNCIAS

c 16

1. Formato: Ofício Periódico Clipping Memorando Relatório Fôlder
 2. Duração: Início: 10 h 35 min 32 seg. Fim: 10 h 36 min 15 seg. Duração: 0 min 43 seg. (= 1 min)
 3. Remetente: Unimed 4. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor
 5. Finalidade: Entidade Classe Colegas Governo Organizações Comerciais
 Agradecimentos Dados de Referência Relatórios Operacionais
 Pedidos em função do Status Relatórios Gerais Recomendações de Conduta
 Solicitações Notícias Periódicas Problemas e Pressões
 Pedidos de Autorização Ocorrências Idéias

6. Atenção recebida: Leitura Estudo Rápida Olhada
 7. Ação Tomada: Resposta por escrito Encaminhado p/ arquivo Encaminhado p/ subordinados
 Encaminhado p/superior Lixeira

Anotações: Encaminhada para Dr. Técnico do Hospital
Correspondência convocando A&E + Pauta A&E.

REGISTRO DE CORRESPONDÊNCIAS

c 17

1. Formato: Ofício Periódico Clipping Memorando Relatório Fôlder
 2. Duração: Início: 10 h 36 min seg. Fim: 10 h 39 min 22 seg. Duração: 3 min 05 seg. (= 3 min)
 3. Remetente: Fed. SCSRS RS 4. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor
 5. Finalidade: Entidade Classe Colegas Governo Organizações Comerciais
 Agradecimentos Dados de Referência Relatórios Operacionais
 Pedidos em função do Status Relatórios Gerais Recomendações de Conduta
 Solicitações Notícias Periódicas Problemas e Pressões
 Pedidos de Autorização Ocorrências Idéias

6. Atenção recebida: Leitura Estudo Rápida Olhada
 7. Ação Tomada: Resposta por escrito Encaminhado p/ arquivo Encaminhado p/ subordinados
 Encaminhado p/superior Lixeira

Anotações: Journal Informativo da Fed. SCSRS e Hosp. Filantropicos do RS. Leitu-
ra dos artigos, notícias de interesse. leitura interrompida pela che-
gada da enfer. supervisora R.

REGISTRO DE CORRESPONDÊNCIAS

c 18

1. Formato: Ofício Periódico Clipping Memorando Relatório Fôlder
 2. Duração: Início: 16 h 56 min 30 seg. Fim: 16 h 57 min 18 seg. Duração: 0 min 48 seg. (= 1 min)
 3. Remetente: Sind. Hosp. Fil 4. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor
 5. Finalidade: Entidade Classe Colegas Governo Organizações Comerciais
 Agradecimentos Dados de Referência Relatórios Operacionais
 Pedidos em função do Status Relatórios Gerais Recomendações de Conduta
 Solicitações Notícias Periódicas Problemas e Pressões
 Pedidos de Autorização Ocorrências Idéias

6. Atenção recebida: Leitura Estudo Rápida Olhada
 7. Ação Tomada: Resposta por escrito Encaminhado p/ arquivo Encaminhado p/ subordinados
 Encaminhado p/superior Lixeira

Anotações: —

C 19

REGISTRO DE CORRESPONDÊNCIAS

1. Formato: Ofício Periódico Clipping Memorando Relatório Fôlder

2. Duração: Início: 16 h 57 min 20 seg. Fim: 16 h 58 min 05 seg. Duração: 0 min 45 seg. (= 1 min)

3. Remetente: HD 4. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor

5. Finalidade: Entidade Classe Colegas Governo Organizações Comerciais

Agradecimentos Dados de Referência Relatórios Operacionais

Pedidos em função do Status Relatórios Gerais Recomendações de Conduta

Solicitações Notícias Periódicas Problemas e Pressões

Pedidos de Autorização Ocorrências Idéias

6. Atenção recebida: Leitura Estudo Rápida Olhada

7. Ação Tomada: Resposta por escrito Encaminhado p/ arquivo Encaminhado p/ subordinados

Encaminhado p/superior Lixeira

Anotações: Treinamento Faturamento IPERGS

C 20

REGISTRO DE CORRESPONDÊNCIAS

1. Formato: Ofício Periódico Clipping Memorando Relatório Fôlder

2. Duração: Início: 16 h 58 min 07 seg. Fim: 16 h 58 min 30 seg. Duração: 0 min 23 seg. (= 1 min)

3. Remetente: Dimed 4. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor

5. Finalidade: Entidade Classe Colegas Governo Organizações Comerciais

Agradecimentos Dados de Referência Relatórios Operacionais

Pedidos em função do Status Relatórios Gerais Recomendações de Conduta

Solicitações Notícias Periódicas Problemas e Pressões

Pedidos de Autorização Ocorrências Idéias

6. Atenção recebida: Leitura Estudo Rápida Olhada

7. Ação Tomada: Resposta por escrito Encaminhado p/ arquivo Encaminhado p/ subordinados

Encaminhado p/superior Lixeira

Anotações: Alterações de Preços praticados pelo Fornecedor.

C

REGISTRO DE CORRESPONDÊNCIAS

1. Formato: Ofício Periódico Clipping Memorando Relatório Fôlder

2. Duração: Início: ___ h ___ min ___ seg. Fim: ___ h ___ min ___ seg. Duração: ___ min ___ seg. (= ___ min)

3. Remetente: _____ 4. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor

5. Finalidade: Entidade Classe Colegas Governo Organizações Comerciais

Agradecimentos Dados de Referência Relatórios Operacionais

Pedidos em função do Status Relatórios Gerais Recomendações de Conduta

Solicitações Notícias Periódicas Problemas e Pressões

Pedidos de Autorização Ocorrências Idéias

6. Atenção recebida: Leitura Estudo Rápida Olhada

7. Ação Tomada: Resposta por escrito Encaminhado p/ arquivo Encaminhado p/ subordinados

Encaminhado p/superior Lixeira

Anotações: _____

REGISTRO DOS CONTATOS

HOSPITAL "X"

Data: 11/08/98

Referência	Meio	Propósito	Participantes	Núm. Partic.	Vínculo	Iniciativa	Duração (min)	Local
A	Reunião Não Programada	Recebendo Informações	Consultor Hospitalar	1	Fornecedor	Oponente	14	Sala Administrador
B	Telefonema	Trabalho Não Gerencial	Esposa	-	Outro	Oponente	1	Sala Administrador
C	Reunião Não Programada	Revisão	Agente Publicitário	1	Fornecedor	Oponente	16	Sala Administrador
D	Telefonema	Agendamento	Eng.Const.Mosman	-	Fornecedor	Oponente	2	Sala Administrador
E	Reunião Programada	Revisão	Arq.,Chefe Rec, Diretora	3	Fornecedor	Relógio	48	Sala de Reuniões
F	Reunião Não Programada	Revisão	Enfa.Supervisora	1	Subordinado	Oponente	23	Sala Administrador
G	Visita Observacional	Visita Observacional	-	1	-	Própria	63	Dentro Hospital
H	Reunião Programada	Revisão	Diretora,Vice-Dir,Dir.Téc.	4	Superior	Relógio	162	Sala de Reuniões
I	Telefonema	Negociação	Gerente Unimed NH	-	Cliente	Própria	8	Sala Administrador
J	Reunião Programada	Negociação	Eng Const.Mosman	1	Fornecedor	Relógio	55	Sala Administrador
K	Reunião Programada	Trabalho Externo	Conselheiros CMS	27	Governo	Relógio	150	Fora Hospital
						TOTAL	542	
							9h02min	

Obs.: Nas reuniões, programadas ou não, o número de participantes como exposto nessa planilha não inclui o Administrador Hospitalar, pois as reuniões foram sempre com ele mais o(s) participante(s).

REGISTRO DE TELEFONEMAS

(3) T 1

1. Iniciativa: Própria Oponente(nome): _____ Mútua

2. Duração: Início: 8 h 41 min 48 seg. Fim: 8 h 42 min 42 seg. Duração: 0 min 59 seg. (= 1 min)

3. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor Entidade Classe

4. Finalidade: Colegas Governo Organizações Comerciais Outro

Trabalho Não Gerencial Pedidos de Ação Dando Informações

Agendamento Solicitação dos Gerentes Revisão

Cerimônia Visita Observacional Estratégia

Trabalho Externo Recebendo Informações Negociação

Pedido função Status/Solicitações

5. Local: Sala Administrador Sala Reuniões Dentro Hospital Fora Hospital

Anotações: Assunto de natureza familiar.

REGISTRO DE TELEFONEMAS

(D) T 2

1. Iniciativa: Própria Oponente(nome): Sr. J. Mútua

2. Duração: Início: 9 h 33 min 10 seg. Fim: 9 h 35 min 09 seg. Duração: 1 min 59 seg. (= 2 min)

3. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor Entidade Classe

4. Finalidade: Colegas Governo Organizações Comerciais Outro

Trabalho Não Gerencial Pedidos de Ação Dando Informações

Agendamento Solicitação dos Gerentes Revisão

Cerimônia Visita Observacional Estratégia

Trabalho Externo Recebendo Informações Negociação

Pedido função Status/Solicitações

5. Local: Sala Administrador Sala Reuniões Dentro Hospital Fora Hospital

Anotações: Reunião Construtora M. Pauta: Melhor entendimento proposta.

REGISTRO DE TELEFONEMAS

(I) T 3

1. Iniciativa: Própria Oponente(nome): _____ Mútua

2. Duração: Início: 17 h 06 min 12 seg. Fim: 17 h 13 min 55 seg. Duração: 7 min 43 seg. (= 8 min)

3. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor Entidade Classe

4. Finalidade: Colegas Governo Organizações Comerciais Outro

Trabalho Não Gerencial Pedidos de Ação Dando Informações

Agendamento Solicitação dos Gerentes Revisão

Cerimônia Visita Observacional Estratégia

Trabalho Externo Recebendo Informações Negociação

Pedido função Status/Solicitações

5. Local: Sala Administrador Sala Reuniões Dentro Hospital Fora Hospital

Anotações: Credenciamento do Hospital para realização novos exames cardiolo-
gicos e novos procedimentos junto à Unimed local.

REGISTRO DE TELEFONEMAS

T

1. Iniciativa: Própria Oponente(nome): _____ Mútua

2. Duração: Início: _____ h _____ min _____ seg. Fim: _____ h _____ min _____ seg. Duração: _____ min _____ seg. (= _____ min)

3. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor Entidade Classe

4. Finalidade: Colegas Governo Organizações Comerciais Outro

Trabalho Não Gerencial Pedidos de Ação Dando Informações

Agendamento Solicitação dos Gerentes Revisão

Cerimônia Visita Observacional Estratégia

Trabalho Externo Recebendo Informações Negociação

Pedido função Status/Solicitações

5. Local: Sala Administrador Sala Reuniões Dentro Hospital Fora Hospital

Anotações: _____

REUNIÕES: PROGRAMADAS OU NÃO

A R 1

1. Reunião: Programada Não Programada

2. Iniciativa: Própria Oponente Relógio Mútua

3. Duração: Início: 8 h 11 min 12 seg. Fim: 8 h 25 min 18 seg. Duração: 14 min 06 seg. (= 14 min)

4. Participantes: Quantos? 2 Nomes: Administrador (Sr. G) e Consultor (Sr. D.)

5. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor

6. Finalidade: Entidade Classe Colegas Governo Organizações Comerciais

Trabalho Não Gerencial Pedidos de Ação Dando Informações

Agendamento Pedidos dos Gerentes Revisão

Cerimônia Visita Observacional Estratégia

Trabalho Externo Recebendo Informações Negociação

Pedido função Status/Solicitações

7. Local: Sala Administrador Sala Reuniões Dentro Hospital Fora Hospital

Anotações: Consultor Hospitalar estava deslocando-se para município vizinho e aproveitou oportunidade para conversar com o Sr. G acerca de novas ideias que tivera para negociar com os médicos do Corpo Clínico do Hosp. ref. construção do Centro Clínico e de Diagnóstico do Hospital.

REUNIÕES: PROGRAMADAS OU NÃO

* Interrompida por T2 (2 min)

C R 2

1. Reunião: Programada Não Programada 16

2. Iniciativa: Própria Oponente Relógio Mútua

3. Duração: Início: 9 h 22 min 25 seg. Fim: 9 h 40 min 02 seg. Duração: 17 min 37 seg. (= 18 min)

4. Participantes: Quantos? 2 Nomes: Adm (Sr. G) e Publicitário (Sr. E)

5. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor

6. Finalidade: Entidade Classe Colegas Governo Organizações Comerciais

Trabalho Não Gerencial Pedidos de Ação Dando Informações

Agendamento Pedidos dos Gerentes Revisão

Cerimônia Visita Observacional Estratégia

Trabalho Externo Recebendo Informações Negociação

Pedido função Status/Solicitações

7. Local: Sala Administrador Sala Reuniões Dentro Hospital Fora Hospital

Anotações: Discussão da ideia sobre o anúncio a imprensa/comunidade da inauguração do novo Tomógrafo do Hospital, bem como do anúncio da aquisição de equipamentos cardiológicos de última geração pelo Hospital.

REUNIÕES: PROGRAMADAS OU NÃO

E R 3

1. Reunião: Programada Não Programada

2. Iniciativa: Própria Oponente Relógio Mútua

3. Duração: Início: 9 h 43 min 15 seg. Fim: 10 h 31 min 02 seg. Duração: 47 min 47 seg. (= 48 min)

4. Participantes: Quantos? 4 Nomes: Adm Hosp + Arq. J + Jr. S. (Diretora) + Sra. R. (Chefe Recepção)

5. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor

6. Finalidade: Entidade Classe Colegas Governo Organizações Comerciais

Trabalho Não Gerencial Pedidos de Ação Dando Informações

Agendamento Pedidos dos Gerentes Revisão

Cerimônia Visita Observacional Estratégia

Trabalho Externo Recebendo Informações Negociação

Pedido função Status/Solicitações

7. Local: Sala Administrador Sala Reuniões Dentro Hospital Fora Hospital

Anotações: Projeto apresentado pelo Arq. J. para reformulação do layout da recepção do Hospital, alterações do fluxo de pacientes, individualização de recepções por túmulos e recepção SUS. Discussão sobre as funções dos espaços.

REUNIÕES: PROGRAMADAS OU NÃO

(F) R 4

1. Reunião: Programada Não Programada

2. Iniciativa: Própria Oponente Relógio Mútua

3. Duração: Início: 10 h 39 min 22 seg. Fim: 11 h 02 min 46 seg. Duração: 23 min 24 seg. (= 23 min)

4. Participantes: Quantos? 2 Nomes: Adm. Hosp. + Enf. R

5. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor

6. Finalidade: Entidade Classe Colegas Governo Organizações Comerciais

Trabalho Não Gerencial Pedidos de Ação Dando Informações

Agendamento Pedidos dos Gerentes Revisão

Cerimônia Visita Observacional Estratégia

Trabalho Externo Recebendo Informações Negociação

Pedido função Status/Solicitações

7. Local: Sala Administrador Sala Reuniões Dentro Hospital Fora Hospital

Anotações: *Enf. sai de férias amanhã. No retorno de providências tomadas ref. tarefas sob sua responsabilidade. Despacham diversos assuntos de rotina, inclusive sobre transesores da Unidade Clín. Med. Adulto.*

REUNIÕES: PROGRAMADAS OU NÃO

(H) R 5

1. Reunião: Programada Não Programada

2. Iniciativa: Própria Oponente Relógio Mútua

3. Duração: Início: 14 h 13 min 00 seg. Fim: 16 h 54 min 57 seg. Duração: 161 min 51 seg. (= 162 min)

4. Participantes: Quantos? 4 Nomes: Atop + Sr. Diretora + Vio-Diretora + Dir. Técnico

5. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor

6. Finalidade: Entidade Classe Colegas Governo Organizações Comerciais

Trabalho Não Gerencial Pedidos de Ação Dando Informações

Agendamento Pedidos dos Gerentes Revisão

Cerimônia Visita Observacional Estratégia

Trabalho Externo Recebendo Informações Negociação

Pedido função Status/Solicitações

7. Local: Sala Administrador Sala Reuniões Dentro Hospital Fora Hospital

Anotações: *Reunião de Diretoria. pauta da discussão: atividades/problemas semana anterior, cerimônia tomógrafo, construção CCLINIB, Reforma Bio Saque, assuntos reunião CMS, etc.*

REUNIÕES: PROGRAMADAS OU NÃO

(J) R 6

1. Reunião: Programada Não Programada

2. Iniciativa: Própria Oponente Relógio Mútua

3. Duração: Início: 17 h 15 min 10 seg. Fim: 18 h 09 min 57 seg. Duração: 54 min 47 seg. (= 55 min)

4. Participantes: Quantos? 2 Nomes: Atop + Eng. M.

5. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor

6. Finalidade: Entidade Classe Colegas Governo Organizações Comerciais

Trabalho Não Gerencial Pedidos de Ação Dando Informações

Agendamento Pedidos dos Gerentes Revisão

Cerimônia Visita Observacional Estratégia

Trabalho Externo Recebendo Informações Negociação

Pedido função Status/Solicitações

7. Local: Sala Administrador Sala Reuniões Dentro Hospital Fora Hospital

Anotações: *Negociação preliminar do projeto de construção do Centro Clínico e de Diagnóstico do Hospital para posterior apresentação da proposta à Diretoria. 1700 m² / 14.300 m² 20.000 CB'S = 9m.*

REUNIÕES: PROGRAMADAS OU NÃO

(K) R 7

1. Reunião: Programada Não Programada
2. Iniciativa: Própria Oponente Relógio Mútua
3. Duração: Início: 19 h 45 min 15 seg. Fim: 21 h 15 min 12 seg. Duração: 149 min 57 seg. (= 150 min)
4. Participantes: Quantos? 27 Nomes: Atozp + Conselheiros CMS + Superint + Coordenadores.
5. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor
6. Finalidade: Entidade Classe Colegas Governo Organizações Comerciais
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabalho Não Gerencial | <input type="checkbox"/> Pedidos de Ação | <input type="checkbox"/> Dando Informações |
| <input type="checkbox"/> Agendamento | <input type="checkbox"/> Pedidos dos Gerentes | <input type="checkbox"/> Revisão |
| <input type="checkbox"/> Cerimônia | <input type="checkbox"/> Visita Observacional | <input type="checkbox"/> Estratégia |
| <input type="checkbox"/> Trabalho Externo | <input type="checkbox"/> Recebendo Informações | <input type="checkbox"/> Negociação |
| <input type="checkbox"/> Pedido função Status/Solicitações | | |
7. Local: Sala Administrador Sala Reuniões Dentro Hospital Fora Hospital
- Anotações: _____

REUNIÕES: PROGRAMADAS OU NÃO

R _____

1. Reunião: Programada Não Programada
2. Iniciativa: Própria Oponente Relógio Mútua
3. Duração: Início: ___ h ___ min ___ seg. Fim: ___ h ___ min ___ seg. Duração: ___ min ___ seg. (= ___ min)
4. Participantes: Quantos? ___ Nomes: _____
5. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor
6. Finalidade: Entidade Classe Colegas Governo Organizações Comerciais
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabalho Não Gerencial | <input type="checkbox"/> Pedidos de Ação | <input type="checkbox"/> Dando Informações |
| <input type="checkbox"/> Agendamento | <input type="checkbox"/> Pedidos dos Gerentes | <input type="checkbox"/> Revisão |
| <input type="checkbox"/> Cerimônia | <input type="checkbox"/> Visita Observacional | <input type="checkbox"/> Estratégia |
| <input type="checkbox"/> Trabalho Externo | <input type="checkbox"/> Recebendo Informações | <input type="checkbox"/> Negociação |
| <input type="checkbox"/> Pedido função Status/Solicitações | | |
7. Local: Sala Administrador Sala Reuniões Dentro Hospital Fora Hospital
- Anotações: _____

REUNIÕES: PROGRAMADAS OU NÃO

R _____

1. Reunião: Programada Não Programada
2. Iniciativa: Própria Oponente Relógio Mútua
3. Duração: Início: ___ h ___ min ___ seg. Fim: ___ h ___ min ___ seg. Duração: ___ min ___ seg. (= ___ min)
4. Participantes: Quantos? ___ Nomes: _____
5. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor
6. Finalidade: Entidade Classe Colegas Governo Organizações Comerciais
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabalho Não Gerencial | <input type="checkbox"/> Pedidos de Ação | <input type="checkbox"/> Dando Informações |
| <input type="checkbox"/> Agendamento | <input type="checkbox"/> Pedidos dos Gerentes | <input type="checkbox"/> Revisão |
| <input type="checkbox"/> Cerimônia | <input type="checkbox"/> Visita Observacional | <input type="checkbox"/> Estratégia |
| <input type="checkbox"/> Trabalho Externo | <input type="checkbox"/> Recebendo Informações | <input type="checkbox"/> Negociação |
| <input type="checkbox"/> Pedido função Status/Solicitações | | |
7. Local: Sala Administrador Sala Reuniões Dentro Hospital Fora Hospital
- Anotações: _____

VISITA OBSERVAÇÃO

6 v 1

1. Iniciativa da Visita: Própria Causa Externa(especificar): _____

2. Duração: Início: 11 h 03 min 50 seg. Fim: 12 h 06 min 10 seg. Duração: 62 min 20 seg. (= 62 min)

3. Finalidade:
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabalho Não Gerencial | <input type="checkbox"/> Pedidos de Ação | <input type="checkbox"/> Dando Informações |
| <input type="checkbox"/> Agendamento | <input type="checkbox"/> Pedidos dos Gerentes | <input type="checkbox"/> Revisão |
| <input type="checkbox"/> Cerimônia | <input checked="" type="checkbox"/> Visita Observacional | <input type="checkbox"/> Estratégia |
| <input type="checkbox"/> Trabalho Externo | <input type="checkbox"/> Recebendo Informações | <input type="checkbox"/> Negociação |
| <input type="checkbox"/> Pedidos função Status/Solicitações | | |

5. Locais Visitados:
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Postos de Enfermagem | <input type="checkbox"/> Bloco Operatório | <input type="checkbox"/> Suprimentos/Compras |
| <input type="checkbox"/> Recepção/Internação | <input type="checkbox"/> UTI | <input type="checkbox"/> Financeiro |
| <input type="checkbox"/> Ambulatório | <input type="checkbox"/> Radiologia | <input type="checkbox"/> Lavanderia |
| <input type="checkbox"/> Pronto Socorro | <input type="checkbox"/> Plano Próprio Saúde | <input type="checkbox"/> Manutenção |
| <input type="checkbox"/> Laboratório | <input type="checkbox"/> Nutrição e Dietética | <input checked="" type="checkbox"/> <u>Fat/Bco Sique/CPD</u> |

Anotações: *AH passa pela sala da secretária para avisar. No corredor, encontra Sr. S, Diretora e aprovada para buscar deliberação sobre intenção do Dr. B de colocar placa do seu serviço de cardio no Hospital. Visita Un. Faturamento Hospitalar conversa com Chelvia. Tudo OK. Visita CPD, idem. Ao ir p/ bloco Sique encontra 2 médicos no corredor (1 cardio, 1 otorrino). O cardio fala-lhe dos problemas ligados com o exame de um paciente seu na UTI. Solicita providências. Passa por ali o Dr. R., Diretor Técnico. Intera-se do problema. Cumprimenta. Conversa rapidamente. Segue adiante. Falam sobre inauguração. Após, vai ao BSique conversa com mestre de obras. Tudo OK. Tinha dobrado do colocador de gesso. Chama enq. para discutir sobre o piso do banheiro. Vai almoçar.*

VISITA OBSERVAÇÃO

v _____

1. Iniciativa da Visita: Própria Causa Externa(especificar): _____

2. Duração: Início: _____ h _____ min _____ seg. Fim: _____ h _____ min _____ seg. Duração: _____ min _____ seg. (= _____ min)

3. Finalidade:
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabalho Não Gerencial | <input type="checkbox"/> Pedidos de Ação | <input type="checkbox"/> Dando Informações |
| <input type="checkbox"/> Agendamento | <input type="checkbox"/> Pedidos dos Gerentes | <input type="checkbox"/> Revisão |
| <input type="checkbox"/> Cerimônia | <input type="checkbox"/> Visita Observacional | <input type="checkbox"/> Estratégia |
| <input type="checkbox"/> Trabalho Externo | <input type="checkbox"/> Recebendo Informações | <input type="checkbox"/> Negociação |
| <input type="checkbox"/> Pedidos função Status/Solicitações | | |

5. Locais Visitados:
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Postos de Enfermagem | <input type="checkbox"/> Bloco Operatório | <input type="checkbox"/> Suprimentos/Compras |
| <input type="checkbox"/> Recepção/Internação | <input type="checkbox"/> UTI | <input type="checkbox"/> Financeiro |
| <input type="checkbox"/> Ambulatório | <input type="checkbox"/> Radiologia | <input type="checkbox"/> Lavanderia |
| <input type="checkbox"/> Pronto Socorro | <input type="checkbox"/> Plano Próprio Saúde | <input type="checkbox"/> Manutenção |
| <input type="checkbox"/> Laboratório | <input type="checkbox"/> Nutrição e Dietética | <input type="checkbox"/> _____ |

Anotações: _____

REGISTRO CRONOLÓGICO-ANALÍTICO HOSPITAL: _____ Data: __/__/__ F.nº __

Horário: Início Fim	Descrição Analítica das Atividades

REGISTRO DE CORRESPONDÊNCIAS

C _____

1. Formato: Ofício Periódico Clipping Memorando Relatório Fôlder
2. Duração: Início: __h__min__seg. Fim: __h__min__seg. Duração: __min__seg. (= __min)
3. Remetente: _____ 4. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor
5. Finalidade:
- | | | | | |
|--|--|----------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Agradecimentos | <input type="checkbox"/> Entidade Classe | <input type="checkbox"/> Colegas | <input type="checkbox"/> Governo | <input type="checkbox"/> Organizações Comerciais |
| <input type="checkbox"/> Pedidos em função do Status | <input type="checkbox"/> Dados de Referência | | | <input type="checkbox"/> Relatórios Operacionais |
| <input type="checkbox"/> Solicitações | <input type="checkbox"/> Relatórios Gerais | | | <input type="checkbox"/> Recomendações de Conduta |
| <input type="checkbox"/> Pedidos de Autorização | <input type="checkbox"/> Notícias Periódicas | | | <input type="checkbox"/> Problemas e Pressões |
| | <input type="checkbox"/> Ocorrências | | | <input type="checkbox"/> Idéias |
6. Atenção recebida: Leitura Estudo Rápida Olhada
7. Ação Tomada:
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resposta por escrito | <input type="checkbox"/> Encaminhado p/ arquivo | <input type="checkbox"/> Encaminhado p/ subordinados |
| <input type="checkbox"/> Encaminhado p/superior | <input type="checkbox"/> Lixeira | |

Anotações:

REUNIÕES: PROGRAMADAS OU NÃO

R _____

1. Reunião: Programada Não Programada
2. Iniciativa: Própria Oponente Relógio Mútua
3. Duração: Início: __h__min__seg. Fim: __h__min__seg. Duração: __min__seg. (= __min)
4. Participantes: Quantos? _____ Nomes: _____
5. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor
6. Finalidade:
- | | | | | |
|--|--|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Trabalho Não Gerencial | <input type="checkbox"/> Entidade Classe | <input type="checkbox"/> Colegas | <input type="checkbox"/> Governo | <input type="checkbox"/> Organizações Comerciais |
| <input type="checkbox"/> Agendamento | <input type="checkbox"/> Pedidos de Ação | | | <input type="checkbox"/> Dando Informações |
| <input type="checkbox"/> Cerimônia | <input type="checkbox"/> Pedidos dos Gerentes | | | <input type="checkbox"/> Revisão |
| <input type="checkbox"/> Trabalho Externo | <input type="checkbox"/> Visita Observacional | | | <input type="checkbox"/> Estratégia |
| <input type="checkbox"/> Pedido função Status/Solicitações | <input type="checkbox"/> Recebendo Informações | | | <input type="checkbox"/> Negociação |
7. Local: Sala Administrador Sala Reuniões Dentro Hospital Fora Hospital

Anotações:

REGISTRO DE TELEFONEMAS

T _____

1. Iniciativa: Própria Oponente(nome): _____ Mútua
2. Duração: Início: __h__min__seg. Fim: __h__min__seg. Duração: __min__seg. (= __min)
3. Vínculo: Subordinado Superior Médico Clínico Cliente Fornecedor
 Entidade Classe Colegas Governo Organizações Comerciais Outro
4. Finalidade:
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trabalho Não Gerencial | <input type="checkbox"/> Pedidos de Ação | <input type="checkbox"/> Dando Informações |
| <input type="checkbox"/> Agendamento | <input type="checkbox"/> Solicitação dos Gerentes | <input type="checkbox"/> Revisão |
| <input type="checkbox"/> Cerimônia | <input type="checkbox"/> Visita Observacional | <input type="checkbox"/> Estratégia |
| <input type="checkbox"/> Trabalho Externo | <input type="checkbox"/> Recebendo Informações | <input type="checkbox"/> Negociação |
| <input type="checkbox"/> Pedido função Status/Solicitações | | |
5. Local: Sala Administrador Sala Reuniões Dentro Hospital Fora Hospital

Anotações:

VISITA DE OBSERVAÇÃO

V _____

1. Iniciativa da Visita: Própria Causa Externa(especificar): _____
2. Duração: Início: __h__min__seg. Fim: __h__min__seg. Duração: __min__seg. (= __min)
3. Finalidade:
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabalho Não Gerencial | <input type="checkbox"/> Pedidos de Ação | <input type="checkbox"/> Dando Informações |
| <input type="checkbox"/> Agendamento | <input type="checkbox"/> Pedidos dos Gerentes | <input type="checkbox"/> Revisão |
| <input type="checkbox"/> Cerimônia | <input type="checkbox"/> Visita Observacional | <input type="checkbox"/> Estratégia |
| <input type="checkbox"/> Trabalho Externo | <input type="checkbox"/> Recebendo Informações | <input type="checkbox"/> Negociação |
| <input type="checkbox"/> Pedidos função Status/Solicitações | | |
5. Locais Visitados:
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Postos de Enfermagem | <input type="checkbox"/> Bloco Operatório | <input type="checkbox"/> Suprimentos/Compras |
| <input type="checkbox"/> Recepção/Internação | <input type="checkbox"/> UTI | <input type="checkbox"/> Financeiro |
| <input type="checkbox"/> Ambulatório | <input type="checkbox"/> Radiologia | <input type="checkbox"/> Lavanderia |
| <input type="checkbox"/> Pronto Socorro | <input type="checkbox"/> Plano Próprio Saúde | <input type="checkbox"/> Manutenção |
| <input type="checkbox"/> Laboratório | <input type="checkbox"/> Nutrição e Dietética | <input type="checkbox"/> _____ |

Anotações:

ANEXO 5 - O HOSPITAL E SUAS FUNÇÕES NUMA PERSPECTIVA HISTÓRICA

O Hospital, através dos tempos, segundo Cherubin¹ (1988), apresenta três funções essenciais:

1. Segregadora, até 1500;
2. Curativa, até 1910 e
3. Profilática e Curativa, até os dias de hoje.

A palavra hospital vem do latim, "hospitium", que significa lugar onde se hospedam pessoas. Não se identifica, historicamente, um significado unívoco e preciso ao termo hospital e suas funções vitais baseavam-se nas necessidades concretas do momento histórico e geográfico.

Os médicos, na antiga Grécia, Egito, Índia, atendiam aos enfermos em casa e aprendiam medicina junto aos templos. Na Grécia, muitos séculos a.C., encontrou-se construções junto aos templos dedicados a Esculápio, deus da medicina. Pessoas enfermas eram colocadas ante a estátua do deus para que a ação dos sonhos associadas à de medicamentos empíricos preparados pelos sacerdotes pudessem curar os doentes. (Teixeira, J.M.C., 1983)²

Os primeiros hospitais que se tem notícia datam do ano 400 a.C. Neste ano, em Óstia, perto de Roma, Fabíola fundou um dos primeiros hospitais da Itália.

Após a Idade Média, com o Renascimento, surgem diversos hospitais.

Em agosto de 1498, em Lisboa, Portugal, a rainha Leonor de Lencastre funda a primeira Santa Casa de Misericórdia do mundo, cuja finalidade essencial era a de recolher e

¹ Cherubin, N.A. Fundamentos da Administração Hospitalar, 1988. São Paulo-SP. Ed.CEDAS

² Teixeira, J.M.C. In: O Hospital e a Visão Administrativa Contemporânea, 1983, Ed. Pioneira, SP.

curar os enfermos (“misere” e “cordis”, do latim, “doar seu coração a outrem”). (Pereira, I.A., 1993)⁸

No Brasil, em 01 de novembro de 1543, Brás Cubas funda a primeira Santa Casa, a de Santos. A Santa Casa de Santos, assim, é uma instituição que existe mesmo antes da constituição e organização do Estado Brasileiro! (Pereira, I.A., opus cit.)

Na antiguidade, os hospitais inicialmente davam abrigo aos pobres, depois começaram a hospedar os peregrinos e finalmente atendiam, também, os acometidos de pestes. Suas condições de conforto e higiene eram precaríssimas e só os pobres a eles recorriam. Os mais abastados tratavam-se em casa, onde eram feitas, inclusive, as cirurgias.

Num primeiro momento histórico os doentes eram afastados da sociedade para segurança da mesma: é a fase da segregação. Pouco ou quase nada se conhecia sobre esterilização, desinfecção e assepsia.

Num segundo momento histórico, não tendo qualquer preocupação com a profilaxia, o ensino ou a pesquisa, os hospitais limitavam-se a uma medicina puramente curativa. Daí firmou-se o conceito de ser o hospital uma instituição dedicada ao tratamento de pessoas enfermas.

As mudanças e os progressos porque passaram os serviços de saúde nos últimos tempos, a descoberta de seres microscópicos e o surgimento da bacteriologia (experiências de Pasteur e Lister no fim do séc. XIX e início séc. XX), a evolução da medicina, o surgimento de especializações médicas, a especialização de serviços hospitalares, o avanço tecnológico e o próprio desenvolvimento da medicina preventiva e social conferiram significativas mudanças na organização e nas atividades do hospital, tornando sua gestão muito mais complexa.

A Organização Mundial de Saúde - OMS, em sua “Série de Informes Técnicos nº 112”, Genebra, 1957, define o **hospital** como *“parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde preventiva e*

⁸ Pereira, I.A. A Epopéia das Misericórdias, 1994. Curitiba-PR, Ed. Academia de Cultura de Curitiba.

curativa, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda em centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas bio-sociais”.

As funções essenciais do hospital moderno são, conforme a definição da OMS, as seguintes:

- 1 - Prevenir a doença (profilaxia);
- 2 - Restaurar a saúde (cura);
- 3 - Exercer funções educativas (ensino) e;
- 4 - Promover a pesquisa (pesquisa).

O hospital, por concentrar uma infra-estrutura de serviços e de tecnologia, de instalações e de recursos humanos imprescindíveis ao diagnóstico e ao tratamento de inúmeras patologias; por ampliar suas funções essenciais: prevenção, cura, ensino, pesquisa e reabilitação; por aumentar significativamente o volume de relacionamentos interpessoais, pela presença de uma equipe multiprofissional de saúde e, por aumentar muito mais a interação com a comunidade, tem sua gestão revestida de singular complexidade, quer pelos conflitos emergentes em sua intimidade, quer pelos desafios oriundos do ecossistema em que se insere.

ANEXO 6 - OBSERVAÇÃO ESTRUTURADA COMO MÉTODO DE PESQUISA UTILIZADO POR HENRY MINTZBERG NO DESENVOLVIMENTO DA "TEORIA DOS PAPÉIS DO GERENTE"

1. INTRODUÇÃO

Mintzberg informa em "The Nature of Managerial Work" (1973:230) que após intensa revisão da literatura sobre o trabalho gerencial levada a efeito em 1967-1968, concluiu que havia importante deficiência no estudo do conteúdo e significado do trabalho gerencial.

Decidiu, então, desenvolver pesquisa para estudar e identificar o que realmente os gerentes fazem. Assim, estruturou seu estudo com os seguintes focos:

1. Foco no trabalho mais do que no homem;
2. Foco nas similaridades básicas do trabalho gerencial mais do que nas diferenças e
3. Foco no significado essencial do trabalho mais do que em suas características periféricas.

Estes objetivos o levaram à escolha da metodologia de pesquisa, que, segundo Mintzberg, é indutiva, extensiva e intensiva. Foi indutiva, enfatiza o pesquisador, porque o propósito era descrever o que não se conhecia acerca do trabalho gerencial e desenvolver a partir do estudo de gerentes específicos, afirmações gerais acerca do papel gerencial.

A pesquisa foi extensiva, ampla, global, para capturar, não o que mais chamasse a atenção do pesquisador num determinado momento, mas o trabalho gerencial como um todo. E ela foi intensiva naquilo que tinha que ser analisado profundamente e não superficialmente, dentro do complexo conjunto das atividades gerenciais.

2. O MÉTODO DE OBSERVAÇÃO ESTRUTURADA

A denominação "observação estruturada" foi utilizada por Mintzberg para referir-se a um método que conjuga a flexibilidade de uma observação contingencial (open-end) com a disciplina de procurar certos tipos de dados estruturados. O pesquisador observa os gerentes tal como eles executam seus trabalhos. Cada evento (um contato verbal ou uma corres-

pondência que entra ou sai) é categorizada de diferentes modos (por exemplo: duração, participante e propósito) como no método diário, mas com uma importante diferença: As categorias são desenvolvidas durante a observação e após a mesma. De fato, observa Mintzberg, o pesquisador é influenciado em seu processo de codificação, não pelos padrões expressos pela literatura ou por sua própria experiência, mas pela simples ocorrência do evento.

Esse método de pesquisa possibilitou o desenvolvimento de uma teoria de modo indutivo, possibilitou observar e questionar intensamente onde necessário e possibilitou ser sistemático.

A chave do estudo realizado, ressalta o pesquisador, foi a categorização dos propósitos (finalidades, objetivos). Isto descreve o significado essencial da atividade gerencial - de modo geral, o que os cinco gerentes fizeram - e isso foi o que conduziu o desenvolvimento da **teoria dos papéis dos gerentes**.

E foi justamente da observação estruturada do trabalho gerencial e semanal de cinco diretores executivos de cinco diferentes empresas (1. Empresa de Consultoria; 2. Empresa que produz alta tecnologia para a indústria civil e militar; 3. Empresa Hospitalar; 4. Empresa que produz bens de consumo em mercado industrial altamente competitivo e 5. Empresa Escolar) que foi desenvolvida a Teoria dos Papéis dos Gerentes, de Henry Mintzberg.

3. A CONFIABILIDADE DOS RESULTADOS, DO MÉTODO.

Há razões para acreditar, enfatiza Mintzberg, que os períodos observacionais foram representativos no mix usual de trabalho desses profissionais, quais sejam:

1. Dados de reuniões programadas em meses anteriores foram comparados com o que foi observado durante aquela semana. A frequência das reuniões, os tipos de participantes e a duração das reuniões eram similares nas duas amostras. Os cinco sujeitos da pesquisa, bem como suas secretárias, comentaram a representatividade do período observacional. Então, a pequena amostra escolhida foi provavelmente tão típica da dinâmica do trabalho desses homens como qualquer outra poderia ser;
2. A base para a escolha de apenas cinco executivos é dada pela impressionante quantidade de dados consistentes coletados durante os cinco períodos de obser-

vação. Fortes similaridades apareceram, por exemplo, nos seguintes aspectos: a frequência dos documentos e dos contatos verbais com os subordinados; a quantidade de correspondências em questões operacionais internas; a frequências das sessões de trabalho à mesa; o número e a duração dos telefonemas; a proporção de tempo despendido em reuniões programadas; a proporção de atividades com duração menor do que 9 minutos e maior do que 60 minutos; a quantidade de correspondências iniciadas pelo próprio executivo; a proporção de correspondências em resposta a pedidos formalizados; o tamanho médio das reuniões; a proporção de atividades iniciadas através dos contatos, a localização das atividades. Ressalva o pesquisador que, por certo, as variações e diversidades sempre estiveram presentes, mas não a ponto de prejudicar as conclusões comuns;

3. Outros estudos empíricos sugerem que o trabalho básico desses cinco homens, como observado, é similar aos de outros gerentes em outros trabalhos. As conclusões sobre as características do trabalho são suportados pelos estudos dos diários. A maioria das conclusões sobre as funções do trabalho derivam da análise do significado do trabalho e são suportadas por expressivo número de pesquisas relatadas na literatura, particularmente por Sayles, 1964 e por dois outros estudos seguintes - um acerca dos executivos de pequenos negócios e um outro sobre a média gerência na indústria e no governo. Um outro estudo, conduzido por Irving Choran (1969), que pesquisa, através da observação estruturada, três executivos de três pequenas empresas, demonstram resultados surpreendentemente similares aos resultados obtidos por Mintzberg, em diversas dimensões.

4. ALGUNS PROBLEMAS DA OBSERVAÇÃO ESTRUTURADA SEGUNDO ROSEMARY STEWART

Alguns problemas da Observação Estruturada foram apontados por Rosemary Stewart (1965):

1. O primeiro e mais significativo é a ineficiência: o pesquisador tem que estar presente durante todo o tempo. Como resultado, o tamanho das amostras são severamente limitados;
2. O pesquisador pode ser excluído de algum trabalho confidencial e pode ter dificuldade de entendimento de algo que ele observa.

Pode-se observar, ainda, que esse método, quando comparado a outros métodos utilizados no estudo do trabalho gerencial, é mais dispendioso, por, principalmente, requerer a presença constante do pesquisador junto ao sujeito da pesquisa.

5. CONCLUSÃO

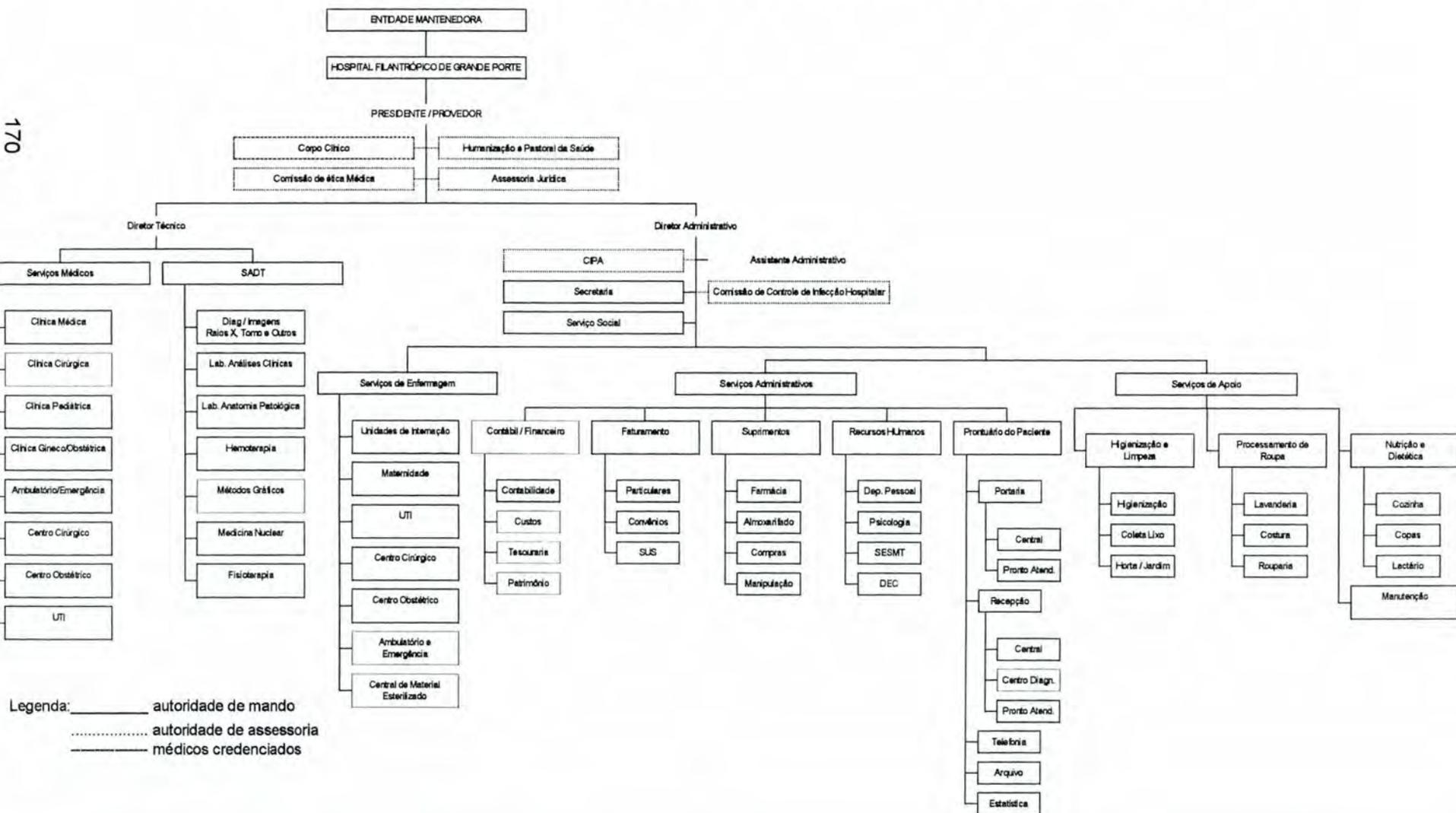
Mintzberg (1973:228) assevera que "a observação estruturada é um dispendioso método de pesquisa, mas talvez o único que possibilita-nos o estudo sistemático e compreensível daquelas partes do trabalho gerencial que não são bem conhecidas".

A observação estruturada também pode conduzir à principal força da observação não estruturada, qual seja o desenvolvimento de planificações sistemáticas para a estruturação de categorias durante e após as observações.

ANEXO 7

ORGANOGRAMA GENÉRICO DE HOSPITAL GERAL FILANTRÓPICO DE GRANDE PORTE - HIERARQUIA 1

170



ANEXO 8

ORGANOGRAMA GENÉRICO DE HOSPITAL GERAL FILANTRÓPICO DE GRANDE PORTE - HIERARQUIA 2



Legenda: _____ autoridade de mando
 autoridade de assessoria
 ----- médicos credenciados