Trabalho gerencial e processos intersubjetivos: uma experiência com diretores de hospitais públicos*

Marilene de Castilho Sá**
Creuza da Silva Azevedo**

Sumário: 1. Introdução; 2. Análise da experiência; 3. Considerações finais: a natureza da função gerencial e da experiência do laboratório.

Palavras-chave: gestão em saúde; trabalho gerencial; intersubjetividade e gestão; processos grupais e organizações.

Key words: health management; managerial work; intersubjectivity and management; group processes and organizations.

Este artigo faz uma reflexão sobre a experiência do Laboratório de Práticas Gerenciais em Organizações de Saúde, desenvolvida na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, como parte de uma linha de trabalho voltada para a análise dos processos intersubjetivos nas organizações, particularmente no âmbito dos serviços públicos de saúde. Trata-se de uma experiência piloto, iniciada em abril de 2000, com diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro, e objetiva possibilitar a esses gestores refletir e explorar suas vivências sobre a dinâmica organizacional, enfocando particularmente os processos de mudança, a incerteza quanto a seus resultados e as dimensões afetiva, imaginária e inconsciente nas organizações. Desta perspectiva, destacam-se as problemáticas do exercício da liderança e dos limites e possibilidades da construção de projetos coletivos. O projeto apóia-se essencialmente na abordagem psicossociológica das organizações, especialmente representada pelas contribuições de Eugène Enriquez, bem como nos aportes da teoria psicanalítica, para a compreensão dos processos grupais e institucionais. Busca também a interlocução entre estes referenciais teóri-

* Artigo recebido em set. 2001 e aceito em fev. 2002.
** Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

cos e os do campo organizacional. Neste sentido, as contribuições de Alain Chanlat e Henry Mintzberg também são uma referência.

Managerial work and intersubjective processes: an experimental project with directors of public hospitals

This paper reflects on the experimental project of the Laboratory of Managerial Practices in Health Organizations, developed at the National School of Public Health at Oswaldo Cruz Foundation. This pilot project, which integrates a line of research that deals with the analysis of intersubjective processes in organizations, particularly within public health services, began in April 2000 with directors of public hospitals in Rio de Janeiro. Its purpose is to enable these managers to reflect on the organizational dynamics and to explore their personal experiences related to it. The process of change, the uncertainty about its results, as well as the emotional, imaginary and unconscious dimensions of organizations, are focused. From this perspective, the problems related to leadership, as well as the limits and possibilities of developing collective projects, are emphasized. The project is based upon the psychosociological approach of organizations, specially represented by the work of Eugène Enriquez, as well as on the contributions of the psychoanalytical theory, to understand group and institutional processes. It also tries to establish a dialog between these theoretical approaches and those from the organizational field. In this sense, the contributions of Alain Chanlat and Henry Mintzberg are also references.

1. Introdução

Este artigo faz uma reflexão sobre a experiência do Laboratório de Práticas Gerenciais em Organizações de Saúde. Esta experiência se insere em uma linha de trabalho que vem sendo desenvolvida há três anos na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), voltada para a análise das relações entre o indivíduo e a organização, particularmente dos processos intersubjetivos no âmbito das organizações de saúde.[1] Desta perspectiva, destacam-se as problemáticas do exercício da liderança, dos processos de mudança e dos limites e possibilidades da construção de projetos coletivos.

Ao longo dos últimos anos, observamos no país o crescimento da oferta de cursos para a formação de dirigentes em saúde. Do ponto de vista temático, estes cursos em geral apresentam, ao lado de uma discussão sobre a organização dos sistemas de saúde e as políticas de reforma setorial, uma ên-

[1] Essa linha de pesquisa e a experiência do laboratório vêm sendo desenvolvidas pelas autoras deste artigo em conjunto com o professor Francisco Campos Braga Neto. O laboratório conta também com a supervisão do professor Jorge de Campos Valadares.

fase nos aspectos mais programáveis da gestão, como a administração de materiais, a gestão financeira e os sistemas de informação. Do ponto de vista teórico-metodológico, predominam duas grandes tendências: o enfoque estratégico de planejamento e gestão e a abordagem da gestão da qualidade total. Observamos, assim, além do destaque para as dimensões racional e política da gestão, o foco na questão da interação humana e na participação como condições para a melhoria dos processos de gestão.

Tais perspectivas, a despeito dos avanços teórico-metodológicos que representam para as teorias organizacionais e de planejamento, restringem-se a uma concepção instrumental da problemática da interação humana nas organizações, portanto limitada para abordar a complexidade dos processos organizacionais e de gestão. O problema da liderança, quando abordado, é objeto de uma visão prescritiva e simplista.

A partir destas preocupações, o Laboratório de Práticas Gerenciais em Organizações de Saúde representa um esforço de renovação do programa de formação de gerentes em saúde da Ensp. Trata-se de uma experiência piloto, iniciada em abril de 2000, e destina-se especialmente a ex-alunos do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar que estejam exercendo funções de direção em organizações públicas de saúde. Objetiva possibilitar a esses gestores refletir sobre a dinâmica organizacional e explorar suas vivências na condução cotidiana dessas organizações, enfocando particularmente as problemáticas da mudança, da incerteza quanto aos processos e resultados, e das dimensões afetiva, imaginária e inconsciente das relações entre os indivíduos nas organizações.

Este projeto apóia-se essencialmente na abordagem psicossociológica das organizações — especialmente representada pelas contribuições de Eugène Enriquez e André Lèvy —, bem como nos aportes da teoria psicanalítica, para a compreensão dos processos grupais e institucionais, destacando-se as obras de Didier Anzieu e Max Pagés e os trabalhos sobre liderança de Laurent Lapierre. A preocupação em desenvolver um olhar interdisciplinar sobre a problemática organizacional também está presente, o que fez com que buscássemos os pontos de interlocução entre os referenciais teóricos acima apontados e os do campo organizacional. Neste sentido, junto com a psicossociologia, as contribuições de Alain Chanlat e Henry Mintzberg também são uma referência.

Desta perspectiva, compreendemos a organização como espaço imaginário e simbólico, apresentando uma dimensão intersubjetiva e inconsciente que atravessa todos os processos pretensamente racionais e/ou controlados, com importantes implicações tanto para o exercício da liderança quanto para os limites e possibilidades de construção de projetos coletivos e de governabilidade nas organizações.

Este referencial também impõe uma revisão das concepções e estratégias pedagógicas para a formação e capacitação de gestores, a partir do reconhecimento de seus limites e da aceitação de que os processos conscientes

são apenas uma dimensão — não a única, nem necessariamente a mais importante — dos processos de aprendizagem. Esta, acreditamos, longe de ser o resultado da "aquisição" ou "transmissão" de conhecimentos e técnicas, deve ser compreendida como uma possibilidade, sempre aberta, de cada sujeito, em seu confronto cotidiano consigo mesmo — com sua multiplicidade e com seu desamparo — e com os outros.

2. Análise da experiência

Neste artigo, analisaremos o material relativo a 26 sessões do laboratório, ocorridas desde o início, em abril de 2000, até junho de 2001.

O grupo de dirigentes selecionados é composto de diretores e vice-diretores de hospitais públicos (municipais, estaduais e federais) do estado do Rio de Janeiro.

No primeiro ano da experiência, foram selecionados 12 dirigentes, 11 dos quais de grandes hospitais gerais, com emergência. Ao longo de 2000, três participantes saíram e, a partir de abril de 2001, cinco membros ingressaram, passando o grupo a ter a seguinte composição:

- do município do Rio de Janeiro — cinco hospitais gerais com emergência, um hospital de clínicas básicas e dois especializados;
- de outros municípios do estado — um hospital geral com emergência e uma policlínica em transformação para hospital geral.

A condução da experiência

O laboratório se realiza através de sessões quinzenais, com duração de duas horas, que se desenvolvem basicamente em torno dos relatos de experiências e vivências dos dirigentes, bem como, eventualmente, em pequenos textos.

Os textos foram utilizados em seis das 26 sessões realizadas. Tentamos selecionar textos que se referissem ao cotidiano dos hospitais ou às vivências dos diretores, numa linguagem acessível (e sensível). Foram utilizadas, inclusive, duas crônicas.

No segundo semestre de 2000, utilizamo-nos também de dois outros recursos. Um deles foi a apresentação de um cartaz, elaborado para a divulgação do trabalho em um congresso, no qual constavam os objetivos, metodologia e hospitais participantes do laboratório. O outro foi um mural, montado com frases e fragmentos de discursos dos participantes, registrados pelos co-

ordenadores ao longo das sessões. Este último foi utilizado com o objetivo de facilitar e apoiar o trabalho de avaliação da experiência ao final do ano.

Outro ponto importante da condução do laboratório diz respeito aos nossos papéis de coordenadores da experiência. Optamos por trabalhar sempre com os três presentes, sem definição de papéis diferenciados entre nós. Utilizamos vários recursos expressivos e trabalhamos não só com conteúdos afetivos e imaginários do grupo, mas também com nossos conhecimentos e experiência em gestão em saúde, para ajudar os participantes a refletir sobre visões e modelos gerenciais contrastantes, bem como sobre os problemas operacionais de seus hospitais, na busca de alternativas de enfrentamento, e a reconhecer os limites da técnica no trabalho do dirigente.

Esta postura mais flexível quanto aos meios expressivos e conteúdos da intervenção se apóia, sobretudo, nas visões de Max Pagés (1974) e de Eugène Enriquez (1997) sobre a intervenção psicossociológica. Deste último, procuramos transpor para o laboratório sua compreensão de que o consultor organizacional deve intervir tanto como analista quanto como *expert*, perito no campo organizacional, evitando fixar-se apenas em um desses papéis.

Esta linha de trabalho, que pressupõe enfatizar os processos intersubjetivos e inconscientes presentes nas organizações, representa para nós desafios importantes. Um deles é lidar com a dimensão clínica que as intervenções no laboratório devem possuir, considerando nossas formações e trajetórias profissionais: somos duas psicólogas e um médico, com especialização no campo da gestão e planejamento em saúde. Somam-se também as expectativas e fantasias sobre a possibilidade de trabalharmos em grupo, de sermos capazes de limitar nosso narcisismo e tolerar nossas diferenças e identidades.

Gradativamente, aprendemos a lidar com nossas fantasias e ilusões a respeito desse trabalho e também com o nosso desconhecimento. No entanto, é importante assinalar que algumas dificuldades ainda permanecem, particularmente para a interpretação dos processos grupais. Grande parte das nossas intervenções ainda se concentra na dimensão individual dos conteúdos trazidos ao grupo, nos afetos relacionados às representações/imagens que os sujeitos fazem de seu trabalho, de seus hospitais, da experiência do laboratório e do próprio grupo. Nem sempre conseguimos identificar as relações entre processos e formações psíquicas individuais e processos e formações psíquicas grupais, no sentido dado por Kaës (1997).

De outro lado, também tem sido motivo de preocupação o quanto este tipo de trabalho tem sido capaz de dar suporte ao grupo para o enfrentamento de questões da gestão de seus hospitais. Entendemos que nosso papel nesta experiência, como especialistas no campo organizacional, é o de apresentar novas perguntas sobre a gestão, possibilitar pensá-la de outras formas, a partir do reconhecimento de que as questões do sujeito atravessam este universo e apóiam a busca de soluções e a tomada de decisões sobre os problemas gerenciais.

Assim, assumimos que ser *expert* não é necessariamente ajudar a encontrar soluções. Pode talvez significar transitar pelas soluções que se apresentam, problematizando-as a partir de um novo ângulo. Ajudar a refletir sobre a problemática gerencial a partir de perguntas fundamentais, que podem ser formuladas tanto pelo contraponto entre visões e modelos de gestão e os limites que advêm do contexto político-social do setor saúde no Brasil, quanto pelo reconhecimento dos desejos e sua influência nas escolhas. Enfim, auxiliá-los na aceitação da falta — dos limites de todas as ordens, da insuficiência e precariedade de suas (e nossas) ações. Talvez essa reflexão permita uma visão mais madura e modesta da gestão, podendo reconhecê-la, como diria Freud, como um trabalho no limite do impossível. Talvez esta seja nossa tarefa.

O contexto

Embora se apresentem diferenciações entre os integrantes do grupo quanto ao estilo de direção e à forma de enfrentamento dos problemas, há uma grande identidade quanto aos problemas centrais, à forma de representá-los e, muitas vezes, aos sentimentos a eles associados, particularmente nos hospitais de emergência.

Esta semelhança é conseqüência do contexto — da sociedade brasileira e do sistema público de saúde — em que estão essas unidades hospitalares. Na última década, aumentaram as desigualdades sociais; intensificou-se a violência urbana, envolvendo a ação da polícia e do tráfico de drogas; *banalizaram-se a dor e o sofrimento alheios*, fato que se manifesta nos serviços de saúde através da apatia burocrática, do corporativismo e da baixa qualidade dos serviços. Este quadro produz efeitos perversos no âmbito do sistema de saúde, que se somam às dificuldades, sobretudo político-institucionais, de constituição e coordenação de uma rede pública de assistência. Outro agravante é a *falta de autonomia gerencial* das unidades locais de assistência. O hospital acaba por tornar-se o lócus de expressão das contradições sociais, da omissão do Estado em relação aos problemas sociais e, mais particularmente, das dificuldades de construir, na prática, um sistema de saúde que de fato garanta o acesso ao atendimento.

Particularmente os hospitais de emergência, como conseqüência da desestruturação da rede pública de assistência à saúde, enfrentam enormes pressões 24 horas por dia, com *demanda crescente* e superlotação das unidades, cujos profissionais acabam por se sentir em uma situação de guerra permanente.

Por outro lado, há *problemas de instalação e infra-estrutura*. Ainda que estes problemas aparentemente sejam bem-estruturados e de mais fácil res-

olução que os relativos ao sistema de saúde, os diretores têm grandes dificuldades para enfrentá-los, devido à falta de autonomia. Assim, entre os problemas estão caldeiras que não funcionam, tetos que caem nos setores de emergência, desabastecimento e interrupções no funcionamento de equipamentos como tomógrafos, inviabilizando a assistência.

A *rotatividade*/transitoriedade dos diretores também é um elemento importante em nosso contexto público, fruto essencialmente da instabilidade política, representando mais um fator de vulnerabilidade do dirigente. Ao longo do primeiro ano de experiência do laboratório foi possível constatar essa rotatividade entre os próprios membros do grupo. Entre 12 dirigentes, cinco mudaram de posição. Um diretor administrativo pediu demissão. Duas vice-diretoras passaram à posição de diretoras. Uma delas, poucos meses depois, foi exonerada. Um diretor foi para o nível central da Secretaria de Saúde. Outra diretora foi exonerada e nomeada, posteriormente, secretária de Saúde de outro município, onde permaneceu também apenas poucos meses, tendo sido exonerada após as eleições municipais; hoje, é novamente diretora hospitalar de outra unidade de saúde.

Neste contexto de muitas pressões, imensas responsabilidades, baixa remuneração, condições precárias de trabalho e baixo compromisso com o serviço público, torna-se muito *difícil montar uma equipe de direção* e até mesmo substituir chefes.

Todo esse quadro é fonte de muito sofrimento para os dirigentes, os funcionários e a população, porque resulta em dificuldades de atender e de ser atendido, na queda da qualidade da assistência e, sobretudo, em seqüelas e óbitos evitáveis.

As metáforas do hospital: sentimentos, representações e fantasias sobre o trabalho gerencial

Um exame retrospectivo e global sobre o conjunto de sessões revela, em primeiro lugar, a intensidade das imagens, representações e metáforas trazidas pelos participantes sobre os hospitais onde trabalham e sobre os problemas que enfrentam. Esta tendência encontra correspondência, obviamente, na vida real, na tragicidade de seu dia-a-dia, mas também parece ser reforçada, num movimento de "mão dupla", se assim podemos considerá-lo, pelas fantasias presentes no grupo e pelas ansiedades ali mobilizadas.

Diante das dificuldades enfrentadas, os dirigentes hospitalares nos apresentam um quadro essencialmente marcado pelo sentimento de *desgoverno e impotência*, por dificuldades em exercer a autoridade, por limitações quanto a possibilidades de intervenção. Vêem-se à mercê de todo tipo de demanda política, e de restrições de recursos. São alvos de ameaças e atropelos, e, perante o

desafio de lidar e buscar a cooperação dos médicos, são vistos como "semideuses e semidiabos".

Algumas falas são ilustrativas desses sentimentos: "Temos a piração (...) a onipotência de que vamos poder mudar (...). Ainda acho que é um desgaste muito grande para um ganho muito pequeno"; "O trabalho tem resultado, mas a um preço muito alto"; "Não tem condição de trabalho (...); Não adianta dizer que é falta de organização. É humanamente impossível!";"Me sinto engessada, um peixe fora d'água"; "Carregamos água na peneira".

Neste quadro, chama a atenção que grande parte das representações e imagens que esses profissionais fazem de seu trabalho indica a *enormidade da tarefa* de dirigir hospitais com a complexidade dos que estão representados no grupo. Parece, às vezes, tratar-se de algo que chega no limite das forças de cada um. É o que se pode perceber, por exemplo, na intensidade da metáfora utilizada por uma das diretoras: "Trabalhar no hospital X é matar um dragão por dia".

Esta mesma sensação encontra outra forma de expressão, ou seu contraponto, na *angústia pela falta de controle* sobre o modo de funcionamento do hospital e sobre os problemas que ali se manifestam. Assim, por exemplo, uma das diretoras já se dizia, na entrevista, "assustada com a falta de controle": "Me assusta ser responsável por uma divisão médica onde outras pessoas não podem ser responsáveis". Em uma das sessões, esta mesma diretora desabafa, a respeito de casos de óbitos ocorridos nos hospitais e que poderiam ter sido evitados: "Não suporto mais conviver com estes óbitos! É muito difícil ver gente morrer sem precisar morrer". Outros diretores se expressam no mesmo sentido: "No início da gestão tinha muita angústia (…) queria controlar tudo". Em várias ocasiões, os diretores referem-se ao seu trabalho como o de uma "missão impossível".

Aqui, coloca-se desde já um elemento importante de todo trabalho de gestão — e provavelmente um dos principais desencadeadores de intensas ansiedades —, que é a necessidade de controlar o trabalho de outros e de ter de responder, em última instância, pelos seus resultados ou conseqüências.

Uma parábola bastante apropriada a estas vivências e que, ao mesmo tempo, indica um esforço no sentido de elaboração das possibilidades e limites dos diretores diante de sua tarefa foi trazida por uma das participantes num momento em que vínhamos trabalhando com o grupo uma visão mais modesta da capacidade que cada um tem de contribuir para mudanças na situação dos hospitais. Trata-se de uma narrativa de um filme, em que um dos personagens encontra-se numa praia, com a maré baixa, com milhares de estrelas-do-mar encalhadas na areia. Este personagem começa, então, a jogá-las de volta ao mar, tentando salvá-las, mas é interpelado por outro personagem que lhe chama a atenção para a *enormidade da tarefa*. O primeiro lhe responde, então, que para aquela estrela que tinha na mão ele fez a diferença.

Outro tipo de vivência muito presente entre os membros do grupo é a de *desamparo e isolamento*, associada tanto à relação dos diretores com o nível central (instâncias hierarquicamente superiores), quanto ao seu relacionamento com os funcionários dos hospitais que dirigem.

Assim, em várias ocasiões expressam seu sofrimento pela *falta de apoio* do nível central e de *reconhecimento* do que vem sendo feito, gerando o sentimento de não-valorização de seu trabalho. Referem-se aos seus esforços e aos dos funcionários, pois "apesar de tudo, as unidades funcionam". "Estão dizendo que os hospitais estão bem. Só Deus sabe como...". "Me telefonaram esta semana para perguntar se tenho ofícios relativos a problemas não-atendidos (...) Claro que tenho! Vou mandar a lista." Outro integrante do grupo se queixa do "descaso do nível central", sente-se "desprestigiado, sem voz".

Estas percepções se dão em meio a situações concretas de dificuldades de comunicação entre o nível central e os hospitais (uma das diretoras relata, por exemplo, ter passado dois dias no gabinete do superintendente para ser recebida), falta de informação, atrasos no encaminhamento de processos relativos à administração dos hospitais (infra-estrutura, manutenção, equipamentos, abastecimento) e falta de atuação mais agressiva do nível central como agente de coordenação da rede e regulação da oferta de serviços de saúde.

Por outro lado, no âmbito interno do hospital, a vivência do isolamento se manifesta muito freqüentemente ao lado da preocupação desses diretores com sua legitimidade junto aos profissionais. Neste sentido, em vários momentos o grupo discute as dificuldades de montar equipes, de estabelecer relações de confiança, de se comunicar, delegar, de fazer o outro mudar e de aceitar suas diferenças. Vejamos alguns fragmentos neste sentido: "A gente quer que o outro veja do mesmo modo que a gente"; "Rejeição (...) taquicardia (...) difícil lidar com a diferença"; "A gente chega e encontra resistências (...) é uma desconfiança das pessoas"; "Desacelera, acelera, cobra, mas nada acontece"; "Eu não atropelo porque quero"; "É difícil convencer o colega"; "Eles não querem ouvir. Só querem falar"; "As pessoas não querem só ser ouvidas. Querem ser ouvidas, entendidas e receber a resposta 'tá certo'(…)". Queixam-se da falta de compromisso dos profissionais para com os pacientes e para com o trabalho a realizar, sentindo-se muitas vezes sem ter com quem dividir responsabilidades: "As pessoas viram vítimas, são auto-indulgentes, se perdoam"; "Eu sou muito acusada de não ter cuidado com o outro, e por acaso alguém tem cuidado comigo?".

Uma metáfora importante desta vivência de desamparo e isolamento/solidão, tanto externos (ou das instâncias superiores) quanto internos ao hospital (ou das equipes subordinadas), foi trazida por uma das participantes, chefe de um setor importante de um dos maiores hospitais gerais do Rio de Janeiro. Queixa-se de falta de autonomia e de apoio por parte da equipe de direção do hospital. A rigor, sente-se "rejeitada" pela equipe de direção, em

cujas reuniões, quando é chamada a participar, não se sente ouvida. Ao mesmo tempo, sente uma "grande resistência" por parte da equipe que chefia. Em uma ocasião desabafou: "Me sinto como um marisco entre a rocha e o mar". Esta mesma metáfora foi utilizada mais recentemente por um dos novos diretores integrantes do grupo.

A *falta de autonomia e de reconhecimento* são recorrentes entre as queixas dos diretores. Esses elementos devem ser cuidadosamente considerados no que se refere a seus efeitos sobre o trabalho gerencial. Esses problemas, embora expressem as relações de poder que estão estabelecidas nas organizações públicas de saúde, também constituem questões caras, fundamentais, para o sujeito. Neste sentido, o mal-estar e sofrimento que provocam representam a parte visível de um processo de violência e cerceamento dos sujeitos, da sua capacidade de criatividade e questionamento, com efeitos importantes sobre o exercício da liderança e os modos de funcionamento e de gestão das organizações.

Por outro lado, na experiência do laboratório, o grupo também é capaz de apresentar os resultados positivos de seu trabalho. Admitem que são capazes de mover a organização, resgatando, assim, as possibilidades de legitimidade e de trabalho coletivo. Reconhecem que têm um "papel de mediação" entre as equipes. Destacam "a importância da discussão dos conflitos em grupo". Alguns participantes trazem depoimentos sobre processos mais participativos na gestão dos hospitais, embora admitam as inúmeras dificuldades para implantar modelos mais democráticos e descentralizados. Reconhecem o quanto esses processos de mudança são longos e incertos: "É um processo demorado (...) buscar o compromisso é um processo muito árduo".

Neste sentido, uma das diretoras fala de seu esforço, ao longo de várias funções que exerceu no hospital, de reorientar o modelo assistencial: "Estamos buscando um caminho para integrar ambulatório e clínica. Trabalho de 15 anos! Tentei todos os caminhos". Hoje, já como diretora do hospital, entende que seu papel é, essencialmente, trabalhar para a interação dos profissionais: "70% do meu tempo é fazer com que as pessoas conversem". Essa fala aponta uma tarefa importante do trabalho gerencial, que é ampliar as possibilidades de interação nas organizações, remetendo à questão do *convívio*, aos limites e possibilidades de viver e trabalhar juntos. Tal questão expressa-se como uma tensão permanente entre os sujeitos nas organizações.

Outra diretora traz sua experiência na construção de um modelo de gestão pautado em instrumentos gerenciais (sistemas de informação e avaliação), em mecanismos de planejamento participativo e no diálogo constante com as equipes. Hoje diz que pode delegar, dividir responsabilidades: "Fiquei doente e o hospital não parou. A gestão dá para a gente um caminho".

Temos explorado com o grupo estes tipos de sentimentos e imagens através da discussão do tema da *gestão como um trabalho que envolve o trabalho do outro e com o outro*, isto é, gerir não é apenas um trabalho de "apoio" ou

que apóia o trabalho de outros, mas é, sobretudo, um trabalho cujo produto e qualidade *se apóia nos produtos e qualidade de outros trabalhos*. Neste sentido, se faz através das trocas, das interações entre os sujeitos em situações de trabalho. Um trabalho que exigirá sempre muita modéstia e capacidade de aprendizagem com os erros e que encontrará um auxílio bastante limitado, ainda que essencial, nas teorias e tecnologias de planejamento e gestão.

Esse tipo de compreensão da gestão não deixa de ser um grande desafio, tanto para os diretores integrantes do grupo, quanto para nós, coordenadores, pois pressupõe uma elaboração psíquica que implica lidar, por um lado, com as ilusões de onipotência que o trabalho gerencial suscita e, por outro, com as angústias depressivas e paranóides que ele desperta.

Outro tipo de vivência que tem tido muita expressão no grupo, geralmente associada à experiência de descontrole e desamparo, é a de ameaça. Alguns condicionantes dessas vivências derivam das dificuldades do exercício da autoridade e da liderança, bem como dos lugares imaginários em que esses dirigentes se vêem e são vistos. Outra parte importante desses sentimentos de ameaça encontra, no entanto, um respaldo concreto no contexto extremamente adverso — e marcado por todo tipo de violência — desses hospitais.

Assim, uma das principais dimensões dessas vivências de ameaça se expressa através de dúvidas desses dirigentes sobre sua capacidade e preparo para a função. A grande maioria dos diretores passou da experiência assistencial/clínica para atividades de gestão sem formação prévia na área. Ter de lidar com essa mudança radical em sua identidade profissional é uma importante fonte de ansiedade, amplificando as vivências de *não-saber*. Alguns depoimentos são bastante ilustrativos: "A maior ameaça é o teu fracasso. Não é só perder o poder. É não acertar e demonstrar o teu fracasso"; "Vivemos assombrados, (...) medo de sermos questionados"; "Queremos ver resultado, nossa contribuição".

Vários membros do grupo evocam suas dificuldades, quando foram nomeados diretores, associadas ao desconhecimento das realidades dos hospitais que dirigiriam e/ou ao despreparo para enfrentá-las. A maioria não pertencia ao quadro dos hospitais que hoje dirige. Uma das diretoras só conhecia o hospital para o qual foi nomeada através de documentos de avaliação. Outra sequer sabia da existência do hospital. Outra integrante do grupo observa: "Eu conhecia todo mundo, mas nós, médicos, não temos visão administrativa. Eu sabia o que queria, mas a grande questão era o como".

Um relato ilustrativo e bem-humorado dessas circunstâncias — e que pode ser considerado uma *parábola do não-saber* e, simultaneamente, uma forma de elaboração dessas situações — foi trazido por um dos diretores ainda nas primeiras sessões do laboratório: "No primeiro dia em que fui ao hospital eu estava tenso, não sei por onde entrei. No segundo dia, eu só sabia onde era a garagem". O diretor não sabia como chegar ao seu gabinete: "Eu

caí no *hall* do Rx e não conhecia. Havia três portas: cozinha, Rx e pronto-socorro. Não quis entrar pela emergência. Subi uma escada. Caí num corredor com duas bifurcações… outro corredor e outro corredor. Ao final era o serviço de anatomia patológica. Entrei e convidei o chefe para um café no gabinete. É assim que você chega ao hospital". Na verdade, o diretor se fez guiar ao seu gabinete.

Outro tipo de sentimento de ameaça decorre do contexto de alta ingerência político-partidária na administração pública e disputa pelo poder no nível local. Os diretores expressam, em várias ocasiões, seu "medo de perder o lugar": "Querem me matar (...) dar um tiro (...) O partido quer influenciar (...) querem os cargos, o meu cargo"; "Todos acham que podem ocupar o seu lugar". Preocupam-se com sua permanência, com sua legitimação: "No início, ninguém te reconhece. Em seis meses ou você conquista ou não"; "Há diretores que são sem ser".

Paradoxalmente, em diversas ocasiões o grupo apresenta a direção como um lugar desvalorizado, que ninguém quer, em função das enormes restrições e precariedades que os diretores enfrentam: "As pessoas acham que você é diretora porque ninguém quis ser"; "Há gosto pra tudo (...) até pra ser diretor de hospital"; "Estou querendo que apareça [alguém que queira ficar no seu lugar, de diretora médica] (...) mas hoje, se perguntar se alguém quer este cargo, ninguém quer".

O exercício da liderança contém uma importante dimensão afetiva e imaginária, reativando os fantasmas mais primitivos ou arcaicos (Lapierre, 1995) entre os indivíduos nas organizações. Ser diretor é ser alvo de todo tipo de identificação e, conseqüentemente, de ataque. O contexto especialmente adverso de nossos hospitais potencializa angústias associadas a vivências de risco e até mesmo a ameaças à integridade física dos dirigentes. Uma das diretoras teve seu carro arranhado no estacionamento do hospital. Outra observa que no hospital querem "me pegar no tapa". Numa sessão em que estava sendo discutida uma situação de extrema tensão e conflito entre os funcionários e o diretor, foram relatados casos de utilização, nos hospitais, de objetos destinados a práticas de magia, feitiçaria, vodu, voltados contra os diretores.

São freqüentes, entre os diretores, expressões como "sinto que estamos surtando", "estamos adoecendo", "fulano está muito abatido".

Nosso trabalho a respeito dessas situações tem buscado, por um lado, explicitar que, na trama organizacional, o poder não é algo objetivo, que as organizações resistem à mudança e são constantemente atravessadas pelo que Enriquez (1997) identifica como a "tentação paranóica". Por outro lado, também temos reconhecido que os hospitais, principalmente os de emergência, vivem uma situação-limite. Hoje, além de se ocuparem das vítimas da violência urbana e social, tornam-se objeto da violência crescente da sociedade. São constantemente invadidos por criminosos que tentam resgatar seus cúmplices ali internados, numa verdadeira "operação de guerra". Há tiroteios no hospi-

tal: "Quantas vezes nos jogamos ao chão!". Os médicos vivem situações cada vez mais freqüentes de pressões e ameaças físicas para prestarem atendimento em serviços superlotados. Em mais de uma ocasião, os diretores relataram terem as portas de seus hospitais literalmente arrombadas. Seu sentimento a esse respeito é traduzido em expressões como "Isso arromba nosso ser", "Eu não posso banalizar as cenas de violência que vejo no hospital, não posso me acostumar com isso".

Neste quadro, a morte torna-se um conteúdo recorrente no laboratório, aparecendo sob a forma de óbitos por erro médico, imperícia, omissão ou por incapacidade do sistema de atender toda a demanda, ou ainda representada por corpos, cadáveres, doenças ou relatos de quadros clínicos ou cirúrgicos irreversíveis. Tais conteúdos e suas representações parecem adquirir ainda maior dramaticidade quando contrastados com os sentimentos de impotência, falência e perseguição que, também recorrentemente, são manifestados (a responsabilidade pelas mortes e problemas dos hospitais é atribuída em geral "aos outros", aos funcionários "irresponsáveis" ou "desmotivados", à Secretaria de Saúde, "ao sistema de saúde" ou "aos políticos" insensíveis às necessidades da população).

A morte invade os hospitais (e o grupo) sob a forma de serviços de emergência superlotados, "portas abertas 24 horas", através das quais não param de entrar mais e mais pacientes graves, entre os quais o hospital freqüentemente é obrigado a escolher, a decidir quem vive e quem morre, ante a insuficiência de recursos humanos e materiais. O sentimento de falta de controle desta situação, a sensação de estarem sendo "invadidos" (atacados) por problemas que não podem resolver, faz com que os dirigentes temam por vezes até mesmo a população. Uma das preocupações manifestadas e discutidas pelo grupo diz respeito ao problema social da população "de rua" que, de forma crescente, vem-se utilizando das dependências do hospital (pátios, banheiros, bancos) para dormir e viver: "Eles vêm buscar segurança, mas estão invadindo".

Outro tipo de ansiedade freqüente relaciona-se a vivências ou fantasias de fragmentação e de indiferenciação. Tais sentimentos parecem ser favorecidos não apenas pela situação de os dirigentes estarem em grupo, como observam Anzieu (1990) e Bion (1969), mas pela própria natureza dos problemas que enfrentam em seus hospitais.

Assim, uma imagem utilizada por uma das diretoras para expressar seu medo de ser demitida e substituída por outro, apesar de seus investimentos no hospital, pode ser um indicador desse tipo de angústia: "De repente o hospital te dá um pé na (...) e vem um clone pior". A imagem do clone foi, então, amplamente utilizada por vários participantes do grupo e nos sugere exatamente uma sensação de estranheza, de um simulacro, algo que não é natural, algo que é aparentemente igual, mas é diferente (e pior) e assusta exatamente

porque mobiliza fantasias de fragmentação ou indiferenciação. O clone é algo do qual precisamos nos diferenciar e provar que somos melhores.

Outra forma de manifestação desse tipo de medo de indiferenciação também pode ser observada na preocupação de alguns participantes sobre a não-valorização de seu trabalho, a falta de estímulo e de reconhecimento por parte das administrações públicas, que vêm conferindo tratamento indiferenciado para "bons" e "maus" funcionários, para "os que trabalham" e "os que não trabalham".

As metáforas do grupo: as interações e as intervenções no laboratório

A experiência do laboratório merece também ser discutida a partir dos processos de interação que possibilita e de seu sentido para o grupo e para cada um dos dirigentes, particularmente naquilo que permite uma melhor compreensão do tipo de vínculo que os participantes estabelecem com seu trabalho e com o próprio grupo.

De um modo geral, podemos dizer que o grupo apresentava sentimentos às vezes opostos entre uma e outra sessão e, até mesmo, durante uma mesma sessão: ansiedades sobre a potência/impotência do grupo e dos coordenadores, angústia pela falta de controle/desconhecimento do processo grupal, dúvidas sobre a possibilidade de cooperação e também sobre a validade do laboratório, e ainda necessidade de afirmação das diferenças de personalidade e de estilos de gestão. É importante reconhecer que houve também momentos significativos nos quais os participantes demonstraram capacidade de compreensão mútua, colaboração e empatia. Assim, puderam em algumas ocasiões trocar mais entre si, aconselhando-se uns aos outros, tentando buscar alternativas para os problemas que alguns traziam.

A morte sempre foi um conteúdo presente, não só através dos relatos sobre o trabalho no hospital, analisados anteriormente, como também, com muita intensidade, sob a forma de vivência pessoal: a morte do pai de uma das integrantes e o risco de vida e vivência de proximidade da morte por parte de duas outras diretoras, situações dramaticamente narradas no grupo. No primeiro caso, destaca-se o sofrimento diante da morte do pai e a impotência, agravados pelo despreparo da equipe que o atendeu. Nas outras duas situações, dois sentimentos se sobressaem: a possibilidade de se ver "do outro lado", como paciente, e a angústia pelo descontrole sobre o próprio corpo e sobre as intervenções.

Outra forma de expressão da morte no grupo se dá através da ameaça, sempre presente, à própria continuidade do grupo e que encontra ressonância nas ansiedades da coordenação relacionadas às faltas, atrasos, desligamentos e abandonos de membros do grupo. O ponto máximo das fantasias de

morte/término do grupo se deu após exatamente um ano de seu funcionamento e às vésperas da entrada de novos integrantes. Pela primeira vez, ninguém compareceu a uma das sessões. Esta situação de falta coletiva, ou, como a denominamos, "não-sessão", talvez tenha tido também a função de transição, de passagem, entre o primeiro grupo, que, de fato, deixava de existir a partir da entrada de novos integrantes, e o grupo novo que se conformaria.

Uma imagem bastante marcante e que talvez melhor represente o problema da agressividade/morte no grupo e nos hospitais foi trazida por uma das diretoras, que contou ao grupo que uma cobra havia invadido o hospital e se instalado em um laguinho do pátio, onde foi vista devorando um gato e uns peixes. Em várias sessões posteriores o grupo fez alusões a esta história, na maioria das vezes em tom de brincadeira. Embora se trate de uma situação real — o hospital está localizado em uma área de floresta —, a imagem da cobra se presta à representação de várias questões: a agressividade do grupo para com os coordenadores (impotentes com relação à realidade dos hospitais — meros "peixinhos"), a agressividade das situações a que eles, dirigentes, são constantemente submetidos nos hospitais, as situações macabras que têm de enfrentar.

Ao lado desse movimento, é importante destacar que os participantes também foram capazes de produzir algumas imagens positivas e "reparadoras" sobre o grupo. Assim, por exemplo, em uma das sessões uma das participantes trouxe para o grupo um pequeno texto, intitulado "o abraço que salva". O texto, junto com a foto de dois bebês abraçados em uma única incubadora, relatava o quanto o calor de um dos bebês pode salvar o outro. Essa imagem indica que, de certo modo, o grupo reconhecia a importância de um para o outro, a importância da solidariedade/proximidade entre os participantes e, portanto, do espaço do laboratório como facilitador dessas trocas.

Nesta mesma sessão, outra imagem que poderíamos considerar "reparadora" foi trazida por uma das diretoras que anteriormente havia tido seu carro arranhado no hospital. Disse que se sentia otimista naquela semana e fazia questão de compartilhar a razão desse sentimento com o grupo. Contou que havia feito aniversário e que os funcionários do hospital lhe fizeram uma enorme festa, com muitas flores, bolo e um coral belíssimo. Um ano depois, essa mesma diretora trouxe novamente ao grupo o relato da festa de seu aniversário, dizendo que, neste ano, os funcionários fizeram uma festa "10 vezes maior do que a primeira". Sente-se reconhecida.

Um recurso importante que, de certa forma, contribuiu para a produção, pelo grupo, de uma imagem positiva de si e da experiência do laboratório foi a apresentação de um pôster que preparamos para um congresso, com a proposta de trabalho do laboratório e a lista dos hospitais participantes. As últimas sessões vinham sendo marcadas fundamentalmente por um clima de "repetição", repetição de discussões, de casos de mau atendimento, mortes desnecessárias, desumanização do atendimento. Nesse clima,

a apresentação do cartaz representou um ponto de inflexão. Foi como se o grupo pela primeira vez olhasse para si mesmo. Uma das integrantes disse que, ao ver a relação dos hospitais, percebeu pela primeira vez que eram uma *rede*. O grupo se viu como rede. Os integrantes falaram das possibilidades de troca, de ajuda mútua entre os hospitais. Disseram que deveriam se concentrar em como aprofundar essas relações de cooperação, avançar na constituição dessa rede e também na discussão de seus perfis, suas trajetórias pessoais, refletindo sobre o que os prendia na função gerencial, sobre o porquê de estarem ocupando essa posição, já que reconhecidamente é um lugar de tanto sofrimento.

A metáfora da rede continuou produzindo efeitos em outras sessões. O grupo se via como rede, destacando sua capacidade de apoio mútuo e cooperação e, ainda, a importância do espaço do laboratório: "O laboratório deve ajudar a gente a ver esse interior institucional". Discutiu-se o quanto o laboratório poderia ajudar os participantes a ver o hospital e a encontrar alternativas com base nos sentimentos, no sofrimento, no "interior" de cada um.

Outro recurso utilizado, com efeitos também importantes sobre o grupo, foi a apresentação de um mural montado com o objetivo de facilitar a avaliação do trabalho ao final do ano. O mural era composto de frases, fragmentos de falas e palavras recolhidas por nós ao longo das sessões. Inicialmente houve, por parte do grupo, uma certa negação do material, provavelmente pelas dificuldades de ficar face a face com a dramaticidade que as frases sugeriam. Posteriormente, o mural foi apontado como uma expressão de nossa valorização do laboratório: "Não sabia que vocês levavam tão a sério". Algumas imagens foram esboçadas ao longo da sessão, na qual surgiu a associação do grupo com o corpo, como metáfora tanto da energia, motor da mudança, como da vulnerabilidade a ataques.

O mural suscitou nos participantes questões sobre o seu vínculo com o trabalho e as características desse trabalho. Nesse sentido, um dos diretores observou: "Se um grupo de candidatos a diretores olhasse este quadro, desistiria (...) Temos que pensar o que nos faz continuar(...) Porque no hospital se ajuda no sofrimento, resolve de imediato, faz-se o bem ou o mal. É um lugar de poder".

Assim, a tarefa do grupo foi emergindo progressivamente, especialmente a partir da sessão do pôster e das sessões do mural. O laboratório passou a ser vivido como um espaço de reflexão sobre o que prende os participantes às suas funções e aos hospitais, ajudando-os a ver o "interior" de suas instituições a partir de seu "interior", de seus sofrimentos e sentimentos.

Imagens contrastantes marcaram o laboratório: desde as referências ao "clone" e às invasões ao hospital, passando pela imagem dos bebês abraçados que garantem a sobrevivência recíproca, até as situações do carro arranhado e das grandes festas de aniversário. Esses contrastes nos evocam hoje, ao re-

constituí-los, a parábola dos porcos-espinhos (Freud, 1976). Extraída de um conto de Schopenhauer, essa parábola ilustra a dinâmica das relações entre as pessoas, nos grupos e nas organizações em geral (Sá, 2001). Conta-se que, em um dia de inverno, "alguns porcos-espinhos, para se aquecerem, resolveram se apertar uns contra os outros, mas, com a aproximação, espetaram-se e aí tornaram a se afastar, voltando a sentir frio. Então, tornaram a se aproximar e novamente se espetaram e assim sucessivamente, até que encontraram uma distância adequada que lhes permitia se aquecer e não se espetar, isto é, defender-se ao mesmo tempo do frio e das espetadas" (Sá, 2001:160).

Assim como na parábola dos porcos-espinhos, a ambigüidade de desejos e representações com relação ao hospital, ao seu trabalho e ao próprio grupo do laboratório, parece ser um elemento comum a todos os participantes. Na verdade, o que nos parece que o grupo vem se perguntando (e nos perguntando), desde a primeira sessão, é: será que vale a pena? Será que vale a pena o investimento nessas organizações (hospitais) e nos grupos e pessoas que dela fazem parte? Seremos capazes de continuar a investir (nos aproximarmos, estabelecermos vínculos)? Esses hospitais e esse grupo (o do laboratório) podem atender a nossas demandas de proteção e reconhecimento? Todos parecem querer saber por que, apesar de tanto sofrimento e impotência, continuam fazendo seu trabalho, continuam sendo dirigentes hospitalares e continuam vindo ao grupo.

É interessante observar que uma das primeiras metáforas desse grupo reflete essa ambigüidade. Uma das diretoras, numa conversa conosco fora do grupo, disse-nos que não saberia como estaria suportando os problemas que vive no hospital se não fosse o grupo, que o grupo para ela é um *muro*. A imagem de um muro, ao mesmo tempo que evoca apoio, segurança e lugar de "lamentações", remete também a algo rígido, uma barreira, um obstáculo ou interdição.

Esta ambivalência de sentimentos talvez seja a principal responsável pelos longos atrasos e faltas. Às vezes, temos a sensação de que, de uma sessão para outra, trabalhamos com dois grupos distintos (algumas vezes, a maioria dos que vieram a uma sessão não vem na seguinte). É como se, a cada atraso, a cada falta, nos perguntássemos: Será que esse grupo vai vingar, vai continuar? Será que essa experiência dará "certo", produzirá bons resultados?

Por fim, cabe reconhecer que os atrasos e faltas dos participantes do grupo nos provocam uma situação de desconforto e ansiedade, que pode ser compreendida à luz da questão do controle/descontrole envolvidos. Nós, como coordenadores do grupo, não temos o mesmo governo da situação que temos em sala de aula, como docentes. Através dos atrasos e faltas são os membros do grupo que governam, enquanto o que queremos, com esse grupo, é aprender como é que seus membros governam nos hospitais.

3. Considerações finais: a natureza da função gerencial e da experiência do laboratório

A experiência do laboratório vem trazendo à tona novos elementos para a compreensão do trabalho gerencial, particularmente no âmbito das organizações públicas de saúde no Brasil.

Diversas compreensões do trabalho dos dirigentes vêm atravessando a produção teórica no campo organizacional, desde as abordagens clássicas até as mais contemporâneas, enfatizando diferentes aspectos. Fayol e outros autores clássicos sugerem uma compreensão dos gerentes essencialmente como aqueles que controlam a organização. Tom Peters apresenta o bom gerente como aquele que se envolve diretamente com o "fazer". Para Warren Bennis e Abraham Zaleznik, bons gerentes são primordialmente líderes. Michel Porter destaca, por outro lado, o papel de pensar o futuro da organização (Mintzberg, 1994).

Os relatos que os diretores trazem ao laboratório sobre suas experiências de gestão indicam claramente os limites e insuficiências dessas perspectivas teóricas para a compreensão da prática gerencial nos hospitais públicos. A pouca autonomia dos diretores e sua baixa governabilidade sobre os processos de trabalho nos hospitais se contrapõem, por exemplo, à visão do gerente como aquele que controla a organização. Diante das perspectivas que associam o trabalho gerencial ao exercício da liderança, o que podemos observar é que a adversidade da situação desses hospitais leva seus diretores, em sua maioria, a assumir a operação imediata da organização. Encontram-se, portanto, limitados em sua capacidade de propor ou ajudar a desenhar o futuro, a missão, das organizações, bem como de contribuir para a formulação de novos valores ou ideais entre seus liderados.

Se considerarmos como referência os níveis em que, conforme Mintzberg (1994), pode-se dar a ação gerencial — a ação direta, a gestão das pessoas e a gestão de informações —, podemos dizer que o grupo de diretores participantes do laboratório encontra-se, sobretudo no caso dos hospitais de emergência, no primeiro nível, isto é, envolvidos diretamente com os problemas administrativos e assistenciais de seus hospitais, ficando a um passo da execução da tarefa. Trata-se de um esforço sobre-humano desses diretores para fazer o hospital funcionar "diretamente" por suas mãos. Por conta disso, a maioria sente que os resultados alcançados têm um custo absurdo, sentem-se "carregando água na peneira" e sempre "apagando incêndio", incapazes de antecipação/planejamento.

Esse quadro pode ser explicado pelo contexto da sociedade brasileira e de nosso sistema de saúde, aqui já discutido, pela cultura organizacional, de extrema centralização e baixa responsabilidade, dominante nas organizações públicas brasileiras, assim como pela própria especificidade dos hospitais, entendidos como organizações profissionais (Mintzberg, 1989). Nessas

condições, os diretores se encontram assoberbados por uma agenda superlotada de problemas, alguns dos quais não podem resolver pela falta de autonomia e outros que poderiam ser resolvidos em níveis hierárquicos inferiores. Simultaneamente, estão inseridos numa estrutura de autoridade ambígua, de poder partilhado, sobretudo em função do *status* particular dos médicos, tornando o processo decisório labiríntico e a cooperação um grande desafio (Mintzberg, 1989; Azevedo, 2000).

A importância do contexto na determinação do estilo de direção e do foco de atenção do dirigente encontra apoio na visão de Goodwin, para quem a liderança deve ser compreendida como um fenômeno que pode ser afetado por forças externas, passível de ser formatado e produzido. Nesse sentido, a perspectiva contingencial torna-se relevante ao colocar em cena o contexto como força condicionadora da prática da liderança (Azevedo, 2000).

Assim, a experiência do laboratório tem-nos permitido reconhecer com os diretores a importância e, igualmente, os limites das teorias e instrumentos do campo do planejamento e da gestão em relação a seu impacto sobre a realidade das nossas organizações de saúde. Trata-se, por um lado, de promover uma desconstrução da idealização da gestão como técnica — alçada por vezes à condição de solução para todos os males organizacionais e apenas dependente da vontade dos indivíduos de utilizarem seus instrumentos — e, por outro lado, de recuperar suas potencialidades, evitando a negação radical de sua validade. Ambas as posições, aliás, se verificam por vezes entre os integrantes do grupo.

Mintzberg (1973, 1989) procurou desfazer os mitos sobre a natureza do trabalho gerencial. Este autor ressalta que esse trabalho não é essencialmente formal, sistemático e uniforme como se supunha. Pelo contrário, caracteriza-se pela fragmentação, fluidez e falta de homogeneidade, envolvendo inúmeros contatos. O dirigente realiza, fundamentalmente, interações entre atores internos e externos, sendo a "fala" e a "escuta" elementos centrais de seu trabalho.

Chanlat (1988), ao reconhecer a natureza artesanal do trabalho gerencial, vem confirmar as idéias de Mintzberg, ressaltando que o dirigente é, antes de tudo, o "ser da palavra". Tomando a analogia do mestre e seu ofício, considera a palavra a principal ferramenta ou instrumento de trabalho do dirigente. No entanto, da perspectiva de Chanlat, o diálogo e a comunicação não se restringem à dimensão instrumental, destacando-se justamente seus efeitos intangíveis, especialmente o componente afetivo/pulsional sempre presente, bem como a influência profunda do diálogo sobre as identidades dos indivíduos. Portanto, para esse autor, a dimensão humana do trabalho gerencial não se limita a seus aspectos interpessoais, mas envolve uma dimensão intersubjetiva e, portanto, de desejo, de pulsão, de espaço e tempo, de palavra, simbólica (Chanlat, 1996).

Neste sentido, e como decorrência de nossa perspectiva de investigação, o laboratório nos possibilita tratar o trabalho gerencial a partir dos processos intersubjetivos subjacentes e que atravessam as diversas funções do dirigente, inclusive sua experiência emocional. Assim, o laboratório vem-se constituindo um espaço de elaboração da função, do lugar e da identidade do dirigente.

Diante das imensas adversidades atualmente vividas pelos serviços públicos de saúde, poderíamos dizer que esses diretores estão simbolicamente se deslocando do pólo de heróis (ilusão do poder) para o de anti-heróis de nossas organizações hospitalares. São alvo de todos os tipos de identificações projetivas, das quais muitas vezes não conseguem se discriminar, tanto as de idealização e dependência, quanto as persecutórias.

Lapierre (1995), ao discutir a problemática da liderança, aponta que as questões envolvidas no uso do poder são subjetivas e perturbam profundamente os seres humanos. Destaca, no exercício da liderança, a importância dos mecanismos psíquicos de projeção e introjeção. O primeiro tanto pode favorecer a empatia e a criatividade, como pode ser fonte de ilusões e manipulações. Já o segundo pode propiciar um enriquecimento da subjetividade do líder, seja através das interações com seus liderados, seja por meio da introjeção da experiência de outros líderes.

Assim, a experiência do laboratório — na medida em que se dá em um grupo de "líderes" (diretores), numa situação pouco estruturada, em que há uma disponibilidade da coordenação para os fenômenos de transferência/contratransferência — pode favorecer especialmente um processo de aprendizagem que se apóia não no que é formalmente ensinado, mas na capacidade de autoconhecimento, na possibilidade de trocas e nos processos intersubjetivos, resultando num trabalho de elaboração psíquica.

De todo modo, o que nos perguntamos é se temos sido capazes de tratar do hospital e de sua gestão a partir de um duplo recorte: segundo a lógica dos processos inconscientes e seus conteúdos imaginários e afetivos e, ao mesmo tempo, a lógica dos processos racionais de seu funcionamento e organização.

Trabalhar simultaneamente nesses dois níveis, ou melhor, transitar com eficácia entre esses dois espaços, significa transitar entre processos primários (processos psíquicos inconscientes, permeados por fantasias, imagens e afetos, regidos pelo princípio do prazer) e secundários (processos psíquicos conscientes, baseados no princípio da realidade, na racionalidade e na coerência de pensamento). É possível tal trabalho, sem deixar de reconhecer, com Anzieu (1990), que num grupo, entendido como a realização imaginária de um desejo, os processos primários, sob a aparência de processos secundários, são determinantes?

Por fim, outra característica relevante do trabalho do laboratório é que seus resultados dependem, em última instância, do que o grupo e cada um de

seus componentes puderem obter como ganhos dessa experiência, em termos de sua capacidade de amadurecer, de conviver com o desamparo e reconhecer os limites de se governar processos sociais.

Dessa perspectiva, a natureza do trabalho dos gestores — calcado essencialmente no trabalho alheio — se aproxima da natureza de nosso trabalho, que ainda não sabemos muito bem como classificar, mas que tem nos processos intersubjetivos a matéria-prima essencial para explorar as possibilidades de desencadeamento de processos de mudança social.

Referências bibliográficas

Anzieu, D. *O grupo e o inconsciente: o imaginário grupal*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1990.

Azevedo, C. O exercício da liderança e os processos intersubjetivos nas organizações públicas de saúde. 2000. mimeog.

Bion, W. R. Dinâmica de grupo: uma revisão. In: Klein, M. et alii (orgs.). *Temas de psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro, Zahar, 1969.

Chanlat, J. F. O trabalho do dirigente: grande administrador ou bom gerente. In: Chanlat, A. & Fachin, R. *Governo municipal na América Latina: inovações e perplexidades*. Porto Alegre, Editora da UFRGS, 1998.

——— (coord.). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. 3 ed. São Paulo, Atlas, 1996.

Enriquez, E. *A organização em análise*. Petrópolis, Vozes, 1997.

Freud, S. Psicologia de grupo e análise do ego. In: *Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago, 1976. (v. 21.)

Kaës, R. *O grupo e o sujeito do grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1997.

Lapierre, L. (org.). *Imaginário e liderança: na sociedade, no governo, nas empresas e na mídia*. São Paulo, Atlas, 1995.

Mintzberg, H. *The nature of managerial world.* New York, Harper & Row, 1973.

———. *Mintzberg on management: inside our strange world of organizations*. New York, Free Press, 1989.

———. Rounding out the manager's job. *Sloan Management Rewiew*, Fall 1994.

Pagés, M. *A vida afetiva dos grupos: esboço de uma teoria da relação humana.* Petrópolis, Vozes; São Paulo, Edusp, 1974.

Sá, M. C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, *6*(1):151-64, 2001.