

4 Análise e discussão dos resultados

A pesquisa feita, com base na estratégia fenomenológica (Creswell, 2007), objetivou extrair dos entrevistados percepções individuais sobre o trabalho do administrador de saúde, sempre ancoradas em experiências pessoais que remontaram, em vários casos, ao período de formação médica, às relações familiares, às primeiras referências profissionais, às diferenças entre o setor de saúde público e o privado e ao desenrolar da carreira. No discurso dos entrevistados foram identificadas inúmeras analogias com a Medicina que, a propósito, também encontramos na literatura de administração. Capacidade de diagnóstico, sintomas, transfusão sanguínea, sinais vitais, catalisadores enzimáticos, medidas de febre, investigação clínica, infecção de repetição, enfim, o uso de vocabulário médico foi uma constante nos relatos. Embora nenhum dos administradores entrevistados exerça, atualmente, a Medicina, seu discurso está impregnado de referências de sua formação original.

As entrevistas, que foram gravadas e transcritas, geraram 50 páginas de relatos pessoais sobre a experiência de ser administrador de saúde. A primeira ação foi extrair de cada transcrição as frases significativas e elaborar os sentidos formulados. O resultado inicial foi uma relação de par: para cada idéia explorada, um sentido, gerando 42 sentidos, agrupados em um mesmo quadro. As unidades significativas incluem o que eles viveram (descrição textual) e como eles viveram (descrição estrutural). Ficaram de fora contextos, nomes, datas, localidades e outras informações marginais ao objeto de pesquisa.

O maior desafio foi a categorização dos relatos, mediante a criação de *clusters*. Primeiro, a pesquisadora manuseou as frases e seus sentidos, realocando-os de acordo com os *clusters* que acabara de criar, no total de 26. Ainda eram muitos, o que dificultava a noção de conjunto de temas. Após nova leitura dos *clusters* iniciais, chegou-se a 18 temas, finalizados em seis, devido à criação de um segundo nível de agrupamento em sub-temas para os *clusters*. Tomou-se um cuidado especial na extração das frases de seu contexto original, de

modo que pudesse preservar a idéia do entrevistado. Não foi incomum um período completo se referir a mais de um cluster. Nesses casos, foi extraída a sentença específica que tratava do tema classificado, preservando seu sentido original.

O quadro a seguir traz os *clusters* de temas e sub-temas condensados, assim, pode-se compartilhar um olhar panorâmico das categorias que ordenaram a análise. Em seguida, cada um dos temas é abordado de forma mais aprofundada, com vistas a compor o conjunto de significados extraídos dos relatos dos entrevistados que, no entender da pesquisadora, descrevem a essência da experiência de ser administrador.

Quadro 7 - *Clusters* de temas e sub-temas

Temas	Sub-temas
Mudança de papéis: de médico a médico-administrador	Razões pragmáticas Aspirações de poder e influência Enfretamento de críticas externas à mudança Construção gradual do papel de administrador
Sentimento de onipotência e tolerância ao próprio erro	
Tolerância ao erro da equipe e atenção aos detalhes	
Visão da função gerencial	Uso da lógica e da intuição Preocupação constante com recursos, resultados, métodos, rotinas e controles Necessidade de aprendizado permanente Tomada de decisão Negociação Exercício da liderança e trabalho em equipe Abertura à alteridade
Qualificação da ética	
Escopo da gestão de saúde	

Fonte: elaborado pela autora

4.1.

Mudança de papéis: de médico a médico-administrador

Razões pragmáticas como saúde, dinheiro e tempo são combinadas a aspirações de poder e de influência sobre a atividade médica e sobre os negócios como fatores que motivam a mudança de papéis. Essa mudança, de médico a médico-administrador, não acontece sem a resistência, em alguns casos, de colegas de profissão e, na maior parte dos casos, da família, pela admiração que a profissão médica inspira. De médico a médico-administrador, há um percurso de reconstrução profissional, cuja recompensa vem em forma de mais confiança,

maior compreensão do contexto e melhores decisões, conforme mencionado por parte dos entrevistados. Um dos entrevistados sintetiza a passagem de médico a médico administrador dessa forma:

“A história natural de todos os médicos que se tornam administradores é a de um médico plantonista, que vira gestor de um grupo de médicos, vira chefe de plantão. Depois, se torna chefe de uma unidade fechada, como um centro cirúrgico, uma UTI ou uma emergência. Nesse momento, pode vir a transição para uma atividade que não tem mais contato com o paciente. A hora que ele vira diretor de hospital. Não assina mais decisões médicas. Esse é o marco fundamental para virar um administrador de saúde definitivo ou voltar desse momento” (Entrevistado 4).

A seguir são discutidos cada um dos sub-temas que emergiram das entrevistas como motivadores dessa mudança.

4.1.1. Razões pragmáticas

Buscar a administração como alternativa que lhes dê mais qualidade de vida, maior segurança em relação ao futuro e melhor retorno financeiro a médio e a longo prazos apareceram como motivação para parte dos entrevistados. Além disso, ao acumularem as duas atividades, as práticas médica e administrativa, esses indivíduos sentiram-se pressionados a fazer uma escolha, forçados pelas demandas diárias das duas profissões.

Os entrevistados alegam que a Medicina exige saúde física e disposição, portanto, é previsível buscar uma alternativa para o longo prazo. Um caminho natural é a administração, porque o reconhecimento profissional, a capacidade de organizar o serviço, o relacionamento com a equipe e a confiança dos dirigentes leva o médico a assumir cada vez mais responsabilidades na administração em postos como o de chefe de serviço, de setor e de unidade até a direção geral, no caso dos hospitais. Na percepção de parte dos entrevistados, a capacidade de trabalho intelectual e física que o exercício da Medicina exige tende a entrar em declínio com o envelhecimento, fazendo-os buscar outras perspectivas capazes de reequilibrar trabalho e ganhos. Os relatos seguintes ilustram essas percepções.

“Eu vi o seguinte, vou trocar o curto, pelo médio e longo prazos, em termos de perspectiva de vida e até de ganhos. Principalmente, na fase da terceira idade, porque os ganhos vão decrescendo. E na vida de administrador, você consegue dosar melhor isso. Me impressionava muito a dependência da sua saúde física, para ganhar o sustento. Meu pai foi um dentista de alta qualidade. Trabalhou muito e a vida toda. Uma vez, jogando futebol, quebrou o braço e não podia engessar porque se não, não poderia trabalhar e, então, parava de ganhar. Então, migrei da prática da atenção ao cliente, para a administração pura.” (Entrevistado 1)

“Já estava cansado daquele trabalho de entrega. Dez, doze, quatorze horas de trabalho por dia, dando murro em ponta de faca.” (Entrevistado 2)

“Aí eu me imaginava... eram 6h30 da manhã, todos os dias. Sábado e domingo, em vez de chegar às 6h30, você chegava às 8h30. Mas era sábado, domingo. Passava de manhã, passava de noite. No outro dia, a mesma coisa: passava de manhã, passava de noite. Então, aquilo não era uma coisa que eu queria para o resto da minha vida, até por questões óbvias.” (Entrevistado 1)

A idéia de que a administração traz possibilidades de ganhos financeiros maiores é também um motivador importante. O médico se depara com o fato de que, a despeito da sobrecarga de trabalho, da disponibilidade integral e da exposição a riscos inerentes a sua atividade, outras categorias profissionais têm ganhos bem maiores. Um relato curioso é o de um médico-obstetra que costumava comentar que o técnico em filmagem que fazia o registro de partos, ganhava mais do que ele pela hora de trabalho, que, afinal, era o responsável pela vida da parturiente e do bebê. A preocupação com a questão financeira aparece na próxima fala selecionada:

“A minha passagem de médico para administrador, não foi em um ano específico, foi quase uma transfusão sanguínea. Atuei como médico, fui para o exterior, fiz especialização em câncer, fiz pesquisa em câncer, fiz mestrado e doutorado em Medicina. Quando eu voltei da Europa, eu voltei com uma mão na frente e outra atrás, porque eu tinha ido com meu próprio dinheiro pra lá. Então, eu cheguei no Brasil, fui ser médico em posto de saúde e auditor em uma operadora, onde acabei me tornando administrador. Era emprego mesmo, porque eu precisava pagar as contas no final do mês.” (Entrevistado 6)

Para ser um bom médico, assim como para ser um bom executivo em saúde, é preciso tempo e dedicação. Os entrevistados consideram difícil conciliar as atividades devido ao foco de atenção, as responsabilidades e as exigências inadiáveis que assolam uma e outra profissão. As demandas não terminam no horário comercial do expediente nem as preocupações. A menção a essa dinâmica intensa é freqüente na literatura que descreve o trabalho do administrador. Motta

(1996) já havia ressaltado que a maioria dos gerentes dedica-se intensamente a função, preocupando-se com ela fora dos horários de trabalho, levando problemas para casa e ocupando-se desses problemas em seu horário de lazer. A observação de suas agendas confirma que os administradores são pautados por demandas urgentes cuja consequência é um processo de trabalho fragmentado e imediatista. A imagem do gestor dono do seu tempo, sentado em um sofá, analisando um problema e pensando no futuro é mais fácil de ser encontrada nas artes do que em um escritório da vida real. A fala de um dos entrevistados confirma a dificuldade de conciliar as duas atividades, dada a intensidade da demanda de ambas.

“O que eu senti na época era que um, eu tinha que decidir mesmo e dois, estava sendo injusto com os meus doentes. Porque a gente quer dar o melhor possível. Não dá para ser o melhor médico e o melhor administrador de saúde ao mesmo tempo. Eu ia para o consultório, pensando no caixa, no marketing, na venda, então, não estava focado. Escolhi a administração. Eu não estava mais fazendo uma Medicina de ponta como eu imaginava fazer.” (Entrevistado 6)

Shortell & Kaluzny (2000) observaram que não é por um, mas por uma confluência de fatores que o médico é levado à administração, entre eles, a desilusão tanto de ordem econômica quanto de ordem política, com a Medicina; as preocupações com o estilo de vida; e a constatação de que decisões sobre saúde estão cada vez mais nas mãos de gestores, abordadas no próximo item que também emergiu das entrevistas.

4.1.2. Aspirações de poder e influência

Esse sub-tema ressalta o fato de que os médicos, que se tornaram administradores, queriam ter um grau de decisão maior sobre suas próprias vidas, sobre a prática médica, sobre a organização a qual estão ligados e sobre a saúde em geral. Os entrevistados afirmam que a mudança de papel se deu tanto por desejar mais autonomia para si, quanto por querer ter maior controle sobre a assistência médica que praticavam. Grande parte dos recursos que impactavam em seu trabalho é administrado pelas organizações e não pelo médico: as tecnologias, a infra-estrutura, os medicamentos disponíveis, a equipe, outros serviços de saúde complementares e até os pacientes. A convicção é a de que o administrador tem maior poder de decisão sobre os recursos, o que é decisivo para a eficiência do trabalho médico. As falas seguintes ilustram esse ponto.

“Então, como chefe de clínica, tocava a parte administrativa, a parte de organização do serviço. Quais eram as atribuições? Primeiro, fazer a coisa funcionar no que diz respeito à assistência em si e, além disso, outros aspectos de ordem administrativa, de controle de equipe, de pessoal etc. Fui, então, chamado para trabalhar na administração do hospital no que diz respeito, particularmente, a orientação técnica. Participando das comissões técnicas, a gente tinha a capacidade de resolver as nossas necessidades com mais facilidade. Podia melhorar o nosso trabalho como médico. (Entrevistado1)

“A outra coisa que me fez migrar para a administração foi a constatação de que na área da saúde eu não tinha mais o que fazer como médico pra conseguir melhorar a eficiência do meu trabalho e o trabalho da unidade pela qual eu era responsável. Eu era o responsável pelo CTI, onde a gente cuidava de prematuros extremos, meio quilo, 700 gramas, numa estrutura que era absolutamente irregular em relação a ofertas de insumos desde a água, material, medicamentos...e o contraste que a gente vivia de acesso numa instituição privada, onde era o mesmo grupo de profissionais, as mesmas pessoas, as mesmas competências, e a gente tinha resultados diferentes em função da continuidade dos insumos que eram oferecidos. E olha que era uma ilha na rede pública.” (Entrevistado 2)

“A gente conseguiu uma projeção muito grande, do ponto de vista científico e do ponto de vista da posição. Não da posição como chefe, porque eu não queria ser chefe. Meu objetivo de vida era fazer o que eu achava que eu queria fazer. E tive essa felicidade. Nunca na minha vida, eu tive que fazer o que eu não quisesse fazer. (Entrevistado1)

Alguns entrevistados revelaram também a preocupação em medir e agir sobre a realidade. O desejo de conhecer, em sua amplitude, a informação revelada parcialmente em seu dia a dia, no que se refere aos índices de qualidade, custos de procedimentos, eficiência de tratamentos, satisfação de pacientes, receita, entre tantos outros fatores presentes em uma ambiente de assistência médica. A percepção é a de que o administrador controla, mede resultados e melhora a própria atividade médica.

“Sempre tive vocação administrativa além da de médico, gostava de controlar, de medir resultados.” (Entrevistado1)

O desejo de implementar uma visão médica pessoal em grande escala aparece como aspiração de alguns entrevistados. Há uma preservação íntima do que os médicos consideram efetivo e desejável em saúde. Apenas uma organização seria capaz de fornecer os meios para realizar essa visão de modo a atingir uma parte significativa da população. A perspectiva é a de que o administrador tem poder para ampliar o raio de ação da Medicina. As falas seguintes ilustram esse pensamento.

“Você acaba aproveitando tudo o que você aprendeu na sua formação para ter o poder na mão e fazer com que uma quantidade maior de pessoas possa ajudar a concretizar sua visão. Então, é necessário ter poder para promover o que você fazia na prática assistencial, numa escala maior.” (Entrevistado 3)

“Em três anos eu fiz essa opção. O que me atraiu na época? Primeiro, os mentores que eu tive, pessoas que eu admirava, que tinham sucesso na sua função. Segundo, eu percebia a importância do administrador numa unidade de saúde, a gente faz Medicina através dos outros. A gente provê recursos técnicos, ferramentas administrativas e um ambiente onde as pessoas possam praticar a boa Medicina e a boa assistência à saúde.” (Entrevistado 10)

“Você tem a oportunidade de oferecer Medicina de qualidade para um monte de gente que diretamente não teria dinheiro para comprar isso.” (Entrevistado 9)

Esse conjunto de argumentos ressalta a motivação por maior poder que aparece associada à opção de trocar a atuação na área médica pela atuação como gestor da saúde, presente na fala dos entrevistados e que vai ao encontro da visão de Motta (1996) que reconhece e ressalta a dimensão do poder como determinante na dinâmica da tomada de decisões da vida organizacional.

4.1.3.

Enfrentamento de críticas externas à mudança

A mudança implica em um custo pessoal porque há resistências profissionais e sociais referentes a deixar de ser médico. A formação, o juramento de servir ao próximo, a dedicação à causa humana implícita na Medicina são percebidas como vínculos sociais nobres. Quanto mais o médico-administrador se afasta do ato médico e quanto mais se aproxima das atividades comerciais, mais desce na escala idealizada de valor social. Para a família, a noção de ser médico é até heróica, porque o seu parente tem como profissão e prática salvar vidas. Os entrevistados seguintes reforçam esse aspecto:

“Minha mãe até hoje, quando alguém está doente na família, quer que eu atenda. Estou há décadas sem praticar a Medicina.” (Entrevistado 4)

“Quando eu disse para o papai que ia largar o consultório, ele ficou me olhando... mas como eu não tinha nenhuma dúvida e estava muito segura da minha escolha, ficou tudo bem. Eu me identifiquei muito com a administração.” (Entrevistado 9)

“Teve um pouquinho de resistência dos meus pais porque eu sempre fui o primeiro e único médico da família. E sempre foi muito sonhado. Tanto que eu nem contei, de cara. Eu continuava trabalhando dentro do hospital. Só depois de muito tempo que eles entenderam.” (Entrevistado 10)

Esses relatos vão parcialmente ao encontro da visão de Shortel & Kaluzny (2000) que ressaltam que os médicos-administradores geralmente encontram resistências em ambos os grupos, o de médicos e o de administradores no exercício da atividade gerencial. Não são reconhecidos como, de fato, integrantes do tipo comum a um ou a outro grupo. Nas entrevistas, não foi mencionada a resistência por parte de outros administradores de saúde, mas várias falas ressaltaram uma certa contrariedade familiar e apenas um ator fez referência explícita a resistência de outros médicos.

“Tem um agravante, quando você vai para a operadora, deixa de ser médico na visão dos outros médicos. Embora todo mundo me conhecesse e me respeitasse.”
(Entrevistado 6)

Vale observar que essa resistência é tanto maior quanto há um reconhecimento de que o médico-administrador passou para o outro lado, que significa o lado da atividade de saúde em que a maior preocupação é a lucratividade. Essa perspectiva é bem clara no argumento de Londres (2007), que estabelece um divisor não apenas de lados, mas de éticas. De um lado, segundo o autor, estão os médicos e as empresas prestadoras de serviços dos médicos. De outro, estão as empresas de distribuição de risco, onde se encaixam as operadoras de saúde. Em seu entender, o primeiro grupo é pautado por uma ética médica, derivada do ato médico cujo vetor fundamental é a saúde do paciente. No segundo grupo, estão as empresas com múltiplas obrigações financeiras com funcionários, fornecedores, acionistas e bancos, cuja obrigação primordial é dar o maior retorno aos seus acionistas. O autor não cita os clientes com quem as operadoras também têm compromisso, ao adiantar seus recursos para uma necessidade médica futura.

Essa polaridade fornece pistas da contraposição entre o papel médico e o não médico na indústria da saúde e a sua potencial fonte de divergências e resistências.

4.1.4. Construção gradual do papel do administrador

De acordo com os relatos, o administrador é construído na experiência diária das organizações de saúde que apresentam no mesmo ambiente, em níveis variados de sistematização, a necessidade de administrar recursos para prover serviços. Sua formação para o novo papel é aperfeiçoada por meio de convivência e reuniões com outros administradores; leitura e estudo; cursos e especializações; e participação em eventos do setor.

“O administrador foi acontecendo na prática. Eu tive bons mentores, vendo como as pessoas lidavam com os assuntos, com os temas. Somei experiência e intuição. Primeiro, eu me tornei administrador, depois, eu fui estudar administração.” (Entrevistado 10)

“De fato, a faculdade de Medicina, não te forma sequer para o que é uma estrutura de um sistema de saúde. Todo esse conhecimento técnico eu tive que buscar na forma de cursos ou de leitura.” (Entrevistado 4)

“A minha passagem de médico para administrador, não foi em um ano específico, foi quase uma transfusão sanguínea. Foi uma mudança lenta de mentalidade. Fui criando o executivo. Não tive trauma por ter sido uma transição longa, tive tempo de amadurecer. Aprendi, assim, na prática, nas reuniões internas com os presidentes, nos eventos e em treinamentos. Como eu sempre gostei muito de estudar...” (Entrevistado 6)

“A partir daí, a gente se via num ambiente que envolvia assistência médica direta, ou seja, eu tinha os pacientes para ver, e a assistência organizacional, num serviço que envolvia recursos tecnológicos, recursos humanos e, logicamente, uma mini-organização administrativa.” (Entrevistado 1)

“Eu trabalhava em um hospital em que o diretor não era um administrador, era o maior clínico do Rio de Janeiro. Uma mente brilhante em Medicina, mas a administração dele era zero. Tinha outro diretor, também bastante experiente, que era o chefe da cirurgia. Fui chamado para ajudar os dois na administração. Eles me chamaram e me pediram para trabalhar com eles na direção do hospital. Você como é o mais novo, então, vai estudar isso. Então, eu fui fazer administração hospitalar na PUC. Trabalhava com administração de dia e estudava administração de noite.” (Entrevistado 7)

Por outro lado, existe uma percepção generalizada dos atores que fazem esta migração, de que muitas de suas habilidades, competências e experiências são válidas para este novo papel, o que consideram um facilitador.

“O que facilitou a caminhada de administrador por ser médico é cuidar de gente. A gente continua cuidando de saúde só que em grande escala.” (Entrevistado 3)

“Você não esquece aquilo que o atendimento em saúde é, porque está marcado a fundo na sua profissão, no seu íntimo, o que aquilo representa. Administrar saúde é o que gira em torno daquilo. Você vai criar um modelo de gerenciar que possibilite que o atendimento de saúde ocorra da melhor maneira possível.” (Entrevistado 5)

“Eu acho que ser administrador de saúde é você migrar de cuidar de um indivíduo pra você cuidar de um conjunto de indivíduos, não necessariamente pacientes, porque você passa a ter outras dimensões, como se preocupar com prevenção. (Entrevistado 8)

Shortell & Kaluzny (2000) afirmam que a mudança de médico a médico-administrador realmente não é trivial, forçando a aquisição de novos conhecimentos e o desenvolvimento de novas competências. Se, por um lado, certamente há reconhecimento entre os entrevistados dessas necessidades, também há convicção de que a bagagem da prática médica garante que não partam do ponto zero. Pelo contrário, parte dos atores considera ter uma vantagem significativa por compreender intimamente o ato médico e por ter prática em cuidar de gente, conhecimentos necessários ao papel de administrador de saúde.

“Como médico administrador, você tem a visão assistencial, a de fazer o melhor pelo seu cliente, mas também a visão do custo. Sua visão é mais completa porque o médico-administrador tem a visão assistencial -- que ele não se esquece jamais, ele nunca vai esquecer que ele tem que cuidar do paciente e fazer tudo o que o cliente precisa --, mas também tem a visão do custo/benefício, aquele custo vale à pena para o benefício que aquele cliente vai ter?” (Entrevistado 9)

4.2.

Sentimento de onipotência e tolerância ao próprio erro

O poder conferido ao médico pela Medicina tanto quanto o poder conferido ao administrador pela organização, pode levá-lo ao sentimento de onipotência, consideram os entrevistados. O perigo maior na administração, segundo os entrevistados, é que não há reguladores que coíbam socialmente a exacerbação do poder. Até a noção do limite de poder sobre as pessoas as quais lidera é vaga e imprecisa.

As experiências limítrofes entre a vida e a morte, sobretudo na prática médica do ambiente hospitalar, levam a um sentimento de onipotência reconhecido entre os médicos como algo que faz parte da vivência profissional. Como consequência, os entrevistados mencionam que, por um lado, se podem parecer insensíveis, arrogantes ou indiferentes, por outro, podem tornar-se bem mais tolerantes diante da constatação muitas vezes confirmada de que o bem maior é a vida.

“É muito interessante porque nessa área, o médico toma decisões sobre a vida e sobre a morte. Então, alguns acabam achando que são mais do que Deus: aquele ali, você leva para o CTI e o outro, eu vou deixar. Quando você toma esta decisão, um monte de coisas na sua cabeça funciona... Paradoxalmente, quando você vê tanta besteira com que as pessoas se aborrecem, mesmo diante de um valor maior que é a vida, você pode se tornar mais tolerante. Eu, felizmente, fui mais para o caminho da tolerância. Tolerância, no bom sentido: não com os erros, mas com as bobagens, com as implicâncias, com as coisas que o ser humano pratica muito irracionalmente. A gente que vê a morte, assim, de perto, diz: poxa, tá se aporrinhando com esse negócio, que besteira, fulano. Eu aprendi a não me aborrecer com besteira. Eu não sei se eu seria assim se tivesse adotado outra profissão. Talvez eu até fosse, mas é a questão do valor efetivo. A vida é o maior valor.” (Entrevistado 1)

No meio médico, há reguladores institucionais para a onipotência que começam na formação e evoluem na prática profissional com a convivência com pares, com as sanções de conselhos profissionais e com as restrições de outras instituições médicas. O risco é reconhecido, advertido e punido, conforme ressalta um dos entrevistados.

“Na prática médica, a onipotência é auto-regulável pelo rigor científico. Você tem um *feed-back* negativo. Você é regulado pelos seus pares, pela instituição, pelo peso da sua formação.” (Entrevistado 2)

Deslocados para a posição de administradores, os entrevistados revelam que a autoconfiança na gestão pode levar também a este sentimento de onipotência, sob maior risco, porque na administração não há uma auto-regulação profissional formal para identificar, coibir e censurar as manifestações de onipotência, que prejudiquem as pessoas ou os negócios. Na gestão, isso só acontece por força de questões éticas ou legais.

“Com o tempo, o administrador avança em sua capacidade de perceber, de intuir. E pode se tornar mais onipotente à medida que acerta. Na organização, você pode acabar fazendo isso, você corre o risco de deixar extravasar essa onipotência, que na prática médica é auto-regulável pelo rigor científico. Se a pessoa não se der conta, pode fazer uma má Medicina na área de gestão, que não faria como médico.” (Entrevistado2)

“Quando o médico é galgado da função clínica para gestão, ele não leva sua metodologia para gestão. Por que não leva? Porque o que vem em primeiro plano, não é o método, o que vem em primeiro plano, o que é muito mais valorizado, é a sua formação auto-centrada. Daí vem boa parte da arrogância inicial: aprender o que você faz é fácil, eu aprendi Medicina...” (Entrevistado 2)

Uma outra forma de manifestação de onipotência, na Medicina e na administração, é a inclinação a pouca tolerância com a dúvida e com o próprio erro. O médico e o administrador ocupam o lugar de quem decide, de quem aponta a direção, de quem resolve os problemas. A demonstração de que precisa aprender, de que é complexo, de que não sabe ou de que errou é bastante rara.

“Embora a tarefa seja árdua, o administrador não pode assumir que é trabalhoso. Ele está sentado no lugar de quem deve resolver os problemas.” (Entrevistado2)

“Ninguém gosta de errar. Quando você tem consciência de um erro, que resulta num descartar de alguma coisa, numa perda monetária, o efeito é um. Quando você tem um erro que resulta na perda de uma pessoa é totalmente diferente. Principalmente, quando a gente sabe depois, retrospectivamente, que o erro é por algo que poderia ter sido evitado. Isso mexe muito com a cabeça das pessoas.” (Entrevistado 1)

Motta (1996) alerta para a questão da onipotência na administração, ao declarar que existem dirigentes que insistem na distância social e na auto-imagem de heróis. Na prática, tornam-se indivíduos auto-centrados e que, por isso, não conseguem estabelecer com seus subordinados o papel de líder efetivo. A julgar pelas falas dos entrevistados, é preciso uma auto-crítica alerta para que essa onipotência não seja reforçada pela vivência anterior como médico, pois não existe na vida organizacional, os mesmos moderadores externos da prática médica.

4.3.

Tolerância ao erro da equipe e atenção aos detalhes

O serviço em saúde tem o ser humano como objeto de atenção. O erro tem extrema relevância porque pode significar deixar alguém morrer. Não apenas o erro médico, que já seria suficientemente importante, mas o erro de inúmeros profissionais envolvidos na recuperação do paciente e na operação de uma organização de saúde.

O manuseio do paciente, a dosagem do remédio, a atualização e monitoramento das condições do paciente, o funcionamento dos equipamentos, a energia que alimenta o CTI, a triagem dos casos críticos na emergência, as condições de higiene e controle de infecção, a liberação de uma remoção, a negativa de um procedimento médico, a preparação de um instrumental cirúrgico, entre outras inúmeras situações diárias críticas. Em assistência médico-hospitalar, um erro na cadeia de valor pode gerar insucesso absoluto que é a morte de uma pessoa.

Os administradores nas organizações de saúde lidam com pacientes e familiares em estado especial pelo risco à saúde e à vida, que a situação de doença representa. O que gera um tipo de pressão peculiar e específica para que não haja erros.

“A outra coisa importante que eu acho que a Medicina me deu é a questão da relevância do detalhe, em projetos e em processo. Isso eu aprendi muito. Um tubo entupido de ventilação, às vezes, mata um paciente. O detalhe numa situação que está quase resolvida é que faz você perder tudo. O imprevisto sempre pode acontecer, mas você tem que estar 100% do tempo antenado para detalhes. Eu acho isso importante na administração. É interessante porque você pode ter mega-projetos, mas se você não atentar para o detalhe, você perde tudo.” (Entrevistado 1)

“Quando erra, eu como o fígado. Eu digo: eu peço desculpas, porque eu gosto de você, mas eu não aceito pecado mortal. Sair meia hora antes do plantão para mim é pecado mortal. Muita coisa pode acontecer em meia hora. Não aceito.” (Entrevistado 7)

Essa baixa tolerância ao erro, que aparece na fala dos entrevistados, é corroborada por Shortell & Kaluzny (2000) que, ao identificarem as características da indústria da saúde, relacionaram questões que, por estarem todas presentes e em interação, neste segmento, tornariam a administração de saúde diferente de todas as outras. Os autores destacam, no que se refere à tarefa, que este trabalho permite pouca tolerância à ambigüidade e ao erro; que é altamente interdependente, exigindo alto nível de coordenação entre diversos grupos profissionais; que envolve alto grau de especialização; e que sua natureza é emergencial. Apenas voltando o olhar para a operação em si, pode-se constatar que a atenção aos detalhes e o potencial de um erro, por imperícia, por imprudência ou por negligência, em um ambiente de saúde, pode ter conseqüências fatais, percepção essa reforçada pelos entrevistados.

4.4. Visão da função gerencial

A essência do trabalho de administrador é transformar recurso em resultado e gerar valor para a organização. Assim descrito, parece mais simples do que de fato é. Para os entrevistados, é um trabalho que se baseia, sobretudo, em lógica, em intuição e em relacionamentos. Emergiram como descritores desta atividade: uso da lógica e da intuição; preocupação constante com recursos, resultados, métodos, rotinas e controles; necessidade de aprendizado permanente; tomada de decisão; negociação; exercício da liderança e trabalho em equipe; e abertura à alteridade.

Há um enfoque comum, por parte dos entrevistados de que o administrador que não dá resultados, não está cumprindo seu papel fundamental. Está na essência da sua função criar e aumentar o valor dos recursos que mobilizou. Essa percepção é compartilhada por todos os entrevistados.

A responsabilidade de buscar e alcançar os resultados propostos gera um intenso sentimento de satisfação, como destacado por alguns dos entrevistados.

“Uma coisa é você ter uma oportunidade. Outra é você ter a oportunidade, aproveitar, gerar valor, gerar resultado. Como isso te aumenta” (Entrevistado1).

“O médico é assim: pode ter um lado assistencial e pode perfeitamente ter um outro lado administrativo, e encontrar uma brecha para fazer administração e saúde. Eu lido com saúde o tempo inteiro: com médico, com hospital, com a evolução da Medicina, com tecnologia e com tratamentos novos. Você continua cuidando de gente. Pode até cuidar de pessoas que poderiam não estar sendo assistidas se não fosse o papel da operadora. Isso também dá uma grande satisfação.” (Entrevistado 9)

“É um ambiente muito dinâmico, muito cheio de desafios, todo dia você tem uma coisa nova pra negociar, pra resolver. Você tem que estar atento o tempo inteiro, vendo o que os outros estão fazendo, buscando alternativas. Eu acho isso muito compensador.” (Entrevistado 9)

4.4.1. Uso da lógica e da intuição

O uso da lógica e da intuição aponta para uma complexidade na tarefa do administrador que requer as ferramentas da racionalidade tanto quanto as da intuição como necessárias para lidar com o vago, com o incerto e com o ambíguo. Como a tarefa do administrador se estrutura através de pessoas, a atividade relacional é intensa dentro e fora do âmbito da organização. A imagem do administrador como um ser meramente racional e isolado não é refletida na percepção dos entrevistados, o que surge é uma figura conectada aos outros, em contato diário e ininterrupto com outras pessoas, lidando com as esferas políticas, emocionais e intuitivas para agir e tomar decisões.

“Na Medicina e na gestão tem um trabalho que não é nada glamoroso. É trabalho mesmo e um trabalho de lógica, agregado a um trabalho relacional e intuitivo. Se fosse diferente disso, os sistemas poderiam fazer tudo” (Entrevistado2).

A associação entre lógica e intuição, citada acima, como característica da gestão, também tem lastro na literatura. Para que desempenhe sua função, o gestor recorre à dimensão do pensamento, da decisão e da ação tanto quanto à dimensão do ilógico, do intuitivo, e do emocional, como destacou Motta (1996). Para este autor, o trabalho gerencial é, de fato, fazer as organizações operarem com eficiência e eficácia, mas, para dar conta dessa tarefa, os dirigentes precisam conhecer não apenas o formal e o previsível do processo decisório, mas, ainda mais importante, reconhecer o informal, o improvável e o imprevisto que se passa no meio organizacional, associando lógica e intuição. (Motta, 1996).

“Esse complemento intuitivo, eu encontro na Pediatria, o melhor exemplo. Quando uma mãe diz o meu filho não está bem. Eu, como médico, tento transformar a intuição, em uma coisa tangível, mensurável, se não eu não sei o que fazer. O que a gente não deve fazer: não tem nada de errado, está tudo bem. O que a gente deve fazer é o seguinte: eu não estou conseguindo perceber, não consegui traduzir isso que você está percebendo em alguma coisa palpável. Pode ser até por falta de recursos. Ninguém conhece melhor o filho que a mãe. Você vai avançando a sua capacidade de tangibilizar um sentimento, uma percepção, uma intuição, conforme a tecnologia avança. Essa tecnologia aumenta sua acurácia. O que eu não posso é fazer as coisas muito intuitivamente, muito com base no que eu acho, sem explorar.” (Entrevistado 2)

Esse ponto de vista acerca da lógica e da intuição também coincide com o de Mintzberg (1976), que reconhece uma diferença fundamental entre planejamento formal e administração informal, uma diferença equivalente aquela entre os dois hemisférios do cérebro humano, ambas tarefas do administrador. Para Mintzberg (1976), de um lado, estão as técnicas de planejamento da administração, seqüenciais, sistemáticas e ordenadas, de outro, estão os processos de política na administração, que se dá em contexto de ambigüidade e de baixa ordenação. As habilidades exigidas do administrador seriam, então, mais relacionais e holísticas. O autor considera que administradores excepcionais são os que fazem uso dos processos do hemisfério direito (palpite, julgamento e síntese) com processos do esquerdo (articulação, lógica e análise).

4.4.2.

Preocupação constante com recursos, resultados, métodos, rotinas e controles

Embora haja o reconhecimento da lógica e da intuição como necessárias à gestão, a balança pesa para o lado da lógica, no discurso dos entrevistados. A ênfase na racionalidade é revelada na preocupação constante com recursos e resultados, alcançados por meio de métodos, rotinas e controles. As falas a seguir ilustram a percepção de que gerir recursos para alcançar resultados está na própria definição de administração.

“Gestão, pra mim, é simplesmente transformar recurso em resultado. Assim, recursos que não geram resultados é igual a desperdício. Partindo dessa premissa, a gente faz em Medicina, como todos fazem em suas áreas, é pegar um monte de recursos e transformar em resultados. Isso não exige necessariamente tecnologia nem equipamento, mas exige que você tenha um processo voltado para um resultado, em que você antecipa o resultado que você quer.” (Entrevistado2)

“Administrar saúde é empregar os recursos que você tem, em um contexto de um país que não é rico, e otimizar esses recursos da melhor forma possível. Poder fazer uma Medicina de qualidade, poder dar uma assistência para o seu cliente, dentro do recurso que você dispõe. Fazer mais com menos.” (Entrevistado 9)

“Ser gestor é isso. Se fosse gestor de uma fábrica de parafuso, seria o melhor parafuso possível, ao menor custo, gerando emprego, o mais competitivo possível. Numa fábrica de saúde, ou de assistência médica, esses aspectos não são diferentes.” (Entrevistado 6)

“O *drive* é tem que dar dinheiro para que a gente possa fazer as outras coisas. Todo administrador vive às voltas com a *performance* financeira: eu recebi, eu gastei, quanto sobrou.” (Entrevistado 10)

“Ao ter que lidar com coletividade, você precisa lidar com aspectos como alocação de recursos, porque você tem uma quantidade finita de recursos e precisa se preocupar em como trazer o maior retorno para aquela população.” (Entrevistado 8)

“A responsabilidade da gente é viabilizar o negócio. Quando você tem dinheiro, você faz tudo: compra as melhores máquinas, treina as pessoas e desenvolve todos os níveis da cadeia da assistência. Então, a gente persegue o resultado financeiro porque ele é o que viabiliza o restante. (Entrevistado 10)

O administrador só consegue controlar o que for capaz de medir e de atribuir índices que sejam considerados satisfatórios, “os sinais vitais do negócio”. Há uma preocupação constante de aplicação de metodologias, estabelecimento de processos e ação de acordo com protocolos. Os entrevistados consideram que práticas gerenciais que já se comprovaram eficazes devem ser seguidas, para evitar perda de energia, tempo ou dinheiro. Métodos, rotinas e controles foram citados inúmeras vezes.

“Administrar é lidar com indicadores. Ao formular um problema, é preciso saber definir os seus indicadores, medir, agir e acompanhar. Em gestão, como na Medicina, o administrador tem que ter os sinais vitais. Os meus sinais vitais são se os leitos estão ocupados, quanto eu tive de faturamento, qual foi o meu consumo de material e medicamento e quanto eu estou recebendo.” (Entrevistado2)

“Você não deve se afastar dos protocolos, dos *guidelines*, e das rotinas, certo? Para o administrador é importante que ele tenha método e visão de processo. Se o protocolo manda fazer é que alguém, estudando com outros, viu que é o melhor a ser feito.” (Entrevistado1)

“O administrador também tem que estabelecer controles. O que te indica que tem que acelerar ou desacelerar ou mudar de rumo. Se você não tiver isso com muita clareza...” (Entrevistado 2)

“O que é comum a qualquer administrador é alocar melhor os seus recursos, não importa se está em um hospital, em uma operadora, em um centro médico; a outra coisa é garantir que os processos sejam feitos da melhor maneira possível, é reduzir essa variabilidade, que as coisas que são comuns sejam feitas da mesma maneira para todo mundo, buscando sempre o que é melhor: o melhor conhecimento médico com a melhor adequação para o paciente. A terceira coisa é monitorar o seu desfecho, o que você está entregando, se aquilo está lhe trazendo algum retorno ou não.” (Entrevistado 8)

“Quando você tem uma metodologia de gestão e aplica, você mantém uma operação na linha.” (Entrevistado3)

“Em gestão você faz o tempo todo isso. Como eu estou? Onde é que eu quero chegar? Como é que eu quantifico esse lugar que eu quero chegar? Como eu vou fazer para chegar lá?” (Entrevistado2)

“Você, como médico, tem uma conduta que considera a melhor para aquele paciente e a aplica. Como administrador, você começa a notar que tem uma grande variabilidade de condutas para as mesmas coisas. A questão da variabilidade no sistema de saúde, a meu ver, é a questão mais séria em administração de saúde porque não está bem definida nem estudada. Então, você pode ter uma mesma patologia, sendo diagnosticada e tratada de forma diferente por médicos diferentes. Para quem trata de um sistema, isso é um problema, porque nem sempre está sendo usada a melhor alternativa que a Medicina oferece.” (Entrevistado 8)

“Qualquer noção básica de gestão passa pelo fato de você ter que ter um problema indicado, indicadores que apontem que aquela situação é um problema, portanto, você precisa ter objetivos de curto, de médio e de longo prazo e você precisa agir e medir para aquele indicador que te disse que aquilo é um problema se movimentou ou não. É assim que a gente faz Medicina. Medicina bem feita é isso. E gestão bem feita também é isso. É muito semelhante.” (Entrevistado 2)

Esta preocupação é definida em Motta (1996) como racionalidade administrativa, uma área do conhecimento administrativo, que se ocupa da ação racional calculada para atingir objetivos, identificando os meios mais eficazes para fazê-lo. Exige dos administradores compreensão de técnicas gerenciais e conhecimento de programação, orçamento, sistemas de informação, organização e apoio gerencial. Para Motta (1996), entretanto, a importância deste conhecimento para formação dos dirigentes é baixa, porque se fundamenta na visão da gerência essencialmente como ciência. É um tipo de conhecimento que compõe o currículo básico das escolas de administração, sendo mais importante para o trabalho de gerentes intermediários. Os dirigentes de alto escalão deveriam se ocupar, nesta área, apenas das informações de programação e orçamento. Motta considera de grande importância, para os dirigentes, o conhecimento sobre estratégia, liderança e habilidades interpessoais e processo decisório.

No segmento de saúde, entretanto, parte dos entrevistados apontam que a questão do uso racional dos recursos e da medição dos resultados se configura em um desafio no nível estratégico, por não estar amplamente estabelecida.

“Não se trata apenas de lidar com a parte administrativa e gerencial, como saber se o leito está ocupado. Em administração de saúde, quando você lida com uma quantidade enorme de pessoas, esse desfecho é mais difícil de mensurar. O desfecho é ajustado à população: para pessoas que são saudáveis mas que tem alguns riscos (obesidade, tabagismo, histórico familiar), o desfecho é controlar os fatores de risco; pessoas que já tem alguma doença, o desfecho é o controle da doença; pessoas internadas, o desfecho é não gerar reinternação, ter um índice de mortalidade ajustado, não ter complicações na UTI e por aí vai.”(Entrevistado 8)

“O médico que está na ponta assistencial geralmente tem uma visão equivocada da assistência como um todo. Ele quer fazer tudo o que está ao alcance do paciente, não importa o quanto custa. O foco dele é tratar, geralmente não sabe o quanto custa e não tem uma avaliação clara de custo-benefício.” (Entrevistado 9)

4.4.3. Necessidade de aprendizado permanente

Os relatos dos entrevistados apontam que a motivação para aprender sobre gestão é decorrente da tarefa a ser realizada na administração. Esses relatos apontam que o administrador, ao subir degraus na hierarquia da administração, lida com situações cada vez mais complexas, por isso, busca o conhecimento sobre gestão tanto formalmente - fazendo cursos dentro e fora do país (especializações em administração geral ou em administração de saúde), participando de eventos do setor, lendo publicações e literatura especializadas-- quanto informalmente - participando de reuniões administrativas internas, contratando consultorias nacionais e internacionais. O estudo, na maioria dos casos, é essencialmente voltado para a prática. Os trechos seguintes, extraídos dos depoimentos dos entrevistados, ilustram esse aspecto.

“O que aconteceu é que desde que eu entrei para a empresa onde estou, eu estudei gestão a não acabar mais.” (Entrevistado 6)

“É necessário se aperfeiçoar em práticas de gestão, porque esse conhecimento faz falta, e aliá-lo ao que você já sabia em termos de saúde.” (Entrevistado 3)

“Há muito tempo que eu tenho como hobby estudar gente. Entender a cultura organizacional, como as pessoas se comportam, como se misturam, seus conflitos. Isso me ajudou muito. É um estudo paralelo, que fez muita diferença para mim.” (Entrevistado 3)

“O importante é a descoberta. Se a gente souber todas as respostas e não tiver mais nada para aprender, pode ir para o cemitério porque já morreu.” (Entrevistado 2)

“Eu trabalhei 30 anos da minha vida com queimados. Tudo o que eu tinha para estudar desse assunto, eu estudei, visitei todos os centros importantes de queimados. O cara que mais publicou no mundo em queimaduras se tornou o meu amigo pessoal. Eu estudei sobre isso e dei aulas no Brasil e na América do Sul. Fui fundo e foquei um pedaço. Uma parte da saúde. Saúde é muito amplo. Em outra época da minha vida, eu foquei cardíacos e diabéticos. Foi um projeto novo, copiamos modelos do exterior e melhoramos. Fui buscar os melhores. Eu não tenho dúvida que hoje ninguém tem um serviço como o nosso. Tem que estudar a fundo para estruturar um serviço de ponta.” (Entrevistado 7)

“Você passa a ter que estudar outras disciplinas que você não se preocuparia como médico como, por exemplo, economia em saúde.” (Entrevistado 8)

Uma outra forma de aprender citada pelos entrevistados é gerar conhecimento a partir da experiência do que se está administrando, para isso, o administrador utiliza sobretudo o conhecimento prático, que se consolida no dia a dia; a informação que está dentro da própria empresa, em seus sistemas gerenciais; a informação gerada em centros de excelência e de pesquisa. As questões administrativas clássicas de como aumentar a receita ou reduzir os custos em um negócio, podem ter respostas não no conhecimento disponível na literatura, mas na própria operação, garimpadas ao manipular o banco de dados interno e ao aplicar tecnologia da informação de forma robusta. A capacidade do administrador de gerar conhecimento a partir da experiência, no setor em que atua e na própria operação da organização, é um ativo valorizado entre os médicos-administradores, talvez pela carreira anterior que exigiu além de dedicação e estudo, pesquisa constante voltada para resultados. Esta competência refere-se à habilidade de análise, sugerida por Motta (1996), como uma das quatro dimensões que fundamentam a gestão. As outras, como se verá a seguir, se referem às capacidades cognitiva, comportamental e de ação.

“Você estar com gente estudiosa te obriga a se atualizar. A organização científica me ajudou no sentido da pesquisa, no sentido da organização da informação para gerar conhecimento. Tudo isso cria um ambiente favorável do ponto de vista da visão administrativa” (Entrevistado 1)

“Em Medicina, para você ter respeito, tem que fazer ciência. Sem ciência, o colega não te respeita. O respeito pela organização de saúde se dá pela ciência, pelo seu corpo clínico. Você pode colocar mármore, painel de vidro, que não ganha respeito do médico. Em administração de saúde, você tem que ter essa visão.” (Entrevistado 7)

“Como o conhecimento se atualiza muito rápido, nem sempre a prática médica acompanha essa velocidade. Isso é uma preocupação do administrador de saúde, prover conhecimento do que seja considerado estado da arte para chegar à rede de pessoas que você cuida. (Entrevistado 8)

“Cada vez mais, em grandes populações como no nosso grupo, que está em vários estados, a gestão passa por usar a automação das informações. Ferramentas para que você possa gerar um núcleo de conhecimento que lhe informe se aquilo que deveria estar sendo feito, está de fato sendo feito, se os resultados estão sendo bons.” (Entrevistado 8)

A questão do aprendizado permanente sobre gestão é destacada por Motta (1996) ao considerar que existem habilidades gerenciais que se forjam no cotidiano, lidando com as contradições e com as mudanças da organização. A observação de práticas gerenciais na solução de problemas e na condução da empresa; os contatos externos constantes; os trabalhos em grupo; a rotatividade em cargos gerenciais; e as avaliações de colegas, chefes e subordinados são fontes de formação de atitudes e valores sobre gestão. No entanto, de fato, há outras habilidades gerenciais específicas já sistematizadas que podem ser ensinadas e desenvolvidas. Para o autor, trata-se não apenas de acessar os conhecimentos sistematizados pela teoria, mas também de refletir para usufruir dos ensinamentos produzidos pela própria experiência individual.

A importância de não apenas agir como um gestor, mas refletir sobre a gestão e pensar como um gestor encontra fundamento em Gosling & Mintzberg (2003), que consideram que administradores precisam focar não apenas no que têm que realizar, mas em como têm que pensar. Os autores consideram que o trabalho do gestor está entre a ação e a reflexão, por isso, preconizam que todo administrador deveria encontrar uma forma de combinar essas duas mentalidades – onde o pensamento reflexivo encontra o fazer prático.

Motta (1996) corrobora a percepção dos entrevistados, ao identificar como objetivo final do aprendizado em gestão, o aperfeiçoamento da capacidade de ação. Aperfeiçoar as habilidades cognitiva, analítica e comportamental só faz sentido, em gestão, se conduzir a uma ação mais eficaz. Motta (1996) considera ainda que a habilidade de agir depende de características construídas na vida e são solicitadas em programas de desenvolvimento gerencial. O aprendizado gerencial não apenas descortina novas perspectivas trazidas por novos conhecimentos, mas também estimula a pensar e agir administrativamente: “Ver, ouvir, ler e debater mais para pensar, julgar e agir melhor” (Motta, 1996, p. 31).

4.4.4. Tomada de decisão

A tomada de decisão aparece como uma constante na vida dos administradores de saúde entrevistados. Na tomada de decisão, os atores reconhecem que a intuição entra em cena mais uma vez, mas acreditam ser necessário o apoio em um processo analítico, baseado em critérios racionais, em que se busca a melhor solução para um problema, no tempo possível e com a informação disponível. Muitas vezes, o administrador precisa tomar decisões com informações insuficientes, pelas contingências. A fala seguinte ilustra essa vivência.

“O gestor não pode contar apenas com sua intuição. Precisa ir atrás de repostas, precisa investigar. Mas no tempo que a situação lhe permite. Às vezes, precisa tomar decisões com informações insuficientes. É a situação, é o contexto que diz quanto tempo você tem para aquilo. Às vezes, você consegue aprofundar aquilo, às vezes não. Você já viu *24 horas*? Então, *Jack Bauer* tem um senso de urgência muito interessante, ele resolve com o que ele tem.” (Entrevistado2)

Tempo e informação são duas variáveis fundamentais na tomada de decisão. Há um reconhecimento, por parte dos entrevistados, de que muito poucas decisões são tomadas com conhecimento de todos os fatos e com tempo suficiente para aprofundamento da análise. Parte dos entrevistados gostaria que fosse um processo mais racional, portanto, mais identificado com a descrição de Drucker (1955), em que as etapas de definir a situação, determinar o que é relevante, determinar o escopo e a validade do conhecimento factual, desenvolver soluções alternativas e colocar a solução em prática se sucedem até o desfecho, em que é identificada a decisão mais racional para um problema.

“Na área de gestão, esse exercício de ir atrás das respostas, de investigar, de saber o que está por trás é fundamental.” (Entrevistado 2)

Vale ressaltar também que as dimensões políticas e de poder aparecem na descrição do contexto estrutural em que essas decisões precisam ser tomadas, como se fizessem parte da cena, como elementos a serem analisados, mas a decisão propriamente parece acontecer no íntimo do administrador. Para as decisões mais difíceis, sobretudo as que envolvem questões éticas, recorrem ao apoio de um grupo de confiança. O objetivo é acrescentar pontos de vistas diferentes, compartilhar a responsabilidade e obter apoio, conforme expresso nas falas a seguir.

“Decisões difíceis devem ser compartilhadas. Você não precisa sofrer sozinho.”
(Entrevistado1)

“Fomos aprendendo no dia a dia as coisas óbvias. A valorização do indivíduo em si mais do que a máquina, pela parte médica propriamente, mas também pela parte administrativa, quer dizer, a convivência em uma área em que você não está isolado. Você está isolado ali, na decisão, às vezes, mas você tem necessidade de agir com toda a estrutura organizacional, por isso, a gente percebia que era muito mais produtivo permear este ambiente numa visão positiva. Interagir com todos os níveis, por um objetivo comum. Fica mais fácil, quando é um valor que todo mundo quer.” (Entrevistado 1)

A falta de tempo e a insuficiência de informações sugerem que, na prática, o processo de tomada de decisão diária é bem menos estruturado, como qualificaram Motta (1996) e Mintzberg et al (1976). Esses últimos, ainda assim, conseguiram identificar uma estrutura básica em processos “desestruturados”, que aparecem em parte na fala dos entrevistados. Os autores propõem que a estrutura central é composta por três fases - a identificação, o desenvolvimento e a seleção de alternativas – que acontecem, de fato, simultaneamente, porque o ser humano, à medida que junta informação, desenvolve alternativa e as avalia imediatamente chegando à decisão.

“Posso fazer um paralelo com a área de terapia intensiva, por exemplo, não posso dizer espera aí que eu vou estudar mais um pouco. Quem determina a premência das situações é o estado do paciente.” (Entrevistado2)

Nesta pesquisa, foi mencionada com absoluta clareza a rotina de diagnóstico, que acontece na fase de identificação, em que o administrador levanta canais de informação para compreensão do estímulo e determinação das relações de causa e efeito. A fase de desenvolvimento, em que têm lugar as rotinas de pesquisa de soluções prontas e de design de soluções novas ou modificadas, não foi destacada pelos entrevistados. A última fase do processo, a de seleção, concilia-se com o que os autores verificaram: influência de questões de valor, emoção, política, poder e personalidade. Aparece também a caracterização do processo decisório como contingenciado por limitações cognitivas; vieses intencionais e não intencionais; fatores dinâmicos e incertezas.

“A gente aplica o que aprendeu na Medicina crítica, as coisas mais importantes são as prioritárias. Eu parto do princípio de que as pessoas querem o que é bom, é certo, por isso, eu procuro agir dentro do entendimento. O ambiente é tudo, principalmente na área de serviços.” (Entrevistado1)

Há uma preocupação de fundo, por parte dos entrevistados, em pesquisar mais, descobrir o que está por trás e avaliar melhor os riscos e benefícios das alternativas, mas o foco na ação é determinante. Pior que decidir sem total segurança é não decidir, por isso, na maior parte das vezes, a decisão é tomada com o que se tem em mãos, de acordo com a urgência que a situação exige. Parece válida, então, a definição da tomada de decisão como um compromisso específico com a ação, como colocado por Mintzberg et al. (1976).

4.4.5. Negociação

Assim como a tomada de decisão, a negociação é uma atividade diária e trabalhosa. Para parte dos entrevistados, o administrador negocia o tempo todo com pessoas dentro e fora da empresa. No ambiente interno, é uma tarefa contínua porque parte dos atores não acreditam ter controle sobre a maior parte das situações que ocorrem e dependem totalmente dos outros. No ambiente externo, a premissa é que o descontentamento generalizado, dos diferentes integrantes da indústria de saúde, leva o gestor a ter que negociar de forma mais intensa.

“Dá trabalho porque você tem que negociar, você não tem controle da maior parte das situações que ocorrem, você depende dos outros, você tem um sistema onde todos os *players* são descontentes. Isso é um problema absolutamente terreno e quem está sentado no lugar que tem que resolver estes problemas somos nós (os administradores).” (Entrevistado2)

“No dia a dia, a gente coloca o médico dentro do todo, porque na realidade, ele não se sente dentro do sistema. Ele não se inclui no contexto. Ele é uma pessoa chave e que, muitas vezes, não percebe a sua responsabilidade e o seu poder no sistema. Tudo começa no médico. Ele não sabe, muitas vezes, não tem consciência da força que tem. A força dos hospitais e dos serviços de diagnóstico cresceu muito, porque é onde estão os maiores custos, inclusive, de tecnologia médica. A negociação é intensa.” (Entrevistado 9)

“O dia a dia se traduz em negociações de preços -- com fornecedores de equipamentos, de materiais e de tudo o mais -- e em negociações com os médicos que, por formação, tem um baixo compromisso com o mundo prático.” (Entrevistado 10)

Ao olhar para dentro da organização, a negociação é necessária pela interação das pessoas e funções dentro da organização. Em alguns casos, o gestor ainda fica surpreso por considerar que deveria estar imune ao excesso de negociação interna, mas não está. A imagem é mais de um influenciador do que de um decisor unilateral, que tem a garantia de que suas definições serão colocadas em prática, como ilustrado na declaração a seguir.

“Na minha última mudança executiva passei do patamar de gerenciar 15 pessoas para 500. Hoje, tem muito mais gente entre o que eu faço e a ponta da operação: a assistência. Todas as negociações que faço, tem a ver com essa ponta, tem muito mais gente neste miolo para gerar o atendimento médico.” (Entrevistado5)

“Tem também as negociações internas com os pares e com toda a cadeia assistencial, tentando fazer com que a equipe seja multidisciplinar: o médico, o enfermeiro, o técnico, o fisioterapeuta, a nutricionista, a psicóloga e as equipes de hotelaria, de limpeza e de suprimentos. Harmonizar a equipe toda é o grande desafio. É o que ocupa a maior parte do nosso tempo.” (Entrevistado 10)

Motta (1996) já havia ressaltado que são cada vez mais requisitadas as habilidades interpessoais do líder, de comunicação e de interação, em face às situações de conflitos, à demanda por maior participação nas decisões e à necessidade de motivar a equipe para cooperação. Negociar é a atitude capaz de intervir na dinâmica de conflito e cooperação, considerada pelo autor as duas faces estruturais de participação das pessoas na organização, quer seja o conflito

visto pela ótica social, como essencialmente de interesses, existente no sistema social externo e trazido à organização do trabalho; quer seja visto pela ótica econômica, como sendo essencialmente de papéis em nível organizacional, gerados pelas adaptações sociais impostas à organização da produção; quer seja visto pela ótica humana, como sendo essencialmente de personalidade e de percepções em nível individual e de pequenos grupos organizacionais, como distingue Motta (1996). Conquistar a cooperação para atingir os objetivos do administrador ou da organização exige empenho do gestor, como ilustra a fala do entrevistado.

“Quando você entra em contato com as outras disciplinas, com a dinâmica de interação dessas disciplinas entre si e com a interferência dessas disciplinas no seu trabalho, você se dá conta da trabalhadeira danada que isso dá. É uma trabalhadeira discreta, a que você acha que deveria estar imune” (Entrevistado2).

É interessante observar que o papel de negociador tem coincidências com o papel de advogado que Mintzberg (1997) atribui ao chefe de um hospital. Este papel inclui as atividades de fazer lobby, influenciando e negociando junto ao governo, às companhias de seguros e aos outros financiadores pelo benefício de seu hospital. Já, internamente, o chefe negocia com os advogados internos que buscam recursos para suas áreas. Mintzberg (1997) alerta que não se trata apenas de sentar do outro lado da mesa, mas assumir papéis assimétricos que exigem características diferentes da mesma pessoa. De um lado, ela precisa ter competências políticas como capacidade de manipulação, de condução de acordos e até de agressividade. De outro, são exigidas competências em relações humanas como habilidade para reconciliação, suavidade, agregação e harmonização.

“A administração (como a Medicina) também é muito exigente. Até chegar o ponto, em que o dia mais calmo da minha vida era quando eu estava dando plantão no CTI. No seu papel de administrador, você negocia o dia todo. Era o meu dia mais calmo na semana porque me desgastava menos emocionalmente do que todos os outros dias que eu dedicava à gestão” (Entrevistado2)

Ao olhar para fora da organização, usando a tipologia *Competing Values Framework* (Quinn et al, 1996), a negociação de acordos e compromissos é uma competência relacionada ao papel de agenciador, que cabe ao administrador. Este papel é característico do modelo de sistema aberto, em que se avalia a eficácia organizacional por sua alta flexibilidade e foco externo. A organização eficaz é a que se adapta e que inova, em resposta a um ambiente em transformação. O gestor, então, precisa ser o agente da mudança, negociando o posicionamento da organização e seus relacionamentos com os *stakeholders*, com base em habilidades políticas e em poder. O objetivo é assegurar a legitimidade da organização e os recursos necessários para sua operação (Shortell & Kaluzny, 2000).

4.4.6. Exercício da liderança e trabalho em equipe

Grande parte dos entrevistados menciona considerar as pessoas como ativo estratégico. Estratégia, metodologia, recursos, visão ou objetivos perdem sentido sem uma equipe afinada. Decorrente dessa constatação, compartilhada pelos entrevistados, realçou-se o papel da liderança em manter o time motivado, treinado, comprometido e construir um bom ambiente, que favoreça a cooperação. De acordo com os relatos, o líder tem que ser hábil em lidar com gente. Essas percepções vão ao encontro da literatura sobre liderança, sintetizada em Robbins (2005): como os gestores alcançam suas realizações, por meio do trabalho de outras pessoas, eles precisam de habilidades pessoais para se comunicar, motivar e delegar. As falas seguintes dos entrevistados refletem o que diz a teoria.

“O administrador é um catalisador que acelera as coisas. Todas as respostas estão no grupo.” (Entrevistado2)

“Quando você tem uma metodologia de gestão e a aplica, você mantém uma operação na linha. Agora, manter o batalhão organizado, comprometido, estimular as pessoas a dar o seu melhor, precisa entender de gente.” (Entrevistado3)

“Eu tive que ser administrador à força das circunstâncias, quando fui convidado para chefiar e montar um CTI na Baixada Fluminense. O Rio de Janeiro tinha apenas quatro CTIs, na época. Eu tive que administrar este serviço e vi que uma das coisas mais importantes é ter um mínimo de organização e o máximo de relacionamento. Ninguém queria trabalhar em Caxias. E especialização em CTI era uma coisa muito elitista. Quem fazia, não queria ir para Baixada. Eu tive que vender um sonho.” (Entrevistado 7)

“Quando você alcança um determinado nível estratégico, o trabalho maior é a harmonização dos recursos e da equipe. Daí para baixo, estão as funções de operação em que você precisa saber escolher bem as pessoas porque, se não, tudo volta para você mesmo. Tem que harmonizar, tem que desenvolver para não ficar para trás, porque o negócio é muito competitivo. A integração é a atividade nobre a que você tem que se dedicar.” (Entrevistado 10)

“Você estando com bons profissionais, com uma meta, cobrando e ajudando, você consegue, não tenho dúvida disso. Estar do lado do funcionário, dividir as coisas que são importantes. Você tem que saber vender o seu peixe também para o seu superior. Você tem que saber vender o seu peixe pra cima e pra baixo.” (Entrevistado 7)

Na percepção dos entrevistados, a relevância das pessoas é tanta que é o líder quem deve estar à altura da equipe. O gestor precisa dar exemplo, ter credibilidade. Motta (1996) acredita que só o líder empenhado em uma comunicação genuína pode compartilhar um significado coletivo com o grupo, sedimentado em confiança e aceitação. O autor destaca que atualmente há uma predominância na valorização das qualidades referentes à iniciativa, à coragem, à persistência e à integridade, sobre a inteligência, o bom senso, a competência e a experiência, idéias que convergem para a percepção dos entrevistados, como se pode verificar na fala a seguir.

“O líder não pode titubear. E ele precisa ter, sobretudo, credibilidade pelo valor e pela demonstração, a cada dia, mesmo em pequenos detalhes, que ele não abre mão de suas convicções básicas.” (Entrevistado 1)

Para Robbins (2005), a confiança no administrador substituiu as regras burocráticas na definição dos relacionamentos e das expectativas, em face à maior instabilidade e imprevisibilidade das organizações. Confiança, baseada em integridade, em competência, em consistência, em lealdade e em abertura, tem demonstrado ser um atributo essencial da liderança.

Em última instância, quanto mais pessoas há entre o administrador e a entrega do que se propôs a organização, maior é a dependência sobre o corpo funcional. Para a realização da tarefa, bem como para o seu monitoramento e aperfeiçoamento, só contando com a equipe. A ênfase da literatura sobre liderança não é controlar as pessoas, mas que elas tenham o controle sobre o trabalho da organização, para aperfeiçoá-lo. Constatação também feita por um dos entrevistados, como demonstrado a seguir:

“Eu gosto dessa analogia: quando você não cria um sistema de trabalho em equipe, o sinal mais clássico é que você controla mais do que quatro sinais vitais. Se você tem que controlar tudo, você não sabe o que é mais importante. Se cada um tiver quatro sinais vitais para olhar, uns diferentes dos outros, a organização vai ter, ao final, um grande múltiplo de quatro em todos os níveis, controlados.” (Entrevistado2)

Uma fala que vale ser destacada, por acrescentar uma nova perspectiva, é a de um dos entrevistados que salientou que na construção de seu papel de médico-administrador, um dos principais deveres de casa foi aprender a trabalhar integrado à equipe. Até então, considerava que tinha uma equipe para prestar-lhe suporte.

“Se você fez Medicina deveria ser tranquilo ir pra gestão, mas não é. É outro universo de coisas, de exigências. A desconstrução mais importante para mim foi mudar a preposição com/de. Deixa de ser um trabalho com equipe para ser um trabalho de equipe. É muito importante a habilidade de envolver cada um de cada área, tirar das pessoas a inibição para que elas falem e ajudem a construir saídas.” (Entrevistado 2)

Esse ponto de vista vai ao encontro de Mintzberg (1997) que considera que o modelo de administração médica, tendo como referência o sub-sistema médico dentro de um hospital, não é o melhor modelo para a administração geral de um hospital porque, entre outros fatores, os médicos não costumam trabalhar coletivamente.

4.4.7. Abertura à alteridade

Os entrevistados ressaltam que, como administradores, lidam com diferentes pessoas, pontos de vista e paradigmas organizacionais. Para gerir, precisam relativizar as suas próprias verdades, em face da de outros indivíduos, dos valores de grupos e crenças organizacionais estabelecidas. Por isso, precisam estar abertos a lidar com a alteridade, com o diferente, com o outro. Só assim, conseguem mobilização e solução para as inúmeras situações com as quais tem que lidar. Resultados vêm através de pessoas e é preciso empatia para alcançar os resultados desejados. Para esta tarefa, parte dos entrevistados considera bem vindo conhecimentos e interações que, de um lado, levem a uma compreensão mais abrangente da cultura organizacional e das culturas departamentais, e de outro, que gerem *insights* mais específicos a respeito do indivíduo, como se relaciona, como se comporta e o que gera motivação ou conflito, sem estar amarrado a idéias convencionalmente estabelecidas.

“Todas as organizações têm seus paradigmas. Se você não os entende, você não resolve o problema do almoxarifado, não resolve o problema do custo médico, não resolve nada. É preciso aceitar e olhar com os olhos do outro para chegar aos resultados pretendidos.” (Entrevistado2)

“Procuro entender a cultura organizacional, como as pessoas se comportam, como se misturam, seus conflitos.” (Entrevistado3)

“Quando você é novo, é um formando, você acredita que para afirmar as verdades científicas, você tem que negar as outras. Com o tempo, você vê que há outras verdades que não são científicas e são tão verdades quanto a sua verdade. Ela não se valida pela sua metodologia, mas se valida pela crença da pessoa. E às vezes, não são crenças individuais, é de uma cultura inteira. A sua não é melhor nem pior é a que você aprendeu e a que você usa para dar conta do seu trabalho. Até nisso, a Medicina tem muito a ver com a gestão” (Entrevistado2)

Vale aqui retomar Robbins (2005) que relaciona traços de personalidade com liderança, conforme estudos recentes, devido à impossibilidade de se traçar um perfil exato e inequívoco do que é ser líder. O autor se baseia em um modelo conhecido como *Big Five*, que descreve cinco dimensões básicas da personalidade humana, entre eles está o de abertura para novas experiências. Essa abertura demonstra os interesses diversos e a atração pela novidade. Se a pessoa é aberta, é criativa, curiosa e sensível, ou se é fechada, é presa ao convencional e ao que é familiar.

A abertura ao novo, ao diferente, à alteridade se constitui, então, em um aspecto relevante de personalidade nos líderes, além dos traços de extroversão e consciência. Os traços que não foram vinculados à liderança -- e que completam a estrutura do *Big Five* -- são a amabilidade e a estabilidade emocional.

Na tipologia *Competing Values Framework* (Quinn et al., 1996 apud Shortell & Kaluzny, 2000), os papéis destacados pelos entrevistados colocam em cena todos os modelos, mas com ênfase sobre papéis e competências específicas: o agenciador, que negocia acordos e compromissos, vinculado ao modelo de sistema aberto; o de produtor, que trabalha produtivamente, promove ambiente de trabalho produtivo e administra tempo e estresse, ligado ao modelo de propósito racional; o monitor, que administra o desempenho coletivo e o da organização, referente ao modelo de processo interno; e o facilitador, que constrói times, usa participação na tomada de decisão e administra conflito, derivado do modelo de relações humanas.

É interessante salientar que houve menos ênfase nos papéis de inovador, que convive com a mudança, pensa criativamente e cria a mudança (modelo de sistema aberto); de diretor, que cria visão, planeja e estabelece propósito, desenha e organiza e planeja eficazmente (modelo de propósito racional); de coordenador, que administra projetos, desenha o trabalho, e administra ao longo das funções (modelo de processo interno); e o de mentor, que entende de si mesmo e dos outros, comunica eficazmente e desenvolve subordinados (modelo de relações humanas).

Entre os 16 papéis e responsabilidades gerenciais usados por Nascimento (2006) em pesquisa com diretores de hospitais universitários, se confirmam apenas seis em citação espontânea nesta pesquisa: motivar seus funcionários, coordenar o trabalho das equipes, fazer negociação, cumprir metas, alocar recursos, promover a comunicação interna. Não foi mencionado pelos entrevistados adequar a estrutura organizacional, buscar novos recursos, propor novos projetos, definir a estratégia e prever novos cenários. Não cabe, em sentido estrito, conhecer a dinâmica dos poderes do Hospital Universitário, representar o Hospital Universitário ou a direção e divulgar informações sobre o Hospital Universitário. Ainda assim, se transposto à organização em que trabalham, esses aspectos também não foram abordados.

4.5. Qualificação da ética

A ética é percebida como um atributo fundamental para um administrador, que começa em seus valores pessoais, do campo da sua interioridade, e se estende com a ética profissional, a que se sedimentou com a prática da Medicina, reforçadas pela ética social e pelo cumprimento da lei e das decisões judiciais, decorrentes dos conflitos inerentes à administração de saúde em sistemas privados.

Na percepção dos entrevistados, o administrador de saúde deve fundamentar suas escolhas éticas em convicções pessoais, nos princípios da Medicina e na lei. Há princípios básicos que devem permear toda a organização, sem distinção de cargos ou funções. Se o administrador comunga esses princípios com as pessoas a quem ele se reporta, as questões éticas não se tornam impasses.

“A gente tem que estar em um ambiente que te agrade sobre os aspectos essenciais. O que eu acho mais importante, é estar em um ambiente em que as pessoas que te lideram não fujam dos seus princípios básicos. Se não, não vai dar certo. As pessoas a quem você se reporta tem que ter os mesmos princípios que você nos aspectos mais relevantes. Na saúde, isso é mais difícil porque você convive com situações específicas. Eu digo isso publicamente: nunca fui solicitado a negar alguma coisa que medicamente eu discordasse. Se tivessem me pedido, eu não estaria aqui, apesar de discordâncias, de situações de conflitos e de desentendimentos que são próprios da raça humana.” (Entrevistado1)

A percepção de que o administrador, em questões éticas, deve ser fiel aos seus valores pessoais põe em cena as colocações sobre interioridade, sublinhada por Lapierre (2007). O fundamento da direção está na interioridade do administrador, onde estão também o julgamento, a conduta e as considerações morais.

Em serviços de saúde, os administradores entrevistados acreditam que caminha-se entre duas premissas: nem deixar de atender as necessidades com o que o cliente tenha direito, nem atendê-lo com o que ele não tenha cobertura, burlando o sistema de saúde. Além do respeito à lei: as determinações das agências reguladoras e da Justiça devem sempre ser cumpridas.

“É preciso seguir a lei e a ética. Nem deixar de atender as necessidades que o cliente tenha direito, nem atender ou fazer coisas que ele não tenha cobertura. Essa escolha é vivida desde o atendente da empresa até seu presidente” (Entrevistado5).

De acordo com as falas dos entrevistados, questões éticas estariam associadas fundamentalmente a três fontes de conflito, que tipificam os dilemas que o gestor de saúde enfrenta. A primeira é a lacuna entre o que o cliente contrata e o que ele pode precisar quando se tornar paciente. Em outras palavras: o que o paciente precisa, que se confirma como uma necessidade médica real, e o que ele contratou como cliente.

“O dilema comum é que você tem doentes e o sistema pode não funcionar da maneira que você consideraria perfeita. Então, há clientes que tem necessidades e você pode não ter como ajudá-los melhor. Você tem que ter muita frieza para encarar o que é a necessidade do cliente X poder ou não utilizar o seu sistema.” (Entrevistado5)

Uma segunda fonte de tensão, relacionada à anterior, é a síntese que um contrato representa. De um lado, tudo o que a Medicina - como conhecimento científico, tecnologias, materiais, procedimentos e medicamentos - oferece nos cuidados com a saúde e, de outro, o que um instrumento como um contrato de serviço, fundamentado em uma racionalidade econômica e comercial, pode abarcar.

“O contraponto é dar cobertura a tudo o que a Medicina pode disponibilizar em um contrato que precisa ter uma racionalidade econômica.” (Entrevistado 6)

“Estamos discutindo nesse momento isso: o novo rol de procedimentos da ANS. Um monte de procedimentos importantes que podem entrar no rol da prática médica, que podem salvar vidas, que podem melhorar a qualidade de vida das pessoas, mas hoje o mercado não paga por esses benefícios. Então, esse é o maior desafio.” (Entrevistado 6)

Finalmente, a terceira fonte de conflito recorrente se refere à adequação do emprego e administração dos recursos financeiros provenientes do cliente para tratamento e prevenção de saúde, como ilustrado nas falas a seguir:

“Pra acabar com esse desperdício, todas as distorções que a área médica teve ao longo dos anos, vai muito tempo ainda. Às vezes, usa-se mal o que o contrato permite, desperdiçando os recursos.” (Entrevistado 6)

“A gente sabe que a melhoria de condições na saúde não é uma questão de dinheiro, é a forma como você usa o dinheiro. Se fosse só dinheiro, a Medicina americana seria a melhor do mundo e não é. A gente está vendo o Obama tentando fazer uma revolução, sem conseguir. Na Europa, que tem países mais ricos que o nosso também, eles estão tendo sérias dificuldades de financiar o sistema médico deles, pelas mesmas razões: pelo desperdício e pela incorporação indiscriminada das novas tecnologias. (Entrevistado 6)

“Você tem os Estados Unidos que gasta U\$6 mil, per capita; a França, U\$3 mil; e vem para o Brasil, que a gente gasta U\$400, U\$500, per capita. Só que no Brasil, o desafio é maior porque a gente tem uma população de menor poder aquisitivo e a Medicina é exatamente a mesma lá de fora: a gente tem exatamente a mesma droga quimioterápica, o mesmo respirador na UTI, a mesma prótese de joelho, o mesmo equipamento que o mundo inteiro usa, de ponta.” (Entrevistado 6)

Quanto às fontes de conflito, fundamenta-se a análise de Londres (2007) das contraposições entre ética médica e ética empresarial, em que entra em jogo uma dimensão econômica, alvo constante de questionamento. A ética médica, segundo o autor, está vinculada à prática médica. No ato médico é que há o vínculo de dever do médico em relação ao paciente. A ética empresarial pertence a outro campo. A obrigação da empresa é com os que lhe adiantaram recursos, segundo o autor. A ética empresarial é pautada pela missão de dar o maior retorno possível aos seus acionistas (Londres, 2007). A equação entre ética médica e ética empresarial nas organizações de saúde é alvo de constante atenção da sociedade.

4.6. Escopo da gestão de saúde

Há um consenso entre os entrevistados de que a formação e a prática médica contribuem enormemente para a formação do administrador de saúde. Consideram estratégica a compreensão real do que é o núcleo de qualquer organização de saúde, o atendimento em saúde; o entendimento da especificidade das condições emocionais do cliente e do seu familiar quando estão na posição de paciente ou acompanhante; a familiaridade com que lidam com o ambiente de prestação de serviço em saúde, incluído a debilidade do ser humano e o ciclo de nascimento e morte no mesmo espaço físico; a compreensão da urgência e a noção de prioridade na operação; o domínio da especificidade dos recursos humanos e tecnológicos; a valorização do conhecimento; enfim, o domínio de inúmeros ativos profissionais conquistados pela experiência médica. O fato é que grande parte dos empregadores oferece oportunidades de administração para quem tem formação médica, por compartilhar desse ponto de vista.

“Um hospital, por exemplo, é o único local de trabalho em que faz parte do cotidiano, ver pessoas nascerem e morrerem, 24 horas por dia. Olhar a operação de um CTI, para além das pessoas fragilizadas, entubadas e monitoradas, exige um distanciamento e uma familiaridade para que esta cena não tome o primeiro plano da sua atenção. Nosso olhar precisa ultrapassar este quadro e verificar o que precisa ser verificado.” (Entrevistado 4)

“Uma coisa que é fundamental no administrador de saúde é ter a vivência do que é um atendimento de saúde. Eu considero isso essencial.” (Entrevistado5)

“Quando você está dentro de um hospital, você lida com a vida. Todos que te chegam, chegam com seus aspectos emocionais totalmente diferentes. É o seu bem precioso maior que está em risco. Entender como lida com essa pressão é um desafio que torna esta área um pouco diferente de uma fábrica ou de outro tipo de empresa. Tem este algo a mais.” (Entrevistado3)

Os entrevistados consideram que o conhecimento em gestão se faz necessário para melhorar a atuação como administrador, agregado ao conhecimento em saúde já adquirido. Todos os entrevistados buscaram formação e estudo complementares em administração, embora considerem a experiência prática, a grande formadora.

Há uma compreensão de que a indústria da saúde tem inúmeros desafios de ordem econômica (o sistema de saúde precisa arcar com os custos da evolução da Medicina e promover acesso), de competitividade (é uma indústria em que a dinâmica de livre mercado não levou a um serviço melhor para o cliente com redução de custos), de estratégia (as empresas não buscaram um posicionamento ajustado às suas competências internas e ao ambiente, querem ser tudo para todos) e de qualidade (há pouca padronização de indicadores, medição e divulgação comparativa de eficácia em serviços de saúde).

“Uma das coisas que mais me preocupa hoje é a gente não ter certeza se está alcançando os melhores resultados. O desfecho é o mais importante. A idéia pode ser boa, você pode se empenhar, mas no final não deu certo. A estratégia não foi boa. Não trouxe aquele resultado. O desafio é, lidando com populações grandes e assimétricas, você conseguir desenhar um modelo que não só garanta o que é melhor para aquele caso, mas que aquilo está lhe trazendo um retorno. Todo dia a gente discute, dentre as patologias que são muito freqüentes, como obter o melhor resultado.” (Entrevistado 8)

“Grande parte do meu tempo é realmente dedicado a construção do modelo e no seu aperfeiçoamento.” (Entrevistado 10)

Entretanto, parte dos entrevistados considera que os desafios maiores ultrapassam a indústria de saúde porque se configuram como escolhas que não cabem a organizações e setores específicos, mas a sociedade, como um todo. Incluem escolhas sobre formas de contratar e receber cuidados de saúde, que implicam na reorganização de como esses serviços são estruturados, administrados, avaliados e monitorados. A fala a seguir exemplifica esta percepção.

“Esse vai ser o nosso grande desafio da saúde no mundo. Como reinventar nosso modelo de saúde já que o nosso morreu pra que a gente possa levar saúde, de fato, para uma população de dimensões gigantescas.” (Entrevistado3)

Este ponto de vista se concilia com a de Porter (2009), para quem é preciso criar uma estratégia nacional que sustente uma visão do tipo de sistema de cuidados à saúde que cada sociedade deseja e um plano para concretizá-la. Para o autor, o desafio é conter custos nos cuidados com a saúde, melhorando os resultados para o cliente através de um sistema baseado em valor. Sua premissa é a de que manter a boa saúde é menos caro do que tratar a doença.