

WÂNIA CANDIDA DA SILVA

**AS COMPETÊNCIAS GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS
GESTORES DOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE BELO
HORIZONTE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2012

**Ficha catalográfica preparada pela Seção de Catalogação e
Classificação da Biblioteca Central da UFV**

T

S586c
2012

Silva, Wânia Candida da, 1985-

As competências gerenciais na percepção dos gestores dos hospitais públicos de Belo Horizonte / Wânia Candida da Silva. – Viçosa, MG, 2012.
xvi, 135f. : il. ; 29cm.

Inclui anexo.

Inclui apêndices.

Orientador: Nina Rosa da Silveira Cunha.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Referências bibliográficas: f. 103-110.

1. Hospitais - Administração. 2. Administração pública.
3. Qualificações profissionais. I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Administração e Contabilidade. Programa de Pós-Graduação em Administração. II. Título.

CDD 22. ed. 362.1068

WÂNIA CANDIDA DA SILVA

**AS COMPETÊNCIAS GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS
GESTORES DOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE BELO
HORIZONTE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 29 de maio de 2012.

Afonso Augusto T. F. C. Lima
(Coorientador)

Luiz Rodrigo Cunha Moura
(Coorientador)

Rita Márcia Andrade Vaz de Mello

Edson Arlindo Silva

Nina Rosa da Silveira Cunha
(Orientadora)

À minha família, fonte de apoio e incentivo.

Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu.

Há tempo de nascer, e tempo de morrer; tempo de plantar, e tempo de arrancar o que se plantou;

Tempo de matar, e tempo de curar; tempo de derrubar, e tempo de edificar;

Tempo de chorar, e tempo de rir; tempo de prantear, e tempo de dançar;

Tempo de espalhar pedras, e tempo de ajuntar pedras; tempo de abraçar, e tempo de afastar-se de abraçar;

Tempo de buscar, e tempo de perder; tempo de guardar, e tempo de lançar fora;

Tempo de rasgar, e tempo de coser; tempo de estar calado, e tempo de falar;

Tempo de amar, e tempo de odiar; tempo de guerra, e tempo de paz.

Eclesiastes 3: 1-8.

AGRADECIMENTOS

A Deus, coautor deste trabalho.

À minha mãe, Edeilda, e meu pai, Ailton, que, com todo amor e dedicação, sempre me apoiaram e me incentivaram a buscar meus sonhos.

À minha Vó Isabel, pelas orações e pela preocupação.

Às minhas irmãs Walquíria e Werônica, pelas palavras de incentivo e carinho.

Às minhas amadas sobrinhas Giovanna e Julianna, pelos sorrisos que me fizeram persistir nas horas mais difíceis.

Aos meus tios e tias, primos e primas, por terem me apoiado e torcido pelo meu sucesso.

Aos meus amigos da “capital Oratórios”, por entenderem a necessidade de eu me ausentar de suas companhias.

À professora Dr^a. Nina Rosa da Silveira Cunha, pela orientação segura, pelo apoio e confiança em meu trabalho.

Aos professores Dr. Flávio Diniz Capanema, Dr. Afonso Augusto Teixeira de Freitas de Carvalho, Dr. Luiz Rodrigo Cunha Moura, Dr. Edson Arlindo Silva e Dr^a. Rita Márcia Andrade Vaz de Mello, pelas valiosas colaborações decisivas no direcionamento da minha pesquisa.

À Universidade Federal de Viçosa, em particular ao Departamento de Administração, pela acolhida, e à CAPES, pela concessão da bolsa de estudo.

À Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, pelo apoio institucional a esta pesquisa. Em especial ao Dr. Flávio Diniz Capanema, pela acolhida e disponibilidade no atendimento.

Aos diretores e funcionários dos hospitais públicos de Belo Horizonte, pela valiosa contribuição.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Administração: Alan, Alana, Áurea, Caio, Clarice, Cida, Érica, Ivy, Jaqueline, Gustavo, Paulo e Ronan, pela prazerosa convivência. Foi maravilhoso poder dividir tantos momentos com vocês! Obrigada por fazerem com que a caminhada se tornasse mais leve e suave! Levarei vocês sempre em meu coração!

Aos funcionários do Departamento de Administração: Luiza, Marcelo, Thiaguinho, Luiz, Wellington, Dona Carmem, Paulinho e Soraya, pela atenção e disponibilidade.

BIOGRAFIA

WÂNIA CANDIDA DA SILVA, filha de Edeilda Bragione da Silva e Ailton Cândido da Silva, nasceu em 4 de setembro de 1985, em Ponte Nova, Minas Gerais.

Em março de 2007, graduou-se em Gestão de Cooperativas pela Universidade Federal de Viçosa (UFV).

Em 2007 e 2008, atuou como *Trainee* em Vendas na Ivy Acres e na Hiberts Green Houses, nos Estados Unidos.

Em 2009, atuou como pesquisadora da FAPEMIG na área de Certificação Florestal.

Em 2010, ingressou no Programa de Pós-Graduação, em nível de Mestrado, em Administração da UFV, submetendo-se à defesa da Dissertação em maio de 2012.

SUMÁRIO

	Página
LISTA DE QUADROS.....	ix
LISTAS DE TABELAS.....	x
LISTA DE FIGURAS.....	xi
LISTA DE SIGLAS.....	xii
RESUMO.....	xiii
ABSTRACT.....	xv
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	6
2.1. Administração pública.....	6
2.2. Políticas públicas de saúde.....	9
2.3. Gestão hospitalar.....	13
2.4. Competência.....	15
2.4.1. Competência na arena pública.....	19
2.4.2. Competência gerencial.....	20
2.4.3. Modelos de competência gerencial.....	22
3. MODELO DE QUINN.....	24
3.1. Papéis e competências gerenciais.....	27
3.2. Considerações finais sobre o Modelo de Quinn.....	43

	Página
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	44
4.1. Caracterização do estudo.....	44
4.2. Unidades de Análise.....	45
4.3. Coleta dos dados	48
4.4. Tratamento e Análise de Dados	49
5. RESULTADOS.....	52
5.1. Considerações iniciais.....	52
5.2. Competências gerenciais dos diretores hospitalares na percepção dos próprios diretores, com base nas competências definidas pelo Modelo de Quinn.....	54
5.2.1. Compreensão de si próprio e dos outros	57
5.2.2. Comunicação eficaz	58
5.2.3. Desenvolvimento dos empregados.....	59
5.2.4. Constituição de equipes	60
5.2.5. Uso de um processo decisório participativo	60
5.2.6. Gerenciamento de conflitos.....	61
5.2.7. Monitoramento do desempenho individual (administração da sobrecarga de informações).....	63
5.2.8. Gerenciamento do desempenho e processos coletivos.....	64
5.2.9. Análise de informações com pensamento crítico.....	65
5.2.10. Gerenciamento de projetos.....	66
5.2.11. Planejamento do trabalho	67
5.2.12. Gerenciamento multidisciplinar	67
5.2.13. Planejamento e organização	69
5.2.14. Estabelecimento de metas e objetivos.....	70
5.2.15. Desenvolvimento e comunicação de uma visão.....	71
5.2.16. Produtividade no trabalho	72
5.2.17. Fomento de um ambiente de trabalho produtivo.....	72
5.2.18. Gerenciamento do tempo e do estresse	73
5.2.19. Constituição e manutenção de uma base de poder.....	74
5.2.20. Negociação de acordos e compromissos.....	75
5.2.21. Apresentação de ideias	76

	Página
5.2.22. Convívio com a mudança.....	76
5.2.23. Pensamento criativo	77
5.2.24. Gerenciamento da mudança	77
5.3. Competências gerenciais dos diretores hospitalares na percepção dos gerentes – Análise estatística descritiva.....	79
5.4. Análise comparativa das competências levantadas e percebidas pelos diretores e gerentes hospitalares	83
5.5. Atribuições formais dos gestores dos hospitais públicos de Belo Horizonte.....	87
5.6. Outras competências gerenciais dos diretores hospitalares com base nas competências apresentadas pelos sujeitos da pesquisa.....	91
5.6.1. Capacidade de articulação política.....	94
5.6.2. Conhecimento da administração pública	95
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
6.1. Sugestões para trabalhos	101
6.2. Limitações da pesquisa	101
7. REFERÊNCIAS	103
APÊNDICE 1 – Roteiro utilizado para entrevista.....	111
APÊNDICE 2 – Questionário a ser aplicado aos diretores dos hospitais	114
APÊNDICE 3 – Questionário a ser aplicado aos gerentes dos hospitais.....	118
APÊNDICE 4 – Termo de consentimento livre e esclarecido	122
ANEXO 1 – Organograma dos Hospitais	123

LISTA DE QUADROS

	Página
1. Noções do conceito de competência	18
2. Categorias e subcategorias definidas para a análise de conteúdo, com base no Modelo de Quinn	50
3. Principais atribuições formais dos diretores hospitalares de acordo com os papéis e competências definidos por Quinn et al. (2003)	89

LISTAS DE TABELAS

	Página
1. Número de funcionários analisados em cada hospital	47
2. Resultado da análise de conteúdo, de acordo com as categorias e subcategorias, na percepção dos diretores	55
3. Subcategorias/competências necessárias aos diretores na percepção dos próprios diretores	56
4. Análise de conteúdo das categorias/papéis dos diretores na percepção dos próprios diretores	57
5. Competências necessárias aos diretores na percepção dos gerentes	79
6. Papéis gerenciais necessários aos diretores na percepção dos gerentes.....	80
7. Importância atribuída a cada papel gerencial na percepção dos diretores e dos gerentes	84
8. Resultado da análise de conteúdo de acordo com as categorias e subcategorias por hospital	93
9. Resultado da análise de conteúdo de acordo com as categorias e subcategorias em valores absolutos e relativos	93

LISTA DE FIGURAS

	Página
1. Competências e papéis dos líderes no quadro de valores competitivos.....	25
2. Modelo de competências e papéis dos gestores adaptados para os hospitais públicos de Belo Horizonte.....	92

LISTA DE SIGLAS

AIS - Ações Integradas de Saúde

CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensão

CIPLAN - Comissão Interinstitucional de Planejamento

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CONASP - Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária

FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

IAPAS - Instituto de Arrecadação da Previdência Social

IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensão

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIASS - Programa de Interiorização de Ações de Saúde

SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

SILVA, Wânia Candida da, M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, maio de 2012.
As competências gerenciais na percepção dos gestores dos hospitais públicos de Belo Horizonte. Orientadora: Nina Rosa da Silveira Cunha. Coorientadores: Flávio Diniz Capanema, Afonso Augusto Teixeira de Freitas de Carvalho Lima e Luiz Rodrigo Cunha Moura.

A constante busca por uma gestão eficiente que atinja os objetivos das organizações tem destacado discussões a respeito das competências dos gestores. No que tange especificamente aos gestores dos hospitais públicos, o estudo das competências se torna importante por permitir a análise de uma administração historicamente amadora. O objetivo geral do trabalho foi identificar as competências gerenciais dos gestores dos hospitais públicos de Belo Horizonte. Especificamente pretendeu-se: verificar, na percepção dos diretores e dos gerentes, quais são as competências gerenciais do diretor hospitalar; identificar as competências formais definidas pelos hospitais; e articular as competências percebidas pelos diretores e gerentes, de acordo com os papéis gerenciais. Com base na literatura sobre competências, buscou-se examinar as competências dos diretores dos hospitais públicos, tendo como base o Modelo de Quinn. A amostra foi composta por 13 diretores e 30 gerentes dos 15 hospitais públicos de Belo Horizonte. Os dados primários da pesquisa foram obtidos a partir de entrevista com diretores e posterior aplicação de questionários aos diretores e aos gerentes. Os dados secundários foram

obtidos através da análise documental de pesquisa realizada nos *sites* dos hospitais públicos, objetivando extrair informações sobre os papéis que os diretores deveriam assumir. As verbalizações dos entrevistados foram analisadas através da técnica de análise de conteúdo. Foi realizada estatística descritiva dos dados obtidos através dos questionários. Os resultados indicam que o estabelecimento de metas e objetivos, o convívio com a mudança e a comunicação eficaz foram as competências mais ressaltadas pelos diretores. Já na concepção dos gerentes as competências mais importantes foram a negociação de acordos e compromisso, a constituição e manutenção de uma base de poder e a comunicação eficaz. A percepção inicial referente à falta de capacitação dos diretores dos hospitais públicos foi contrariada pela pesquisa a partir da constatação de que a competência e a qualificação constituem uma preocupação das instituições públicas de saúde de Belo Horizonte. A pesquisa revelou que os diretores dos hospitais passaram por um processo de qualificação profissional ao assumirem o cargo de direção. A principal contribuição deste trabalho foi o diagnóstico das competências gerenciais dos diretores dos hospitais públicos de Belo Horizonte, incluindo a identificação de outras competências além das apresentadas pelo Modelo de Quinn, como a capacidade de articulação política e o conhecimento do funcionamento da administração pública, que foram exaustivamente ressaltadas pelos diretores e gerentes. Essas competências são importantes nas relações de cunho político e podem influenciar nas atividades desenvolvidas pelos hospitais e no volume de recursos captados.

ABSTRACT

SILVA, Wânia Candida da, M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, May, 2012.
The managerial competences in the perception of managers of the public hospitals of Belo Horizonte, Brazil. Adviser: Nina Rosa da Silveira Cunha. Co-Advisers: Flávio Diniz Capanema, Afonso Augusto Teixeira de Freitas de Carvalho Lima and Luiz Rodrigo Cunha Moura.

The constant pursuit of an efficient management that achieves the objectives of the organizations has brought the attention to discussions about the competences of managers. Particularly with respect to the managers of public hospitals, the analysis of competences becomes important for enabling the evaluation of an administration historically considered amateur. The overall objective of this study was to identify the managerial competences in the perception of the managers of the public hospitals of Belo Horizonte, the capital of Minas Gerais state, Brazil. Specifically, the objectives were to: identify, in the perception of directors and managers, which are the managerial competences required for the hospital director; identify the formal competences defined by the hospitals; and articulate the competences mentioned and verified by the directors and managers, according to the managerial roles. Based on the literature of competences, we examined the competences of the directors of the public hospitals, based upon Quinn's model. The sample was composed of 13 directors and 30 managers of 15 public hospitals in Belo Horizonte. The primary data of the survey were obtained with an interview with

directors and the application of questionnaires to the directors and also managers. The secondary data were obtained by documental analysis from research conducted on the websites of the public hospitals, aiming to extract information about the roles directors should take on. The verbalization of the interviewees was analyzed through the technique of content analysis. A descriptive statistics of the data obtained from the questionnaires was performed. The results indicate that the establishment of goals and objectives, dealing with changes, and effective communication were the competencies that most stood out among the directors. For the managers, however, the most important competences were negotiation of agreements and commitment to, constitution and maintenance of a power base and effective communication. An outstanding result was the identification that the directors of the hospitals had gone through a professional qualification process when they assumed the executive position. The main contribution of this study was the diagnosis of the managerial competences necessary for the directors of the public hospitals of Belo Horizonte, including the identification of other competences in addition to those presented by Quinn's model, such as the political articulation ability and the knowledge of the operation of the public administration, which were repeatedly remarked by the directors and managers. These competences were identified as important in the political relationships and may influence the activities developed by the hospitals and the volume of funds raised. The initial perception of this research concerning the lack of qualification of the directors of the public hospitals of Belo Horizonte was contradicted from the moment it was verified that the competence and qualification are a concern for the health institutions.

1. INTRODUÇÃO

O sistema de saúde no Brasil tem passado por constantes cobranças e críticas ao longo de toda a sua história. A reforma do sistema de saúde na década de 1980 culminou na criação do SUS – Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição de 1988, com base no princípio da saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Nesse sentido, as políticas públicas adotadas pelo Estado para o enfrentamento de problemas de saúde pública representam a resposta oferecida diante da necessidade levantada pela sociedade.

Os hospitais públicos vivenciam a discrepância que há entre o conjunto de problemas e a capacidade do Estado em resolvê-las, sendo considerados instituições reconhecidamente ineficientes e ineficazes pela maior parte da sociedade brasileira (ACURCIO, 2005).

De acordo com Mezzomo (2003), a Organização Mundial de Saúde (OMS) no ano de 1956, definiu hospital como parte integrante de um sistema médico e social, cuja missão é prestar assistência médica e de saúde completa, tanto curadora como preventiva, com serviços que chegam ao âmbito familiar, além de constituir centro de formação de pessoal da saúde e de pesquisa.

O hospital público é coordenado pelos governos federal, estadual ou municipal, que definem suas linhas de atuação e suas diretrizes em resposta aos problemas vividos ou manifestados pela sociedade. Outra forma de o governo direcionar a atuação do hospital público é por meio da implementação de políticas públicas.

No Brasil, há um total de 431.996 leitos, dos quais 35,4% em instituições públicas e 64,6% em hospitais privados. A maioria dos leitos, 54,2%, está distribuída na região Sudeste, onde se concentra a população de maior renda, seguida das regiões Nordeste (19,4%), Sul (15%), Centro-oeste (6,7%) e Norte (4,6%). Entre os anos de 2005 e 2009, houve uma redução de 11.214 leitos nos estabelecimentos de saúde, o que explica o aumento do tempo de espera por atendimento, principalmente nas capitais. Há uma estimativa de que 170 mil pessoas poderão esperar até cinco anos por uma cirurgia não emergencial nas capitais brasileiras. Na cidade de Belo Horizonte especificamente há 228 estabelecimentos de saúde, incluindo hospitais, policlínicas, postos de saúde, centros de referências, dentre outros, sendo 4 federais, 17 estaduais e 207 municipais, realizando em conjunto 485.072 internações por ano (BRASIL, 2009).

A configuração da saúde pública no Brasil traz à tona a discussão acerca da importância social e econômica das políticas para este segmento, não só em relação aos serviços prestados pelo SUS, nos aspectos vinculados ao atendimento de cidadãos de baixa renda como a única porta de acesso à saúde, mas também com relação à qualidade e disponibilidade de serviços prestados à sociedade de modo geral e em diferentes graus de complexidade.

Nesse cenário, verifica-se a necessidade de os hospitais públicos se adaptarem à nova realidade. Portanto, a capacidade de responder aos anseios da sociedade depende, em parte, da valorização dos conhecimentos dos gestores hospitalares, visto que eles desempenham função-chave nessas organizações. A respeito da importância do gestor, Grilo (2001) afirma que é importante que as organizações hospitalares tenham dirigentes devidamente preparados para conduzir com eficiência o trabalho das pessoas e liderar o processo de alcance dos objetivos.

Os hospitais públicos têm sido alvo de questionamentos a respeito da utilização dos recursos e da qualidade dos serviços prestados. Na maioria das vezes, os gestores são responsabilizados pela ineficiência e ineficácia da instituição. Segundo Moretto Neto et al. (2007), a ampliação dos problemas administrativos e a complexidade da gestão hospitalar imprimem a necessidade de uma administração profissional, realizada por pessoas preparadas para a administração dos negócios do hospital. E é nesse ponto em que reside uma das problemáticas na gestão das organizações públicas, em especial a organização hospitalar: a dificuldade de desenvolver estratégias bem definidas, a valorização da criatividade e da inovação e

a coesão entre políticas e diretrizes, o que implica a atuação de gestores devidamente capacitados.

Diante dos desafios enfrentados pelos hospitais públicos, torna-se premente reforçar a importância de uma gestão eficiente e eficaz, que ocupe o lugar da gestão baseada no empirismo, conhecimentos pessoais e coletivos. Os gestores hospitalares, na maioria das vezes, são médicos indicados aos cargos e que desempenham, simultaneamente, as atividades gerenciais e clínicas. Percebe-se que é necessária a preparação adequada para a ocupação de tais funções gerenciais (ACURCIO, 2005). Campos (2007) corrobora esse pensamento ao afirmar que nem sempre os gestores utilizam de meios de capacitação para adquirirem conhecimentos que auxiliem na gestão.

Nesse contexto, o desenvolvimento de competências gerenciais representa uma complementação à formação desses profissionais, contribuindo para uma gestão mais profissional. De acordo com Guimarães (2000), a gestão baseada na competência pode colaborar na implantação de um modelo empreendedor da administração pública. Em virtude disso, a adoção de novas práticas administrativas está relacionada ao nível de competência dos gestores.

Essas competências são reveladas diante de situações profissionais e podem ser entendidas como combinações sinérgicas de conhecimentos, habilidades e atitudes expressas pelo desempenho profissional em determinado contexto ou estratégia organizacional. As competências geram um desempenho profissional que, por sua vez, é expresso pelos comportamentos manifestos e suas consequências em termos de realizações e resultados (BRANDÃO; BAHRY, 2005).

Especificamente no caso dos hospitais públicos, o gestor hospitalar atua em diversas dimensões, com a finalidade de garantir o funcionamento contínuo e adequado dessas instituições. É ele que decide as linhas de ação da organização. A gestão hospitalar, tendo como objetivos aumentar ao máximo possível o estado de bem-estar e evitar sua diminuição passageira ou permanente, baseia-se sempre no tripé que compõe a sua sustentação: hóspede humano (paciente), meio ambiente e agentes da doença (ASENJO, 2002). Nesse sentido, Picchiai (2008) considera importante o mapeamento e desenvolvimento de competências no setor público, pois possibilitam melhores resultados no custo/benefício em relação à utilização dos recursos humanos. Ressalta ainda a importância do envolvimento dos profissionais com a organização.

Dias e Paiva (2011) utilizaram o modelo proposto por Quinn (QUINN et al., 2003) como base analítica para analisar as competências gerenciais exigidas e efetivas dos enfermeiros de um hospital da rede privada em Belo Horizonte. Os autores observaram que diferentes papéis e competências são exigidos e efetivamente realizados pelos enfermeiros. Eles ressaltaram a importância da adequação dos papéis idealizados e os efetivamente realizados, visando a maior equilíbrio entre o ideal e real, principalmente nos papéis de monitor, mentor e facilitador.

Lopes et al. (2010) também utilizou o mesmo modelo de Quinn e, a partir das análises, comprovou a relação direta entre as aptidões cerebrais dominantes e as competências gerenciais exigidas em determinados setores de uma empresa têxtil.

Lima et al. (2010) realizaram outro estudo sob a ótica da modernização do Estado e da gestão pública, relacionando competências e inovação em uma prefeitura localizada na região metropolitana de Belo Horizonte. Para isso, os autores analisaram a implantação de um sistema integrado de gestão para dinamizar a estrutura organizacional. Os resultados indicaram que essa estrutura não era adequada para a construção de competências.

Ésther (2010) também desenvolveu um estudo sobre as competências no setor público. O autor analisou as competências desejadas para o ocupante do cargo de reitor nas universidades federais, segundo a concepção dos próprios gestores da chamada alta administração. Os resultados mostraram que a competência mais apontada foi a capacidade política. Ainda segundo a pesquisa, os indivíduos que assumiram o cargo de reitor não passaram por nenhum tipo de preparação específica para o cargo.

Avellaneda (2009) destaca a importância de atentar para todos os fatores que influenciam o desempenho da gestão, para que se potencializem os fatores positivos e busque uma gestão mais eficiente. Dessa forma, o levantamento de aspectos relacionados à competência é importante, já que permite o conhecimento das características pessoais que colaboram para que o gestor administre de forma mais eficiente os recursos públicos.

Nesse sentido, justifica-se o mapeamento das competências dos gestores dos hospitais públicos como a melhor forma de identificar o que esses profissionais consideram essencial para o desenvolvimento das atribuições do cargo, tendo como alicerce o próprio ambiente de trabalho e as experiências pessoais.

Diante do exposto, tem-se o seguinte problema de pesquisa: que competências gerenciais são apresentadas pelos gestores dos hospitais públicos de Belo Horizonte?

Para resolver o problema de pesquisa, o trabalho apresenta como objetivo geral identificar as competências gerenciais dos gestores dos hospitais públicos de Belo Horizonte na percepção de seus diretores e gerentes hospitalares.

Especificamente, pretende-se:

1. Caracterizar, na percepção dos diretores, quais são as competências gerenciais apresentadas por eles.
2. Identificar as competências gerenciais apresentadas pelo diretor hospitalar na percepção dos gerentes.
3. Identificar as competências formais definidas pelos hospitais.
4. Articular as competências levantadas e percebidas pelos diretores e gerentes, de acordo com os papéis gerenciais.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo, organizado em quatro seções, encontram-se informações obtidas na literatura sobre Administração Pública, Políticas Públicas de Saúde, Gestão Hospitalar e Competências. Na primeira seção, a Administração Pública foi analisada de acordo com as transformações ocorridas no setor público nos últimos anos. Na segunda seção, as Políticas Públicas também foram avaliadas de acordo com os aspectos históricos por estarem diretamente vinculadas à evolução política. Na terceira seção, apresentam-se o conceito de hospital e as principais características da gestão hospitalar. Na última seção, são apresentados os principais conceitos de competência, de competência gerencial e também seus modelos.

2.1. Administração pública

De acordo com Bresser-Pereira (2004), nos anos 1980, a crise do Estado se deu a partir de seu crescimento demasiado e da forte presença de interesses particulares, ao mesmo tempo em que o Estado perdia autonomia relativa em face do processo de globalização da economia mundial. Já os anos 1990 foram marcados pela reforma do Estado e, particularmente, da administração pública. À medida que se tornava claro que a proposta neoconservadora ou neoliberal de atribuir ao mercado toda a coordenação da economia e reduzir o Estado ao mínimo não era realista, não correspondendo nem aos anseios da sociedade nem às necessidades das economias

nacionais, a questão da reconstrução do Estado e da reforma de seu serviço civil tornou-se central.

Evidencia-se, então, a necessidade de construir um modelo de gestão pública mais acessível à população e que atenda aos interesses públicos. Há uma pretensão de adotar critérios de gestão que reduzam os custos, buscando maior articulação com a sociedade por meio da definição democrática das prioridades e da cobrança de resultados. Dessa forma, a administração pública deixa de ser pautada apenas pelos modelos burocráticos e transita para o modelo gerencial.

Rezende (2008, p.128) afirma que a reforma gerencial é embasada na “construção de um novo conjunto de valores para a gestão pública, bem como na da consolidação de modelos descentralizados de governança diante das novas exigências de funcionamento do Estado em contexto de ajuste fiscal”. Paula (2005, p. 38) corrobora afirmando que

[...] o movimento gerencialista no setor público é baseado na cultura do empreendedorismo, que é um reflexo do capitalismo flexível e se consolidou nas últimas décadas por meio da criação de um código de valores e condutas que orienta a organização das atividades de forma a garantir controle, eficiência e competitividade máximos.

Bresser-Pereira (2004, p. 242-243) acrescenta que, inspirada nos avanços realizados pela administração de empresas, a administração pública gerencial emergiu, tomando por base os seguintes contornos:

a) descentralização do ponto de vista político, transferindo-se recursos e atribuições para os níveis políticos regionais e locais; b) descentralização administrativa, através da delegação de autoridade aos administradores públicos, transformados em gerentes cada vez mais autônomos; c) organizações com poucos níveis hierárquicos, ao invés de piramidais; d) pressupostos da confiança limitada e não da desconfiança total; e) controle *a posteriori*, ao invés do controle rígido, passo a passo, dos processos administrativos; e f) administração voltada para o atendimento do cidadão, ao invés de autorreferida.

O grande desafio da gestão pública é transformar as estruturas administrativas burocráticas em estruturas mais flexíveis e empreendedoras. Para tal, é necessário que os gestores estejam capacitados e adotem padrões de gestão mais desenvolvidos. Isso significa uma busca por eficiência e melhoria na qualidade do serviço público prestado (GUIMARÃES, 2000).

A administração, em linhas gerais, pode ser compreendida como planejamento, organização, direção e controle a fim de alcançar os objetivos. Nesse

contexto, Matias-Pereira (2009) faz uma extensão do conceito à administração pública e afirma que ela deve ser entendida como todo o sistema de governo, composto pela conjunto de ideias, atitudes, normas, processos e instituições. Segundo o autor, são esses os fatores que determinam a forma de exercer a autoridade política e a forma de atender os interesses públicos. Assinala ainda que a administração pública é a estrutura do poder executivo que tem como função coordenar e implementar as políticas públicas; é o conjunto de ações destinadas à execução de atividades consideradas de interesse público ou comuns ao coletivo.

Na visão de Ceneviva (2005), a administração pública deve ser entendida como um conjunto de órgãos do Estado com a função de exercer as atribuições previstas na Constituição e nas leis em benefício do bem comum

O aumento da interação entre a sociedade e os governantes tem resultado em uma presença mais ativa da população. Assim, evidencia-se o aumento da cobrança, por parte da população, de melhor desempenho na gestão de recursos públicos. Newcomer (1999, p.6) destaca as questões básicas que os cidadãos colocam aos seus governos:

Os gerentes públicos devem proporcionar provas dos resultados de seus programas, o que é conhecido como *accountability for performance* (responsabilização pelo desempenho).

O governo deve fazer contratos com entidades privadas ou sem fins lucrativos para a prestação de alguns serviços, o que é conhecido como terceirização ou privatização.

O governo deve reduzir sua força de trabalho e passar a contratar um maior número de trabalhadores temporários, e portanto, menos onerosos, dando-se a esse fato o nome de enxugamento.

Deve-se atribuir aos cidadãos, também chamados de clientes, um papel mais importante na tomada de decisões governamentais, envolvendo uma gama de atividades que vai da atribuição de prioridades a objetivos governamentais à definição de regulamentações aplicáveis em empresas privadas.

Diante das necessidades da população, o Estado elabora as políticas públicas que representam o conjunto de diretrizes e referências ético-legais adotados em resposta aos problemas vividos ou manifestados pela sociedade. Dessa forma, a administração pública elege os problemas de maior ou menor importância ao adotar e priorizar planos de trabalho e programas para determinadas áreas. As políticas públicas são medidas adotadas pela administração pública para o enfrentamento dos problemas levantados pelos atores sociais (TEIXEIRA, 1997).

Nesse sentido, Acurcio et al. (1998, p. 22) apresentam dois conceitos importantes para o entendimento das políticas públicas: os atores sociais e o problema social. Em sua concepção, os atores sociais representam “um coletivo de pessoas ou, no seu extremo, uma personalidade que participa de determinada situação, tem organização minimamente estável, é capaz de intervir nesta situação e tem um projeto”. Já o problema social pode ser definido como a “necessidade não satisfeita, desde que se tenha consciência desta e o desejo de satisfazê-la”. O autor faz ainda uma importante observação ao afirmar que o problema vislumbrado por um determinado ator pode representar oportunidade para outro, ou seja, existe divergência de interesses entre vários atores sociais.

Mattos (1999) afirma que as políticas públicas são objeto de disputa entre diversos grupos, e essa disputa se estende até a decisão de fazer frente a determinado problema em certo momento. Há uma constante negociação, tanto no que concerne às políticas adotadas e à adoção de novas políticas, como na importância atribuída a cada uma. Dessa forma, nota-se a existência de uma agenda de políticas públicas geral e também de agendas específicas nos diversos níveis do governo e também no interior das instituições. “É nesse sentido que podemos compreender qualquer política pública como uma resposta dada pelo Estado a um conjunto de demandas postas pela sociedade” (MATTOS, 1999, p. 16).

Historicamente é notória a existência da discrepância dos problemas sociais e a capacidade do governo de fazer frente a eles. Nesta perspectiva, e tendo em vista o objetivo do estudo, torna-se necessária a discussão dos aspectos fundamentais da evolução histórica das políticas públicas, em especial de saúde no Brasil.

2.2. Políticas públicas de saúde

As políticas públicas de saúde do Brasil estão vinculadas à evolução política, social e econômica do país e não é possível dissociá-las das mudanças ocorridas ao longo dos anos. A análise dos aspectos históricos permite compreender a conformação com um sistema de saúde reconhecidamente ineficaz e ineficiente (ACURCIO, 2005).

No início do século XX, as políticas de saúde pública se articularam aos interesses econômicos e políticos das classes dominantes. Nesse momento, o principal objetivo era garantir a saúde dos trabalhadores e, assim, assegurar a

manutenção da mão de obra necessária para a expansão das atividades econômicas (COSTA, 1986).

Em 1923, tem-se o marco inicial da Previdência Social no Brasil a partir da promulgação da Lei nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, conhecida como Lei Eloy Chaves. Entre os anos de 1923 e 1930, foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), organizadas por empresas que se tornavam responsáveis pelos benefícios pecuniários e serviços de saúde. As CAPs eram financiadas com recursos dos empregados e das empresas. Nesse modelo, o setor público era responsável apenas pela resolução de conflitos (CUNHA; CUNHA, 1998). De acordo com dados de Finkelman (2002), ao final de 1932 existiam 140 CAPs com aproximadamente 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e 8.800 pensionistas.

Na década de 1930, durante o governo de Getúlio Vargas, foram fundados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), organizados de acordo com o setor de atividade dos trabalhadores. Ao contrário das CAPs, os IAPs eram dirigidos por presidentes indicados pelo presidente da República, o que corroborava para que a administração dos IAPs se tornasse bastante dependente do governo federal. Consolidou-se um modelo de administração dos institutos mais focado na redução de despesas que na prestação de serviços, gerando acumulação de reservas financeiras para os IAPs (CUNHA; CUNHA, 1998).

Durante o segundo governo Vargas, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), uma grande inovação em relação à assistência à saúde. O SAMDU apresentava três características consideradas inovadoras: atendimento médico domiciliar, financiamento consorciado entre todos os IAPS e atendimento universal dos casos de urgência (FINKELMAN, 2002).

Em 1966, os IAPs foram unificados e absorvidos pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passa a atender todos os trabalhadores com carteiras de trabalho assinadas e também os autônomos que desejavam contribuir para a Previdência Social. Tem-se, também, a incorporação da população rural com diferentes benefícios e forma de contribuição.

De acordo com Cunha e Cunha (1998), a criação do INPS propiciou o desenvolvimento do complexo médico, principalmente em relação a equipamentos médicos e remédios. Além disso, foi implementada uma administração que priorizou a contratação de serviços de terceiros em detrimento dos serviços próprios, acompanhando a postura adotada pelo governo federal nesse período.

O crescimento econômico da época, conhecido como milagre econômico, associado ao aumento da base de contribuição e ao pequeno número de aposentadorias e pensões, possibilitou que o sistema acumulasse grande volume de recursos financeiros (POLIGNANO, 1998). No entanto, após algum tempo de funcionamento, o INPS enfrentou grave crise financeira que, na concepção de Acurcio (2005), foi causada pelo aumento dos gastos e da demanda por serviços, fragilidade dos contratos com a rede médica privada e falta de fiscalização dos serviços prestados pela rede privada.

No ano de 1978, em uma tentativa de racionalização da Previdência, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que tinha como principal objetivo reduzir os custos dos serviços prestados e disciplinar a concessão e manutenção de benefícios e prestação de serviços. Foram criados o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Arrecadação da Previdência Social (IAPAS) como extensões do sistema já existente (CUNHA; CUNHA, 1998).

A insatisfação social, paralela à crise econômica e política que caracterizou a década de 70, levou à criação do Programa de Interiorização de Ações de Saúde (PIASS), uma tentativa do governo de neutralizar os efeitos da crise no setor de saúde. O programa propunha que os serviços de saúde fossem organizados de forma hierarquizada, de modo que os serviços de saúde de maior frequência e fácil aplicação fossem transferidos para unidades mais simples, localizadas nas periferias, ao passo que os recursos e serviços especializados ou de maior porte fossem centralizados em locais estratégicos (FINKELMAN, 2002).

Em decorrência de seu caráter verticalizante e meramente instrumentador da participação popular e por confrontar a proposta de regionalização *versus* persistência da centralização, o PIASS não avançou como um programa de saúde (SORIA GALVARRO, 2007).

De acordo com Finkelman (2002), a primeira metade da década de 80 foi caracterizada por iniciativas de articulação intrassetorial, configurando a fase das estratégias racionalizadoras. Em 1980, foi criada a Comissão Interinstitucional de Planejamento (CIPLAN), que tinha como objetivo fixar os repasses federais para o Ministério da Saúde e para o Ministério da Previdência Social.

No ano de 1982, foi instituído o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, conhecido como Plano do CONASP (Conselho Consultivo da Administração

da Saúde Previdenciária), que propunha a melhoria de qualidade da assistência à saúde a partir do controle de gastos e da utilização prioritária dos serviços públicos na cobertura assistencial de seus clientes. A partir do CONASP, foram criadas, em 1984, as Ações Integradas de Saúde (AIS), que tinham como objetivo integrar a saúde pública. Nesse sistema de gestão, os governos estaduais recebiam os recursos por meio de convênios com os Ministérios de Saúde e de Previdência Social. O Estado era responsável por executar o programa e os municípios participavam com a adesão formal ao convênio (ACURCIO, 2005).

No ano de 1987, teve início o programa de desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos estados (SUDS). De forma semelhante às AIS, este programa propunha mecanismos de planejamento, orçamento e decisão integrados ao âmbito das comissões interinstitucionais (FINKELMAN, 2002).

A segunda metade da década de 80 foi marcada por um amplo movimento político setorial, que culminou na realização da VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), com ampla participação da população e do governo. A VII CNS pode ser considerada um marco na saúde pública, pois o seu documento final apresentou a proposta de construção de um modelo reformador para a saúde, admitindo que esta era resultante de uma série de variáveis como educação, habitação, trabalho e alimentação. O documento resultante da VII CNS serviu como base para as negociações na Assembleia Nacional Constituinte durante a elaboração da Constituição de 1988 (CUNHA; CUNHA, 1998).

A Constituição de 1988 criou uma nova formulação política e organizacional dos serviços de saúde no Brasil e apresentou um grande avanço na saúde pública por incluir pela primeira vez uma seção sobre saúde. O novo Sistema Único de Saúde – SUS, reconheceu a saúde como um direito assegurado pelo Estado, pautado em três pilares: universalidade – atenção a todo e qualquer cidadão; equidade – atenção ao cidadão de acordo com sua necessidade; e integridade – atenção ao cidadão com ações de promoção, prevenção e reabilitação. O SUS foi organizado de forma descentralizada, hierarquizada, regionalizada e com a participação da comunidade (SORIA GALVARRO, 2007).

Em todo o território nacional, o SUS adota a mesma sistemática e doutrina e os mesmos princípios organizativos. É formado por instituições das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e pelo setor privado, que, ao ser contratado pelo SUS, teve que atuar seguindo as mesmas normas do serviço público. Gavronski

(2003) salienta que não se trata de uma instituição, mas sim de um sistema formado por conjunto de unidades, serviços e ações, com o objetivo de garantir a saúde pública em seus três pilares.

A complexidade do sistema de saúde e das unidades que o compõem, imprimem a necessidade de uma gestão cada vez mais eficiente, eficaz e efetiva. Torna-se, portanto, evidente a necessidade de gestores preparados para a administração do sistema de saúde, suas unidades e negócios.

2.3. Gestão hospitalar

O sistema hospitalar teve sua origem na Roma da Idade Média. Nessa época, a medicina ainda não era considerada uma prática hospitalar e o hospital não era uma instituição médica, sendo essencialmente um local de apoio aos pobres (FOUCAULT, 2000). A atuação médica no contexto hospitalar se deu a partir da evolução da Medicina, principalmente a partir da descoberta dos princípios da antissepsia e assepsia e da valorização do conhecimento e da capacidade dos médicos, ao invés da fé e dos milagres. Com isso, houve a migração da prática médica individualizada nas residências para o atendimento no espaço hospitalar. Inicialmente, a organização hospitalar era dirigida basicamente por lideranças religiosas. Todavia, com o entendimento de que o hospital era um instrumento de cura, o médico assume o papel de principal responsável pela organização hospitalar.

A partir da ruptura com o hospital cristão da Era Medieval e com o hospital assistencial do século XIX, surge a empresarialização do hospital. Essa nova fase decorre, além de fatores históricos, de um processo denominado por Solè (2004) como empresariação do mundo, ou seja, um processo que transformou as organizações em empresas orientadas pela busca da competitividade e da lucratividade.

Carapinheiro (2005) e Foucault (2000) afirmam que a organização hospitalar é fruto de uma construção sócio-histórica marcada por crises e conflitos entre múltiplos interesses que ocasionaram mudança na configuração do hospital. Em decorrência disso, o hospital, que antes se caracterizava como uma instituição religiosa de assistência e asilo aos peregrinos doentes, passou a se caracterizar como espaço de pesquisa científica e prática da medicina moderna. Vendemiatti et al. (2010) corroboram tal afirmação ao afirmarem que o hospital contemporâneo passa

a integrar o processo de atenção à saúde por meio da prestação de serviços e também a partir de cuidados secundários – como cura e tratamento – e terciários, como reabilitação e reintegração, além de ter se tornado lugar de ensino e pesquisa biomédica.

Na concepção de Asenjo (2002, p. 35),

o hospital é uma empresa do conhecimento imprescindível para a saúde com máxima interação social em quantidade e intensidade, em cujo cenário se produzem cenas constantes de enorme emoção, com grande consumo de recursos e cuja gestão deve realizar-se por meio da persuasão baseando-se na objetivação das decisões através das cifras e feitos.

A organização hospitalar abrange diferentes serviços e especialidades em saúde, sendo considerada por muitos autores, como Dussault (1992), Mirshawka (1994), Carapinheiro (2005) e Gonçalves (2006), como uma das organizações sociais mais complexas. Na concepção de Gonçalves (2006, p. 20), o hospital é “uma organização completa. Ele incorpora o avanço constante dos conhecimentos, de aptidões, da tecnologia médica e dos aspectos finais desta tecnologia representados pelas instalações e equipamentos”. Mirshawka (1994) corrobora com Gonçalves (2006), asseverando que, de todas as empresas modernas, nenhuma é mais complexa que o hospital.

Os hospitais prestam suporte à saúde das pessoas, do nascimento até a morte. Eles são responsáveis pela inter-relação entre as pessoas que estão doentes e as saudáveis, que ajudam as doentes. Além disso, os hospitais integram os interesses de quatro grupos: cidadãos, doentes ou não; profissionais da área da saúde; gestores; e proprietários dessas instituições, sejam elas públicas ou privadas (ASENJO, 2002).

No Brasil, há hospitais públicos, privados e filantrópicos definidos como:

Hospital público – Hospital que integra o patrimônio da União, estados, Distrito Federal e municípios (pessoas jurídicas de direito público interno), autarquias, fundações instituídas pelo poder público, empresas públicas e sociedades de economia mista (pessoas jurídicas de direito privado).

Hospital privado ou particular – Hospital que integra o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado, não instituída pelo poder público.

Hospital filantrópico – Hospital privado, que reserva para a população carente serviços gratuitos, respeitando a legislação em vigor. Não remunera os membros de sua diretoria nem de seus órgãos consultivos, e os resultados financeiros reverterem exclusivamente à manutenção da instituição (BRASIL, 2012, p.16).

O ambiente cada vez mais competitivo exige que os hospitais assumam contornos empresariais e necessitem de uma gestão mais profissional (MATOS, 2002). Com a ampliação dos problemas administrativos e da complexidade da gestão hospitalar, tornou-se evidente a necessidade de pessoas preparadas para a administração do hospital e de seus negócios (MORETTO NETO et al., 2007).

Mintzberg (2003) considera o hospital como uma organização profissional, ou uma burocracia profissional, na qual o trabalho se baseia nas habilidades e nos conhecimentos profissionais. O processo de gestão nesse tipo de organização é caracterizado por uma dualidade de formas de coordenação: há um processo de gestão orientado pela lógica das profissões e outro fundamentado nos serviços administrativos, voltados ao interesse econômico. Nesse sentido, Carapineiro (2005, p. 58) entende que os hospitais “organizam-se segundo múltiplos sistemas de autoridade e múltiplas formas de poder profissional, cujo funcionamento exclui a referência única a um conjunto bem definido de objetivos ou a referência a uma única linha de direção”.

Santos (2006) afirma que falta gestão eficiente na maioria dos hospitais públicos. A falta de eficiência no setor é o reflexo da baixa capacidade operacional, influência política externa à instituição e fraco poder decisório da administração pública. Esse contexto dificulta a inserção de novas tecnologias, a modernização administrativa e a gestão de recursos de forma a responder aos anseios da sociedade.

2.4. Competência

A constante busca por uma gestão eficiente que atinja os objetivos das organizações tem levantado discussões a respeito do desenvolvimento de competências por parte dos gestores. Brandão e Guimarães (2010) relataram que, na Idade Média, a expressão competência estava associada à faculdade atribuída a uma instituição ou pessoa para apreciar e julgar determinadas questões, conotando, dessa forma, sentido jurídico.

É notória a existência de registros significativos sobre competência a partir da década de 1970. Outras concepções foram construídas, destacando-se estudos realizados por McClelland, em 1973, nos quais o autor conceitua competência como característica subjacente a uma pessoa, que lhe possibilita obter um desempenho diferenciado em seu cargo ou função. Boyatzis (1982) assinala que, nesse período, a

competência estava fortemente relacionada ao paradigma taylorista-fordista e se preocupava em discutir a capacidade humana no trabalho, seu desempenho e o sucesso econômico da organização.

A partir da década de 1990, outra preocupação nos estudos deste campo emerge e chama a atenção para a competência em sua dimensão ético-político-social. Em conferência na África do Sul, em 1995, definiu-se competência como:

(...) um conjunto de conhecimentos, atitudes e habilidades relacionadas que afetam a maior parte do trabalho de uma pessoa (um papel ou responsabilidade), e que se relacionam com a performance no trabalho; a competência pode ser mensurada, quando comparada com padrões estabelecidos, e que podem ser desenvolvidas por meio de treinamentos (PARRY, 1996).

Nessa perspectiva, Ruas (2001) afirma que a noção de competência passa, então, a considerar a interação entre as pessoas, seus saberes e capacidades, bem como as organizações e suas relações com os trabalhadores, clientes e fornecedores. Destarte, a noção de competência passa a ser fundamentada principalmente na capacidade de mobilizar e combinar adequadamente os recursos e não apenas em armazenar conhecimentos e habilidades que estão mais relacionados à noção de qualificação. Manfredi (1999) considera que houve uma substituição de uma visão baseada no modelo *job/skills* por uma visão fundamentada na noção de competência.

A incorporação do conceito de competência no ambiente organizacional e o surgimento de novos modelos de gestão abalizados em competência fizeram com que o termo adquirisse diferentes conotações. De forma geral, o conceito de competência tem sido explorado sob duas vertentes principais. Uma surgiu a partir de estudos realizados nos Estados Unidos e enfatiza as características do indivíduo, como conhecimentos, habilidades e atitudes, que possibilitam que este tenha um desempenho superior na realização de determinada tarefa (BOYATZIS, 1982). A outra vertente considera a competência a partir da capacidade de entrega do indivíduo, sendo essencial para o desenvolvimento de sua carreira e para o crescimento da instituição (DUTRA, 2004). Paralelamente, Le Boterf (2003, p. 82) afirma que “uma competência não pode ser apreendida ou compreendida ao termo de um recorte dos recursos que a constituem. A competência não está no final da dissecação”.

Fleury e Fleury (2000) integram as duas vertentes e consideram as competências organizacionais e as competências individuais. Eles enfatizam que a

competência só existirá efetivamente se acrescentar algum valor econômico à organização e valor social ao indivíduo, ou seja, os resultados alcançados por meio da competência estão atrelados ao desenvolvimento profissional e pessoal.

Le Boterf (2003) reúne esses aspectos, discutindo-os em três eixos: formação pessoal, formação educacional e experiência profissional. Segundo o autor, a competência se apresenta na zona de convergência entre o sujeito, as situações profissionais e as situações de formação.

Zarifian (2001) também considera a competência a partir de três dimensões: capacidade de tomar iniciativa e assumir responsabilidades diante de situações profissionais, capacidade de utilizar a inteligência prática apoiada em conhecimentos adquiridos e capacidade de mobilizar pessoas e compartilhar desafios. Sob essa visão, a competência está ligada ao desempenho no trabalho e pode ser avaliada a partir de padrões definidos e melhorados.

Ruas (2001) compartilha dessa perspectiva e ressalta que a competência se dá por meio da integração entre as pessoas e seus saberes, suas capacidades e as demandas das organizações. Guimarães (2000) acrescenta que a abordagem da competência proporciona formas mais flexíveis de gestão. Desse modo, a concepção de competência está mais próxima do conceito contemporâneo, segundo o qual as organizações estão em constante mudança.

Na concepção de Antonello (2006), a noção de competência pode ser compreendida a partir da consideração de cinco aspectos:

1. Ligação entre a competência e a ação – a competência possibilita o agir.
2. Contextualidade – a competência está vinculada aos acontecimentos, ou seja, se dá em determinado contexto.
3. Valor agregado – a competência adiciona valor social ao indivíduo e à empresa (desempenho).
4. Interação e rede de trabalho – a competência se estabelece por meio da interação entre as pessoas em ambientes formais ou informais de trabalho.
5. Práticas de trabalho – a competência é reforçada pelas experiências e vivências no trabalho.

Observa-se que as várias vertentes foram se integrando e o conceito de competência passou a contemplar recursos cognitivos diversos. O Quadro 1 apresenta algumas noções de competência presentes na literatura.

Quadro 1 – Noções do conceito de competência

AUTOR	NOÇÃO DE COMPETÊNCIA
McClelland (1973)	Característica subjacente a uma pessoa que é relacionada com o desempenho superior de uma tarefa.
Boyatzis (1982), Spencer e Spencer (1993)	Característica profunda do indivíduo que resulta em desempenho superior de uma tarefa.
Gallart e Jacinto (1995)	Saberes colocados em jogo para resolver situações concretas de trabalho.
Prahalad e Hamel (1995)	Competências estão concentradas nas unidades estratégicas de negócio.
Parry (1996)	Agrupamento de conhecimentos, habilidades e atitudes correlacionados, relacionados ao desempenho e medidos segundo padrões pré-estabelecidos.
Barato (1998)	Saberes que compreendem conhecimento capaz de produzir determinados desempenhos e de assimilar e produzir informações.
Klemp (1999)	Conjunto de características e comportamentos do indivíduo.
Pujol (1999)	Capacidade de realizar atividades, aplicando os conhecimentos e as atitudes requeridas em determinada situação.
Fleury e Fleury (2000)	Capacidade de integrar saberes, saber aprender, saber engajar, saber agir e mobilizar recursos que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo.
Bittencourt (2001)	Compreende aspectos intelectuais inatos e adquiridos, como capacidade, conhecimento, experiência e maturidade.
Guimarães (2000)	Capacidade de combinar sinergicamente habilidades e atitudes. A competência é revelada em face das situações profissionais e serve de nexo entre condutas individuais e estratégia organizacional.
Ruas (2001)	Capacidade de mobilizar, integrar e colocar em prática conhecimentos, habilidades e atributos, a fim de atingir/superar desempenhos configurados nas atribuições.
Zarifian (2001)	Capacidade de tomar iniciativa e assumir responsabilidades diante de situações profissionais; utilizar a inteligência prática apoiada em conhecimentos adquiridos; mobilizar pessoas e compartilhar desafios.
Sandberg (2001)	Desempenho superior no trabalho capaz de atender as expectativas da organização.
Perrenoud (2002)	Capacidade de agir eficazmente em determinado tipo de situação, apoiado em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles.
Picarelli (2002)	Características percebidas nas pessoas que envolvem conhecimentos, habilidades e atitudes que levam ao desempenho superior.
Le Boterf (2003)	Capacidade de mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades em determinado contexto profissional. A competência só pode ser compreendida quando posta em ato.
Davidoff (2004)	Capacidade de entender a linguagem, planejar e executar projetos complexos, se anteceder às consequências e lidar habilmente com problemas.
Dutra (2004)	Saber ser e saber utilizar o repertório individual em diferentes ocasiões. A competência não é um modismo.
Rabaglio (2008)	Conhecimento, habilidades e atitudes específicos de cada pessoa que influenciam o seu desempenho e os resultados atingidos.
Lizarraga (2010)	Conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que um profissional deve demonstrar em seu desempenho em certa área profissional.

Fonte: Elaborado pela autora, 2012.

A aplicação da gestão baseada na competência depende do atendimento de três determinantes, de acordo com Guimarães (2000). Primeiramente, é necessário que a organização estabeleça de forma clara a sua missão, seus objetivos e estratégias, e também os indicadores de desempenho. A segunda condicionante refere-se à necessidade de se desenvolver um ambiente organizacional gerido por equipes de alto desempenho, fundamentado no pensamento estratégico, no *empowerment*, na inovação e na criatividade. A terceira condicionante diz respeito à necessidade de coerência entre as políticas e as diretrizes da organização, de forma a garantir que a prática da organização esteja de acordo com a sua ideologia.

Há várias formas de classificar os tipos de competências. Usualmente as competências são interpretadas a partir de três focos: as competências organizacionais que combinam aptidões, sistemas ativos e valores, proporcionando vantagem competitiva à organização; as competências coletivas que são formadas em parte nas redes de trabalho e complementada pelos acordos entre as pessoas; e, as competências individuais que são o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes colocadas em prática para determinado propósito (MIRANDA, 2004). O presente estudo tem como foco uma competência individual: a competência gerencial.

2.4.1. Competência na arena pública

A gestão baseada na competência pode constituir um modelo empreendedor na administração pública. Considerando os modelos da Nova Administração Pública, observa-se que a competência está coerente com o modelo de *Downsizing* e Descentralização, que são caracterizados pelo abandono do alto grau de padronização, com ênfase no aumento da terceirização, na divisão do quadro de funcionários em um pequeno núcleo estratégico e, principalmente, na busca de maior flexibilidade (GUIMARÃES, 2000).

A gestão por competência na arena pública sugere um processo de adequação e transformação das organizações públicas, de modo a atender condicionantes necessárias para que se estabeleça a gestão baseada em competência. Desenvolver uma instituição com estratégias bem definidas, valorização da criatividade e da inovação e coesão entre as políticas e diretrizes é o desafio das organizações públicas. Motta (1995) ressalta que, para haver mudança em uma organização, é

necessário que as dimensões técnicas e organizacionais estejam preparadas. Também é indispensável que a cultura da organização esteja propensa a transformações e que sejam considerados os valores da instituição durante o processo de mudança.

Em outro aspecto, a gestão por competência, por valorizar as habilidades, a capacidade de mobilizar e combinar adequadamente os recursos implica a exclusão daqueles que não apresentam essas características. Nesse sentido, cabe aos gestores públicos o desafio de “descobrir como seria possível prestar um serviço com qualidade e eficiência e, ao mesmo tempo, proporcionar condições para haver mais emprego e qualidade de vida no trabalho” (GUIMARÃES, 2000, p.11).

2.4.2. Competência gerencial

A gerência, em sentido institucional, refere-se às pessoas ou grupos que exercem atribuições, papéis e funções gerenciais. Os gerentes trabalham com processos decisórios e estabelecem direcionamentos para as empresas e instituições, além disso atuam como mediador das relações no contexto de trabalho.

Carvalho (1998), afirma que existem diferentes definições a respeito do papel gerencial. Alguns autores consideram que a tomada de decisão e a liderança de pessoas e grupos como os papéis mais relevantes dos gerentes, sendo a visão estratégica o elemento orientador da ação gerencial. Outros autores enfatizam a capacidade de liderança e de despertar a motivação das pessoas, esclarecendo os objetivos e oferecendo suporte ao trabalho realizado.

As atribuições dos gerentes vem sendo redesenhadas para atender às necessidades do ambiente organizacional. O mundo moderno, no qual os negócios estão cada vez mais complexos, exige dos gerentes capacidade de negociação de interesses, de decisão, de liderança e de enfrentamento dos riscos e das incertezas (MOTTA, 1997).

Neste sentido, ressalta-se que a definição do papel do gerente tem passado por diversas modificações desde o início do desenvolvimento da administração científica até os dias atuais. Ainda hoje, não há um consenso sobre os requisitos e as competências essenciais aos gerentes, por isso encontram-se na literatura vários modelos teóricos a respeito das competências gerenciais.

A competência gerencial é indispensável na condução de equipes, pois permite aos gestores transformar conhecimentos, habilidades e atitudes em resultados

eficientes e eficazes (LOPES et al., 2010; PICCHIAI, 2008). Os gestores têm como atribuição liderar pessoas e tomar decisões. “Compreender as competências gerenciais significa considerar fatores relacionados a características da realidade gerencial, do perfil gerencial e de suas abordagens conceituais” (OSBI, 2007, p.11-12).

Fleury e Fleury (2000) afirmam que competência gerencial é saber agir de maneira adequada para mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades, de modo que se agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo.

Ruas (2001) define competência gerencial como a mobilização de conhecimento, habilidade e atitude relacionados ao exercício da função gerencial e à missão da empresa. Para o autor, a competência se dá através da interação entre as pessoas e seus saberes, capacidade e demandas organizacionais.

Para Boog (2004), a competência gerencial é composta pela interação das habilidades técnicas (conhecimento técnico da área funcional), habilidades humanas (relações estabelecidas entre o gerente e seu ambiente de trabalho) e habilidades conceituais (conhecimento da visão e das estratégias da empresa). O autor relaciona a competência do gerente à competência da organização e afirma que a competência gerencial é caracterizada pelo conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que o gerente mobiliza a fim de alcançar a competência empresarial.

Na percepção de Carbone et al. (2005), a competência gerencial é entendida como o desempenho expresso pelo gerente através da mobilização de seus conhecimentos, habilidades e atitudes.

Em sua concepção sobre as competências gerenciais, Quinn et al. (2003) apresentam uma definição respaldada na evolução dos modelos de gestão do taylorismo e fordismo, no qual as competências gerenciais são definidas com base nas características dos principais modelos de gestão que surgiram ao longo da história da administração.

Analisando as abordagens de competência gerencial encontradas na literatura, nota-se, conforme salientado por Osbi (2007), que existem perspectivas diferentes de acordo com a abordagem levantada por cada autor. Autores como Oliveira e Marinho (2005), Quinn et al. (2003), Boog (2004) destacam os requisitos de competências que compõem o perfil gerencial. Já Ruas (2001) e Carbone et al. (2005) apresentam uma abordagem mais acadêmica, focada em aspectos conceituais.

Seguindo a perspectiva de múltiplas abordagens conceituais, encontram-se também na literatura vários modelos de competências gerenciais, respaldados pelo contexto político, econômico e social.

2.4.3. Modelos de competência gerencial

Ao longo do século XX, surgiram inúmeros modelos de gestão que refletiam o comportamento adotado pela sociedade como um todo. Os novos modelos surgiram na medida em que os valores da sociedade e os pontos de vista se modificavam. Dessa forma, os modelos de gestão estão em constante evolução. O surgimento de um novo modelo não significa a extinção do modelo anterior, mas sim apresenta uma nova abordagem, muitas vezes complementar às anteriores.

Os modelos apresentados na última década atendem a uma perspectiva dinâmica, enfatizando a mudança organizacional e a concepção de aprendizagem. Competências como inovação, negociação, visão sistêmica e gestão de pessoas surgem como novo requisito do gerente (OSBI, 2007).

O modelo de Quinn define as competências gerenciais de forma ampla, a partir de quatro modelos de gestão da história das organizações: modelo das relações humanas, modelo dos processos internos, modelo das metas racionais e modelo dos sistemas abertos. Cada modelo se divide em papéis gerenciais e, posteriormente, em três competências gerenciais.

O modelo de Boog (2004) apresenta a concepção de uma gerência mais dinâmica, destacando como competência básica a capacidade de gerenciar pessoas. O modelo é sustentado em três domínios da competência: resultados, pessoa e inovação. Estes domínios se dão a partir das seguintes competências: descentralização; comunicação; integração entre o estratégico e o operacional; equilíbrio entre os domínios técnico, humano e conceitual; manejo de ambiguidades e incertezas; administração de conflitos; e, gestão de pessoas.

Um terceiro modelo de competências gerenciais, apresentado por Oliveira e Marinho (2005) destaca cinco competências gerenciais: pessoal, educacional (fundamentos da ética, responsabilidade social e aprendizagem), interpessoal (relações humanas), organizacional (mudança e desenvolvimento organizacional), e, profissional (empreender e administrar). Os autores consideram a

interdisciplinaridade como principal característica do perfil do gerente, devendo ele fazer uso de conhecimentos de educação, administração, engenharia e psicologia.

Os modelos citados evidenciam a importância das competências do gerente no âmbito organizacional. Cabe ao gerente, cuidar para que as metas e objetivos da organização sejam alcançados, sendo para isso necessário alinhar as competências gerenciais e as competências organizacionais. Neste sentido, a relação entre empresa e gerente se dá a partir da integração de interesses e forças de ambos os lados.

De modo geral, as definições das competências gerenciais e dos modelos de competências gerenciais conservam a base teórica do conceito de competência, apresentando variações relacionadas aos múltiplos papéis dos gerentes.

3. MODELO DE QUINN

O modelo utilizado nesta pesquisa foi escolhido após análise da literatura de competências apresentada anteriormente, tendo como foco o modelo de competência gerencial proposto por Quinn. A escolha deu-se em razão de o modelo apresentar de forma consistente os modelos de gestão associados aos papéis gerenciais, apresentando grande amplitude na definição das competências gerenciais. A decisão, inspirada em uma administração pública gerencial, também foi motivada pela necessidade de se verificar a aplicabilidade desse modelo na arena pública.

Picchiai (2008, p.8) enfatiza que as pesquisas realizadas por Quinn revelam que “o fato de o indivíduo compreender e apreciar cada um dos quatro modelos sugere que ele aprendeu algo no âmbito organizacional e aprofundou sua complexidade cognitiva no tocante à liderança gerencial”. Dessa forma, as competências gerenciais devem ser entendidas a partir dos quatro modelos, dos oito papéis e 24 competências gerenciais.

A explicação dos modelos será ordenada seguindo a lógica de sua apresentação (Figura 1), sem considerar a lógica de seu surgimento.

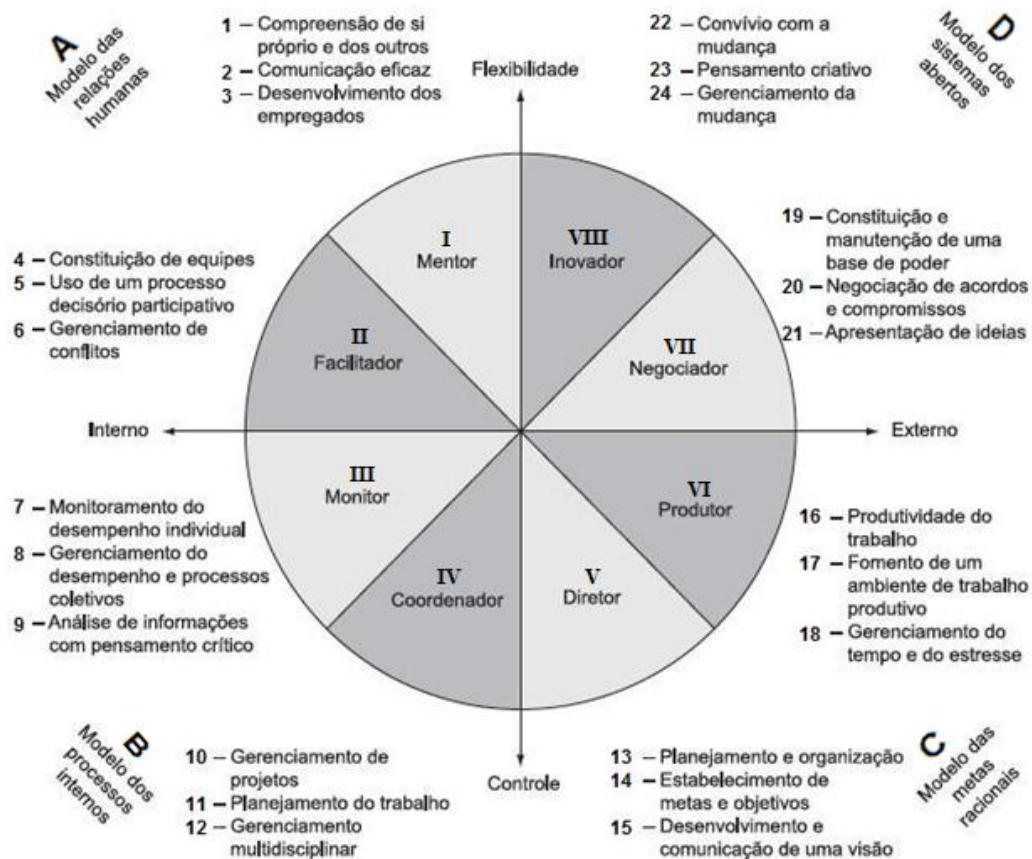


Figura 1 – Competências e papéis dos líderes no quadro de valores competitivos.

Fonte: Adaptado de QUINN et al., 2003, p. 17.

A. Modelo das relações humanas

O modelo das relações humanas surgiu a partir das mudanças sociais que ocorreram no segundo quarto do século XX e evidenciaram a necessidade de valorizar o trabalhador e os relacionamentos dos grupos humanos (DAFT, 2005).

A Teoria das Relações Humanas enfatizou a importância da satisfação humana para a produtividade da empresa, ou seja, sentimentos, atitudes e relações interpessoais influenciavam diretamente o atingimento dos objetivos da organização. O líder passou, então, a considerar as necessidades das pessoas enquanto seres sociais, como forma de abranger as necessidades da empresa (ANTONELLO, 2006).

A premissa referente aos meios e fins tem como valores centrais a participação, a resolução de conflitos e a construção de consenso. O compromisso, a coesão e a moral são significativos indicadores de eficácia. De acordo com esse

modelo, o gerente deve ser um **mentor** empático e um **facilitador** centrado em processos.

B. Modelo dos processos internos

O modelo dos processos internos, conhecido como “burocracia profissional”, é um modelo complementar ao das metas racionais que surgiu no primeiro quarto do século XX. Max Weber estudou as organizações do ponto de vista estruturalista, baseado na racionalidade, ou seja, adequação dos meios aos fins pretendidos, de forma a garantir máxima eficiência no alcance dos objetivos.

Nesse modelo, as organizações são consideradas sistemas constituídos de pessoas que obedecem à lógica racional das relações sistemáticas e prescritas. A estrutura da organização é rígida e relativamente estável, a hierarquia é bem definida e as pessoas possuem funções setoriais, prevalecendo a ideia de especialização (WEBER, 2003).

A premissa concernente aos meios e fins é baseada na certeza de que a rotinização promove a estabilidade. Nessa abordagem, os critérios de eficácia são a estabilidade e a continuidade. O gerente deve assumir o papel de **monitor** tecnicamente competente e **coordenador** confiável.

C. Modelo de metas racionais

O primeiro modelo de gestão a surgir no contexto histórico da evolução da administração foi o das metas racionais, baseado nos princípios gerenciais de Taylor. Levantou-se a importância dos métodos científicos para realizar trabalhos rotineiros na organização, enfatizando as tarefas e a abordagem mecanicista e rígida, tendo como objetivo básico a eficiência. Sua maior contribuição foi para a gerência (DAFT, 2005).

Ao estudar os movimentos realizados pelos trabalhadores, Taylor observou que era possível reduzir o número de movimentos dos trabalhadores e assim o tempo de realização de muitas operações. Os gerentes eram responsáveis por esses controle:

À gerência é atribuída a função de reunir todos os conhecimentos tradicionais que no passado possuíram os trabalhadores e então classificá-los, tabulá-los, reduzi-los a normas, leis ou fórmulas, grandemente úteis aos operários para execução do seu trabalho diário (TAYLOR, 1990, p. 40-41).

A premissa básica dessa abordagem, referente aos meios e fins, é que uma direção clara conduz a resultados positivos, sendo a produtividade e o lucro critérios para alcançar a eficácia organizacional. No modelo de metas racionais, a função do gerente é ser um **diretor** decisivo e um **produtor** pragmático.

D. Modelo dos sistemas abertos

O modelo dos sistemas abertos foi desenvolvido com a contribuição do biólogo Ludwig Von Bertalanffy na década de 1960, buscando responder à necessidade das organizações competirem em um ambiente ambíguo e acirrado. As organizações, enquanto sistemas abertos, realiza contínuo intercâmbio e interação com o ambiente (MOTTA, 1997).

A premissa básica concernente aos meios e fins é baseada na adaptação e na inovação contínuas que possibilitam a aquisição e a manutenção de recursos externos. A eficácia organizacional tem como critérios básicos a adaptabilidade e o apoio externo. Nessa abordagem, o gerente deve ser um **inovador** criativo e um **negociador** dotado de substancial astúcia.

3.1. Papéis e competências gerenciais

Os oito papéis antagônicos do modelo de Quinn permitem refletir sobre a necessidade dos gerentes desenvolverem habilidades associadas a papéis conflitantes. Para tornar-se um gerente capaz é preciso mais do que desenvolver as competências; tem-se que agir diante de determinada situação, enxergar as características contrastantes, mesclar e equilibrar os diferentes papéis. A seguir são apresentados os oito papéis gerenciais correspondentes a cada modelo propostos por Quinn (QUINN, 1988). Os conceitos apresentados nesta seção estão baseados em Quinn et al. (2003).

A. Modelo das relações humanas

I. Papel de mentor

Caracteriza-se pela ênfase no desenvolvimento das pessoas através de uma dedicação cuidadosa e empática. O gerente deve ser atencioso, acessível aos demais funcionários, prestativo e justo, além de contribuir e proporcionar o aprimoramento de competências e o desenvolvimento individual dos empregados. Também

conhecido como o papel do interesse humano, o mentor envolve três competências gerenciais:

1. Compreensão de si próprio e dos outros

A compreensão de si próprio e dos outros compreende o entendimento, ao mesmo tempo, de traços comuns e divergentes das pessoas e o impacto destes sobre as diversas maneiras como as pessoas podem ser relacionar. Essa conscientização permite melhor compreensão das próprias reações e das reações de uma pessoa a outra, que por sua vez permite o aumento da eficácia do gestor (COTTON, 1994).

Há várias abordagens diferentes a respeito da compreensão da personalidade. No entanto, duas destacam-se no campo das relações organizacionais: o Modelo dos Cinco Fatores e o Indicador de Tipos de Myers-Briggs.

O modelo dos cinco fatores, como o próprio nome diz, baseia-se em cinco fatores que descrevem a personalidade. O primeiro fator é o grau de neurose, observado quando a pessoa tende a se preocupar e se sentir ansiosa, insegura ou emotiva. O segundo fator é a extroversão, referindo-se ao grau de sociabilidade, loquacidade e gregarismo manifesto nas interações com outras pessoas. O terceiro fator refere-se à receptividade e ao grau de proatividade na busca de novas experiências. O quarto fator, a agradabilidade, diz respeito ao quanto as pessoas são de boa índole e confiam em outras pessoas. Por fim, a conscienciosidade está relacionada ao grau de organização e persistência de cada pessoa.

O indicador de tipos de Myers-Briggs, baseado na obra de Carl Jung, é compreendido a partir de três dimensões. A primeira, introversão-extroversão, refere-se ao grau com que cada pessoa tende a buscar ideias dentro e fora de si. A segunda dimensão refere-se à sensação-intuição, ou seja, à forma como se reúnem e atribuem importância aos dados. A terceira dimensão, pensamento-sentimento, diz respeito ao uso dado às informações coletadas no momento da tomada de decisão.

O aumento contínuo da autocompreensão possibilita a compreensão dos outros. Nesse sentido, a “Janela de Johari” é uma ferramenta que proporciona o aumento da autoconsciência. Composta por quatro quadrantes, a Janela de Johari aborda os aspectos conhecidos tanto por nós quanto pelos outros; os aspectos vistos pelos outros, mas ignorados por nós mesmos; os aspectos conhecidos por nós e não revelados aos outros; e os aspectos de que nem nós nem os outros temos consciência.

Em relação à compreensão dos outros, a empatia é uma característica fundamental, pois ajuda a se colocar no lugar do outro e a ver os fatos do seu ponto de vista. A integridade, segurança e autoaceitação ajudam a praticar a empatia.

2. Comunicação eficaz

A comunicação interpessoal é uma das mais importantes competências gerenciais. Saber quando e como comunicar-se requer compreensão das pessoas e da situação. Comunicar é trocar informações, ideias e significados (ZEY, 1990).

O processo de comunicação pode ser usado para informar, coordenar ou motivar as pessoas. No entanto, é importante ressaltar que não é fácil ser um bom comunicador. Os principais problemas da comunicação interpessoal efetiva referem-se à dificuldade dos envolvidos de enviar e receber mensagens. Um desses empecilhos à comunicação é a falta de articulação, ou seja, a dificuldade do emissor da mensagem em expressar o conceito. Outro empecilho é a hostilidade, que se dá quando o receptor está irritado com o emissor e recebe a mensagem de modo negativo. A valorização de *status* é outro empecilho da comunicação, visto que provoca distorcimento de posição. Diferentes estilos de comunicação e segundas intenções são outros problemas de comunicação.

O desenvolvimento de algumas habilidades colabora para o estabelecimento de uma comunicação mais eficaz. Esclarecer quem é o receptor, saber qual o seu objetivo, analisar o clima, rever a mensagem em seu íntimo antes de dizê-la, comunicar-se usando palavras e expressões com as quais o outro esteja familiarizado, explicar melhor a mensagem, caso o receptor não a compreenda, e não adotar uma postura defensiva se a reação do receptor lhe parecer crítica fazem parte das ações para uma comunicação eficaz.

3. Desenvolvimento dos empregados

O desenvolvimento dos empregados pode ser entendido a partir de duas abordagens. A primeira, a delegação, diz respeito ao aprimoramento das competências e habilidades dos funcionários, a partir da proposta de projetos desafiadores que os levem a ir além de seu nível atual de produtividade. Ao delegar uma tarefa, o gerente deve fazer mais do que simplesmente dizer ao funcionário o que deve ser feito; ele deve esclarecer o porquê da realização da tarefa, ou seja, a sua

razão de ser (KLEIN, 2000). A delegação aborda três elementos essenciais: a responsabilidade, a autoridade e a prestação de contas.

Algumas diretrizes são necessárias para a delegação eficaz, como ter claro qual o objetivo da delegação, designar o funcionário mais adequado para a tarefa, comunicar-se com clareza ao transmitir a tarefa, assegurar-se de que o funcionário dispõe do tempo necessário para dar conta da incumbência, permitir ao subordinado que realize a tarefa como lhe parecer melhor, confiar ao funcionário a responsabilidade tanto pelo trabalho quanto por eventuais dificuldades, e atribuir à pessoa a devida autoridade tanto para desincumbir-se da tarefa quanto para obter a cooperação e os recursos necessários para sua consecução bem-sucedida.

A segunda abordagem do desenvolvimento dos empregados, a avaliação de desempenho, visa fornecer aos funcionários *feedback* acerca de seu desempenho. O *feedback* sobre o desempenho é um dos tipos de informações mais importantes que se pode dar a um funcionário. É fundamental para o aperfeiçoamento e o crescimento, além disso elucida as expectativas e incrementa o desempenho.

II. Papel facilitador

O papel facilitador encontra-se também dentro do modelo das relações humanas. Tem-se na função de facilitador um gerente que alimenta os esforços coletivos, cria a coesão e o trabalho em equipe e administra os conflitos. As três competências gerenciais apontadas para o papel de facilitador são as seguintes.

4. Constituição de equipes

As equipes de trabalho são cruciais para a organização e unidades de trabalho. Para que o grupo funcione como uma verdadeira equipe de trabalho, é necessário, inicialmente, que ele esteja comprometido com uma meta ou propósito comum. O objetivo comum funciona como “cola” responsável pela aderência de todos os membros do time e faz com que as pessoas se sintam motivadas a contribuir com o máximo de sua capacidade (KATZENBACH; SMITH, 1993).

Em segundo lugar, os membros do grupo necessitam de papéis e responsabilidades claros e interdependentes. A diversidade de conhecimentos, habilidades e competências trazidas por cada componente justifica o trabalho em grupo. Os membros devem saber canalizar as capacidades individuais para atingir as metas coletivas.

Em terceiro lugar, deve haver uma estrutura de comunicação que fomente o compartilhamento de informações. A estrutura de comunicação deve ser sustentada por um clima de confiança. A equipe só desfrutará da diversidade de conhecimento do grupo se os membros sentirem-se confiantes para expressar suas opiniões. É importante também que as informações relevantes sejam de fácil acesso.

Por fim, o grupo deve ter um senso de prestação mútua de contas. Este quarto item é derivado dos três primeiros. A partir do momento em que há um objetivo comum, os membros passam a ter papéis e responsabilidades claros, ocorrendo uma comunicação eficaz, emergindo entre eles o sentimento de compromisso um com o outro e a consciência de que a atuação de cada um visa à excelência da coletividade. É importante ressaltar que a constituição de equipes não é um acontecimento, mas sim um processo contínuo.

5. Uso de um processo decisório participativo

O uso do processo decisório participativo parte do pressuposto do envolvimento dos funcionários nas decisões organizacionais que afetam as atividades por eles desenvolvidas. Muitas vezes, as organizações que optam por essa abordagem têm vantagens tanto sociais quanto econômicas (FISHMAN, 1999).

É possível reduzir os custos, aumentar a produtividade, responder de forma mais ágil e inovadora às necessidades dos clientes, através de produtos e serviços de melhor qualidade. Além disso, os funcionários desenvolvem senso maior de compromisso com a organização, e quanto mais informações são compartilhadas, maior é a capacidade de tomarem decisões que atendam ao interesse da organização como um todo.

Há, porém, situações em que a participação dos funcionários é inviável ou inapropriada. A decisão da ocasião apropriada para a participação vai depender do gerente, dos funcionários, da organização e da natureza da decisão em si. A escolha do grau de envolvimento dos funcionários no processo decisório necessita de um judicioso julgamento dos benefícios e dos malefícios para cada situação específica.

As reuniões são parte importante da tomada participativa de decisão. As boas reuniões cumprem o propósito ao qual se destinavam. O bom gerenciamento de uma reunião envolve a capacidade de equilibrar o foco em um e em outro tipo de papel, tomando cuidado para que o grupo não se desvie e, ao mesmo tempo, possibilitando a adequada participação dos presentes.

6. Gerenciamento de conflitos

Os conflitos podem ter consequências positivas ou negativas. A compreensão de como o conflito surge e evolui possibilita explorá-lo de forma construtiva. O conflito de relacionamento tende a gerar resultados ruins, já o de tarefas tende a acarretar mudanças efetivas. É importante reconhecer que eles ocorrem em todos os níveis da organização (SIMONS; PETERSON, 2000).

As estratégias para a administração de conflito são entendidas por meio de três métodos. O primeiro aborda as estratégias não confrontadoras e se dá através da abordagem evasiva – quando há o reconhecimento da existência do atrito, mas não há a intenção de confrontar seus motivos – e da abordagem conciliativa – quando as decisões tomadas não visam somente ao atendimento dos interesses da outra parte. O segundo método, as estratégias de controle, se dá através da abordagem competitiva – quando as decisões tomadas visam exclusivamente ao atendimento dos interesses próprios. Finalmente, o terceiro método, as estratégias orientadas para a solução, se dá através da abordagem transigente – quando ambas as partes se abdicam de alguma coisa para que haja o atendimento dos interesses próprios e dos interesses da outra parte – e da abordagem colaborativa – quando são considerados tanto os interesses próprios quanto os interesses da outra parte. Pressupõe-se que não haja um recurso definido que obrigue as pessoas a se abdicarem de alguma coisa para que haja o ganho coletivo (THOMAS, 1976).

B. Modelo dos processos internos

III. Papel monitor

Espera-se que o gerente tenha conhecimento das coisas que acontecem em sua unidade, com o objetivo de averiguar se as pessoas estão cumprindo as regras e se o setor está desempenhando a sua parte. O monitor é um bom analista e domina os fatos e seus detalhes. Entre as características desse papel, destaca-se o gosto por dados, a análise de informações rotineiras de inspeção e vistoria, e a revisão de relatórios. De acordo com o modelo proposto, são apontadas três competências gerenciais para o papel de monitor.

7. Administração da sobrecarga de informações (Monitoramento do desempenho individual)

O excesso de informações irrelevantes é um grande problema enfrentado pelos gerentes na atualidade. Apesar de nem todos dizerem o que os gerentes necessitam saber, os dados exigem a atenção de qualquer modo. Os mais atinados conseguem administrar o fluxo de informações, levando as úteis em consideração e ignorando as demais. Já os menos sofisticados são soterrados pelo volume de informações, sofrendo com a ansiedade informacional, ou seja, a lacuna entre as informações a que se tem acesso e o que é necessário saber, o acúmulo de dados e conhecimento, quando as informações não dizem o que se necessita saber (WURMAN, 2001).

O método ARAA, desenvolvido por Winston (2001), é uma alternativa para lidar com todo o fluxo de informações do cotidiano das organizações, através de quatro etapas: atirar – jogar fora os papéis ou apagar e-mails da caixa de entrada se não tiverem importância; remeter – encaminhar as mensagens para terceiros, caso elas sejam do interesse da outra pessoa; agir – colocar os papéis que exigem providência de sua parte em uma pasta específica; arquivar – armazenar os documentos em pastas com identificação.

8. Gerenciamento do desempenho e processos coletivos

Os processos essenciais agregam valor ao produto ou serviço da organização e são vitais para a consecução dos resultados. O gerenciamento dos processos permite identificar como este influencia o todo da organização e localizar onde estão seus pontos de retenção que podem ser melhorados. Dessa forma, torna-se possível, muitas vezes, anteceder-se aos problemas do setor.

Grove (1995) afirma que os gerentes não podem negligenciar a necessidade de concentrar-se no estágio limitador. Ao observar um processo, é necessário buscar gargalos e pontos de retenção, indícios de que o processo não esteja centrado no ponto limitador. É importante também identificar os principais fatores que indicam o grau de eficácia de cada processo desenvolvido.

9. Análise de informações com pensamento crítico

A análise de informações com pensamento crítico exige dos gerentes a capacidade de expor suas ideias e reações com agilidade e concisão. Os gerentes

eficazes não precisam ser brilhantes, mas precisam abordar os indícios e dados com receptividade. As linhas de raciocínio devem ser estruturadas com competência e os argumentos alheios devem ser respondidos com rapidez. A missão do pensador crítico é tomar a decisão mais sensata com as informações disponíveis (QUINN et al., 2003).

Grande parte dos raciocínios, independente da complexidade, é composta por três elementos: a proposição ou conclusão do argumento – respondendo à pergunta “o que queremos dizer aqui?”; aos fundamentos que sustentam a proposição – respondendo à pergunta “em que nos baseamos?” ou “o que nos leva a dizer isso?”; e a justificativa ou ligação entre a proposição e seus fundamentos – respondendo à pergunta “qual a relação entre a nossa posição e os fundamentos que apresentamos?”.

IV. Papel de coordenador

No papel de coordenador, o gerente deve dar sustentação e estruturação ao fluxo do sistema, além disso deve ser um profissional digno de confiança e crédito. Entre os traços comportamentais desse gerente, destaca-se a coordenação de esforços da equipe, enfrentamento e resolução de problemas de ordem tecnológica, logística e doméstica. São três as competências gerenciais apontadas no modelo para o papel de coordenador:

10. Gerenciamento de projetos

O gerenciamento de projetos é realizado a partir do planejamento e do monitoramento dos projetos, ou seja, envolve a definição dos pré-requisitos do trabalho, do volume de trabalho e dos recursos necessários, bem como o monitoramento do progresso, comparação entre previsão e realidade, análise de impacto e adaptações. Peters (1999) afirma que os diversos elementos do planejamento e do monitoramento estão estreitamente ligados e são fundamentais para o sucesso do trabalho.

Especificamente, o planejamento dos projetos deve envolver a definição do cronograma, a definição de metas finais e parciais, a alocação dos recursos e principalmente deve definir o objetivo e estabelecer prioridades para a consecução das tarefas. No entanto, o planejamento não deve focar exclusivamente nas metas e objetivos, deve considerar também fatores como abordagem técnica e gerencial

adotada, premissas de replanejamento, padrões de desempenho, métodos de acompanhamento, entre outros.

O gerenciamento de projetos busca atingir o objetivo final, fazendo uso mais eficiente possível dos recursos disponíveis. Compreende o acompanhamento do desenvolvimento do projeto, através do monitoramento do tempo, do dinheiro, das pessoas e dos materiais. Ao monitorar um projeto, é necessário comparar o estimado e o orçado com o que está sendo efetivamente realizado. Assim, torna-se necessário definir os ajustes necessários para corrigir eventuais falhas.

11. Planejamento do trabalho

Existem duas vertentes principais voltadas para o planejamento do trabalho: uma relacionada à perspectiva dos cargos individuais e outra voltada para as equipes de trabalho. As duas concentram-se no enriquecimento da tarefa e nos grupos de trabalho autogerenciados.

A primeira vertente, focada no cargo individual, tem como método mais comum para mensurar as características subjetivas de um cargo o modelo desenvolvido por Hackman e Oldham (1975), baseado em cinco características (leque de competência, identidade da tarefa, relevância da tarefa, autonomia e feedback), que promovem três estados psicológicos críticos, capazes de exercer influência sobre os resultados pessoais e profissionais. O primeiro estado psicológico é o valor percebido do trabalho, ou seja, em que medida o funcionário se identifica com a tarefa que desempenha e tem consciência da importância do trabalho de cada um para a organização. O segundo é a responsabilidade percebida pelos resultados do trabalho, que representa o quanto o funcionário se sente pessoalmente responsável pelas decisões referentes aos resultados. O terceiro é o conhecimento dos resultados concretos do trabalho, que significa até que ponto o funcionário tem consciência do efeito de seu trabalho sobre os resultados finais da organização.

A segunda vertente tem como foco os grupos de trabalho autogerenciados, pois considera o grupo a unidade básica do planejamento. A quantidade de treinamento multifuncional deve ser definida para garantir o sucesso da estrutura da equipe de trabalho. Em alguns casos, os membros da equipe são treinados para desempenhar todas as atribuições do grupo; em outros casos, espera-se que cada membro contribua com suas competências e responsabilidades exclusivas, ou, ainda,

há casos em que todos devem ser plenamente treinados para desempenhar todas as tarefas incumbidas ao grupo (LAWLER; FINEGOLD, 2000).

12. Gerenciamento multidisciplinar

O gerenciamento multifuncional tem por objetivo gerenciar e integrar o trabalho através da coordenação dos grupos de trabalho de cada área. São diretrizes básicas do gerenciamento multifuncional: esclarecimento de metas e a declaração de missão; criação de uma massa crítica de liderança; manutenção da equipe e de seus membros pela responsabilidade do desempenho coletivo; manutenção da equipe multifuncional com o menor tamanho possível dentro de uma representação funcional crítica; fornecimento de informações relevantes e sempre atualizadas à célula multifuncional; treinamento dos envolvidos no trabalho em equipe e gerenciamento de processos; esclarecimento de expectativas dentro e entre as equipes; e estimulação dos membros da equipe a mudarem de papel.

Mohrman (1993) afirma que o gerenciamento multifuncional exige que a empresa realize simultaneamente a adoção de focos múltiplos sem segmentar a organização e o alinhamento dos indivíduos com atribuições interdependentes, de forma a incentivar o trabalho em equipe na busca de objetivos gerais compartilhados. Também é importante responder à contínua elevação dos padrões de desempenho competitivo, atrair, motivar e desenvolver profissionais eficientes, e, possibilitar o desempenho rápido, respondendo ao ambiente dinâmico que demanda transformações constantes.

C. Modelo das metas racionais

V. Papel de diretor

Nesse papel é esperado que o gerente explicita as expectativas por meio de processos e seja um deflagrador decisivo. O papel do gerente reflete a essência da liderança e remete a três competências.

13. Planejamento e organização

O planejamento e a organização são realizados com base na visão e na estratégia articulada. Por mais bem elaborado que seja, todo planejamento possui vantagens e desvantagens, que são ponderadas com base nos critérios determinados pela visão e estratégia. Galbraith (1995) propõe um modelo que identifica cinco

elementos ou categorias que devem ser considerados no processo de planejamento: estratégia, estrutura, processos, recompensas e pessoas.

No âmbito da organização, o gestor deve decidir como alocar e coordenar recursos organizacionais a fim de garantir o alcance das metas e dos objetivos. Organizar é, portanto, dividir o trabalho e as atividades em componentes administrativos de forma a alcançar os resultados de maneira mais eficaz possível. Organizar atende a algumas funções cruciais, como o esclarecimento de quem deve realizar cada tarefa, como cada atribuição deve ser dividida e quem está subordinado a quem.

14. Estabelecimento de metas e objetivo

Após o desenvolvimento e comunicação da visão, é a hora de estabelecer os planos organizacionais, as metas e os objetivos específicos, que se desdobram por todos os departamentos e níveis da organização. Nos níveis de liderança gerencial mais elevada, o foco tende a ser mais estratégico e direcional. Já nos patamares inferiores da gerência e supervisão, o foco tende a ser mais tático, voltando-se para a execução das decisões tomadas no nível gerencial.

As diversas metas devem ser ordenadas conforme a prioridade, isto é, quanto mais específica e desafiadora for, maior é a possibilidade de resultar em um desempenho melhor. Dessa forma, a definição de metas pode constituir uma ferramenta importante do gerenciamento do desempenho. Além disso, a competição informal entre os funcionários amplia os benefícios do processo. Latham e Wexley (1994) afirmam que sempre que é cobrado de um grupo de funcionários o cumprimento de metas específicas, ocorre substancial aumento de produtividade de seus membros em comparação a grupos sem metas estabelecidas.

15. Desenvolvimento e comunicação de uma visão

A visão orienta a organização em longo prazo, representando a posição que a empresa pretende ocupar dentro do seu mercado de atuação. O desenvolvimento e a comunicação de uma visão é uma das mais importantes competências dos líderes, visto que os gerentes que definem claramente a visão têm elevada base de poder para gerenciar a instituição.

Há alguns elementos críticos no processo de desenvolvimento e comunicação da visão que são consenso entre vários especialistas. É necessário definir e estruturar,

atender às dimensões-chave do conteúdo da visão organizacional. Apesar de a visão de uma organização e outra variar muito na especificidade de seu conteúdo, há alguns temas centrais que aumentam a sua eficácia: o mote da mudança, a meta ideal e o foco nas pessoas.

Para desenvolver e comunicar uma visão de modo eficaz, é importante desenvolver uma visão empresarial que apele para um objetivo comum e conquiste todos os funcionários. Apresentar a visão empresarial de forma que as pessoas possam se visualizar dentro dela e acreditar pessoalmente na visão empresarial, de modo que suas palavras reflitam suas convicções pessoais.

VI. Papel de produtor

Também no quadrante do modelo das metas racionais, o gerente no papel produtor deve orientar-se para tarefas com foco no trabalho, demonstrando interesse, motivação e ímpeto pessoal. Esse papel é orientado para atingir determinado objetivo e aborda três competências gerenciais descritas em seguida.

16. Produtividade do trabalho

A produtividade é uma medida da eficácia individual, grupal e organizacional. A produtividade ideal, na concepção de Csikszentmihalyi (1990), pode ser obtida a partir de quatro práticas: definição de metas, engajamento total e imersão na atividade, hipersensibilidade e consciência da atividade, e capacidade de desfrutar da experiência imediata em tempo real.

A motivação intrínseca, ou seja, gerada pelo próprio indivíduo, é fonte de produtividade no trabalho. Estudos de Psicologia definem quatro estados psicológicos pertinentes à relação com o trabalho: o significado, que representa o valor ou a relevância da tarefa que move o funcionário; a competência, que representa a confiança na capacidade de realizar tarefas e atingir objetivos; a autodeterminação, que representa a capacidade de decidir por si mesmo e a possibilidade de escolha da forma de execução das tarefas. E, finalmente, o impacto, que representa a percepção da possibilidade de influenciar os aspectos estratégicos e administrativos do trabalho.

17. Fomento de um ambiente de trabalho produtivo

Há dois aspectos principais do fomento do ambiente de trabalho produtivo: um relacionado aos sistemas de recompensa e outro voltado à forma de aplicar a teoria da motivação à compreensão das necessidades dos membros das organizações. O sistema de recompensas tem como base a natureza do contrato psicológico entre empregadores e empregados. Atualmente, este contrato é baseado no reconhecimento da importância e do valor do capital humano, descrito como contrato de empregabilidade. O segundo aspecto do fomento está relacionado à teoria da motivação. Pode ser aplicado através da vinculação do esforço ao desempenho e da vinculação do desempenho ao resultado e compreensão dos resultados desejados para os empregadores.

A fomentação de um ambiente de trabalho produtivo é possível a partir de uma análise do ambiente de trabalho e dos indivíduos envolvidos. Parte desse fomento se dá em função do controle da organização sobre a informação, o conhecimento, as recompensas e o poder. No entanto, é importante considerar também a capacidade de compreender e saber alavancar os fatores de motivação intrínsecos.

18. Gerenciamento do tempo e do estresse

Nenhum gestor vive em um ambiente racional, lógico e organizado, pelo contrário, eles vivem em meio a transações. Por isso devem ser capazes de fazer uso eficiente de seu tempo, reservando intervalos para pausas revigorantes e encontros imprevistos. Administrar o tempo significa, em última instância, administrar a si próprio. Algumas técnicas podem auxiliar no gerenciamento do tempo, como o planejamento e a definição das prioridades, o esclarecimento dos valores pessoais e uma permanente análise da maneira como o seu tempo é gasto.

No que tange ao gerenciamento do estresse, é importante que o gerente tenha consciência de como o ambiente de trabalho causa estresse nos funcionários dado o possível impacto do estresse sobre a saúde física e mental das pessoas e também sobre o desempenho individual e organizacional. O estresse é uma reação baseada na percepção de que o indivíduo tem diante de determinada situação. As técnicas de gerenciamento do estresse giram em torno da construção dos recursos pessoais necessários em situações potencialmente causadoras de estresse. Tal como no gerenciamento do tempo, o esclarecimento dos valores pessoais auxilia no

gerenciamento do estresse. Outras técnicas como prestar atenção à saúde física, fazer uso de técnicas de relaxamento e realizar pausas revigorantes também auxiliam.

D. Modelo dos sistemas abertos

VII. Papel de negociador

Inserido no modelo dos sistemas abertos, o papel de negociador tem como característica a preocupação com a sustentação da legitimidade exterior e a obtenção de recursos externos. Os gerentes devem apresentar e negociar ideias com eficácia, ter astúcia e cuidar da imagem e da reputação. São atreladas a esse papel as seguintes competências:

19. Constituição e manutenção de uma base de poder

O poder pode ser entendido em três níveis. No nível organizacional é entendido como a capacidade de influenciar a alocação de recursos disponíveis para alcançar determinada meta. No âmbito dos grupos, é visto como a influência exercida no sentido de unir pontos de vistas e intenções semelhantes. Já no âmbito pessoal, o poder representa a capacidade de influenciar o comportamento das pessoas de modo que elas adotem determinado comportamento que não adotaria normalmente. Handy (1993) afirma que trabalhar com um líder autoritário pode trazer problemas para o ambiente organizacional, mas trabalhar com um líder fraco é igualmente frustrante.

Cohen e Brandford (1990) salientam que os gerentes devem possuir uma base de poder para que desenvolvam de forma concisa suas atribuições. Segundo os autores, o poder permite construir uma base de legitimidade, informação e influência, a partir da qual é possível atender às necessidades e atingir os objetivos da organização. É importante ressaltar a importância da busca contínua pelo equilíbrio da intensidade do poder, visto que o seu uso em excesso, bem como a sua ausência acarretam frustrações no ambiente de trabalho.

20. Negociação de acordos e compromissos

A negociação se dá na tentativa de equilibrar a satisfação das necessidades alheias e das necessidades próprias. O diálogo é a mais importante dimensão da negociação de acordos e compromissos. Três condições devem ser obedecidas para que o diálogo seja estabelecido e mantido. A primeira é o objetivo mútuo. Sem o

objetivo mútuo claro e consensual não é possível iniciar um diálogo, por isso as metas devem ser explicadas desde o início. O entendimento mútuo, segunda condição do diálogo, é necessário para que cada parte saiba efetivamente o que a outra está dizendo. A terceira condição, o respeito mútuo, é a parte mais frágil do diálogo, principalmente quando as duas partes já tiveram algum tipo de controvérsia antes. Para manter o respeito mútuo, é necessário concentrar-se em solucionar problemas e não em fazer acusações.

21. Apresentação de ideias

A apresentação de ideias eficaz deve ser pautada em objetivos claros, um bom conhecimento da sua audiência e uso correto dos recursos disponíveis. Praxis (1994) define os elementos da estrutura da apresentação de ideias através da SSSAP – sigla em inglês referente à Preparação (*Set*), Suporte (*Support*), Sequência (*Sequence*), Acesso (*Access*) e Polimento (*Polish*).

A preparação é referente ao tratamento, dado o estado de espírito e as expectativas iniciais. Tem por objetivo criar um estado de espírito favorável à audição e à aceitação; mostrar aos ouvintes que vale a pena escutar o que se tem a dizer; e traçar o roteiro da apresentação que será feita.

O suporte é o esqueleto da apresentação. Deve ser significativo, coeso e lógico. A correta elaboração do suporte permite a antecipação de objeções e contra-argumentos, além disso permite verificar se o discurso está adequado aos formadores de opinião.

A sequência é a ordem do discurso. A sequência influencia na importância atribuída às mensagens que são transmitidas ao longo da apresentação. Por melhor que seja o conteúdo, caso a sequência seja mal definida, corre-se o risco de a mensagem ser mal interpretada ou ignorada.

O acesso refere à nitidez visual e psicológica das informações. O uso correto de palavras, números e figuras permite transições claras entre os pontos da apresentação. Outro aspecto importante a se observar é a capacidade de síntese, que contribui para a concisão da apresentação.

O polimento é o acabamento final dado à apresentação. Representa o cuidado e a atenção com as menores coisas, é a atenção redobrada aos detalhes, que garante a qualidade da apresentação e reforça a importância do conteúdo.

VIII. Papel de inovador

O papel de inovador encontra-se no modelo dos sistemas abertos. É relacionado às capacidades de adaptação e de resposta ao ambiente em constante mudança. Envolve o uso da criatividade, ideias e *insights* intuitivos. Espera-se que o gerente trabalhe para se precaver diante das mudanças, identificar as tendências significativas, estando sempre atento às transformações do ambiente. É composto pelas seguintes competências.

22. Convívio com a mudança

O mundo está em constante mudança, por isso não se pode negar que o ambiente atual é diferente daquele no qual se viveu há algum tempo. No entanto, esta negação é comumente encontrada nas empresas por proporcionar a sensação de conforto e segurança. A rotina no ambiente de trabalho tende a cegar para as possibilidades estranhas, dificultando a convivência com a mudança. A mudança ameaça a comodidade, no entanto é necessária para que haja o crescimento e o fortalecimento da organização.

O convívio com a mudança é um dos maiores desafios do gerente no papel inovador. Configura-se na aceitação pessoal da mudança e no convívio com ela. As mudanças que ocorrem no ambiente de trabalho levam os gerentes a transformarem suas atitudes e, conseqüentemente, exigem o esforço em eliminar a resistência psicológica à mudança.

23. Pensamento criativo

A criatividade é o processo de associar ideias conhecidas em novas combinações e relações; é uma forma de pensar que envolve a geração de novas ideias. A fim de focalizar o desenvolvimento da capacidade de pensamento criativo, a criatividade pode ser entendida a partir de três dimensões: habilidades referentes ao domínio, habilidades criativas e motivação de tarefas.

A habilidade de domínio está relacionada ao conhecimento básico e ao especializado. Para ampliá-la, é necessário ampliar a base de conhecimento. A habilidade criativa se refere à capacidade de associar conceitos independentes e conceder novas maneiras de pensar. Para ampliar a habilidade criativa é necessário aprender a romper os pressupostos a respeito da relação entre ideias e coisas. Já a motivação de tarefas está relacionada ao fomento da criatividade dos funcionários no ambiente organizacional. A utilização do pensamento criativo possibilita à organização do acesso a recursos humanos normalmente subutilizados.

24. Gerenciamento da mudança

A mudança é necessária para aumentar a eficiência, enxugar custos, promover avanços tecnológicos entre outras questões de interesse da empresa. Sendo as mudanças desejáveis ou não, elas enfrentam resistência dentro da organização. Além da resistência das pessoas, é comum a resistência da organização.

Cinco tipos de mudanças costumam provocar a resistência dos funcionários por estarem relacionadas aos seus comportamentos profissionais habituais. São elas: mudanças que afetam as demandas de conhecimento e competência; mudanças associadas a perdas econômicas ou de *status*; mudanças sugeridas por outros; mudanças que envolvem riscos; e mudanças que acarretem ruptura das relações sociais. É importante ter conhecimento da possibilidade de resistência para que se elabore cuidadosamente o processo de planejamento e implementação da mudança.

O planejamento da mudança é o primeiro passo a ser dado. Envolve a análise de várias alternativas de ação, a previsão das consequências e a escolha de qual curso será mais apropriado. A implementação da mudança, ou seja, a forma como ela deve ocorrer, deve ter o mesmo cuidado do planejamento. A má implementação da mudança afeta sua credibilidade e pode resultar em fracasso.

O gerenciamento da mudança pode ser entendido a partir de quatro métodos: persuasão, imposição, participação e transformação. A persuasão parte do princípio de que as pessoas são movidas pela razão. É baseada na apresentação de argumentos lógicos a favor da mudança. A imposição consiste em convencer as pessoas através de algum tipo de punição. Ela tende a funcionar em curto prazo, mas pode causar danos ao relacionamento básico. A participação consiste no uso do diálogo franco em um processo de mudança mais colaborativo. Já a transformação envolve princípios práticos para a introdução efetiva da mudança.

3.2. Considerações finais sobre o Modelo de Quinn

O Modelo de Quinn, focado em organizações privadas em que predomina a gestão empresarial, não impede a sua aplicação na arena pública, quando se pensa em uma administração pública gerencial. Há que ressaltar a necessidade de adequar as organizações públicas a essa nova modalidade e o desafio de descobrir novas competências relevantes à atuação dos gestores públicos na certeza de contribuir na geração de serviços de qualidade.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1. Caracterização do estudo

Quanto aos objetivos, a pesquisa se caracteriza como estudo descritivo e exploratório. A pesquisa é caracterizada como descritiva por ter como objetivo descrever as competências esperadas dos gestores dos hospitais públicos de Belo Horizonte. De acordo com Parra Filho e Santos (2002), esse tipo de estudo permite identificar as diferentes formas dos fenômenos, sua orientação e classificação. Santos (2007) afirma que a pesquisa descritiva se dá por meio do levantamento das características conhecidas que são componentes do fato, do problema ou do fenômeno em estudo.

Já a pesquisa exploratória permite que sejam coletadas informações que sirvam de base para o desenvolvimento do trabalho. Além disso, o caráter exploratório visa a proporcionar maior familiaridade com os elementos da população em estudo e criar condições para uma investigação mais completa, no intuito de estimular a compreensão do fenômeno pesquisado – as competências dos gestores dos hospitais públicos (TRIVIÑOS, 2009; GIL, 2009). Malhotra (2011) acrescenta que na pesquisa exploratória a amostra selecionada é normalmente pequena e não representativa de modo a gerar o máximo de discernimento.

Neste estudo, utilizou-se tanto de análise qualitativa quanto de quantitativa. A pesquisa é qualitativa em função da proximidade do pesquisador com o fenômeno a ser estudado, com abordagem basicamente compreensiva, tendo o ambiente como

fonte de informações (BRYMAN, 2011). Já a pesquisa quantitativa é caracterizada pela quantificação na coleta de dados e pela utilização de técnicas estatísticas no seu tratamento (RICHARDSON, 2008). Assim, essa pesquisa permite melhor visão e compreensão do contexto do problema, enquanto a quantitativa procura quantificar os dados através de alguma forma de análise estatística (MALHOTRA, 2011).

4.2. Unidades de Análise

O universo da pesquisa foi composto pelos hospitais da rede pública da cidade de Belo Horizonte – Minas Gerais.

O Estado de Minas Gerais passou, nos últimos anos, por um processo de reforma da administração pública, lançado em 2003, pelo governo Aécio Neves, que ficou conhecido como Choque de Gestão. Neste sentido, o estudo dos hospitais de Minas Gerais se justifica pelo possível impacto das consequências deste processo na gestão hospitalar. A opção pela cidade de Belo Horizonte teve caráter intencional, devido ao fato de a cidade possuir hospitais nas esferas municipal, estadual e federal, possibilitando assim a realização da pesquisa nas diferentes esferas da administração pública. Além disso, Belo Horizonte tem grande importância no contexto da saúde pública de Minas Gerais por ser o centro de referência no atendimento à saúde no estado.

O Hospital Odilon Behrens é o único hospital municipal da cidade. Ele é um hospital de ensino e pesquisa, que presta atendimento de urgência e emergência à população, atendendo, em média, a 420 pacientes por dia (BELO HORIZONTE, 2011).

Os 12 hospitais estaduais da cidade estão agrupados na Rede FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, maior gestora de hospitais públicos da América Latina. Presta serviços de complexidade secundária e terciária através de seis complexos assistenciais: urgência e emergência, especialidades, saúde mental, hospitais gerais, MG Transplantes, e reabilitação e cuidado ao idoso (MINAS GERAIS, 2011a).

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e o Hospital Risoleta Tolentino Neves são os hospitais federais de Belo Horizonte. O Hospital das Clínicas é um hospital universitário que realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência, sendo referência no sistema municipal de saúde no

atendimento de pacientes portadores de patologias de média e alta complexidades. Também administrado pela Universidade Federal de Minas Gerais, é responsável pela assistência aos pacientes de urgência clínica e cirúrgica, traumatológica e não traumatológica, do eixo norte da Região Metropolitana de Belo Horizonte, atendendo a cerca de 1,1 milhão de habitantes por ano (BRASIL, 2011).

Para conhecimento da estrutura organizacional dos hospitais e definição dos elementos participantes da pesquisa, foram utilizados os organogramas dos hospitais (Anexo 1). No caso do Hospital Odilon Behrens, não foi possível o acesso ao organograma. Dessa forma, utilizou-se como fonte o Sistema de Informações Organizacionais do Município que informa que o hospital possui uma diretoria geral e cinco outras diretorias subordinadas: Diretoria de Atenção Ambulatorial e de Urgência; Diretoria de Atenção Hospitalar; Diretoria de Gestão do Trabalho, Ensino e Pesquisa; Diretoria Administrativo-Financeira; e Diretoria de Apoio à Assistência (BELO HORIZONTE, 2011).

A amostragem foi definida por julgamento, ou seja, os elementos considerados representativos de acordo com os objetivos da pesquisa foram incluídos na pesquisa. Malhotra (2011) afirma que esta é uma forma de amostragem por conveniência, segundo a qual os elementos são escolhidos deliberadamente com base no julgamento do pesquisador. Em um segundo momento, seguiu-se o critério de amostra não probabilística por acessibilidade, segundo a qual o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso e admite que, de alguma maneira, representam o universo amostral (MALHOTRA, 2011). Neste estudo, foram convidados a participar da pesquisa os diretores dos hospitais públicos de Belo Horizonte e os gerentes de áreas específicas que se encontram diretamente subordinados aos diretores hospitalares.

A Tabela 1 mostra a relação do número de diretores e gerentes selecionados para a pesquisa e o número dos que efetivamente participaram. Observa-se que a pesquisa abordou 87% dos diretores e 86% dos gerentes.

Tabela 1 – Número de funcionários analisados em cada hospital

Hospital	Diretor		Gerentes	
	Total	Sujeitos da pesquisa	Total	Sujeitos da pesquisa
Municipal¹				
Hospital Odilon Behrens	1	1	5	3
Estadual²				
Centro Mineiro de Toxicomania	1	1	2	2
Centro Psíquico da Adolescência e Infância	1	1	1	1
Hospital Alberto Cavalcanti	1	1	3	3
Hospital Eduardo de Menezes	1	0	2	0
Hospital Galba Veloso	1	1	2	1
Hospital Infantil João Paulo II	1	1	2	2
Hospital João XXIII	1	1	4	4
Hospital Júlia Kubitschek	1	1	3	3
Hospital Maria Amélia Lins	1	1	1	1
Instituto Raul Soares	1	1	2	2
Maternidade Odete Valadares	1	1	2	2
MG Transplantes	1	1	1	1
Federal³				
Hospital das Clínicas da UFMG	1	0	3	3
Hospital Risoleta Toletino Neves	1	1	2	2
Total	15	13	35	30

Fonte: ¹Belo Horizonte (2011).

²Minas Gerais (2011a).

³Brasil (2011).

4.3. Coleta dos dados

Foram utilizados dados primários e secundários na pesquisa. A coleta de dados primários foi realizada por meio de questionários e de entrevistas semiestruturadas com os sujeitos da pesquisa, no período de 10 de fevereiro a 4 de maio de 2012.

Foi realizada entrevista semiestruturada com os diretores dos hospitais, a fim de levantar quais as competências que eles consideravam necessárias para um diretor de hospital público. O roteiro de entrevista foi composto por nove partes, sendo a primeira um levantamento geral sobre competências e as seguintes relacionadas a cada um dos papéis gerenciais propostos pelo Modelo de Quinn (Apêndice 1). De acordo com Triviños (2009), a entrevista semiestruturada é um instrumento importante de abordagem qualitativa. A técnica permite que o entrevistado manifeste suas opiniões, seus pontos de vista e seus argumentos.

Após a realização da entrevista, os diretores responderam ao questionário da pesquisa, que também foi respondido pelos gerentes diretamente subordinados a eles. Cada questionário (Apêndices 2 e 3) é composto por 78 questões, em duas partes. As primeiras seis questões foram feitas com o objetivo de levantar informações a respeito do perfil do respondente. As 72 questões seguintes, elaboradas com base na revisão bibliográfica, envolveram as três competências de cada um dos oito papéis gerenciais do Modelo de Quinn. Cada competência foi composta de três afirmativas: as afirmativas 1 a 3 corresponderam à primeira competência do primeiro papel gerencial; as afirmativas 4 a 6 corresponderam à segunda competência do primeiro papel gerencial; as afirmativas 7 a 9 corresponderam à terceira competência do primeiro papel gerencial, e assim sucessivamente. Nesta segunda parte, foi utilizado o escalonamento intervalar de 0 a 10, com as âncoras “discordo totalmente” e “concordo totalmente”. Segundo Cerro e Bervian (2007), o questionário é um instrumento de coleta de dados rápido e eficiente, que permite ao pesquisador medir com maior exatidão o que se deseja.

Os dados secundários foram obtidos através da análise documental a partir de pesquisa realizada nos *sites* dos hospitais objetos da pesquisa. Obtiveram-se informações sobre as missões e visões institucionais, objetivando extrair delas os papéis que os diretores deveriam assumir. Esse

procedimento foi necessário devido à inexistência de uma documentação formal que definisse, com precisão, as competências de seus principais executivos e responsáveis pela condução da instituição. De acordo com Zanella (2009), o planejamento, a execução e a interpretação dos dados obtidos pela análise documental podem seguir diferentes caminhos, respeitando as particularidades da abordagem dada pela pesquisa. Yin (2010) destaca como pontos positivos da análise documental a possibilidade de revisão, bem como a exatidão dos documentos que englobam informações de longo espaço temporal e de ambientes distintos.

4.4. Tratamento e Análise de Dados

Como mencionado, utilizaram-se as abordagens qualitativa e quantitativa para analisar os dados primários (entrevistas e questionários).

Na **abordagem qualitativa**, utilizou-se a análise de conteúdo, tendo como principal referencial Bardin (2011). A técnica de análise de conteúdo analisa o conteúdo dos relatos e, posteriormente, permite confrontá-los com os conceitos utilizados, possibilitando, assim, avançar no conhecimento acerca da realidade específica dos gestores dos hospitais de Belo Horizonte. Segundo Bardin (2011, p. 44), o termo análise de conteúdo refere-se a:

(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

As etapas para a realização da análise do conteúdo, como sugere Bardin (2011), foram:

- a) Pré-análise: transcrição na íntegra das entrevistas realizadas. Durante a transcrição, cada entrevistado foi identificado com um código atribuído aleatoriamente com o objetivo de preservar sua identidade. Cabe ressaltar que, pelo fato de os diretores gerais dos hospitais federais de Belo Horizonte não terem participado das entrevistas, a análise de conteúdo envolveu apenas os hospitais estaduais e o municipal, totalizando 12 entrevistas.
- b) Exploração e análise do material: leitura cuidadosa das transcrições das entrevistas e agrupamento de trechos de acordo com as categorias. Segundo

Bardin (2011, p. 120), “as categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento este efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos”. Com base no Modelo de Quinn, foram definidas as categorias de I a VIII.

Quadro 2 – Categorias e subcategorias definidas para a análise de conteúdo, com base no Modelo de Quinn

Categorias/Papéis	Subcategorias/Competências
I. Mentor	1. Compreensão de si e dos outros 2. Comunicação eficaz 3. Desenvolvimento dos empregados
II. Facilitador	4. Constituição de equipes 5. Uso de processo decisório participativo 6. Gerenciamento de conflitos
III. Monitor	7. Monitoramento do desempenho individual 8. Gerenciamento de desempenho e processos coletivos 9. Análise de informações com pensamento crítico
IV. Coordenador	10. Gerenciamento de projetos 11. Planejamento do trabalho 12. Gerenciamento multidisciplinar
V. Diretor	13. Planejamento e organização 14. Estabelecimento de metas e objetivos 15. Desenvolvimento e comunicação de uma visão
VI. Produtor	16. Produtividade do trabalho 17. Fomento de um ambiente de trabalho produtivo 18. Gerenciamento do tempo e do estresse
VII. Negociador	19. Constituição e manutenção de uma base de poder 20. Negociação de acordos e compromissos 21. Apresentação de ideias
VIII. Inovador	22. Convívio com a mudança 23. Pensamento criativo 24. Gerenciamento da mudança

Fonte: Elaborada pela autora com base em QUINN et al., 2003.

c) Inferência ou dedução e interpretação: apresentação da análise das categorias apresentadas anteriormente. Os trechos mais relevantes de cada subcategoria são apresentados nas discussões dos resultados.

Já na **abordagem quantitativa**, composta pela análise de 35 questionários, foi utilizada a Análise Exploratória de Dados (AED), que, conforme Triola (2011),

consiste no processo de uso das ferramentas estatísticas para investigar conjuntos de dados com o objetivo de compreender suas características importantes. A partir da AED, dá-se ênfase à exploração original com os objetivos de simplificar a descrição dos dados e obter uma visão mais profunda de sua natureza. Em síntese, a AED explora os dados em um nível preliminar através da análise de frequência e da análise descritiva.

Foram calculadas a média e o desvio-padrão das variáveis que faziam parte de cada uma das 24 competências e dos oito papéis analisados. A média ($\bar{x} = \frac{\sum(x_i)}{N_i}$) é a medida de centro resultante da adição dos valores e divisão do total pelo número de valores. O desvio-padrão ($s = \sqrt{\frac{\sum(x-\bar{x})^2}{n-1}}$) é uma medida de variação dos valores em torno da média, significando que quanto maior o valor, maior a dispersão das respostas (TRIOLA, 2011). Para este procedimento, foi utilizado o *software* SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 13.5.

5. RESULTADOS

5.1. Considerações iniciais

A noção de competência utilizada neste trabalho considera que a competência está atrelada às ações do contexto profissional. Por isso, esta pesquisa buscou informações sobre a natureza do trabalho para identificar as competências necessárias ao diretor do hospital público. De acordo com Ruas (2001), a competência se dá por meio da integração entre as pessoas e seus saberes, suas capacidades e as demandas da organização na qual ele está inserido.

Observou-se que, em 2009, todos os diretores dos hospitais estaduais passaram por um curso de capacitação voltado para a área de gestão pública e gestão hospitalar. Ao contrário do que foi observado por Ésther (2010), Campos (2007) e Acúrcio (2005), quando relataram que os gestores não utilizavam meios de capacitação para adquirirem conhecimentos na área de gestão, tem-se então uma inovação na administração hospitalar pública com a inserção de cursos formais de capacitação oferecidos pelo próprio Estado. A capacitação dos diretores hospitalares é parte do programa de profissionalização da gestão pública implantado pelo governo estadual de Minas Gerais:

Até então a minha formação na área de gestão era mais prática, mas em 2009 a FHEMIG custeou uma formação no formato MBA na Fundação Getúlio Vargas para vários diretores e gerentes nessa área de gestão de saúde. Além disso, o estado também fez alguns cursos, como por exemplo, um com a Fundação João Cabral que é um curso de formação de gestores públicos. A FHEMIG tem feito vários cursos na área de

gestão, curso de gerenciamento de projetos, com uma carga menor do que o curso de especialização. Até 2009 eu nunca tinha feito um curso formal para a área de gestão, pelo menos com a carga horária maior (E9).

No trecho a seguir, observa-se que é uma exigência da rede estadual de saúde que o funcionário passe por um processo seletivo para ser considerado apto a ocupar as grandes gerências:

Existe na SES uma certificação profissional, então hoje para assumir determinados cargos a gente tem que está certificado. Tem que passar por um processo seletivo que é teórico, prático, entrevistas extremamente demoradas, várias situações práticas que eles colocam para a gente para saber como a gente se portaria diante de determinadas situações. Então eu fiz essa certificação ocupacional na FHEMIG em 2009. Inclusive essa certificação visa também o preenchimento dos cargos de superintendente regional de saúde (E9).

Para os entrevistados, os cursos de capacitação auxiliaram no desenvolvimento das atividades e contribuíram para uma gestão mais profissional:

Tive que aprender muito porque a questão administrativa, o tino seu para a administração é uma questão natural, mas você acaba tendo que aprender muita coisa. Nisso a pós me ajudou muito (E4).

No meu caso o MBA que fiz em gestão de saúde me ajudou muito, porque eu vi que, por um lado eu não estava tão fora do que era gerenciar um serviço e, por outro lado, me deu ideias do que eu posso melhorar em relação ao serviço. Logicamente tive que estudar um pouco também (E5).

Ai durante esse período também acabei fazendo curso de administração hospitalar, fiz uma pós-graduação, e fiz um MBA em serviço de saúde também para me preparar (E8).

Fiz 2 cursos e uma pós-graduação MBA para poder está aprimorando os meus conhecimentos (E11).

Além dos diretores terem relatado a importância dos cursos de capacitação gerencial, eles foram enfáticos ao afirmar que o conhecimento da estrutura da instituição, a prática gerencial e o conhecimento repassado pela equipe de trabalho são essenciais para o bom desempenho da função, conforme observado nos trechos a seguir. Nesse sentido, Ruas (2001) considera que a experiência e o conhecimento da área de atuação são recursos que devem compor o elenco de competências de um profissional. Motta (1995) corrobora afirmando que o aprendizado sobre gerência não deve se basear apenas em conhecimentos sistematizados pela teoria, mas sim incorporar os ensinamentos produzidos pela experiência, tanto interna quanto externamente ao ambiente de trabalho:

É essencial o conhecimento da instituição e o conhecimento do sistema de saúde do país (E9).

A gente aprende fazendo, mas eu acho que eu tive uma formação, eu fui coordenadora do bloco cirúrgico, depois eu passei a coordenação de outro setor, então eu sempre estive ligada a gestão (E3).

Eu acho que quando a equipe de técnicos e funcionários me escolheu para gerenciar, eles também se dispuseram a esclarecer aqueles processos que eu não conhecia. Eu tive esse apoio fundamental das pessoas que já conheciam todos os processos administrativos. E da minha parte houve o esforço de aprender a gerenciar de uma forma mais democrática (E5).

Analisado o grupo de diretores entrevistado, é possível identificar que uma parcela expressiva (67%) é composta por médicos. O cargo de diretor hospitalar é ocupado também por terapeutas ocupacionais (17%), assistentes sociais (8%) e enfermeiros (8%), sendo 42% do sexo masculino e 58% do sexo feminino. Considerando o tempo de serviço no hospital, tem-se uma elevada média, 25,5 anos, que evidencia a experiência profissional e a construção de uma carreira na instituição. Em relação ao tempo em que ocupa o cargo atual, a média foi de 4,5 anos.

A seguir, tem-se a análise das competências propostas segundo o modelo de Quinn na percepção dos 12 diretores hospitalares entrevistados.

5.2. Competências gerenciais dos diretores hospitalares na percepção dos próprios diretores, com base nas competências definidas pelo Modelo de Quinn

A Tabela 2 apresenta o resultado da análise de conteúdo por hospital, de acordo com as categorias e subcategorias. Cabe ressaltar que as informações se referem apenas aos hospitais estaduais e ao municipal, totalizando 12 entrevistados, visto que os diretores dos hospitais federais não participaram das entrevistas, embora um deles tenha respondido ao questionário, totalizando 13 diretores.

A Tabela 3 apresenta o quantitativo de diretores que ressaltaram cada subcategoria analisada. São apresentados os valores absolutos e os valores relativos. Para cada subcategoria, poderiam ser feitas no máximo 12 menções, considerando 12 respondentes.

Tabela 2 – Resultado da análise de conteúdo, de acordo com as categorias e subcategorias, na percepção dos diretores

Categorias/Papéis	Subcategorias/Competências	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	Total	
														Subcategorias	Categorias
Mentor	1. Compreensão de si e dos outros		X											1	16
	2. Comunicação eficaz	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	10	
	3. Desenvolvimento dos empregados	X	X	X	X								X	5	
Facilitador	4. Constituição de equipes	X	X	X		X	X		X			X	X	8	22
	5. Uso de processo decisório participativo			X		X			X	X		X	X	6	
	6. Gerenciamento de conflitos		X	X		X		X	X	X		X	X	8	
Monitor	7. Monitoramento do desempenho individual		X											1	8
	8. Gerenciamento de desempenho e processos coletivos	X	X	X	X		X		X	X				7	
	9. Análise de informações com pensamento crítico													0	
Coordenador	10. Gerenciamento de projetos	X	X	X				X	X					5	15
	11. Planejamento do trabalho		X	X										2	
	12. Gerenciamento multidisciplinar		X		X		X	X	X		X	X	X	8	
Diretor	13. Desenvolvimento e comunicação de uma visão		X					X						2	23
	14. Estabelecimento de metas e objetivos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12	
	15. Planejamento e organização	X	X	X	X	X	X	X		X	X			9	
Produtor	16. Produtividade do trabalho		X	X	X	X	X		X	X				7	13
	17. Fomento de um ambiente de trabalho produtivo		X			X	X		X	X				5	
	18. Gerenciamento do tempo e do estresse		X											1	
Negociador	19. Constituição e manutenção de uma base de poder				X		X			X	X			4	7
	20. Negociação de acordos e compromissos						X		X	X				3	
	21. Apresentação de idéias													0	
Inovador	22. Convívio com a mudança	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	11	13
	23. Pensamento criativo													0	
	24. Gerenciamento da mudança		X					X						2	

Fonte: Resultados da pesquisa, 2012.

Tabela 3 – Subcategorias/competências necessárias aos diretores na percepção dos próprios diretores

Categorias/Papéis	Subcategorias/Competências	N	%
I. Mentor	1. Compreensão de si e dos outros	1	8,33%
	2. Comunicação eficaz	10	83,33%
	3. Desenvolvimento dos empregados	5	41,66%
II. Facilitador	4. Constituição de equipes	8	66,66%
	5. Uso de processo decisório participativo	6	50,00%
	6. Gerenciamento de conflitos	8	66,66%
III. Monitor	7. Monitoramento do desempenho individual	1	8,33%
	8. Gerenciamento de desempenho e processos coletivos	7	58,33%
	9. Análise de informações com pensamento crítico	0	0%
IV. Coordenador	10. Gerenciamento de projetos	5	41,66%
	11. Planejamento do trabalho	2	16,66%
	12. Gerenciamento multidisciplinar	8	66,66%
V. Diretor	13. Desenvolvimento e comunicação de uma visão	2	16,66%
	14. Estabelecimento de metas e objetivos	12	100%
	15. Planejamento e organização	9	75,00%
VI. Produtor	16. Produtividade do trabalho	7	58,33%
	17. Fomento de um ambiente de trabalho produtivo	5	41,66%
	18. Gerenciamento do tempo e do estresse	1	8,33%
VII. Negociador	19. Constituição e manutenção de uma base de poder	4	33,33%
	20. Negociação de acordos e compromissos	3	25,00%
	21. Apresentação de ideias	0	0%
VIII. Inovador	22. Convívio com a mudança	11	91,66%
	23. Pensamento criativo	0	0%
	24. Gerenciamento da mudança	2	16,66%

Fonte: Resultados da pesquisa, 2012.

A Tabela 4, de forma semelhante à anterior, apresenta os resultados de cada subcategoria, agrupados de acordo com as respectivas categorias. Cada categoria deveria ter no máximo 36 menções, uma vez que cada subcategoria poderia ser assinalada por 12 sujeitos de pesquisa. A discussão dos dados apresentados nas Tabelas 2, 3 e 4 dar-se-á a seguir.

Tabela 4 – Análise de conteúdo das categorias/papéis dos diretores na percepção dos próprios diretores

Categorias/Papéis	N	%	Classificação
I. Mentor	16	44,44%	3 °
II. Facilitador	22	61,11%	2 °
III. Monitor	8	22,22%	7 °
IV. Coordenador	15	41,67%	4 °
V. Diretor	23	63,89%	1 °
VI. Produtor	13	36,11%	5 °
VII. Negociador	7	19,44%	8 °
VIII. Inovador	13	36,11%	6 °

Fonte: Resultados da pesquisa, 2012.

I. Mentor

O papel de mentor, também conhecido como papel do interesse humano, teve um índice de relatos de 44%, sendo o terceiro mais ressaltado pelos diretores. Destacou-se nesse papel a relevância atrelada à comunicação eficaz, ressaltada por 83% dos entrevistados. A importância desse papel consiste na dedicação cuidadosa do aprimoramento das competências e do desenvolvimento dos empregados, necessários especialmente no setor público.

5.2.1. Compreensão de si próprio e dos outros

O modelo das relações humanas realça os fatores da abordagem da compreensão da personalidade e indica que o entendimento da personalidade das pessoas é importante no campo das relações organizacionais. No entanto, a compreensão de si próprio e dos outros foi ressaltada por apenas um dos entrevistados:

Então é importante a capacidade de entender as qualidades, as fraquezas das pessoas, especialmente no serviço público. Talvez seja a maior arte dos servidores é perceber aquilo que eles podem dar de bom. Todo mundo tem coisas boas e coisas ruins (E2).

Na fala do E2 fica evidente o reconhecimento da importância do entendimento de si e dos outros. Cotton (1994) corrobora afirmando que é importante o entendimento do impacto dos traços pessoais sobre o comportamento das pessoas, e a compreensão das suas próprias reações às pessoas e das reações de umas às outras propicia o aumento da eficiência do gestor.

O entrevistado ressalta ainda a importância dessa competência no âmbito da gestão pública. O gestor precisa aumentar continuamente a sua capacidade de autocompreensão para compreender também o comportamento dos outros.

Devido à significância desta competência, a falta do seu reconhecimento pelos outros diretores pode ocasionar desgastes nas relações organizacionais. Cabe ressaltar que o fato da competência compreensão de si e dos outros ter sido pouco ressaltada pelos diretores não indica que eles não a possuam. É um resultado que precisa ser mais bem avaliado e estudado diante das demais competências.

5.2.2. Comunicação eficaz

Reconhecida como necessária para 10 dos 12 diretores entrevistados, a comunicação eficaz refere-se à troca de informações, ideias e significados. A sua prática envolve a compreensão das pessoas e da situação, por isso não é fácil ser um bom comunicador:

A comunicação eficaz e a motivação do funcionário traz essa reestruturação no sentido de se inserir adequadamente dentro do novo projeto (E1).

A clareza na comunicação é fundamental em qualquer organização. É muito mais fácil trabalhar quando você deixa tudo claro (E3).

Então a gente tem que superar todas as dificuldades de comunicação, que é um dos principais problemas hoje, para a gente conseguir fazer a coisa funcionar (E9).

Além de ressaltarem pontos como a necessidade e o benefício de uma boa comunicação, os diretores relataram que as dificuldades na comunicação causam problemas na gestão hospitalar. Quinn et al. (2003) enfatizam que não é fácil ser um bom comunicador e que o desenvolvimento de algumas habilidades, como rever a

mensagem em seu íntimo antes de se expressar, colabora para o desenvolvimento de uma comunicação mais eficaz. Neste sentido, Zey (1990) afirma que saber quando e como se comunicar requer uma complexa compreensão das pessoas e da situação.

5.2.3. Desenvolvimento dos empregados

Cinco dos entrevistados perceberam o desenvolvimento dos empregados como uma competência necessária e descreveram como se dá o processo, evidenciando principalmente a delegação e a proposta de projetos desafiadores que os levem a ir além de seu nível atual de produtividade. O *feedback*, que é a segunda abordagem do desenvolvimento dos empregados, não foi relatado pelos entrevistados:

Eu gosto de delegar [...] Eu gosto que as pessoas tenham que procurar uma coisa melhor (E4).

Exigência acima da qualificação, exigindo uma constante motivação dos funcionários para estarem se adequando às novas exigências as quais ele já foi informado (E1).

Klein (2000) faz importante colocação a respeito da delegação eficaz, afirmando que o gerente deve fazer mais do que simplesmente dizer ao funcionário o que deve ser feito. Ele deve compartilhar com estes a razão de ser da tarefa, o porquê de ela ser realizada.

O desenvolvimento dos empregados torna-se especialmente importante e complicado no setor público devido ao histórico problema de acomodação e falta de comprometimento de grande parte dos funcionários. Nesse sentido, a delegação eficaz e um correto *feedback* podem contribuir para o aprimoramento das habilidades do indivíduo e uma melhora no desempenho de seu trabalho (QUINN et al., 2003).

II. Facilitador

O papel de facilitador teve um índice de relatos durante as entrevistas de 61%, sendo o segundo papel o mais apontado pelos diretores, considerado relevante em todos os seus desdobramentos. A sua importância se dá pela busca da coesão, alimentando um ambiente de trabalho em equipe na organização hospitalar.

5.2.4. Constituição de equipes

As equipes de trabalho são cruciais para a organização. O gestor deve ser capaz de unir o grupo em torno de um objetivo comum, incentivar o uso das capacidades individuais para atingir as metas coletivas e sustentar o clima de confiança da equipe. Oito dos doze entrevistados reconheceram como necessária a constituição de equipes e foram enfáticos ao afirmarem a importância do trabalho em equipe. Eles relataram também a importância da divisão das tarefas, da comunicação, da confiança, do respeito e disponibilidade em ajudar os outros.

É importante trabalhar em equipe (E12).

Eu acho que tem que conseguir trabalhar em equipe. Então tem que trabalhar mais com as pessoas, dividir mais as tarefas, conseguir conversar mais, dialogar mais, chegar a um comum acordo, isso é a capacidade de trabalhar em equipe (E8).

Eu acho que confiança, em qualquer relacionamento é imprescindível para o conhecimento do ser humano. O sucesso das equipes depende muito dessas pessoas que estão aqui e demonstrar isso é uma coisa muito importante. Eu evito muito falar eu, procuro sempre falar nós, a equipe. A gente tem que ser feliz por ser membro de uma equipe (E2).

Um grande problema é a questão do envolvimento. Eu costumo brincar que no serviço público é meia dúzia que carrega o caixão e o resto acompanha o enterro. Sempre é apenas uma minoria que veste a camisa e quer levar a coisa para frente. O envolvimento no serviço público é diferente. [...] Você tem que fazer com que trabalhem juntos (E4).

A constituição de equipes, especialmente se tratando do setor público, que é reconhecido pela sociedade como moroso e ineficiente, pode apresentar avanço no modo de trabalho e ser um caminho em busca da motivação e do comprometimento dos funcionários. Nesse sentido, Katzenbach e Smith (1993) afirmam que o comprometimento do grupo com um propósito comum funciona como “cola” responsável pela aderência entre os componentes das equipes, assim é a motivação que faz com que as pessoas desejem contribuir com o máximo de sua capacidade.

5.2.5. Uso de um processo decisório participativo

Apesar de a tomada de decisão participativa trazer benefícios para a organização, apenas metade dos entrevistados ressaltaram que adotam este procedimento no dia a dia do hospital. O uso do processo decisório participativo

parte do envolvimento dos funcionários nas decisões organizacionais que afetam as atividades por eles desenvolvidas:

É importante saber partilhar as decisões (E12).

A gente procura ter uma gestão colegiada, de apoio à instituição (E9).

O envolvimento do funcionário na tomada de decisão desenvolve senso maior de compromisso com a organização, colabora para o aumento da produtividade e qualidade dos serviços prestados. A descentralização de governança é uma característica da reforma gerencial da administração pública, pautada no modelo gerencial (REZENDE, 2008). Bresser-Perreira (2004) acrescenta que a descentralização administrativa, através da delegação de autoridade aos administradores públicos, é um avanço da administração pública gerencial.

Os entrevistados afirmaram que realizam reuniões com os funcionários para definir a forma de atendimento considerada mais adequada. Compartilhar informações, envolvendo os funcionários nas decisões organizacionais relacionadas a eles, traz benefícios sociais e econômicos para a organização. Quanto mais informações são compartilhadas, maior será a capacidade de o funcionário tomar decisão que atendam aos interesses da organização como um todo (FISHMAN, 1999):

Aqui dentro temos autonomia para desenhar a forma de atendimento que consideramos mais adequada para o nosso usuário, isso não é desenhado por mim, mas por toda a equipe (E5).

A gente trabalha com um grupo gestor, então temos reuniões semanais, principalmente com a área assistencial porque demanda mais. Na área administrativa os procedimentos são mais estabilizados. Agora na área assistencial não, cada paciente que entra é uma situação diferente que você tem que procurar trabalhar (E8).

Observa-se que, na percepção dos entrevistados, a área assistencial é que precisa de mais decisões em conjunto que a área administrativa, dada a especificidade e a instabilidade do setor hospitalar público.

5.2.6. Gerenciamento de conflitos

De acordo com Quinn et al. (2003), a compreensão de como o conflito surge e evolui possibilita explorá-lo de forma positiva. Na percepção de um dos

entrevistados, o conflito se dá a partir de situações combinadas e não cumpridas. Nesse sentido, a estratégia de administração de conflitos utilizada por esse diretor baseia-se em deixar claro todos os fluxos e protocolos da organização, possibilitando assim a redução dos conflitos:

O que eu percebo é que os conflitos surgem dos combinados que não foram cumpridos. Então todos aqueles fluxos, os protocolos, tudo que não está claro para as pessoas. Então é aí que surgem os conflitos. [...] Este ano é um ano que em que estamos muito voltados para rever todos os nossos processos e definir aqueles que ainda não estão claramente definidos. Hoje as pessoas trabalham muito, já tem um desgaste evidente, então tudo que está claramente combinado, acordado, a possibilidade de ter conflitos é menor, muito menor (E3).

A necessidade de gerenciar os conflitos ficou bem explícita na colocação dos entrevistados. Nota-se, nos relatos, que as estratégias adotadas pelos diretores são orientadas para a solução do conflito, através da abordagem transigente, ou seja, quando ambas as partes se abdicam de alguma coisa para que haja o atendimento dos interesses próprios e dos interesses da outra parte (THOMAS, 1976):

Tem que saber lidar com conflitos. [...] Às vezes surgem conflitos entre eles e a gente tem que saber intermediar esses conflitos (E12).

Tem que ter muita perseverança, porque muita coisa está em conflito permanente [...] Eu tento sempre resolver os conflitos. É meio ridículo eu dizer isso, mas vou tentar lhe explicar melhor. Eu acho que os conflitos tem uma capacidade de resolução extraordinária. Você vai administrando e pontuando para as pessoas e talvez para você mesmo, a resposta chega naturalmente. [...] O grande lance é isso, se você for uma pessoa dinâmica, estiver sempre pensando, parece que não tem nada a ver uma coisa com a outra, mas eu acho que para solucionar conflitos é você não se acomodar (E2).

Outra estratégia para administração de conflitos foi o estabelecimento de uma relação de confiança e companheirismo, conforme o relato a seguir. Cabe ressaltar que todo método de administração de conflitos tem suas vantagens e desvantagens, que fazem com que sejam mais ou menos adequadas a cada situação:

Nosso contato tem que ser muito estreito com o conselho de saúde do hospital. Há uma história de conflitos entre esse conselho e a direção hospitalar. Por muitos anos o conselho de saúde foi do ponto de vista da gestão, muito mais um problema do que uma parceria. A gente procurou ter essa relação de confiança mesmo e companheirismo. Hoje a relação é muito boa, eles são parceiros mesmo (E9).

Os entrevistados reconhecem o conflito de relacionamento como o mais impactante. Outra questão relevante, também levantada pelos entrevistados, é o reconhecimento de que o conflito ocorre em todos os níveis da organização:

Os conflitos mais impactantes são os conflitos de relações. E aí nesse caso a solução é sentar todo mundo, conversar e tentar achar um ponto de equilíbrio (E11).

Capacidade de gerenciar conflitos, saber gerenciar os conflitos e entender que há conflitos em todas as áreas (E5).

Precisa ter jogo de cintura para negociar esta situação com o funcionário e mesmo com o gerente, porque há conflito entre uma área e outra (E8).

Os conflitos de relacionamento devem ser gerenciados com especial cuidado, visto que, segundo Simons e Peterson (2000), esse tipo de conflito tende a gerar resultados ruins. Já o conflito de tarefas tende a acarretar mudanças efetivas. O segredo da gestão de conflitos é reconhecer a diferença entre os dois.

III. Monitor

O papel de monitor obteve a sétima colocação, atingindo um índice de apenas 22%. Apresentou grande discrepância em relação à importância atribuída a cada competência, e o “gerenciamento de desempenho e processos coletivos” foi ressaltado por 58% dos entrevistados, enquanto a análise de informações com pensamento crítico não foi ressaltada por nenhum.

A pouca importância atribuída ao papel, bem como a discrepância entre as competências que o compõem, podem significar a falta de monitoramento do cumprimento de regras e das coisas que acontecem no seu setor, bem como o desleixo pela análise de informações.

5.2.7. Monitoramento do desempenho individual (administração da sobrecarga de informações)

O excesso de informações que os gerentes recebem é um dos grandes problemas enfrentados na atualidade. Há uma discrepância entre as informações compreendidas e aquelas julgadas necessário entender (WURMAN, 2001). No entanto, apenas 1 dos 12 diretores entrevistados ressaltou a importância de saber administrar a sobrecarga de informações:

Você não pode se prender a informações casuais (E2).

Os gerentes precisam administrar a lacuna entre as informações a que se tem acesso e as que são necessárias. As informações realmente relevantes necessitam de atenção e correto gerenciamento para que sejam úteis para a organização e sirvam de instrumento de gestão (QUINN et al., 2003).

5.2.8. Gerenciamento do desempenho e processos coletivos

O correto gerenciamento dos processos permite ao gerente identificar como estes influenciam o todo da organização. Sete dos 12 diretores entrevistados ressaltaram a importância de definir e conhecer bem os processos para que se exerça uma boa administração do hospital. Nesse sentido, Grove (1995) ressalta que um bom ponto de partida para o aperfeiçoamento é compreendê-lo bem. As atividades realizadas no dia a dia podem estar carregadas de ineficiência que nem sempre são notadas:

A administração do hospital requer conhecimento dos processos específicos da área de saúde e de cada setor do hospital (E1).

Os processos mais suscetíveis a falhas são aqueles mal combinados, mal divulgados, mal monitorados. Em uma organização que tem os objetivos e fluxos bem definidos e divulgados, a possibilidade de falhas é menor. [...] A gente vê que os setores em que os processos estão bem combinados ocorrem menos falhas e conflitos (E3).

Definimos cada setor em processos menores e para cada setor fechamos indicadores de avaliação desses processos (E6).

Mas se você não faz uma cobertura dos processos no sentido de estar em cima, estar cobrando, as pessoas esquecem muito fácil. As pessoas retornam ao estado anterior com muita facilidade. É uma coisa complexa e que você tem que estar em cima, batendo sempre na mesma tecla (E4).

Tem que aprender a criar indicadores que possam mostrar o desempenho da instituição e de determinados processos. Tem que aprender a trabalhar, a cobrar mesmo para conseguir fazer aquilo que é necessário. Então tem que dominar um pouco esse meio de resultados, indicadores, metas e acordos. Isso hoje em dia é fundamental para o setor público (E8).

Os entrevistados narraram também exemplos de como o gerenciamento dos processos permite ao gerente identificar os pontos de retenção que podem ser melhorados para, conseqüentemente, melhorar o grau de eficácia do processo e da instituição como um todo:

Há um tempo, o tempo de permanência do paciente estava muito elevado. Então fomos pesquisar as causas, o que leva a esta média de permanência tão alta, por exemplo, demora na realização de exames, demora no resultados de exames. [...] Então nós estudamos todas as etapas, todo o ciclo do paciente desde a chegada dele até a saída para a gente organizar esses prontuários e para a gente poder, inclusive, aumentar o faturamento. Através desses mecanismos, de percorrer toda essa questão do paciente, e toda a questão do faturamento, nós conseguimos mais do que quadruplicar nosso faturamento (E9).

Outro processo que era muito ruim no hospital é o tempo de espera de laboratório, que era uma queixa comum. Então com as reuniões do colegiado e reuniões internas, o problema foi sanado porque agora todos os resultados são jogados no computador e isso já melhorou (E6).

Grove (1995) reforça que os gerentes não podem negligenciar a necessidade de identificar os pontos de retenção dos processos e observar os indícios de que o processo não esteja centrado no ponto limitador. Os processos agregam valor ao serviço da organização e são extremamente vitais para a consecução dos resultados.

5.2.9. Análise de informações com pensamento crítico

A análise de informações com pensamento crítico não foi ressaltada por nenhum dos entrevistados. Dessa forma, não se pode afirmar sobre a forma como os diretores lidam com esse aspecto. Todavia, pode-se inferir a escassez de tempo, devido a constantes pressões e ao atendimento das exigências do Choque de Gestão. Cabe ressaltar que essa questão é referente à concepção dos diretores sobre as competências necessárias aos ocupantes do cargo, não indicando, porém, que os diretores não são capazes de analisar informações com pensamento crítico. O que se pode afirmar é que eles não relataram esta competência como necessária para a gestão hospitalar.

Independente da concepção dos diretores, é importante o entendimento da desta competência no âmbito gerencial. Nesse sentido, Quinn et al. (2003) afirmam que as linhas de raciocínio devem ser estruturadas com competência e os argumentos alheios devem ser respondidos com rapidez. A missão do pensador crítico é tomar a decisão mais sensata com as informações disponíveis.

IV. Coordenador

O papel de coordenador foi o quarto papel mais ressaltado pelos diretores, obtendo um índice de 58%. A consistência da relevância atribuída às três

competências que integram este papel demonstra sua importância no desempenho das atribuições do diretor hospitalar.

5.2.10. Gerenciamento de projetos

Cinco dos 12 entrevistados relataram os principais projetos desenvolvidos por eles. Observa-se, nos relatos, a preocupação dos diretores com a capacitação dos funcionários, para que eles sejam capazes de executar os projetos, além da preocupação com a adequação da estrutura física:

O projeto principal hoje é o espaço terapêutico coletivo (E1).

Nós estabelecemos alguns projetos. Nós dividimos os projetos em quatro frentes definidas de forma muito claras (E2).

O maior projeto é o plano diretor que a gente está realmente trabalhando porque ele vai proporcionar uma melhoria muito grande. Então nós estamos precisando melhorar realmente a nossa forma de trabalhar, a estrutura física, os nossos equipamentos, e equipes (E3).

[...] agora o projeto principal é esse. Para isso nós vamos precisar de uma capacitação e os funcionários também vão ter que procurar melhorar sua capacitação além daqui, ou seja, procurar outros cursos também fora (E7).

A gente tenta melhorar a condição física, melhorando também a humanização do atendimento, para que a gente tenha uma melhoria mais rápida para o paciente poder voltar para a família e poder continuar o tratamento a nível ambulatorial. Esses dois projetos são os principais, o da área física e o de desenvolver atividades de humanização (E8).

Observa-se que, com o planejamento e o monitoramento das ações, o gerenciamento dos projetos em si não foi ressaltado por nenhum entrevistado. Peters (1999) afirma que as ferramentas de planejamento e monitoramento de projetos são essenciais para o sucesso do trabalho. No entanto, é nítida a preocupação de todos os diretores com o cumprimento das metas e objetivos da instituição e conseqüentemente dos projetos conforme pode ser observado ao longo desse trabalho. Nesse sentido, Quinn et al. (2003) ressaltam que o gerenciamento de projetos busca atingir o objetivo final, fazendo uso mais eficiente dos recursos disponíveis.

5.2.11. Planejamento do trabalho

Dois dos 12 entrevistados relatam a questão do planejamento do trabalho focada no cargo individual. No relato a seguir nota-se a preocupação do diretor em realocar os funcionários de forma que eles se identifiquem e desenvolvam bem a nova função. Hackman e Oldham (1975) afirmam que o funcionário percebe o valor do trabalho na medida em que ele se identifica com a tarefa que desempenha e tem consciência da importância do trabalho de cada um para a organização:

Eu punha o funcionário em um serviço menos importante até achar uma função para ele. Daí de repente aparecia uma função que caía igual uma luva, então eu pensava assim: Nossa! Isso é a cara dessa pessoa! E eu acho que quase todos esses funcionários desempenharam extremamente bem a nova função (E2).

Então nós estamos trabalhando com muito afinco porque a gente acredita que isso vai nos trazer excelentes resultados, não apenas para o hospital, mas também para a FHEMIG, o estado e principalmente toda a população. O que a gente quer é melhorar nossa organização, que gente já percebeu que precisa de um trabalho muito minucioso (E3).

Observa-se também o reconhecimento da importância do trabalho individual para a consecução dos objetivos da instituição. Na concepção de Hackman e Oldham (1975), trata-se da percepção de um estado psicológico que parte do conhecimento dos resultados concretos do trabalho e significa até que ponto o funcionário tem consciência do efeito de seu trabalho sobre os resultados finais da organização.

5.2.12. Gerenciamento multidisciplinar

A maioria dos entrevistados, 8 entre os 12, levantou a questão do gerenciamento multidisciplinar, que tem por objetivo gerenciar e integrar o trabalho através da coordenação dos grupos de trabalho de cada área. Foram ressaltados pontos como a importância da visão sistêmica e da complementaridade das funções:

A outra competência, eu acho que é a visão sistêmica. O contexto exige uma visão maior de itens de saúde e você consegue caminhar na proposta da administração (E6).

Eu tive que chamar outras pessoas para trabalhar comigo. Tem coisas que o gerente fala e eu nem discuto, porque ele é extremamente profissional. É impossível você administrar uma instituição pensando que sabe de tudo. Isso não existe. As áreas são fundamentalmente diferentes e complementares (E2).

Quando você pega a chefia de um hospital inteiro você tem que saber juntar todos os pedaços que o compõe, e entender qual a forma de trabalho (E7).

Acho que conseguir fazer uma conciliação entre os diversos atores [...] Então é importante que um complete o outro e não um dispute a ação do outro. [...] A gente quer chegar a um objetivo comum e um depende do outro (E12).

Outros entrevistados levantaram questões relacionadas à integração dos setores e incentivo do trabalho em equipes, conforme observado a seguir. Nesse sentido, Mohrman (1993) afirma que, em organizações onde há cargos e unidades de trabalhos muito específicos e distinção de *status*, como no caso dos hospitais, é essencial a integração, ou seja, a coordenação do trabalho de várias unidades:

Você tem que fazer com que trabalhem juntos e que a empresa funcione por engrenagem. É preciso ter capacidade de trabalhar com classes diferentes, médico, enfermagem, farmácia, limpeza, então você tem que ter uma música para cada um (E4).

[...] Então a gente consegue discutir isso dentro da equipe que envolve mais de uma área, envolve transporte, envolve internação, envolve farmácia. Então a gente tem que negociar (E8).

Você tem o setor assistencial e o setor administrativo, o setor de atividade meio e um setor de atividade fim. Você tem que saber dar o foco certo no momento certo (E10).

O gerenciamento multifuncional exige isso da organização, ou seja, que ela realize simultaneamente a adoção de focos múltiplos sem segmentar a organização e o alinhamento dos indivíduos com atribuições interdependentes, de forma a incentivar o trabalho em equipe na busca de objetivos gerais compartilhados (QUINN et al., 2003).

V. Diretor

O papel de diretor foi o papel mais ressaltado dentre os papéis propostos pelo Modelo de Quinn. O foco no estabelecimento de metas e objetivos e o planejamento e organização são os responsáveis por este destaque. Conforme especificado nas competências a seguir, este resultado reflete a adoção de um novo modelo de gestão pela administração pública, pautado pela busca da eficiência a partir da definição de metas e objetivos.

5.2.13. Planejamento e organização

Dentre os 12 entrevistados, nove ressaltaram a questão do planejamento e da organização. Observa-se que alguns diretores afirmaram considerar o ambiente interno para definir as estratégias e ações, já outros afirmaram analisar também o meio no qual a instituição está inserida.

Na rede estadual, assim como foi relatado na definição dos objetivos e metas, parte do planejamento é definido em conjunto com a administração central. A FHEMIG repassa aos hospitais algumas diretrizes que auxiliam no desenvolvimento das atividades. No entanto, a definição de grande parte das estratégias fica a cargo da administração de cada hospital. Esta forma de definição do planejamento adotada pela FHEMIG permite que o gerente decida como alocar e coordenar os recursos a fim de alcançar as metas, uma vez que já foi definido o planejamento no âmbito da organização (QUINN et al., 2003):

A gente tem que realmente tentar traçar as nossas atividades dentro da realidade do hospital (E4).

A administração central dá algumas diretrizes de qual forma você deve fazer as coisas. Não são tão claras essas diretrizes porque você é quem deve buscar as estratégias. Então temos todas essas diretrizes para alcançar o nosso resultado que é em última instância prestar uma assistência de qualidade ao nosso usuário (E6).

Então você tem que saber o que o município quer que você faça. Então hoje nós vamos atender o que? (E7).

A instituição é voltada para o paciente, que é a razão de ser do hospital. Nós vivemos em função do paciente, e todo plano de ação tem que ser feito com base no paciente. [...] Então nós temos um norte de tudo que vamos fazer. Tudo é canalizado e cobrado da gente, não só apenas do diretor (E10).

O planejamento do hospital está ligado ao planejamento do estado como um todo, na área de saúde mais específica. [...] Além disso, não podemos deixar de lado a noção de hierarquia e autoridade (E1).

Saber dividir o trabalho, compartilhar o trabalho. Você tem que saber respeitar a hierarquia que há dentro da instituição, não passar nunca das chefias imediatas, ponderar essas chefias com os seus subordinados (E5).

Então a gente está tentando definir o papel de cada um, o combinado de cada um, o que a diretoria espera deles, o que eles esperam da diretoria (E3).

No que tange à organização, percebeu-se a preocupação dos diretores em esclarecer a escala de subordinação e a definição das tarefas. Quinn et al. (2003)

definem esses dois comportamentos como algumas das funções cruciais do âmbito da organização.

5.2.14. Estabelecimento de metas e objetivos

O estabelecimento de metas e objetivos foi o ponto mais ressaltado pelos entrevistados. Todos eles fizeram pontuações sobre a definição de metas e objetivos, o cumprimento das metas e o foco em resultados:

Então nós trabalhamos com metas físicas e metas de assistência, nós temos que trabalhar com taxa de ocupação, taxa de permanência, taxa de mortalidade, taxa de infecção hospitalar. Todos esses resultados são necessários. [...] A gente tem metas a cumprir. Eu sou avaliado tanto pelo meu chefe quanto pelos meus colaboradores (E10).

Então fizemos uma meta para saber onde a gente queria chegar (E7).

Hoje em dia precisa saber também trabalhar com essa questão de resultados, acompanhamento e bater metas. [...] A gente tem um acordo de resultados que a gente discute com a FHEMIG e esse acordo de resultados tem alguns indicadores (E8).

Eu acho que nós temos que apresentar resultados, a questão de focar nos resultados, porque hoje nós trabalhamos com acordos internos de resultado, então a gente tem contratos com a FHEMIG, com a qual nós pactuamos objetivos e metas. E temos também um acordo externo de resultados que é pactuado com o governo de Minas (E9).

São as exigências da nova administração pública centrada em resultados, em metas e indicadores. A administração geral deixa os objetivos claros, até mesmo para que possamos cumprir essas exigências. [...] Acho fundamental o entendimento da administração por resultados (E1).

No que tange aos hospitais estaduais, os objetivos e as metas são pactuados com a administração central. Quinn et al. (2003) consideram ideal esta forma de definição de metas e objetivos, visto que os objetivos mais amplos, no caso os da FHEMIG, se desdobram em metas parciais para o âmbito das várias divisões:

E eu cobro essa mesma prestação de contas com os meus gestores aqui do hospital. Todo mês temos indicadores que eles devem preencher, temos os resultados macro e micro e as justificativas pelo não cumprimento de metas e verificamos se é viável se a justificativa está sendo bem embasada. Cobro a transparência dos meus gestores (E6).

Os diretores prestam contas regularmente à FHEMIG e, caso não cumpram alguma meta, é necessário justificar, e a justificativa é avaliada pela diretoria da FHEMIG. Há grande cobrança por parte da administração central para que os

hospitais tenham metas e objetivos claros e, principalmente, para que eles alcancem o que foi estabelecido. Latham e Wexley (1994) consideram positiva a estipulação de objetivos e metas e a cobrança de que eles sejam cumpridos. Para os autores, as equipes que são cobradas apresentam produtividade superior à daquelas que não possuem metas e objetivos definidos.

5.2.15. Desenvolvimento e comunicação de uma visão

Apenas dois diretores relataram questões relacionadas à visão da instituição. Observa-se nas colocações que há uma associação da visão com a missão:

Modificamos a questão da missão e da visão, a gente fez um levantamento do que a gente podia oferecer. [...] Ser uma referência estadual [...]. É essa a nossa missão. Então vamos deixar os casos simples de assistência básica e nós vamos atender os estágios secundários e terciários (E7).

[...] definir a visão e o papel que aquela instituição determina dentro da sociedade, e dos pares dela (E2).

O desenvolvimento e a comunicação de uma visão é o passo que antecede à formulação de planos organizacionais, metas e objetivos específicos, com vistas à consecução da referida visão (QUINN et al., 2003). Os resultados da pesquisa mostram que não há este ciclo dentro das instituições estudadas. Sendo assim, é questionável a legitimidade dos planos organizacionais, metas e objetivos. Possivelmente, eles não refletem a razão de ser das instituições. Talvez seja este um dos grandes gargalos dos problemas de eficiência, eficácia e efetividade dos hospitais públicos.

VI. Produtor

O papel de produtor obteve um índice de relatos de 36% dos entrevistados, ocupando a quinta colocação. Dentro deste papel destaca-se a pequena importância atribuída ao gerenciamento do tempo e do estresse. Cabe ressaltar que, apesar da pouca importância atribuída, o papel de produtor, bem como as competências que o compõem, é essencial para o desenvolvimento de uma instituição hospitalar pública, principalmente por envolver a busca pela produtividade no trabalho, que é um problema no contexto atual da administração pública.

5.2.16. Produtividade no trabalho

A produtividade no trabalho foi ressaltada por sete entrevistados. Observando os relatos, nota-se que existe uma cobrança pelo engajamento dos funcionários. Latham e Wexley (1994) são favoráveis à cobrança como forma de aumentar a produtividade do funcionário:

Temos avaliação das pessoas, porque a meta é clara, definida e compactuada. Tudo isso é colocado ao funcionário quando ele chega ao hospital, ele não é livre para fazer o que quer, ele tem que prestar contas (E6).

Temos uma reunião semanal da equipe e 2 encontros presenciais com todos os funcionários, onde se faz uma prestação de contas e chamamos funcionários a trabalhar em indicadores que estamos compactuando (E5).

A gente tem realmente um aspecto que é a cobrança, não tem como deixar de cobrar, mas a gente procura também trabalhar com muita parceria com as pessoas (E9).

É tanta coisa que buscamos: interesse, formação, disponibilidade, envolvimento, participação (E3).

Há situações que dependem muito do seu empenho pessoal. Acho que é o reconhecimento das habilidades e franquezas para saber que em determinada área você tem que ter uma pessoa mais forte para suprir aquilo que você tem. Nós alcançamos a meta, alcançando a meta nós estamos super felizes (E2).

A cobrança pela produtividade tem por base a pactuação das metas. Nesse sentido, Csikszentmihalyi (1990) afirma que a produtividade ideal pode ser obtida a partir de quatro práticas: definição de metas, engajamento total e imersão na atividade, hipersensibilidade e consciência da atividade, e capacidade de desfrutar da experiência imediata em tempo real. Pode-se inferir, a partir dos resultados, que os diretores dos hospitais pesquisados utilizam as duas primeiras práticas de produtividade ideal citadas por Csikszentmihalyi (1990).

5.2.17. Fomento de um ambiente de trabalho produtivo

Há dois aspectos principais do fomento do ambiente de trabalho produtivo: um relacionado aos sistemas de recompensa e outro voltado à forma de aplicar a teoria da motivação à compreensão das necessidades dos membros das organizações (QUINN et al., 2003). O sistema de recompensas, que tem como base a natureza do contrato psicológico entre empregadores e empregados, foi evidenciado pelos

entrevistados, principalmente no que tange à remuneração adicional condicional ao cumprimento de metas e objetivos. Cinco entrevistados fizeram inferências sobre o fomento de um ambiente de trabalho produtivo:

A gente tem o acordo de resultados que é avaliado a cada três meses e o resultado desse acordo influencia em uma gratificação que a gente recebe todo mês, quer dizer, se eu trabalhar junto com a minha equipe, pra gente atingir esses objetivos, a gente vai ter uma gratificação melhor, se a gente avacalhar com a equipe e não atingir os objetivos a gente vai ter uma remuneração menor (E8).

É interessante porque uma parte variável da remuneração do servidor depende dos resultados alcançados. Para mim é uma avanço dentro da gestão pública, porque aquele tipo de tratamento anterior onde se a pessoa produzisse ou não com qualidade ela tinha a mesma remuneração, isso favorece a estagnação. Então eu acho que é inteligente e estimulante essa questão de remuneração baseada em contratos (E9).

Parte da remuneração dos diretores depende do cumprimento das metas. Assim, isso se torna um fator de motivação adicional para que as metas e os objetivos pactuados entre os hospitais, a administração central da FHEMIG e a Secretaria Estadual de Saúde sejam alcançados. Essa remuneração adicional faz parte do modelo da nova gestão pública implantado pelo estado de Minas, segundo o qual os funcionários recebem uma gratificação baseada no desempenho.

O segundo aspecto do fomento do ambiente de trabalho produtivo, relacionado à teoria da motivação, pode ser percebido no relato dos entrevistados:

Tem que saber lidar com as pessoas nos seus momentos mais difíceis, tem que saber tirar delas o que elas têm de melhor. A melhor maneira de fazer isso é fazer que elas sejam proativas com os objetivos da sua instituição, que elas gostem daquilo que fazem. Não existe outra forma de motivar as pessoas que não seja fazer com que elas se sintam felizes. Reconhecimento, humor, energia boa, acesso, eu acho que é isso (E2).

Nota-se a busca pela motivação através da compreensão das necessidades dos funcionários e também da compreensão e alavancagem dos fatores motivacionais intrínsecos. Esses dois fatores são considerados por Quinn et al. (2003) como parte do processo de fomento da produtividade no ambiente de trabalho.

5.2.18. Gerenciamento do tempo e do estresse

O gerenciamento do tempo e do estresse é importante para os gestores porque os auxiliam a fazer uso eficiente do tempo e a se portarem melhor diante de situações

de estresse. Dado o ambiente dinâmico e acelerado em que as organizações estão inseridas, essas questões tomam importância ainda maior. No entanto apenas um dos entrevistados ressaltou a questão do gerenciamento do estresse, especialmente no que diz respeito ao gerenciamento de situações de pressão:

Então eu diria que ter determinação e capacidade de resistir à pressão também são completamente imprescindíveis a qualquer gestor (E2).

Quinn et al. (2003) corrobora a opinião do diretor entrevistado e afirma que duas pessoas podem experimentar da mesma situação de pressão e ter reações diferentes. É a capacidade de gerenciar o estresse que determina se a pessoa vai perder o controle ou se portar com serenidade diante da pressão vivenciada, reforçando assim a importância do gerenciamento do tempo e do estresse.

O gerenciamento do tempo especificamente não foi ressaltado por nenhum entrevistado. No entanto, é indiscutível a importância dessa ferramenta visto que os diretores possuem múltiplas atribuições e são rodeados por monitoramento de atividades e compromisso, favorecendo assim ao desenvolvimento de situações de estresse. O gerenciamento do tempo parte do princípio de que os objetivos estabelecidos devem determinar como o tempo é usado, e não o contrário (QUINN et al., 2003).

VII. Negociador

Este foi o papel menos ressaltado pelos entrevistados (19%), ocupando a oitava e última posição. A apresentação de ideias como uma das competências não foi ressaltada por nenhum entrevistado, além disso as outras duas competências que compõem este papel também foram pouco ressaltadas. A falta de relevância atribuída ao negociador pode significar um “esquecimento” dos diretores hospitalares em relação à sustentação de sua legitimidade exterior e ao cuidado com a imagem e reputação.

5.2.19. Constituição e manutenção de uma base de poder

A constituição e manutenção de uma base de poder foi ressaltada por quatro dos 12 entrevistados. A importância desta competência se dá pelo fato de o poder permitir a construção de uma base de legitimidade, informação e influência, que são necessários para atingir os objetivos da organização (COHEN; BRANDFORD, 1990):

Penso que é uma relação que a gente procura não ter nenhum desafio de poder, mas manter realmente o poder porque temos que conduzir os colaboradores para que façam o que é necessário (E9).

O relato demonstra que o diretor se preocupa em manter uma relação de poder saudável com os funcionários, ele admite também a necessidade de usar o poder para direcionar os colaboradores da instituição. Dessa forma, o diretor deve ter cautela para conseguir dosar a quantidade de poder necessária para desincumbir suas atribuições. Handy (1993) afirma que trabalhar com um líder autoritário pode ser frustrante e trabalhar com um líder fraco pode ser igualmente problemático:

Você tem que ser uma pessoa em que as outras pessoas contem seus conflitos, busquem soluções, que querem apoio. Então você tem que passar confiança para essas pessoas para que elas confiem em você, aceitem suas ideias e te ajudem a cumprir o trabalho (E6).

Observa-se que o relato da importância da confiança nas relações interpessoais e do esclarecimento das linhas de autoridade para que se construa a base de poder. Quinn et al. (2003) reforçam o poder no âmbito pessoal, que representa a capacidade de influenciar o comportamento das pessoas, de modo que elas adotem determinado comportamento que não adotaria normalmente.

5.2.20. Negociação de acordos e compromissos

Três entrevistados levantaram a questão da negociação de acordos e compromissos. Segundo os relatos, os diretores recorrem à negociação diante de situações que necessitam do apoio de outras pessoas. Neste sentido, Quinn et al. (2003) afirmam que as negociações ocorrem em situações em que é preciso equilibrar as necessidades de uma parte com as necessidades de outra parte, ou seja, conforme observado nas entrevistas, ocorre sempre que é necessário algo de outra pessoa:

Qualquer aumento de serviço tem que ser negociado. Se eu vou fazer o aumento de algum medicamento tem que ser negociado com a administração central senão isso entra no meu orçamento e eu não tenho dinheiro para arcar (E6).

Então a gente consegue discutir isso dentro da equipe quando envolve mais de uma área, envolve transporte, envolve internação, envolve farmácia. Então a gente tem que negociar (E8).

Quinn et al. (2003) sugerem que o diálogo é a mais importante dimensão da negociação de acordos e compromissos. Nas entrevistas, fica evidente a existência do diálogo, no entanto os relatos não permitem analisar as dimensões em que estes diálogos ocorrem.

5.2.21. Apresentação de ideias

A apresentação de ideias envolve a conhecimento dos elementos da estrutura da apresentação e permite aos gestores transmitir as ideias de forma eficaz. Quinn et al. (2003) reforçam que a comunicação, tanto interpessoal quanto pública, é vital para todos os papéis que os gerentes desempenham. Apesar de sua importância, esse quesito não foi evidenciado por nenhum dos diretores. Cabe ressaltar mais uma vez que este resultado não significa que os diretores não possuem esta competência, eles apenas não a consideraram importante para a gestão hospitalar.

O fato de os diretores não considerarem esta competência importante para a gestão hospitalar pode ser consequência do foco excessivo em outras competências, principalmente no que tange àquelas relacionadas ao cumprimento dos acordos e metas acordados. No entanto é importante reforçar que o diretor deve ser capaz de ponderar diferentes competências.

VIII. Inovador

O papel de inovador teve um índice de relatos durante as entrevistas de 36%, ocupando a sexta posição. Neste papel, destacou-se a discrepância da importância atribuída às competências que o compõem. O convívio com a mudança foi ressaltado por 92% dos entrevistados, enquanto o pensamento criativo não foi ressaltado por nenhum entrevistado. A importância deste papel se dá pela necessidade de adaptação e resposta ao ambiente em constante mudança, principalmente no que tange à administração e à saúde pública.

5.2.22. Convívio com a mudança

Dentre os 12 entrevistados, 11 relataram situações que envolveram mudanças no ambiente de trabalho e nas atitudes pessoais. Além disso, relataram a aceitação pessoal da mudança e reconheceram a necessidade das mudanças. Quinn et al. (2003)

afirmam que o convívio com a mudança é um dos maiores desafios do gerente no papel de inovador. Com base nas entrevistas, é possível afirmar que os diretores conseguem ultrapassar esse desafio e, apesar do reconhecimento das dificuldades, eles convivem de forma harmoniosa com as mudanças:

Eu acho que você tem que estar pronto para sair de onde você está e ir para frente. [...] Se você se acomoda as coisas ficam muito pesadas para você. O máximo que pode acontecer é eu ter que partir para outra. Isso pesa porque tem todo orgulho e vaidade (E2).

Nada nasce e fica assim, a gente não é assim, a gente nasce, a gente cresce, a gente muda por dentro. A gente não é sempre assim (E7).

Eu cai na administração antes de ter cursos na área de administração. Mas as dificuldades do hospital estão sempre mudando, sempre tem alguma coisa diferente que a gente tem que resolver. Então procurei cursos por necessidade que eu achava que fazia muita coisa empírica. Eu até acho que muita coisa pode dar certo, mas você não tem um nível de segurança e quando você busca a gestão profissionalizante você aprende muitas coisas que você deixa passar (E6).

Continuamente a gente vai aprendendo. Tem que ir estudando para dar conta, pois as exigências vão mudando (E12).

Teve destaque o reconhecimento de que o ambiente hospitalar mudou, evidenciando a necessidade dos diretores mudarem as atitudes e ampliarem a rede de conhecimento na busca por uma gestão mais eficiente.

5.2.23. Pensamento criativo

O desenvolvimento da capacidade de pensamento criativo é uma importante ferramenta para o gestor, pois permite associar ideias em novas combinações e relações (QUINN et al., 2003). Apesar de sua importância, o pensamento criativo não foi ressaltado por nenhum dos entrevistados, bem como a “análise de informações com pensamento crítico” correspondente à categoria de monitor. Mais uma vez, observa-se o foco em competências voltadas para questões específicas e prioritárias para os gestores, acarretando no esquecimento de outras competências, que possuem igual importância no campo da gestão.

5.2.24. Gerenciamento da mudança

Apenas dois entre os 12 entrevistados descreveram situações relacionadas ao gerenciamento da mudança, uma vez que convívio com a mudança parece ser uma

constante entre eles, conforme item 5.2.22. No entanto, as mudanças costumam enfrentar resistências dentro da organização, por isso o processo de gerenciamento é essencial para eliminar ou amenizar as insatisfações decorrentes das mudanças. O relato a seguir remete ao planejamento da mudança, ou seja, a análise da forma de implementação da mudança, o reconhecimento da necessidade de se escolher o momento mais apropriado e a definição de qual curso será mais apropriado:

Então essa necessidade de mexer no conforto das pessoas é o mais difícil. Tem coisas que eu não posso fazer agora, mas posso ir preparando o caminho para que as pessoas entendam como é que funciona, agora não dá. Então continua fazendo o que é necessário e vai preparando o caminho (E7).

Observa-se a partir dos relatos que o processo de mudança causou insatisfação e resistência por parte de alguns funcionários. Alguns tipos de mudanças costumam provocar a resistência dos funcionários por estarem relacionadas aos seus comportamentos profissionais habituais (QUINN et al., 2003):

Foi uma época de modificar muita coisa, foi um período muito complicado. Como quase sempre algumas pessoas que ficaram chateadas com a mudança pediram para sair e outras perceberam como a mudança estava melhorando muito a instituição (E9).

Tem muita resistência ainda das pessoas? Tem, porque muita gente tava acostumado a ser dono do lugar, e o dono que podia fazer tudo, trabalhar o horário que fosse. Essa modernização agora começou a ser mais aceita porque as pessoas estão vendo que tem que funcionar (E9).

No relato a seguir, o diretor descreve a maneira como foi convencendo os funcionários que a mudança era necessária e benéfica para a instituição:

Então hoje, 2012, está mais tranquilo fazer essas modificações. Nós estamos começando agora a modificar o ambulatório, se eu falasse isso há três anos, isso seria motivo de revolta. Hoje as pessoas já estão entendendo, porque eu já estou mostrando, tem estatística: olha, não adianta atender X, temos que atender Y. Nós estamos tendo que mudar mesmo e mostrar por que (E9).

Quinn et al. (2003) definem essa forma de gerenciamento da mudança como o método de persuasão, que é baseado na apresentação de argumentos lógicos a favor da mudança.

5.3. Competências gerenciais dos diretores hospitalares na percepção dos gerentes – Análise estatística descritiva

A fim de identificar, na percepção dos 30 gerentes participantes da pesquisa, as demandas que a função de diretor hospitalar recebe de seu ambiente de trabalho, ou seja, o desdobramento dessas demandas em competências gerenciais necessárias, foi calculada a média da importância atribuída a cada competência pelos gerentes (Tabela 5).

Tabela 5 – Competências necessárias aos diretores na percepção dos gerentes

Categorias/Papéis	Subcategorias/Competências	Média	Coefficiente de Variação
I. Mentor	1. Compreensão de si e dos outros	8,42	1,490
	2. Comunicação eficaz	8,93	1,394
	3. Desenvolvimento dos empregados	8,69	1,190
II. Facilitador	4. Constituição de equipes	8,47	1,740
	5. Uso de processo decisório participativo	8,36	1,293
	6. Gerenciamento de conflitos	7,62	2,661
III. Monitor	7. Monitoramento do desempenho individual	8,52	1,817
	8. Gerenciamento de desempenho e processos coletivos	8,67	1,417
	9. Análise de informações com pensamento crítico	8,63	1,301
IV. Coordenador	10. Gerenciamento de projetos	8,82	1,163
	11. Planejamento do trabalho	8,90	1,082
	12. Gerenciamento multidisciplinar	8,67	1,206
V. Diretor	13. Desenvolvimento e comunicação de uma visão	8,69	1,335
	14. Estabelecimento de metas e objetivos	8,77	1,130
	15. Planejamento e organização	8,70	1,395
VI. Produtor	16. Produtividade do trabalho	8,92	1,474
	17. Fomento de um ambiente de trabalho produtivo	8,13	2,161
	18. Gerenciamento do tempo e do estresse	8,12	1,745
VII. Negociador	19. Constituição e manutenção de uma base de poder	8,95	1,201
	20. Negociação de acordos e compromissos	9,06	1,459
	21. Apresentação de ideias	8,90	1,470
VIII. Inovador	22. Convívio com a mudança	8,85	1,313
	23. Pensamento criativo	8,43	1,977
	24. Gerenciamento da mudança	8,67	1,484

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

A Tabela 6, de forma semelhante à anterior, apresenta o agrupamento da importância atribuída às competências de acordo com os respectivos papéis gerenciais. A discussão dos dados apresentados nas Tabelas 5 e 6 será feita a seguir, de acordo com cada papel gerencial.

Tabela 6 – Papéis gerenciais necessários aos diretores na percepção dos gerentes

Categorias/Papéis	Média	Coefficiente de Variação	Classificação
I. Mentor	8,68	1,373	4 °
II. Facilitador	8,15	2,015	8 °
III. Monitor	8,61	1,525	6 °
IV. Coordenador	8,80	1,151	2 °
V. Diretor	8,72	1,288	3 °
VI. Produtor	8,39	1,847	7 °
VII. Negociador	8,97	1,378	1 °
VIII. Inovador	8,65	1,619	5 °

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

I. Mentor

O papel de mentor, na quarta posição, também conhecido como o papel do interesse humano, é caracterizado pela ênfase no desenvolvimento das pessoas através de uma dedicação cuidadosa e empática (QUINN et al., 2003). Segundo os gerentes entrevistados, este papel apresentou média de 8,68 e desvio-padrão de 1,373. A proximidade da média do escore máximo, o 10, significa que os gerentes atribuem grande importância ao papel, sendo esta quarta maior média dentre todos os papéis gerenciais.

Analisando sob o prisma das competências que compõem este papel, a média variou de 8,42 para a compreensão de si e dos outros a 8,93 para a comunicação eficaz. Já o desvio-padrão variou de 1,190 para o desenvolvimento dos empregados a 1,490 para a compreensão de si e dos outros, indicando alta variação dos valores em torno da média.

A competência comunicação eficaz obteve destaque no papel de mentor como no contexto geral, apresentando uma das maiores médias gerais. A importância

atribuída à comunicação eficaz é positiva e demonstra o reconhecimento da necessidade de transmitir informações, ideias e significados com clareza e precisão.

II. Facilitador

O papel de facilitador é caracterizado pelo incentivo aos esforços coletivos, o fortalecimento do trabalho em equipe e administração de conflitos (QUINN et al., 2003). Na oitava posição, obteve a menor média (8,15) dentre os papéis gerenciais e apresentou maior dispersão nas pontuações, com desvio-padrão de 2,015, demonstrando que, apesar de possuir uma boa média, esta questão ainda precisa ser mais bem verificada.

Analisando as competências que compõem este papel, o gerenciamento de conflitos obteve a menor média, 7,62, enquanto a constituição de equipe obteve 8,47. As dispersões nos escores variaram entre 1,293 no uso de processo decisório participativo e 2,661 no gerenciamento de conflitos.

A competência “gerenciamento de conflitos” foi a menos pontuada e a que apresentou maior desvio-padrão, inclusive ao se analisar a pontuação das competências de todos os papéis gerenciais. Talvez os gerentes tenham percebido esta competência como um artefato não importante, mas o que se espera com esta prática é a compreensão de como os conflitos surgem e evoluem de modo a explorá-los de forma construtiva.

III. Monitor

O papel de monitor é caracterizado pelo gosto por dados, análise de informações rotineiras de inspeção e vistoria, e a revisão de relatórios (QUINN et al., 2003). Com média geral de 8,61, sexta colocação os respondentes atribuíram boa importância a este termo. Contudo o desvio padrão foi relativamente alto, 1,525. Em relação as competências que compõem este papel, houve pequena variação entre as médias, sendo 8,52 a média do monitoramento do desempenho individual e 8,67 do gerenciamento de desempenho e processos coletivos.

A regularidade nas médias indica que há um bom entendimento da importância de cada competência em si e da relação que elas estabelecem para constituir o papel de monitor. Quinn et al. (2003) afirmam que este papel está atrelado ao conhecimento das coisas que acontecem no setor de trabalho e ao monitoramento de regras e desempenho.

IV. Coordenador

Segundo Quinn et al. (2003), no papel de coordenador o gerente deve dar sustentação e estruturação ao fluxo do sistema, além disso deve ser um profissional digno de confiança e crédito. Os resultados obtidos para este papel mostram que o papel apresenta importância elevada, com média aritmética de 8,80 e desvio-padrão de 1,151. A média atribuída a este papel é a segunda maior dentre os papéis gerenciais e o escore do desvio-padrão é o menor. Assim, os dados indicam que se encontra neste papel a menor dispersão de importância atribuída a cada competência.

Levando em conta as competências desse papel, destaca-se a média do planejamento do trabalho, a qual foi maior em relação às demais e apresentou menor dispersão nas pontuações com desvio-padrão de 1,082.

V. Diretor

O papel de diretor remete à essência da liderança (QUINN et al., 2003). Segundo os gerentes pesquisados, o papel diretor consiste no terceiro papel mais relevante dentro do Modelo de Quinn, com média de 8,72 e desvio-padrão de 1,288. Os resultados obtidos indicam que os gerentes têm consciência da importância desse papel no contexto da organização hospitalar por estar diretamente relacionado ao planejamento, visão, metas e objetivos da instituição.

Todas as competências que compõem este papel obtiveram média razoável, sendo desenvolvimento e comunicação de uma visão com média 8,69, estabelecimento de metas e objetivos com 8,77, e planejamento e organização com 8,70. Isso demonstra regularidade e consolida a concepção da importância das competências do papel de diretor.

VI. Produtor

O papel de produtor é orientado para tarefas, com foco no trabalho (QUINN et al., 2003). Este papel recebeu a sétima menor média (8,39) entre os papéis gerenciais, com elevado desvio-padrão (1,847). Apesar de ter sido uma das menores médias, o valor apresentado é relativamente alto e evidencia a importância atribuída pelos gerentes ao papel produtor. O elevado desvio-padrão indica forte variabilidade nas pontuações dadas pelos respondentes.

Segundo os gerentes, produtividade no trabalho consiste na mais relevante competência desse papel, com média de 8,92, enquanto fomento de um ambiente de

trabalho produtivo e gerenciamento do tempo e do estresse apresentaram menores escores médios, 8,13 e 8,12, respectivamente.

VII. Negociador

O papel de negociador tem como característica a preocupação com a sustentação da legitimidade exterior e a obtenção de recursos externos (QUINN et al., 2003). De acordo com os gerentes, o papel de negociador consiste no mais relevante papel gerencial, com média 8,97, ocupando a primeira colocação. Mais uma vez, as dispersões dos escores obtidos foram altas, 1,378, indicando que há espaço para o esclarecimento de como as competências do papel negociador podem se desenvolver e contribuir na construção de uma administração pública mais eficiente, eficaz e efetiva. Todas as competências deste papel obtiveram média alta, destacando-se a negociação de acordos e compromissos (9,06), constituição e manutenção de uma base de poder com média 8,95 e apresentação de ideias com média 8,90.

VIII. Inovador

De acordo com Quinn et al. (2003), o papel de inovador é relacionado às capacidades de adaptação e de resposta ao ambiente em constante mudança. O escore obtido neste papel foi 8,65, indicando uma boa atribuição de importância. Contudo, fica claro que o tema não é ainda totalmente pacífico ao se observar que o desvio-padrão foi relativamente alto, 1,619.

Em relação às competências, pode-se afirmar que todas obtiveram boa média, sendo o convívio com a mudança a maior média, 8,85, e o pensamento criativo a menor com, 8,43. Esses resultados evidenciam o reconhecimento, por parte dos gerentes, de sua importância no dia a dia da instituição.

5.4. Análise comparativa das competências levantadas e percebidas pelos diretores e gerentes hospitalares

A Tabela 7 apresenta, de forma comparativa, a importância que os diretores e os gerentes hospitalares atribuíram a cada papel gerencial. Observa-se que há grande diferença no modo em que os papéis gerenciais de facilitador e negociador são percebidos e valorizados. Os resultados revelam discrepância na percepção dos

entrevistados, que pode ser decorrente de grande foco em apenas um papel e esquecimento de outros, gerando, assim, carência de atenção em outros papéis. Quinn et al. (2003) coloca que a capacidade plena como gerente exige mais que o desenvolvimento de competências, exige que competências opostas sejam mescladas com frequência.

Tabela 7 – Importância atribuída a cada papel gerencial na percepção dos diretores e dos gerentes

Categorias/Papéis	Classificação na percepção dos diretores	Classificação na percepção dos gerentes
I. Mentor	3 °	4 °
II. Facilitador	2 °	8 °
III. Monitor	7 °	6 °
IV. Coordenador	4 °	2 °
V. Diretor	1 °	3 °
VI. Produtor	5 °	7 °
VII. Negociador	8 °	1 °
VIII. Inovador	6 °	5 °

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

I. Mentor

Analisando de forma conjunta, na opinião dos diretores e dos gerentes a respeito do papel mentor, eles reconhecem de forma mais próxima a importância deste papel gerencial, considerado o terceiro e o quarto papel mais importante, respectivamente.

Em relação às competências que compõem este papel, tanto os diretores quanto os empregados ressaltaram a importância da comunicação eficaz. Neste sentido, Quinn et al. (2003) corroboram afirmando que a comunicação interpessoal é uma das mais importantes competências gerenciais.

II. Facilitador

Ao se comparar as opiniões dos diretores e gerentes a respeito do papel de facilitador, observa-se grande disparidade. Os diretores ressaltam, de forma significativa, este papel como segundo maior índice de relatos. Já os gerentes não

atribuíram a mesma importância, visto que o facilitador obteve a menor média dentre os papéis gerenciais.

No que tange às competências que compõem este papel, a mesma discrepância foi identificada. Os diretores mantiveram uma regularidade ao relatarem sobre as três competências deste papel, enquanto os gerentes evidenciaram menor importância ao gerenciamento de conflitos.

Essa discrepância pode ter origem na dificuldade dos gerentes perceberem o esforço dos diretores em criar um clima organizacional propício ao desenvolvimento do trabalho, principalmente em um área, por si só, com grandes demandas.

III. Monitor

O papel de monitor foi pouco ressaltado pelos diretores dos hospitais durante as entrevistas, no entanto teve relativa importância na opinião dos gerentes. Esta discrepância pode indicar baixo monitoramento das atividades internas pelos diretores, provavelmente devido à escassez de tempo. Os gerentes sentem a ausência deste papel na figura do diretor, podendo isso refletir em insegurança ou pouca orientação no desenvolvimento do trabalho.

Em relação às competências que compõem o papel de monitor, houve grande discrepância de sua presença nos relatos dos diretores. O gerenciamento de desempenho e processos coletivos foram bem ressaltados, ao passo que a análise de informações com pensamento crítico não foi mencionada nas colocações. Já na percepção dos gerentes houve uma regularidade na atribuição de importância de todas as três competências que compõem este papel, sendo todas consideradas necessárias aos diretores na percepção dos gerentes.

O resultado pode indicar a preocupação dos diretores com os processos coletivos e o gerenciamento de desempenho, resultante da ênfase no papel de facilitador.

IV. Coordenador

O papel de coordenador foi bem ressaltado pelos diretores dos hospitais durante a realização das entrevistas. No que concerne à opinião dos gerentes, este foi o segundo papel com maior média de importância. Esses dados indicam que há preocupação dos diretores em desenvolver as competências do papel de coordenador e o reconhecimento de sua importância por parte dos gerentes.

As competências que compõem este papel apresentaram regularidade tanto na opinião dos diretores quanto dos gerentes. Este é um dado positivo que pode contribuir para uma gestão mais eficiente nos hospitais públicos.

V. Diretor

O papel de diretor foi o mais ressaltado pelos diretores hospitalares, sendo sua importância explicada pelo foco no estabelecimento de metas e objetivos e na realização do planejamento. Os gerentes corroboraram com esta opinião e concederam boa média de importância a esse papel, posicionando-o em terceiro lugar.

Com relação às competências deste papel, o estabelecimento de metas e objetivos destacou-se por ter sido ressaltado por todos os diretores e por ter recebido grande média de importância pelos gerentes.

VI. Produtor

O papel de produtor foi pouco ressaltado pelos diretores e pelos gerentes. No que concerne às competências deste papel, destaca-se o gerenciamento do tempo e do estresse, que foi o menos ressaltado pelos diretores e o que obteve também menor média atribuída pelos gerentes.

VII. Negociador

Ao se comparar a concepção dos diretores e gerentes a respeito do papel de negociador, verificou-se discrepância de opiniões. O papel de negociador foi o menos ressaltado pelos diretores durante a entrevista por não terem o que negociar ou com quem negociar, uma vez que não lhes são concedidos espaços para reivindicações ou discussões. Já na ótica dos gerentes, foi o que obteve maior média. Esta discrepância pode representar o anseio dos gerentes pelas atribuições relacionadas ao papel de negociador, que possivelmente está relacionado à forma como se processa a gestão, provavelmente de forma a cumprir as determinações, as exigências e decisões da administração superior, em especial as políticas do Estado, inseridas no Programa de Choque de Gestão.

A mesma discrepância pode-se observar nas competências que compõem este papel. A apresentação de ideias, por exemplo, não foi evidenciada por nenhum

diretor. Já na concepção dos gerentes, esta competência obteve média significativa entre as 24 competências.

VIII. Inovador

A importância do papel de inovador foi reconhecida pelos dois grupos, ainda que de formas distintas. A competência “convívio com a mudança” foi a que mais se destacou durante os relatos dos diretores entrevistados e na concepção dos gerentes, provavelmente porque convivem diurnamente com mudanças e situações inusitadas. A competência “pensamento criativo” não foi ressaltada por nem um dos diretores, enquanto na opinião dos gerentes recebeu boa média de importância.

5.5. Atribuições formais dos gestores dos hospitais públicos de Belo Horizonte

Procurou-se descrever objetivamente as atribuições dos diretores dos hospitais públicos de Belo Horizonte. Por não possuírem documentação formal que descreva as atribuições do diretor, foram utilizadas informações extraídas da missão e visão do hospital, ainda sob o espectro de análise documental. O Quadro 3 apresenta as principais atribuições dos diretores hospitalares agrupadas de acordo com as competências gerenciais com as quais estão relacionadas.

Pode-se afirmar que muitas dessas atribuições, como compartilhar experiências bem sucedidas entre as diversas esferas, organizar em âmbito municipal e estadual as ações na área de saúde, estão relacionadas às competências do papel de negociador e inovador, em que o gestor deve reconhecer que a estrutura da organização e seu funcionamento dependem das características do ambiente externo.

Observa-se também que o papel de monitor, que envolve o monitoramento do desempenho individual, gerenciamento de desempenho e processos coletivos e análise de informações com pensamento crítico, não possui competências diretamente relacionadas às atribuições. Os demais papéis, mentor, facilitador, coordenador, diretor e produtor, apresentam algumas competências diretamente relacionadas às atribuições dos diretores.

Quadro 3 – Principais atribuições formais dos diretores hospitalares de acordo com os papéis e competências definidos por Quinn et al. (2003)

Categorias/Papéis	Subcategorias/Competências	Principais atribuições dos diretores hospitalares
I. Mentor	1. Compreensão de si e dos outros	Formar e qualificar profissionais da área de saúde Prezar pela valorização dos profissionais na área de saúde Promover o desenvolvimento da equipe e seu envolvimento e comprometimento com a prestação de serviços técnicos e assistenciais
	2. Comunicação eficaz	
	3. Desenvolvimento dos empregados	
II. Facilitador	4. Constituição de equipes	Desenvolver equipes Conscientizar a equipe sobre a responsabilidade social
	5. Uso de processo decisório participativo	
	6. Gerenciamento de conflitos	
III. Monitor	7. Monitoramento do desempenho individual	
	8. Gerenciamento de desempenho e processos coletivos	
	9. Análise de informações com pensamento crítico	
IV. Coordenador	10. Gerenciamento de projetos	Buscar continuamente a qualidade de suas operações
	11. Planejamento do trabalho	
	12. Gerenciamento multidisciplinar	Promover a interdisciplinaridade no trabalho

Continua...

Quadro 3 – Cont.

V. Diretor	13. Desenvolvimento e comunicação de uma visão	
	14. Estabelecimento de metas e objetivos	Aprimorar a gestão administrativa sob sua responsabilidade, alcançando metas e objetivos estabelecidos
	15. Planejamento e organização	Ter responsabilidade fiscal na alocação de recursos financeiros
VI. Produtor	16. Produtividade do trabalho	
	17. Fomento de um ambiente de trabalho produtivo	Garantir assistência digna de qualidade, com ética, respeito e qualidade à clientela atendida no hospital
	18. Gerenciamento do tempo e do estresse	
VII. Negociador	19. Constituição e manutenção de uma base de poder	Ser referencia nacional em gestão pública hospitalar Prestar assistência à saúde, de abrangência regional e estadual, com qualidade, integridade e universalidade
	20. Negociação de acordos e compromissos	
	21. Apresentação de idéias	Compartilhar experiências bem sucedidas entre as diversas esferas
VIII. Inovador	22. Convívio com a mudança	Disponibilizar recursos mais modernos de atuação Manter-se em constante aprimoramento Garantir mecanismos de preservação do meio ambiente
	23. Pensamento criativo	Incentivar o ensino e a pesquisa Contribuir com o fomento de políticas assistenciais públicas Organizar em âmbito municipal e estadual as ações na área de saúde Estimular a geração de conhecimento na área
	24. Gerenciamento da mudança	

Fonte: Elaborado pela autora, 2012.

5.6. Outras competências gerenciais dos diretores hospitalares com base nas competências apresentadas pelos sujeitos da pesquisa

Após a análise das verbalizações dos entrevistados, foi acrescentado ao Modelo de Quinn (QUINN, 1988), originalmente apresentado no Capítulo 3, o papel político e suas respectivas competências Capacidade de Articulação Política e Conhecimento da Administração Pública. A Figura 2 apresenta o modelo resultante da pesquisa incluindo as novas competências identificadas.

O novo papel, denominado de Político, emergiu após a entrevista, a partir da análise das verbalizações das respostas à primeira questão aberta da entrevista: “Relacione 5 competências que considera necessárias para um cargo de diretor de hospital. Coloque-as em uma escala de importância”.

O papel de político foi identificado a partir da análise das entrevistas com os diretores. Observou-se que 92% ressaltaram questões relacionadas ao papel de político. Segundo definição de Betioli (1995), o político é um indivíduo membro de uma *polis* organizada que tem a função de garantir os direitos e assumir os deveres. O aumento da interação entre sociedade e governantes tem exigido cada vez mais que os gestores públicos desenvolvam efetivamente o papel político, principalmente no que tange à garantia do direito da população. A necessidade de uma gestão pública mais acessível à população e que atenda aos interesses públicos exige dos gestores maior articulação com a sociedade.

As Tabelas 8 e 9 apresentam, respectivamente, o resultado da análise de conteúdo das entrevistas com os diretores por hospital e o resultado da análise de conteúdo em valores absolutos e relativos.

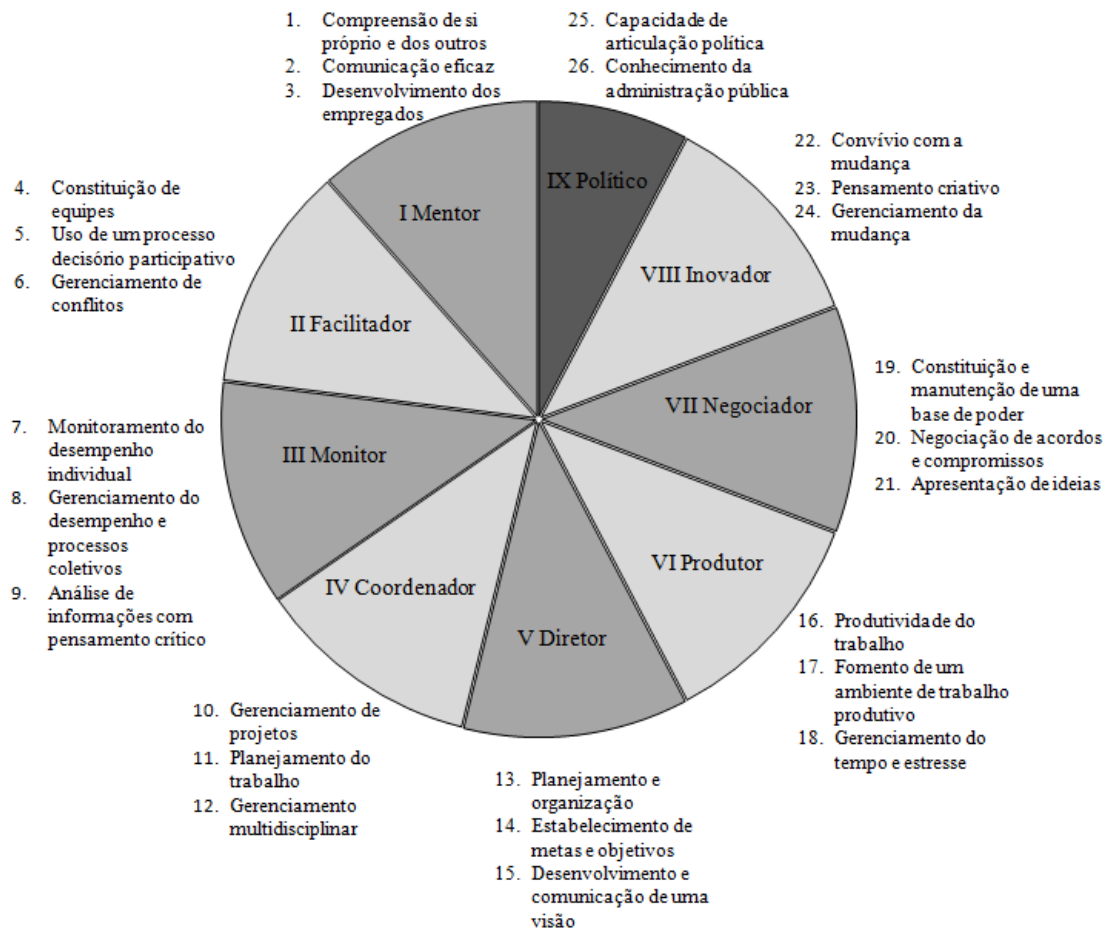


Figura 2 – Modelo de competências e papéis dos gestores adaptados para os hospitais públicos de Belo Horizonte.

Fonte: Resultado da pesquisa (2012).

Tabela 8 – Resultado da análise de conteúdo de acordo com as categorias e subcategorias por hospital

Categorias/Papéis	Subcategorias/Competências	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12
IX. Político	25. Capacidade de articulação política	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X
	26. Conhecimento da administração pública	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Fonte: Resultados da pesquisa, 2012.

Tabela 9 – Resultado da análise de conteúdo de acordo com as categorias e subcategorias em valores absolutos e relativos

Categorias/Papéis	Subcategorias/Competências	Total absoluto		Total relativo	
		Subcategorias	Categorias	Subcategorias	Categorias
IX. Político	25. Capacidade de articulação política	10	22	83,33%	91,67%
	26. Conhecimento da administração pública	12		100%	

Fonte: Resultados da pesquisa, 2012.

5.6.1. Capacidade de articulação política

Dez diretores ressaltaram questões relacionadas às articulações políticas. Os diretores se relacionam constantemente com diversos órgãos das esferas municipal, estadual e federal, por isso é essencial manter um bom trâmite político. Além disso, por se tratar de um cargo de confiança, a nomeação dos diretores está diretamente relacionada com a forma com que eles se colocam diante das questões políticas:

A gente tem que ter essa governança corporativa com o governo federal, estadual, e municipal e também com os outros hospitais (E1).

Então a gente tem relações com o ministério, como os secretários. Dentro do poder público muitas vezes as pessoas não têm acesso à Assembleia, à Câmara, porque não conhece. Aí a gente vai e corre atrás de tudo, participa de audiência pública. Esses contatos são frequentes, então a nossa rede de contatos é muito grande (E2).

Temos contato com a administração central, com a prefeitura de Belo Horizonte, com a Secretaria do Estado da Saúde e com o Ministério da Saúde. Todas estas são necessárias para a manutenção da qualidade do serviço (E5).

Um hospital faz parte da FHEMIG, que é uma rede, que faz parte de outra rede que é a rede SUS. O hospital público é do estado, então você tem que está em constante diálogo com o governador (E10).

Ainda conforme pontuado pelos diretores, as articulações políticas auxiliam na busca de recursos para a instituição e também nas atividades desenvolvidas no dia a dia do hospital:

Tem claro, as outras pessoas que a gente tem contato, por exemplo, pessoas que têm influência política. Hoje estamos prestes a receber verbas do ministério da saúde que são para a reforma do hospital, isso através de influencia de parlamentares. Então a gente tem que buscar esses recursos por fora também. As parcerias são muito importantes, não só as questões formais, mas os contatos políticos também (E9).

É necessária a visão política, é necessário ter um trâmite político bom, interface com os políticos para você ter essa possibilidade de estar buscando melhorias não só com a secretaria de saúde, mas também em outros projetos de fora, projetos junto ao ministério. Então é importante essa rede política (E12).

A gente se relaciona com todos eles, relacionamos com várias outras instituições de saúde e profissionais de saúde. Então nós temos contato com corpo de bombeiro, polícia militar, polícia civil, que já emprestaram aeronaves pra gente para ajudar na logística (E2).

A capacidade de articulação política é, dessa forma, uma competência que deve estar presente na figura do diretor hospitalar. Ela é importante nas relações de

cunho político e pode influenciar nas atividades e no volume de recursos dos hospitais. Essa capacidade também foi identificada por Ésther (2010) ao estudar as competências dos reitores das instituições federais de ensino.

5.6.2. Conhecimento da administração pública

A administração pública, conforme a definição de Matias-Pereira (2009), é entendida como o conjunto de ações destinadas à execução das atividades de interesse público, é a estrutura do poder executivo que coordena e implementa as políticas públicas. A administração pública brasileira possui traços peculiares que foram historicamente construídos.

Durante as entrevistas, todos os diretores ressaltaram que o conhecimento da administração pública é uma competência indispensável ao gestor de um hospital público. No início da entrevista, ao serem questionados sobre quais competências eles consideravam necessárias ao gestor hospitalar, sete dos 12 entrevistados apontaram como a primeira competência necessária o conhecimento das especificidades do setor público, e os outros cinco diretores falaram sobre sua importância ao longo da entrevista:

Primeiro, é o conhecimento da administração pública, disponibilidade, abertura, no sentido da pessoa ser capaz de trabalhar no serviço público que é completamente diferente do serviço privado. Diferente não é que tem que ser diferente, ele é diferente, a forma de tratar as pessoas, as leis trabalhistas, a forma da cobrança, o que você espera de resposta (E4).

Você tem que entender que estar em uma unidade de saúde pública do país, tem que entender primeiro de administração pública. Isso é fundamental, mesmo porque sem isso não funciona (E7).

Conhecimentos básicos sobre administração e principalmente administração pública, conhecimento sobre o setor de saúde, conhecendo o setor de saúde ele tem que adequar os princípios da administração à área hospitalar, à saúde pública (E1).

Acho que tem que ter o conhecimento de direito administrativo que é importante para embasar as ações, as assinaturas de documentos, então para essa parte eu acho fundamental o direito administrativo (E8).

O limite da autonomia do gestor público também foi ressaltado pelos entrevistados. Eles relataram que possuem certa autonomia, no entanto, em relação a questões consideradas maiores, como volume do orçamento, por exemplo, a autonomia é limitada:

A autonomia é limitada na medida em que nós estamos subordinados à FHEMIG, que está subordinada à secretaria, que por sua vez está subordinada ao Estado (E1).

A gente em muitas questões esbarra nas questões legais da administração direta, das normatizações da administração central. Porque a gente tem alguma autonomia para resolver várias questões internas, só que questões maiores nós temos que nos reportar à administração central (E11).

Tem também um engessamento financeiro, eu tenho um volume de orçamento, é lógico que eu negocio, mas que nem sempre é atendido ao longo do ano. Nem sempre esse orçamento chega da forma que deveria chegar e eu não tenho autonomia para aumentar meu orçamento (E6).

Ainda em relação à autonomia, uma especificidade do setor público muito ressaltada pelos entrevistados foi a questão da contratação e demissão dos servidores públicos. Os diretores relataram que a falta de autonomia para contratar funcionários compromete o serviço, pois a falta de funcionários por si só gera grandes problemas. Ainda, a morosidade na realização de novos concursos públicos torna lento o processo de reposição do quadro de funcionários. Em relação à demissão, o problema gera em torno da estabilidade do funcionário público, que dificulta a demissão dos funcionários que não apresentam bom desempenho ou não cumprem as exigências do trabalho:

O ponto mais vulnerável é com relação a contratação de funcionários. Por que em situações como a falta de médicos, isso provoca tensão tanto no paciente, tanto nos enfermeiros e terapeutas (E5).

Isso escapa do meu alcance. Por exemplo, falta médico, aí faz concurso para preencher as vagas. Para um novo concurso demora mais ou menos seis meses. Nesses seis meses eu não posso fechar as portas (E5).

A gente tem legislação para cumprir, a lei enquadra no processo de legislação, de reposição de pessoas, então somos bem mais engessados que o serviço particular (E6).

Não tenho autonomia para aumentar salários dos funcionários, que é bastante ruim, principalmente, não tenho autonomia para trabalhar com a meritocracia, por que eu acabo não podendo diferenciar o funcionário os melhores dos piores. Não tenho autonomia para demitir um funcionário que não esteja cumprindo a suas tarefas, esteja enrolando, porque a legislação do funcionário público não permite. E eu poderia evitar alguns conflitos se eu pudesse demitir funcionários que não querem trabalhar (E5).

Uma dificuldade é que acaba que a gente não pode, como é uma entidade pública, então, ter autonomia na demissão. Quando você quer trocar um funcionário por questão dele não se adaptar ao local de trabalho, ainda assim a gente está sujeito as regras da administração pública (E12).

Isso é uma característica do serviço público, muito diferente de uma empresa privada em que você simplesmente demite se não te serve (E2).

No que diz a questões externas nós temos um problema que é o estatuto do funcionário público. Então isso é um engessamento para a gente,

porque às vezes nós temos funcionários extremamente complicados e nós não temos autonomia para dizer que não o queremos sequer nesta unidade. Então isso é um entrave muito grande (E3).

O básico é o conhecimento e a disponibilidade de trabalhar a coisa do jeito que o serviço público exige. [...] No hospital público tudo é muito moroso, a cultura é que tudo seja demorado. No hospital público você tenta mudar alguma coisa, mas se você não faz uma cobertura no sentido de está em cima, está cobrando, as pessoas esquecem muito fácil (E4).

O conhecimento da administração pública também é relatado como uma competência necessária ao gestor público por Amaral (2006). A autora apresenta em seu trabalho as competências necessárias aos gestores públicos definidas pela Escola Nacional de Administração Pública – ENAP e afirma que a administração pública é tradicionalmente orientada por regras rígidas e há pouco espaço para a experimentação.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A administração pública brasileira enfrenta o desafio de melhorar a capacidade de gestão das instituições públicas. O sistema público de saúde, em especial, tem sido alvo de fortes críticas por não atender às demandas impostas pela população. Sendo assim, o aperfeiçoamento permanente dos gestores surge como uma necessidade para garantir o desenvolvimento mais igualitário e sustentável, por meio da melhoria da qualidade do serviço prestado à população.

Os resultados da pesquisa mostram a percepção que têm o governo de Minas Gerais e os diretores das instituições da necessidade de uma gestão profissional. Isso representa avanço na administração pública e pode contribuir para a gestão hospitalar mais eficiente, eficaz e efetiva. Além disso, a existência da certificação profissional necessária para que os funcionários possam assumir os cargos de confiança relacionados com a direção da instituição concede ao processo de nomeação um perfil mais profissional do que amador.

O oferecimento de cursos voltados para as áreas de gestão hospitalar e gestão pública aos diretores dos hospitais merece destaque dentre os resultados obtidos pela pesquisa. O conhecimento da área de atuação deve compor as competências dos dirigentes. Cabe ressaltar que o conhecimento não leva necessariamente à ação, no entanto a capacidade de ação dos gestores deve ser embasada no conhecimento formal, evitando assim a gestão amadora, baseada em tentativas de erros e acertos. Através desses avanços, espera-se que os hospitais públicos alcancem seus objetivos

e, principalmente, respondam de forma humanitária e igualitária às necessidades da população.

A percepção inicial do estudo referente à falta de capacitação dos diretores foi negada pela pesquisa a partir da constatação de que a competência e a qualificação são preocupações das instituições de saúde, no caso os hospitais públicos de Belo Horizonte. Ao contrário do que foi observado nos estudos de Acúrcio (2005), Campos (2007) e Ésther (2010), os gestores públicos da pesquisa passaram por cursos formais de capacitação antes e após assumirem a gestão dos órgãos públicos.

A análise das competências a partir do Modelo de Quinn permitiu identificar que, em relação aos papéis gerenciais desempenhados pelos diretores, na percepção dos próprios diretores, tem-se a preponderância do papel de diretor. A valorização das competências deste papel (“estabelecimento de metas e objetivos” e “planejamento e organização”) contribuiu para este resultado, que pode ser explicado como um reflexo da adoção do modelo de Choque de Gestão, pautado na busca da eficiência a partir da definição de metas e objetivos, conforme o de Termo de Compromisso firmado entre o governo do Estado e o setor de saúde.

Os papéis menos praticados na percepção dos diretores são os de negociador e de monitor. A falta de relevância atribuída a esses papéis pode significar pouca autonomia dos diretores hospitalares, visto que grande parte das metas lhes são repassadas pela FHEMIG. Em relação ao papel monitor, percebe-se falta de acompanhamento de processos e normas internas.

Já na percepção dos gerentes, os papéis mais valorizados são os de negociador e coordenador, comparados com os papéis de facilitador e produtor, menos praticados e percebidos nos hospitais.

Observa-se que há grande diferença no modo em que os papéis gerenciais de facilitador e negociador são percebidos e valorizados pelos diretores e pelos gerentes. Os resultados revelam discrepância na percepção dos entrevistados que pode ser decorrente do foco dos diretores em papéis pouco valorizados pelos gerentes e, em contrapartida, os gerentes notam carência de atenção em papéis pouco valorizados pelos diretores.

As competências gerenciais mais valorizadas na percepção dos diretores foram a “ênfase no estabelecimento de metas e objetivos”, “convívio com a mudança” e “comunicação eficaz”. O fato de cada uma dessas competências estar

situada em um papel diferente (diretor, inovador e mentor, respectivamente) representa que não há uma concentração das competências necessárias em apenas um papel gerencial. Quinn et al. (2003) colocam que a capacidade plena como gerente exige mais que o desenvolvimento de competências, exige que competências opostas sejam mescladas com frequência. Saber ponderar as diferentes competências, principalmente as que integram valores opostos, é uma necessidade do líder gerencial.

A existência de competências no Modelo de Quinn que não foram ressaltadas pelos diretores, como a “análise de informações com pensamento crítico”, “apresentação de ideias” e “pensamento criativo”, refletem pouco reconhecimento dos diretores da importância dessas competências no âmbito da gestão hospitalar, o que não significa que não as possuam. Além disso, o foco dos diretores no cumprimento das metas compactuadas no Choque de Gestão direciona os esforços para as competências diretamente ligadas a essa questão, fazendo com que outras competências não sejam tão valorizadas. Nota-se coerência nesses resultados ao relacionarem termos de valorização de metas e objetivos.

As competências “negociação de acordos e compromissos” e “constituição e manutenção de uma base de poder” foram as mais evidenciadas na percepção dos gerentes, em comparação ao “gerenciamento de conflitos”, “gerenciamento do tempo e do estresse” e “fomento de um ambiente de trabalho produtivo”, as menos evidenciadas.

Não obstante o Modelo de Quinn encontrar-se direcionado a instituições privadas, a pesquisa revelou que a base do modelo utilizado se adequou às instituições públicas. Todavia, evidenciou-se a ausência de um papel fundamental na gestão pública: o papel de político. Há que ressaltar que o Modelo de Quinn, nesse espectro, precisa ser ampliado, por mostrar certa fragilidade diante da realidade dos hospitais públicos de Minas Gerais.

Dessa forma, as competências capacidade de articulação política e conhecimento da administração pública e o papel de político representam uma adequação do modelo à realidade estudada e exaustivamente ressaltada pelos diretores e gerentes. Os estudos realizados por Ésther (2010) corroboram esse resultado ao indicarem que a competência mais importante entre aquelas desejadas para o ocupante do cargo de reitor nas universidades federais é a capacidade política.

As competências incorporadas ao modelo de Quinn mostram-se importantes nas relações de cunho político e influenciam nas atividades desenvolvidas nos hospitais públicos, como a captação de recursos por exemplo. Sendo assim, a principal contribuição deste trabalho foi o de apresentar uma nova abordagem, complementar à abordagem do Modelo de Quinn, ao descobrir e inserir novas competências de cunho político no contexto em que se inserem os hospitais públicos em Minas Gerais.

6.1. Sugestões para trabalhos

Considerando os resultados desta pesquisa, sugerem-se como tema de trabalhos a realização de estudos empíricos, a fim de identificar um modelo que englobe o novo papel gerencial e as novas competências levantadas pela pesquisa; um estudo para identificar um modelo de gestão que seja coerente com o a proposta estrutural do modelo de Quinn e que ofereça suporte teórico para a afirmação das novas competências identificadas.

Nota-se a necessidade de ampliar a pesquisa, de modo a alcançar possíveis generalizações que ofereçam subsídios para aprimorar as práticas pedagógicas de formação e desenvolvimento de competências gerenciais, contribuindo com as práticas de gestão de pessoas. A extensão da pesquisa a outros atores que transitam no ambiente do hospital público e contribuem na prestação de serviços pode gerar instrumentos que permitam fortalecer as competências peculiares exigidas no exercício da função do diretor hospitalar.

Sugere-se também a realização de pesquisa em outros estados, a fim de traçar um panorama das competências dos diretores esperadas. Ao abordar outros estados que possuem sistema de gestão diferente de Minas Gerais, possivelmente serão ressaltadas outras competências e papéis gerenciais, possibilitando a associação das competências esperadas dos diretores com o modelo de gestão adotado pelo Estado de Minas Gerais.

6.2. Limitações da pesquisa

A pesquisa envolveu a percepção dos diretores em relação às competências necessárias ao cargo, estando implícita a subjetividade nas respostas. Dessa forma, a

realização da mesma pesquisa em outro momento nos mesmos hospitais pode levar a diferentes resultados devido à percepção dos entrevistados.

Outra limitação da pesquisa, conforme também salientado por Campos (2007), está relacionada ao tema “competência”, visto que é um tema fortemente influenciado pela circunstância e pelo contexto, e as análises dificilmente podem ser transferidas para outro ambiente.

7. REFERÊNCIAS

ACURCIO, F. A. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. In: MARCOLINO, Heloisa (Org.). **Projeto Multiplica SUS: (Re)Descobrimos o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. v. 1, p. 23-40.

ACURCIO, F. A.; SANTOS, M. A; FERREIRA, S. M. G. O planejamento local de serviços de saúde. In: MENDES, E. V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998. Cap. 4, p. 111-132.

AMARAL, Helena Kerr do. Desenvolvimento de competência de servidores na administração pública. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 549-63, out./dez. 2006. Disponível em: < http://www.searh.rn.gov.br/icongesprn/artigos/artigo%20-%20RSP%20-%20compet_352ncia%20dos%20servidores_Helena.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2011.

ANTONELLO, C. S. Aprendizagem na ação revisitada e sua relação com a noção de competência. **Comportamento Organizacional e Gestão**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 199-220, 2006.

ASENJO, Miguel Angel. **Las claves de la gestion hospitalaria**. Barcelona: Gestión 2000, 2002.

AVELLANEDA, Claudia N. Municipal performance: does mayoral quality matter? **Journal of Public Administration Research and Theory**, April, 2009. Disponível em: <<http://www.accessmylibrary.com/article-1G1-196907556/municipal-performance-does-mayoral.html>>. Acesso em: 31 ago. 2009.

BARATO, J. **Competências essenciais e avaliação ensino universitário**. Brasília: UNB, 1998.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2011.

BELO HORIZONTE. **Sistema de Informações Organizacionais do Município**. Lista dos Telefones (Unidade selecionada e Unidades Subordinadas). Disponível em: <<http://portal7.pbh.gov.br/Organograma/estrutura.pbh?method=telTodos&id=87>>. Acesso em: 5 dez. 2011.

BETIOLI, Antônio Bento. **Introdução ao direito**: lições de propedêutica jurídica. 3. ed. São Paulo : Letras & Letras, 1995.

BITTENCOURT, C. **A gestão de competências gerenciais**: a contribuição da aprendizagem organizacional. 2001. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

BOOG, G. G. **O desafio da competência**: como enfrentar as dificuldades do presente e preparar-se para o futuro. São Paulo: Best Seller, 2004.

BOYATZIS, R. E. **The competent manager**: a model for effective performance. New York: John Wiley & Sons, 1982.

BRANDÃO, H. P.; BAHRY, C. P. Gestão por competências: métodos e técnicas para mapeamento de competências. **Revista do Setor Público**, v. 56, n. 2, abr./jun. 2005.

BRANDÃO, Hugo Pena; GUIMARÃES, Tomás de Aquino. Gestão de competências e gestão de desempenho. **Revista RAE**, FGV, v. 41, n.1, jan./mar. 2001. Disponível em: <<http://www16.fgv.br/rae/artigos/151.pdf>>. Acessado em: 22 nov. 2010.

BRASIL. **Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais**. Institucional. Organograma. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/conheca_organograma.html>. Acesso em: 30 dez. 2011.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Assistência Médico-Sanitária (2009). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoadevida/ams/2009/default_pdf.shtm>. Acesso em: 27 abr. 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Terminologia básica em saúde. Disponível em: <<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/0111terminologia0.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2012.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Democracy and Public Management Reform**. Oxford: Oxford University Press, 2004.

BRYMAN, Alan. **Social research methods**. 4. ed. Oxford: Oxford University Press, 2011.

CAMPOS, Daniela Cristina da Silveira. **Competências gerenciais dos pró-reitores em uma instituição de ensino superior**: um estudo de caso na Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, MG, 2007.

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

CARBONE, P. C. et al. **Gestão por competências e gestão do conhecimento**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2005.

CARVALHO, Maria do Socorro Macedo Vieira. Gestão de competências: uma nova abordagem em recursos humanos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, set./out. 1998.

CENEVIVA, Walter. **Lei dos registros públicos comentada**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

COHEN, A. R.; BRADFORD, D. L. **Influence without authority**. Nova York: John Wiley e Sons, 1990.

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. 2. ed. Petropolis, RJ: Vozes, 1986. v. 2, 115 p.

COTTON, J. **Employee involvement**. Methods for improving performance and work attitudes. San Francisco: Jossey-Bass, 1994. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1993-97477-000>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

CSIKSZENTMIHALYI, M. **Flow**: the psychology of optimal experience. Nova York: HarperCollins, 1990.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios. In: CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L. M. **Cadernos de Saúde**. Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap. 2, p. 11-26.

DAFT, R. L. **Administração**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

DAVIDOFF, Linda. **Introdução à psicologia**. São Paulo: Makron Books, 2004.

DIAS, Helaine Cristine; PAIVA, Kely César Martins. Competências do enfermeiro: um estudo em um hospital privado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 511-520, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a15.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2012.

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

DUTRA, J. S. **Competências**: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna. São Paulo: Atlas, 2004.

ÉSTHER, Ângelo Brigato. **As competências gerenciais dos reitores de universidades federais em Minas Gerais**: a visão da Alta Administração. Vitória: ENAPG, 2010.

FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Organizado por Jacobo Finkelman. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

FISHMAN, C. **Engines of democracy**. [S.l.]: Fast Company, 1999.

FLEURY, A. C. C.; FLEURY, M. T. L. **Estratégias empresariais e formação de competências**. São Paulo: Atlas, 2000.

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

GALBRAITH, J. R. **Designing organizations**. San Francisco: Jossey-Bass, 1995.

GALLART, M.; JACINTO, C. Competencias laborales: tema clave en la articulación educación-trabajo. Educación y Trabajo. **Boletín**, a. 6, n. 2 p. 13-18, dec. 1995.

GAVRONSKI, A. A. Conselhos de saúde: efetivação da participação da comunidade como diretriz do SUS – a inconstitucionalidade das normas que estabelecem a presidência nata dos gestores. **Revista de Direito Sanitário**, n. 4, jul. 2003.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. 12. Reimp. São Paulo: Atlas, 2009.

GONÇALVES, Ernesto Lima. **Gestão hospitalar**. Administrando o Hospital Moderno. São Paulo: Saraiva, 2006.

GRILO, Ana Monteiro. Temáticas centrais implicadas na vivência da infecção por VIH/sida. **Psic. Saúde & Doenças**, v. 2, n. 2, p.101-118, nov. 2001.

GROVE, A. S. **High output management**. Nova York: Vintage Books, 1995.

GUIMARÃES, Tomás de Aquino. A nova administração pública e a abordagem da competência. **RAP**, Rio de Janeiro, FGV, v. 34, n. 3, p. 125-140, maio/jun. 2000.

HACKMAN, J. R.; OLDHAM, G. Development of the job diagnostic survey. **Journal of Applied Psychology**, 1975.

HANDY, C. **Understanding organizations**. Nova York: Oxford University Press, 1993.

KATZENBACH, J. R.; SMITH, D. K. **The wisdom of teams**. New York: HarperCollins, 1993.

KLEIN, G. **Why won't they follow simple directions?** Across the Board 37, 2000.

KLEMP JR., G. O. Competências de liderança. **Revista HSM Management**, São Paulo, v. 3, n. 17, p. 132-140, nov./dez. 1999.

LATHAM, G. P.; WEXLEY, K. N. **Increasing productivity through performance appraisal**. 2. ed. Reading, MA: Addison-Wesley, 1994.

LAWLER, E. E.; FINEGOLD, D. **Individualizing the organization**: past, present and future. [S.l.]: Organizational Dynamics, 2000.

LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LIMA, Reginaldo de Jesus Carvalho et al. **Inovação e construção de competências no setor público**: a relevância das dimensões social e técnica na modernização organizacional. Vitória: ENAPG, 2010.

LIZARRAGA, M. L. S. A. **Competencias cognitivas em educacion superior**. 1. ed. Madri: Narcea, 2010.

LOPES, Mauricio C. et al. Análise da relação entre aptidões cerebrais e competências gerenciais: o caso de uma empresa têxtil. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 17, n. 1, p.123-136, 2010.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing**: foco na decisão. 3. ed. São Paulo: Pearson, 2011.

MANFREDI, S. M. Trabalho, qualificação e competência profissional - das dimensões conceituais e políticas. **Educação e Sociedade**, v. 19, n. 64, p. 13-49, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-73301998000300002&script=sci_arttext&tlng=es>. Acessado em: 20 nov. 2010.

MATIAS-PEREIRA, José. **Manual de gestão pública contemporânea**. São Paulo: Atlas, 2009.

MATOS, A. J. **Gestão de custos hospitalares**. São Paulo: STS, 2002.

MATTOS, R. A. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/aids: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. In: PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M. S. (Org.). **Saúde, desenvolvimento e política**. Respostas frente à AIDS no Brasil. Rio de Janeiro/São Paulo: ABIA/Ed. 34, 1999.

MCCLELLAND, D. Testing for competence rather than for intelligence. **American Psychologist**, january, 1973.

MEZZOMO, Augusto Antonio et al. **Fundamentos da humanização hospitalar**: uma versão multiprofissional. São Paulo: Loyola, 2003.

MINAS GERAIS. **Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais**. Atendimento Hospitalar. Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/atendimento-hospitalar>>. Acesso em: 4 out. 2011a.

MINAS GERAIS – **Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais**. Organograma. Disponível em: < <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/institucional/estrutura-organizacional-legal>>. Acesso em: 4 de outubro de 2011b.

MINTZBERG, Henry. Burocracia profissional. In: _____. **Criando organizações eficazes**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003. p. 212-238.

MIRANDA, Silvânia Vieira. Identificando competências informacionais. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 33, n. 2, maio/ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ci/v33n2/a12v33n2.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2012.

MIRSHAWKA, V. **Hospital fui bem atendido: a hora e a vez do Brasil**. São Paulo: Makron Books, 1994.

MOHRMAN, S. A. **Integration roles and structures in the lateral organization**. San Francisco: Jossey-Bass, 1993.

MORETTO NETO, Luis; SILVA, João José Cândido da; SCHIMITT, Valentina Gomes Haensel. **Introdução à administração hospitalar**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração, UFSC, 2007.

MOTTA, Fernando; PRESTES, C. **Teoria geral da administração: uma introdução**. São Paulo: Pioneira, 1997. p. 73-100.

MOTTA, Ricardo. A busca da competitividade nas empresas. **Revista de Administração de Empresas** – Executiva, FGV, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 12-16, mar./abr. 1995.

NEWCOMER, Kathryn E. A preparação dos gerentes públicos para o século XXI. **Revista do Serviço Público**, ano 50, n. 2, abr.-jun. 1999. p. 5-18.

OLIVEIRA, F. O.; MARINHO, R. M. **Liderança: uma questão de competência**. São Paulo: Saraiva, 2005.

OSBI, L. C. M. **Estratégias de aprendizagem no desenvolvimento de competências gerenciais: um estudo qualitativo**. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PARRA FILHO, D.; SANTOS, J. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Futura, 2002.

PARRY, S. B. **The quest for competences**, Training, p. 48-54, July 1996.

PAULA, A. P. P. de. **Por uma gestão pública**. São Paulo: FGV, 2005.

PERRENOUD, P. **As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PETERS, T. **The wow project**. Fast company, 1999. Disponível em: <www.fastcompany.com>. Acesso em: 20 jul. 2012.

PICARRELLI, V. F. Gestão por competências é virar as costas aos saberes? **Pátio**: revista pedagógica, Porto Alegre, n. 11, p. 15-19, nov. 1999.

PICCHIAI, Djair. Competências gerenciais – Caso de um hospital público. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 13, n. 52, 2008.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**, 1998. Disponível em: <www.medicina.ufmg.br>. Acesso em: 4 set. 2011.

PRAHALAD, C. K.; HAMEL, Gary. **The core competence of the corporation**. **Harvard Business Review**, Boston, v. 68, n. 3, p. 79-91, may/june, 1995.

PRAXIS, G. **Presenting with power**: a guidebook. Provo: UT, 1994.

PUJOL, J. **Apuntes para una jornada de trabajo sobre noramización de competencias laborales**. Turin: OIT, 1999.

QUINN, Robert . et al. **Competências Gerenciais**: princípios e aplicações. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003

QUINN, Robert. **Beyond Rational Management**: mastering the paradoxes and competing demands of high performance. San Francisco: Jossey-Bass, 1988. Disponível em: <http://openlibrary.org/books/OL2408888M/Beyond_rational_management>. Acesso em: 20 maio 2011.

RABAGLIO, Maria Odete. **Ferramentas de avaliação de performance com foco em competência**. Rio de Janeiro: Qualit Mark, 2008.

REZENDE, Flavio da Cunha. O ajuste gerencial e seus limites: a falha sequencial em perspectiva comparada. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 16, ago. 2008. Suppl.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

RUAS, R. Desenvolvimento de competências gerenciais e contribuição da aprendizagem organizacional. In: FLEURY, M. T. L.; OLIVEIRA JR., M. M. (Org.). **Gestão estratégica do conhecimento**: integrando aprendizagem, conhecimento e competências. São Paulo: Atlas, 2001.

SANDBERG, J. Understanding competence at work. **Harvard Business Review**, v. 79, mar. 2001.

SANTOS, L. **Da reforma do estado à reforma da gestão hospitalar federal**: algumas considerações. [S.l. : s.n.], 2006. Disponível em: <<http://sintufes.org.br/diversos/DA%20REFORMA%20DO%20ESTADO%20A%20REFORMA%20DA%20GEST%20C3%83O%20HOSPITALAR%20FEDERAL%20-%20ALGUMAS%20CONSIDERA%20C3%87%20C3%95ES.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2011.

SANTOS, Antonio Raimundo dos. **Metodologia científica**: a construção do conhecimento. 7. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007.

SIMONS, T. L.; PETERSON, R. S. Task conflict in top management teams: the pivotal role of intragroup trust. **Journal of Applied Psychology**, 2000.

SOLE A. **¿Qué es una empresa?** Construcción de un ideal tipo transdisciplinario. Paris: Work Paper, 2004.

SORIA GALVARRO, M. P. S. Q. **Descentralização da saúde:** análise das disparidades regionais em Minas Gerais. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2007.

SPENCER, L. M.; SPENCER, S. M. **Competence at work:** models for superior performance. New York: John Wiley & Sons, 1993.

TAYLOR, F. W. **Princípios de administração científica.** São Paulo: Atlas, 1990.

TEIXEIRA, C.F. O desafio da qualidade em saúde. Bahia. **Análise & Dados**, v. 6, p. 82-87, 1997.

THOMAS, K. W. **Conflict and conflict management.** Handbook of industrial and organizational psychology. Chicago: Rand McNally, 1976.

TRIOLA, Mario F. **Introdução à estatística.** 10. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2011. 696 p.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais.** 1. ed. São Paulo: Atlas S. A., 2009

VENDEMIATTI, M. et al. **Conflito na gestão hospitalar:** o papel da liderança. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 15, p. 1301-14, 2010. Suppl. 1.

WEBER, Max. **Conceitos básicos de sociologia.** 3. ed. São Paulo: Centauro, 2003.

WINSTON, S. **The organized executive:** new ways to manage time, paper and people. Nova York: Warner, 2001.

WURMAN, R.S. **Information anxiety 2.** Indiana, QUE, 2001.

YIN, Robert K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

YIN, Robert K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZANELLA, L. C. H. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração.** Florianópolis: Departamento de Ciências de Administração, UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2009.

ZARIFIAN, P. **Objetivo competência:** por uma nova lógica. São Paulo: Atlas, 2001.

ZEY, M. **The mentor connection:** strategic alliances within corporate life. New Brunswick, NJ, 1990.

APÊNDICE 1 – Roteiro utilizado para entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE

ENTREVISTA – DIRETORES DOS HOSPITAIS

A. Relacione 5 competências que considera necessárias para um cargo de diretor de hospital. Coloque-as em uma escala de importância.

B. Relacione 5 valores mais relevantes em sua organização. Coloque-os em uma escala de importância.

C. Em sua concepção, deveria existir mais algum valor?

D. Entrevista baseada no modelo de Quinn.

Mentor

Compromisso, moral

Compreensão de si próprio e dos outros, comunicação eficaz, desenvolvimento dos empregados

- 1. Fale sobre seu relacionamento com seus subordinados. Quais habilidades foram necessárias neste relacionamento?*

Facilitador

Participação, abertura

Constituição de equipes, uso de um processo decisório participativo, gerenciamento de conflitos

1. *Quais são os principais conflitos que você enfrenta/enfrentou? Como você tenta resolvê-los?*

Monitor

Documentação, gerenciamento de informações

Monitoramento do desempenho individual, gerenciamento do desempenho e processos coletivos, análise de informações com pensamento crítico

1. *Quais os objetivos e resultados esperados de seu trabalho?*
2. *Quais os principais processos/aspectos mais suscetíveis a falhas e que, por isso, exigem um controle/monitoramento mais acirrado? O que é feito?*
3. *Como você avalia os resultados do seu trabalho?*

Coordenador

Estabilidade, controle

Gerenciamento de projetos, planejamento do trabalho, gerenciamento multidisciplinar

1. *Quais são os projetos que você desenvolve?*
2. *Quais são as principais tarefas ou responsabilidades do diretor hospitalar que influenciam no resultado final de seu trabalho?*

Diretor

Direção, clareza de objetivos

Desenvolvimento e comunicação de uma visão, estabelecimento de metas e objetivos, planejamento e organização

1. *Comente sobre o grau de autonomia como gerente nesta Instituição. Você tem liberdade para tomar decisões de toda ordem?*
2. *Quais as decisões que você gostaria de tomar, mas que é impedido ou não autorizado? O que isso dificulta?*
3. *Quais as competências gerenciais que o diretor hospitalar deve ter para que seu trabalho contribua para o cumprimento da missão organizacional?*

Produtor

Produtividade, realização

Produtividade do trabalho, fomento de um ambiente de trabalho produtivo, gerenciamento do tempo e do estresse

- 1. A quem o diretor hospitalar presta contas de sua atuação? Como isso é realizado?*
- 2. Como você faz para que o trabalho de sua equipe seja mais produtivo?*

Negociador

Crescimento, aquisição de recursos

Constituição e manutenção de uma base de poder, negociação de acordos e compromissos, apresentação de ideias

- 1. Quais são as redes de contatos que o diretor hospitalar precisa mobilizar para sua atuação?*
- 2. Você julga que a experiência adquirida, assim como os conhecimentos obtidos como médico, é suficiente para o exercício da função de diretor hospitalar?*

Inovador

Inovação, adaptação


Convívio com a mudança, pensamento criativo, gerenciamento da mudança

- 1. O que você teve que aprender para ocupar esta função? Como este aprendizado ocorreu?*
- 2. Discorra sobre as principais dificuldades e desafios do exercício da função de diretor hospitalar.*
- 3. Como reagiu e enfrentou essas dificuldades? Recorreu a algum colega ex-diretor ou fez algum treinamento?*

E. Outras perguntas

- 1. Em relação a sua experiência como diretor hospitalar, a seus erros e acertos, quais seriam as habilidades que poderiam ter ajudado a modificar sua história?*
- 2. O(a) senhor(a) continua atuando como médico(a)? Como o(a) senhor(a) concilia as duas funções? Por que o(a) senhor(a) continua (ou não) com a função de médico(a)?*
- 3. Se você estivesse escolhendo um diretor para o hospital, que competências exigiria para esta função? Coloque-as em uma escala de importância.*

APÊNDICE 2 – Questionário a ser aplicado aos diretores dos hospitais

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE	
<p>Esta pesquisa de mestrado em Administração tem por objetivo identificar as competências necessárias aos gestores dos hospitais públicos de Belo Horizonte, na percepção dos sujeitos sociais da pesquisa.</p> <p>Sob a orientação da Prof. Nina Rosa da Silveira Cunha, a mestranda Wânia Candida da Silva solicita e agradece sua participação na pesquisa, e informa que na divulgação dos resultados serão respeitados os princípios de confidencialidade de dados individuais.</p> <p>Contatos: waniacandida@yahoo.com.br - Departamento de Administração UFV: (31) 3899-2890</p>	
<p>A – Assinale seu grau de concordância em relação a cada uma das afirmativas descritas abaixo. Não há respostas certas ou erradas. Responda a todos os pontos da escala.</p>	
Afirmativas	Discordo Totalmente Concordo Totalmente
1. Avalio qual a contribuição de cada um para a organização	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Compreendo bem as reações das pessoas em relação a mim	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Compreendo bem as minhas reações ao me relacionar com outras pessoas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Expresso minhas ideias com clareza	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Escuto a opinião das outras pessoas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. Uso expressões com que as outras pessoas estejam familiarizadas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Proponho aos funcionários projetos desafiadores que os levam ir além de seu nível atual de produtividade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Delego responsabilidades para possibilitar o desenvolvimento e crescimento dos funcionários	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Forneço <i>feedback</i> aos funcionários	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Contribuo prontamente nas reuniões de grupo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11. Incentivo as pessoas a participarem das atividades em grupo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12. Disponho a ajudar os outros a fazerem seu trabalho	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13. Envolver os funcionários nas decisões organizacionais que afetam as atividades por eles desenvolvidas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14. Compartilho a liderança com o grupo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
15. Planejo bem as reuniões do grupo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
16. Mesclo minhas ideias a fim de criar novas alternativas para resolver as controvérsias	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
17. Apresento soluções criativas ao discutir discrepâncias	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
18. Procuro aproveitar as ideias do outro para gerar soluções para os problemas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
19. Converto minhas ideias em argumentação, numa linha de raciocínio que seja convincente para outras pessoas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. Sou capaz de expor minhas ideias com concisão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. Reajo com rapidez aos argumentos alheios	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. Consigo separar as informações úteis das informações irrelevantes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. Arquivo os documentos importantes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24. Mantenho organizadas as informações que recebo (e-mails, correspondências, contratos etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. Tenho conhecimento dos principais fatores que indicam o grau de eficácia de cada processo desenvolvido pelo meu setor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26. Procuo identificar pontos de retenção dos processos do meu setor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27. Procuo me anteceder aos problemas dos processos do meu setor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28. Acompanho o desenvolvimento dos projetos do meu setor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29. Gerencio os projetos de forma a fazer uso mais eficiente possível dos recursos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30. Monitoro se o cronograma dos projetos está sendo cumprido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
31. Valorizo o potencial trazido por cada pessoa para o ambiente de trabalho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32. Esforço-me para que o funcionário tenha consciência da importância do trabalho de cada um	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33. Esforço-me para que o funcionário se identifique com a tarefa desempenhada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34. Adoto focos múltiplos (no paciente, nos processos, na inovação tecnológica) dentro do meu setor sem segmentar a organização de forma a gerar disfunções	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35. Respondo positivamente à contínua elevação dos padrões de desempenho competitivo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
36. Alinho indivíduos e/ou grupos cujas tarefas sejam interdependentes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
37. Busco desenvolver uma visão empresarial que apele para um objetivo comum	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
38. Apresento a visão empresarial de forma que as pessoas possam se visualizar dentro dela	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
39. Acredito pessoalmente na visão empresarial, de modo que suas palavras refletem minhas convicções pessoais	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
40. Estabeleço metas para o meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
41. Estabeleço um plano de trabalho para alcançar as metas do meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
42. Alcanço as metas do meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
43. Distribuo as atividades do meu setor de modo a atingir os resultados almejados de maneira eficaz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
44. Esclareço quem deve realizar cada tarefa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
45. Elucido as linhas de autoridade, especificando quem está subordinado a quem	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
46. Engajo totalmente na atividade em questão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

47. Permaneço envolvido durante a execução da atividade em questão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
48. Tenho confiança na minha capacidade de atingir objetivos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
49. Incentivo o engajamento total dos funcionários nas atividades	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
50. Motivo os funcionários a realizarem um bom trabalho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
51. Concedo recompensa aos funcionários pelo ótimo desempenho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
52. Adoto processos de trabalho que permitem minimizar distrações e interrupções do tempo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
53. Analiso regularmente a minha produtividade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Gerencio de forma tranquila as situações de estresse	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
55. Influencio o fluxo de recursos disponíveis reservados para determinadas metas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
56. Apresento boa capacidade de persuasão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
57. Procuo aumentar continuamente a confiança dos meus colegas de trabalho em relação a mim	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
58. Deixo claro o objetivo do diálogo desde o início da conversa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
59. Busco o respeito mútuo entre as duas partes em um diálogo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
60. Estabeleço diálogos de modo que cada pessoa saiba efetivamente o que a outra está dizendo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
61. Sou capaz de destrinçar as informações, de modo a discutir os fatos com objetividade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
62. Sou capaz de administrar a pressão sem desmoralizar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
63. Consigo lidar com perguntas provocativas em público sem me irritar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
64. Sou aberto às mudanças no ambiente de trabalho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
65. Tenho facilidade de conviver com as mudanças	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
66. Procuo eliminar os fatores de resistência às mudanças	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
67. Costumo ter boas ideias em situações de pressão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
68. Demonstro imenso entusiasmo pelas coisas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
69. Em reuniões, expresso opiniões pouco convencionais, mas instigantes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
70. Planejo bem o processo de implementação das mudanças necessárias	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
71. Busco o envolvimento de todos os funcionários na implementação das mudanças	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
72. Sirvo de modelo de mudança para os demais funcionários	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

B- Utilize o espaço adiante para apontar outras(s) competências(s) não apresentadas e que o diretor do hospital deve dominar.

C – Caracterização do Respondente

1- Hospital

2- Sexo: () Masculino () Feminino

3- Idade: () Abaixo de 30 anos () De 41 a 50 anos () Acima de 60 anos
() De 31 a 40 anos () De 51 a 60 anos


4- Tempo de serviço no hospital: _____ anos e _____ meses

5- Há quanto tempo ocupa o cargo atual? _____ anos e _____ meses

6- Área de Formação:

Grata por sua participação na pesquisa!

APÊNDICE 3 – Questionário a ser aplicado aos gerentes dos hospitais

 <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE</p>					
<p>Esta pesquisa de mestrado em Administração tem por objetivo identificar as competências necessárias aos gestores dos hospitais públicos de Belo Horizonte, na percepção dos sujeitos sociais da pesquisa. Sob a orientação da Prof. Nina Rosa da Silveira Cunha, a mestranda Wânia Candida da Silva solicita e agradece sua participação na pesquisa, e informa que na divulgação dos resultados serão respeitados os princípios de confidencialidade de dados individuais.</p>					
<p>Contatos: waniacandida@yahoo.com.br - Departamento de Administração UFV: (31) 3899-2890</p>					
<p>A – Relacione 5 competências que considera necessárias para o cargo de diretor de um hospital. Coloque-as em uma escala de importância.</p> <p>1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____</p>					
<p>B – Relacione 5 valores que considera mais relevantes em sua organização. Coloque-os em uma escala de importância.</p> <p>1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____</p>					
<p>C – Em sua concepção deveria existir mais algum valor?</p>					
<p>D – Assinale o nível de domínio que, em sua opinião, o diretor do hospital possui em relação a cada uma das afirmativas descritas abaixo. Não há respostas certas ou erradas. Responda a todos os pontos da escala.</p>					
Afirmativas	<table border="1"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Discordo Totalmente</th> <th style="text-align: center;">Concordo Totalmente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</td> <td style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</td> </tr> </tbody> </table>	Discordo Totalmente	Concordo Totalmente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Discordo Totalmente	Concordo Totalmente				
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
1. Avalia qual a contribuição de cada um para a organização	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
2. Compreende bem as reações das pessoas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
3. Compreende bem as suas reações ao se relacionar com outras pessoas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
4. Expressa suas ideias com clareza	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
5. Escuta a opinião das outras pessoas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
6. Usa expressões com que as outras pessoas estejam familiarizadas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
7. Propõe aos funcionários projetos desafiadores que os levam ir além de seu nível atual de produtividade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				

8. Delega responsabilidades para possibilitar o desenvolvimento e crescimento dos funcionários	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Fornece <i>feedback</i> aos funcionários	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Contribui prontamente nas reuniões de grupo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11. Incentiva as pessoas a participarem das atividades em grupo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12. Dispõe a ajudar os outros a fazerem seu trabalho	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13. Envolve os funcionários nas decisões organizacionais que afetam as atividades por eles desenvolvidas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14. Compartilha a liderança com o grupo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
15. Planeja bem as reuniões do grupo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
16. Mescla suas ideias a fim de criar novas alternativas para resolver as controvérsias	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
17. Apresenta soluções criativas ao discutir discrepâncias	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
18. Procura aproveitar as ideias do outro para gerar soluções para os problemas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
19. Converte suas ideias em argumentação, numa linha de raciocínio que seja convincente para outras pessoas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
20. É capaz de expor suas ideias com concisão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
21. Reage com rapidez aos argumentos alheios	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
22. Consegue separar as informações úteis das informações irrelevantes	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
23. Arquia os documentos importantes	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
24. Mantém organizadas as informações que recebe (e-mails, correspondências, contratos etc.)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
25. Tem conhecimento dos principais fatores que indicam o grau de eficácia de cada processo desenvolvido pelo seu setor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
26. Procura identificar pontos de retenção dos processos do seu setor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
27. Procura se anteceder aos problemas dos processos do seu setor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
28. Acompanha o desenvolvimento dos projetos do seu setor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
29. Gerencia os projetos de forma a fazer uso mais eficiente possível dos recursos	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
30. Monitora se o cronograma dos projetos está sendo cumprido	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
31. Valoriza o potencial trazido por cada pessoa para o ambiente de trabalho	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
32. Esforça-se para que o funcionário tenha consciência da importância do trabalho de cada um	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
33. Esforça-se para que o funcionário se identifique com a tarefa desempenhada	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
34. Adota focos múltiplos (no paciente, nos processos, na inovação tecnológica) dentro do seu setor sem segmentar a organização de forma a gerar disfunções	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

35. Responde positivamente à contínua elevação dos padrões de desempenho competitivo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
36. Alinha indivíduos e/ou grupos cujas tarefas sejam interdependentes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
37. Busca desenvolver uma visão empresarial que apele para um objetivo comum	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
38. Apresenta a visão empresarial de forma que as pessoas possam se visualizar dentro dela	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
39. Acredita pessoalmente na visão empresarial, de modo que suas palavras reflitam suas convicções pessoais	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
40. Estabelece metas para o seu trabalho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
41. Estabelece um plano de trabalho para alcançar as metas do seu trabalho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
42. Alcança as metas do seu trabalho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
43. Distribui as atividades do seu setor de modo a atingir os resultados almejados de maneira eficaz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
44. Esclarece quem deve realizar cada tarefa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
45. Elucida as linhas de autoridade, especificando quem está subordinado a quem	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
46. Engaja totalmente na atividade em questão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
47. Permanece envolvido durante a execução da atividade em questão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
48. Tem confiança na sua capacidade de atingir objetivos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
49. Incentiva o engajamento total dos funcionários nas atividades	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
50. Motiva os funcionários a realizarem um bom trabalho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
51. Concede recompensa aos funcionários pelo ótimo desempenho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
52. Adota processos de trabalho que permitam minimizar distrações e interrupções do tempo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
53. Analisa regularmente a sua produtividade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Gerencia de forma tranquila as situações de estresse	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
55. Influencia o fluxo de recursos disponíveis reservados para determinadas metas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
56. Apresenta boa capacidade de persuasão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
57. Procura aumentar continuamente a confiança dos seus colegas de trabalho em relação a ele	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
58. Deixa claro o objetivo do diálogo desde o início da conversa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
59. Busca o respeito mútuo entre as duas partes em um diálogo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
60. Estabelece diálogos de modo que cada pessoa saiba efetivamente o que a outra está dizendo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
61. É capaz de destrinchar as informações, de modo a discutir os fatos com objetividade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
62. É capaz de administrar a pressão sem desmoronar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

63. Consegue lidar com perguntas provocativas em público sem se irritar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
64. É aberto às mudanças no ambiente de trabalho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
65. Tem facilidade de conviver com as mudanças	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
66. Procura eliminar os fatores de resistência às mudanças	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
67. Costuma ter boas ideias em situações de pressão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
68. Demonstra imenso entusiasmo pelas coisas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
69. Em reuniões, expressa opiniões pouco convencionais, mas instigantes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
70. Planeja bem o processo de implementação das mudanças necessárias	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
71. Busca o envolvimento de todos os funcionários na implementação das mudanças	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
72. Serve de modelo de mudança para os demais funcionários	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
E- Utilize o espaço adiante para apontar outras(s) competências(s) não apresentadas e que o diretor do hospital deve dominar.											
F – Caracterização do Respondente											
2- Hospital:											
Setor:											
2- Sexo: () Masculino () Feminino											
3- Idade: () Abaixo de 30 anos () De 41 a 50 anos () Acima de 60 anos () De 31 a 40 anos () De 51 a 60 anos											
4- Tempo de serviço no hospital: _____ anos e _____ meses											
5- Há quanto tempo ocupa o cargo atual? _____ anos e _____ meses											
6- Área de Formação:											

Grata por sua participação na pesquisa!

APÊNDICE 4 – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa conduzida pela Universidade Federal de Viçosa (UFV), Departamento de Administração e Contabilidade do Programa de Pós-Graduação em Administração, em parceria com a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Desde logo fica garantido o sigilo das informações. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Título do Projeto: “COMPETÊNCIAS DOS GESTORES DOS HOSPITAIS DE BELO HORIZONTE NA PERSPECTIVA DOS SUJEITOS”

O sistema de saúde no Brasil tem passado por constantes cobranças e críticas ao longo de toda a sua história. As políticas públicas adotadas pelo Estado para o enfrentamento de problemas de saúde pública representam a resposta oferecida diante da necessidade levantada pela sociedade. A organização hospitalar é, historicamente, avaliada como parte importante do sistema socioeconômico. As transformações que ocorreram nos sistemas de saúde, desde a sua origem, fizeram com que os hospitais fossem entendidos como organizações imprescindíveis na complexidade das ações da rede de saúde de uma região. O objetivo geral desta pesquisa é o de identificar as competências necessárias, na percepção dos gestores de hospitais públicos, para o exercício da função gerencial e relacioná-las com as competências apresentadas na literatura.

Trata-se de estudo exploratório e descritivo, quali-quantitativo, utilizando-se de entrevistas semi-estruturadas aplicadas a gestores públicos, através de questionário próprio. A amostra será composta por 13 hospitais públicos localizados na cidade de Belo Horizonte. As entrevistas e os dados secundários serão analisados através da técnica de análise de conteúdo, sendo facultado seu acesso aos resultados obtidos. Os hospitais participantes serão codificados, não permitindo qualquer tipo de exposição institucional. As perguntas contidas no questionário deverão ser respondidas livremente pelos participantes, com garantia absoluta de sigilo e direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, não havendo nenhum risco, prejuízo ou desconforto que podem ser provocados pela pesquisa.

Pesquisadores Responsáveis: Wânia Candida da Silva (UFV) e Flávio Diniz Capanema (FHEMIG)

Telefones para contato (inclusive ligações a cobrar):

Pesquisadores: Wânia (31) 8345-6297 / Flávio (31) 8858-9998

Departamento de Administração e Contabilidade da UFV: (31) 3899-2890

Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG: (31) 3239-9552

Eu, _____,
Hospital _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “**COMPETÊNCIAS DOS GESTORES DOS HOSPITAIS DE BELO HORIZONTE NA PERSPECTIVA DOS SUJEITOS**” como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelos pesquisadores responsáveis sobre as finalidades e condições da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou constrangimento.

Local e data _____, ____/____/____

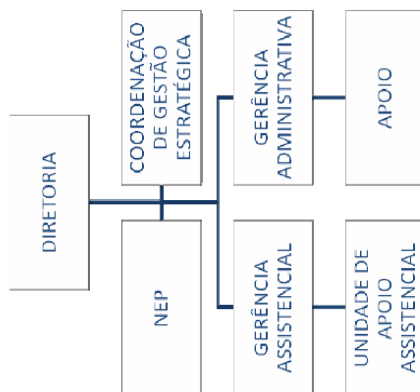
Nome: _____

Assinatura: _____

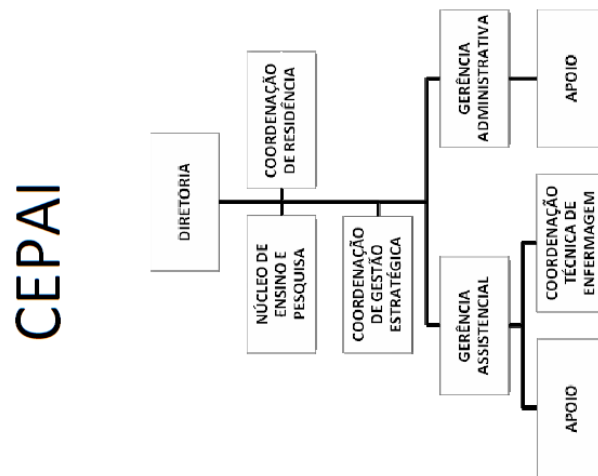
ANEXO 1 – Organograma dos Hospitais

Centro Mineiro de Toxicomania

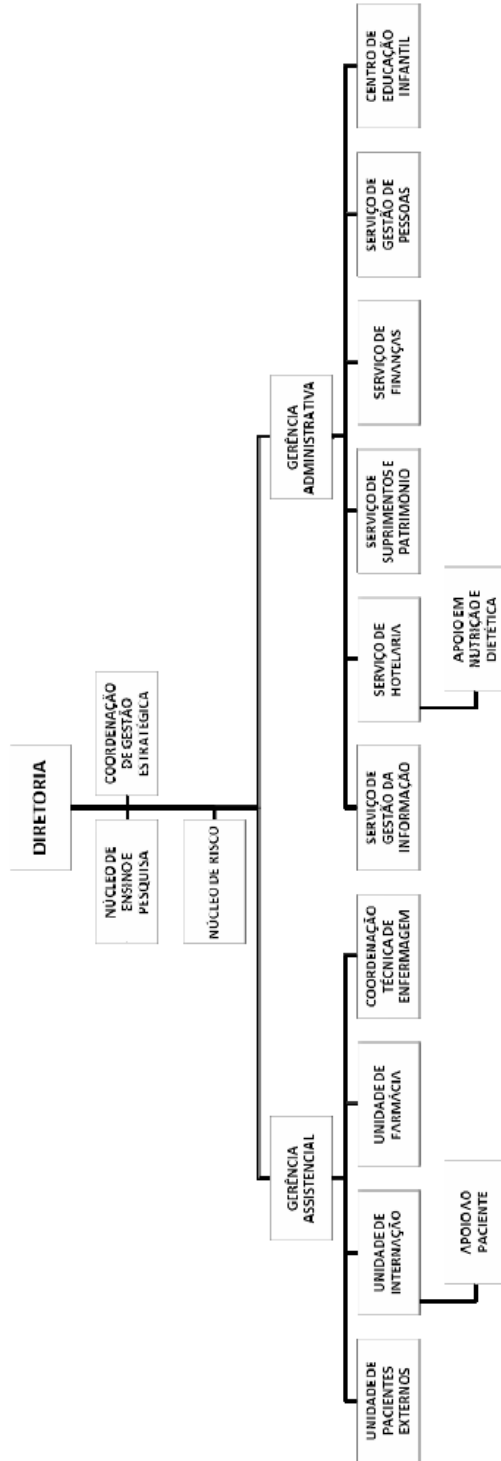
CMT



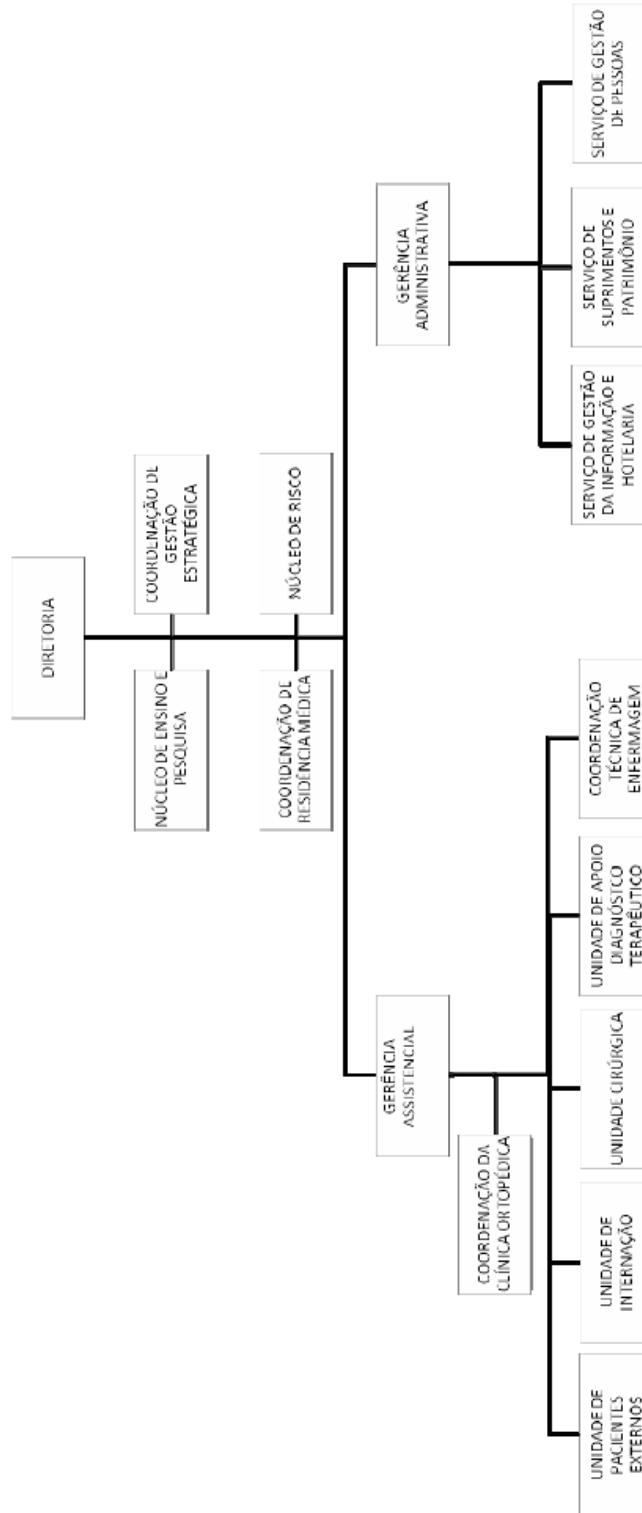
Centro Psíquico da Adolescência e Infância



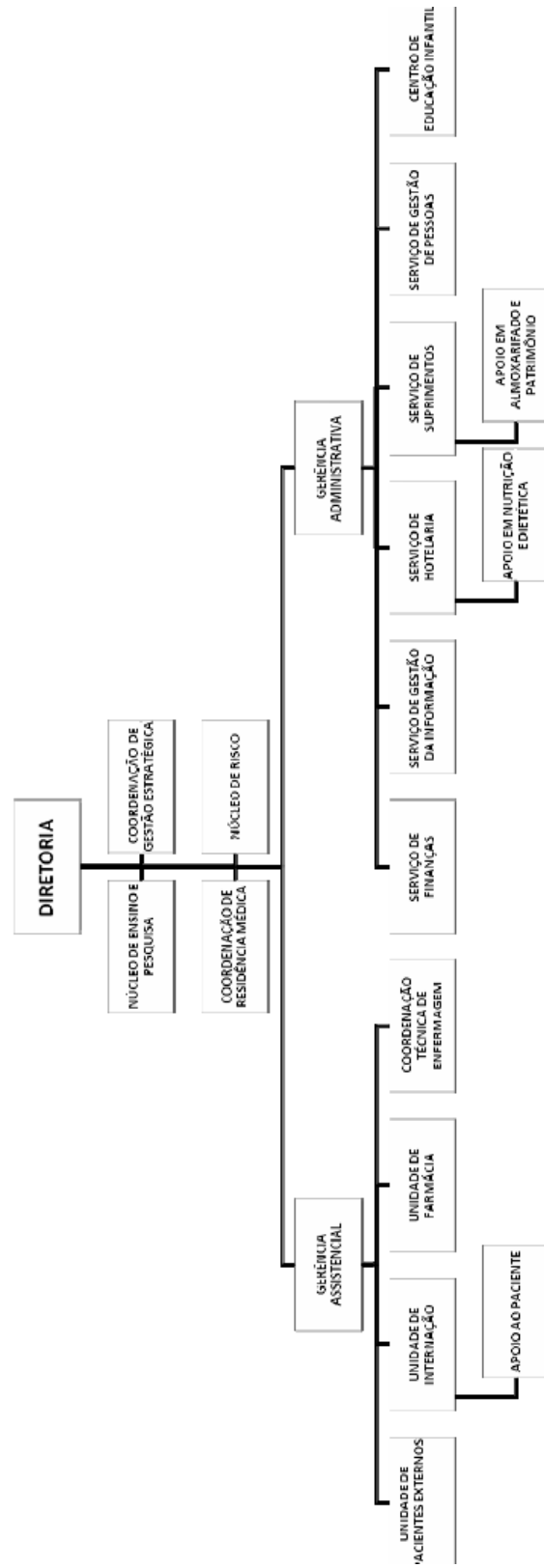
HGV

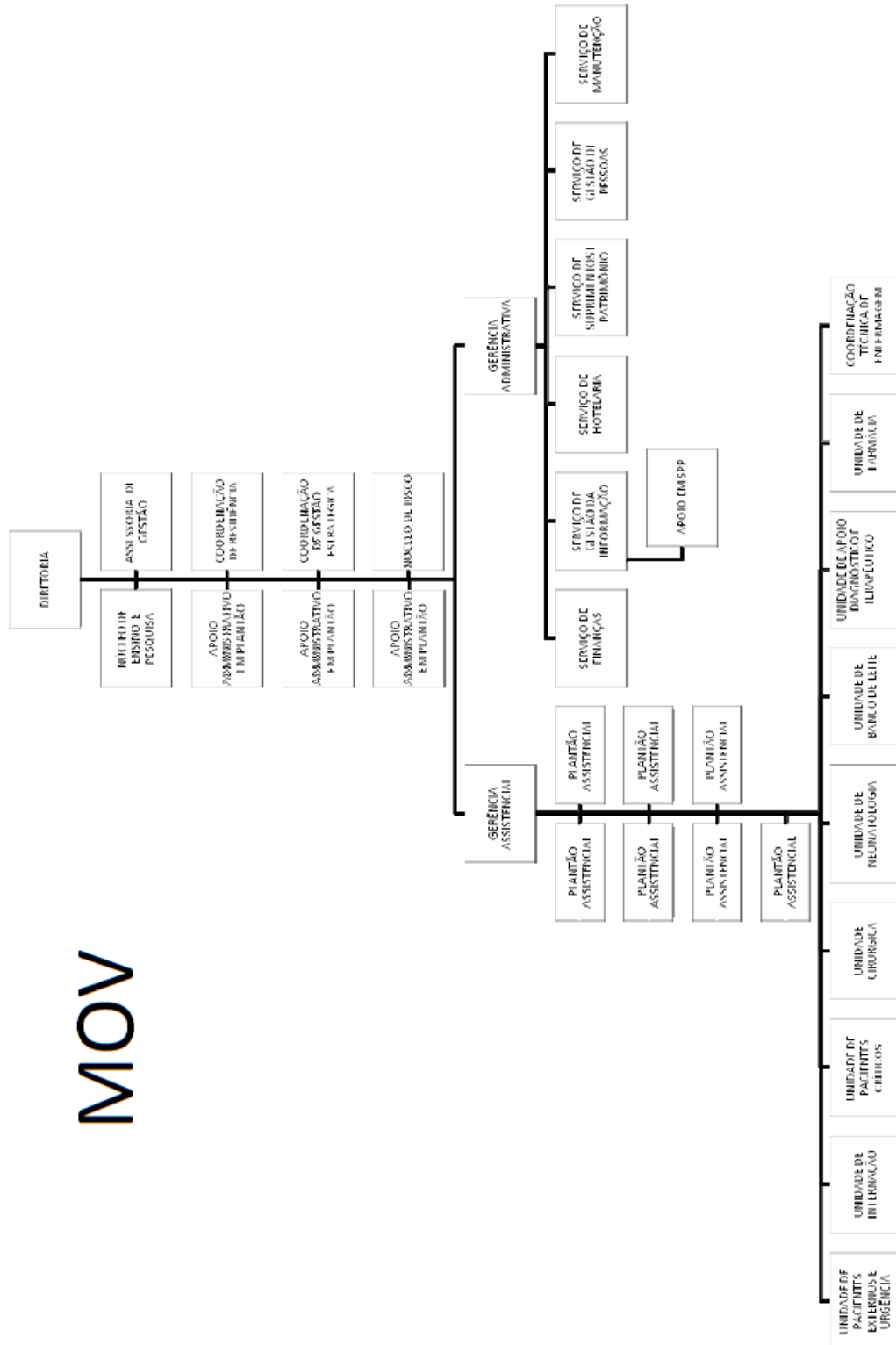


HMAL



IRS





MGTX

