

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E NEGÓCIOS
NÍVEL MESTRADO PROFISSIONAL**

MAIANE BERTOLDO LEWANDOWSKI

**“SABER E SER MÉDICO E O DESAFIO DE APRENDER A SER GESTOR”:
A PRÁTICA DIALÓGICA DOS GESTORES MÉDICOS**

Porto Alegre

2014

Ficha catalográfica

L669s Lewandowski, Maiane Bertoldo
“Saber e ser médico e o desafio de aprender a ser gestor”: a prática dialógica dos gestores médicos / por Maiane Bertoldo Lewandowski. – 2014.
162 f.: il., 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Gestão e Negócios, 2014.
Orientação: Prof^a. Dr^a. Patrícia Martins Fagundes Cabral.

1. Gestores médicos. 2. Instituições hospitalares. 3. Liderança. 4. Identidade ampliada. 5. Gestão estratégica de pessoas. 6. Carreira paralela. I. Título.

CDU 64.024.8

MAIANE BERTOLDO LEWANDOWSKI

“SABER E SER MÉDICO E O DESAFIO DE APRENDER A SER GESTOR”:
A PRÁTICA DIALÓGICA DOS GESTORES MÉDICOS

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão e Negócios, nível Mestrado Profissional, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS.

Orientadora: Prof^a. Dra. Patrícia Martins Fagundes Cabral

Porto Alegre

2014

MAIANE BERTOLDO LEWANDOWSKI

“SABER E SER MÉDICO E O DESAFIO DE APRENDER A SER GESTOR”:
A PRÁTICA DIALÓGICA DOS GESTORES MÉDICOS

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão e Negócios, nível Mestrado Profissional, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS.

Aprovado em 12 de maio de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof. Dr^a Patrícia Martins Fagundes Cabral – UNISINOS

Prof. Dr. Fábio Leite Gastal – UNISINOS e HOSPITAL MÃE DE DEUS

Prof. Dra. Maria de Lourdes Borges - UNILASALLE

Prof. Dra. Cláudia Beatriz Jotz - UNIRITTER

AGRADECIMENTOS

Por mais que a dissertação seja uma tarefa solitária, percebi que a sua realização depende de muitas pessoas, umas que passam, outras que ficam e outras que estão sempre no nosso caminho. Mais do que a minha experiência como pesquisadora, o apoio de pessoas fundamentais fez toda diferença para ter chegado até aqui.

Dedico este trabalho à minha família, que ao longo dos meus trinta e dois anos, sempre fez tudo para que tivesse uma educação de qualidade e fosse uma pessoa especial e uma profissional diferenciada. A distância de nossos quinze anos em cidades diferentes não nos separou, mas reforçou todo o esforço e diferença que fizeram na minha vida.

Também dedico este trabalho à minha irmã, que ao longo de toda nossa jornada de vida, mais do que apoiar, sempre me deu forças para acreditar em minha capacidade.

Agradeço o apoio da instituição na qual trabalho a quatro anos, que aceitou e possibilitou que realizasse o mestrado no meu melhor momento para fazê-lo e que continua apostando em mim, não apenas como Supervisora da Consultoria Interna de RH, mas como pessoa que tenta fazer a diferença a cada dia de atuação.

Agradeço também o apoio de uma pessoa mais do que especial na minha vida, que acompanhou cada passo deste trabalho: a alegria de poder cursar o mestrado, de ser selecionada, os trabalhos e aprendizados em cada disciplina, a angústia de terminar o campo e, especialmente, a ansiedade de realizar e finalizar este trabalho. Se ele não estivesse presente, não estaria escrevendo essas palavras. Obrigada por acreditar em mim a cada dia, e reforçar a minha capacidade e, principalmente, o que “somos juntos”. A tua “energia boa” me contagiou e é essencial a cada manhã.

Expresso aqui o meu agradecimento a todos os gestores médicos entrevistados, que prontamente aceitaram esse desafio, contribuindo de forma valiosa para que esse trabalho fosse realizado.

Por fim, agradeço a minha orientadora, que desde o primeiro dia de mestrado, acreditou em meu potencial e na possibilidade de ousarmos no tema, na abrangência da pesquisa e no método. Aprendi muito com você, Patrícia, e tenho certeza que nossa relação e amizade não terminam aqui.

*"O conhecimento era um bem privado, associado ao verbo saber.
Agora, é um bem público, ligado ao verbo fazer."*

PETER DURCKER

RESUMO

Nas instituições hospitalares, a divisão entre áreas fins (do negócio) e áreas meio (administrativas), repercute na gestão entre duas instâncias: especialistas gestores e gestores administrativos. Historicamente, os médicos vêm ocupando posições executivas nessas instituições, no entanto, ser gestor não costuma ser um desejo ou motivador para os médicos, que encontram seu reconhecimento na especialidade médica escolhida. Em contrapartida, as instituições hospitalares, ao mesmo tempo, têm o desafio de formar, constituir identidade e desenvolver líderes (de formação técnica) na busca de criação de valor. Portanto, neste estudo, procurou-se identificar e analisar que elementos são necessários à preparação dos médicos e das organizações hospitalares nas situações onde os primeiros são designados a funções executivas. Com esse intuito, a pesquisa realizada é de caráter exploratório, tendo como estratégia a pesquisa de campo. Foram realizadas entrevistas qualitativas, semi-estruturadas, com 21 gestores médicos que atuam em instituições hospitalares ligadas à ANAHP – Associação Nacional dos Hospitais Privados. Essas instituições de saúde privadas abrangem quatro Estados brasileiros: RS, SP, MG e DF. Todas as entrevistas realizadas foram gravadas em áudio, transcritas para texto e categorizadas, sendo organizadas e analisadas por meio do *software* de pesquisa qualitativa NVivo 10®. Para discussão e interpretação dos dados de pesquisa, utilizou-se a análise de conteúdo, englobando a análise textual discursiva. Os resultados foram organizados em quatro unidades de análise: integração do gestor médico na cultura hospitalar, compreensão do processo de empoderamento dos médicos nas funções executivas, discussão da identidade profissional do gestor médico e a sinalização de fatores e práticas que contribuem para retenção e desempenho dos médicos nas funções executivas. O gestor médico entende e se reconhece diante desse processo identitário (de médico a gestor médico), mas apresenta inseguranças em se reconhecer plenamente na função de gestão, como ocorre com os executivos convencionais, pois o circuito identitário se dá por meio do seu reconhecimento como médico. O empoderamento executivo linear em outras áreas, como a administração, não ocorre da mesma forma com os gestores médicos, que encaram o aceite à posição como reconhecimento e gratidão (presença de valores pessoais) e não como opção ou escolha de carreira. Desse modo, as contribuições destacadas nessa pesquisa abrangeram a academia, o meio empresarial e os próprios gestores médicos.

Palavras-chave: Gestores médicos. Instituições hospitalares. Liderança. Identidade ampliada. Gestão estratégica de pessoas. Carreira paralela.

ABSTRACT

In the hospital organizations, the division between areas purposes (business) and middle areas (administrative), affects the management between two bodies, managers and administrative specialists managers. Historically, physicians have been occupying executive positions in these institutions, however, be a manager usually not a desire or motivation for physicians, who find their recognition in the medical specialty chosen. In contrast, hospitals, at the same time, have the challenge of forming constitute identity and develop leaders (technical people) in the pursuit of value creation. Therefore, this study sought to identify and analyze what elements are necessary for the preparation of medical and hospital organizations in situations where the former are assigned to executive functions. To that end, the research is exploratory, with the strategy fieldwork. Semi-structured qualitative interviews were conducted with 21 medical managers working in hospitals connected to ANAHP - National Association of Private Hospitals. These institutions of private health cover four Brazilian states: RS, SP, MG and DF. All interviews were audio-recorded, transcribed into text and categorized, and organized and analyzed using the qualitative research *software* NVivo ® 10. For discussion and interpretation of research data, we used content analysis, encompassing discursive textual analysis. The results were organized into four units of analysis: integrating medical officer in the hospital culture, understanding of the empowerment of physicians in executive functions process, discussion of professional identity of medical officer and signaling factors and practices that contribute to retention and performance of medical executive functions. The medical officer understands and recognizes before this identity process (from doctor to doctor manager), but has insecurities are fully recognized in the management function, as occurs with conventional executives because the circuit identity is through their recognition as doctor. Linear executive empowerment in other areas, such as administration, does not occur in the same way with the medical officers, who regard accepted the position as recognition and gratitude (presence of personal values) and not as an option or choice of career. Thus, this research highlighted the contributions spanned academia, the business community and medical managers themselves.

Keywords: Medical managers. Hospital organizations. Lead. Identity extended. Strategic people management. Parallel career.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Tríade justificativa da pesquisa com gestores médicos	19
Figura 2 - Etapas de Pesquisa	44
Figura 3 - Tela Banco de dados NVivo 10® com categorias de análise mapeadas	54
Figura 4 – Gestor médico como ator integrado	57
Figura 5 – Estruturação completa análise de conteúdo utilizando o NVivo 10®	58
Figura 6 – Poder outorgado X Poder do conhecimento.....	75
Figura 7 – Identidade “médico” <i>versus</i> identidade “gestor”	126
Figura 8 – Orientação para desenvolvimento de gestores médicos.....	139
Figura 9 – Principais contribuições da pesquisa.....	147

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese de objetivos, eixos temáticos e autores	40
Quadro 2 – Amostra da pesquisa	47
Quadro 3 – Amostra por função	48
Quadro 4 – Roteiro de entrevista a partir das unidades de análise da pesquisa	51
Quadro 5 – Categorização de nós e subnós a partir do referencial teórico	55
Quadro 6 – Frequências por “nós” e “subnós”	127
Quadro 7 – Matriz sintética de análise: representações de médico e gestor.....	128
Quadro 8 – Práticas de desenvolvimento apontadas pelos gestores médicos.....	132
Quadro 9 – Matriz sintética: Achados e Tensões Dialógicas de Pesquisa	134

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANAHP – Associação Nacional dos Hospitais Privados

CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação

CCIH – Comitê de Controle de Infecção Hospitalar

CEO - *Chief Executive Officer*

CFM – Conselho Federal de Medicina

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CRM – Conselho Regional de Medicina

CTI – Centro de Terapia Intensiva

DF – Distrito Federal

DNA - Ácido Desoxirribonucléico

DRE – Demonstração do Resultado do Exercício

EUA – Estados Unidos da América

IBGC – Instituto Brasileiro de Governança Corporativa

IHI - *Institute for Healthcare Improvement*

JCI – *Join Commission International*

MBA – *Master Business Management*

MG – Minas Gerais

ONA – Organização Nacional de Acreditação

PMI - *Project Management Institute*

POPs – Procedimento Operacional Padrão

POTs – Padrão Operacional Técnico

RS – Rio Grande do Sul

SBV – Suporte Básico de Vida

SP – São Paulo

SUMÁRIO

1 CONTEXTUALIZAÇÃO	14
1.1 Justificativas e Contribuições	17
1.2 Objetivos.....	20
1.2.1 Objetivo Geral	21
1.2.2 Objetivos Específicos	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 Gestão em Organizações Hospitalares.....	22
2.1.1 Histórico e caracterização das instituições hospitalares	22
2.1.2 Gestão em organizações hospitalares	24
2.1.3 Desafios da gestão e inovação em organizações hospitalares	29
2.2 Gestão Estratégica de Pessoas nas Instituições Hospitalares	31
2.2.1 Liderança médica executiva em instituições hospitalares	33
2.2.2 Perspectiva dialógica da liderança nas instituições hospitalares	34
2.3 Identidade Profissional do Gestor Médico	38
3 PERCURSO METODOLÓGICO	42
3.1 Abordagem da Pesquisa.....	42
3.2 Natureza e Objetivos de Pesquisa	43
3.3 Procedimentos de Pesquisa	43
3.3.1 Pesquisa de campo.....	45
3.4 Campo e Sujeitos do Estudo	45
3.5 Coleta de Dados	49
3.6 Codificação e Apresentação dos Dados	52
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	59
4.1 Gestão em Organizações Hospitalares.....	59
4.1.1 Percepções sobre os médicos nas instituições hospitalares	60
4.1.2 Percepções sobre o gestor médico nas instituições hospitalares	63
4.1.3 Percepções sobre os desafios do gestor médico	67
4.2 Liderança Médica Executiva em Instituições Hospitalares.....	72
4.2.1 Atuação do gestor médico frente a outros atores do contexto hospitalar	73
4.2.2 Mudanças nas relações após assumir função de gestão.....	82
4.2.3 Processo de reconhecimento e legitimação na função de gestão.....	86
4.3 Identidade Profissional do Gestor Médico	92

4.3.1 Processo de tomada de decisão para função de gestão.....	93
4.3.2 Direcionamento de carreira como gestor médico.....	102
4.3.3 Significados e representações em “ser médico” e em “ser gestor”	107
4.4 Gestão Estratégica de Pessoas nas Instituições Hospitalares	110
4.4.1 Capacidade dos hospitais em atrair, desenvolver e reter gestores médicos.....	112
4.4.2 Preparação dos gestores médicos para posições de gestão.....	117
4.4.2.1 Aprendizagem prática.....	118
4.4.2.2 <i>Coaching</i>	119
4.4.2.3 Educação formal	120
4.4.2.4 Sucessão	121
4.4.2.5 Tutor (Mentor).....	122
4.4.2.6 Psicoterapia.....	123
4.4.3 O que o médico deve desenvolver para ser um bom gestor	123
5 SÍNTESE DOS RESULTADOS	127
5.1 Práticas de Desenvolvimento dos Gestores Médicos	131
5.2 Recomendações às Instituições Hospitalares	137
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	143
6.1 Limitações e Contribuições da Pesquisa.....	145
6.2 Pesquisas Futuras	147
REFERÊNCIAS	149
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	158
APÊNDICE B – DESENHO GERAL DE PESQUISA	161

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Na área da saúde, especialmente em instituições hospitalares, há uma divisão entre áreas fins e áreas meio, compreendendo-se as primeiras, áreas ligadas diretamente ao atendimento do paciente (emergência, centro cirúrgico) e as segundas, áreas que oferecem todo suporte para que as áreas fins existam (financeiro, recursos humanos, tecnologia da informação, suprimentos).

Uma das maiores dificuldades nesse tipo de organização de serviços é a integração dessas informações, especialmente para tomadas de decisão. Enquanto setor de serviços, o setor de saúde requer atenção, tendo em vista sua complexidade e importância social (SILVA, 2011). O foco nas atividades de cura-doença e na tecnologia médica é explicado historicamente, desde a inserção da medicina e da figura do médico nas instituições hospitalares (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009; SANTOS, 2010). No entanto, o enfoque da cura passa a ser alterado para promoção de saúde e prevenção, dado todos os investimentos tecnológicos em diagnóstico e imagem realizados pelos hospitais.

Tendo em vista essa abordagem, os pacientes não se apresentam mais como passivos e sim como clientes que usufruem uma complexa organização provedora de serviços. Os usuários não são somente pacientes, mas suas famílias e acompanhantes. A qualidade dos serviços assistenciais é influenciada diretamente pela extensa rede de serviços de apoio, tanto administrativos como assistenciais (BORBA; RODRIGUES, 1998; SILVA, 2011).

A liderança, enquanto conceito de pesquisa, vem sendo historicamente trabalhado tanto pela academia, como pelo meio executivo. No entanto, na maioria dos casos, seu ponto central ainda está na figura e atributos do líder, evidenciando uma escassez de pesquisas que fundamentem os fatores implicados nesse construto, bem como discussões e análises que saiam do lugar comum, como verificar a liderança em relação a todos os atores organizacionais. Essa perspectiva linear passa a ser substituída pela perspectiva sistêmico-complexa, demonstrando a dialógica implicada nesse processo (CABRAL; SEMINOTTI, 2009b).

Nesse sentido, o pensamento complexo traz ao contexto o caráter multidimensional do real, onde a lógica predominante é das certezas e incertezas, entre o elementar e o global, entre a unidade e o todo, integrando-os numa concepção abrangente e transformadora. Desse modo, pensar as instituições hospitalares por meio de suas tensões sócio-históricas, é considerar a sua dialógica, fenômeno complexo, associado às contradições que o compõem (CABRAL; SEMINOTTI, 2009b, MORIN, 2005; BOEIRA; VIEIRA, 2010).

As organizações hospitalares têm papel preponderante a cumprir na construção da sociedade, devendo, para tanto, também assumir responsabilidades sociais. As organizações modernas devem preocupar-se e responsabilizar-se pela qualidade de vida, atendendo aos valores básicos, crenças e objetivos fundamentais que norteiam a época e a sociedade na qual estão inseridas (COLAUTO; BEUREN, 2003; SEIXAS; MELO, 2004).

As instituições hospitalares atuam com receitas e despesas, legislação e normativas, questões administrativas e trabalhistas, buscando a maximização do superávit financeiro, indispensável para acompanhar a evolução tecnológica médica e ampliar ou manter seu capital estrutural (COLAUTO; BEUREN, 2003; BERNARDES *et al.*, 2010).

Com relação aos objetivos constitutivos das organizações hospitalares, compreendem a captação, administração e maximização dos recursos, a fim de oportunizar o atendimento médico com segurança e qualidade. Reportando-se aos aspectos gerenciais dessas organizações hospitalares, além de cuidar dos aspectos internos ao negócio, devem considerar os elementos estratégicos norteadores do atual ambiente econômico. Nesse sentido, torna-se relevante sua gestão do conhecimento e aprendizado organizacional (FERREIRA; GARCIA; VIEIRA, 2010; COLAUTO; BEUREN, 2003).

O melhor aproveitamento racional dos recursos, tanto estruturais quanto humanos, é fundamental para uma administração hospitalar bem sucedida e, por essa razão, cada estratégia operacional deve ser direcionada para realização dos objetivos institucionais da organização (COLAUTO; BEUREN, 2003; SEIXAS; MELO, 2004).

Com esse intuito, os hospitais passam cada vez mais a serem profissionalizados, devendo ser tratados como empresas. Contudo, para essa engrenagem funcionar, a capacitação e o conhecimento possuem papel estratégico (MINTZBERG; QUINN, 1996). E nesse contexto, os médicos constituem-se atores fundamentais para viabilizar uma gestão estratégica e operacional eficiente. No entanto, esses profissionais, em sua formação médica, não são preparados para gestão. O foco está no conhecimento técnico dos médicos, que é determinante para a estruturação e condução do modelo de negócio adotado.

Embora represente uma competência buscada individualmente nas empresas, principalmente em seleções para cargos gerenciais, a eficácia da liderança está relacionada a um dado contexto e a seus atores (subordinados, pares e reportes). Enquanto busca-se o mapa, que só é efetivo em caminhos conhecidos, a tomada de sentido da liderança encontra na bússola a sua direção (WEICK, 2001) . No caso do médico, sua posição de poder nessas instituições é explicada historicamente desde o nascimento do hospital e a normatização da

medicina hospitalar (ADAM; HERZLICH, 2001; CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009; SANTOS, 2010).

No ambiente hospitalar, os especialistas são convidados a assumir posições de gestão em suas áreas, pois são as autoridades de conhecimento na área de atuação e frente aos demais colegas, sejam médicos, ou de outras categorias profissionais, como enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos e administradores (VARELA *et al.*, 2010; VENDEMIATTI *et al.*, 2010). E esse novo caminho só apresenta a direção e não o trajeto e, por esse motivo, nesse papel, deverá haver aprendizado e renovação (WEICK, 2001).

As instituições hospitalares ocupam papel central no sistema de saúde e, inclusive, na economia do país. Antes do século XVIII, o hospital era o lugar da assistência aos pobres, onde o doente e o médico não pertenciam a essa instituição. Na própria formação dos médicos, a experiência hospitalar estava excluída, mantendo a condição individualista da formação (ADAM; HERZLICH, 2001; CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009).

O desenvolvimento da ciência médica, em termos de teoria e prática, ocorre no período do Renascimento, superando a hegemonia da Igreja Católica, decorrendo inúmeras inovações ao exercício profissional da medicina, especialmente em instrumentos e equipamentos. Mas somente no século XIX, a partir das descobertas técnico-científicas, que se origina a “medicina moderna” (COE, 1979; SANTOS, 2010).

No hospital, concebido como um espaço de cura e conhecimento, é que o médico passa a ocupar a posição central no espaço hospitalar, deixando em segundo plano os religiosos que prestavam assistência e dominavam a instituição. A arquitetura hospitalar passa a ser de ordem médica, pois é esse ator que dita como os espaços devem ser distribuídos, os processos organizados e os pacientes tratados. Para que esse poder médico fosse enraizado foram inseridos diversos rituais e controles que reforçaram essa condição (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009; VENDEMIATTI *et al.*, 2010).

A constituição de um sistema de registro permanente no hospital, que acumula informações e obriga os médicos a confrontarem conhecimento e experiência determina um campo documental que registra, acumula e forma o saber médico. Está instituído o local de formação dos médicos, onde a medicina se torna uma atividade individualizada e os pacientes passam a ser objeto do saber e práticas médicos (ADAM; HERZLICH, 2001; CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009; VENDEMIATTI *et al.*, 2010).

Desse modo, embora o campo da saúde e, especialmente, o hospital, tenham sofrido significativas mudanças no que tange à profissionalização de sua organização e seus

processos, esse histórico ainda influencia os profissionais que buscam a medicina como profissão e também as instituições hospitalares que entendem ser o médico o profissional mais habilitado a assumir posições executivas, tanto em áreas fim e de receita como em posições de gestão geral.

Essas instituições, em um cenário cada vez mais competitivo e acirrado, constituem-se como empresas, possuindo um sistema de gestão baseado em metas e indicadores, necessários para garantir a sustentabilidade do negócio. O “médico gestor” passa a ser o ator que gera vantagem competitiva à instituição, pois conhece os procedimentos técnicos e a melhor forma de organização dos setores e unidades, podendo alinhá-los às ferramentas de gestão (FERREIRA; GARCIA; VIEIRA, 2010; VENDEMIATTI *et al.*, 2010).

Além da cultura capitalista, a gestão da qualidade e segurança do paciente, preconizada pelas certificações nacionais e internacionais, como ONA - Organização Nacional de Acreditação e JCI - *Join Commission International*, também estão organizadas de modo a garantir a manutenção do “empoderamento” médico nas instituições hospitalares, tendo em vista a classificação de seus processos.

Desse modo, a histórica tensão entre o “saber médico” e o “saber executivo” alavanca o desafio: como formar e desenvolver gestores médicos nas organizações hospitalares, tendo em vista a escolha de carreira médica ser e proporcionar uma formação individualista (NETO, 2000). Essa tensão passa ser verificada em outra instância, saindo do contexto da organização para o contexto individual. A tensão entre saberes não se dá apenas no coletivo – entre médicos e administradores -, mas, inclusive, no contexto individual do médico, que vivencia em si essa dicotomia: “sou médico e preciso aprender a ser gestor”.

1.1 Justificativas e Contribuições

Diante desse contexto, o presente trabalho busca identificar e analisar os elementos necessários à preparação dos médicos e das organizações hospitalares nas situações onde os primeiros são designados a funções executivas. Como norteadora está a tensão entre áreas fim e áreas meio, estabelecidas nas instituições hospitalares a partir do gestor médico, ator que integra essas instâncias em sua atuação, e a tensão individual do gestor médico, que se reconhece como ator médico e se reconhece na função executiva por meio da atividade médica.

A gestão das instituições hospitalares está estabelecida, portanto, na tensão entre essas duas instâncias: especialistas gestores (no caso do referido trabalho, gestores médicos) e

gestores administrativos (como, por exemplo, gerente de recursos humanos, gerente financeiro, gerente de suprimentos, etc.). O processo dialógico da liderança nas instituições hospitalares parece mais desafiador do que em outras instituições, devido ao fato dos gestores administrativos terem que entender a lógica e processos técnicos, mesmo não atingindo o conhecimento dos médicos nessa área. Já os médicos podem se apropriar de ferramentas e práticas de gestão (MINTZBERG, 1996).

No entanto, ser gestor, não costuma ser um desejo ou motivador para os médicos, que encontram seu reconhecimento no quão especialista (e referência) se constitui na área de atuação escolhida (NETO, 2000). A medicina é escolhida por profissão por diversos motivadores, mas não, necessariamente, pelo desejo de liderança e gestão. Essa informação é corroborada pela quase inexistência de disciplinas na graduação sobre gestão e liderança (WEBER, 2010; COSTA, 2007).

Em contrapartida, as instituições hospitalares, ao mesmo tempo, têm o desafio de formar, constituir identidade, reter e qualificar a performance de seus profissionais na busca de criação de valor. A complexidade aumenta à medida que os profissionais na área da saúde mantêm, em sua maioria, dois ou mais vínculos empregatícios. Os médicos, mesmo ocupantes da posição de gestão, continuam mantendo suas atividades de médicos na mesma instituição ou em outros hospitais. O discurso de um gestor médico ilustra essa questão: “*Médico eu sempre serei, gestor eu estou*”.

Essa fala médica cotidiana impacta diretamente no trabalho da Consultoria de Recursos Humanos, que precisa trabalhar todos os seus programas e projetos com os médicos, que não aderem da mesma forma que as demais categorias profissionais. Para serem eficientes em relação aos médicos, os processos de recursos humanos precisam ser tratados de modo diferenciado, especialmente em relação à gestão do desempenho (e sua formalização enquanto registro), e ao delineamento de possibilidades de desenvolvimento e carreira. Enquanto profissional de recursos humanos, a pesquisadora e colegas necessitam trabalhar cotidianamente esses processos junto aos médicos contratados pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) e os gestores médicos, tendo em vista a avaliação ser realizada via sistema por esses últimos.

Os médicos contratados pelo hospital são trazidos à seleção pelos próprios gestores médicos das áreas, que os conhecem de outros hospitais (onde atuam juntos) ou de sua experiência docente (onde foram seus alunos e residentes). O maior quantitativo de médicos em um hospital é constituído como corpo clínico, o que constitui um complicador para atuação da área de recursos humanos. Eles não possuem contrato CLT com o hospital, sendo

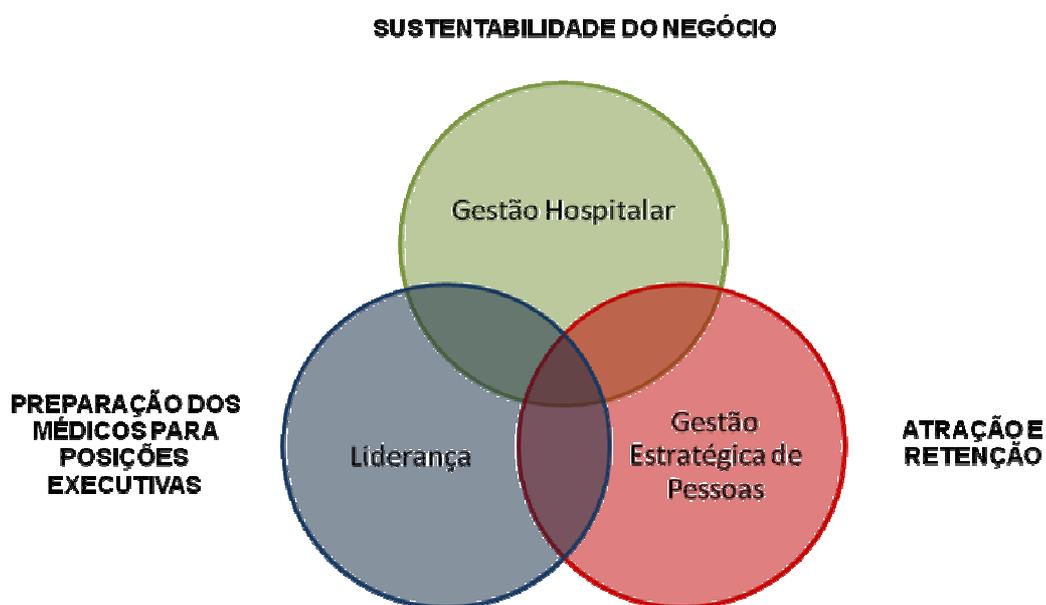
clientes dessa estrutura, pois elegem o hospital onde realizarão a cirurgia, por exemplo, e produtores, trazendo receita, associando “seu nome” à especialidade do hospital.

Desse modo, como fica o processo de avaliação de desempenho desse médico do corpo clínico? A acreditação internacional, como a JCI, preconiza que todos deverão ser avaliados, tendo sua competência avaliada e comprovada, especialmente, o corpo clínico. Nessa nomenclatura, estão inclusos todos os médicos, não importando o regime de contratação. Como a área de recursos humanos pode engajar os médicos nesse processo, apoiando e preparando os gestores médicos? Como essa integração de cultura será evidenciada no cotidiano, englobando gestores médicos, corpo clínico e processos de recursos humanos?

Aliado a isso, como formar e desenvolver gestores médicos? Esse desafio ainda é mais complexo, no tocante à gestão estratégica de pessoas, quando se trata de um profissional especializado, escasso no mercado de trabalho dependendo da especialidade, e que não almeja ser gestor, pois sua identidade profissional está ligada ao exercício da medicina.

Na compreensão desta pesquisadora, a decisão por esse tema também foi delineada por ser um de seus desafios trabalhar no desenvolvimento desses gestores médicos de forma a atender a exigência organizacional e, ao mesmo tempo, contribuir para que esse processo/produto seja significativo para eles.

A figura síntese exemplifica a tríade que mobiliza o estudo sobre os gestores médicos:



Fonte: Elaborado pela autora.

Essa complexidade das instituições de saúde exige forte questionamento sobre as práticas atuais e um posicionamento estratégico que inclua a revisão de paradigmas e inovação na gestão e no modelo de assistência, adotado pelas instituições hospitalares. Para competir, em um ambiente cada vez mais imprevisível e complexo, o aprendizado continuado torna-se vital para garantir o diferencial das organizações (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009; LOTTENBERG, 2007).

Essa nova forma de gestão da qualidade, profissionalizada, com metas, indicadores e evidências são exemplos desse novo modelo de gestão para o qual o médico, além da sua especialidade, não está preparado para exercer (BOEGER, 2002; DIAS, 2003; GASTAL; ROESSLER, 2006; TARABOULSI, 2003). A eficiência e sustentabilidade do negócio estão diretamente relacionadas à profissionalização dos processos de gestão, o que remete à liderança executiva assumida e exercida. A dualidade – gestores (administradores) e assistência (médicos e assistência) - é evidenciada em diversos momentos de decisão, sendo esses atores protagonistas de vários conflitos no contexto hospitalar.

A atualização técnica verificada na evolução do exercício da medicina enquanto profissão e campo de atuação¹, não acompanha a atualização de identidade do médico, que não se identifica como gestor. Por esse motivo, a discussão travada aqui é anterior às análises e perspectivas de carreira ou competências necessárias a serem desenvolvidas na função de gestor médico.

Sob esse contexto, a presente pesquisa propõe respostas que expliquem a seguinte questão problema: **Que elementos são necessários para que os médicos, ao assumirem funções executivas, estejam preparados para os desafios da gestão hospitalar?**

1.2 Objetivos

Para o desenvolvimento desta pesquisa este subitem apresenta o objetivo geral e objetivos específicos.

¹ Para maiores detalhes sobre as mudanças nas relações sociais de trabalho na Medicina e nos currículos de formação profissional sugere-se a consulta às obras de Campos (1988), Coe (1979), Luz (1988), Silva Júnior (1998).

1.2.1 Objetivo Geral

Identificar e analisar os elementos necessários à preparação dos médicos e das organizações hospitalares nas situações onde os primeiros são designados a funções executivas.

1.2.2 Objetivos Específicos

Para sua realização, são colocados os seguintes objetivos específicos, norteadores da presente pesquisa:

- ✓ Discutir o papel profissional do gestor médico, especialmente no que tange a ampliação da identidade profissional;
- ✓ Compreender e analisar o processo de “empoderamento” dos médicos nas funções executivas;
- ✓ Analisar a integração do gestor médico na cultura das instituições hospitalares, apreendendo todas as “tensões” envolvidas;
- ✓ Sinalizar fatores que contribuam para retenção e o desempenho dos médicos nas funções executivas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para melhor compreensão e atendimento dos objetivos descritos, o referencial teórico está dividido em quatro eixos de análise:

- a) Gestão em organizações hospitalares;
- b) Gestão estratégica de pessoas em instituições hospitalares;
- c) Liderança médica executiva em instituições hospitalares;
- d) Identidade profissional do gestor médico.

2.1 Gestão em Organizações Hospitalares

2.1.1 Histórico e caracterização das instituições hospitalares

No Brasil, a primeira instituição hospitalar, a Santa Casa de Misericórdia de Santos, do século XVI, traz em si características dos hospitais europeus (MIRSHAWKA, 1994; GONÇALVES, 1983).

Historicamente, a maioria dos gestores hospitalares são médicos e enfermeiros que aprenderam a coordenar o hospital na prática do dia-a-dia. A prevalência do aspecto técnico acompanha a gestão das organizações hospitalares na sua origem (MALIK; TELES, 2001).

A administração dos hospitais no Brasil, assim como no mundo, sempre ocorreu por meio de médicos, enfermeiros, religiosos ou pessoas representativas da comunidade, constituindo curadorias e conselhos.

O modelo dos hospitais no Brasil é herança da Europa, com suas estruturas e processos de funcionamento, construídos no período entre guerras, período este que exigiu a criação de hospitais militares em grande número.

Desse modo, a visão empresarial não estava atrelada aos hospitais, identificados como instituições de caridade. Esse fato repercute até os dias atuais, com a dificuldade ou desconforto em caracterizar os hospitais como “negócios”. Dificuldades de gestão e recursos tangíveis e intangíveis são frutos dessa história.

Os usuários das organizações hospitalares passam por crises e situações limite para a resolução de seu processo saúde-doença (PITTA, 1990). Condições que reforçam essa situação são a diversidade de serviços prestados e as inúmeras categorias profissionais presentes em um mesmo ambiente. Esse conjunto, por si só, já exemplifica a complexidade do segmento.

Para gerir essa complexidade, os hospitais têm sido administrados por profissionais com formação híbrida, em seu nível estratégico, que integram conhecimentos das duas lógicas predominantes, a técnica (especialista) e a gestão (administração). Essa seria uma forma de integrar instâncias e minimizar conflitos (McCONNEL, 2002; GRIFFITH, 1999; VARELA *et al.*, 2010).

Nas instituições hospitalares, o conhecimento técnico permeia todo seu espaço, por meio de processos tangíveis, como a organização de funções e procedimentos a comportamentos e atitudes intangíveis. Dessa forma, espaços de poder são constituídos, moldando os atores e sendo moldados por eles.

Para que a instituição hospitalar possa atingir seus resultados, produzindo seu produto fim – o diagnóstico tratamento e cura do usuário -, torna-se necessária a articulação de toda sua diversidade, englobando produtos e processos interdependentes (LIMA; BARBOSA, 2001). Essa dinâmica, associada ao compromisso da sustentabilidade financeira e humana desafia seus dirigentes a tentar buscar a melhor forma de atuação, tanto assistencial, como administrativas, constituindo espaços propícios à inovação.

O desenvolvimento e a aplicação de tecnologia nessas instituições canalizaram muitos investimentos durante décadas, em detrimento da qualidade e segurança do paciente, bem como às práticas de gestão. Desse modo, o enfoque dos gestores em saúde é modificado, direcionando-se para garantia da maior qualidade possível ao usuário de seus serviços, à integração de seus ativos intelectuais, o atendimento à comunidade e a atenção e educação do seu conselho superior (PITTA, 1990; ROBERTS; CONNORS, 1998).

A diversidade de serviços oferecidos pelos hospitais torna a sua administração complexa e dispendiosa, fazendo de seu acompanhamento e controle extremamente desafiadores. Mas para assegurar esse controle, a amplitude de conhecimentos é indispensável, justamente para ser possível apreender todos os componentes de uma instituição hospitalar e integrá-lo. Nesse sentido, monitorar o desempenho e a utilização dos recursos nos hospitais requer desvendar uma verdadeira “caixa preta” (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

A liderança nessas instituições requer a compreensão das responsabilidades dos profissionais, bem como o entendimento da sua articulação para um desempenho efetivo. Desse modo, a responsabilidade está associada à autoridade, especialmente no que tange ao cumprimento dos regulamentos e leis frente à comunidade e usuários (JCI, 2011).

As instituições de saúde, constituídas por duas partes indissociáveis, de um lado, a gestão do negócio e do outro, a gestão assistencial, como cara e coroa de uma mesma moeda,

necessitam desenvolver e se apropriar de novas formas de relacionamento entre seus atores, assim como novos meios de gestão das atividades. Pelas características do segmento, cabe aos gestores apresentarem atributos excepcionais para conciliar e alinhar interesses, valores entre cada lado da moeda, a fim de garantir a sustentabilidade do negócio, junto à qualidade de segurança do paciente (NETO, 2008; PORTER; TEISBERG, 2007).

2.1.2 Gestão em organizações hospitalares

As organizações hospitalares têm papel preponderante a cumprir na construção da sociedade, devendo, para tanto, também assumir responsabilidades sociais. As organizações modernas devem preocupar-se e corresponsabilizar-se pela qualidade de vida, atendendo aos valores básicos, crenças e objetivos fundamentais que norteiam a época e a sociedade na qual estão inseridas (COLAUTO; BEUREN, 2003; SEIXAS; MELO, 2004).

O conhecimento especializado, associado ao capital intelectual, deve ser continuamente administrado e transformado. Nas instituições hospitalares o cuidado e segurança do paciente são diretamente proporcionais aos ativos intelectuais da organização. Nesse campo, as experiências individuais, e de cunho tácito, de cada profissional necessitam ser refletidas nas estratégias e práticas em todos os níveis da cadeia de valor. O conhecimento dos profissionais, enquanto recurso intangível, cria inovações radicais na gestão e na cultura organizacional (BANSAL, 2001; VARELA *et al.*, 2010).

Ao delinear as instituições hospitalares como um ambiente propício para o compartilhamento do conhecimento, esse propicia a redução do tempo de ciclo dos serviços, diminuição dos custos, geração de mais investimentos e a melhoria do atendimento e satisfação dos clientes-usuários. Nesse sentido, o aprendizado contínuo de todas as categorias profissionais e níveis deve ser incentivado e desenvolvido (COLAUTO; BEUREN, 2003; BANSAL, 2001).

Em termos de organização do trabalho, duas exigências estão postas: a divisão do trabalho (execução) e coordenação do trabalho (resultado). Em contrapartida, encontram-se poderes distribuídos na estrutura organizada de trabalho, como o poder dos recursos, o poder da posição e o poder técnico (MINTZBERG, 1995; HANDY, 1993; BERNARDES *et al.*, 2010).

Na área da saúde, especialmente em instituições hospitalares, a divisão do trabalho é evidenciada entre áreas fins (áreas de receita) e áreas meio, compreendendo-se as primeiras, áreas ligadas diretamente ao atendimento do cliente (emergência, centro cirúrgico) e as

segundas, áreas que oferecem todo suporte para que as áreas fins existam (financeiro, recursos humanos, tecnologia da informação, suprimentos).

Diferente de outros tipos de empresa, a gestão hospitalar agrega em sua essência particularidades a serem consideradas, como o objetivo de se constituírem ambientes propícios para ensino e pesquisa; existência de contrastes emocionais (nascimentos/mortes, cura/doença); equipes de trabalho heterogêneas (de gestores a médicos tecnicamente especializados aos funcionários da higienização e manutenção); personalização dos serviços prestados (característico do setor de serviços); atividade ininterrupta e situações onde a autoridade técnica (médica) prevalece sobre a autoridade administrativa (SEIXAS; MELO, 2004).

Para a perpetuação do negócio, tendo em vista o êxito da assistência, torna-se necessário equilibrar três condições: sistema de gestão, profissionais existentes e recursos tecnológicos disponíveis. Ao considerar que a sustentabilidade está ligada a uma assistência eficaz e de qualidade, a saúde dos pacientes/clientes torna-se responsabilidade de todos (BANSAL, 2001; SEIXAS; MELO, 2004).

Apesar disso, verifica-se no segmento hospitalar uma desconexão entre seus “poderes”, divididos em quatro esferas de atividades: governo (regulação e imagem à comunidade), médicos (cura), enfermagem (cuidado) e gestores (controle). A solução para garantir a sustentabilidade do negócio estaria ligada a três condições: 1) compartilhamento de valores entre esferas; 2) exploração do sentimento de adesão de todos os atores ao hospital, a partir de seus valores; e 3) discussão consistente com a categoria médica sobre seu poder e importância para perpetuação do negócio (VARELA *et al.*, 2010).

Desse modo, uma das maneiras práticas de garantir esse alinhamento entre esferas, atuando na adesão e pertinência dos atores seria a designação de médicos para cargos executivos, como aliança estratégica, para, em um segundo momento, investir na aliança entre médicos e gestão (liderados por gestores médicos e gestores executivos). Uma das maiores dificuldades nesse tipo de organização de serviços é a integração desses atores e informações, especialmente para tomadas de decisão. Enquanto setor de serviços, o setor de saúde requer atenção, tendo em vista sua complexidade e importância social (VARELA *et al.*, 2010; SILVA, 2011).

A partir desse ponto, compreende-se porque a inter-relação entre a operação e a estratégia corporativa, por vezes, não é facilmente compreendida, não atingindo o resultado esperado. Embora a lógica seja, *a priori*, simples, de um lado, a estratégia competitiva do hospital, que coloca exigências específicas sobre a operação, e por outro lado, a postura e

entrega da operação que devem ser projetadas especificamente para cumprir a tarefa exigida por planos estratégicos, o processo é verdadeiramente complexo. É nos fatores que determinam a vinculação entre estratégia e operações, sustentada pela diversidade hospitalar apontada anteriormente, que a falha padrão acontece (SKINNER, 1969; SEIXAS; MELO, 2004).

A simples delegação dos altos executivos para os demais níveis, evitando o envolvimento e desconhecendo outras questões específicas, como processos técnicos e especialidades, no caso da saúde, comprometem a interface eficaz do modelo de gestão (gestão médico-assistencial e gestão executiva). Esse desajuste é resultado da combinação de dois fatores (SKINNER, 1969).

O primeiro fator trata-se do sentimento de inadequação por parte do alto escalão das organizações em relação à gestão da operação, por ser esta considerada uma área muito técnica. Nos hospitais, ao ocupar uma dessas posições executivas, o gestor médico minimizaria esse conflito. Já o segundo fator compreende a falta de consciência entre os executivos de que essa designação dos gestores médicos não garante a sustentabilidade, envolvendo *trade-offs* organizacionais e individuais que deverão ser trabalhados para atender objetivos estratégicos corporativos (SKINNER, 1969; VARELA *et al.*, 2010).

Em alguns hospitais, esse desajuste é minimizado pela aproximação entre estratégia e operação. Dos cargos executivos mais altos, boa parte são ocupados por médicos. Nas áreas operacionais, como emergência, centro de terapia intensiva, centro obstétrico, os gestores responsáveis são médicos. Contudo, o médico, que é formado para uma atuação profissional técnica, acaba por apresentar um *gap* importante na compreensão da microeconomia da firma hospitalar.

Aliado ao modelo de gestão executivo, além das áreas de receita, alguns hospitais compreendem especialidades médicas, estruturadas como institutos, onde o chefe da especialidade também é médico. A definição da especialidade dos institutos é baseada em um conjunto de fatores, como a preparação das áreas do hospital para atendimento dessa demanda de pacientes, o equilíbrio positivo entre a possibilidade de receita e de despesa que essa especialidade proporcionará. Uma forma de projetar essa possibilidade de forma satisfatória é compreender que esses institutos operam como setores terceirizados, minimizando despesas de quadro funcional, por exemplo, e gerando receita para a especialidade e o hospital.

Essa não é uma tendência recente em setores industriais, por exemplo, sendo bastante novo no segmento hospitalar. No início do século XX, na era de Henry Ford, bem como no final da década de 90, no Brasil, a terceirização representou a tendência mais assertiva no

momento, pois as organizações passaram a focar em suas competências centrais. Caracterizada como inflexível e geradora de custos, a integração vertical acaba perdendo espaço nas tendências e estudos recentes que demonstram as vantagens da terceirização. Contudo, é importante questionar que muitas áreas terceirizadas são de alto valor agregado, englobando tecnologia e desenvolvimento (HAYES *et al.*, 2008).

Os ganhos de escala em custos e ciclo de desenvolvimento do produto podem ser determinados pelo uso eficaz de fornecedores, como no caso da indústria automobilística. Desse modo, a vantagem da terceirização está nas “economias de especialização” ou foco, acarretando um melhor desempenho nas competências organizacionais centrais ou relevantes e custo direto mais baixo (representado pelos salários).

A necessidade de sustentabilidade das instituições hospitalares tem identificado um novo tipo de executivo, o *gerente profissional*, que converge em seu papel a qualidade, voltada ao cuidado médico-assistencial e também aos desejos dos clientes. Desse modo, haverá aumento na procura pelos serviços do hospital pelos mesmos clientes, retroalimentando a eficiência e qualidade assistencial (NEIRA, 2000; SEIXAS; MELO, 2004).

Ao serem consideradas instituições com processos interdependentes e de multiprodutos, os hospitais devem estar articulados para atender sua produção: diagnóstico e tratamento dos pacientes (LIMA; BARBOSA, 2001). O foco nas atividades de cura-doença e na tecnologia médica é explicado historicamente, desde a inserção da medicina e da figura do médico nas instituições hospitalares (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009). No entanto, atualmente, o enfoque da cura passa a ser alterado para promoção de saúde e prevenção, dado todos os investimentos tecnológicos em diagnóstico e imagem realizados pelos hospitais.

Os médicos, justamente por seu conhecimento técnico e por seu papel na instituição hospitalar, são fundamentais para as operações das áreas de receita, sendo convidados a assumir posições executivas, respondendo pelo resultado econômico-financeiro das mesmas. Com o decorrer do tempo, e a necessidade de profissionalização dessas instituições, tornou-se necessário que os médicos também assumissem posições na alta gestão, atuando na elaboração das estratégias do todo.

Ao problematizar essa questão podem-se considerar dois aspectos: o modelo hospitalar remete ao período no qual a figura do médico passa a ocupar sua posição de poder dentro dessa instituição e onde a tecnologia predominante é a da cura-doença. Em contraposição, a tecnologia preconizada atualmente nas mesmas instituições hospitalares é da promoção de

saúde. No que tange ao modelo de gestão, frente ao discurso adotado pelas instituições hospitalares: investimentos em diagnóstico e imagem, tratamentos preventivos, estaria a formação do médico acompanhando essa mesma tecnologia discursiva? (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002).

Outro ponto essencial a ser considerado são as diferenças entre as organizações hospitalares e outras organizações, como setor industrial e outros serviços. Dentre essas diferenças é relevante apontar: 1) a dificuldade de mensurar o produto hospitalar; 2) a existência de dupla autoridade gerando conflitos; 3) a preocupação dos médicos com a profissão e sua atuação individual e não com a organização e a gestão; 4) a alta complexidade, característica do segmento, especializada e composta por diversas categorias profissionais; 5) tecnologia de ponta, que exige cada vez mais domínio por parte da estrutura; 6) a produtividade garantida pela combinação de diferentes atuações no mesmo local; 7) atribuição de gestão estratégica e operacional ao profissional dito mais especializado na estrutura, o médico (RUTHES; CUNHA, 2007).

As habilidades e a formação do quadro de pessoal, a estrutura organizacional complexa e a especificidade dos serviços prestados tornam efetivamente difícil o gerenciamento e o controle das atividades nas organizações hospitalares. Para alcançar uma gestão eficiente e a prestação de serviços de qualidade, as organizações hospitalares necessitam combinar recursos humanos, tecnológicos e financeiros. Torna-se imprescindível também a profissionalização da gestão hospitalar, qualificando-se especialmente os gestores médicos dessas organizações, justamente por serem articuladores tanto internos - outros médicos, diretoria, enfermagem, administrativos, quanto externos - pacientes, outros médicos, organizações de saúde (CASTELAR; MORDELET; GRABOIS, 2003; GUPTILL, 2005).

Reconhecendo que a análise dos resultados é uma das principais ferramentas que possibilitam a avaliação da gestão nas organizações hospitalares, a avaliação do desempenho é uma das principais preocupações (SCHIESARI; KISIL, 2003). As comparações entre diferentes organizações, hospitalares e de outros segmentos, também integram os processos avaliativos, pois os gestores médicos devem prestar contas e monitorar diversos indicadores tanto assistenciais como econômico-financeiros.

Essa separação é apenas didática, pois nos hospitais, como já mencionado, os resultados econômico-financeiros só serão atingidos quando os indicadores assistenciais corresponderem. Dentre esses indicadores, destacam-se: taxa de ocupação, relação enfermeiro-leito, receita média por paciente, produtividade do custo com pessoal, custo médio por paciente, taxa de infecção (SOUZA *et al.*, 2009).

A importância dos indicadores hospitalares pode ser atribuída ao fato de que a avaliação de resultados possibilita definir a eficiência de uma gestão organizacional, assim como a aplicação adequada de recursos. Além disso, sabe-se que informações sobre o desempenho da organização podem gerar vantagem competitiva e produtiva aos hospitais (SOUZA *et al.*, 2009).

Para garantir mais segurança aos pacientes, bem como garantir a eficiência da gestão estratégica e operacional, gerando vantagem competitiva frente à concorrência, as creditações nacionais e internacionais constituem estratégias importantes nesse cenário. Elas possibilitam, inclusive, a aproximação da estratégia e operação, pois todos passam a atuar em busca de um objetivo comum, tornando a estratégia ação e conhecimento cotidiano. No entanto, a estrutura das próprias creditações fortalece a distinção e posicionamento médico nas instituições hospitalares, pois a análise de cada processo é distribuída em corpo clínico, corpo assistencial e outros corpos.

2.1.3 Desafios da gestão e inovação em organizações hospitalares

Diferente de segmentos como tecnologia e comunicação, os serviços em saúde não acompanharam as mudanças e adaptações em gestão, tornando seu acesso restrito. A saúde em termos de valores é bastante cara, pois está atrelada a profissionais bastante especializados e qualificados. Se a educação superior, aparelhos eletrônicos (como o computador e o telefone) e os automóveis abriram seus mercados, qual é o impeditivo da saúde?

Em resposta, três elementos compõem a inovação de ruptura no modelo de gestão em saúde: um capacitador tecnológico, inovação do modelo de gestão e o surgimento de uma nova cadeia de valor (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009). Esses elementos são fundamentais para o entendimento do saber médico no contexto hospitalar e para o entendimento de como o formato do ensino da medicina não contribui para a inovação no modelo de gestão em saúde.

No primeiro elemento desse processo, os capacitadores tecnológicos de ruptura na assistência à saúde, essa dificuldade é posta à prova, pois ao contrário do diagnóstico por sintomas físicos, produto da medicina intuitiva, esses capacitadores permitem o diagnóstico por precisão (baseado no diagnóstico por imagem ou molecular). A medicina intuitiva dá espaço à medicina empírica, baseada em evidências. A terapia eficaz à doença dos pacientes está mais vinculada ao uso de tecnologias que evidenciam as causas da doença do que à

capacidade e *expertise* do médico em “ler” os sintomas (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009).

Mesmo com a utilização dos capacitadores tecnológicos, as principais instituições prestadoras de serviços de saúde – hospital geral e a medicina de consultório - não refletem serviços de menor custo e maior qualidade. Esses modelos foram implantados há mais de 100 anos atrás, acompanhando a formação dos médicos que alude ao mesmo período.

Em relação à gestão, três modelos emergem: os centros resolutivos, organizações com processos que agregam valor e redes facilitadoras. Os hospitais gerais surgiram como centros resolutivos, mas com o passar do tempo foram envolvendo-se em processos que agregam valor e atividades de redes de usuários. Desse emaranhado resultam-se organizações de alta complexidade, reconhecidamente confusas por alguns estudiosos, já que as despesas são de atividades indiretas e não do tratamento direto do paciente (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009).

No caso dos centros resolutivos, estes proporcionam valor por intermédio das pessoas a quem empregam, por exemplo, médicos que fazem uso de suas habilidades intuitivas e analíticas para o diagnóstico de tratamentos e soluções. As organizações com processos que agregam valor geralmente são acionadas após um diagnóstico definitivo (realizado por um centro resolutivo). Essas organizações costumam cobrar seus clientes pelo resultado, e não pelos insumos, garantido por processos repetidos e controlados. Dessa forma, o custo pode ser reduzido consideravelmente.

Já as redes facilitadoras podem ser um modelo de gestão eficiente no que tange às doenças crônicas, que dependem de mudanças de hábito e comportamento dos pacientes. Esse modelo de gestão está focado para gerar retorno financeiro quando os pacientes permanecem bem, ao contrário dos outros dois modelos, que lucram quando os pacientes adoecem (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009).

O que se verifica é a concentração de dois ou mais modelos de gestão – centro resolutivo, organizações que agregam valor e redes facilitadoras – em uma única instituição prestadora de serviços em saúde, o hospital geral. Essa separação de modelos de gestão torna-se necessária como ruptura para inovação na gestão hospitalar, a fim de permitir uma mensuração precisa de custos, valor e precificação em cada tipo de gestão.

Os centros resolutivos precisam estar focados para prestar e mensurar os serviços de medicina intuitiva com precisão. Os hospitais voltados para processos que agregam valor precisam absorver procedimentos executados após os diagnósticos definitivos. As redes de

usuários necessitam ser cultivadas para a administração de doenças crônicas dependentes do paciente (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009).

O lema “pelo bem do paciente” não deve ficar restrito à medicina intuitiva, do mesmo modo que os modelos de gestão deverão acompanhar e desdobrar novas tecnologias. Mas, tendo em vista a maioria das instituições hospitalares serem lideradas por gestores médicos e o fato do ensino médico atual refletir realidades do início dos anos 1900, não considerando a gestão como área de atuação e reconhecimento médico, torna-se evidente a dificuldade em gestão do segmento de saúde e na intersecção de campos de conhecimentos distintos.

2.2 Gestão Estratégica de Pessoas nas Instituições Hospitalares

Essa dinâmica ilustra o que ocorre na relação organização hospitalar, que se utiliza das competências organizacionais centrais, e institutos, altamente especializados, o que os torna grande fonte de vantagem competitiva. Contudo, um dos maiores problemas enfrentados na maioria das organizações hospitalares é a falta de preparo e desejo dos médicos em exercer as posições executivas que ocupam não sabendo lidar com a complexidade a qual estão inseridos. Nesse sentido, a gestão estratégica de recursos humanos nesse segmento assume o desafio de atrair, reter e desenvolver esses profissionais.

O campo de trabalho em saúde é altamente complexo e dinâmico, fazendo com que os profissionais desta área, ao iniciarem suas atividades, vivenciem diferentes aspectos em sua prática. Diante disso, os profissionais de Recursos Humanos são desafiados a promover a gestão do conhecimento de forma criativa, com método e avaliação sistemática, de forma a criar valor tanto para a organização quanto para os profissionais.

O antagonismo – gestão/assistência - é vivenciado na liderança dos profissionais especialistas, tanto médicos como enfermeiros, que são protagonistas e tomadores de decisões de suas áreas (questões técnicas, custos e orçamentos). Contudo, essas lideranças tendem a orientar-se pela lógica de sua formação profissional e são detentoras de poder tanto em função de seu conhecimento específico, como pelo ambiente de urgência e risco, e ainda pela legitimidade diante da equipe construída pela convivência em situações limite (VENDEMIATTI, 2010).

Na mesma sintonia, a gestão estratégica de pessoas necessita acompanhar o sentido de urgência e risco preconizado pelo segmento na estruturação e atuação de seus subsistemas. Esse ponto ainda é mais complexo e dinâmico quando se leva em consideração que o produto hospitalar está diretamente ligado às pessoas. Se o processo de pessoal não estiver sendo

administrado da maneira esperada, o potencial do negócio hospitalar, e sua sustentabilidade, não serão alcançados. Avaliar e desenvolver profissionais compõe diretamente esse processo (BOSSIDY; CHARAN, 2005; BICHUETTI, 2011).

Em outra vertente, estão os gestores, geralmente ligados à diretoria executiva, à parte do cotidiano médico-assistencial, que também estão em funções que envolvem liderança, tomada de decisão e controle diários. Essa aparente dicotomia demonstra a existência de subculturas nas instituições hospitalares que demarcam espaços de poder (VENDEMIATTI, 2010; SCHEIN, 2009).

Além disso, o desenvolvimento de gestores nas instituições hospitalares torna-se imperativo à área de gestão de pessoas, de modo que os gestores executivos se apropriem da dinâmica médico-assistencial e os gestores médicos, por sua vez, à dinâmica administrativa. Desse modo, o processo de aprendizagem hospitalar passa a ser uma das estratégias fundamentais, pois além dos resultados econômico-financeiros e médico-assistencial, precisam ser trabalhadas habilidades comportamentais, culturais e sociais (MARTINI, 2010).

Embora consideradas conservadoras, as instituições hospitalares são constantemente caracterizadas por mudanças, tanto de cunho tecnológico como no desenvolvimento das pessoas. Não raro essas instituições têm seus cases de gestão de pessoas premiados e reconhecidos como exemplos de práticas inovadoras (MALIK, 2009). O desafio está em promover a educação permanente das lideranças e gestores desse segmento, quando especialmente os gestores médicos (técnicos) identificam-se como técnicos e encaram as duas perspectivas de modo cindido e não integrado.

As instituições hospitalares convergem em si vários subnegócios, onde torna-se necessário estabelecer um ambiente contínuo de aprendizado para garantia da vantagem competitiva. Os ativos intelectuais, e potenciais, mapeados pela organização, contribuem para legitimidade e perpetuação do conhecimento. Ao serem consideradas como construções sociais, as instituições hospitalares tem seus significados partilhados na organização, compondo o cotidiano, do estratégico à operação (MARTINI, 2010; ZANELLI; SILVA, 2008).

No tocante às estratégias de desenvolvimento de pessoas, especialmente gestores médicos, a atividade torna-se mais complexa, já que não pode ser minimizada no desenvolvimento de competências, mas relacionada à mudança do paradigma da medicina, enquanto formação e atuação do médico nas instituições hospitalares. O processo é anterior ao desenvolvimento de competências de gestão, mas a um processo identitário de aprendizagem,

com foco em reflexão (MARTINI, 2010; PACHECO *et al.*, 2005; RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002).

A reflexão e atuação estratégica não estão em se apropriar das condições gerenciais do cargo, mas na recursividade das duas condições: gestor e médico. O aprendizado se constituiria em etapas de compreensão do ambiente, gerando complementaridade. A gestão estratégica de pessoas só é realmente alcançada quando conceitos e questionamentos são trabalhados por toda organização, além do modo linear (estratégico para operacional), mas abarcando executivos, líderes, pares, operação e todos os *stakeholders* envolvidos (MARIOTTI, 2010; BOSSIDY; CHARAN, 2005; BICHUETTI, 2011).

Nas instituições hospitalares, os processos de recursos humanos são trabalhados diretamente pelos gestores médicos, que necessitam assumir essa função efetivamente (não se identificando somente como médicos), apropriando-se dos processos de gestão de pessoas.

2.2.1 Liderança médica executiva em instituições hospitalares

O tema liderança, bem como a perspectiva da pessoa do líder, não são inovadores, pois vem sendo estudados desde muito tempo por filósofos, sociólogos, psicólogos e administradores (BURKE; STAGL; KLEIN; GOODWIN; SALAS; HALPIN, 2006; CABRAL; SEMINOTTI, 2009b). No entanto, enquanto a discussão e análise versavam sobre a figura do líder, o meio industrial/empresarial incluiu outras atribuições, nomeando gerentes. Ainda focando nos atributos peculiares do ocupante desse posto, a abordagem sistêmica-complexa surge como uma problematização fundamental nessa discussão.

A análise da liderança historicamente está vinculada aos atributos do líder e não ao processo, nas interações e práticas discursivas, conforme abordagens a seguir (CABRAL; SEMINOTTI, 2009b):

- ✓ Teoria dos Traços (ou teoria do “Grande Homem”): inspirada na representação do “herói idealizado”, os líderes seriam diferenciados em relação aos demais, pois teriam atributos de personalidade, sociais, físicos e intelectuais que o caracterizam enquanto líderes.
- ✓ Teorias Comportamentais: a liderança é explicada em termos do comportamento manifestado pelo líder, identificando-se padrões de comportamento da liderança e o desempenho dos liderados.

- ✓ Teorias Contingenciais: evidenciam o líder como um “agente privilegiado”, sendo suas abordagens mais adaptáveis, ao identificar os fatores situacionais que influenciam no exercício da liderança.
- ✓ Teorias Neocarismáticas: enfatizam as competências do líder no desenvolvimento do liderado, como o carisma magnetismo, confiança e capacidade do líder de mobilizar os seguidores na busca de uma visão inspiradora. A liderança passa a ser um construto percebido subjetivamente e não apenas pelo poder outorgado.

Ao deslocar o foco das características pessoais do líder, a liderança começa a ser concebida como um processo mútuo, independente do papel formal ou estrutura organizacional, evidenciada nas relações entre os membros de uma organização. A liderança, além da identidade pessoal, é concebida como uma relação, delineada por reforços de identidade de liderança, endossada no contexto onde se está inserido (DE RUE; ASHFORD, 2010).

Partindo-se do exposto, pode-se considerar que a construção da identidade de liderança nas instituições hospitalares, por exemplo, é um processo social, em contraposição à formação da identidade do médico (que será abordada mais adiante). Desse modo, três fatores são necessários para a concepção da identidade de liderança: internalização individual, reconhecimento relacional e aprovação coletiva (DE RUE; ASHFORD, 2010; RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002).

Se for possível afirmar que a identidade de liderança não é endossada institucionalmente sem, *a priori*, estar internalizada e reconhecida relacionalmente, ao levar em consideração os gestores médicos, possivelmente não haverá convergência entre os três níveis. O reconhecimento relacional e aprovação coletiva constituem-se antes da internalização individual, rompendo a lógica dominante de perfil de liderança ou características do líder (DE RUE; ASHFORD, 2010; CABRAL; SEMINOTTI, 2009b).

2.2.2 Perspectiva dialógica da liderança nas instituições hospitalares

Ao considerar que os processos de interação no contexto de trabalho são constitutivos da realidade social, a linearidade do processo de liderança, enquanto líder e liderados, passa a compor uma das partes, pois na perspectiva complexa, sujeito, pares, liderados e o ambiente são constitutivos, agindo recursivamente e transformando o todo (MORIN, 2007; CABRAL; SEMINOTTI, 2009a).

Partindo do conceito de que “liderar é influenciar pessoas”, pode-se ampliar essa questão agregando a condição “deixar-se influenciar por essas e influenciar novamente”, garantindo um processo dinâmico, recíproco e de mudança. Essa dinâmica possibilita o exercício da gestão, contemplando a diversidade e complexidade organizacional. No caso dos gestores médicos, seu processo de liderança não está caracterizado em ser médico ou ser gestor, mas justamente na integração dessas duas instâncias repletas de significados no contexto hospitalar (MORIN, 2009; SCHEIN, 2009; CABRAL; SEMINOTTI, 2009a).

Mas para que essa visão integrada seja compreensível, torna-se condição que a gestão e a cultura também sejam reconhecidas de modo integrado, sem visões fragmentadas ou reducionismos. O processo recursivo se torna necessário, pois seus produtos são condição para o processo, para auto-organização. Nesse contexto, a teoria da complexidade torna-se alicerce para as instituições hospitalares, considerado incerto, complexo e de intensas interações (AGOSTINHO, 2003; MORIN, 2007).

O processo de liderança nas organizações hospitalares deve ser encarado como um sistema adaptativo complexo e inacabado (MARTINI, 2010; AGOSTINHO, 2003). Esse processo é assim caracterizado pois a totalidade da organização está contida no indivíduo, o indivíduo está contido no todo organizacional (princípio hologramático). A solução não está direcionada na eliminação da tensão, gerando uma síntese; a relação complexa entre unidade e diversidade, entre gestor e médico pode e deve coexistir. É a linearidade que deve ser revista e reorganizada no movimento recursivo, pois para lidar com a complexidade das instituições hospitalares é preciso fazer uso do pensamento cartesiano e pensamento sistêmico, conforme movimentos do processo (MARTINI, 2010; MORIN, 2009).

Da mesma forma, para além de suas individualidades, líder e gerente convergem para o papel do gestor. Nesse contexto, o gerente corresponde à dimensão objetiva, delineado pelo poder formal, outorgado e hierarquizado. O líder enquanto dimensão congrega em si uma dimensão subjetiva, onde o poder é mais informal e o foco está nas pessoas. A coexistência de papéis de liderança e gerenciais convergiriam no papel do gestor (CABRAL; SEMINOTTI, 2009a).

As abordagens sobre liderança convergem para um mesmo denominador: o líder é distinto dos liderados, ocupando um lugar legitimado de poder. As estruturas organizacionais sustentariam esse lugar do líder, tornando-o legítimo. Na abordagem sistêmica-complexa as relações vão além dessas estruturas, pois são evidenciadas nas relações entre os atores e seu contexto.

Se na literatura essa distinção é evidente, privilegiando as competências do líder, nas empresas essa distinção também é marcada. Em muitas, a alta cúpula direciona seus esforços no desenvolvimento e cobrança das competências gerenciais de seus gestores, focando em suas entregas, resultados e indicadores. As equipes, por sua vez, direcionam sua atenção às competências de liderança, essenciais para o bom desempenho de todos. Com os gestores médicos não é diferente (CABRAL; SEMINOTTI, 2009a).

Liderança e gerência não bastam ser somadas enquanto construtos para contemplar a capacidade dialógica. Ao serem complementares, e não excludentes, são confundidas nas práticas organizacionais, além de não serem reconhecidas na influência e interação com o outro – pares, superiores, equipe, outras equipes (MORIN, 2009; AGOSTINHO, 2003).

Essa dificuldade está alicerçada na falta de clareza dos papéis organizacionais – coordenador, supervisor, gerente, diretor, repercutindo em qual o resultado organizacional esperado. A liderança, ao estar diretamente associada à capacidade de influenciar, traz em si a instância do poder, seja por meio da influência – líder, seja através da hierarquia – gerente.

O predomínio de uma das instâncias – influência ou hierarquia – dependerá do estilo de liderança, personalidade, modelo gerencial e da cultura organizacional (SILVA *et al.*, 2009; SCHEIN, 2009; BOSSIDY; CHARAN, 2005). Articular essas realidades não se configura tarefa simples nem na literatura especializada, nem no tecido organizacional. A falta de mobilidade de papéis – essencial a um ambiente sistêmico complexo – comprova essa dificuldade, pois os líderes não conseguem despir-se de seu papel de liderança para trabalhar em sintonia com outras lideranças que, num dado grupo são pares e não “soma de hierarquias”.

Poder e hierarquia, associados à centralidade da figura do líder (desde o líder-herói), canalizam no ocupante desse lugar competências e responsabilidades que não são individuais, mas organizacionais. Diversos artigos sobre liderança, publicados em revista de circulação nacional, centralizam o foco na pessoa do líder e, além disso, em suas características de sucesso e resultados extraordinários (JUNIOR; MEDEIROS; LIMA, 2007).

A ação discursiva do líder está permeada por sentidos, pois o líder, ao mesmo tempo que gera significações, gere sentidos que são evidenciados nas relações discursivas. A liderança é uma forma de discurso radial, que se retroalimenta a todo instante, embora o foco, tanto nas teorias, como nas abordagens de liderança, seja na pessoa, nas características que sustentam o líder-herói e não no processo discursivo da liderança (GOMES; CARDOSO; CARVALHO, 2000).

Pesquisa realizada com diretores, gerentes, supervisores e líderes de equipe de uma empresa do segmento metal-mecânico, localizada no Vale dos Sinos, apontam que os detentores do poder formal, outorgado, sentem-se ameaçados pelo poder informal, o que faz com que não exerçam seu papel de líderes de fato, mas de gerentes (focados nos resultados). Ao evidenciar que a relação dialógica-transformadora não é linear e ascendente, a recursividade e a interdependência do todo organizacional são demonstradas na fala dos gestores, que encaram seu processo de aprendizagem como um sistema (CABRAL; SEMINOTTI, 2009a).

No entanto, se as definições de líder, gerente e gestão não são claras nas organizações, como esperar um entendimento e prática coerentes, dentro da perspectiva dialógica? O caráter assertivo e preditivo da liderança também é fundamental para proposta da presente, ao levar em conta o valor da incerteza para o exercício da liderança. Diante das incertezas do futuro, o líder precisa estar aberto a esse cenário, com entusiasmo, leveza, autenticidade e capacidade de improvisação e aprendizado (WEICK, 2001).

Tendo em vista que o exercício da liderança é um fenômeno complexo e coletivo, outorgado, mas especialmente evidenciado no reconhecimento do outro, é imperativo avaliar o que as organizações esperam efetivamente de seus gestores e como isso é comunicado. A não clareza desse papel provoca ruídos organizacionais e o não cumprimento de responsabilidades dos gestores, prejudicando seu desempenho e da sua equipe, especialmente no que tange à gestão de pessoas (CABRAL; SEMINOTTI, 2009a).

A construção de práticas que possibilitem uma compreensão sistêmica-complexa apresenta-se como alternativa de deslocar o foco do líder para a rede de liderança (CABRAL; SEMINOTTI, 2009a). Cabe às organizações e seus profissionais ponderar sobre a necessidade e repercussões da perspectiva dialógica do gestor, evidenciada no encontro do “ser líder” e do “ser gerente”, em um processo de liderança sistêmico-complexo.

As organizações, mesmo ao incentivar e investir em treinamentos para gestores e líderes, delega somente a esses a responsabilidade pelo seu desenvolvimento, não clarificando expectativas e resultados esperados. Os líderes são reconhecidos no coletivo organizacional, participando de fóruns e treinamentos comuns, no entanto, o enfoque ainda é no líder individual, e não em suas inter-relações – líderes organizacionais.

2.3 Identidade Profissional do Gestor Médico

O paradigma complexo-sistêmico, marcado pela abertura transdisciplinar entre diversas disciplinas e entre campos de integração interdisciplinar proporciona delineamento teórico pertinente à análise da identidade profissional do gestor médico (MORIN, 2007). Os indivíduos conhecem, pensam e agem conforme os paradigmas internalizados em suas culturas. Certezas e incertezas estão diretamente relacionadas fundamentando o pensamento complexo.

Ao afirmar que as organizações são sistemas cognitivos, epistemológicos e cenários sociais, está-se considerando que é nesse cenário que as identidades são postas em ação. A compreensão da unidade na diversidade, bem como a diversidade na unidade compõe um movimento recursivo de dois aspectos nucleares (MORIN, 2007).

Nesse mesmo aspecto, pode-se considerar que as sociedades estão submetidas a duas dinâmicas complementares: de um lado, verificam-se as práticas dos atores sociais que interpretam e orientam os sistemas de relacionamento sociais os quais participam (segundo interesses e valores); de outro lado, evidencia-se a interferência que compõe a sociedade de modo intencional, constituindo pressões, dominações e, inclusive, novas alternativas (BALANDIER, 1976).

Considerar a sociedade enquanto "pluralidade", remete imediatamente ao paradigma sistêmico-complexo, constituído por descontinuidades, o que pressupõe, do ponto de vista fenomenológico, a construção de uma identidade "plural", na medida em que os indivíduos estão sujeitos a uma variedade de situações, contextos e interações (BALANDIER, 1976).

Para análise a ser realizada nessa pesquisa, o construto identidade será destacado como um conceito de referenciação, sendo a realidade passível de interpretação por meio de quadros de referência, quadros esses que podem ser imaginários ou, até mesmo, idealizados.

Essa referenciação da identidade está diretamente relacionada ao componente que faz passar a singularidade de diferentes maneiras de existir por um só e mesmo quadro de referência identificável (GUATTARI; ROLNIK, 1986).

Nesse sentido, existem várias maneiras pelas quais um sujeito pode se apresentar aos outros, tendo em vista a sua diversidade de experiências, tornando essas percepções não excludentes, mas concomitantes. Os indivíduos são constituídos a partir das suas experiências, posicionando-os e reposicionando-os num contexto mais amplo de pertinências, onde existem e vivenciam multirreferencialmente (SERRES, 1995).

O conceito de identidade está ligado a como o indivíduo é nas situações que se apresentam, constituindo-se a capacidade de manter-se o mesmo. Já o conceito de identidade ligado à medicina, vem de longa data, desde o século XV. Atualmente, estudos apontam que as motivações para os jovens decidirem-se pela medicina enquanto profissão estão ligados ao desejo de contato do outro, prestígio social, reconhecimento técnico, retorno econômico-financeiro, necessidade de sentir-se útil e de responsabilizar-se, além da possibilidade de uma profissão liberal, que possibilita segurança (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002). O desejo de ser um líder ou gestor não aparece como motivador nessa escolha.

Além disso, evidencia-se na literatura a falta de identidade do médico enquanto professor de Medicina, o que não é discutido em relação à identidade como gestor médico em instituições hospitalares. A reflexão sobre a formação do médico é discutida, mas a gestão como possibilidade não é abordada. Para além do exercício da medicina tradicional, o médico ainda é mais direcionado para docência e pesquisa do que a gestão. Se a identidade profissional dos docentes de Medicina costuma estar mais ligada às suas especialidades, de modo análogo ocorrer na gestão, onde mesmo designado como gestor, sua atuação continua ligada à especialidade, seja como gestor médico da área onde é referência técnica, seja na complementaridade de atuação, como gestor médico e intensivista ou cirurgião (COSTA, 2007).

Nesse contexto, a identidade passa a ser vista como um processo, um espaço de construção de maneiras de ser e de estar na profissão. Revisitando à ótica dialógica, não é deixar a ser, mas passar a constituir-se na relação entre sujeitos, contextos e motivações (COSTA, 2007; WEBER, 2010).

Da perspectiva de definição da identidade, onde haveria uma verdadeira referência de ser, sem possibilidade de mudança, passa-se a focar no modelo das identidades possíveis, modificadas por testagem e aprendizagem ao longo da experiência, levando em consideração como identidades profissionais e variadas experiências de trabalho se influenciam (IBARRA, 2009).

Para atender ao propósito do trabalho, a pesquisa bibliográfica foi organizada a partir dos objetivos propostos e temas relevantes. Para fins de pesquisa bibliográfica, coleta e tratamento dos dados, foram organizados quatro grandes eixos temáticos: 1. Gestão em organizações hospitalares; 2. Liderança médica executiva em instituições hospitalares; 3. Identidade profissional do gestor médico; 4. Gestão estratégica de pessoas em instituições hospitalares. A síntese com os autores referenciados pode ser visualizada no quadro abaixo (Quadro 1):

Quadro 1 – Síntese de objetivos, eixos temáticos e autores

(continua)

OBJETIVO GERAL		OBJETIVOS ESPECÍFICOS	EIXOS TEMÁTICOS	AUTORES
		Identificar e analisar os elementos necessários à preparação dos médicos e das organizações hospitalares nas situações onde os primeiros são designados a funções executivas.	1. Analisar a integração do gestor médico na cultura das instituições hospitalares, apreendendo todas as “tensões” envolvidas.	<p>GESTÃO EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES</p> <p>O gestor médico como ator nas organizações hospitalares, considerando as diferenças dessas em relação a outras organizações</p>
	2. Compreender e analisar o processo de “empoderamento” dos médicos nas funções executivas.	<p>LIDERANÇA MÉDICA EXECUTIVA EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES</p> <p>O processo de liderança dos gestores médicos alicerçado na integração dessas duas instâncias repleta de significados no contexto hospitalar.</p>	<p>AGOSTINHO (2003); BOSSIDY; CHARAN (2005). CABRAL; SEMINOTTI (2009); DE RUE; ASHFORD (2010); GOMES; CARDOSO; CARVALHO (2000); HUMPHREYS <i>et al.</i> (2010); JUNIOR; MEDEIROS; LIMA (2007); KERNBERG (2000); MORIN (2007); RAMOS-CERQUEIRA; LIMA (2002); RUGG-GUNN (2011); SCHEIN (2009); SLVA <i>et al.</i> (2009); TOMEI (1994); WEICK (2001).</p>	
	3. Discutir o papel profissional do gestor médico, especialmente no que tange a ampliação da identidade profissional.	<p>IDENTIDADE PROFISSIONAL DO GESTOR MÉDICO</p> <p>O "ser médico" e "ser gestor" como identidade revisitada nas instituições hospitalares.</p>	<p>BALANDIER (1976); CAMPOS (2000); COSTA (2007); DUTRA (2010); FERNANDES; MARQUES; CARRIERI (2009); GUATTARI; ROLNICK (1986); IBARRA (2009); MORIN (2009); SERRES (1995); TAJFEL (1981); TURNER <i>et al.</i> (1987); WEBER (2010).</p>	

		4. Sinalizar fatores que contribuam para retenção e o desempenho dos médicos nas funções executivas.	<p>GESTÃO ESTRATÉGICA DE PESSOAS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES</p> <p>Formação e desenvolvimento dos gestores médicos como processo estratégico</p>	<p>BICHUETTI (2011); CHARAN (2008); DUTRA (2013) LEE (2010); MALIK (2009); MARIOTTI (2010); MARTINI (2010); PACHECO <i>et al.</i> (2005); REBOCHO; SEMEDO; SANTOS (2011); SAPIRO; DALPOZZO; BARBOSA (2008); VENDEMIATTI (2010); ZANELLI; SILVA (2008).</p>
--	--	--	---	--

Fonte: Elaborado pela autora

A pesquisa bibliográfica é realizada por meio do levantamento de referências técnicas já analisadas e publicadas por meio de escritos e eletrônicos. Qualquer trabalho científico inicia pela pesquisa bibliográfica, permitindo ao pesquisador obter dados e informações sobre o assunto e pesquisa desejados (FONSECA, 2002).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo é apresentada a metodologia de pesquisa utilizada para esta dissertação, os conceitos e justificativa deste método, como também etapas e limitações da pesquisa.

3.1 Abordagem da Pesquisa

A abordagem metodológica desta pesquisa foi, predominantemente, de caráter qualitativo, em função do objeto de estudo e dos objetivos definidos. A pesquisa qualitativa permite lidar com a complexidade de determinado problema, pois oportuniza analisar a interação de variáveis de modo a identificar e compreender os processos dinâmicos vividos por grupos sociais a fim de ampliar e aprofundar o entendimento das suas particularidades comportamentais. (RICHARDSON, 1999).

Considerando o objetivo deste estudo que é identificar e analisar os elementos necessários à preparação dos médicos e das organizações hospitalares nas situações onde os primeiros são designados a funções executivas, a investigação foi realizada por meio de pesquisa qualitativa exploratória, para que fosse possível analisar profundamente diferentes experiências e percepções existentes com relação ao tema proposto. (COLLIS; HUSSEY, 2005; SILVERMAN, 2009).

Devido aos poucos estudos científicos sobre preparação de gestores médicos, realizados no Brasil, acredita-se que a pesquisa qualitativa, através de entrevistas, é o método mais adequado por possibilitar uma investigação mais detalhada sobre como estes processos vêm sendo realizados nas organizações hospitalares e nos sujeitos em estudo.

O principal interesse dos pesquisadores qualitativos é na tipificação da variedade de representações das pessoas no seu mundo vivencial. As maneiras como as pessoas se relacionam com os objetos no seu mundo vivencial, sua relação sujeito-objeto, é observada através de conceitos tais como opiniões, atitudes, sentimentos, explicações, estereótipos, crenças, identidades, ideologias, discurso, cosmovisões, hábitos e práticas.

A pesquisa qualitativa preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais, englobando o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001).

Nesse contexto, o método qualitativo possibilita, ao pesquisador, identificar as motivações que levam os gestores médicos a aderirem à função de gestão, sendo o mais importante a fundamentação de elementos que sustentem a produção de um discurso capaz de representar o posicionamento de todo o segmento social (BAUER; GASKELL, 2010).

3.2 Natureza e Objetivos de Pesquisa

Por ser esse um mestrado profissional, e uma de suas entregas ser o exercício de uma prática transformadora, transferindo conhecimento à sociedade e gerando valor às empresas, essa pesquisa, quanto à natureza, está enquadrada como pesquisa aplicada.

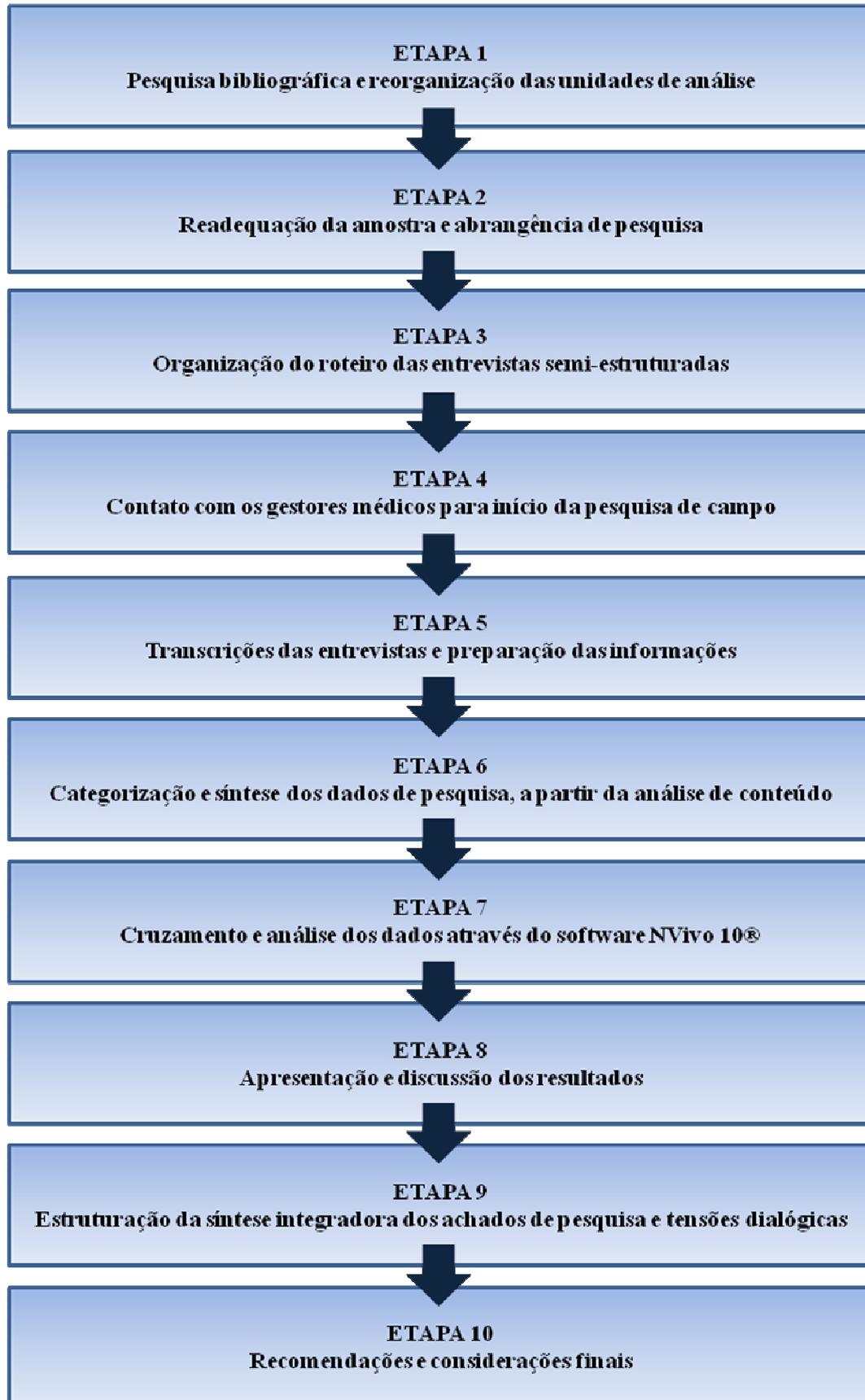
A pesquisa aplicada tem por objetivo gerar conhecimentos para aplicação prática, direcionados à solução de problemas específicos (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Para esse trabalho, tendo em vista os objetivos já tratados, foi realizada uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, pois esse tipo de pesquisa proporciona maior familiaridade com o problema, com o intuito de torná-lo mais explícito. A pesquisa aqui apresentada parte de entrevistas com gestores médicos que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado (GIL, 2007).

3.3 Procedimentos de Pesquisa

A pesquisa foi realizada por meio de atividades e de procedimentos organizados em oito etapas, visualizados na Figura 2:

Figura 2 - Etapas de Pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora.

3.3.1 Pesquisa de campo

A estratégia explorada, nessa pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, é a pesquisa de campo. Esse método de pesquisa está em consonância ao problema de pesquisa, bem como os objetivos, pois se tratam de elementos complexos de funcionamento, predominantes em organizações e difíceis de serem observadas diretamente pelo pesquisador. Por esse motivo, a imersão do pesquisador no contexto pesquisado é uma condição necessária para uma análise fidedigna (GODOI; BALSINI, 2010).

A pesquisa de campo caracteriza-se pelas investigações em que, além da pesquisa bibliográfica, realiza-se coleta de dados junto a pessoas (FONSECA, 2002). Por se tratar de uma temática complexa, onde os dados dependem da interação com os pesquisados – gestores médicos, optou-se por esse procedimento para tentar abranger diversas possibilidades e pontos de vista, além de apenas uma realidade.

3.4 Campo e Sujeitos do Estudo

Desse modo, o contexto hospitalar e a atuação junto aos gestores médicos fazem parte do cotidiano da pesquisadora, propiciando a situação de imersão e compreensão recomendadas. Os procedimentos metodológicos desta investigação estão alinhados ao aprofundamento da compreensão de um fenômeno social e, por esse motivo, não poderão ser quantificados sem a pesquisadora ater-se aos seus significados constituídos recursivamente. No caso da pesquisa proposta, elementos como o contexto e o processo são inseparáveis, constituindo-se em condições para a pesquisa qualitativa (RICHARDSON, 1999; MINAYO, 2002).

Partindo do pressuposto de que o contexto é a interação para criação do discurso, pode-se considerar que atua como um suporte às interpretações, abarcando subjetividades, ações e efeitos discursivos. Esse ponto é reforçado pelo arcabouço teórico utilizado para análise evidenciado no anteriormente.

A estratégia metodológica proposta, pesquisa de campo, proporciona análises que se estendem além da instituição onde a pesquisadora trabalha, pois não se trata de estudo de caso, proporcionando diversidade nos sujeitos selecionados para pesquisa. Além disso, não foi realizado um estudo de caso, pois esse procedimento traria informações apenas sobre uma instituição hospitalar, o que não garantiria a profundidade desejada e o entendimento do fenômeno estudado.

Na pesquisa qualitativa é possível definir o número de entrevistados antes do estudo, estabelecendo as características do público a ser estudado. (FLICK, 2009; SILVERMAN, 2009). No desenvolvimento da proposta de pesquisa, o desafio era entrevistar 18 gestores médicos, para garantir maior abrangência e diversidade dos dados. Em supervisão posterior, a orientadora e a pesquisadora definiram por aumentar o desafio e garantir maior abrangência geográfica (regiões sul, sudeste e centro-oeste do país).

Foram realizadas 21 entrevistas semi-estruturadas com gestores médicos, que ocupam cargos de chefia e liderança, em seis diferentes instituições hospitalares, consideradas hospitais gerais² de excelência (associados à ANAHP – Associação Nacional dos Hospitais Privados). Esses hospitais estão distribuídos em quatro Estados brasileiros: RS, SP, MG, DF. Diferente do proposto inicialmente, as entrevistas ficaram centralizadas nos gestores médicos, que ocupam posições de nível tático a nível estratégico, e não foram realizadas entrevistas com Superintendentes e Diretores não médicos das mesmas instituições.

A ANAHP é uma entidade representativa dos principais hospitais privados de excelência do país. Criada em 11 de maio de 2001, e fundada em 11 de setembro do mesmo ano, a ANAHP surgiu para defender os interesses e necessidades do setor e expandir as melhorias alcançadas pelas instituições privadas para além das fronteiras da Saúde Suplementar.

Representante de 55 hospitais brasileiros³, reconhecidos pela certificação de qualidade e segurança no atendimento hospitalar, a ANAHP é composta por instituições hospitalares privadas, com ou sem fins lucrativos, detentoras dos melhores padrões de qualidade na prestação de serviços médico-hospitalares, e cujo faturamento bruto seja proveniente, em 60% (sessenta por cento) ou mais, de planos de medicina suplementar e de pacientes particulares, ficando vedada a participação de entidades controladas, direta ou indiretamente, por operadoras de planos de saúde⁴.

No caso dos seis hospitais onde os gestores médicos pesquisados atuam, é interessante destacar o tempo de existência, pois compreende desde um período centenário até quase duas

² Importante destacar o conceito de hospital geral, que é destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência, conforme preconiza o Ministério da Saúde http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm (acessado em 01/04/14).

³ Dentre os 55 hospitais membros da ANAHP, 51 hospitais são considerados membros titulares e 4 hospitais membros afiliados.

⁴ Em 2012, os hospitais que compõem a ANAHP, atingiram uma receita bruta de R\$ 11,4 bilhões, gerando 80.605 empregos (fonte site da ANAHP – www.anahp.org.br). Acessado em 20/04/2013.

décadas de existência⁵. Embora todos sejam privados, de grande porte, três deles são hospitais filantrópicos, dirigidos por associações, mantenedoras ou sociedades beneficentes, e dois deles possuem fins lucrativos, sendo dirigidos pela família proprietária⁶.

Os sujeitos do estudo foram selecionados por conveniência, pois além dos sujeitos de pesquisa que atuam na instituição hospitalar onde esta pesquisadora trabalha, fato que facilitou o contato e adesão, os demais gestores médicos de outras instituições hospitalares foram indicados pelos primeiros entrevistados, facilitando a inserção da pesquisadora em campo. As relações existentes entre o hospital onde a pesquisadora atua e pessoas que fazem parte de outros hospitais facilitaram a adesão à pesquisa por parte dos gestores médicos “desconhecidos”.

Além da abrangência geográfica, os sujeitos do estudo contemplam a diversidade de gênero, nível de função e tempo em atividades de gestão. Os entrevistados não foram associados às instituições de origem, para garantir o sigilo e anonimato, ainda mais quando se tratam de respostas pessoais de cada sujeito e também estratégicas de cada organização.

A síntese dos sujeitos dessa pesquisa está evidenciada no Quadro 2:

Quadro 2 – Amostra da pesquisa

(continua)

Participantes da pesquisa	Idade	Gênero	Tempo de gestão	Atuação médica
Entrevistado 1	67 anos	M	40 anos	Não
Entrevistado 2	56 anos	M	15 anos	Sim
Entrevistado 3	59 anos	M	10 anos	Sim
Entrevistado 4	40 anos	M	2 anos	Sim
Entrevistado 5	55 anos	M	22 anos	Sim
Entrevistado 6	47 anos	M	9 anos	Sim
Entrevistado 7	63 anos	M	27 anos	Sim
Entrevistado 8	40 anos	M	2 anos	Sim
Entrevistado 9	43 anos	M	5 anos	Sim

⁵ Os seis hospitais privados onde atuam os gestores médicos pesquisados possuem, desde sua fundação, em ordem decrescente, 108, 87, 43, 35, 34 e 19 anos de existência.

⁶ Conforme preconiza o Ministério da Saúde, na Terminologia Básica em Saúde (1985), os hospitais podem ser classificados da seguinte forma: **Quanto à administração ou entidade mantenedora: Público** (administrado por entidade governamental municipal, estadual ou federal) ou **Particular** (pertencente à pessoa jurídica de direito privado). **Quanto ao porte: Pequeno** (capacidade menor ou igual a 50 leitos); **Médio** (de 51 a 150 leitos); **Grande** (de 151 a 500 leitos); ou **Porte Especial** (capacidade instalada acima de 500 leitos).

Quanto ao objetivo financeiro: Não lucrativo (seus gestores não recebem remuneração ou benefícios, não visa ao lucro, mas se houver, reverte-o em projetos); **Filantrópico** (entidade particular e não lucrativa, que destina uma porcentagem de seus rendimentos para assistência gratuita a pacientes sem recursos ou cobertura de saúde); **Beneficente** (associação particular e não lucrativa voltada à assistência de grupos específicos e se mantém de contribuições de associados e de usuários; ou **Lucrativo** (particular, objetiva lucro, compensa o emprego de seu capital com distribuição de dividendos).

Entrevistado 10	45 anos	F	13 anos	Não
Entrevistado 11	44 anos	F	14 anos	Sim
Entrevistado 12	44 anos	F	11 anos	Sim
Entrevistado 13	51 anos	F	4 anos	Sim
Entrevistado 14	52 anos	F	19 anos	Não
Entrevistado 15	45 anos	F	4 anos	Sim
Entrevistado 16	51 anos	F	25 anos	Sim
Entrevistado 17	53 anos	F	28 anos	Sim
Entrevistado 18	45 anos	F	18 anos	Não
Entrevistado 19	39 anos	F	12 anos	Não
Entrevistado 20	47 anos	M	15 anos	Sim
Entrevistado 21	55 anos	M	28 anos	Sim

Fonte: Elaborado pela autora.

As funções dos entrevistados não foram apresentadas no quadro anterior para preservar o anonimato, pois algumas dessas posições são ocupadas por apenas um representante em cada hospital. No entanto, são extremamente relevantes para maior qualificação e caracterização da amostra e estão assim distribuídas (Quadro 3):

Quadro 3 – Amostra por função

Função atual	N
Presidente / Vice-presidente	3
Diretor Geral / Superintendente	2
Diretor Técnico	4
Diretor Corporativo / Gerente	8
Chefe de Serviço	4
Total	21

Fonte: Elaborado pela autora.

Quando se trata das formações médicas dos entrevistados, diversas especialidades são evidenciadas, englobando emergencistas (especialistas em urgência e emergência), cirurgiões, cardiologistas, nefrologistas, intensivistas (especialistas em terapia intensiva), obstetras, mastologistas (especialistas em câncer) e representantes da especialidade de qualidade e risco. Também foram entrevistados médicos que são responsáveis por áreas administrativas, como a área comercial e de faturamento.

Em relação às funções organizacionais, para melhor entendimento dos sujeitos de estudo, a caracterização da atuação torna-se importante: Presidente faz menção à posição número um da instituição hospitalar, reportando direto ao Conselho de Administração; Vice-Presidente e Superintendente estão ligados diretamente ao Presidente ou ao executivo

principal da instituição; o Diretor Geral é a principal posição executiva de sua estrutura, com reporte ao Presidente e Conselho de Administração; o Diretor Técnico é o profissional que responde perante o CRM (Conselho Regional de Medicina) como responsável técnico da instituição, atendendo as exigências legais e atuando como elo entre a instituição e o corpo clínico; o Diretor Corporativo é o principal gestor responsável por determinada área (Emergência, Centro Cirúrgico, Qualidade), cuja abrangência de atuação se estende a outras Unidades da instituição; o Gerente pode reportar tanto a um Diretor como ser o número um de alguma área específica, como Epidemiologia e Risco, Faturamento e sua abrangência de atuação tende a ser local; por fim, o Chefe de Serviço é o responsável por toda operação de sua área específica (Centro Cirúrgico, Maternidade, CTI – Centro de Terapia Intensiva), podendo estar ligado diretamente à Superintendência Médico-Assistencial ou a um Gerente ou Diretor.

Todos os sujeitos de pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁷, bem como o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da instituição hospitalar onde a pesquisadora trabalha. Em outras duas instituições hospitalares, foi necessário apresentar previamente o roteiro de pesquisa, como condição para a autorização da realização da pesquisa com os gestores médicos.

3.5 Coleta de Dados

Na entrevista qualitativa parte-se do pressuposto que o mundo social não é um dado natural, pois segue sendo ativamente construído pelas pessoas, em suas diversas situações vivenciadas, buscando compreender as relações entre os atores sociais, suas crenças, atitudes, valores e representações em determinados contextos sociais (BAUER; GASKELL, 2010).

A ênfase da entrevista qualitativa é interpretar os significados e as intenções dos atores sociais investigados, de modo que os dados são representações dos atos e das expressões humanas, o que exige a imersão do pesquisador no contexto que será analisado. Desse modo, no caso de estudos organizacionais qualitativos, o objetivo de usar a entrevista “em profundidade” como método de coleta de dados é abordar a complexidade organizacional e das relações que a permeiam, a partir do ponto de vista subjetivo dos atores sociais envolvidos nesse contexto (GODOI; BALSINI, 2010).

De forma distinta a um levantamento ou questionário, a entrevista de caráter qualitativo, sugere uma maior interação entre pesquisador-pesquisado, onde tanto o

⁷ Ver Apêndice A, ao final do trabalho.

entrevistador pode obter esclarecimentos e acréscimos em pontos importantes, como o entrevistado falará com suas próprias palavras e experiências sobre o assunto abordado, sem respostas padronizadas que respondam a categorias predeterminadas. Trata-se de um processo dialógico, tendo em vista que a troca de ideias e significados combinados produz conhecimento (BAUER; GASKELL, 2010).

A utilização de *survey*, por sua vez, proporcionaria muitas informações de muitas instituições hospitalares, porém de modo superficial, não sendo possível chegar a dados mais específicos que retratem como os gestores médicos pensam e conduzem a questão de seu percurso identitário em gestão.

Desse modo, a entrevista semi-estruturada, adotada neste trabalho, atende à finalidade qualitativa exploratória aqui descrita por apresentar maior flexibilidade, permitindo ao entrevistado construir suas respostas sem restringi-lo a um nível mais rigoroso de diretividade. Em consonância, possibilita uma maior riqueza de informações e a ampliação do entendimento da temática investigada, a partir de diversos pontos de vistas individuais, e a exploração “em profundidade” das suas experiências, contexto de vida, modos de pensar e comportamentos (BAUER; GASKELL, 2010).

No tocante à caracterização da entrevista semi-estruturada cabe destacar que, embora o entrevistado responda às questões dentro da sua concepção e visão de mundo, demonstrando o caráter mais aberto de entrevista, quando comparada à estruturada, o pesquisador não pode perder seu foco deixando o entrevistado falar livremente, podendo desviar-se do tema original (MAY, 2004; GIL, 1999).

É importante considerar que na entrevista semi-estruturada os questionamentos realizados são apoiados em teorias relacionadas ao tema de pesquisa, favorecendo a descrição dos fenômenos sociais, mas também a explicação e compreensão de sua totalidade. O “objeto/sujeito” a ser investigado está atravessado por uma história, experiências, significados, crenças e simbologias. A formação de sentido e interpretações dos sujeitos pesquisados são essenciais para garantir a coleta das informações (GODOI; MATTOS, 2010; TRIVIÑOS, 1987).

Na entrevista semi-estruturada o entrevistador organiza perguntas pré-estabelecidas, consideradas principais para a pesquisa, mas tem a flexibilidade de ir além, elaborando novas questões, se assim avaliar necessário, tornando as respostas mais completas. Além da possibilidade de comparar respostas, garantida pela uniformidade das questões preestabelecidas, permite ao entrevistador buscar outras questões (RICHARDSON, 1999).

Em relação ao processo de entrevista, a partir de um roteiro semi-estruturado, a ordem das questões, profundidade e apresentação dependem exclusivamente do pesquisador. No entanto, o pesquisador deve ficar atento para qualidade das respostas do entrevistado e circunstâncias da entrevista. O pesquisador faz cada pergunta explorando ao máximo cada resposta, até a questão ser esgotada, fazendo uso, inclusive, de perguntas específicas, como complemento. O roteiro exige questões suficientemente amplas para serem discutidas em profundidade, valorizando o conhecimento, percepções e significados do entrevistado (MEDINA, 1995; RICHARDSON, 1999; TRIVIÑOS, 1987).

O entrevistador deve usar da sua percepção e flexibilidade para identificar temas pertinentes à discussão, e pode ser modificado ao longo das experiências de entrevista (GIL, 2007; BAUER; GASKELL 2010).

Como roteiro de questões das entrevistas semi-estruturadas com os gestores médicos, procurou-se abordar diversos aspectos, a partir dos objetivos e unidades de análise, conforme Quadro 4:

Quadro 4 – Roteiro de entrevista a partir das unidades de análise da pesquisa

(continua)

OBJETIVO GERAL		OBJETIVOS ESPECÍFICOS	UNIDADES DE ANÁLISE	ROTEIRO DE ENTREVISTA
		Identificar e analisar os elementos necessários à preparação dos médicos e das organizações hospitalares nas situações onde os primeiros são designados a funções executivas.	1. Analisar a integração do gestor médico na cultura das instituições hospitalares, apreendendo todas as “tensões” envolvidas.	Gestão em organizações hospitalares
	2. Compreender e analisar o processo de “empoderamento” dos médicos nas funções executivas.	Liderança médica executiva em instituições hospitalares	5. Como você avalia a sua atuação como gestor médico frente a equipe, pares, outros gestores e superintendentes? 6. O que mudou na relação entre esses atores a partir do momento que passou a ser médico gestor? 7. Quem o reconhece/Como se deu o processo de reconhecimento enquanto médico gestor? 8. O que fazer para ser legitimado/reconhecido como médico gestor?	
	3. Discutir o papel profissional do gestor médico, especialmente no que tange a ampliação da identidade profissional.	Identidade profissional do gestor médico	9. Como foi o processo de decisão da função de gestão? Foi uma seleção ou convite? 10. O que foi determinante para sua decisão? O que mais influenciou no aceite? 11. Ser gestor era um direcionamento de carreira desejado, desde a escolha da medicina? Se não, em qual momento ocorreu? 12. Continua atuando como médico? Se sim, motivado por quais fatores? 13. O que significa para você “ser médico” 14. O que significa para você “ser gestor”?	

		4. Sinalizar fatores que contribuam para retenção e o desempenho dos médicos nas funções executivas.	Gestão estratégica de pessoas em instituições hospitalares	15. Na sua percepção, como você avalia a capacidade dos hospitais em atrair, desenvolver e reter os gestores médicos? O que deveria ser feito? 16. Como ocorre a preparação dos médicos para assumir essa posição? 17. O que você fez (e está fazendo) para se preparar para essa função? 18. O que o médico deve desenvolver para ser um gestor?
--	--	--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora.

As entrevistas tiveram duração mínima de quarenta minutos, chegando há uma hora e trinta minutos, totalizando 1.365 minutos, cerca de 22 horas de duração. A orientação dada no início da entrevista era de duração em torno de 1h. Esse ponto reforça a obtenção de informações detalhadas dos entrevistados, de acordo com as disponibilidades de cada um. Devido à distância, seis entrevistas com gestores médicos de um hospital da região sudeste foram realizadas por *skype*. Essa ferramenta possibilitou que, durante a conversa, a pesquisadora pudesse interagir e incluir mais questões, fazendo com o que entrevistado pudesse responder conforme seu entendimento (BAUER; GASKELL, 2010; SILVERMAN, 2009).

Todas as entrevistas realizadas foram gravadas em áudio, inclusive as que foram realizadas por *skype*, transcritas para texto e categorizadas, para serem organizadas e analisadas por meio do *software* de pesquisa qualitativa NVivo 10®.

3.6 Codificação e Apresentação dos Dados

A análise, enquanto processo, requer disciplina e organização, sendo conduzida de forma sistemática e abrangente, com responsabilidade pelo pesquisador. Desse modo, a comparação é sua principal ferramenta intelectual, onde os dados deverão ser tratados para estruturação de categorias, contraste, atribuição de características, até não mais se repetirem. Sintetizar o conteúdo das unidades de análise ou categorias é primordial ao pesquisador (SILVA; GODÓI; MELLO, 2010).

Partindo dessa premissa, o tratamento dos dados foi realizado por meio da análise de conteúdo que permite, por um lado, quantificar a pesquisa qualitativa, buscando informações semelhantes, e que se repetem nas diferentes entrevistas, assim como, identificando temas ou categorias emergentes (BAUER; GASKELL, 2010).

Diante disso, é pertinente ponderar que a análise de conteúdo, por outro lado, enquanto técnica de tratamento e análise de dados está diretamente ligada à compreensão crítica da comunicação, seu conteúdo manifesto e latente, bem como significados explícitos ou implícitos (CHIZZOTTI, 2006).

Esta técnica consiste na análise do texto coletado através das entrevistas, classificando sistematicamente o material coletado e categorizando de acordo com os construtos abordados neste estudo. Os textos transcritos representam uma fonte de expressão, e a análise de conteúdo busca esta expressão e o contexto contido nestes textos. O pesquisador estabelece um conjunto de categorias que pretende estudar e busca informações semelhantes, que respondam às perguntas iniciais de seu estudo (BAUER; GASKELL, 2010; SILVERMAN, 2009).

Ao interpretar os dados das entrevistas com gestores médicos, buscou-se uma (dia)lógica de compreensão que não se limita à linearidade das questões investigadas, mas que tornasse possível identificar, no conjunto das informações, as relações de interdependência, entre distintos pontos de vista (RICHARDSON, 1999; SENGE, 1999).

Para organização dos dados coletados e a análise utilizou-se a ferramenta NVivo 10®. As informações foram categorizadas, utilizando-se as unidades de análise estruturadas. Esse *software* permite a codificação dos dados em “nós” para que sejam analisados individualmente, por unidade de análise, ou via matrizes de cruzamento.

A análise textual discursiva, em consonância à análise de conteúdo, também foi considerada na descrição e análise dos dados, pois devido ao seu caráter hermenêutico, ela se aproxima dos movimentos de teorização que se originam nas manifestações dos gestores médicos. Desse modo, visa à melhor compreensão dos fenômenos investigados por meio da explicitação de teorias construídas com base nas próprias informações reunidas em relação aos fenômenos. Diferente da análise de discurso, que, por sua vez, trabalha com teorias a priori (MORAES; GALIAZZI, 2007).

Para chegar a essas unidades de análise, que serão apresentadas no próximo capítulo, a pesquisadora fez uso de cinco etapas distintas, descritas a seguir (MORAES, 1999).

1) **Preparação das informações:** nessa etapa, todos os materiais de pesquisa foram lidos, sendo selecionados somente os que estavam de acordo com os objetivos da pesquisa.

2) **Transformação do conteúdo em unidades:** os materiais de pesquisa foram novamente lidos a fim de se chegar às unidades de análise. Seguindo a proposição dessa pesquisa, foram estruturadas quatro unidades de análise, que respondem aos quatro objetivos específicos (conforme Quadro 4). Ao fazer novamente a leitura do material, realizou-se a

codificação de cada unidade. Essa etapa já foi realizada por meio do NVivo 10®, onde cada unidade de análise foi classificada em nós.

As fontes de informação da pesquisa, assim como os dados gerados durante o processo de análise, como categorias de informações, são armazenadas em um banco de dados no NVivo 10®. Entre as principais estruturas de um projeto NVivo 10® estão os *nodes* ou nós, que podem ser do tipo *Free Node* (um nó isolado) ou *Tree Node* (uma árvore de nós). Cada nó é uma estrutura para armazenamento de informações codificadas e pode assumir significados diferentes, dependendo da abordagem metodológica utilizada na pesquisa. No apêndice B é possível visualizar o desenho de pesquisa desenvolvido (BRINGER; JOHNSTON; BRACKNRIDGE, 2006).

Ao pesquisador isolar as unidades de análise, transformando dados brutos em unidades de análise, é essencial ter em mente que elas devem representar informações que tenham significado completo em si mesmas, sem necessidade de informações adicionais (MORAES, 1999; MORAES, 2003). Com a utilização do NVivo, torna-se mais ágil ao pesquisador retornar ao contexto de onde cada unidade de análise provém para poder explorar de forma mais completa o significado.

3) **Categorização:** os dados de pesquisa foram agrupados considerando o que havia de comum entre eles. Nessa pesquisa, foram definidos critérios semânticos, originando doze categorias temáticas. É importante apreender que a amplitude e precisão das categorias devem ser observadas, pois quanto mais subdivididos os dados e quanto maior o número de categorias, maior a precisão da classificação. As doze categorias estabelecidas foram desenvolvidas a partir da fundamentação teórica de cada unidade de análise.

A partir dos quatro “nós” estruturados no NVivo 10®, que representam as unidades de análise foram estruturadas doze categorias, classificadas como “subnós”. A construção das unidades de análise em “nós” e suas categorias de “subnós”, podem ser visualizadas na Figura 3. Esta divisão permite codificar as falas de cada grupo para análise e cruzamentos necessários.

Figura 3 - Tela Banco de dados NVivo 10® com as categorias de análise mapeadas

Nome	Fontes	Referências	Criado em	Criado por	Modificado em	Modificado por
1. Gestão em organizações hospitalares	8	95	08/01/2014 21:27	MBL	20/03/2014 22:48	MBL
1.1. O que o médico valoriza nas instituições hospitalares	2	22	16/03/2014 14:49	MBL	19/03/2014 23:19	MBL
1.2. O que o gestor médico valoriza nas instituições hospitalares (paper)	4	36	16/03/2014 14:50	MBL	19/03/2014 23:20	MBL
1.3. Principais desafios gestor médico	6	39	16/03/2014 14:50	MBL	20/03/2014 19:00	MBL
2. Liderança médica	8	137	08/01/2014 21:27	MBL	20/03/2014 22:48	MBL
2.1. Atuação do gestor médico frente a outros atores	6	78	16/03/2014 14:55	MBL	20/03/2014 18:48	MBL
2.2. Mudanças nas relações após assumir função de gestão	6	30	16/03/2014 14:55	MBL	20/03/2014 18:50	MBL
2.3. Processo de reconhecimento e legitimação na função de gestão	5	37	16/03/2014 14:56	MBL	20/03/2014 18:52	MBL
3. Identidade profissional gestor médico	9	99	08/01/2014 21:28	MBL	20/03/2014 22:48	MBL
3.1. Processo de tomada de decisão função de gestão	3	26	16/03/2014 14:58	MBL	20/03/2014 18:46	MBL
3.2. Direcionamento de carreira gestor médico	5	28	16/03/2014 14:58	MBL	20/03/2014 19:01	MBL
3.3. Atuação como médico e atuação como gestor	8	53	16/03/2014 14:58	MBL	20/03/2014 18:59	MBL
4. Gestão estratégica de pessoas	11	116	08/01/2014 21:29	MBL	20/03/2014 22:50	MBL
4.1. Capacidade dos hospitais em atrair, desenvolver e reter gestores mé	7	34	16/03/2014 15:00	MBL	20/03/2014 19:00	MBL
4.2. Processo de preparação dos gestores médicos	11	65	16/03/2014 15:01	MBL	20/03/2014 18:57	MBL
4.2.1. Aprendizagem prática	6	20	16/03/2014 15:50	MBL	20/03/2014 18:57	MBL
4.2.2. Coaching	3	5	16/03/2014 15:46	MBL	19/03/2014 22:43	MBL
4.2.3. Educação formal MBA	5	21	16/03/2014 15:51	MBL	20/03/2014 18:40	MBL
4.2.4. Sucessão	3	4	16/03/2014 19:39	MBL	19/03/2014 22:27	MBL
4.2.5. Tutor ou Mentor ou Referência	6	11	16/03/2014 15:49	MBL	20/03/2014 18:57	MBL
4.2.6. O que o médico deve desenvolver para ser um bom gestor	6	19	16/03/2014 15:02	MBL	19/03/2014 23:21	MBL

Fonte: Elaborado pela autora, a partir do *software NVivo 10®*.

Para uma análise mais apurada do “subnó” onze (pertencente ao nó quatro), tendo em vista a melhoria das práticas organizacionais ser um dos focos desse trabalho, esse “subnó” foi desmembrado em mais cinco “subnós”, configurando classificações de preparação do gestor médico, apontadas pelos entrevistados e problematizadas pela pesquisadora (Quadro 5):

Quadro 5 – Categorização de nós e subnós a partir do referencial teórico

Nós	Subnós
1. Gestão em organizações hospitalares	1. O que o médico valoriza nas instituições hospitalares 2. O que o gestor médico valoriza nas instituições hospitalares (paper) 3. Principais desafios gestor médico
2. Liderança médica executiva em instituições hospitalares	4. Atuação do gestor médico frente a outros atores 5. Mudanças nas relações após assumir função de gestão 6. Processo de reconhecimento e legitimação na função de gestão
3. Identidade profissional gestor médico	7. Processo de tomada de decisão função de gestão 8. Direcionamento de carreira gestor médico 9. Atuação como médico e atuação como gestor
4. Gestão estratégica de pessoas em instituições hospitalares	10. Capacidade hospitais atrair, desenvolver e reter gestores médicos 11. Processo de preparação dos gestores médicos 11.1 Aprendizagem prática 11.2 <i>Coaching</i>

	11.3 Educação formal MBA (<i>Master Business Management</i>) 11.4 Sucessão 11.5 Tutor ou Mentor ou Referência 11.6 Psicoterapia 12. O que o médico deve desenvolver para ser um bom gestor
--	--

Fonte: Elaborado pela autora.

A análise psicológica ou psicoterapia pode ser descrita como subnó emergente, dentro do subnó onze, pois foi considerada uma prática de preparação dos gestores médicos, não prevista previamente pela pesquisadora.

4) **Descrição:** como a abordagem delineada na pesquisa é qualitativa, para cada uma das doze categorias organizou-se um quadro síntese, onde estão expressos o conjunto de significados presentes nas unidades de análise a qual pertencem, também estruturado através do NVivo.

5) **Interpretação:** para discussão dos achados de pesquisa, realizou-se uma interpretação hermenêutica e dialógica (MINAYO, 2002). Desse modo, a hermenêutica busca o que há em comum, a compreensão do consenso na linguagem, onde o ponto chave para essa interpretação é o estranhamento, na medida em que os discursos dos entrevistados não são compreensíveis por si mesmos. A hermenêutica enquanto método busca ir além da intenção do entrevistado e seu texto, pois a base é considerar que o sujeito não se esgota no contexto onde pertence, mas é atravessado por desejos, expectativas e interesses. A compreensão dos sujeitos de pesquisa só se torna válida quando se considera o que lhes é comum (conjuntura) e o que é peculiar (MINAYO, 2002).

Em contraste às bases de consenso e compreensão do método hermenêutico, a dialógica traz ao método interpretativo o princípio do conflito e da contradição como processo permanente e em transformação (AZEVEDO, 2004; MINAYO, 2002). Ao buscar compreender a prática social empírica dos gestores médicos em instituições hospitalares, é essencial trazer à análise e discussão o movimento dialógico desses atores, conforme ilustra a Figura 4:

Figura 4 – Gestor médico como ator integrado



Fonte: Elaborado pela autora.

Ao considerar essa perspectiva dialógica – ser médico, identificando-se e reconhecendo-se nesse papel, e ser gestor, apreendendo outra perspectiva e jogos relacionais – é importante destacar que tanto o contexto das instituições hospitalares como da gestão médica são transpassados por sentidos e significados transdisciplinares, onde os gestores médicos atuam e transformam-se num movimento recursivo. A dialógica implicada nos processos de poder, liderança e identidade – enquanto médico e gestor – exige a escolha e preparação para um atuação com regras distintas – para medicina e para gestão, gerando o movimento do uso de artifícios de um campo de saber em outro.

Desse modo, o ponto crucial para a interpretação dialógica é considerar que esses atores – gestores médicos – estão inseridos em uma determinada realidade (segmento saúde), ao mesmo tempo, em que pertencem a categorias e grupos distintos (médicos de uma instituição hospitalar e gestores da mesma ou outras instituições hospitalares), e são condicionados e transformados por interesses coletivos que os unem e interesses particulares que os distinguem e os contrapõem (MINAYO, 2002).

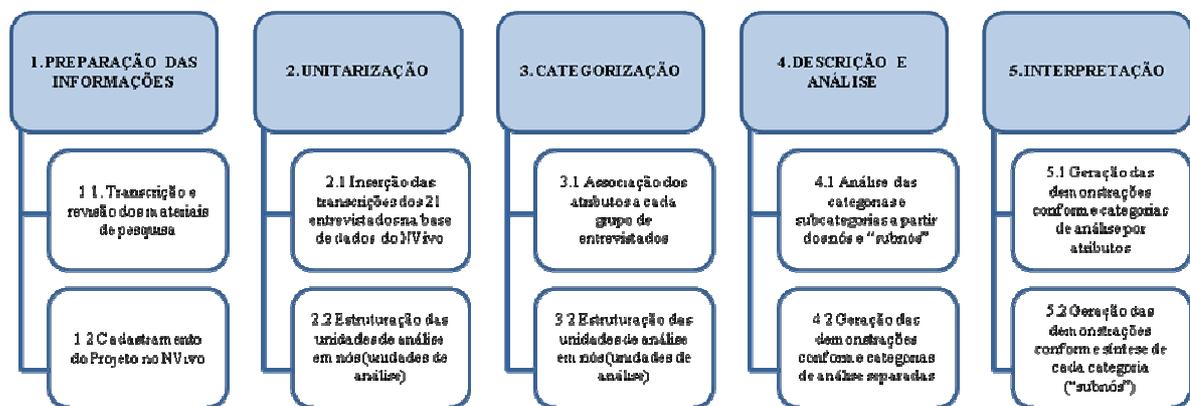
É importante ressaltar que a própria vivência desta pesquisadora “no campo” pode interferir nos dados. Prova disso foram os questionamentos de alguns entrevistados, durante a entrevista, se a pesquisadora era médica.

Se a negativa a esse questionamento poderia fazer com que o entrevistado não formulasse determinadas respostas, caso fosse uma médica a interlocutora, a hipótese contrária também é verdadeira. Justamente por não ser médica, a pesquisadora conseguiu

extrair discursos mais genuínos, que se fossem a um par, seriam mais elaborados, direcionados, sem exposição de fragilidades e opiniões abertas, como de fato ocorreu.

Para manter a confidencialidade das informações coletadas, tendo em vista a profundidade do conteúdo, a apresentação e discussão dos resultados estão dispostas por categoria (conforme Quadro 5 – nós e “subnós”). No capítulo 5 – Síntese dos Resultados, estão evidenciados os principais achados de cada unidade de análise, onde estão demonstrados cruzamentos entre “nós” e a matriz sintética de análise (síntese integradora). Para melhor visualização das etapas descritas nesse capítulo da análise de conteúdo e utilização do *software* NVivo 10®, segue Figura 5:

Figura 5 – Estruturação completa da análise de conteúdo utilizando o *software* NVivo 10®



Fonte: Elaborado pela autora.

A figura acima evidencia a construção das etapas da análise de conteúdo integrada à estrutura de projeto do *software* NVivo 10®, desenvolvida para essa pesquisa. Nessa integração de métodos de codificação dos dados, a análise textual representa terreno comum para ambas as técnicas, tendo em vista todas as entrevistas terem sido gravadas e transcritas.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados e discutidos os dados coletados nas 21 entrevistas realizadas com gestores médicos, em seis instituições hospitalares privadas brasileiras. A proposição é descrever e analisar os resultados obtidos à luz dos objetivos propostos nesta pesquisa.

As informações foram categorizadas, utilizando-se as variáveis propostas na estrutura de pesquisa (Quadro 5 e Figura 5): “Gestão em organizações hospitalares”, “Liderança médica executiva em instituições hospitalares”, “Identidade profissional do gestor médico” e “Gestão estratégica de pessoas em instituições hospitalares”.

Em cada subitem são apresentados os resultados obtidos e devidos cruzamentos das entrevistas, a partir das unidades de análise e categorização correspondentes. Em seguida, os dados da pesquisa foram sintetizados e analisados por meio da discussão dos resultados o que desdobrará na apresentação de propostas para se trabalhar na formação e desenvolvimento dos gestores médicos em instituições hospitalares.

No decorrer das análises as informações foram descritas de acordo com o relato dos entrevistados e comparando as diferentes ações e percepções, por meio de um processo dialógico do que é compartilhado e do que é contraditório. Em diversos momentos falas são citadas, como forma de evidenciar a opinião exata do entrevistado com relação ao assunto abordado.

Com o intuito de garantir melhor fluidez do texto, a identificação das falas está referenciada pela abreviatura de Entrevistado, seguido de sua numeração correspondente (exemplo Entrevistado 1 está identificado como E1, o Entrevistado 2, como E2, e assim sucessivamente).

4.1 Gestão em Organizações Hospitalares

A compreensão do processo de constituição de liderança e identidade dos gestores médicos nas instituições hospitalares inicia pela compreensão da dinâmica organizacional onde estão inseridos e que os constituem enquanto gestor. Desse modo, diferente de outros segmentos, a área da saúde apresenta características e dinâmicas distintas, especialmente na dicotomia entre áreas fim (médico-assistenciais, voltadas ao negócio) e áreas meio (administrativas e apoio).

A complexidade de atuação nesse sistema corporativo e cultural, o hospital, perpassa os discursos de todos os entrevistados, onde trazem a dificuldade e, ao mesmo tempo, a sua valorização por pertencerem a ele.

O Entrevistado15 revela:

“[...] a gente trabalha em um ambiente muito complexo, o movimento e a transformação é lenta desse jeito, mais lenta que as outras indústrias... a gente precisa trabalhar com interesses e pessoas e formações e culturas muito diferentes dentro de um hospital. A gente precisa ter mais habilidades [...]”.

Essa tensão observada no ambiente hospitalar, desde a sua constituição, em termos de profissionalização e organização, perdura até os dias atuais, mas não predomina apenas no âmbito coletivo, transformando sentidos também na esfera privada. A reflexão direcionada ao aspecto organizacional endossa a percepção do próprio gestor médico nessa estrutura.

Nesse sentido, o mesmo Entrevistado 15 reflete:

“A gente está caminhando ainda, a sensação que eu tenho é essa, que é uma indústria super importante mas que a gente se move que nem elefante, a gente é pesado, a gente é poderoso, mas a gente é lento e a gente não sabe aonde está pisando direito”.

Essa fala torna evidente que os sujeitos constroem suas versões públicas do mundo ao qual estão inseridos através de práticas discursivas e cognitivas colocadas dentro de uma situação cultural dada e que é determinante na constituição da sua visão da realidade (MONDADA; DUBOIS, 2003).

Para apreender dinâmicas como essa, por meio do conteúdo da fala dos entrevistados, a primeira questão colocada foi sobre o médico e não sobre o gestor e ao se referirem ao que o médico valoriza ao atuar numa instituição hospitalar, os entrevistados voltaram-se para a prática do médico, sendo o ambiente um meio para que ele possa desenvolver sua “melhor medicina”.

4.1.1 Percepções sobre os médicos nas instituições hospitalares

Na tensão entre duas lógicas (ou dialógicas): a técnico-científica do corpo médico e a lógica racional da administração, ou segundo o modelo weberiano de “duas linhas de autoridade”, o lugar do médico enquanto categoria e prática é amplamente compartilhado (ADAM; HERZLICH, 2001; SANTOS, 2010).

Nesse sentido, é essencial trazer à discussão o estatuto da medicina enquanto profissão, pois foram os próprios médicos que determinaram os currículos dos estudos em

medicina, assim como redigiram o código de ética médica, dependendo de suas próprias associações. Sua regulamentação é estabelecida por uma autorregulamentação (ADAM; HERZLICH, 2001).

Ao tratar da formação da identidade médica, no que tange ao imaginário social, fora na universidade medieval que o médico foi designado como doutor. Concomitante, o estereótipo social do médico na sociedade foi sendo delineado, e desde então é uma das profissões mais idealizadas e reconhecidas socialmente (JACQUES, 1998).

Nessa construção sócio-histórica, os gestores médicos reforçam o papel central do médico na instituição hospitalar, confirmando que todos os recursos devem ser voltados para o pleno exercício da sua atividade assistencial. Entre as preocupações dos médicos com a escolha do hospital onde vão trabalhar, estão as condições de infraestrutura, apoio técnico e, sobretudo, confiança nas questões de segurança, conforme apontam os entrevistados abaixo:

“A grande preocupação do médico quando escolhe um hospital para trabalhar é a confiança que ele tem nessa infraestrutura de serviço, para que possa dar o melhor atendimento ao paciente dele”. (E3)

“O primeiro é o paciente dele ser atendido, o teu cliente, tu queres que o teu paciente seja bem atendido como em qualquer outra área.” (E6)

“[...] o mais importante é ele sentir que ele está fazendo a sua atividade profissional da melhor forma possível, como médico... e nesse ponto entra todo o contexto.” (E11)

“Importa que as coisas que tu decide pro teu paciente sejam feitas, que a estrutura te ajude a cuidar do teu paciente”. (E15)

“... cada vez mais, valoriza a segurança que uma instituição hospitalar oferece para que ele possa atender o seu paciente adequadamente”. (E16)

Os profissionais que oferecem suporte à atuação do médico foram citados pelo Entrevistado 7, reforçando o eixo médico-assistencial como “espinha dorsal do hospital”:

“[...] que o Hospital ofereça segurança para o paciente dele e que ele tenha uma equipe de profissionais capacitados para atendê-lo.”

Embora o Entrevistado 18 aponte a remuneração como um fator importante, o foco volta-se ao médico exercer sua atividade sem riscos:

“[...] é porque a questão da remuneração, às vezes, em alguns casos o risco é tão grande que ela passa a ser secundária. Se a estrutura gerar riscos, então não compensa”.

Quando se trata da sustentabilidade do negócio, no segmento de saúde, e mais precisamente nas instituições hospitalares, tem-se no sistema de gestão, profissionais

existentes e recursos tecnológicos disponíveis. Essa sustentabilidade do negócio está diretamente ligada a todos os atores do contexto hospitalar (BANSAL, 2001; SEIXAS; MELO, 2004).

A burocracia nos procedimentos hospitalares, que tradicionalmente faz parte do contexto de gestão, necessária para garantir o registro e segurança das informações, bem como o uso de procedimentos e protocolos corretos, é questionada pelo Entrevistado 15:

“[...] que seja o menos burocratizado possível, a burocracia é uma coisa que é muito desconfortável, em todos os níveis”.

Ao contestar a burocracia, o Entrevistado 15 deixa transparecer não estar falando apenas do viés médico, mas “em todos os níveis”.

Nesse mesmo aspecto, o Entrevistado 17 concorda:

“[...] ele quer pouca burocracia, hoje em dia, ele até aceita a burocracia, mas desde que esteja organizada, e que as coisas não sejam complicadas”.

As diferenças entre perspectivas do médico – esfera individual e do hospital – esfera institucional, reforçando a dicotomia entre áreas fim e áreas meio foram corroboradas por vários entrevistados.

O Entrevistado 8 reforça a individualidade da atuação do médico:

“Ele não está muito preocupado com a questão da gestão, ele está preocupado com o seu doente... eles não estão tão preocupados com a Instituição”.

Nesse mesmo ponto, o Entrevistado 10 discorre:

“[...] e ele (o médico) não faz parte por culpa dos dois lados, é culpa nossa e é culpa deles, da gente por não se interessar e do Hospital por não abrir.”

O Entrevistado 11 deixa claro seu posicionamento como médico:

“Como médica eu gosto de me sentir respeitada pelo o que eu estou fazendo, eu não estou falando com nenhuma displicência, mas quero me sentir respeitada”.

Esse olhar é reforçado pelo Entrevistado 12, que, por sua vez, posiciona-se institucionalmente:

“O médico que está no assistencial, esse é o foco deles, o paciente é a prática deles, eles nem olham muito para essa questão do hospital, nós temos que chamar eles a olhar.”

Reforçando essas diferenças entre o que o médico valoriza e a visão institucional o Entrevistado 19 analisa:

“Nós tentamos fazer com que eles (médicos) enxerguem que primeiro nós temos que estar enxergando um norte e que esse norte precisa estar alinhado [...] muitas vezes o interesse não é o mesmo”.

Como item valorizado pelos médicos, e que endossa as características autônomas da profissão, está a possibilidade de investimento na parte técnico-científica. E esse ponto converge com os custos da saúde, pois está diretamente vinculado a profissionais qualificados e especializados (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009), conforme sinalizam os entrevistados 4 e 11:

“O hospital para o médico é uma possibilidade de estar com profissionais de várias especialidades, de discutir casos e situações, de ter uma troca de experiência, e mais do que isso, de ver situações e casos de pacientes diferentes”. (E4)

“E esse é um investimento muito grande que o médico faz ao longo de sua vida e quando ele tem êxito científico e clínico assistencial ele quer ser reconhecido como um médico diferenciado dentro do grupo”. (E11)

4.1.2 Percepções sobre o gestor médico nas instituições hospitalares

Essa provocação na sequência à primeira questão - sobre o que o médico valoriza - atende ao propósito de estimular os entrevistados a comparar suas duas atividades profissionais no circuito hospitalar: médico e gestor médico.

A inexistência de conteúdos sobre gestão na matriz das disciplinas dos cursos de medicina e das residências surge como consideração destacada nessa unidade de análise, fato que não favorece a integração dos gestores médicos na cultura hospitalar.

As universidades ainda concentram sua formação nos domínios da medicina intuitiva, porém, cada vez mais, as enfermidades tendem a migrar para o campo da medicina de precisão. Essa formação apresenta maior similaridade com os serviços médicos de centros resolutivos. No futuro, grande parte dos médicos atuará em contextos onde os atendimentos estarão incorporados aos processos e equipamentos, e não mais direcionados aos indivíduos (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009).

Quando o conhecimento e *expertise* pessoal deslocam-se do sujeito médico para a *expertise* do processo, evidencia-se uma ruptura no campo de domínio médico tradicional. Essa ruptura tende a favorecer a integração entre as instâncias de poder: assistenciais e administrativas.

Essa tendência é apontada pela fala do Entrevistado 2:

“O médico não tem formação na universidade para fazer gestão... não tem formação de gestor, ele não tem a menor noção de como funciona um hospital ou um serviço de saúde, nós somos forjados como gestor por necessidade.”

Para o Entrevistado 6, a formação também é uma condição referenciada quando se trata do gestor médico, mas com o enfoque da integração atrelado:

“E esse profissional não existia mesmo... não existia uma formação específica, que juntasse essa coisa de gestão propriamente dita, com o conhecimento técnico do médico... E nisso eu acho que entra o papel do gestor, de juntar essas coisas administrativas, com as coisas da prática médica mesmo”.

O Entrevistado 11, além da questão educacional, salienta a dificuldade do gestor médico em não ser envolvido em decisões estratégicas da instituição:

“Então, eu acho que nós deveríamos ter um foco mais contemporâneo de gestão no curso e o fato de não nos envolver nas decisões que são tomadas na instituição afeta muito a nossa profissão”.

A questão do alinhamento de objetivos, do gestor médico e da instituição onde atua como executivo, é trazida à discussão pelo Entrevistado 3:

“É uma visão ingênua... Eu entendi que aqui eu tinha uma oportunidade de desenvolver a minha assistência e desenvolver uma outra atividade de gestor diferente voltada para o negócio, voltada para os objetivos da instituição”.

O Entrevistado 4 também demonstra que a integração de interesses na instituição hospitalar é uma dificuldade a ser superada, pois é essencial à dinâmica organizacional:

“O papel do médico gestor tem uma dificuldade que norteia a atividade que é congregar os interesses médicos assistenciais, a demanda do paciente, dos outros colegas e todas as áreas de apoio”.

O reforço das “tensões” (e ambivalências) institucionais no exercício dos dois papéis – gestor e médico – está permeado de sentidos, enaltecendo o papel da segunda instância (médico), como sustentam as seguintes falas:

“Esses dois modos de ver pontos de vista, modelos mentais diferentes, por vezes eles são antagônicos e a função do médico gestor é tentar fazer com que eles caminhem na mesma direção.” (E4)

“[...] no momento que eu ver, é uma questão de princípios, que a instituição está valorizando o resultado em detrimento da qualidade, não tem mais papel”. (E8)

O gestor médico visto como privilegiado é evidenciado pelos entrevistados, no entanto, o privilégio individual é posto à prova frente ao desafio do contexto, conforme reconhece o Entrevistado 15:

“A gente tem um papel privilegiado, a gente nem sempre consegue ou quer exercer esse papel, isso é diferente, acho que com o tempo muitos de nós, médicos, migramos até porque é difícil de manter esses dois olhares ou pontos de vista, e às vezes acaba olhando só como gestor, não como gestor médico e perde esse diferencial”.

O médico, na condição de gestor, é identificado como o líder “natural” para a condução das instituições hospitalares, sustenta o Entrevistado 11:

“E é uma posição confortável tu ficares do lado de fora reclamando, então vai lá e te mete e começa a mudar a situação, o médico é a pessoa com mais condições de poder apontar para o norte que uma instituição de saúde tem que ter”.

Ao conviver com diferentes aspectos de sua individualidade e pertencer a um sistema cultural, os indivíduos estão em constante movimento, um “vir-a-ser” permanente. Desse modo, duas movimentações em espirais conduzem e são conduzidas nesse processo: o movimento para dentro (onde cria-se o eu) e o movimento para fora (onde cria-se o mundo). Com essa sistemática, na busca de outros “eus”, são criados novos sistemas, com outro significado e complexidade (DUTRA, 2010a).

Esses discursos demonstram a dificuldade dos entrevistados em reconhecer a gestão como profissão, apoiando-se no seu papel de médico e nos atributos relacionados a ele, campo mais reconhecido e seguro. Embora valorizem sua condição como “privilegiados”, reforçam que não foram preparados para o exercício da gestão e, em contrapartida, corroboram o fato do médico ser o principal ator de uma instituição hospitalar e o mais preparado para conduzi-la (reproduzindo a tensão coletiva no âmbito individual). As falas dos entrevistados abaixo endossam essa visão:

“[...] quem lidera esse processo assistencial no hospital é o médico, ele é o único que tem autoridade e a responsabilidade técnica para conduzir o que deve ser feito dentro de um Hospital”. (E1)

“Embora eu esteja nessa atividade há muitos anos, eu ainda sou muito mais médico do que gestor, não sei porque eu sou assim, eu acho que isso é mais importante, então talvez esse seja um dos papéis mais importantes do gestor no sentido de conseguir ajustar esses acordos e tentar minimizar as confusões ou as vaidades de um com o outro.”(E7)

“Ele (o médico) deveria ser o líder, o cabeça de uma instituição de saúde [...] A parte pensante de uma instituição hospitalar tem que ter essa figura, pois tu consegues entender melhor o cenário”. (E11)

“A visão médica deles serve para fazer uma tradução, para que ele consiga entender as necessidades da instituição”. (E12)

“Facilita porque tu entendes do assunto, e se tu fores conversar com qualquer gestor que não é médico, eles acham que nós somos todos loucos, mas essa é uma estrutura extremamente complexa.” (E18)

“O médico gestor tem como função principal ser médico”. (E20)

O estereótipo do gestor médico como “alguém que não deu certo na assistência” reforça a insegurança dos entrevistados em integrar instâncias e se apropriar de sua função. Essas percepções reforçam as diferenças entre áreas fim e áreas meio e uma inversão do que ocorre na estrutura executiva convencional das empresas. Ao contrário dessa afirmativa, quanto mais se avança em posições executivas (de gestão) nas empresas, progressão executiva convencional, a percepção é de “dar certo”, de sucesso na carreira e aquisição de mais *status*.

Em relação ao estereótipo, o Entrevistado 10 comenta:

“Os médicos sempre foram vistos historicamente como gestores ruins, porque nunca trabalharam, eram ruins tecnicamente... hoje nós vemos que precisa de uma gestão profissional”.

Os entrevistados demonstram que o papel do gestor médico no Brasil é algo recente, sendo fundamental para a mudança do segmento da saúde. Em contraposição, médicos liderando instituições hospitalares no Brasil sempre fizeram parte da história, no entanto, a gestão médica não é uma prática devidamente reconhecida pelos médicos, inclusive gestores, não tratada como especialidade pelo próprio CFM – Conselho Federal de Medicina (MIRSHAWKA, 1994; GONÇALVES, 1983).

A dicotomia assistência e não-assistência é reforçada nas falas, e sua tensão está presente nos significados de cada polo.

O Entrevistado 16 ilustra as dificuldades de reconhecimento:

“Eu acho que nós enxergamos o médico como gestor, é algo muito novo no Brasil. O brasileiro em geral não sabe muito bem nem o porquê um médico vai ser gestor, ele tem uma dificuldade muito grande em identificar isso”.

Como contraponto ao consenso dos outros entrevistados, o Entrevistado 10 não concorda com a atuação concomitante como médico e como gestor, pois, em sua percepção, representaria um conflito de interesses por ocupar uma posição privilegiada em termos de informação:

“Eu acho que isso é um conflito de interesse enorme, porque trabalhar naquele hospital como gestor do Centro Cirúrgico e ser cirurgião eu não acho bom, tu acaba tendo uma carga de informação que é maior que o de seus colegas”.

Importante apreender qual o sentido de seu papel como gestores, colocado pelos próprios entrevistados, ao afirmarem ser uma prática recente (ser gestor médico), que historicamente não se confirma, ao mesmo tempo em que consideram que o médico realiza gestão em sua prática assistencial, valorizando-o como o profissional mais indicado para liderar uma instituição de saúde.

4.1.3 Percepções sobre os desafios do gestor médico

A terceira questão dessa unidade de análise teve por objetivo provocar o pensamento integrado sobre as duas lógicas: médica e gestão, as similaridades de opinião, mas também a contradição e o próprio conflito. Interessante perceber que os desafios postos na atuação como gestor no contexto hospitalar foram situados em três instâncias: 1) relacionamento com pares médicos e *stakeholders* da organização; 2) atributos do líder; e 3) dinâmica integradora do processo médico-assistencial e do processo de gestão.

Esses elementos estão em consonância à literatura no que tange à garantia da sustentabilidade do negócio, diretamente relacionada a três condições: 1) compartilhamento de valores entre esferas organizacionais (médico-assistenciais e administração); 2) exploração do sentimento de adesão dos atores à instituição hospitalar, por meio dos seus próprios valores; e 3) discussão com os médicos sobre seu poder e importância para a perenidade do negócio (VARELA *et al.*, 2010).

Ao referirem o relacionamento como desafio, os gestores médicos destacam tanto os integrantes da equipe conduzida por ele, como também os integrantes do corpo clínico:

“A grande dificuldade da gestão médica dentro de uma organização hospitalar é gestão dos médicos, porque os médicos são autônomos por formação”. (E3)

“Talvez o maior desafio é tu conseguires trabalhar, “comandar”, os médicos que não são subordinados a ti, mas que trabalham em uma área que tu coordenas”. (E7)

“É a gestão dos médicos, os médicos da tua equipe. Esse para mim é o principal desafio, é a tarefa mais difícil. Nenhum hospital hoje, eu acho, no mundo tem isso resolvido.” (E2)

Esse desafio da organização e do contexto hospitalar também recai sobre as próprias “características dos médicos”, consideradas pelos gestores médicos entrevistados. Essas características estão diretamente relacionadas a fatores narcísicos, necessários ao exercício da liderança. Elementos como autonomia e segurança são destacados como desafios em relação à gestão dos médicos, mas ao mesmo tempo, representam fatores importantes para o exercício da gestão:

“Todo médico acha que ele é que sabe tudo... O hospital tem várias regras e normas [...] Muitas vezes os médicos não querem se adequar e então se estabelece o conflito”. (E3)

“O maior desafio é realmente fazer com que o médico, que se sente dono do papel dele, que ele não quer interferência nenhuma, siga as rotinas que tu colocaste”. (E7)

“Tu passa a ter que lidar com colegas também. Isso é normal de qualquer gestor, médico ou não médico, a diferença é que são pessoas que estão acostumadas a ter uma autonomia muito grande”. (E9)

“O médico é mais complicado, sai das reuniões e quando não acontece nada, ele reclama muito, e são muito resistentes às mudanças, então nós temos que ir construindo aos poucos”. (E11)

“Humildade, como eu já falei que é algo, às vezes, difícil para os médicos”. (E19)

Desse modo, carisma e narcisismo são conceitos que vêm sendo associados ao processo de liderança. Ao ser caracterizado como uma dimensão normal de personalidade, englobando sentimentos de autoconfiança, superioridade e forte direcionamento para objetivos de poder e glória, o narcisismo é facilmente relacionado à personalidade carismática. Os narcisistas produtivos tendem a ser visionários, otimistas e obstinados (RUGG-GUNN, 2011).

No caso dos médicos, essas características reforçam a prerrogativa de encabeçarem a gestão em instituições de saúde, pois sua segurança e autoconfiança em relação aos processos que lideram – elementos narcísicos – facilitam a gestão propriamente dita.

O papel do líder carismático aliado ao comportamento narcisista pode facilitar a trajetória de liderança, tendo em vista ser condição de sobrevivência a todos os sujeitos elementos narcisistas. Menos importa se o líder é introvertido ou extrovertido, mas é a natureza da relação com os seguidores que prediz o sucesso. O carisma personalizado seria considerado verdadeiramente narcisista, enquanto o carisma socializado estaria próximo da liderança transformacional. O julgamento do líder, no que tange aos seus comportamentos, é bastante complexo, pois estes decorrem da interação da personalidade do líder, a situação a qual o líder aspira para liderar e as preferências comportamentais de líderes e seguidores (RUGG-GUNN, 2011; HUMPHREYS *et al.*, 2010).

Além do conflito com a gestão dos próprios médicos, o desafio se estende para outros atores na estrutura hospitalar, também médicos, mas chefes de especialidade (medicina vascular, oncologia, por exemplo), onde os interesses e atuação são distintos, conforme sinaliza o Entrevistado 3:

“Os gestores de especialidade tem que defender basicamente os interesses daquela especialidade e assim, os limites não são tão claros para todos... Então o conflito é natural e passa a ser, às vezes, mais uma briga individual do que um trabalho em grupo mesmo”.

A relação com outros *stakeholders* envolvidos no contexto hospitalar também é considerada:

“Eu dividiria os desafios nessas quatro perspectivas: negócio, sociedade/cliente, colaborador/colega e instituição”. (E5)

“São várias peças envolvidas que temos que satisfazê-las, e esse é o desafio, porque um quer ganhar em cima do outro, então nós temos que fazer todo mundo se sentir ganhando”. (E8)

O médico, encarado como “cliente”, no âmbito hospitalar é um dos principais desafios das organizações e dos próprios gestores médicos⁸. Essa é uma das grandes particularidades do segmento hospitalar em comparação a outros (indústria, comércio, outros serviços). Além da gestão desses “clientes” ser sinalizada como um ponto de atenção pelos gestores médicos entrevistados, o reconhecimento de atributos necessários ao gestor médico, também mostra-se desafiador.

O Entrevistado 2 reconhece: *“Um problema que eu tive no início é não saber dizer não [...] você tem que dizer não...”*

A referência e o exemplo são condições para o reconhecimento da liderança, itens explícitos na fala do Entrevistado 13:

“[...] ter essa relação de confiança e parceria com as pessoas, tu não podes exigir uma postura das pessoas, se eu não tiver, eu tenho que ser um exemplo para eles, eu tenho que inspirar eles”.

O Entrevistado 15 reforça esse quesito, mas amplia o escopo comparando o mesmo atributo na posição de médico:

“É a questão da negociação, do nível político... quando tu é médico, não tem negociação, o que é certo é certo, o que tem que fazer tem que fazer e acabou, e quando a gente sai para a gestão não... é uma questão de vender a tua ideia, de transformar, de conhecer caminhos que cada instituição tem um jeito diferente”.

A integração entre instância médica e de gestão é sinalizada:

“Depende do que ele faz como gestor [...] tu faz gestão todos os dias, tu acorda e dorme fazendo gestão”. (E2)

Essa integração também passa por uma ampliação de visão do gestor médico, que entende como desafio fazer com que isso se estenda aos médicos:

“Não é que eu estou ignorando essa visão do médico, mas são vários desafios... realmente tu fazer o médico entender que tu é útil, qual é a tua função exata”. (E3)

⁸ Essa relação do médico como cliente na instituição hospitalar ocorre, especialmente, com os médicos não contratados, identificados como médicos do corpo clínico ou credenciados. Esses médicos fazem uso da estrutura e dos serviços do hospital. Como é através dos pacientes que o hospital adquire receita, o responsável pelo encaminhamento do paciente para determinada instituição, para um procedimento cirúrgico, por exemplo, é o médico. Se aquela instituição não for de referência ou não oferecer as condições que deseja para sua atuação, pode encaminhar seu paciente para os serviços de outra instituição.

“Eu acho que o principal desafio é sair da condição de médico com um único foco, o paciente, para ter uma visão mais sistêmica da coisa”. (E9)

“Tu teres a percepção das necessidades da instituição, especialmente falando mais da classe médica, e traduzir isso em objetivos e em planos concretos”. (E11)

A internalização do “*modus operandi*” institucional, com suas regras tangíveis e intangíveis foi um dos pontos de atenção, afirmada pelo Entrevistado 15:

“Foi a parte mais difícil, saber de fato o que está nas entrelinhas, como é o modus operandis institucional, como médica fui treinada para ter um raciocínio muito mais imediato, muito mais formal.”

A complexidade que predomina desde a operação às decisões estratégicas das organizações hospitalares torna esse um ambiente de questionamento sobre saberes e práticas, inclusas revisões constantes de modelos e paradigmas. Em termos de gestão, o diferencial advém do aprendizado contínuo (BANSAL, 2001; LOTTENBERG, 2007). No entanto, o mesmo aspecto que favorece o questionamento do *status quo*, também o engessa, pois para essa engrenagem complexa funcionar, com tantos atores e especialidades distintas, processos, protocolos e políticas são ferramentas imprescindíveis à gestão.

De modo distinto a outros segmentos, como a indústria e outros serviços, a saúde e os hospitais não acompanharam as mudanças e transformações no mesmo ritmo. Com o intuito de gerar maior segurança e eficiência, o investimento fora em ampliação de normas e procedimentos. Esse modelo é reforçado, na assistência, pelas próprias creditações em saúde, e na área administrativa, por exemplo, pelo número de sindicatos com os quais os hospitais se relacionam (cerca de oito sindicatos).

Por outro lado, ao considerar que a capacidade de prestar assistência ainda está associada à *expertise* do profissional e não ao contexto, fazê-lo participar das normas e creditações, de caráter técnico, poderá ser uma forma de aproximação de esferas e adesão dos médicos à organização, contribuindo para seu resultado (assistencial e econômico-financeiro) e perpetuação do negócio. A evolução das práticas na área da saúde, e no segmento hospitalar, deve enfatizar aspectos gerenciais aliados aos processos assistenciais (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009; SAPIRO; DALPOZZO; BARBOSA, 2008; QUINTO NETO; GASTAL, 2004).

A dificuldade com a rotina e a comparação com outros segmentos é declarada pelo Entrevistado 15:

“[...] acho muito triste que os hospitais sejam como eles são, porque nós somos assim desde sempre... o maior desafio é a gente incorporar outros conhecimentos, outras tecnologias, porque eu acho que a gente está parado.”

As relações, e necessidades, de integração entre o campo da medicina e o campo da gestão, estão refletidas no entendimento de perenidade da instituição, como percebe-se nas seguintes falas:

“Eu acho que é saber olhar os outros pontos de vista, os negócios... A gente ainda pensa muito no curto prazo, rentabilidade no final do ano, mas pensando em perenidade mesmo da instituição”. (E10)

“Então eu acho que o maior desafio é tu conseguires manter um processo seguro, prático e que seja pagável e sustentável para a instituição”. (E12)

“E nós temos que, cada vez mais, conseguir trabalhar o nosso custo administrativo para trazer um resultado melhor, tanto do ponto de vista econômico financeiro, quanto do assistencial”. (E14)

“[...] desafio é ele conseguir com que os resultados, na área da assistência sejam compatibilizados com os recursos que uma instituição possa oferecer”. (E16)

“O desafio é equilibrar a qualidade assistencial, com um custo e utilização de recursos adequada, esse é o principal desafio. Essa noção de custo x efetividade deve estar muito presente na cabeça do gestor médico”. (E20)

O Entrevistado 21, ao contrário de todos os demais, traz à cena um desafio individual, essencial para que o gestor médico assuma sua posição: *“Primeiro é definir o que ele quer para a vida dele...”*.

A consciência na opção de carreira surge como condição para apropriação de qualquer papel profissional. No caso dos hospitais e gestores médicos, é essencial considerar se essa autoconsciência é proporcionada, bem como de que forma estão estruturadas as opções para carreira de gestão dos médicos. A compreensão da carreira não deve ser apreendida como um caminho rígido a ser percorrido, no entanto, os sujeitos tendem a permanecer em atividades profissionais da mesma natureza, ainda mais quando para alterar sua trajetória, necessita mobilizar conhecimentos e habilidades diferentes. Nesse sentido, as carreiras de médico (categoria profissional) e de gestor (categoria gerencial) pertencem à naturezas distintas (DUTRA, 2010).

A atualização técnica verificada na evolução do exercício da medicina enquanto profissão e campo de atuação, e que mesmo assim, ainda não alcançou a necessidade esperada para a inovação no segmento, não está refletida na posição e atuação dos gestores médicos nas instituições hospitalares. O papel e o espaço do médico como dirigente das instituições hospitalares não são novos, mas a configuração exigida para esse exercício é que deverá ser ressignificada. Os médicos lideram por serem médicos, os atores principais do segmento de saúde, e isso não mudou, mas não o fazem plenamente, segundo os próprios entrevistados.

Ao integrar todos os itens destacados nessa unidade de análise, percebe-se que nenhuma das três condições para garantia da perenidade do negócio - compartilhamento de valores entre esferas (assistência e administração), exploração do sentimento de adesão dos atores ao hospital e discussão consistente com os médicos sobre sua importância para organização - são cumpridas em sua plenitude. No que se refere ao compartilhamento de valores entre esferas organizacionais, cabe ao gestor médico realizar essa “ponte”, pois representa, em essência, a esfera assistencial, com a adesão de responsabilidades de outra esfera, administrativa ou de gestão (VARELA *et al.*, 2010).

A segunda condição, do mesmo modo que a terceira, estão em processo de construção pelos hospitais e pelos gestores médicos. Essa dinâmica acaba sendo dificultada pela própria formação do médico, autônoma e individualista, e endossada pelo contexto organizacional. O gestor médico toma a frente ao entender e se reconhecer nesse circuito, mas acaba tendo que se posicionar entre as esferas, conforme a necessidade. Nesse conflito, a instância médica representa espaço conhecido e seguro, em dissonância à gestão, esfera não familiar e que exige preparação.

4.2 Liderança Médica Executiva em Instituições Hospitalares

Nessa unidade de análise, a discussão centra-se sobre campos de conhecimento e as relações e práticas que são constituídas a partir da transposição e integração desses espaços. A medicina, como área de conhecimento, demarca espaços, saberes e relações determinantes para os profissionais pertencentes à categoria. Fato reforçado pela organização em especialidades e subgrupos dentro desse campo de conhecimento e que interfere diretamente no seu reconhecimento enquanto liderança.

Quando o médico é convidado a fazer parte de outro campo de conhecimento ou campo de saber, passa a não ser mais reconhecido da mesma forma pelos pares médicos, interferindo diretamente nos relacionamentos e na prática executiva. A inveja é um dos sentimentos com os quais os gestores médicos precisam lidar em relação aos seus pares médicos, mais por ter sido alçado a outro patamar, onde suas decisões influenciarão diretamente o trabalho dele, do que pelo desejo genuíno de ocupar aquela posição:

“Nessa hora tem o sentimento de ter sido preterido, é a primeira coisa que vem, o que não foi elevado se sente acuado, prejudicado no sentido da carreira. A segunda questão é um sentimento de mágoa, seguida da inveja”. (E2)

O esforço pelo próprio mérito, ao mesmo tempo em que enaltece, representa uma forma construtiva de lidar com a inveja. Na posição de gestor médico, a adoção de estratégias gerenciais para lidar com a inveja são importantes, culminando, inclusive, em desligamento. No entanto, quando o vínculo do médico não é pela posição outorgada, outras estratégias são necessárias (TOMEI, 1994).

Para melhor entendimento do conceito de campos de conhecimento, cabe fazer uma sintética referência a Thomas Kuhn e Edgar Morin. O primeiro, ao conceber que o conhecimento científico do mundo é adquirido por evolução, de forma cumulativa e linear, compreende que a cada avanço há uma aproximação cada vez maior da “verdade” (KUHN, 2006; BOEIRA; VIEIRA, 2010). Essa escolha por campos de saberes e paradigmas acompanha a ciência, especialmente nas ciências naturais e exatas, ilustrando o paradigma positivista e o pensamento cartesiano.

Em contraposição, o paradigma da complexidade, traz em sua essência o pensamento complexo-sistêmico, onde as dinâmicas organizacionais se constituem nas certezas e incertezas, em um ir e vir constantes. Nas ciências humanas é mais comum verificarmos paradigmas “concorrentes”, que “convivem” em recíproca descontinuidade. Não há uma superação de um campo por outro campo, havendo uma convivência de paradigmas diversos. A possibilidade de um “saber plural” e transdisciplinar (oposto a uma matriz disciplinar, como propôs Kuhn), construído por diferentes olhares e uma intensa articulação cognitiva, a partir do princípio dialógico, demonstra a dinâmica de saberes médico e saberes de gestão, tratadas nessa pesquisa (MORIN, 2003; BOEIRA; VIEIRA, 2010).

Dessa forma, o conceito de campos ou construção de saberes é evidenciado na dinâmica da gestão médica, onde este ator passa a não pertencer mais ao seu campo de saber originário, devido às novas relações e situações que se estabelecem institucionalmente. O gestor médico, por sua vez, passa a ser inserido em outro campo de conhecimento, o da gestão, que traz em sua essência, todos os significantes e significados institucionais: tangíveis, como ferramentas de gestão, indicadores econômico-financeiros, políticas e padrões e intangíveis, como modos de ser e agir, novas relações e decisões.

4.2.1 Atuação do gestor médico frente a outros atores do contexto hospitalar

A ação discursiva dos líderes - gestores médicos - está permeada por sentidos, pois este ator, ao mesmo tempo que gera significações, gere sentidos evidenciados nas relações discursivas. Para além de características associadas ao líder, são nas práticas de interação que

os gestores médicos sentem-se reconhecidos e legitimados (CABRAL; SEMINOTTI, 2009a; DE RUE; ASHFORD, 2010).

A medicina e sua cultura como um campo de saber, por um lado, e a gestão, enquanto conhecimento, atributos e posição institucional, como outro campo de saber, prevalece nos discursos dos gestores médicos entrevistados. Seja por saber e já ter feito o que está sendo solicitado (por ser médico), seja por despertar sentimentos controversos ao assumir a posição de gestão (como ter sido preterido) essa dinâmica exige uma administração concreta dos gestores médicos para “pertencerem” aos dois grupos.

O Entrevistado 2 sinaliza:

“Então eu acho importante que o médico gestor tenha essa clara noção da assistência, que ele saiba fazer, para mandar tem que saber fazer”.

A distinção da posição do líder, que ocupa um lugar legitimado de poder, é endossada relacionalmente pelos gestores médicos com outros profissionais da estrutura (não-médicos). Além disso, a própria organização hierárquica do segmento, organizada por processo (onde prevalece a orientação médica sobre a prática da enfermagem e dos técnicos de enfermagem, por exemplo), reforça esse reconhecimento relacional (DE RUE; ASHFORD, 2010; CABRAL; SEMINOTTI, 2009b).

O Entrevistado 4 reforça a sua supremacia, como gestor médico, sustentada pela condição de médico:

“Com relação aos colegas que estão mais abaixo, em outras profissões eu sempre tive uma relação muito positiva, porque a hierarquia decorre do processo”.

A tensão entre gestores médicos e gestores executivos (não médicos) – é resultante da presença de subculturas nas organizações de saúde, ao mesmo tempo em que as endossa, configurando espaços de poder (VENDEMIATTI *et al.*, 2010; SCHEIN, 2009).

O Entrevistado 19 corrobora essa relação, enaltecendo o “ser médico” e não o “ser gestor” como condição frente a outros atores organizacionais:

“Quem vai definir é o médico, então por mais que tu pegues um enfermeiro, até para ele discutir com o médico, ele tem dificuldade, porque o médico tem isso, o ser médico é um ser diferente.”

Desse modo, percebe-se que as próprias estruturas organizacionais sustentam esse lugar do líder, tornando-o legítimo, menos pela posição de gestão e sim pela função ocupada como médico. Essa constatação reforça o fato das relações estarem ligadas mais às estruturas regulamentadoras e menos na recursividade da condição “gestor médico” (MORIN, 2009; SCHEIN, 2009; CABRAL; SEMINOTTI, 2009b).

A própria estrutura da medicina em especialidades favorece a identificação dos médicos a um grupo, reforçando o seu grupo de referência:

“Porque tem isso também, a gente tem vários subgrupos dentro dos médicos, da área e cada subgrupo tem interesses diferentes, e isso dá muito trabalho, é muito dispendioso tu alinhares com todos”. (E10)

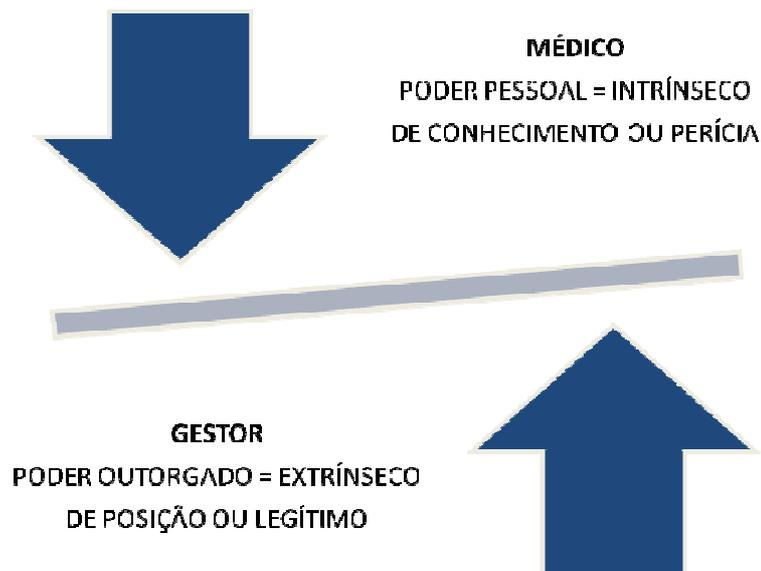
Essa valorização da medicina, em comparação à gestão, frente a outros atores é intensificado pelo Entrevistado 5 ao sinalizar:

“Tu acabas recebendo muitas críticas, mas podem falar o que quiserem de mim, mas falar que eu sou burro ou que eu não sei medicina, nunca vão falar [...]”.

Ao conceituar poder como a influência de uma pessoa sobre outra em qualquer ambiente, compreende-se duas naturezas de poder: outorgado e pessoal. O poder aqui “tensionado” está relacionado a duas origens distintas: o poder intrínseco – ligado ao conhecimento e habilidades pessoais – e o poder extrínseco – ligado a uma posição hierárquica na instituição.

No caso dos gestores médicos, essa dinâmica de natureza distinta faz com que se posicione no poder intrínseco, pois ocupar essa posição depende apenas dele, seu conhecimento e habilidades. A legitimidade do poder extrínseco, por sua vez, não depende do gestor médico, mas da organização, que outorga a função e sua posição na hierarquia, conforme a Figura 6:

Figura 6 – Poder outorgado X Poder do conhecimento



Fonte: Elaborado pela autora, a partir de Cabral e Seminotti (2009b).

As questões relacionais com atores da instituição hospitalar, em conflito, também são marcadas nas falas dos outros entrevistados:

“Tem essa questão do confronto com os colegas e tem outra relação com os colegas administrativos ou não médicos que tem outro tipo de visão de negócio”. (E3)

Ao mesmo tempo, a necessidade de conquistar espaços com os pares e outros gestores médicos – é associada diretamente à confiança e exercício da liderança:

“Eu acho que com os demais gestores médicos eu ainda preciso conquistar espaços [...] Mas eu acho que eu tenho que conquistar ainda dentre os gestores a confiança, a liderança. Porque todos eles são líderes”. (E3)

Em termos de conhecimentos diferenciados e, portanto, demarcadores das diferenças entre os gestores médicos e os médicos, o Entrevistado 3 considera:

“Tinha algumas vantagens porque eu passava a ter conhecimentos que os outros não tinham, de gestão, de indicadores [...] Então eu realmente passei a estar próximo deles, só que com uma visão diferente, de administrador”.

Ao mesmo tempo, esse conhecimento privilegiado, caracteriza um rompimento de confiança com os colegas, exemplificado na dificuldade em dizer “não”, que impacta diretamente na atuação do gestor médico:

“Foi difícil dizer não para os colegas, porque quando eu passei a dizer não é como se eu tivesse rompendo uma confiança”. (E4)

O Entrevistado 12 complementa a situação acima, considerando o quanto os pares médicos o testaram nessa nova função:

“Tu estás trabalhando e as pessoas te provocam, as pessoas tem argumentos, ficam querendo te pegar e eu sei o que ele está pensando, porque ele é médico.”

O Entrevistado 17 aponta como vantagem nessa relação - gestor médico e pares médicos - o fato de ser médico, auxiliando positivamente no processo de construção de relacionamento:

“As pessoas falam para nós que é muito mais fácil lidar com quem é médico, médico aqui dentro do hospital fala isso para a direção, que eles gostam daqui, porque nós somos médicos e nós respeitamos e entendemos o trabalho deles e as dificuldades que eles tem com os clientes”.

As conotações ligadas ao exercício da gestão não reproduzem os mesmos significados existentes no eixo executivo convencional, onde há um desejo de ascender como gestor e liderar equipes. Para os gestores médicos construir relacionamento com os demais médicos e serem aceitos pelo grupo, enaltecem suas características médicas e não de gestão:

“[...] mostrar para o grupo, não só para os próprios colegas médicos, que ele não está vindo para ser só mais um gestor que vem aqui para nos implorar e aquelas paranóias, mas que ele está vindo para agregar, para ser correto no que tem que ser correto”. (E4)

A descrição das diferenças desse novo campo de saber, da gestão, tem termos do preconceito dos administradores para com o gestor médico também é apresentada. Desse modo, cabe ao gestor médico fazer-se ser aceito pelos gestores não médicos, em um campo o qual não domina, ao mesmo tempo, em que passa a ser visto de forma distinta pelos próprios pares médicos:

“[...] é se preparar, porque é outra área, outra linguagem, ser aceito, no meio dos administradores, que também existe um preconceito... se integrar em um meio que é muito diferente, e fazer ele entender que o médico gestor é importante até para os gestores que não são médicos porque ele veio para somar”. (E4)

Os processos de interação no contexto de trabalho constituem a realidade social e, no caso da liderança, essa dinâmica ocorre entre todos os atores envolvidos, que agem recursivamente e transformam o todo. Os gestores médicos, ao assumirem posição executiva nas instituições hospitalares, deparam-se, *a priori*, com a necessidade de administrar suas relações, tanto com pares médicos, como com gestores não-médicos e, essa interação passa a ser seu primeiro desafio de reconhecimento (MORIN, 2007; CABRAL; SEMINOTTI, 2009a).

Atributos de liderança como capacidade de diálogo e articulação, ambos ligados à interação, são demarcados como elementos que favorecem a nova condição de gestor:

“Tu passa a ter essas novas interfaces... hoje sou eu que tenho que fazer essa interface, então tu tem que ter toda a capacidade de dialogo, de articulação”. (E4)

Ao afirmar que a liderança está diretamente associada a influenciar pessoas, pode-se considerar que essa é a primeira condição a qual o gestor médico se depara em termos de identidade nessa nova atuação, pois precisa influenciar o corpo médico, o qual não é mais reconhecido da mesma forma como antes e também conquistar espaço junto aos demais gestores (MORIN, 2009; SCHEIN, 2009; CABRAL; SEMINOTTI, 2009a).

As articulações e relacionamentos entre gestores, para garantir a entrega de resultados, são destacadas também na fala do Entrevistado 5: *“Se tu não é amigo do rei tu não tens as tuas coisas atendidas”*.

Essa fala elucida as diferenças de poder entre as instâncias como médico e como gestor, pois, nesse último, quando se trata da hierarquia organizacional, os jogos políticos são diferentes, prevalecendo uma orientação externa ao médico (não importando o grau de seu

conhecimento como médico). Quem dita as regras, quando se é gestor, é quem ocupa o mais alto grau da instituição e não o melhor especialista.

A relação hierárquica, como gestor médico, no exercício da sua condição de liderança, confronta com a lógica hierárquica da própria medicina:

“Pessoas que ontem tu dividias (pares de uma mesma equipe) e hoje tu tens algum grau de hierarquia e não tinha antes, e isso se torna mais complicado, às vezes colegas mais antigos na casa, antigos de idade”. (E8)

As relações presentes no campo médico, que são originadas na universidade e residências, se estendem às instituições hospitalares, no exercício da gestão:

“A maioria dos médicos que são os meus subordinados, eles já eram meus subordinados lá no Hospital de Clínicas como doutorando e residente, então muitos que vieram para cá já me conheciam, então viemos para cá e foi natural”. (E8)

Essa lógica inversa é colocada à prova, inclusive, quando é necessário fazer uso de práticas de gestão, como a avaliação de desempenho:

“Claro que tem chefias médicas mais antigas, mais velhas até na instituição que na hora de fazer uma avaliação de desempenho de competências, não sou eu que vou fazer [...] não serei eu que vou fazer de um cara que era o meu professor na faculdade”. (E11)

O reconhecimento da liderança como dissociada da gestão é um dos achados importantes, pois enquanto a segunda está associada ao outro campo de saber, da administração, a primeira tem associação direta ao grupo de referência médico, isto é, ao poder do conhecimento:

“O gestor não é um líder, ele é uma pessoa colocada em um cargo. Tu tens que ser reconhecido como líder e ninguém respeita mais quem não é médico, que não sabe nada. O gestor médico tem que ser um médico com conhecimentos”. (E5)

Outro elemento importante no relacionamento do gestor médico com a equipe e a instituição hospitalar, especialmente, é em relação à sua identificação. Na avaliação de competências, por exemplo, a vinculação é determinante:

“Como é que eu vou fazer avaliação de competência de um médico se eu não sou um colaborador do Hospital? Como é que eles vão me avaliar se eu não sou funcionário do Hospital? Eu disse que queria ser colaborador, nem pensei na questão de ganhar mais ou menos, mas eu não via de outra forma”. (E5)

Especialmente para o nível tático, a nomenclatura da função executiva, em termos de posição na estrutura, possui representações distintas em comparação ao meio executivo tradicional. Enquanto para os executivos, a ordem “natural” da ascensão organizacional ocorre partindo de funções como supervisão e coordenação, passando pela gerência e

chegando a diretoria e superintendência, no caso dos médicos, essas nomenclaturas não possuem o mesmo significado. No segmento da saúde, ainda imperam nomenclaturas antigas, como chefe de serviço (BICHUETTI, 2011; SANTOS, 2010).

Esse conflito pode ser visualizado nas falas dos entrevistados:

“Eu não tinha representatividade interna em relação aos meus gerentes e eu não tinha representatividade externa quando eu ia representar o Hospital, porque um coordenador de especialidade não diz nada para ninguém, um chefe de serviço ou um diretor diz tudo, e eles mudaram isso, assumiram essa situação”. (E5)

“Médico não gosta de ser chamado de gerente, chama de diretor que eles acham ótimo, porque daí ele já é diretor do seu consultório, ele que decide... Ele se identifica muito mais com esse tipo de função, chefe.” (E6)

Parte do processo de empoderamento do gestor médico está diretamente relacionado a nomenclaturas específicas da função executiva – chefe ou diretor – na instituição hospitalar onde atua, mas só agrega valor a ele quando associada à especialidade da qual pertence (obstetrícia, emergência, cirurgia, gestão de risco). O reconhecimento do outro na gestão médica passa pelo reconhecimento dele enquanto médico, no subgrupo ao qual pertence no campo de conhecimento médico.

Para ilustrar, o Entrevistado 5 esclarece:

“Então eles colocaram a gente como chefe de serviço e então eu entendi que estava empoderado, eu posso finalmente pegar e escrever um e-mail para um gerente e solicitar tal coisa que ele vai ler e vai me responder, porque eu não sou mais coordenador, agora eu sou um gestor, chefe”.

Essa visão mais tradicional em relação à gestão e liderança, diretamente ligada às representações dos gestores médicos, não se alinha à identificação de competências e atributos do líder. A liderança ainda está associada a um papel formal, onde o foco está nas características do líder médico (poder do conhecimento), menos nos atributos individuais e mais na representatividade que ocupa na organização médica, especialmente em níveis táticos e de diretoria.

O Entrevistado 5 conclui:

“Esse gerente médico é um cara jovem, é um júnior que pegaram da supervisão e colocaram lá... os velhos começaram a se questionar o que esse cara representa, eu cheguei a ter até certo conflito com ele, não pessoal, mas ideológico. Esse gerente me parece que tem o perfil de gerente exclusivamente relacionado à carreira de gestão.”

Percebe-se claramente que, para os gestores médicos, a liderança é concebida como uma relação direta ao universo médico, endossada no contexto formatado nas instituições hospitalares. Ser um gestor médico exclusivamente ligado à gestão não contribui para o

reconhecimento relacional com os pares médicos, dificultando a aprovação coletiva, fatores necessários para a concepção da identidade de liderança (DE RUE; ASHFORD, 2010).

Esse reconhecimento do outro para sustentar o lugar que se ocupa institucionalmente, em termos de gestão, passa diretamente pela representatividade no campo médico. O melhor desempenho como gestor médico está atrelado à capacidade de articular e se apropriar de artifícios do campo de saber médico e não aos atributos de liderança ou conhecimento em gestão.

Para a organização hospitalar, essa distorção organizacional, gera impactos importantes tanto na escolha e reconhecimento do gestor médico na função executiva, resultados esperados, bem como em todos os processos relacionados à gestão de pessoas. Além do conhecimento técnico-científico médico, outras habilidades são importantes, como motivação, atributos pessoais de liderança e conhecimento em gestão. E esses mecanismos precisam estar claros e estruturados quando se trata da carreira médica e da carreira de gestão.

Ilustrando essa dinâmica, o Entrevistado 12 exprime:

“Eu achava que era um desafio tu poderes conversar com os médicos, dar o feedback para eles e dizer: - olha, tua performance foi essa... Então nós discutíamos tudo isso, e eu tinha que estudar. Para mim não tem problema de transitar, eu só me preparava”.

Outro ponto de aproximação entre campos de saber é fazer com que os médicos queiram fazer parte do processo, inclusive, por meio da utilização de argumentos técnicos ou por fazer parecer que a ideia foi do médico, conforme apontam os entrevistados:

“Mas tu tens que convencer que a ideia é deles, não tua. E é isso, desapegar um pouco, tu escreves, mostra, eles assinam e está ali os critérios deles e eles acham que eles que fizeram. Então tu não podes ser muito vaidoso, tu queres o resultado ou tu queres ficar pensando eu faço, eu sou ótimo e tal?”. (E10)

“Nós temos que trazer as pessoas para a realidade, o médico é muito grudado no que ele pensa, são anos que eles são fechados dentro de si, então tu tens que trazer eles, e convidar eles a participar do processo. Eu sou uma pessoa que sempre me pauto muito pela argumentação técnica”. (E12)

A formação de redes para o exercício da liderança médica é destacada como ponto de reconhecimento do gestor médico frente a outros atores, bem como a disponibilidade de escuta:

“Mas, ao longo do tempo, e até por esse respaldo eu fui sendo aceita, na ANAHP a gente faz uma rede bacana, porque quem é médico sabe que tu tens que ter apoio da enfermagem, não adianta tu brigar com elas porque a tua vida será um inferno, então eu sempre consegui trazê-las, escutei muito e isso foi bom”. (E10)

A credibilidade na atuação com outros atores também é conquistada por meio de especialistas no assunto técnico a ser tratado, ou interlocutores, referências reconhecidas pelo interlocutor:

“Quando eu ganhei credibilidade entre eles, para conseguir conversar com eles, eu nunca ia direto neles, eu ia através de um coordenador que sabia muito daquilo ali. Por mais que o coordenador fosse eu tinha um fundamento para discutir aquilo”. (E10)

“Eu acho que tu não precisa ter o conhecimento técnico, tu tens que saber quem sabe. E desde o começo eu sabia que eu não sabia, mas eu sabia quem poderia me respaldar”. (E19)

A supremacia da orientação médica é fator primordial para aceitação do gestor médico:

“Eu nunca tive problema com gestores administrativos de área nenhuma, porque eu sempre entendi que é um grupo só e que o médico é o sujeito que determina o que será feito na área da assistência”. (E20)

“E eu não preciso saber de tudo, eu tenho que ter uma equipe técnica, que vai me apoiar nessas decisões que são muito complexas. Agora quando as pessoas já têm em ti boa referencia médica, isso facilita vamos dizer de alguma forma a aceitação da equipe”. (E18)

Reforçando a dinâmica de reconhecimento de identidade de liderança em campos de saber, onde os gestores médicos utilizam seu repertório médico para garantirem o relacionamento com a equipe e corpo clínico, sendo ouvidos e legitimados em suas posições, o Entrevistado 7 sustenta:

“Tu tens que criar rotinas que tenham um embasamento teórico muito firme para que tu possas implantar isso e fazer com que ele aceite e não tenha críticas em relação a isso, ele poderá ter algumas críticas, mas a critica dele também tem que estar embasada em algum fundamento científico”.

Partindo do pressuposto de que o processo de liderança dos gestores médicos, contemplando a complexidade e diversidade da instituição hospitalar, está centrado na integração das duas esferas – médico e gestor – e não simplesmente na soma das partes, identifica-se que essa recursividade está presente (MORIN, 2009; SCHEIN, 2009; CABRAL; SEMINOTTI, 2009a).

Nas instituições hospitalares em questão, devido aos conflitos e dificuldades sócio-históricas de valores compartilhados entre as lógicas assistencial e econômico-financeira, as visões de cultura e gestão são fragmentadas, influenciando diretamente nas práticas de identificação e reconhecimento dos gestores médicos (AGOSTINHO, 2003; MORIN, 2007).

A gestão como parte da rotina do médico, respalda essa integração, mas o sentido dessa gestão é posto em questão:

“Claro que tem gestão, o tempo todo, gestão do consultório, dos seus pacientes, do seu tempo livre, mas as pessoas não tem essa visão, então tem que juntar e ver que isso é gestão, então é isso que falta”. (E8)

“O desafio é esse, tu precisas de ferramentas de gestão, e tu precisa olhar para o lado da medicina e aliar essas duas coisas para que elas possam andar em paralelo, e para que as duas áreas se entendam”. (E11)

A atuação estratégica para os gestores médicos não está na apropriação das condições gerenciais da função, mas na recursividade das duas condições: gestor e médico. A prática deliberada como médico é ressignificada e transformada na transição entre as lógicas que, embora distintas, são complementares, como faces de uma mesma moeda (MARIOTTI, 2010; BOSSIDY; CHARAN, 2005; BICHUETTI, 2011).

Em relação a essa complementaridade, os entrevistados asseguram:

“Porque são áreas de conhecimento diferentes, toda vez que a gente incorpora uma nova área de conhecimento exige esforço de conhecer mesmo essa atividade e de ajustar... quando tu enxergas todos os desafios da gestão em um hospital, a gente muda como fazer a assistência, porque o olhar ele tem que ser misto, do mesmo jeito que a gente muda o jeito de fazer a gestão”. (E15)

“O hospital tradicional antigo tinha duas inteligências sempre correndo em paralelo, a inteligência assistencial de um lado e a inteligência da gestão de outro, quanto mais gestores médico tu tens, maior a chance de aliar as duas, de ter só uma inteligência institucional, que tem um lado assistencial, mas que tem um lado da gestão que tem que ser tocado como negócio”. (E21)

4.2.2 Mudanças nas relações após assumir função de gestão

Com o intuito de aprofundar e captar os significados da atuação dos gestores médicos, abarcando as recursividades daí decorrentes, os entrevistados foram questionados sobre “o que mudou na relação entre esses atores a partir do momento que passou a ser médico gestor”.

A inserção do gestor médico na instituição, a partir do momento em que assume a gestão, altera sua percepção do ambiente, acionando mecanismos de identificação culturais e de processos de socialização (FERNANDES; MARQUES; CARRIERI, 2009; TAJFEL, 1981; TURNER, 1987).

O Entrevistado 3 explica as mudanças que ocorreram:

“E depois que eu me tornei diretor a visão que eu tinha da instituição mudou, e isso eu acho que é uma das falhas que nós temos, de comunicar para os nossos gestores, para os nossos médicos o que é a instituição [...] foi eu vivenciar o

envolvimento mais intenso dos diretores, dos gerentes, a percepção dos valores da instituição e isso mudou bastante a minha visão, me deixou ainda mais envolvido”.

Associado a essa identificação, aparece o sentimento de pertencimento e orgulho do gestor médico, ao compreender seu papel e lugar na instituição hospitalar onde atua:

“Hoje eu me sinto orgulhoso. Eu me senti no dever de assumir essa posição. Hoje eu me sinto mais do que com esse dever, eu me sinto orgulhoso de estar participando disso”. (E3)

Tendo em vista que as pessoas se identificam para promover senso de significado e localização no ambiente, a transposição de um fazer individual para um legado coletivo demonstra o quanto a construção de vínculos é fundamental ao gestor médico (DE RUE; ASHFORD, 2010; CABRAL; SEMINOTTI, 2009b; FERNANDES; MARQUES; CARRIERI, 2009).

O Entrevistado 3 complementa:

“O sentimento de estar fazendo alguma coisa a mais, não é só o meu trabalho individual, eu participo de algo coletivo que é algo muito maior”.

No que tange às mudanças concretas ligadas ao modo de se relacionar com os diferentes atores e níveis institucionais, a reputação e idoneidade enquanto médico influencia diretamente na nova condição de gestor:

“Eu percebo hoje que o corpo clínico me olha e me trata diferente... Eu tenho uma imagem boa dentro do corpo clínico senão eu não estaria aqui, o respeito que eu tenho dentro da corporação... isso foi conquistado por toda a minha história. O principal patrimônio do médico é a respeitabilidade, como tu é visto pelos pacientes e pelos colegas”. (E3)

O Entrevistado 8 também exemplificou as mudanças nas relações, considerando a inclusão em fóruns estratégicos como positiva, e os processos administrativos, em contrapartida, como desfavorável:

“Eu me sinto bem em estar nos fóruns decisórios, que antes não aconteciam, então fazer parte das decisões é uma coisa que impulsiona e que dá combustível para continuar trabalhando. Por outro lado, as questões burocráticas de registros, de indicadores isso é uma coisa que me desestimula”.

Ser visto como um “inimigo” por ter sido convidado para função de gestão e por ter se posicionado em aceitar e fazer parte “do outro lado da força” exige estratégia dos gestores médicos, em conquistar espaço frente a todos os *stakeholders*. Desse modo, para autenticar esse conflito, o Entrevistado 6 garante: *“No começo alguns te veem como inimigo: -rárá, passou para o outro lado”.*

O sentimento de inveja, já discutido anteriormente, é claramente percebido. Trabalhar esse sentimento na organização não é responsabilidade apenas do gestor médico, mas da instituição como um todo, a partir de um espaço de diálogo, sistema de comunicação efetivo e políticas de gestão de pessoas que orientem as diferenças entre trajetórias de carreira (TOMEI, 1994).

A responsabilidade de uma nova posição institucional relaciona-se diretamente à credibilidade do gestor médico, tanto pelos resultados esperados, como pelos espaços institucionais onde sua atuação passa a ser legitimada:

“Houve uma consciência minha de uma responsabilidade maior. Mas, também, veio junto esse pacote de maior credibilidade, eu percebo que as minhas ações são mais aceitas, mais respeitadas, mesmo por pessoas que não me conhecem”. (E4)

Do mesmo modo, a abrangência da responsabilidade e dos resultados passam a ter uma outra dimensão para o gestor médico, mais institucionalizada, exigindo maior cuidado em termos de execução e comunicação:

“O que tu notas que tem diferença, na medida em que tu assumes uma posição dessas, tu tens que te manifestar, e as tuas manifestações não são só pensamentos, agora é uma ideia, e a ideia é uma tarefa que tu tens que fazer e isso se torna algo que tu queres uma resposta, então talvez o tom das conversas tenha mudado um pouco mais”. (E11)

Os sentimentos gerados no gestor médico, ao assumir a função executiva, de insegurança à rejeição, também foram trazidos pelos entrevistados em contraposição às percepções desses em relação à vaidade dos médicos:

“Logo no início, eu me sentia um pouco acuada, porque, primeiro, eu não conhecia, eu não tinha nenhum contato com eles antes de ser gestor médico. Eu ia muito insegura para as apresentações”. (E13)

“Eu só atuei como médica na residência, porque quando eu tentei entrar como médica eu tive um repulsa dos médicos, a quebra no relacionamento era tão grande, no sentido de que eu comecei a trabalhar com a parte de gestão e agora eu vou entrar aqui como médica, então eu vou me expor, porque eu não tenho tanto conhecimento técnico e vou lá atuar na assistência, então eu achei que isso fosse impactar na minha credibilidade. Eu pensei que era melhor eu optar.” (E19)

No contexto de mudança em relação a outros atores, a dificuldade na relação com os outros médicos é o ponto chave em termos de aprovação coletiva e representatividade institucional. Os entrevistados sinalizam ser necessário saber lidar com a individualidade e vaidade do médico.

Ao considerar que poder do conhecimento (intrínseco) e hierarquia organizacional (extrínseca) estão diretamente associados à figura do líder, manifestos nas atitudes e falas, a função de gestão ao mesmo tempo que empodera os gestores médicos, por representar uma nova “localização” institucional e agregar um novo sentido às relações, promove um reposicionamento (ou ressignificação) da sua posição como médico (JUNIOR; MEDEIROS; LIMA, 2007).

A visão ampliada possibilita ao gestor médico ter uma visão diferenciada sobre o seu próprio grupo de referência.

Os comentários dos entrevistados 3 reforçam a necessidade de mudança de atuação com os médicos, especialmente para que sigam as orientações que os gestor médico determina:

“A formação do médico já é muito individualista. Todo médico acha que ele é que sabe tudo, a questão é ele, o paciente dele e ele tem autonomia para fazer com o paciente dele o que ele achar melhor e não é bem assim”. (E3)

“Essa é a maior dificuldade, é trabalhar com o médico e fazer com que ele siga as rotinas que tu criou. No momento que tu tens o controle da equipe médica, o teu serviço vai andar bem, porque a vaidade médico é muito grande”. (E7)

A mudança de comportamento das outras pessoas em relação ao médico, quando se torna gestor, pode gerar comportamentos de arrogância no próprio gestor médico, resgatando elementos narcísicos:

“Tu sentes que algumas pessoas que antes não te consideravam tanto ou não tinham uma aproximação, se tornam mais chegadas. Eu acho ruim quando muda, quando a pessoa se torna gestora e passa a ser arrogante, então eu procuro me controlar para nunca fazer isso”. (E11)

“[...] tinha humildade, eu acho que quando tu tens humildade, tu podes chegar para o médico e dizer: - Dr. aconteceu isso e eu não estou entendendo, tu podes me explicar? E se tu falar dessa forma é algo muito diferente, do que se tu chegar impondo, então eu sempre tentei lidar com os médicos de forma que não afetasse a vaidade dele”. (E19)

De forma distinta a todas as colocações, o Entrevistado 17 sinaliza que a maior mudança ocorreu com o paciente, que divide espaço com a gestão:

“O meu paciente não entende que eu tenho que dividir a medicina com a gestão. A gestão entende que eu tenho que deixar às vezes uma reunião para fazer um parto. Já o meu paciente, se eu tiver em uma reunião e ele precisar de mim, ele não entende que eu não estou disponível para ele 100%”.

A dinâmica dialógica, e pode-se dizer, sistêmica, do gestor médico, é exemplificada na fala anterior, ilustrando as diferenças entre instâncias de poder e liderança, pela perspectiva comum do paciente.

4.2.3 Processo de reconhecimento e legitimação na função de gestão

Para o processo de liderança ser institucionalmente respaldado, necessita estar internalizado pelo gestor médico e reconhecido nas suas relações. Desse modo, as interações nas instituições hospitalares, na perspectiva complexa, são delineadas por todos os atores envolvidos, que ao agirem transformam o todo e promovem a recursividade (DE RUE; ASHFORD, 2010; CABRAL; SEMINOTTI, 2009b).

O processo de reconhecimento da liderança dos gestores médicos é endossado pela legitimidade das relações entre pares, no campo médico, e pela hierarquia, no campo de gestão. A recursividade experimentada pelos gestores médicos gera um campo de intersecção, pois passam a figurar mais no campo médico e não pertencem, em termos de formação, preparação e reconhecimento, ao campo de gestão.

Nessa categoria, os entrevistados foram convidados a pensar sobre “como se deu o processo de reconhecimento enquanto gestor médico” e também “o que fazer para ser reconhecido e legitimado como nessa função”. Para os entrevistados, o reconhecimento como gestor médico passa por ser legitimado enquanto médico, pela sua prática e conhecimento técnico.

O Entrevistado 2 aponta a necessidade de estar atuando como médico para ser legitimado na posição de gestão:

“Você tem que ter legitimidade na medida em que você sabe fazer, faz e diz como é para fazer, porque ter formação e ser só um piloto de escrivainha como eu digo, o sujeito não vive o dia-a-dia. Gestor médico tem que ser gestor, mas não pode deixar de ser médico, eu acho isso.”

O Entrevistado 3 aponta que o saber fazer como os médicos, representa estar no mesmo nível:

“Eles te vendo prescrever, te vendo atuar, tu está no mesmo nível que eles, tu é um deles. Um diretor médico tem que ser um médico, por isso que eu acho que o fundamental dentro de hospital exista diretores que sejam médicos, eles tem que desenvolver necessariamente outras habilidades, outros conhecimentos, de um outro campo, mas eles tem que ser médicos”.

Para que esse reconhecimento exista entre pares médicos, torna-se necessário “falar no mesmo nível”. Em contraposição aos executivos tradicionais, onde a hierarquia pela função

exercida institucionalmente empodera (não sendo sinônimo de aprovação coletiva), os gestores médicos não se sentem empoderados, salvo na relação com gestores não médicos e os níveis estratégicos da instituição hospitalar.

O Entrevistado 6 assegura:

“Até para tu poder falar no mesmo nível, o reconhecimento depende de tu ser reconhecido como bom médico, de ter resultados, pacientes, enfim, eu acho que é uma coisa importante na hora de escolher um gestor, ele precisa ter esse reconhecimento como médico”.

Oferecer as condições necessárias para que a equipe possa desenvolver bem o seu trabalho é uma das principais atribuições da liderança, conforme considera o Entrevistado 4, mas para isso necessita de conhecimento técnico:

“[...] tu tens que estar junto, atendendo, orientando, coordenando e eu acho que as pessoas não reconhecem o profissional que é meramente teórico, ele precisa mostrar sempre segurança, e principalmente na nossa área segurança técnica”.

Além do conhecimento técnico-científico na especialidade médica, necessita ser o melhor para conseguir ser legitimado na função. Algumas falas ilustram isso:

“Ter conhecimento médico científico e tu seres um líder disso. Precisa ter um conhecimento médico muito grande, muito maior do que o de gestão”. (E5)

“Eu odeio quando eles falam: ‘aquele é gestor, é um burocrata que fica só atrás da mesa’. Tens que ter respeitabilidade e credibilidade pelo o que tu faz na medicina também, para ser um bom gestor médico”. (E11)

“Porque eu sou uma gestora que gosta de ser gestora e que gosta de trabalhar na assistência e eu acho que esse é o diferencial do gestor. Quando a gente trabalha só na gestão, os pares não te enxergam, porque tu pregas algo que tu não vive, fica menos legítimo”. (E12)

“O conhecimento do trabalho, da tarefa, da atividade é importante... tu precisa conhecer a operação médica para tu ser um bom gestor e não se perder nesse negócio.” (E15)

“Eu acho que o fato de tu seres médico tu tens uma facilidade maior de lidar com o Corpo Clínico, com os médicos, eles te respeitam mais por tu seres médico”. (E17)

“Então nós tentamos puxar para o lado que eles não têm argumento e com isso eu consegui criar uma credibilidade. E tu ter o conhecimento médico e ser um bom gestor é muito importante”. (E19)

Os pares médicos não são os únicos atores com os quais os gestores médicos se relacionam institucionalmente, no entanto, ao serem provocados com a questão sobre o

reconhecimento, a relação e interação com os primeiros, como visto anteriormente, foi associada diretamente como fator condicional.

Além da legitimidade pelo conhecimento técnico, os atributos de liderança também estão presentes nos discursos dos entrevistados. A ação persuasiva e a formação de alianças desempenham papel central no reconhecimento, tendo em vista diferentes *stakeholders*. Nas interações cotidianas e seus discursos é que se transmitem e constituem os saberes e a cultura organizacional e, desse modo, os líderes gerem sentidos, proporcionando o desenvolvimento de crenças comuns e esquemas cognitivos em consonância à identidade organizacional (GRANT *et al.*, 1998; GOMES; CARDOSO; CARVALHO, 2000).

As falas a seguir reforçam essa questão:

“Ter boas ideias e tentar implementar as suas ideias. Tem que ser agregador, conversar, saber ouvir. Para fazeres gestão tu tens que ter pessoas de confiança, e fazer contatos”. (E2)

“O primeiro elemento é ter essa respeitabilidade ao longo da tua carreira, tua atitude, a tua atuação, é o teu comportamento no dia a dia, como tu trata os colegas, como tu te relaciona”. (E3)

“Ele tem que falar a linguagem das pessoas, então é ir para uma reunião, que para mim só como médico não era uma coisa que eu me sentia a vontade, porque é outra linguagem. Então tem que ter conhecimentos de gestão”. (E4)

No caso dos gestores médicos, pelas próprias características do segmento, a preocupação com o reconhecimento das equipes é peculiar. O médico, por si só, já exerce autoridade pela constituição do processo assistencial frente a todos os demais profissionais que atuam junto com ele. No entanto, não é garantia de reconhecimento como liderança, quando se trata de atributos de liderança.

A configuração organizacional é um recorrente desafio aos gestores médicos, pois na área hospitalar os médicos podem ser contratados com vínculo CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) ou serem membros do corpo clínico, dificultando ainda mais as estratégias de interação e legitimidade.

Em relação aos atributos para o exercício da liderança, o Entrevistado 6 considera:

“Aprendi muito a ouvir, e eu acho que essa é uma dificuldade que todo o médico tem. A outra coisa é trabalhar em equipe. Tens que ser reconhecido por essa coisa de mudança, de adaptação, eu acho que isso é fundamental”.

A interação como condição para o exercício da liderança, em contraste à formação e atuação do gestor médico, é destacada por quase todos os entrevistados. Contudo, ao serem

questionados sobre como ocorreu a sua preparação para a posição de gestão, essa condição não foi dita espontaneamente, confirmando a cisão entre os construtos de gestor e liderança.

Esses construtos não bastam ser somados para contemplar a capacidade dialógica, sendo confundidos e não tratados como complementares na interação (MORIN, 2009; AGOSTINHO, 2003).

“Todo conhecimento constitui, ao mesmo tempo, uma tradução e uma reconstrução, a partir de sinais, signos, símbolos, sob a forma de representações, ideias, teorias, discursos. A organização dos conhecimentos é realizada em função de princípios e regras; comporta operações de ligação (conjunção, inclusão, implicação) e de separação (diferenciação, oposição, seleção, exclusão). O processo é circular, passando da separação à ligação, da ligação à separação, e, além disso, da análise à síntese, da síntese à análise” (MORIN, 2003: 24).

Nesse ponto, o Entrevistado 6 atesta que os mecanismos de interação dos gestores médicos são facilitados pelas duas instâncias: ser gestor e ser médico.

“Ter o reconhecimento e ser escutado pelas esferas superiores era difícil, nós não tínhamos muitos mecanismos de interação. Depois, como gestor, tínhamos acesso com mais facilidade, por ser médico, eu acho que facilitou muito isso”.

O reconhecimento é conquistado nas situações cotidianas, destacando-se a escuta e o compartilhamento de informações com a equipe:

“Tive embates, aquela coisa de afirmação foi um trabalho de dia-a-dia, é muita reunião, muita conversa, muito bom senso”. (E9)

“É essa coisa de ouvir o outro, desenvolver trabalho conjunto, que é o meu jeito de trabalhar, multiplicou muito o meu reconhecimento dentro da instituição”. (E12)

“Eu sempre dividi muito (com a equipe), de cada reunião que eu vinha, eu vinha contando o que estava acontecendo, então eu não deixei eles sem informação”. (E13)

Para ser reconhecido e legitimado como gestor médico, habilidades e características pessoais, associadas à liderança foram consideradas pelo grupo de entrevistados.

“É comportamento, lealdade, porque estamos em uma empresa, tens que entender o espaço que tu ocupas, as relações que tu tens, e eu acho que isso vem de valores, personalidade, e isso é o que é reconhecido”. (E4)

“Tu tens que ter transparência, honestidade, respeito e atenção”. (E7)

“Muita paixão e ser transparente, ser verdadeira”. (E13)

Princípios, valores e equilíbrio emocional são atributos para reconhecimento e legitimidade do gestor médico:

“Tem que ser uma pessoa com princípios, ética, uma pessoa respeitada, coerente”. (E17)

“Ele tem que ter equilíbrio emocional. As pessoas têm que ver nos líderes exemplos de moralidade, de gratidão, de honestidade, de caráter”. (E21)

Em contraposição à construção da identidade de liderança se constituir enquanto processo social, o reconhecimento da liderança para os gestores médicos está direcionado aos atributos da figura do líder. Quando se verifica o deslocamento da figura do líder para o processo, esse ocorre a partir da dinâmica, repertório e atributos considerados do “médico”, sua liderança “natural” e conhecimento técnico-científico (CABRAL; SEMINOTTI, 2009b; DE RUE; ASHFORD, 2010).

A apologia ao líder-herói – narcisista – tem implicações importantes para a gestão das organizações, onde os líderes mais desejados são os carismáticos e transformacionais, cujas características são narcísicas. A importância atribuída à liderança, na literatura especializada em negócios, estimula a necessidade de poder e status, influenciando diretamente no desejo de profissionais com traços narcísicos a assumir posições de liderança (JUNIOR; MEDEIROS; LIMA, 2007).

A representação do médico, nas instituições hospitalares, pode ser comparada ao herói, que lida cotidianamente com a vida e a morte. Essa representação por si só reforça elementos narcísicos, que se aproximam de atributos carismáticos, demonstrando a influência do poder intrínseco no exercício da gestão médica.

Traços narcísicos saudáveis e construtivos são importantes para a organização, pois mobilizam para o foco em resultados, onde o líder demonstra e apresenta bom humor, autoconfiança, criatividade, ambição e energia. Esse tipo de narcisismo, quando presente no líder, faz com que este seja meritocrático, inspirador e mentor. No entanto, essas características só fazem sentido nas relações do líder-liderados, liderados-liderados, líder e seu líder e do líder com seus pares (JUNIOR; MEDEIROS; LIMA, 2007; KERNBERG, 2000).

Três entrevistados destacaram como recurso para sua legitimidade já exercerem atividades de gestão antes mesmo da função.

“Pelo trabalho que eu tinha antes aqui e essa liderança informal [...]”. (E8)

“A minha liderança me colocava para trabalhar, e assim eu fui sendo exposta, eram várias situações, e mesmo quando eu saí de lá as pessoas continuavam me procurando e eu tinha que dizer para procurarem outra pessoa. O importante é tu teres respaldo.” (E10)

“Eu fui pegando pelas beiradas e eu fiquei ali como suporte e sendo um canal com ele e trabalhando a questão da acreditação”. (E19)

A marca do hospital onde atua, seu nome e referência no mercado, foi mencionada por um único gestor médico que considera um fator importante para reconhecimento.

O Entrevistado 10 considera:

“O nome conta muito, tem um imaginário muito grande. Isso ajuda bastante e eu aproveitei isso bem”.

Ao longo da discussão sobre reconhecimento, uma questão foi incluída e dirigida aos entrevistados, com o objetivo de trazer à discussão diretamente a tensão entre instâncias de reconhecimento. A pesquisadora perguntou aos gestores médicos: “Para ser reconhecido como gestor médico, é necessário ser um bom médico?”.

Dos 21 gestores médicos entrevistados, dez afirmaram que sim, ser médico e reconhecido por isso é essencial para legitimidade na função de gestão. Dos demais, nove consideraram não ser uma equação direta e dois deles acreditam que depende de alguns fatores, como função, circunstância.

Interessante ponderar que quando questionados sobre a atuação como gestores médicos frente a outros atores, todos explicitaram e demonstraram o quão necessário é possuir conhecimentos técnicos como médico, dominando argumentos desse campo de saber:

“Eu me fazia essa pergunta no começo, para ele ser reconhecido como gestor médico, ele também é médico, então tem que ser reconhecido como médico também, um cara que nunca foi reconhecido como médico, dificilmente será reconhecido pelos médicos como um bom gestor”. (E6)

“O médico é um profissional muito complicado em alguns momentos e ele é difícil de se relacionar, porque nós soubemos que alguns só respeitam se é médico falando com eles”. (E11)

Em contrapartida, o Entrevistado 1, que se posicionou como não sendo uma condição para o gestor ser médico, admite: “Ele tem que saber ser um administrador dentro da função médica dele, e isso é diferente”.

O Entrevistado 21 aponta não ser necessário ser um bom médico, mas em sua fala complementa a própria fala do entrevistado anterior:

“A minha atividade médica me ajuda na atividade de gestor, no sentido de eu conhecer com detalhe o submundo do hospital. A minha atuação de gestor também me ajuda muito em minha atividade médica, porque a partir do que eu aprendi em gestão, eu organizo melhor a minha atividade clínica, o meu raciocínio lógico”.

O Entrevistado 12 considera que o gestor médico necessita ter o olhar institucional nas suas interações, inclusive, com outros gestores médicos, por isso a relação ao questionamento é condicionada:

“Quando eu vou conversar com os médicos eu consigo me colocar no lugar deles, porque eu estive lá, só que eu tenho muito mais empatia com a instituição e muito menos com eles, o meu papel lá na instituição eu serei mais focada nas metas organizacionais, quais são as regras que a gente tem que seguir”.

Um líder, ao reconhecer-se enquanto tal, tem sua motivação e vigor potencializados, repercutindo em um maior engajamento ao processo de liderança. Mas para que esse processo de liderança seja sólido e sustentável precisa haver, necessariamente, clareza na relação líder-liderado e, da mesma forma, nas identidades dos sujeitos envolvidos (DE RUE; ASHFORD, 2010).

Essa dificuldade está alicerçada na falta de clareza dos papéis organizacionais, conforme discutido, repercutindo em toda dinâmica organizacional das instituições hospitalares. A liderança, ao estar diretamente associada à capacidade de influenciar, traz em si a instância do poder, seja por meio da influência – representada aqui na instância médica, seja através da hierarquia – representada na função organizacional (chefe, diretor, gerente) (CABRAL; SEMINOTTI, 2009b).

4.3 Identidade Profissional do Gestor Médico

O elemento norteador dessa unidade de análise está relacionado ao “ser médico” e ao “ser gestor” como identidade revisitada nas instituições hospitalares, considerando o “médico gestor” como sujeito constituído a partir de suas experiências, posicionando-se e reposicionando-se num contexto mais amplo de pertinências, onde existe e vivencia multirreferencialmente (SERRES, 1995).

Do mesmo modo que a identidade de liderança, delineada em três instâncias – internalização individual, reconhecimento relacional e aprovação coletiva -, a identidade profissional ligada à instituição hospitalar, dos gestores médicos, também pode ser referenciada a partir de três componentes: o cognitivo, afetivo e valorativo (FERNANDES; MARQUES; CARRIERI, 2009; TAJFEL, 1981; TURNER, 1987).

4.3.1 Processo de tomada de decisão para função de gestão

A análise da identidade profissional do gestor médico, em essência, está delineada por uma representatividade transdisciplinar, sustentada tanto pela realidade da cultura e organização hospitalar, como pelo próprio campo da gestão. Por essa razão, o paradigma complexo-sistêmico demonstra ser um meio de análise coerente e apropriado (MORIN, 2007).

Posto isso, e partindo do pressuposto de que os sujeitos pensam e agem conforme os paradigmas internalizados em suas culturas, a descontinuidade de certezas e incertezas está na construção da identidade profissional do gestor médico, a partir de um esquema referencial do pensamento complexo (MORIN, 2007).

Nessa unidade de análise, os entrevistados foram convidados a pensar sobre “como foi o processo de decisão da função de gestão”, com foco no que foi determinante para sua decisão, o que mais influenciou. É importante destacar que esse é um dos pontos chave da pesquisa, que mais provocou os entrevistados, levando-se em consideração a história e significados de cada gestor médico.

Vários entrevistados iniciaram suas respostas retomando a referência de que, como médicos, sempre fizeram gestão. Importante considerar que quando as perguntas ligadas a essa unidade de análise iniciaram, os entrevistados já haviam revisitado e ressignificado suas experiências (BALANDIER, 1976; GUATTARI; ROLNIK, 1986).

Os entrevistados ponderam:

“Eu consegui desenvolver a parte de visão ampla da assistência saúde, do Sistema de Saúde, sem perder o conceito médico”. (E1)

“Eu sempre fiz gestão, quem faz emergência faz gestão, eu fiz gestão de pacientes, das crises”. (E2)

Os sentimentos de ambiguidade, em função da formação em medicina e o que é esperado em termos de atuação para um profissional da saúde, convergem nas falas de vários entrevistados:

“Eu estava procurando coisas fora da medicina... eu comecei a me sentir pouco médico, um médico ruim, tu entendes? E eu em determinado momento, comecei a ficar com dois sentimentos. Então a primeira coisa que mexeu comigo, que ficou bem marcado, foi a angústia de estar perdendo a minha posição de médico, depois de ter me preparado, estudado, me especializado”. (E1)

A transição entre instâncias também é vista de forma “natural” por alguns gestores médicos, não demonstrando mudanças tão marcadas na transição de médico a gestor médico:

“Eu não vejo assim, um dia era uma coisa e passou a ser outra, como é o que acontece em algumas áreas, que tu estás em uma função. Eu vejo como uma transição natural, que as coisas foram acontecendo e muitas das funções escritas agora de diretor etc. eu já fazia há muito tempo, já tinha essa ação corporativa de gestão”. (E6)

Percebe-se na fala anterior que, ao incluir na prática do médico, atividades de gestão, essa transição tende a ser menos drástica. No entanto, é importante problematizar o que esses gestores médicos entendem por gestão.

Como impulsionador desse aceite todas as respostas convergem a um denominador comum, isto é, a possibilidade de contribuir para algo maior do que o atendimento a um paciente de cada vez. A ideia de legado está diretamente relacionada, proporcionando diferenciação frente aos demais atores, especialmente médicos.

Essa perspectiva intencional de ampliação da identidade do médico, na gestão, pode ser comparada ao desejo do médico em ser docente do curso de Medicina, pois nas duas situações atuam no coletivo, contribuindo com um número maior de pessoas concomitantemente e, por sua vez, interferindo em suas vidas (COSTA, 2007).

As falas abaixo corroboram essa condição:

“Enquanto em 30 minutos tu atendes um paciente, ajuda uma pessoa, em 30 minutos na área de gestão tu podes ajudar várias pessoas, dependendo da ação que tu estás tomando”. (E4)

“É muito por acreditar na causa, eu não faço isso pensando que eu vou ganhar dinheiro porque eu serei Diretora. Mas eu entendo hoje que eu ajudo muito mais gente, do que quando eu era médica, era uma satisfação, mais pessoal, mas hoje eu acho que eu consigo melhorar a vida de mais pessoas”. (E10)

“Eu como médica faço bem para o doente, eu como CCIH (Comitê de Controle de Infecção Hospitalar) faço para um grupo e eu como gestora faço para um grupo maior ainda, multiplico o meu cuidado. Mais por acreditar que eu podia construir algo melhor”. (E12)

“Eu ajudo muito mais os pacientes se eu fizer isso do que se eu der um antibiótico”. (E15)

O Entrevistado 16 fecha com a ideia de legado: *“Esse sonho de fazer esse hospital diferente para a cidade de Belo Horizonte”.*

Ao destacar que o construto identidade é considerado um conceito de referenciação, onde a realidade passa a ser interpretada por meio de esquemas cognitivos, afetivos e valorativos referenciais, que podem ser, inclusive, idealizados, é pertinente aplicar essa sistemática aos gestores médicos. Como médicos, na medicina clínica tradicional, sua identidade está ligada ao indivíduo, numa relação *one a one*. Quando essa perspectiva se

amplia, para uma visão mais global, para um grupo de indivíduos, que podem ser impactados ao mesmo tempo, começa a fazer sentido a identidade como gestor.

Encontrar o idealismo e o legado na gestão aproxima o gestor médico da condição e do sentido que a medicina tem em sua vida, não somente profissional. Esse parece ser o caminho para a construção da identidade como gestor médico e de vínculos com a instituição hospitalar. A instituição deve criar mecanismos de atribuição de significado e ideal, sensibilizando para “a vida e a morte” na gestão. Apreender a possibilidade de legado deixado pelo gestor médico, bem como o significado da liderança nesta rede de atores médicos torna-se fundamental ao hospital, bem como à área de Recursos Humanos, pois envolve promover transformação cultural e mudança estratégica.

Esse idealismo vivenciado na escolha e no exercício da medicina fica evidente quando deslocado para a atuação em contextos mais abrangentes de saúde. Ao identificar que dentre os quatro modos básicos para se promover saúde, um deles está diretamente vinculado ao macro contexto, no qual transformações econômicas, políticas e sociais resultam em padrões saudáveis de existência, a perspectiva de referência de identidade se desloca de um âmbito clínico, para um âmbito coletivo (CAMPOS, 2000).

Na perspectiva saúde-doença, por exemplo, essa ampliação de referência, e idealismo, é vista nos médicos que se direcionam a saúde coletiva. Dentre os entrevistados, três deles vem de uma atuação em gestão de risco e controle de infecção e todos referenciaram a possibilidade de contribuir com algo maior, um maior número de pessoas. Esse deslocamento de perspectiva está em acordo com a coparticipação da produção de necessidades sociais, onde o fortalecimento dos sujeitos individuais e coletivos é o grande valor (CAMPOS, 2000).

Em relação ao desejo e à ambição em chegar a ser um gestor médico fica evidente que não estão presentes da mesma forma como ocorre no meio executivo tradicional. Ao contrário da decisão pela medicina enquanto profissão, onde os valores estão relacionados ao desejo de contato com o outro, reconhecimento técnico, prestígio social, retorno econômico-financeiro e a possibilidade de uma profissão liberal (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002), os gestores médicos assumem essa posição pela possibilidade de tomar decisões em processos que interferem diretamente em sua atividade, contribuir para algo maior, gratidão e reconhecimento relacionados à instituição hospitalar onde se desenvolveu e pela influência de um tutor ou mentor que figura como seu exemplo de profissional.

Parte dos entrevistados manifestaram não ter essa ambição, ficando até mesmo surpresos pelo convite e reforçando não ser esse um direcionamento de carreira desejado:

“Aquilo foi muito surpreendente porque eu não estava me desenvolvendo pra isso, nunca tive ambição disso”. (E3)

“Para mim não foi como a gente vê que existe na vida um planejamento”. (E4)

“Não tenho uma ambição, em termos de gestão, se for para eu escolher entre medicina e gestão atualmente, eu escolho medicina, eu não tenho a vibração da gestão como outras pessoas. A gestão é uma arte que eu não tenho vontade todos os dias de fazer, eu prefiro fazer um bom diagnóstico do que gestão”. (E8)

“Eu gosto de desafios, quando tu estas em uma instituição tu sempre reconhece as coisas ruins que estão acontecendo, e a oportunidade de fazer ficar um pouco melhor, e sabendo que agora é a chance de ir lá e fazer um pouco melhor o que não funcionava, então isso me atrai muito”. (E11)

Em contraposição, outros entrevistados sinalizaram ser uma ambição presente no DNA (Ácido Desoxirribonucléico), motivados por duas grandes condições: sempre ter interesse pelas “coisas da gestão” e por crescer em um ambiente favorável a isso.

Na primeira situação, a medicina não era objetivo de carreira como identidade e atuação, mas foi escolhida pela representatividade social (valorizada frente às outras formações) e em eliminação ao real desejo (administração, economia). No caso da administração, por exemplo, os entrevistados sinalizaram que, na época, era considerada uma formação “*de quem era filho de dono de empresa*”. (E9)

Na segunda situação, a influência pela gestão vem da família, onde o pai é empresário e empreendedor. No caso dos gestores médicos entrevistados que pertencem às famílias proprietárias do hospital, a influência do fundador está diretamente relacionada ao seu direcionamento. Fato sustentando pelas formações em gestão que iniciaram concomitantes à medicina e são tão numerosas quanto.

O Entrevistado 1 explica a sua origem:

“Eu acho que eu sempre fui, porque eu sou filho de empresários, e eu sempre olhei muito esse negócio. A minha cabeça não funciona só com medicina, e não é só questão do negócio, mas é essa coisa mais empreendedora mesmo, de abrir frente para algo”.

O Entrevistado 9 explora esse desejo por elementos de capacidade e interesses:

“Aquilo está no DNA da pessoa, está na capacidade, está no que tu gosta de fazer, no que tu gosta de ler, no que tu gosta de estudar”.

Os Entrevistados 16 e 19 retomam a influência familiar:

“O projeto do hospital estava sendo feito, o projeto era da família, era um projeto que buscava refletir sobre esse papel do gestor e o papel que nós tínhamos nesse processo maior desde muito novos. Nós fomos crescendo junto com o hospital e desenvolvendo esse olhar sobre a gestão”. (E16)

“Eu vivi dentro de casa a criação, a história, o meu pai sempre foi administrador, sempre teve essa visão de gestão e sempre dominou isso muito bem. Então eu sempre tive essa visão da gestão do hospital desde pequena. Eu comecei a estudar gestão e me apaixonei”. (E19)

Quando a possibilidade de gestão não está relacionada à história pessoal do gestor médico, cabe a reflexão de que mecanismos de influência devem ser introduzidos pelos hospitais para gerar desejos de gestão, já que as formações acadêmicas não o fazem. A identificação de influências e representações familiares também demonstra ser um caminho pertinente ao identificar potenciais.

No que tange à oportunidade de assumir efetivamente a posição executiva, dos 21 entrevistados, apenas um gestor médico participou de um processo seletivo tradicional, com etapas de entrevista. Todos os demais foram convidados, ou por atuarem no hospital há um bom tempo, e serem reconhecidos como médicos, ou por serem integrantes da família proprietária, tendo que continuamente provar sua capacidade nos dois polos, ou, por fim, através da rede de contatos.

O Entrevistado 3 revela desconhecer os reais motivos:

“Eu não sei porque me convidaram. Até hoje ninguém me disse muito claramente, mas eu imagino que eu tive um bom desempenho como gestor da minha especialidade”.

Importante considerar que essa não clareza dos motivos pode reverberar em uma não clareza do papel, que é evidenciado no reconhecimento do outro. As instituições hospitalares tem o dever de comunicar aos seus gestores o que efetivamente espera deles e porque estão ali. Quando esse processo não ocorre de forma clara pode provocar ruídos organizacionais e o não cumprimento de responsabilidades dos gestores, causando prejuízo em seu desempenho, especialmente no que tange à gestão de pessoas (CABRAL; SEMINOTTI, 2009a).

De modo similar, a ausência de *feedback* verificada no convite da instituição hospitalar ao gestor médico, para assumir sua posição, deflagra a dificuldade em cumprir um processo essencial de gestão de pessoas, a avaliação de desempenho. Os hospitais encontram dificuldades em estruturar mecanismos de avaliação que sejam incorporados ao corpo médico e, geralmente, quando o fazem, o sistema de mensuração criado está relacionado diretamente à produção assistencial, isto é, ligado ao paciente, predominando o poder do conhecimento.

Em âmbito sistêmico, o gestor médico passa a ser avaliado por resultados econômico-financeiros e indicadores do negócio, mas além das dificuldades em transmitir essa visão à equipe, não recebe, e não compreende, por não fazer sentido, o retorno e acompanhamento sobre sua atuação na gestão. O uso do *feedback* com os demais médicos acaba não ocorrendo,

e os retornos geralmente são de caráter técnico e processuais, sem tocar nas habilidades comportamentais e relacionais.

O perfil do gestor médico, em consonância ao que se espera de uma liderança naquela instituição, foi trazido pelo Entrevistado 4:

“Colocar pessoas com perfil mais humanizado, que tente passar o exemplo e não liderar simplesmente pela imposição, que saiba integrar, é uma característica que eu acho que eu tenho.”

Ter formação e requisitos necessários, como disponibilidade e conhecimentos em gestão, facilita a escolha da instituição, como apontam os Entrevistados:

“Foi a oportunidade do momento, o hospital estava precisando, não tinham médicos com formação para isso, foi o convite inicial que era para quem estava disponível ali no momento”. (E6)

“O escopo exigido por essa função não haveria outra pessoa na instituição ao mesmo tempo com conhecimento médico, experiência como médico e experiência como gestor e eles ainda pontuaram a capacidade de ler um DRE (Demonstração do Resultado do Exercício), capacidade de interpretar uma planilha com número, de imaginar um cenário.” (E9)

O fato de já ir sendo direcionado para apoiar em atividades no dia-a-dia, como organização das escalas médicas, foi um ponto considerado:

“Eu já fazia esporadicamente, quando o gestor saía de férias eu ajudava, fazia as escalas, ou fazia alguma função informalmente de liderança”. (E4)

“Como eu já fazia isso lá dentro do CTI, eu era a representante na época isso não foi uma coisa inesperada”. (E15)

“Tinha a chefe que sempre dividia comigo, quando não era ela, era eu”. (E12)

“E ela foi me trazendo algumas coisas para eu começar a alimentar, como, indicadores ou ata de reunião, coisas burocráticas que era do dia-a-dia dela e ela começou a me mostrar, como eu fazia isso na rotina, eu já tomava conta da unidade, já era minha”. (E13)

A relação de confiança e a identificação de comprometimento com a instituição também foram determinantes para o convite:

“Acho que pelo meu compromisso com o hospital no período que eu fui médico plantonista, eu só posso pensar dessa forma, talvez eles tenham identificado em mim alguém com a identidade do hospital. Que vivia o hospital, então eu acho que foi isso”. (E7)

“Então esse é um ponto chave, a confiança dele talvez não tanto no trabalho, mas na pessoa. E a outra questão é a questão de já ter trabalhado aqui, então ficava mais fácil porque eu já conhecia as pessoas”. (E8)

A sensação de ser reconhecido ao ser convidado também é um fator de destaque, conforme o Entrevistado 11 considera:

“Eu sempre estava em uma posição que tinha um nível de responsabilidade, eu tinha um desempenho bom e me convidavam para assumir outro nível e a primeira sensação é tu estás sendo reconhecida”.

O Entrevistado 20 alude para o fato da constituição de uma rede de relacionamento: *“No MBA eu fiz uma rede de relacionamento muito boa. Isso foi uma vitrine.”.*

Em relação aos fatores que mais influenciaram os gestores médicos para essa decisão, a gratidão foi verbalizada em quase todos os casos, exceto naqueles onde o gestor médico faz parte da família. Esse sentimento é encarado como reconhecimento, especialmente, para os médicos “que se criaram no hospital”, onde o aspecto afetivo como meio de identificação à instituição está presente.

Em contraste às perspectivas históricas do conceito de identidade, iniciando pelos filósofos, como divinamente determinada, passando pela consideração de um atributo singular e imutável (séculos XVII e XVIII) a fruto das interações sociais (século XX), esse conceito ligado às organizações é extremamente importante para o entendimento da dinâmica dos processos de identificação dos gestores médicos.

Ao final do século XX e início do século XXI, o conceito de identidade é explicado como um processo inacabado, fragmentado e múltiplo. Associado a ele, surge o conceito de identidade organizacional, estruturado a partir de construtos da psicologia e sociologia, indicando o DNA da instituição, o que ela é em essência (FERNANDES; MARQUES; CARRIERI, 2009).

O Entrevistado 3 argumenta:

“Eu tenho uma gratidão muito grande pelos locais por onde eu passo, onde eu tenho reconhecimento e eu tenho retornos, aqui eu fui reconhecido, aqui eu recebi uma série de gratificações não só financeiras, também, me senti muito bem tratado aqui”.

Os Entrevistados fazem referência aos laços com a instituição:

“Eu me criei dentro do Hospital, então tu crias certo amor ao lugar e isso aqui passou a ser a minha casa... E tu vais sentindo o crescimento e isso vai fazendo com que a gente fique fidelizado à instituição, e tem alguns pontos que a instituição cresceu porque eu participei e isso me motiva a ficar aqui até hoje”. (E7)

“Eu já amava esse lugar e isso eu acho que é um ingrediente muito importante. Eu amo o trabalho que eu faço aqui dentro, não é o meu emprego, nem o meu trabalho, é uma casa que eu tenho aqui dentro, e isso foi contagiando as pessoas”. (E13)

“Acho que o fato de eu ter trabalhado tantos anos aqui demonstra que de alguma forma eu compartilho dos valores do hospital, da visão do hospital”. (E18)

A decisão em si, de aceitar a posição de gestão, mobilizou os entrevistados de forma geral, a ponto de alguns ainda serem questionados até hoje pelas famílias sobre essa decisão, de muito tempo atrás. Quatro entrevistados, por exemplo, sinalizaram que fizeram análise em sua trajetória e que, “no momento do sim”, recorreram a seus terapeutas. Além disso, vários buscaram aconselhamento com tutores ou mentores e se espelharam em pessoas de referência, as quais admiram.

O processo de tomada de decisão dos entrevistados é inteligível à medida que se compreende o processo de identificação das pessoas à organização. Pela identificação, os indivíduos buscam construir uma percepção de unidade e pertencimento a um determinado grupo, como forma de responder parcialmente à questão: “quem sou eu?”. Isso significa que, pelo processo de identificação, o sujeito percebe-se como integrante de determinado grupo ou categoria, absorvendo as características do coletivo, constituindo sua forma de ser e estar no mundo (ASHFORTH; MAEL, 1989; FERNANDES; MARQUES; CARRIERI, 2009).

Ao conceituar identificação como um processo psicológico pelo qual um sujeito assimila um aspecto ou atributo do outro, seja uma pessoa ou grupo, e se transforma total ou parcialmente, segundo esse modelo, evidencia-se a integração de apenas dois dos três componentes de identificação para a decisão do gestor médico – o componente afetivo e o componente valorativo (LAPLANCHE; PONTALIS, 2000).

O componente cognitivo faz menção à autodefinição do indivíduo, relacionando-o como membro de um determinado grupo social ou categoria, definindo suas crenças, atitudes e comportamentos. O componente afetivo está ligado aos sentimentos dos indivíduos em relação a pertencer a uma categoria social específica, ou instituição. O componente valorativo, por sua vez, está relacionado à forma como, na percepção do indivíduo, a categoria social a qual pertence é valorizada pelos outros grupos (TAJFEL, 1981; TURNER *et al.*, 1987; HOGG; TERRY, 2000; SILVA, 2002; BREWER; GARDNER, 2004; FERNANDES; MARQUES; CARRIERI, 2009).

No caso dos gestores médicos dessa pesquisa, a condição cognitiva está diretamente ligada a sua condição de médico, aos valores, crenças, conhecimentos e atitudes esperadas de quem pertence à categoria médica. Desse modo, como médicos, se sentem ligados afetivamente à instituição hospitalar – “*onde cresci, me criei*” (E7), “*onde acompanhei o projeto da família*”(E16) - e consideram-se de uma categoria social valorizada e de prestígio (componente valorativo).

Na transposição dos três elementos para a gestão, estão presentes o elemento afetivo – “*eu tenho uma gratidão, é um reconhecimento*” (E3) – e o elemento valorativo – “*passei a ter acesso a reuniões que não tinha, informações diferenciadas*” (E13). Como o elemento cognitivo deve ser o primeiro nessa cadeia de identificação, há uma inversão no processo, fragilizando o reconhecimento do componente cognitivo.

O Entrevistado 3, em sua fala, demonstra os mecanismos afetivo e valorativo na tomada de decisão:

“Fiz uma consulta com meu analista. eu achava que era uma decisão muito importante e em função principalmente desses laços que eu já tinha estabelecido em 10 anos com a instituição, eu me senti no dever de que estava me sendo solicitado de dar uma retribuição”.

Os tutores e pessoas de referência dos gestores médicos funcionam como mecanismos afetivos e valorativos de influência, como explica o Entrevistado 4:

“As pessoas que nós nos relacionamos são fundamentais nisso, o meu primeiro tutor nesse processo, um grande incentivador... e o auxílio do grupo de gestão de pessoas do hospital. Certamente eu não entraria nessa nova função se eu não tivesse pessoas que eu confiasse”.

O componente cognitivo, fora desse processo de identificação para gestão, evidencia-se nas falas abaixo:

“É uma coisa que tem que parar e pensar porque é uma mudança drástica, onde eu estou saindo da minha área de atuação específica e estou indo para um área que abrange o hospital inteiro, mas mais focado na gestão”. (E9)

“Médico é bom porque tu pode sempre voltar, então se tu estudar e voltar, é possível”. (E10)

Essa fala demonstra o quanto pertencer à categoria médica está associada à segurança, caso algo não ocorra como esperado na gestão. Contudo, essa ponderação não é unânime, reconhecendo a oportunidade em ser gestor médico como perene e sem prazo de validade.

O Entrevistado 4 esclarece:

“Uma necessidade que eu tinha pensando no futuro, na profissão, mas tendo uma profissão, uma função que me permita ter perenidade, que me permita trabalhar até uma idade mais adiantada”.

O Entrevistado 18 reforça essa questão em contraste à falta de perspectiva como médica:

“Tu não tens um objetivo, um foco, isso não existe, porque tu és plantonista igual a um residente que acabou de entrar, então tu vai ficar nessa sempre”.

O desejo de acessar outra categoria, distinta da médica, também funciona como um determinante para a tomada de decisão, confrontando o poder do conhecimento do médico na instituição, sendo necessário acessar o poder outorgado, da função de gestão, para garantir acesso e legitimidade:

“... dentro de uma hierarquia, como eu era chamado de coordenador médico eu ficava abaixo do gerente, eu não era atendido porque eu não era gerente, tipo assim, tu é um cargo menor e isso era uma coisa impactante no sentido negativo. Então a gente tinha sempre aquela pretensão de chegar a ser um gerente, para facilitar o desenvolvimento da tua área, para ter mais acesso”. (E5)

Essa decisão põe à prova o reconhecimento profissional do gestor médico frente à sua família, que não entende os motivadores para decisão, mesmo muito tempo decorrido. A escolha e exercício da medicina são compreendidos em si mesmos, vistos como poder e privilégio, portanto, com o “dever” de ser realizado. Os próprios gestores médicos não convencem suas famílias sobre sua escolha:

“Eu tinha escolhido ser um médico, e eu tentava explicar para o meu pai, mas ele não entendia, e na época ninguém entendia, porque quem fazia essas coisas, que eu comecei a fazer aqui eram médicos aposentados que não deram certo na medicina e tal”. (E1)

“A minha família, o meu marido, a minha mãe, ninguém aceitou. Porque eu fiz anos de formação para ser médica e de uma hora para a outra, eu dizia, eu não vou deixar de ser, o que eu sou está dentro de mim, eu só vou ampliar para um lado que está escuro e que hoje é uma demanda de mercado”. (E12)

4.3.2 Direcionamento de carreira como gestor médico

Conforme exposto na contextualização, a discussão e análise travada aqui é anterior a perspectivas de carreira ou competências necessárias a serem desenvolvidas na função de gestor médico. No entanto, é pertinente considerar os significados e representações que esse grupo de gestores apresenta sobre o tema, em consonância às suas representações e transições de carreira.

Conforme apontado no item anterior, *“médico é bom porque tu pode sempre voltar” (E10)*, diferente do meio executivo convencional, onde há desejo de ser um gestor, desde a escolha profissional de formação, para o gestor médico, essa é uma transição que não é efetivada, especialmente ao considerar que, na maioria dos casos, a atuação como médico permanece. No caso dos sujeitos de pesquisa, dos 21 entrevistados, apenas 5 não atuam como médicos, na assistência.

A ambivalência entre poder do conhecimento e o poder do cargo ilustra as referências médicas sobre carreira. Quando o gestor médico considera que pode voltar à condição de médico, está fazendo menção a uma carreira que é autogerida, dependendo exclusivamente dele e reforçada pela formação e tipo de vinculação institucional (categoria profissional com diferentes regimes de contratação na instituição hospitalar, especialmente como pessoa jurídica).

A trajetória de carreira do médico é intrínseca, dependendo da sua atuação técnica e sua produção científica, onde seu maior avaliador é o paciente e órgãos reguladores. Em contraposição, a trajetória de carreira do gestor médico é extrínseca, pois sai de suas mãos e passa a depender da instituição e sua estruturação de carreira. O avaliador da posição e status que se ocupa é outro, passando a vigorar outras regras, relações e exigências.

Uma transição, num sentido amplo, é qualquer evento ou não evento que resulte em mudanças nos relacionamentos, rotinas, crenças e papéis. Transições incluem não apenas grandes mudanças de vida (tais como formatura, emprego, casamento, nascimento do primeiro filho, etc.), mas também mudanças sutis, tais como a perda das aspirações de carreira ou a não ocorrência de um evento previsto, tais como uma expectativa de promoção no trabalho (SCHLOSSBERG; WATERS; GOODMAN, 1995).

A transição pode ser um evento de vida que englobe ganho e/ ou perdas. O termo crise insinua um evento dramático e essa abordagem inclui eventos de menor impacto e também os não eventos. As transições diferem, os indivíduos diferem, mas a estrutura para compreender os indivíduos em transição é estável.

Ao apreender a dinâmica da carreira do gestor médico nas instituições hospitalares, percebem-se diferentes perspectivas exploradas pelos gestores médicos a tratar suas tomadas de decisão:

O Entrevistado 3 explica:

“Não pretendo seguir uma carreira de gestor médico. Eu tenho várias outras atividades aqui além de ser diretor do hospital. Eu nunca desejei ser diretor do hospital”.

A avaliação que o indivíduo faz da transição é fundamental. Uma pessoa poderia definir a aposentadoria como algo positivo, uma oportunidade de realizar sonhos antigos ou poderia ver isso como significando a morte ou o fim da vida produtiva. Esta avaliação influenciará como sentem e enfrentam a transição. Dessa forma, o impacto da transição possui grande variação entre indivíduos (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Os entrevistados demonstram como pensar a carreira enquanto vínculo às instituições hospitalares não é pensada como possibilidade para o médico:

“O médico raramente pensa em carreira, ele pensa a profissão como um autônomo. O médico não pensa em cargo, mas sim, em atitudes, em momentos, em tarefas, em cumprir processos, ele não pensa onde eu estarei daqui a... Abre esse novo campo do médico que é funcionário da empresa, até porque, com a complexidade da medicina, ficar ligado ao hospital é melhor, não só pelo ponto de vista do risco, mas também do benefício”. (E4)

“Eu sempre pensei em ser mais do que médico. Desde a faculdade. Ter um negócio, estar ligado a uma instituição”. (E6)

Ao considerar que a transição de carreira ocorre quando o indivíduo concretiza um movimento em sua carreira, implicando uma nova identidade profissional, distinta da mudança de função ou de assumir um novo desafio profissional, fica evidente que, no caso dos gestores médicos, não é esse o movimento ocorrido (DUTRA, 2010). Ao assumir a posição de gestão, a carreira médica não é preterida, mesmo nos casos em que não se atua mais na assistência. O movimento não é de transição, mas de assumir carreiras paralelas, onde não se escolhe, mas se agrega uma nova atividade, em consonância à primeira.

A carreira paralela permite à organização o direcionamento e estímulo ao desenvolvimento e ascensão profissional tanto técnico como de gestão, utilizando como referência as expectativas e habilidades individuais e eliminando os riscos de rebaixamento dos níveis de atuação nos dois casos. Dessa forma, a carreira paralela pode se apresentar de várias formas na organização, destacando-se as totalmente paralelas, as em “Y” e as múltiplas (DUTRA, 2010).

A estrutura totalmente paralela está organizada na separação em grupos distintos, cada qual com sua própria administração e recursos. Um deles pode ser operacional, enquanto o outro é administrativo. Nas instituições hospitalares, essa divisão pode ser representada pela divisão entre eixos profissionais – médico-assistencial e apoio, por exemplo, e eixo gestão.

A estrutura paralela em Y, mais comumente utilizada no Brasil, permite que a partir de um determinado ponto da estrutura hierárquica seja possível a escolha e direcionamento para o braço gerencial (um braço do Y) ou para o braço técnico (outro braço do Y). Em ambos os casos, há equivalência de remuneração. No caso dos gestores médicos, geralmente iniciam atuando como médicos (braço técnico) e, ao serem convidados para posição de gestão, migram para o braço gerencial (DUTRA, 2010; DUTRA, 2013).

Na estrutura convencional o direcionamento é para uma decisão do profissional, localizando-se em uma das vertentes de carreira. Para os gestores médicos, esse delineamento

não ocorre dessa forma, mesmo com as instituições hospitalares exigindo uma definição e direcionamento na gestão (DUTRA 2010).

Já na estrutura paralela múltipla, as funções são subdivididas em vários centros de escopo estratégico, diferenciados e com remunerações independentes. Essa organização, embora menos praticada, justamente pelas dificuldades dela decorrentes, pode representar uma proposta interessante, tendo em vista os sujeitos manterem atividades profissionais como médicos e como gestores, com natureza, complexidade e abrangência distintas (DUTRA 2010; DUTRA, 2013).

Ao contrário do enfermeiro, que ao assumir sua função na instituição hospitalar, agrega tanto a condição técnica, como a de liderança, o médico tem sua supremacia pelo poder do conhecimento, não sendo exigidas habilidades de liderança e gestão, tanto no quesito econômico-financeiro, como na gestão de pessoas.

Em artigos sobre liderança na área médica, a vinculação do médico à conotação de herói solitário, quando se trata de desenvolver e trabalhar em equipe, é reforçada, remetendo ao espaço privilegiado que ocupa enquanto detentor do poder do conhecimento. Sua necessidade de exercer uma nova liderança está associada à organização dos médicos em equipes, a medição de seu desempenho não pelo número de procedimentos efetuados, mas pela evolução do paciente (LEE, 2010).

Caracterizada como um processo de realização profissional e pessoal, mas também dolorido, a transição de carreira desperta sentimentos ambíguos. A complexidade desse fenômeno não se esgota apenas nos sentimentos e vivências que proporciona, estendendo-se aos termos utilizados para nomeá-la: transição de carreira ou mudança de carreira. Diversos autores divergem em relação a ambos, corroborando para a complexidade do conceito (QUISHIDA, 2007; DUTRA, 2010; IBARRA, 2004).

No entanto, os sentimentos ambíguos não foram demonstrados pela transição não realizada, mas justamente pela dificuldade e ambiguidade com que as organizações conduzem e organizam as carreiras de seus gestores médicos:

“Continuo atuando como médico por vocação, porque talvez eu não fosse plenamente satisfeito, mesmo com os projetos de gestão totalmente reconhecidos e aceitos”. (E4)

“Se eu for me sentir desconfortável com a atuação na gestão, eu tenho plena tranquilidade em sair, tanto do ponto de vista financeiro, do pessoal, eu não vou me sentir fracassado por não ter dado certo”. (E8)

Para os gestores médicos, a transição de carreira não ocorre, já que não deixam a carreira médica, gerando sentimentos ambíguos, até mesmo pela inversão do componente

cognitivo de identificação, ao representar uma alternativa profissional de atuação, que só faz sentido dentro de uma estrutura médico-assistencial. A opção pela medicina ou pela gestão não é uma imposição da estrutura institucional hospitalar, mas suas estruturas de carreira e remuneração estão organizadas de forma distinta a essa prerrogativa. Permitir a ampliação da identidade foi a forma encontrada pelos hospitais em contar com gestores médicos, que, provavelmente, não o seriam se tivessem que fazer a opção desde o início.

Nessa estrutura, pode-se ser gestor de um serviço e ser cirurgião no mesmo hospital, simultaneamente; ser gestor e plantonista, concomitantemente, mas em instituições diferentes; ser gestor de serviço, docente e chefe de serviço em três instituições diferentes.

A gestão não é opção de carreira para os médicos, contudo as peculiaridades do mercado de saúde e as opções como gestor médico também são consideradas ao se questionar por uma opção:

“Não é uma opção de carreira, e tem muita gente na medicina que faz vestibular, assim como eu e não sabia muito bem o que queria. Tem uma gama imensa e isso é legal tu podes se encontrar lá dentro, mas ser gestor de um hospital nunca entra dentro desse grande leque”. (E10)

“O RS é um mercado desse tamanho. Por opção de vida, se tu entras nessas coisas de gestão e tu não dá certo em uma instituição em SP, ele muda para outra, e aqui a gente não tem essa mobilidade...” (E11)

Devido ao fato das transições de carreira não apresentarem padrões únicos e dos indivíduos as vivenciarem de maneiras distintas, não há um conceito formal para caracterizá-la. Ao contrário do meio executivo convencional, no mercado de trabalho dos gestores médicos, não se verifica transições entre hospitais, especialmente no sul do país, fato comprovado pela própria narrativa dos entrevistados, que foram convidados a assumir posição executiva pela sua história nas instituições onde atuam como médicos. Diferente da região sudeste do país, onde essa prática, mesmo incipiente, ainda é mais presente. Esse fator também contribui para insegurança dos gestores médicos, já que, como médico, pode atuar em diversos lugares, dependendo exclusivamente de seu conhecimento.

A partir dos anos 2000, inúmeras mudanças ocorreram de forma quase instantânea no universo do trabalho e nunca se viu tantas pessoas em transição de carreira, seja por decisão pessoal, seja por perda do emprego (DIAS; SOARES, 2009; DUTRA, 2010; MACEDO, 2005; IBARRA, 2004; QUISHIDA, 2007). Esses processos de transição de carreira implicam na alteração da identidade profissional e nem sempre os profissionais tem consciência desse processo. Trata-se de um “caminho sem volta”, pois se constrói nova identidade.

Os gestores médicos não alteram sua identidade profissional, por isso a perspectiva

ampliada e paralela de carreira representa essa dinâmica, ao invés da transição de carreira. Se a transição representa um “caminho sem volta”, a carreira paralela representa a possibilidade “de retorno”:

“Eu sempre falo que eu nunca deixei de ser médico, então eu não vou deixar de ser médico e não vou deixar de ser gestor”. (E20)

Da perspectiva de definição da identidade, onde haveria uma verdadeira referência de ser, sem possibilidade de mudança, passa-se a considerar o modelo das identidades possíveis, modificadas por testagem e aprendizagem ao longo da experiência, levando em consideração como identidades profissionais e variadas experiências de trabalho se influenciam (IBARRA, 2009).

4.3.3 Significados e representações em “ser médico” e em “ser gestor”

Para fechar a unidade de análise sobre identidade é importante considerar e comparar as representações de cada uma das instâncias – médico e gestor, ditas pelos próprios entrevistados. A gestão, ao ser percebida como identidade ampliada, no caso dos gestores médicos, transforma e é modificada no movimento recursivo da própria atuação como médico. “Ser médico” é uma escolha, encarada como a profissão e definidora de quem se é, a qual categoria social se está inserido, com a atuação regulada pelo CFM – Conselho Federal de Medicina.

“Ser gestor” não foi uma opção definitiva e está ligada a ampliação da atuação como médico. Desse modo, passa-se a fazer parte de um campo em intersecção, no qual o movimento recursivo não é reconhecido. Pode-se dizer também não legitimado por não ser uma especialidade reconhecida e regulamentada pelo CFM.

As diferenças entre componentes de identificação, como o afetivo e cognitivo, no momento de verbalizar sua representação sobre as duas instâncias – “o que representa ser médico” e “o que representa ser gestor”, demarcam as “fronteiras” entre eles.

O Entrevistado 1 considera o aspecto individual em “ser médico”, destacando o estado de espírito necessário:

“O médico lida com as artes na relação com as pessoas, e um ponto muito sensível que é na fragilidade das pessoas, isso exige um acompanhamento, uma formação e um estado de espírito muito especial”.

O Entrevistado 2 explica a partir do comparativo com outras profissões:

“[...] o médico é uma atividade que é muito mais, o conceito se reveste de outros ingredientes que outras profissões não têm”.

O Entrevistado 19, em contrapartida, relaciona “ser médico” com maior respeitabilidade social:

“[...] muito orgulho, então eu encho a boca para dizer que eu sou médica, parece que as pessoas te olham diferente, tem um respeito maior”.

Ser “*especial*”, “*muito mais*” e “*diferente*” são representações que expressam os componentes de identificação do gestor médico à profissão escolhida, onde estão incorporadas três instâncias de representação: individual, enquanto categoria e representação social. Essas instâncias convergem para as condições inerentes à construção da identidade de liderança, respectivamente – internalização individual, reconhecimento relacional e aprovação coletiva (DE RUE; ASHFORD, 2010; RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002).

Na fala dos gestores fica evidente o reconhecimento e enaltecimento em “ser médico” pela comparação com o outro, especialmente outras categorias profissionais e a sociedade, demonstrando claros componentes narcísicos, importantes para o exercício da liderança e, conseqüentemente, da gestão.

Da mesma forma, a tríade necessária para a composição da identidade organizacional – componente cognitivo, afetivo e valorativo -, é sinalizada e evidenciada na ênfase discursiva e na escolha semântica das palavras para caracterizar “ser médico”:

“[...] vocação, empatia, espiritualidade, cordialidade, carinho, cuidado, sentimento, transcender a questão meramente física, profissional, financeira.” (E4)

“É uma coisa humana, é uma sensação de mundo real de vida, uma coisa básica, carnal, de amor”. (E10)

“É você se apoderar na totalidade do outro. Ser médica é conseguir ser dona daquelas vidas, até fazem aquele paralelo do Deus, da Onipotência, mas não é isso”. (E12)

De forma distinta, as representações em “ser gestor” não contemplam a convergência das instâncias necessárias para construção da identidade de liderança (internalização individual, reconhecimento relacional e aprovação coletiva), reforçando a liderança ser associada ao “ser médico”, expressa e legitimada pelo poder do conhecimento.

O Entrevistado 3 demonstra essa afirmativa:

“Ser gestor eu acho que é, principalmente, ser líder. Eu acho que a liderança é principalmente ser exemplo, é exercer influência sendo. Por isso tem que ser um médico respeitado, que tenha a confiança dos pacientes e colegas.”

O “ser gestor” demarca uma condição transitória na carreira, ao contrário do “ser

médico”, pois não depende dele, mas da organização, sendo necessária a utilização de outras estratégias para sobreviver a novos jogos políticos, onde o poder do conhecimento não é determinante. Os elementos narcísicos devem ser transportados e ressignificados na condição de “gestor médico”.

A fala do Entrevistado 6 elucidava esse ponto, especialmente pela escolha semântica – “deixar alguma coisa” e “sem tu estar presente”:

“Ser gestor é deixar alguma coisa pronta, é deixar no mercado, e numa organização, processo, alguma coisa diferente do que estava sendo feito, em termos de funcionamento mesmo, que funcione sem tu estar presente”.

O reconhecimento pela medicina da sua identidade de gestor, faz com que os gestores médicos tenham na gestão a possibilidade de “elevantar a medicina” ou modificar a atuação dela na instituição hospitalar (dele e dos pares):

“[...] o foco hoje na gestão não quer dizer que tu está deixando a medicina em segundo plano, o contrário, eu acho que tu está elevantando a prática da medicina a um outro nível onde tu vai te preocupar não com a tua prática de medicina, mas com a prática de medicina de todos que estão dependendo de ti”. (E9)

“Significa ter a oportunidade de mudar algo, a gestão me permite isso, aquelas coisas de ficar melhorando o que da medicina não está bem e que precisa ser melhorado, desde ineficiências e tudo na prática médica”. (E11)

Pode-se verificar que a natureza dialógica da identidade pode ser percebida na sua dimensão social, que abrange o processo de integração do indivíduo a seus grupos de referência ou grupos aos quais ele pertence.

A integração dos três componentes do processo de identificação – cognitivo, afetivo e valorativo – evidenciada nas representações médicas, contrasta às proposições que representam a gestão, onde destaca-se o componente afetivo e, especialmente, valorativo. Trabalhar a inclusão do componente cognitivo na percepção como gestor proporcionará recursividade entre as duas instâncias – gestor e médico, gerando sentimento de pertencimento e, conseqüentemente, engajamento (TAJFEL, 1981; TURNER *et al.*, 1987).

Cabe às instituições hospitalares proporcionar ambientes favoráveis para criação de mecanismos de identificação onde a identidade “múltipla” dos gestores médicos possa ser tratada de forma harmônica, sem ambivalência ou competição. Ao invés da percepção e experiência de identidade fragmentada, onde é necessária a opção, uma ruptura, deve-se trabalhar com a identidade múltipla, onde uma série de repertórios, adquiridos ao longo da vida, são ativados em determinadas situações, de acordo com a necessidade (FERNANDES; MARQUES; CARRIERI, 2009).

Da mesma forma, cabe à estrutura hospitalar trabalhar a gestão de carreira do gestor médico, apreendendo os sentidos desse direcionamento e as representações individuais e sociais dessa ampliação de atuação.

Ao caracterizar engajamento como um estado afetivo-cognitivo positivo e perene relacionado à atividade laboral, manifesto nos indivíduos por meio de dedicação e comprometimento, e considerando ser esse o ponto de maior desejo das organizações atualmente, é através do processo de identificação, que a construção de vínculos se torna possível e, é por meio dela, que pertencimento e engajamento podem ser realmente constituídos (REBOCHO; SEMEDO; SANTOS, 2011).

A partir da compreensão do paradigma sistêmico-complexo, delineado pela integração de campos transdisciplinares – medicina e gestão, no qual as certezas (em escolher ser médico) e incertezas (em ser convidado a ser gestor) fundamentam o pensamento complexo, a compreensão da unidade na diversidade, assim como a diversidade na unidade torna-se imperativo. O movimento recursivo da multiplicidade de identidade dos gestores médicos só pode ser compreendido no todo e não como unidades distintas, apreendendo o ser gestor médico nas instituições hospitalares (MORIN, 2007).

4.4 Gestão Estratégica de Pessoas nas Instituições Hospitalares

Nessa unidade de análise, a discussão centra-se no contexto de preparação e desenvolvimento dos gestores médicos, tanto realizado pelos hospitais, como por sua própria iniciativa. Essa seção foi intencionalmente incluída como quarta unidade de análise por congregar em si discussões de todas as unidades anteriores. Além disso, é a partir dessa análise que algumas proposições construídas nessa pesquisa poderão contribuir como prática transformadora para o segmento saúde e para o público em questão, gestores médicos.

O ambiente hospitalar, caracterizado por ser um ambiente de alta complexidade, estende suas características a toda sua extensão e com a área de Gestão de Pessoas não é diferente. Alguns fatores remetem a essa caracterização, como o fato de se tratar da saúde e, por consequência, a percepção de valor e de qualidade diferenciada dos serviços prestados, em que se busca a satisfação dos clientes/pacientes, como, também, de seus familiares. (GALLOUJ; SAVONA, 2009).

O apelo emocional influencia diretamente nas atividades exercidas por essas organizações e a percepção de qualidade por parte dos clientes recai em grande parte no contato humano, devendo-se entregar um nível de qualidade compatível com as necessidades

dele, de sua família, da comunidade, e com os recursos disponíveis (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

O produto hospitalar maior, que é a capacidade de diagnóstico e tratamento, está diretamente vinculado ao contato humano, fazendo com que tecnologia e profissionais sejam o mais especializado possível. No entanto, no contexto médico da gestão de pessoas, algumas dificuldades são enfrentadas na maioria das instituições hospitalares: 1) especialidades médicas mais escassas que outras (como a pediatria, por exemplo); 2) médicos com contrato CLT que trabalham em mais de uma instituição hospitalar ou como autônomos, concomitantemente; 3) médicos que pertencem ao corpo clínico (sem contrato CLT, que atuam de forma autônoma); e 4) especialmente, a falta de preparo e desejo dos médicos em assumir as posições executivas, não sabendo lidar com a complexidade a qual estão inseridos.

Nesse sentido, a gestão estratégica de recursos humanos nesse segmento assume o desafio de trabalhar o significado da gestão e da carreira para os profissionais técnicos da área, especialmente gestores médicos. O desafio está em ressignificar a gestão nas instituições hospitalares, pois ao explorar a identidade médica na gestão, precisa-se dar novo sentido à identidade organizacional. A adesão à gestão não está vinculada ao conhecimento de ferramentas de gestão, mas ao sentido de legado, reproduzindo elementos narcísicos e identitários como médico na concepção de gestão.

Os recursos humanos precisam se apropriar de seu papel estratégico de transformação cultural e atuar fortemente na transformação de barreiras organizacionais. Ao se questionar porque é tão difícil promover a colaboração justamente num segmento onde se encontram profissionais idealistas, bem como por quais motivos a mensuração do desempenho se torna um processo problemático, considerando os médicos serem indivíduos competitivos, a autonomia experimentada pelo poder do conhecimento é ponto-chave (LEE, 2010).

A resistência dos médicos em serem avaliados, a necessidade de dominarem seu campo de atuação, bem como sua resistência ao trabalho em equipe, reflete a convicção enraizada de que essa autonomia é crucial para a saúde e para seu trabalho, cabendo às áreas meio e de gestão adequarem seus processos a essa condição. Considerando-se o único defensor do paciente (poder intrínseco do conhecimento) contra toda uma estrutura burocrática que o engessa e o atrapalha (poder extrínseco da hierarquia), essa autonomia do médico, reproduzida na identidade médica não significa qualidade.

As instituições hospitalares devem repensar o significado que a gestão ocupa em sua própria cultura, não necessariamente reproduzindo sentidos de outras culturas ou segmentos. Para que mudanças estruturais aconteçam, representadas em processos como avaliação de

desempenho, melhoria de processos e trabalho cooperativo, o médico deve começar a entender que cuidar bem do seu paciente não é o mesmo que ser controlador e individualista. E para isso, o gestor médico tem papel fundamental, pois precisa se apropriar dessa condição para poder trabalhar com os demais médicos e ser líder da transformação organizacional, junto ao setor de recursos humanos (LEE, 2010).

Três abordagens constituem esse processo de mudança. A primeira delas está ligada a direcionar esforços ao melhor lado dos médicos, aprimorando os motivos que os fizeram escolher a medicina. O altruísmo, como fator constitutivo da identidade médica deve ser levado também para a escolha da gestão, pois o gestor médico, como líder com elementos narcísicos, precisa partilhar dessa aspiração (LEE, 2010).

A segunda abordagem faz menção direta a um fascínio dos médicos, a divulgação de dados e informações. Dessa forma, ao invés de confrontar sua autonomia e conhecimento, é essencial demonstrar o quanto seu desempenho como gestor médico (e a necessidade de mudança de aspectos técnicos e comportamentais) difere do que é esperado (em comparação interna e externa).

Por fim, a terceira abordagem está relacionada a definição da estratégia do negócio hospitalar em torno das necessidades do paciente, de forma sólida e concreta, evidenciada no modo de fazer gestão.

Os médicos, por serem altamente capacitados, e pela posição privilegiada que ocupam nas instituições, possuem grande participação nos processos de inovações existentes em ambientes hospitalares. Isso pode ser justificado por estes possuírem cargos de gestão e, muitas vezes, coordenarem os serviços assistenciais, fazendo com que estejam mais envolvidos com os processos de inovação e decisão (BOHRER; VARGAS, 2010).

As instituições hospitalares são caracterizadas por mudanças, tendo em vista, especialmente, sua necessidade de transformação e adaptação. Pelo caráter técnico-científico do segmento, especialmente médico-assistencial, inúmeras vezes essas instituições têm seus cases de gestão de pessoas, aplicados e desenvolvidos na área da saúde, premiados e reconhecidos como exemplos de práticas inovadoras (MALIK, 2009). O desafio está em promover a educação permanente das lideranças e gestores desse segmento, quando especialmente os gestores médicos (técnicos) identificam-se como técnicos e encaram as duas perspectivas de modo cindido e não integrado.

4.4.1 Capacidade dos hospitais em atrair, desenvolver e reter gestores médicos

Ao serem indagados sobre “se os hospitais conseguem atrair, desenvolver e reter os gestores médicos”, os entrevistados ficaram divididos: metade dos 21 gestores médicos, foram enfáticos ao afirmar que os hospitais não conseguem atingir esse objetivo. Os demais consideraram sim a essa questão, sustentados por algumas considerações. Mesmo em um grupo de hospitais diferenciados, da ANAHP, em comparação a hospitais públicos, com outras realidades, por exemplo, fica evidente a fragilidade de um processo estruturado nas instituições hospitalares.

Muitos entrevistados embasaram suas respostas a partir do comparativo do cenário nacional e internacional:

“Eu acho que isso não é ideal, talvez o desenvolvimento dos hospitais e do mercado de saúde ficou muito paralisado”. (E3)

“Eu acho que ainda é muito frágil isso. Quem começou a reter as pessoas foram os Hospitais de São Paulo no aspecto de enxergar algumas pessoas importantes dentro da instituição”. (E7)

A fragilidade das instituições hospitalares em relação a todas as variáveis que envolvem o desenvolvimento dos gestores médicos está relacionada à complexidade do segmento saúde e por não ser um mercado que se assemelha ao executivo tradicional.

O antagonismo da gestão e da assistência impacta em todos os processos de gestão de pessoas, especialmente no desenvolvimento de gestores e lideranças. Essa polaridade é vivenciada no cotidiano de todos os profissionais e, no caso dos profissionais especialistas, com formação técnica, como médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, sua interação, tomada de decisão e relacionamento com a instituição estão alicerçadas em seu paradigma técnico-científico. Além dessa orientação especialista, seu poder está constituído pelo ambiente de urgência e risco, e ainda pela legitimidade construída (da equipe) por meio da convivência em situações limite (VENDEMIATTI *et al.*, 2010).

A Gestão Estratégica de Pessoas precisa acompanhar o sentido de urgência e risco preconizado pelo segmento de saúde na estruturação e atuação de seus subsistemas, tendo em vista seu impacto estar diretamente relacionado às pessoas. Um agravante a esse processo é o fato das instituições de educação não conseguirem formar e preparar seus alunos para atuar nesse complexo cenário (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009). Desse modo, cabe às instituições de saúde desenvolver estratégias de avaliação e desenvolvimento dos profissionais, para garantir sua sustentabilidade (BOSSIDY; CHARAN, 2005; BICHUETTI, 2011).

Nesse ponto, uma estratégia dos próprios gestores médicos é atrair para o hospital e

suas equipes, doutorandos, formando um círculo de confiança e reciprocidade. Os gestores médicos ganham, por um lado, conseguindo fechar as escalas médicas de sua área e, o residente, por outro lado, passa a ter o privilégio de ser integrado aos médicos de confiança daquele gestor médico, podendo ser incluído nos espaços onde o gestor médico atua.

O Entrevistado 2 esclarece:

“Tem muita gente aqui que foram meus alunos e alguns meus residentes... a escolha começa dentro da sala de aula. Então eu tenho muita gente aqui que eu trago porque eu conheço, tens que ter pessoas na mão, de confiança.”

No entanto, esse mesmo círculo que favorece, pode ser autofágico, engessando e criando uma nova ordem, paralela às políticas de promoção institucionais. Desse modo, espaços de poder pelo conhecimento são demarcados pela organização hierárquica médica (o poder do conhecimento dita regras para o poder do cargo), aliados às diferenças de gênero, conforme explica o Entrevistado 10:

“Medicina é algo muito hierarquizado, então aquele teu residente superior, R2 ou R3, sempre tu vai reverenciar, e eu cheguei num nível que eu podia estar como os meus chefes, mas eu nunca ia, primeiro, porque eram eles que estavam ali, eles nunca iam me subir para uma pessoa como eles, e ainda é um mundo machista, ainda tem muito mais homem do que mulher”.

Nesse ponto, as dificuldades de gênero encontram correspondência às dinâmicas e organizações do meio executivo convencional, sendo um assunto pesquisado e estudado exaustivamente há bastante tempo, especialmente quando se tratam de posições de liderança.

Em relação aos hospitais, o Entrevistado 6 percebe mudanças:

“Conseguem, bem melhor do que no passado. Mas ainda tem grandes desafios, até porque eu acho que não tem um modelo bem definido sobre isso ainda”.

O Entrevistado 9 confirma essa percepção:

“Eu acho que é uma coisa muito incipiente ainda, mas a gente percebe que está começando a acontecer.”

O desenvolvimento dos gestores médicos associados a capacitações e treinamentos é mencionado pelo Entrevistado 13:

“Acho que ainda não está acontecendo, mas nós estamos em construção disso, até acho que aqui está mais consolidado, porque as pessoas têm as capacitações hoje como objetivo, então as pessoas tem que fazer os treinamentos”.

O Entrevistado 19 demonstra de forma simplificada o circuito que dificulta a constituição de um modelo:

“Acho que os hospitais são pouco preparados para capacitar os médicos, os médicos tem pouca visão de gestão, a gestão é pouco vista como uma

especialidade médica. É uma decisão corajosa e que ainda é pouco reconhecida e desenvolvida pelos hospitais”.

O Entrevistado 12 pondera sobre a necessidade da visão executiva ser adaptada para o gestor médico:

“Eu acho que ainda não tem uma visão bastante executiva que se ajusta para um olhar de gestor médico. Uma visão executiva adaptada para o gestor médico”.

Ao analisar os elementos destacados pelos entrevistados, é imprescindível considerar que as instituições hospitalares convergem em si várias subculturas, onde é imperativo estabelecer um ambiente contínuo de aprendizado para garantia da vantagem competitiva.

O mapeamento realizado pela instituição hospitalar, em relação aos seus ativos intelectuais, e potenciais, contribui para legitimidade e sustentabilidade do conhecimento. Ao serem consideradas como construções sociais, as instituições hospitalares tem seus significados partilhados na organização, compondo o cotidiano, do estratégico à operação, englobando os elementos tangíveis a aspectos intangíveis (MARTINI, 2010; ZANELLI; SILVA, 2008).

Para o desenvolvimento de pessoas, especialmente gestores médicos, há de se considerar às mudanças necessárias em relação à formação e atuação do médico nas instituições hospitalares. O processo de desenvolvimento dos gestores médicos, de modo distinto às demais categorias, especialmente administrativas, deverá ocorrer a partir da promoção de mecanismos de identificação entre médico e instituição, para que a gestão possa ser incluída como componente cognitivo nesse processo e reorientar a recursividade entre identidades múltiplas – de médico e de gestor, não excludentes, mas paralelas (MARTINI, 2010; PACHECO *et al.*, 2005; RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002).

Ao repensar os paradigmas de gestão institucionais, reavaliar a estrutura e práticas de carreira dos gestores médicos, aliada às estratégias diferenciadas de remuneração, devem ser levadas em consideração, não apenas por um conjunto de profissionais da área de Gestão de Pessoas, mas compartilhadas pelos principais líderes da organização. A remuneração como médico, superando a remuneração como gestor, em larga escala, no caso dos cirurgiões, por exemplo, reforça a permanência nas duas atividades, bem como a necessidade de conciliar mais de um vínculo empregatício, sendo um como gestor e outro como plantonista, para garantir um padrão desejado de vida.

O processo de desenvolvimento estará atrelado menos ao controle e mais à autonomia e empreendedorismo vinculados à organização e os sistemas de gestão de pessoas deverão ser simples, transparentes e flexíveis, impactando diretamente na forma de pensar e agir sobre as

carreiras. Para formar e desenvolver gestores médicos, as instituições hospitalares deverão atuar na transparência de critérios em relação às movimentações na estrutura e o que se espera, seguida de recompensas em diferentes padrões de relação de trabalho, fidelização por meio da vinculação (que se dá pela esfera médica) e a possibilidade de exercer diferentes carreiras (DUTRA, 2013).

O processo é anterior ao desenvolvimento de competências e ferramentas de gestão, mas diretamente relacionado a um processo identitário de aprendizagem institucional, com foco em mecanismos de socialização e reflexão (MARTINI, 2010; PACHECO *et al.*, 2005; RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002). Ao invés da ruptura de identidade, deve-se buscar a sua inter-relação, com o compartilhamento de valores entre as (dia)lógicas (médica e de gestão).

A reflexão e atuação estratégica não estão em se apropriar das condições gerenciais do cargo, mas na recursividade das duas condições: gestor e médico. O aprendizado só será efetivado quando constituído em etapas de compreensão do ambiente, gerando complementaridade.

A gestão estratégica de pessoas, que não é responsabilidade somente da área de Recursos Humanos da organização, só é realmente alcançada quando conceitos e questionamentos são trabalhados por toda instituição hospitalar, para além do modo linear (estratégico para operacional), englobando todos os níveis e *stakeholders* envolvidos (MARIOTTI, 2010; BOSSIDY; CHARAN, 2005; BICHUETTI, 2011).

Para exemplificar e sustentar essas ponderações, os gestores médicos entrevistados, durante diversas vezes na entrevista, deixaram explícita a necessidade e importância de se sentirem vinculados à instituição hospitalar, tanto para o delineamento da sua identidade, como para o reconhecimento relacional e aprovação coletiva.

O Entrevistado 3 demonstra a importância de ter uma história dentro do hospital:

“O gestor médico tem uma história dentro do hospital, ele tem uma vinculação... Tem a vantagem da cultura, isso dá um espírito de corpo, tu desenvolve os teus talentos, eles se vinculam a instituição e eles têm esse sentimento de integração com a instituição”.

Os entrevistados pontuam que não se trata de desinteresse dos médicos, mas falta de aproximação:

“Tem que romper aquela barreira, o médico está refratário a essa abordagem... ele não entende, não é por arrogância, é por total falta de treinamento”. (E4)

“O desafio também é fazer com que as pessoas que trabalham aqui tenham vínculo com o negócio aqui”. (E8)

“São poucos os movimentos concretos que são feitos, pensando nos próximos 10 anos, de deixar algo organizado. É muito mais reativo, vamos procurar quem é que atende ao perfil e a minha necessidade de agora”. (E11)

“Tu teres um lugar bom de trabalhar e nisso entram várias questões, clima institucional, questão salarial, entra a questão do reconhecimento, de tu te sentires parte daquela organização”. (E13)

“Normalmente o gestor médico tem uma história com o hospital e isso faz com que ele fique lá. Quando tu tens a oportunidade de ser gestora em um hospital que tu já trabalhaste como médica, tu fica mais envolvida com a instituição”. (E18)

4.4.2 Preparação dos gestores médicos para posições de gestão

Quando questionados sobre como ocorreu a sua preparação para função de gestão, praticamente todos os entrevistados enumeraram cursos e treinamentos, exemplificando seu direcionamento técnico sobre a gestão do conhecimento. A medicina, assim como todo segmento da saúde, é delineada por certificações que habilitam os profissionais como especialistas em uma área ou procedimento.

Da estruturação de POTs (Padrão Operacional Técnico) ou POPs (Procedimento Operacional Padrão) que regulam os procedimentos assistenciais, passando pelas provas técnicas como etapas de seleção, validação na fonte dos certificados de cursos técnicos, graduação, pós-graduação, treinamento de SBV (Suporte Básico de Vida) a todos os funcionários como item obrigatório, a títulos de especialista (terapia intensiva e clínica médica, por exemplo) a área da saúde é constituída e definida por modos de legitimação e comprovação do conhecimento (QUINTO NETO; GASTAL, 2004).

Nesse sentido, partindo do pressuposto de que “acreditar” significa “dar crédito, ter como verdadeiro e tornar digno de confiança” (HOUAISS; VILLAR, 2001), as creditações em saúde, as quais os hospitais se submetem, funcionam como uma forma de verificação da veracidade de suas políticas, processos e práticas (KLÜCK, 2002; QUINTO NETO; GASTAL, 2004).

Esse modelo, internalizado na cultura hospitalar, prevalece ao legitimar apenas os conhecimentos certificados e comprovados. Na formação médica, não é diferente. E quando questionados sobre como ocorreu o processo de preparação para gestão, naturalmente, as respostas dos entrevistados foram sobre os MBAs, cursos de preparação para conselheiro,

mestrado em gestão e cursos de extensão em ferramentas de gestão, como planejamento estratégico.

Em contradição aos aspectos formais de preparação, ao longo das entrevistas os gestores médicos sinalizaram diversos meios de preparação, sem diretamente caracterizá-los como tal, desde a aprendizagem prática, no dia-a-dia, o apoio e influência de um tutor ou mentor, *coaching* e, inclusive, a psicoterapia.

4.4.2.1 Aprendizagem prática

Após a educação formal, a aprendizagem prática foi o item mais citado pelos entrevistados, com vinte referências, conforme Quadro 6:

“O médico é a pessoa que mais estudou dentro do hospital. E como trabalha muito sozinho ele tem um traquejo de liderar equipes e pessoas que ele acaba aprendendo meio que na prática”. (E10)

O contraste entre ser o profissional que mais detém conhecimento no hospital (poder pela perícia), na ótica médica, e a habilidade de aprender na prática a liderar pessoas, mesmo atuando sozinho, demonstra elementos narcísicos que “cegam” o gestor médico em termos de preparação para posição.

Das características que podem colocar em risco o processo de liderança, o narcisismo é uma das condições mais preocupantes. Os sujeitos com narcisismo patológico tendem a aspirar cargos de liderança mais como fonte de admiração e gratificação do que com o compromisso com a atividade ou a organização. As funções de liderança tendem a satisfazer as necessidades narcísicas (KERNBERG, 2000). Ao deslocar a atenção para o gestor médico, a análise complexifica, pois a posição desse ator na estrutura hospitalar por si só já satisfaz características narcisistas.

O que se identifica nas práticas discursivas das organizações, seja na literatura especializada no tema, ou nos contextos organizacionais, é o foco ao líder narcisista patológico ou destrutivo. As organizações, especialmente hospitalares, não estão preparadas para lidar com esses traços narcísicos de seus gestores médicos e depositam neles essa responsabilidade, especialmente quando os resultados esperados não estão alcançados.

O aprendizado a partir de vivências diárias é manifesto:

“Eu acho essa vivência do gestor dentro do dia-a-dia da unidade, do setor, do hospital como importante”. (E13)

“Fui sendo moldada entre erros e acertos”. (E14)

Já ir desenvolvendo uma atividade além da função médica, foi uma das formas de aprendizado:

“Quando estava na rotina eu já fazia outras atividades, então eu não tinha a função, mas eu já fazia, já organizava as atividades, já era eu que exercia algumas funções que me ajudaram depois em relação aos meus pares médicos.” (E15)

Ao mesmo tempo em que o contexto hospitalar estimula e legitima a educação formal e comprovada, apresenta ambiente propício para a vivência e experimentação da diversidade de saberes, tanto pela necessidade multidisciplinar, como tecnologia de inovação gerada. Sendo assim, o conceito de prática deliberada como modelo de aprendizagem é apropriado quando se trata de um modelo de referência para o desenvolvimento dos gestores médicos (CHARAN, 2008).

As organizações hospitalares, devido às características do segmento, tem na educação formal o seu grande referencial de conhecimento e, por conseguinte, utilizar alguma das outras formas, parece subverter a “lógica natural”:

“Fui para a área administrativa por curiosidade para entender o que é, e eu fui fazendo a formação. Eu fiz o invertido, ao invés de fazer a formação primeiro”. (E16)

A prática deliberada, desse modo, requer repetição e esforço, combinando *feedback* construtivo, em tempo real, e disposição em tomar ações corretivas. Ela está diretamente vinculada ao desejo de se aperfeiçoar, pois altera o modo tradicional de desenvolvimento, ao mudar a forma como o cérebro busca e processa as informações. As reações passam a ser quase instintivas, pois são internalizadas de um modo não tradicional (CHARAN, 2008).

4.4.2.2 *Coaching*

A prática do *coaching*, como uma relação de assessoramento entre um executivo e um consultor, que utiliza métodos comportamentais para assessorar seu cliente na conquista de metas, tem o propósito de alavancar o desempenho profissional e contribuir para a efetividade da instituição (DUTRA, 2013).

Desse modo, cinco entrevistados fizeram menção ao *coaching* como ferramenta de desenvolvimento quando sinalizaram dificuldades enfrentadas em termos de comportamento e enfrentamento de situações:

“Esses meu coaching é em grande parte para isso... as pessoas (médicos da equipe) foram ouvindo não, mas ainda não estou bem treinado”. (E4)

“Está dentro do meu plano para 2014 iniciar um coaching, eu acho que eu tenho algumas dificuldades e uma delas é não saber o que fazer em determinadas situações”. (E5)

Em suas falas, os gestores médicos mencionam o *coaching* como prática de desenvolvimento diretamente relacionada à instituição hospitalar, proporcionada e indicada por ela, referenciada para o desenvolvimento de elementos comportamentais necessários para o exercício do poder outorgado (da função).

4.4.2.3 Educação formal

Todos os entrevistados fizeram menção à educação formal, quando responderam sobre sua preparação para posição de gestão. Dos 21 gestores médicos, dezesseis confirmaram ter realizado MBA em Gestão e dois estão cursando Mestrado em Gestão. Outros cursos de extensão ou cursos específicos também foram citados como cursos do IBGC (Instituto Brasileiro de Governança Corporativa), PMI (*Project Management Institute*), cursos de negociação, cursos no IHI (*Institute for Healthcare Improvement*) e relacionados à CBA (Consórcio Brasileiro de Acreditação) e à JCI (*Joint Commission International*). Outras graduações, além da medicina, também foram citadas, como Graduação em Administração (dois entrevistados) e Graduação em Enfermagem (um entrevistado):

“Tive que me preparar, eu já tinha feito mestrado antes na Universidade, já tinha feitos cursos para Conselho de Administração, do Conselho Fiscal, de Gestão, que saem do foco da medicina. E depois eu fiz um MBA em Gestão e Negócios na área da saúde”. (E2)

“Como tenho uma formação acadêmica, eu sempre que vou fazer uma coisa eu tenho que buscar na literatura como é que os outros fizeram, esse é o meu modo estruturado de atuação. Quando eu sou gestor eu tenho o mesmo procedimento”. (E3)

“Eu fiz o curso da CBA e depois estudei Joint Commission, eu fiz MBA em Gestão, então eu fui para os EUA, fiz o curso do IHI, eu vou fazendo”. (E10)

Nas falas dos entrevistados, preparar-se está relacionada aos cursos realizados na área de gestão, reforçada pela formação sólida que se tem na medicina:

“Fiz uma formação médica muito sólida e tudo o que eu poderia querer com medicina, eu consegui. Na área de gestão, eu me preparei muito também”. (E21)

Para os gestores médicos sentirem-se reconhecidos pelo outro, no ambiente hospitalar, precisam “provar” que sabem do que estão falando, trazendo para gestão a mesma lógica do

poder do conhecimento. Contudo, na prática, vivenciam a necessidade de preparação de outras formas.

4.4.2.4 Sucessão

Dos 21 gestores médicos entrevistados, quatro mencionaram se preocupar com a preparação de um sucessor para a função que ocupam. A preocupação com o potencial sucessor pode estar vinculada à carreira como gestor médico não representar algo perene, a qual não depende do médico, mas da instituição hospitalar.

Estar na posição de gestor depende da instituição a qual se está vinculado, diferente da relação como médico, que depende exclusivamente dele. Nos casos dos médicos com vínculo CLT, a afirmação também é válida, pois demissões só ocorrem se não apresentar desempenho conforme o esperado:

“[...] isso vale para cada gestor dentro da empresa, não precisa ser o CEO (Chief Executive Officer), tu tem que preparar teus sucessores”. (E9)

“E essa é a minha outra preocupação, eu identifico na equipe as pessoas que tem esse potencial para estarem no meu lugar daqui a alguns dias”. (E13)

Nas instituições hospitalares que compõem o universo dessa pesquisa, os processos de gestão de pessoas são liderados pela área de Recursos Humanos, que instrumentalizam os gestores (médicos e não médicos) para utilizá-los na gestão de seu dia-a-dia. Ao considerar somente os gestores médicos, a dificuldade de intensifica, tendo em vista a autonomia desses atores não permitir a adesão aos projetos e programas de gestão de pessoas.

“Convencer” o gestor médico a realizar avaliações de desempenho, ao mesmo tempo que será avaliado por resultados na gestão, instrumentalizá-lo a praticar feedback e recebê-lo (estando disposto a entender e trabalhá-lo), bem como possibilitar estruturas e espaços de carreira, a partir de seus significados na medicina, compõem grandes desafios da estratégia de gestão de pessoas nessas organizações. Por representar um poder extrínseco, da ordem da instituição, a preparação de potenciais sucessores na gestão médica não deve ser responsabilidade de apenas uma das partes, mas por meio da *expertise* da área de Recursos Humanos e do sentido e vinculação próprios dos gestores médicos.

4.4.2.5 Tutor (Mentor)

Após a educação formal e a aprendizagem prática, ter uma pessoa de referência, um tutor, ao longo da trajetória, mostrou-se uma alternativa eficaz aos gestores médicos. Onze entrevistados mencionaram terem sido influenciados e, consideraram esse fator determinante para sua decisão.

De forma análoga à aprendizagem prática, os entrevistados não mencionaram, como parte de sua preparação, a influência direta de um mentor ou tutor, sendo referenciado no processo de tomada de decisão.

Tutoria e mentoria são práticas de orientação e desenvolvimento de executivos diferentes, mas estão na mesma subcategoria em razão de sua similaridade para a presente pesquisa. A tutoria e o *mentoring* formal estão relacionados às necessidades de profissionais em posições de baixa complexidade, geralmente indicada para jovens com pouca experiência na nova função.

Na tutoria a orientação é estabelecida para atividade, a partir de profissionais mais experientes, com o intuito de transmitir conhecimento técnico e tácito. Pode ser realizada via manuais de instruções e experiência na atividade. O *mentoring* formal está ligado diretamente à experiência de vida do mentor, um profissional em posição executiva, dois a três níveis superiores ao orientado e sem relação hierárquica. Nesse caso, a dinâmica das orientações visa ao autoconhecimento aliada à compreensão do contexto organizacional, por meio do alinhamento de interesses (DUTRA, 2013; HIGGINS; KRAM, 2001).

O Entrevistado 15 confirma essa condição:

“[...] começaram, como eu, com uma pessoa, um mentor, a maior parte dos meus colegas que hoje está em cargo de gestão foram influenciados por alguém e aprenderam essa base com alguém.”

O Entrevistado 10 demonstra o quanto o mentor o influenciou e passou a fazer falta ao longo de sua trajetória:

“[...] foi o meu grande mentor e depois ele saiu... e hoje estou me sentindo meio solitária... não posso mais pegar um mentor lá, porque eu estou em um Hospital que é concorrente, então não pega bem”.

O Entrevistado 19 considerou como mentor um gestor não-médico, que também atua no segmento hospitalar:

“Tenho um carinho muito grande por ele, eu confio nele. Conversamos muito até hoje, tenho ele como um mestre guru”.

No caso dos hospitais administrados pela família proprietária, o fundador acaba sendo uma grande influência para os gestores médicos, conforme demonstra o Entrevistado 21:

“Eu fui extremamente apoiado e estimulado pelo ambiente, seja em benchmarking que eu tive para a minha vida, seja pelo meu próprio pai que é um fundador do hospital”.

Importante considerar que o mentor, estando na instituição onde o profissional, ou gestor médico, atua, reforça os laços com a própria organização, que se estendem além daquele período. Está posto aí um mecanismo de identificação organizacional.

4.4.2.6 Psicoterapia

A psicoterapia, considerada neste trabalho como subnó emergente, foi trazida à discussão pelos gestores médicos por ter sido referência em termos de preparação e desenvolvimento pessoal. Ao ser sinalizada por quatro sujeitos de pesquisa, especialmente ao referirem tomada de decisão e necessidade de autoconhecimento, a psicoterapia permite controlar e trabalhar emoções:

“Fiz 10 anos de análise para aprender a dominar as emoções nesse momento, tu tens que conter a parte emocional, para poder manter a paciência para as pessoas e dar a elas o tempo que elas precisam para poder passar por essas etapas todas”. (E1)

“Nós aprendemos com uma disciplina muito grande, à custa de um autoconhecimento forte - eu fiz análise - para saber quais são os teus pontos fortes, fracos e tu precisas investir na melhoria desses pontos, porque não adianta só teres o diagnóstico, é preciso tratá-lo”. (E21)

A indicação da psicoterapia como método de autoconhecimento reforça a necessidade apresentada por esses gestores médicos em ir além do desenvolvimento de competências e educação formal. Os construtos de liderança e poder estão imbricados ao de identidade, onde o questionamento sobre elementos de preparação ao assumir posições executivas, faz com que as instituições hospitalares e os gestores médicos reavaliem e ressignifiquem sua identidade organizacional e sua identidade de gestão.

4.4.3 O que o médico deve desenvolver para ser um bom gestor

Por fim, aos serem questionados sobre “o que o médico deve desenvolver para ser um bom gestor”, todos os gestores médicos entrevistados trouxeram elementos tanto da atividade de gestão, como habilidades relacionais e comportamentais, ao contrário dos itens anteriores,

sobre a preparação. Essa visão fragmentada demonstra a dificuldade da internalização da sua identidade como gestor médico, especialmente na dinâmica entre poder do conhecimento e poder da função.

A associação das características de liderança ao médico, tendo este sido caracterizado como autônomo e individualista em termos de atuação, reforça essa rivalidade de poderes e a presença de elementos narcísicos:

“Saber comandar grupo, tomar decisões, que o médico tem um pouco na sua liderança, tomar decisão visando uma coisa maior, comum, institucional e não aquela coisa individual”. (E6)

O Entrevistado 15 traz à discussão a pertinência de se aprender a “enxergar” os mundos distintos dentro da instituição hospitalar e, reforça a utilização da hierarquia como recurso de poder (outorgado):

“Além do conhecimento é importante ter algumas habilidades relacionais, conseguir enxergar esses mundos todos... Tem uma questão hierárquica médica que dependendo de como tu usa pode ser bom, em relação aos outros profissionais”.

Essa aparente dicotomia – gestores médicos versus gestores executivos (não médicos) - demonstra a existência de subculturas nas instituições hospitalares que demarcam espaços de poder (VENDEMIATTI *et al.*, 2010; SCHEIN, 2009). Uma das formas utilizadas para demarcar essa lógica é dialogar tecnicamente sobre um tema – exercício do poder do conhecimento, onde só os pares conseguem compreender e participar com propriedade.

Ser médico como uma condição para a gestão, também foi considerada pelos entrevistados:

“Ele tem que ser um bom médico antes de tudo. Tranquilamente, ele tem que ser um bom médico, até porque ele vai liderar médicos”. (E1)

“É ser um bom médico, tu tens que ser exemplo para poder inspirar as pessoas, tens que estar conectado em todas as facetas da unidade que tu tiveres gerindo.” (E13)

Ao compreender que, para garantir a sustentabilidade do negócio hospitalar, a partir dos gestores médicos, é necessário trabalhar três pilares institucionais e que, por sua vez, estão relacionados ao desenvolvimento da identidade organizacional e de liderança, pode-se considerar que cabe à instituição hospitalar e seus atores desenvolver uma cultura de engajamento.

O tripé de sustentação das organizações está estruturado, em essência, por três condições: 1) capacidade da organização de gerar vínculos entre as pessoas; 2) conjunto de

regras que representam a essência da organização e são compartilhadas; e 3) *why not mindset*, que representa a possibilidade de expandir os horizontes e passar a ver o mundo com outras lentes, onde espaços de transformação e questionamento sejam possíveis (SAPIRO; DALPOZZO; BARBOSA, 2008).

A viabilidade dessas condições está associada à presença e postura da liderança, representando a âncora das organizações sustentáveis, pois o “tom” que será dado a construção de referências que serão essenciais e a criação de um ambiente propício, inovador, flexível e aberto ao diálogo. Os líderes são os responsáveis por fixar e transmitir a cultura de uma organização e essa “tarefa” é realizada por meio do carisma. Os elementos narcísicos presentes nos gestores médicos, evidentes nas situações de poder do conhecimento, devem ser ressignificados e utilizados na sua condição de líderes, no exercício do poder da função (SAPIRO; DALPOZZO; BARBOSA, 2008; SCHEIN, 2009).

Desse modo, engajamento no trabalho torna-se um construto valioso nas instituições hospitalares tendo em vista estar ligado ao bem-estar psicológico, gerando um círculo virtuoso de satisfação com o que se faz, comprometimento com a organização, condutas pró-ativas e abertura ao novo, superando o que é esperado (REBOCO; SEMEDO; SANTOS, 2011).

Ambientes organizacionais que dispõe de recursos sócio-laborais, como apoio entre colegas, supervisão e orientação, *feedback* sobre desempenho, autonomia e oportunidades de desenvolvimento profissional, influenciam diretamente no engajamento dos colaboradores. Os dois últimos itens – autonomia e oportunidades de desenvolvimento - são os recursos laborais que contribuem mais significativamente para o vigor e dedicação dos profissionais (REBOCO; SEMEDO; SANTOS, 2011).

Além da reflexão sobre os modelos formais de avaliação de desempenho, a pesquisa, aliada aos resultados das entrevistas com os gestores médicos, reforça a necessidade de incentivar e desenvolver recursos laborais como geradores de engajamento no trabalho. Além do enfoque dos recursos laborais, o processo de aprendizagem hospitalar passa a ser uma das estratégias fundamentais, pois além dos resultados econômico-financeiros e médico-assistencial, precisam ser trabalhadas habilidades comportamentais, culturais e sociais (MARTINI, 2010).

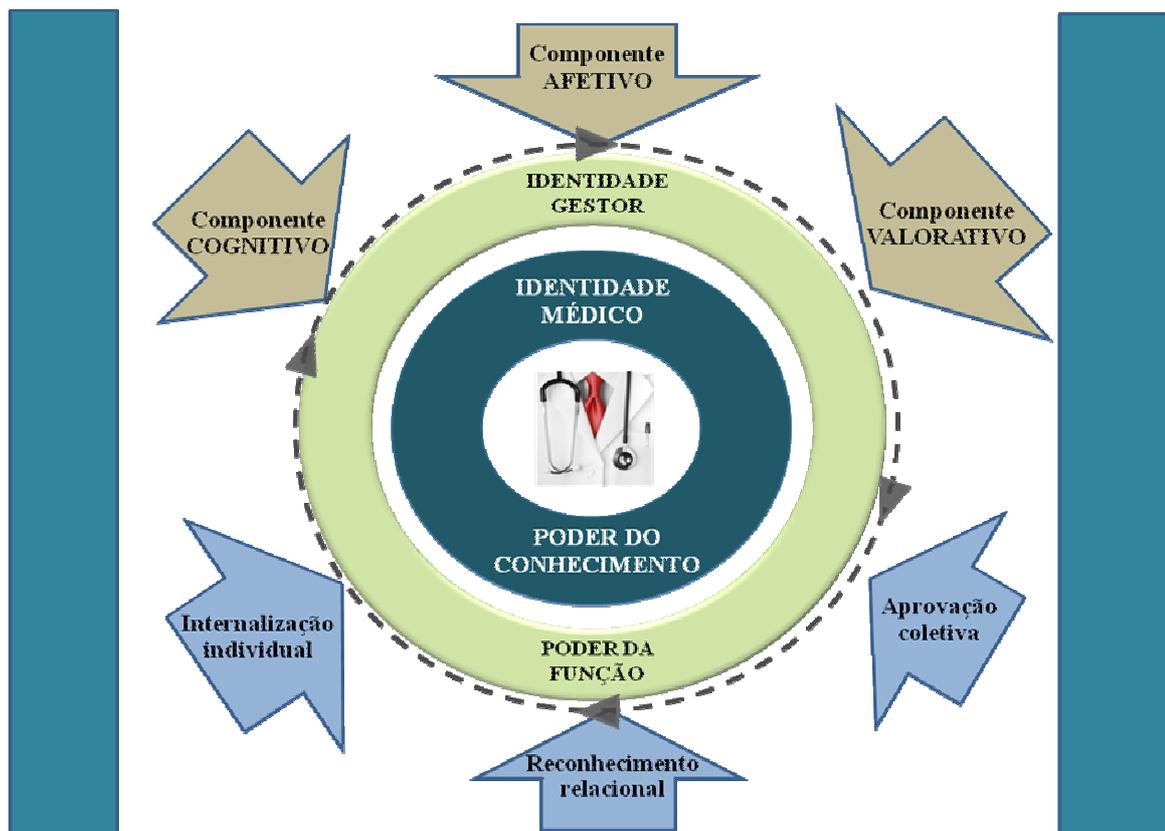
O Entrevistado 21 atesta essa indicação:

“Eu fui exposto por mais de três décadas a estímulos que me fizeram realmente construir uma personalidade gestora, eu fui construindo a minha maneira de gerir a partir disso”.

O ponto de atenção para a área de gestão de pessoas está em encontrar correspondência entre os valores da medicina e os valores da gestão nas instituições hospitalares. A clareza dos valores pessoais dos gestores médicos para estes e a organização de saúde está diretamente relacionada às atitudes positivas e engajamento na função exercida. Reproduzir os valores da gestão, sem relacioná-los aos valores dos médicos, não contribuirá para decisão, preparação e desenvolvimento de gestores médicos, reverberando a tensão entre esferas - médica-assistencial e administrativa (POSNER; KOUZES, 2013. SCHEIN, 2009).

Para isso, “preparar o terreno” é fundamental, iniciando pelo desenvolvimento de uma cultura de aprendizagem, onde o comprometimento com a aprendizagem é o próprio aprender, tanto em relação a valores pessoais, como organizacionais (SCHEIN, 2009). Quanto mais intensa e “precoce” for a exposição do médico a essa cultura de aprendizado, de fatores intrínsecos e extrínsecos, e suas possibilidades nas instituições hospitalares, mais sustentável será o processo de preparação dos gestores médicos, englobando a internalização individual e a integração do componente cognitivo de identificação, conforme a Figura 7:

Figura 7 – Identidade “médico” *versus* identidade “gestor”



Fonte: Elaborado pela autora, a partir das referências de FERNANDES; MARQUES; CARRIERI, 2009; DE RUE; ASHFORD, 2010.

5 SÍNTESE DOS RESULTADOS

Neste subitem, as informações são sintetizadas e analisadas, complementando as discussões dos resultados já realizadas. Além da geração das demonstrações de síntese por unidade de análise, algumas demonstrações por atributos enriquecem a discussão e, para tanto, utilizou-se a ferramenta NVivo 10®. Na sequência, também serão apresentadas recomendações a serem avaliadas e implementadas por instituições hospitalares.

No Quadro 6, estão descritas as frequências de respostas dos gestores médicos expressas em cada unidade de análise e em cada categoria. As fontes representam as transcrições de cada um dos 21 entrevistados. Observa-se que as categorias estão contidas na unidade de análise correspondente e, por esse motivo, as frequências oscilam.

Quadro 6 – Frequências por “nós” e “subnós”

Unidade de análise – Categoria	Fontes	Referências (Frequência)
1. Gestão em organizações hospitalares	21	97
1. O que o médico valoriza nas instituições hospitalares	21	22
2. O que o gestor médico valoriza nas instituições hospitalares	21	36
3. Principais desafios gestor médico	21	39
2. Liderança médica	21	145
4. Atuação do gestor médico frente a outros atores	21	78
5. Mudanças nas relações após assumir função de gestão	21	30
6. Processo de reconhecimento e legitimação na função de gestão	21	37
3. Identidade profissional gestor médico	21	107
7. Processo de tomada de decisão função de gestão	21	26
8. Direcionamento da carreira gestor médico	21	28
9. Atuação como médico e atuação como gestor	21	53
4. Gestão estratégica de pessoas	21	118
10. Capacidade hospitais em atrair e desenvolver gestores médicos	21	34
11. Processo de preparação dos gestores médicos	21	65
Aprendizagem prática	20	20
<i>Coaching</i>	5	5
Educação formal MBA	21	21
Sucessão	4	4
Tutor ou Mentor ou Referência	11	11
Psicoterapia	4	4
12. O que o médico deve desenvolver para ser um bom gestor	21	19
Total	21	467

Fonte: Elaborado pela autora, a partir do *software* NVivo R10®.

As representações em “ser médico” e em “ser gestor” foram cruzadas com os atributos tempo de gestão, função e gênero, ilustradas no Quadro 7.

O reconhecimento do médico enquanto gestor passa primeiro pelo processo de legitimidade como médico, que converge em si todas as instâncias para compor a identidade de liderança – internalização individual, reconhecimento relacional e aprovação coletiva. Na matriz a seguir (Quadro 7) fica evidente que não há diferenciação em termos de representação e significado entre “ser médico”, por tempo de gestão, função e gênero, e “ser gestor”, pelos mesmos recortes. As diferenças semânticas são de mesma ordem e abrangência.

Quadro 7 – Matriz sintética de análise: representações de médico e gestor

Tempo gestão	F	G	"SER MÉDICO"	"SER GESTOR"
Até 10 anos (n = 7)	DT	M	Indissociável do “eu sou”; Vocação, espiritualidade, fazer algo nobre;	Ser líder, exemplo, exercer a influência; Aquele que consegue se autorreconhecer;
	DC\G	M	Experiência de vida; Cuidar de vidas;	Deixar legado e criar discípulos; Se preocupar com a prática da medicina dos que dependem de ti;
		F	Dispor a trabalhar com pessoas;	Contribuir para ser diferente, crescer, ser melhor;
	CS	M	Cuidar das pessoas;	Solucionar problemas e gerenciar crises;
F		Realização da minha vida;	Fazer a transição entre o que acontece para quem está pensando o futuro do hospital;	
De 11 a 20 anos (n = 8)	DG\S	F	É ser especial;	Desafio, oportunidade de mudar algo;
	DT	M	Oportunidade única em ajudar;	Oportunidade de agregar muito valor;
		F	Ser diferenciado, um orgulho;	Responsabilidade muito grande, estresse e ver resultados;
	DC\G	M	Privilegiado e iluminado;	Aceitar o desafio e a tarefa;
F		É uma coisa humana, carnal; É se apoderar da totalidade do outro; Dar um pouco de si a cada pessoa; Sacerdócio;	Cargo político, mais profissional, menos instinto; Poder contribuir e organizar para que as coisas sejam melhores; Compartilhar todo o conhecimento com quem trabalha contigo; Dar boas condições de trabalho para quem trabalha aqui;	
Acima de 21 anos (n = 6)	P\VP	M	Tudo de bom;	Causar um impacto maior no ambiente;
		F	Projeto de vida e sonho de infância; Vida;	Compromisso com um maior número de pessoas; Maior abrangência desse lado médico;
	DG\S	M	Artista e poeta;	Trabalhar com comportamento, atitudes das pessoas e convencê-las;
	CS	M	Salvar vidas, aliviar sofrimentos; Ser diferente dos outros.	Tornar possível que as pessoas realizem o que precisam fazer; Confiança, respeito, transparência.

Fonte: elaborado pela autora, a partir do *software NVivo R10®*.

Legenda Função	Sigla
Presidente / Vice-presidente	P / VP
Diretor Geral / Superintendente	DG / S
Diretor Técnico	DT
Diretor Corporativo / Gerente	DC / G
Chefe de Serviço	CS

Para os gestores médicos, a gestão somente é reconhecida como profissão, em contraste ao “modo legítimo” que a medicina ocupa em suas trajetórias, quando há convergência de valores. A identidade profissional do gestor médico está relacionada à sua identidade como médico, como apresentado pelos entrevistados, quando questionados sobre “ser médico”: “*sacerdócio*”, “*é a minha vida*”, “*sou eu*”, “*diferenciado*”, “*opção de vida*”. Fica expressa a articulação dos três componentes necessários ao processo de identificação: cognitivo, afetivo e valorativo.

Desse modo, verifica-se que a liderança por outorga somente é valorizada, quando a liderança pelo conhecimento é legítima, especialmente quando se entende o significado da liderança nessa rede de atores médicos (BOSSIDY; CHARAN, 2005; VENDEMIATTI *et al.*, 2010; SCHEIN, 2009). O idealismo presente na condição como médico é transferido (e transformado) em idealismo na gestão.

Carreira e remuneração só fazem sentido a partir dessa dinâmica, por exemplo, pois no caso da segunda, se a decisão para atuação como gestor médico dependesse exclusivamente desse item, a maioria dos sujeitos de pesquisa não teriam feito a opção pela gestão. Desse modo, permaneceriam somente como médicos, com mais remuneração e “*menos incomodação*” (E8). Este aspecto deve ser mais discutido pelas organizações hospitalares, especialmente ao formularem estratégias de atração, formação e retenção de gestores médicos.

Aos entrevistados referirem-se sobre significados e representações em “ser gestor”, os itens destacados fazem menção a “*agregar valor*”, “*político*”, “*fazer diferente*”, “*solucionar problemas*”, “*gerenciar crises*”, componentes ligados à tarefa e à abrangência do papel enquanto médico. Em consonância, as representações também demonstram a transposição do idealismo médico para gestão, reforçando os elementos narcísicos das duas condições: “*legado e discípulos*”, “*agregar muito valor*”, “*exercer influência e convencer*”, “*responsabilidade muito grande*”, “*contribuir para ser melhor*”.

As falas dos entrevistados apresentadas no capítulo anterior tornam evidentes as preocupações, estratégias e mecanismos dos gestores médicos para serem reconhecidos e “coabitarem os dois campos de saberes”. Discursos como “*romper a confiança, por ter que dizer não aos colegas*”, “*eu sei mais do que eles*”, “*preciso trazê-los para o meu lado*”, “*fazer a ideia ser dele*”, “*me olham com desconfiança*”, “*precisei conquistar espaço*”, “*sentiram-se preteridos e com inveja*”, “*aciono quem sabe (médico referência) para ter respaldo*” são carregados de simbologia sobre a conexão desse ator entre esses campos técnico-científicos e suas dificuldades em lidar com sistemas de poder distintos.

“Eles te provocam, querendo te pegar, mas sei o que estão pensando, pois sou médico também” trata-se de uma afirmativa que corrobora as diferenças de identificação entre os dois polos, com destaque para garantia de reconhecimento e legitimidade com os pares médicos e não pares gestores. *“Tinha que estudar para dar feedback aos médicos”*. Os pares médicos, ao reforçar e confrontar seu poder de perícia com o poder da função do gestor médico, provocam a necessidade deste último qualificar o poder pela perícia para o relacionamento.

O empoderamento experimentado pelos executivos administrativos, que trilham uma carreira convencional de gestão, buscando oportunidades de liderança, não se confirma no caso dos gestores médicos. Não se verifica transições entre instâncias, mas a prevalência de carreiras paralelas, pois a carreira médica permanece e não há aquisição de nova identidade.

Na perspectiva dos gestores médicos, evidenciada na pesquisa, a identidade é múltipla, pois à medida que necessitam, esses gestores acessam uma série de repertórios, ativados em determinadas situações de acordo com a necessidade. A própria configuração de campos de saberes distintos e a utilização de conhecimentos afins, para ser visto como pertencente ao campo médico, faz com que os gestores acessem esse repertório para serem legitimados. A continuação da atuação como médico abastece e mantém ativo esse repertório técnico-científico.

No entanto, as instituições hospitalares e a área de Recursos Humanos devem atentar para não reforçar, na prática, a expressão da identidade fragmentada, trabalhando de forma não dialógica e com foco único na aquisição de habilidades. Ao assumir uma posição executiva nas organizações de saúde, o gestor médico desestabiliza premissas vivenciadas na formação, residência e nas experiências médicas, como a autonomia e o poder pelo conhecimento. Uma atividade profissional individual e intrínseca, portanto, perene e controlável - médico – contrasta com uma atividade profissional organizacional e extrínseca, isto é, finita e controlada pela instituição – gestor.

Partindo da premissa de que o médico é autônomo em sua formação, tendo interesse em comparar dados e informações, como característica da atividade médica-científica (epidemiologia, casos de pacientes, prevalência de doenças), políticas e práticas ligadas à carreira, remuneração e desenvolvimento devem chegar a uma dialógica e não reforçar essa dicotomia. Ao fazer uso de um sistema de avaliação de desempenho que contemple não apenas a sua própria avaliação mas seu comparativo frente aos pares, por exemplo, pode-se gerar um processo mais eficiente e aderente.

Essa organização sugere não acompanhar o modelo usual de avaliações, que apontam para a não comparabilidade de sujeitos, todavia tem apresentado bons resultados com médicos

pertencentes ao corpo clínico de algumas instituições hospitalares. Em termos de carreira e remuneração, as estruturas precisam acompanhar a identidade ampliada dos gestores médicos, permitindo que a sua carreira também seja vista de modo integrado, englobando metas de gestão (econômico-financeiras), mas também de produção médico-assistencial e, inclusive, produção técnico-científica. Estrutura semelhante é evidenciada em instituições de ensino, onde os docentes convergem seus papéis de educadores, pesquisadores e, gestores de cursos.

A importância de se chegar a uma dialógica é reforçada frente ao surgimento de novas identidades, que fragmentam o indivíduo moderno, antes compreendido como sujeito unificado e estável. As mudanças estruturais nas sociedades modernas transformaram as ideias de sujeito e, conseqüentemente, de exercício de identidade.

“O sujeito, previamente vivido como tendo uma identidade unificada e estável, está se tornando fragmentado; composto não de uma única, mas de várias identidades, algumas vezes contraditórias e não resolvidas. Correspondentemente, as identidades, que compunham as paisagens sociais ‘lá fora’ e que asseguravam nossa conformidade subjetiva com as ‘necessidades’ objetivas da cultura, estão entrando em colapso, como resultado de mudanças estruturais e institucionais. O próprio processo de identificação, através do qual nos projetamos em nossas identidades culturais, tornou-se mais provisório, variável e problemático.” (HALL, 2006: 12).

O gestor médico entende e se reconhece diante desse processo identitário, mas apresenta inseguranças em se reconhecer plenamente na função de gestão, como ocorre com os executivos convencionais, pois o circuito identitário se dá por meio do seu reconhecimento como médico. O empoderamento executivo linear em outras áreas, como a administração, não é destacado pelos gestores médicos, que encaram o aceite à posição como reconhecimento e gratidão (presença de valores pessoais) e não como opção ou escolha de carreira.

5.1 Práticas de Desenvolvimento dos Gestores Médicos

O segmento da saúde, embora intensivo em capital humano, justamente por suas características, torna a atuação em gestão de pessoas a mais complexa nas instituições hospitalares. Essa complexidade dificulta e desafia os profissionais da área de Recursos Humanos em relação a seus principais subsistemas, recrutamento e seleção, remuneração, educação, desempenho e carreira, muitas vezes, não recebendo a devida atenção dos responsáveis pelas políticas de saúde e dos dirigentes da área, que se preocupam, fundamentalmente, com o acesso aos serviços pelos usuários e resultados econômico-financeiros (LA FORGIA, 2007).

A medicina, como área de conhecimento, demarca espaços, saberes e relações determinantes para os profissionais pertencentes à categoria. Fato reforçado pela demarcação de especialidades e subespecialidades dentro desse campo de conhecimento. Quando o médico é convidado a fazer parte de outro “campo de saber e poder”, passa a não ser mais reconhecido da mesma forma pelos pares médicos, interferindo diretamente nos relacionamentos e na prática executiva.

Desse modo, deixa de pertencer a um *modus operandi* conhecido e dominado, o qual se preparou por anos, para outro com linguagem e características desconhecidas e distintas, onde não foi preparado em termos de formação. Ao contrário do mundo executivo convencional, como no caso dos administradores, por exemplo, utiliza mecanismos do campo técnico-científico para se relacionar e ser reconhecido pelos demais médicos.

A preparação dos gestores médicos acompanha a lógica do conhecimento certificado como referência e legitimidade, conforme Quadro 8. Todos os 21 entrevistados confirmaram ter realizado cursos certificados na área de gestão. A aprendizagem prática, do dia-a-dia, antes mesmo da função de gestão outorgada, foi tão sinalizada quando a educação formal, no entanto, por não ser “comprovada”, não foi diretamente associada à preparação.

A tutoria ou mentoria foi mencionada pelos gestores médicos nos três períodos de tempo na gestão considerados, acompanhando a questão de gênero (ver Quadro 8). É importante destacar que a psicoterapia foi comentada por quatro gestores médicos como recurso fundamental ao longo de suas decisões e preparação, especialmente no quesito equilíbrio emocional. Dos quatro gestores médicos que sinalizaram esse ponto, três possuem mais de 21 anos de gestão na área.

Quadro 8 – Práticas de desenvolvimento apontadas pelos gestores médicos

Tempo na função de gestão	Gênero	Aprendizagem Prática	Coaching	Educação Formal	Tutor ou Mentor	Psicoterapia
Até 10 anos (n = 7)	M (n=5)	5	1	5	2	1
	F (n=2)	2	1	2	2	
De 11 a 20 anos (n = 8)	M (n=2)	2		2	1	
	F (n=6)	5	1	6	4	
Acima de 21 anos (n = 6)	M (n=4)	4	2	4	3	3
	F (n=2)	2		2		

Fonte: Elaborado pela autora, a partir do *software* NVivo R10®.

Um dado interessante, e que por diversas vezes, fica deixado à parte, quando se trata de desenvolvimento de lideranças e potenciais é não considerar a história sócio-familiar progressa⁹, baseando-se exclusivamente em competências e desempenho. Dos seis gestores médicos com mais de 21 anos em gestão, três deles relataram em detalhes sua história familiar, demonstrando o quanto essas experiências e representações influenciaram no seu direcionamento para gestão (pai empresário, por exemplo – E1).

Não por acaso estes gestores médicos estão nas principais posições de gestão em suas instituições hospitalares e, inclusive, acumulam funções representativas de liderança em outras instituições e entidades representativas da categoria. Esse ponto está diretamente relacionado à identificação dos valores pessoais, que transpõe a identificação com a medicina e devem ser captados pelas instituições hospitalares para gerar adesão dos gestores médicos nas posições executivas.

No Quadro 9, estão destacados os principais achados por unidade de análise. Em consonância aos achados, estão as tensões dialógicas evidenciadas, bem como os autores utilizados para a discussão e análise.

⁹ O levantamento da história progressa do gestor médico, ou de qualquer liderança, pode ser comparado ao método de *anamnese*, utilizado como prática pelos profissionais da saúde, entre eles, médicos e psicólogos (ver em BLEGER, 1980).

Quadro 9 – Matriz sintética: Achados e Tensões Dialógicas de Pesquisa

(continua)

UNIDADES DE ANÁLISE	PRINCIPAIS ACHADOS DE PESQUISA	TENSÕES DIALÓGICAS	AUTORES
1. Gestão em organizações hospitalares	Percepções da cultura que moldam percepções individuais - " <i>lento e poderoso, não sabe direito onde está pisando</i> ";	Tensão como determinante das relações institucionais: dificuldade e valorização por pertencer;	BANSAL (2001); BERNARDES <i>et al.</i> (2010); CASTELAR <i>et al.</i> (2003);
	Hospital como meio para o médico desenvolver a melhor medicina;	Fazer gestão como médico e/ou Desenvolver uma atividade de gestão diferente, voltada ao negócio;	CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG (2009);
	Autonomia e atuação individual do médico;	Lógicas antagônicas caminhando na mesma direção e/ou Valorização da assistência como fundamental;	COLAUTO; BEUREN (2003); GASTAL; ROESSLER, 2006.
	Não há alinhamento médico e instituição;	Papel privilegiado como gestor e/ou Não conseguir exercer esse papel;	GUPTILL (2005); HANDY (1993);
	Falta de gestão na formação em medicina;	Ator com mais condições - "Líder natural" (fatores narcísicos e poder pelo conhecimento);	HAYES <i>et al.</i> (2008); LA FORGIA; COUTTOLENC (2009);
	Papel de juntar coisas de gestão com a prática médica - congregar interesses;	Ser mais médico do que gestor e/ou Necessidade de profissionalização do gestor médico (médico que não deu certo na assistência);	LIMA; BARBOSA (2001); MINTZBERG (1995); NEIRA (2000);
	Reconhecimento a partir de 3 elementos: 1) Relacionamento com pares médicos e <i>stakeholders</i> : médicos como autônomos; 2) Atributos do líder (elementos narcísicos); 3) Dinâmica integradora do processo médico e de gestão: a partir de uma ampliação da visão do médico (mas que continua partindo da ótica médica).	Conflito de interesses sendo médico e gestor na instituição; Clareza no papel de gestor médico (consciência na opção de carreira). Acreditações como referência e gestão: engessam, mas podem aproximar o médico da visão integrada.	RAMOS-CERQUEIRA (2002); RUTHES; CUNHA (2007); SCHIESARI; KISIL (2003); SEIXAS; MELO (2004); SILVA (2011); SKINNER (1969); SOUZA <i>et al.</i> (2009); VARELA <i>et al.</i> (2010).
2. Liderança médica	Reconhecimento como gestor médico pelo enfrentamento da inveja e mágoa;	Conhecimentos distintos como vantagens frente aos pares e/ou Desvantagem (quebra de confiança);	AGOSTINHO (2003); BOSSIDY; CHARAN (2005).
	Posição endossada pela condição e saber médico;	Poder pessoal (pelo conhecimento ou carisma) e/ou Poder outorgado (de conhecimento e perícia);	CABRAL; SEMINOTTI (2009); DE RUE; ASHFORD (2010);
	Utilização do conhecimento médico para manterem-se no grupo (poder exercido pelo conhecimento e elementos narcísicos);	Relação hierárquica da medicina (senioridade entre médicos) e/ou Hierarquia organizacional;	GOMES; CARDOSO; CARVALHO (2000); HUMPHREYS <i>et al.</i> (2010);
	Necessidade de vinculação à instituição hospitalar para liderar médicos;	Poder intrínseco (médico) e/ou Poder extrínseco (instituição);	JUNIOR; MEDEIROS; LIMA (2007);

	Uso de repertório e estratégias médicas para aproximação de "campos";	O gestor médico ser visto como "inimigo" pelos demais médicos e/ou Maior credibilidade institucional;	KERNBERG (2000); MORIN (2007); RAMOS-CERQUEIRA; LIMA (2002); RUGG-GUNN (2011); SCHEIN (2009); SLVA <i>et al.</i> (2009); TOMEI (1994); WEICK (2001).
	Reconhecimento do outro pela representatividade no campo médico;	Liderança associada às características do médico (elementos narcísicos) e/ou Autonomia e individualidade;	
	Sentimento de pertencimento e orgulho;	Valores pessoais e/ou Valores da organização;	
	Dificuldade na relação com os outros médicos é o ponto chave em termos de aprovação coletiva e representatividade institucional (lidar com a individualidade e vaidade do médico).	Liderança pelo carisma e/ou Liderança pelo conhecimento;	
3. Identidade profissional gestor médico	Escolha da gestão em contraposição à expectativa sócio-familiar;	Identidade fragmentada e/ou Identidade múltipla;	BALANDIER (1976); CAMPOS (2000); COSTA (2007); DUTRA (2010); FERNANDES; MARQUES; CARRIERI (2009); GUATTARI; ROLNICK (1986); IBARRA (2009); MORIN (2009); SERRES (1995); TAJFEL (1981); TURNER <i>et al.</i> (1987); WEBER (2010).
	Ampliação da identidade médica na gestão nas instituições hospitalares;	Valores pessoais compartilhados - autonomia, segurança (elementos narcísicos) e/ou carisma (liderança);	
	Posição assumida pela possibilidade de tomar decisões em processos que interferem diretamente em sua atividade;	Gestão para acesso ao poder externo (pela hierarquia) e/ou Poder "limitado" pelo conhecimento na instituição	
	Gratidão e reconhecimento relacionados à instituição hospitalar onde se desenvolveu e pela influência de um tutor ou mentor que figura como seu exemplo de profissional;	Atividade individual e intrínseca, perene e controlável - médico – e/ou Atividade profissional organizacional e extrínseca, finita e controlada pela instituição – gestor;	
	Gestão paralela à medicina (famílias proprietárias);	Realizar tarefas de gestão e/ou Não ter a função de gestão;	
	Valores compartilhados: pessoais, familiares e instituição;	Carreira autogerida (médico) e/ou Carreira gerida pela instituição;	
	Relação de confiança e identificação com a instituição;	Processo de identificação como médico: integração de componente cognitivo, afetivo e valorativo e/ou Processo de identificação como gestor: não integra;	
	Perspectiva clínica e/ou Medicina coletiva;	Idealismo condição médica e/ou Idealismo condição gestão;	
	Transição de carreira e/ou Carreira paralela.	Trajetória de carreira intrínseca (médico) e/ou Trajetória de carreira extrínseca (gestor médico).	
	Desafio de ressignificar a gestão nas instituições hospitalares;	Identidade organizacional e/ou Identidade médica;	BICHUETTI (2011); CHARAN (2008); DUTRA (2013)
	Trabalhar elementos narcísicos médicos positivos na posição de liderança;	Cultura de aprendizagem (aberta e flexível) e/ou Cultura do conhecimento;	

4. Gestão estratégica de pessoas	Sistema autofágico da medicina (círculo de confiança e reciprocidade);	Hierarquia médica (conhecimento, gênero) e/ou Estrutura organizacional (outorga);	LEE (2010); MALIK (2009); MARIOTTI (2010); MARTINI (2010); PACHECO <i>et al.</i> (2005); REBOCHO; SEMEDO; SANTOS (2011); SAPIRO; DALPOZZO; BARBOSA (2008); VENDEMIATTI <i>et al.</i> (2010); ZANELLI; SILVA (2008).
	Educação formal como meio legítimo e comprovado de desenvolvimento para gestão;	Desenvolvimento pela prática deliberada e/ou Mentoria e/ou Psicoterapia;	
	Poucas transições de gestores médicos entre hospitais;	Hospitais não preparados para retenção e desenvolvimento dos gestores médicos e/ou Quase todos desenvolvidos internamente;	
	Mentor reforça os laços com a instituição (identificação organizacional à gestão);	Preocupação do gestor médico com o sucessor e/ou Posição de gestão dependente da instituição;	
	Presença de elementos narcísicos em relação às características médicas;	Psicoterapia como autoconhecimento e/ou Educação formal.	
	Promoção de mecanismos de identificação dos médicos à instituição.	Estruturação de carreiras: totalmente paralelas ou múltiplas.	

Fonte: Elaborado pela autora, a partir do *software* NVivo R10®.

A articulação teórica entre os principais componentes de cada unidade de análise, evidenciada nos achados e dialogias do quadro anterior, devem ser inter-relacionados no que tange aos elementos necessários para que os médicos, ao assumirem funções executivas, estejam preparados para os desafios da gestão hospitalar.

Essa articulação exige a criação de uma cultura de aprendizagem, que permita apreender valores pessoais e organizacionais, bem como a ressignificação de qual gestão e modelo de liderança se busca quando se trata de gestores médicos nas instituições hospitalares. Dessa forma, a cultura reconhecidamente forte do poder do conhecimento e do reconhecimento técnico-científico nas instituições hospitalares, deve ser continuamente permeada por um processo aparentemente disfuncional, mas importante, para se chegar de fato à preparação de líderes, como gestores médicos (SCHEIN, 2009; POSNER; KOUZES, 2013).

Uma cultura de aprendizagem na instituição hospitalar, como ponto chave à área de Recursos Humanos e principais dirigentes, deve levar em conta o comprometimento com as suposições positivas sobre a natureza humana (como elementos narcísicos), suposição de que o ambiente pode ser dominado, comprometimento com a verdade e com a comunicação aberta e a orientação em relação ao futuro, considerando a diversidade, o pensamento sistêmico e a análise cultural como forma de melhorar o mundo e a sociedade (SCHEIN, 2009; POSNER; KOUZES, 2013).

5.2 Recomendações às Instituições Hospitalares

Com base nos resultados da pesquisa, em consonância às teorias utilizadas para discussão dos achados, estão dispostas a seguir algumas recomendações pertinentes às instituições hospitalares, no que tange ao desenvolvimento de gestores médicos. É pertinente ressaltar que o desenvolvimento de gestão de pessoas não é responsabilidade apenas dos profissionais de Recursos Humanos das instituições hospitalares, mas sim de toda a estrutura, especialmente líderes de equipes (BICHUETTI, 2011; CHARAN, 2008).

Ao integrar as responsabilidades desses atores nesse processo, já se estará atuando no compartilhamento de valores entre esferas – médica (intrínseca) e administrativa (extrínseca), primeiro passo para construção do processo de identificação e dialogia. E, para que essa dinâmica de fato ocorra, torna-se essencial trabalhar a figura do médico como ator integrado, onde possa ser socializado à organização hospitalar, ter seus valores reconhecidos e identificado no processo de gestão, por meio de três pilares: cognitivo, afetivo e valorativo.

Como meio de convergir todos esses pilares, um processo estruturado de desenvolvimento de gestores médicos mostra-se extremamente valioso às instituições hospitalares. De forma distinta ao meio executivo convencional (de gestão), essas organizações necessitam desenvolver mecanismos de reconhecimento de valores pessoais e organizacionais, processos de informação e perspectivas sobre a função de gestão e a oportunidade de orientação e aquisição de conhecimentos, respeitando elementos presentes na “cultura médica”.

O ensino no âmbito organizacional, bem como o treinamento e formação tradicionais dos executivos, têm sido avaliados com pouca ou nenhuma efetividade para esses profissionais em suas atividades de gestão e liderança. Nessa perspectiva, muitas organizações são desafiadas a reavaliar seus modelos de gestão de pessoas, almejando mudanças e durabilidade, especialmente no que tange aos aspectos comportamentais e relacionais (DUTRA; FERREIRA, 2013).

Geralmente, o enfoque é na aquisição de competências essenciais à função de gestão, deslocadas dos valores e dos componentes de identificação organizacional. O *coaching*, que objetiva desenvolver o executivo com orientação nas atividades do profissional, dirigida às suas funções organizacionais, é evidentemente uma das práticas mais utilizadas. No entanto, como sinalizado ao longo do trabalho, a discussão travada é anterior à aquisição propriamente dita de competências (GRANT; ZACKON, 2004).

No contexto das instituições hospitalares, no que concerne ao desenvolvimento de gestores médicos, estruturar um processo que integre *mentoring* e aconselhamento de carreira parece ser fundamental. O primeiro, o *mentoring*, tem por objetivo a orientação e aconselhamento na construção da identidade profissional, contribuindo no desenvolvimento e ascensão de carreira do mentorado. O segundo, o aconselhamento de carreira propriamente dito, possibilita ao profissional uma reflexão sobre suas aptidões, interesses, objetivos e valores, agregando as possibilidades de mercado de acordo com o interesse do aconselhado.

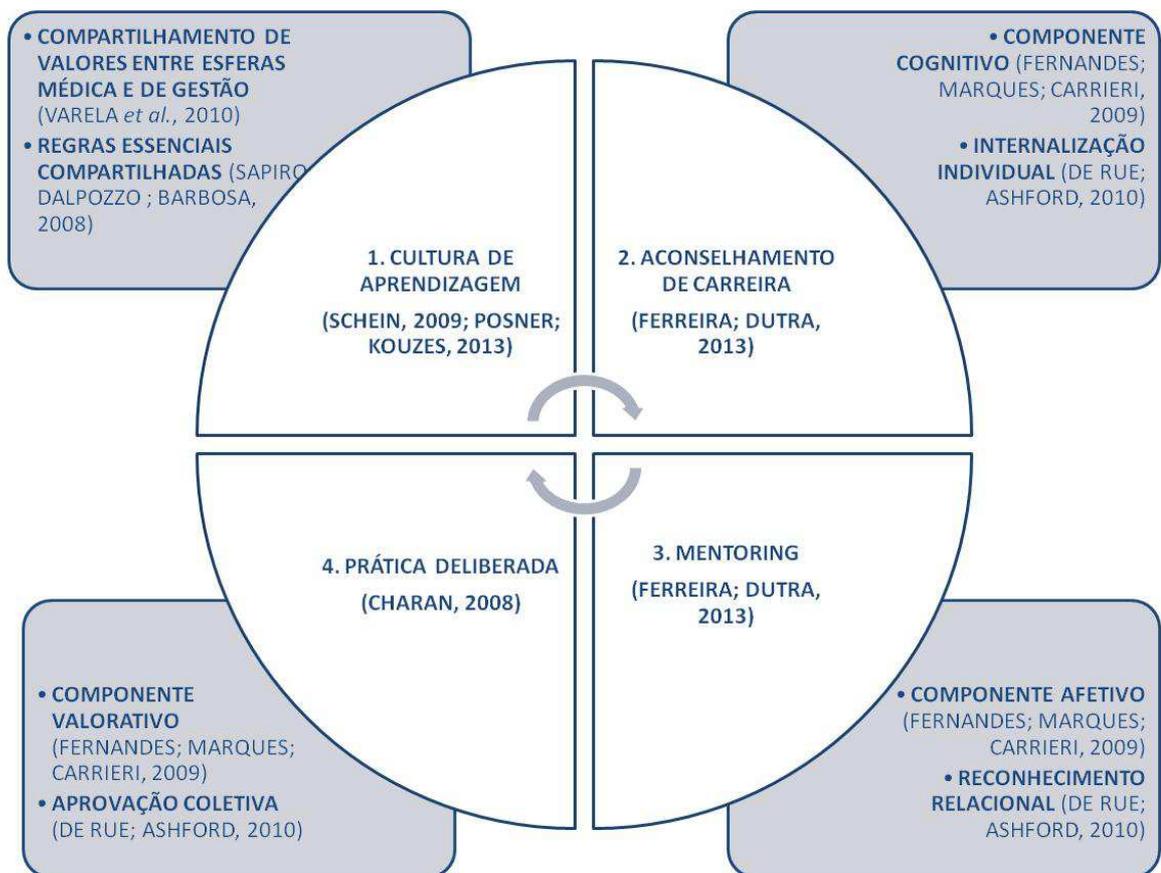
Contudo, um item fundamental deve ser trabalhado pelos gestores médicos e propiciado nas instituições hospitalares: autoconhecimento, segurança e maturidade psicológica. Os sujeitos de pesquisa referiram claramente essa questão quando consideraram a psicoterapia como um meio eficiente para o seu fortalecimento e equilíbrio emocional. Os indivíduos que apresentam alta resistência psicológica são mais propensos a superar grandes desafios e ela pode ser desenvolvida (SCHEIN, 2009; POSNER; KOUZES, 2013).

Para que essa segurança psicológica seja atingida, a organização também deve propiciar essa reflexão. O líder, como ator fundamental na mudança organizacional, deve estar preparado para implementar algumas etapas em relação a esse ambiente de aprendizagem transformacional: visão positiva constrangedora, treinamento formal, envolvimento do “aprendiz”, treinamento

informal de grupos e de equipes familiares relevantes, campos de prática, *coaches* e *feedback*, modelos de papel positivos (mentores), grupos de apoio em que os problemas de aprendizagem possam ser discutidos e, por fim, um sistema de recompensa e estruturas organizacionais que sejam consistentes ao novo modo de pensar e atuar (SCHEIN, 2009).

Desse modo, o processo de preparação e desenvolvimento de gestores médicos poderá ser organizado a partir de quatro pilares de atuação, conforme demonstra a Figura 8:

Figura 8 – Orientação para desenvolvimento de gestores médicos



Fonte: Elaborado pela autora.

Para que um programa de desenvolvimento de gestores médicos tenha espaço na instituição hospitalar, a área de Recursos Humanos deve atuar em conjunto com a área médica, seja na figura do Superintendente Médico-Assistencial ou do Diretor Técnico, combinando técnica e *expertise* profissional. Cada pilar está diretamente relacionado a uma prática de desenvolvimento, que possui correspondência tanto com os achados da pesquisa, como aos itens que compõem o processo de preparação de gestores médicos:

1. Cultura de aprendizagem: o primeiro pilar está diretamente vinculado à criação de um ambiente onde seja possível contrapor a hegemonia do poder intrínseco ou do conhecimento no desenvolvimento de líderes. Para que esse processo seja eficiente, além do método propriamente dito, torna-se necessário preparar a organização para que promova um ambiente dialógico (e não dicotômico) de sua identidade organizacional, identidade de gestão e identidade médica. Mais do que reproduzir ferramentas e conceitos de gestão, o diferencial está na originalidade de elaborar estratégias que articulem de modo eficaz essas “identidades”. A participação ativa dos principais dirigentes da instituição hospitalar, gestores médicos dos setores e área de Recursos Humanos é fundamental para promover o compartilhamento de regras essenciais, culminando no intercâmbio de valores entre esferas (SAPIRO; DALPOZZO; BARBOSA, 2008; VARELA *et al.*, 2010).
2. Aconselhamento de carreira: na cultura de aprendizagem, o segundo pilar tem por finalidade proporcionar orientação com foco na escolha profissional, isto é, gestão médica. A técnica consiste na condução do médico a uma reflexão sobre suas aptidões, interesses, valores, objetivos, pontos fortes e limitações, com objetivo de auxiliá-lo na tomada de decisão para função de gestão. A prática é aplicável a profissionais que estão (ou desejam estar) em processo de mudança de carreira, bem como aos que buscam a consolidação de seu novo papel. A condução desse processo deverá ser realizada por profissionais de Recursos Humanos, que trabalharão comportamentos, centrados na aptidão, valores e história do profissional, aliados às possibilidades de carreira como gestor na instituição hospitalar. Desse modo, o componente cognitivo e a internalização individual, enquanto processos de identificação do gestor médico à gestão como profissão começam a ser trabalhados institucionalmente (FERREIRA; DUTRA, 2013; FERNANDES; MARQUES; CARRIERI, 2009; DE RUE; ASHFORD, 2010).
3. Mentoring: concomitante ao aconselhamento de carreira, por meio do *mentoring* um profissional com experiência e conhecimento, o mentor (no caso, um gestor médico mais experiente), orienta, apoia, desafia e, através de uma reflexão crítica, compartilha experiências e informações a respeito da carreira, cultura organizacional e práticas de gestão. Nesse caso, prevalece a ausência hierárquica entre mentor e mentorado, sendo o primeiro referência para o segundo. O aprendizado é baseado na experiência e na confiança, com enfoque no futuro (diferente do aconselhamento, que tem enfoque no passado e no presente). Para que essa relação de confiança e referência se estabeleça na dinâmica dos gestores médicos, é importante que o mentor seja um gestor médico

reconhecido na atividade. Conforme as falas dos entrevistados, o tutor ou mentor contribuiu para a decisão em assumir a função de gestão, representando o vínculo afetivo no processo de identificação organizacional. Dessa maneira, o “gestor médico mentor” influencia diretamente no reconhecimento relacional do “gestor médico mentorado” (FERREIRA; DUTRA, 2013; FERNANDES; MARQUES; CARRIERI, 2009; DE RUE; ASHFORD, 2010).

4. Prática deliberada: o quarto pilar corresponde ao recurso de preparação mais citado pelos gestores médicos, após a educação formal. Desse modo, a prática deliberada constitui a oportunidade do gestor médico desenvolver atividades cotidianas ligadas à gestão, acompanhadas diretamente pelo seu gestor médico imediato. Os tipos de experiência prática, bem como os cenários e situações que o gestor médico deverá ser exposto serão levantados e orientados na etapa de aconselhamento e na etapa de *mentoring*, trabalhadas junto ao superior imediato do participante do processo. Mas para a prática deliberada ser efetiva, necessita ser acompanhada de *feedback* construtivo, em tempo real, fazendo com que as reações possam ser internalizadas de modo não tradicional. Por meio dessa dinâmica, o componente valorativo passa a ser incorporado, bem como o reconhecimento da aprovação coletiva (CHARAN, 2008; FERNANDES; MARQUES; CARRIERI, 2009; DE RUE; ASHFORD, 2010).

A educação formal acaba fazendo parte dessa orientação, mas como produto dos pilares, especialmente aconselhamento de carreira e *mentoring*. Dessas etapas, um plano pedagógico de desenvolvimento individual poderá ser estruturado, englobando objetivos, tarefas, acompanhamento e avaliação, conforme cada instituição avaliar pertinente. O autoconhecimento, como recurso de desenvolvimento, especialmente para internalização individual da condição de gestor médico nas instituições hospitalares, pode ser trabalhado nos pilares de aconselhamento de carreira e, inclusive, mentoria.

Não se trata de uma tarefa fácil ou simples, especialmente considerando a lógica técnico-científica dominante e, por conseguinte, a inversão da “lógica natural” de ter na educação formal o referencial de conhecimento e desenvolvimento. Os pilares sugeridos podem ser adaptados de acordo com a realidade de cada instituição hospitalar e o nível de adesão institucional (identificação) e desenvolvimento de cada gestor médico. Nos casos de gestores médicos mais experientes, o *coaching* executivo, também sinalizado por alguns gestores médicos, pode ser a prática mais indicada de desenvolvimento.

Contudo, os elementos necessários à preparação do gestor médico, ao assumir posições executivas, relacionados aos componentes de identificação organizacional e de liderança devem ser analisados no contexto de cada caso, antes mesmo da avaliação de competências gerenciais.

Para a gestão ser internalizada e reconhecida como profissão pelo gestor médico, a inclusão de disciplinas específicas nas faculdades de medicina torna-se uma necessidade, bem como a inclusão de práticas nas residências médicas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo são tratadas as considerações finais desta pesquisa, tendo como base o resgate do objetivo geral inicial e seus objetivos específicos. Na sequência são levantadas as pesquisas futuras que podem ser originadas desta dissertação, como também as contribuições dos resultados obtidos para o meio acadêmico e empresarial.

Através das 21 entrevistas realizadas, foi possível coletar dados e informações que permitiram responder ao objetivo geral do trabalho: identificar e analisar quais as estratégias utilizadas pelos gestores médicos para se prepararem ao assumirem posições executivas nas instituições hospitalares, assim como todas as tensões dialógicas que complexificam esse processo, tanto em âmbito coletivo, como individual.

A discussão dos resultados permitiu compreender a dinâmica da tomada de decisão dos gestores médicos e os principais fatores que a influenciaram e também os acompanham até o momento, em suas trajetórias de carreira. Para além da discussão de competências, considerou-se a designação “elementos” justamente para apreender o que realmente impacta em todo esse percurso profissional, o intangível por trás dos discursos exemplificados no decorrer do trabalho.

Com relação aos objetivos específicos, na sequência estão sumarizados os principais resultados obtidos:

- ✓ Analisar a integração do gestor médico na cultura das instituições hospitalares, apreendendo todas as “tensões” envolvidas (Unidade de análise - Gestão em organizações hospitalares): foi possível perceber que as tensões identificadas em âmbito coletivo também são dinamizadas em âmbito privado, isto é, as percepções da cultura das instituições hospitalares pelos gestores médicos moldam percepções individuais. O desalinhamento entre médico e instituição repercute nos modelos dos gestores médicos, evidenciando tensões de atuação e conflito de interesses.
- ✓ Compreender e analisar o processo de “empoderamento” dos médicos nas funções executivas (Unidade de análise – Liderança médica executiva em instituições hospitalares): ao contrário do meio executivo convencional, para os gestores médicos o “empoderamento” não ocorre de modo linear e funcional, conforme organograma da instituição (poder outorgado). A posição de gestão é endossada pela condição de ser médico, prevalecendo a liderança pelo conhecimento e não outorgada (poder pelo conhecimento). Além dessa dinâmica, elementos narcísicos presentes nos médicos – “líder natural” - contrapõe o poder pela perícia, beirando o poder pelo carisma. O

reconhecimento enquanto líder ocorre na relação com os outros médicos, onde passa a fazer uso de repertórios e estratégias de conhecimento médico para aproximação e legitimidade. O poder intrínseco do médico (pelo conhecimento e habilidades pessoais) é colocado à prova pelo poder extrínseco (da instituição). Sentimento de orgulho, reconhecimento e pertencimento em ser convidado para posição de gestão demonstrou que há convergência entre valores pessoais e valores organizacionais.

- ✓ Discutir o papel profissional do gestor médico, especialmente no que tange a ampliação da identidade profissional (Unidade de análise – Identidade profissional do gestor médico): em termos de identidade profissional, o gestor médico se reconhece na função a partir de sua identificação como médico, despertando sentimentos ambíguos em relação à tomada de decisão, representatividade social da medicina e visão de carreira. Sua ampliação de identidade se materializa na constituição de uma identidade múltipla ou ampliada, onde não é efetivada a transição de carreira, mas a existência de carreiras paralelas. A carreira autogerida pelo médico passa a ser gerida pela instituição, quando esse assume posição de gestão. Em termos de carreira, a trajetória opera em duas lógicas distintas: intrínseca (construída pelo médico) e extrínseca (decidida pela instituição). No que tange ao significado em “ser médico” e “ser gestor”, constatou-se que o idealismo presente na condição médica é (e deve) ser transposto para condição de gestão. O primeiro (ser médico) converge os três componentes necessários para o processo de identificação organizacional: cognitivo, afetivo e valorativo. Já o “ser gestor” está relacionado à função, convergindo dois componentes de identificação: afetivo (pela relação de confiança com a instituição hospitalar) e valorativo (desejo de deixar um legado e contribuir com algo maior). A recursividade entre identidades múltiplas – de médico e de gestor, ocorre a partir da ampliação da ótica médica.
- ✓ Sinalizar fatores que contribuam para retenção e o desempenho dos médicos nas funções executivas (Unidade de análise – Gestão estratégica de pessoas nas instituições hospitalares): a partir da identificação de elementos narcísicos, importantes para o exercício da liderança, e o fato da condição médica ser referência para gestão, o desafio posto à área de Recursos Humanos, bem como aos líderes das instituições hospitalares, está em ressignificar seu conceito e práticas de gestão. Qual modelo de liderança e gestão se deseja institucionalmente frente às necessidades de vinculação à identidade organizacional, identidade médica e de gestão? A formação em medicina não aborda os temas liderança e gestão, incumbindo o próprio médico e

os hospitais a atuarem nesse direcionamento. Desse modo, este trabalho oferece subsídios para as universidades reverem a formação em medicina, em termos de disciplinas e perfil de médico que está sendo formado para a atuação em instituições hospitalares. Em termos de mercado, quase não se verificaram transições de gestores médicos entre hospitais, favorecendo o indicativo de formação na própria rede e estrutura organizacional. Nesse ponto, a presença de tutores ou mentores durante a vida profissional do gestor médico, além de prepará-lo, auxilia diretamente na vinculação deste com a instituição hospitalar. A prática deliberada, bem como a psicoterapia, são meios de desenvolvimento executivo que ampliam o foco para além da educação formal comprovada, pois esta representa a legitimação do conhecimento (poder da perícia). A necessidade dos gestores médicos em se sentirem vinculados à instituição hospitalar, tanto para o delineamento da sua identidade, como para o reconhecimento relacional e aprovação coletiva, deve ser realizada por meio de promoção de aprendizagem, discussão de carreira sobre gestão, espaços de prática e o apoio de um mentor, também gestor médico.

Por fim, acredita-se que tais resultados apontam informações relevantes para a compreensão do campo e sujeitos estudados.

6.1 Limitações e Contribuições da Pesquisa

Como referenciado ao longo do texto, esse estudo não se pretende generalizável e neutro, tendo em vista o contexto de pesquisa escolhido fazer parte do cotidiano profissional da pesquisadora. Em contraposição, essa condição é bastante favorável quando se trata das contribuições organizacionais e acadêmicas que esse estudo proporciona.

Como primeira contribuição, destaca-se a resposta ao problema de pesquisa posto, a identificação dos elementos necessários à preparação dos médicos gestores sob a ótica profissional e das instituições hospitalares. Ao tratar dos aspectos de liderança e identidade organizacional dos gestores médicos está-se falando diretamente das tensões em âmbito coletivo e individual, deslocando o processo de preparação da aquisição de competências necessárias para função de gestão, âmbito não explorado.

Com relação às contribuições desta pesquisa, é possível separá-las em três tipos:

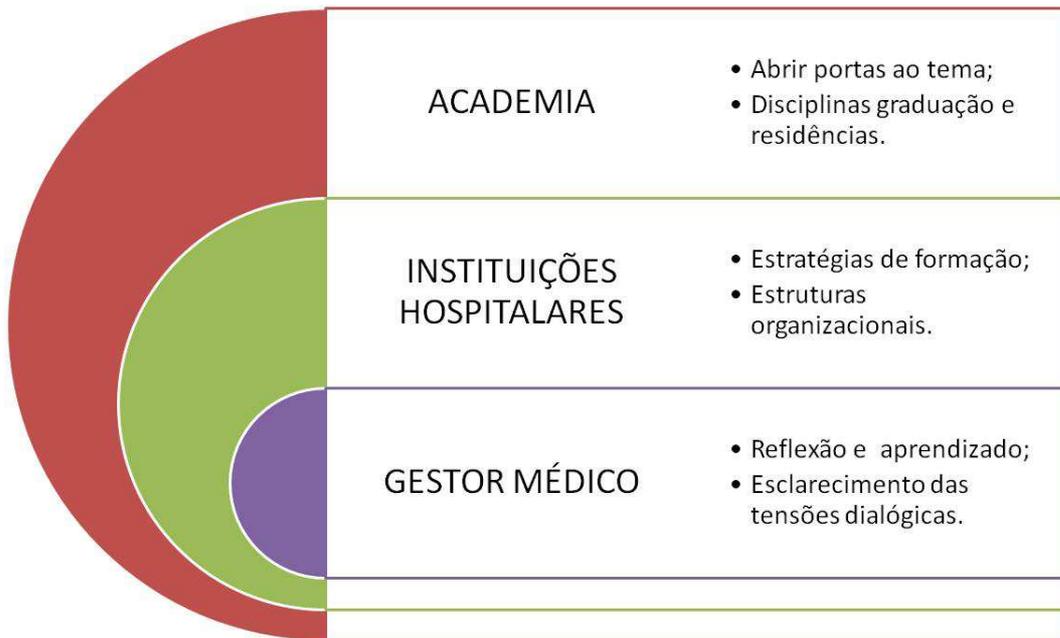
- ✓ Contribuições para academia: esta pesquisa pode abrir portas para diversas outras relacionadas ao tema, considerando a escassez de trabalhos na área da saúde, especialmente sobre gestores médicos, e por ser essa uma pesquisa de campo,

abrangente em termos de representatividade. No tocante às formações em medicina, é emergencial que as faculdades adotem em suas matrizes curriculares disciplinas e atividades ligadas à gestão hospitalar, para que seja proporcionada aos estudantes a possibilidade de reconhecerem a gestão médica como uma opção de carreira.

- ✓ Contribuições para as instituições hospitalares: a identificação e análise do processo social da liderança, ampliação da identidade médica e identificação organizacional fornecem subsídios para estruturação de estratégias de formação de médicos gestores, tanto aqueles que já ocupam a função executiva, como aqueles que almejam ocupá-la. Como, até o momento, verifica-se inexistência de abordagem sobre o assunto na formação em medicina, os dados de pesquisa reforçam práticas de preparação que contribuem diretamente na atração, retenção e desenvolvimento de gestores médicos. No processo de atração, o gestor médico poderá identificar nas instituições hospitalares que possuem estratégias diferenciadas de educação e formação, possibilidades de conversas sobre carreira e atuação, além da medicina técnico-científica convencional. No processo de retenção, o gestor médico poderá permanecer na instituição a partir do momento que identificar possibilidades de desenvolvimento em gestão e liderança, ressignificando sua própria identidade como médico. E no processo de desenvolvimento e capacitação, poderá ser acompanhado e orientado de modo significativo ao assumir posições executivas, por meio do aconselhamento de carreira, *mentoring* e prática deliberada, por exemplo.
- ✓ Contribuições para os gestores médicos: os resultados da pesquisa podem ser utilizados como apoio e esclarecimento aos gestores médicos que convivem com as tensões da escolha que realizaram como gestor e também àqueles médicos que pensam em se optar pela gestão em instituições hospitalares. A possibilidade de reflexão sobre o direcionamento de carreira, tomada de decisão e processo identitário poderá fortalecer o entendimento dos gestores médicos sobre suas próprias trajetórias.

A figura síntese a seguir resume as principais contribuições:

Figura 9 – Principais contribuições da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora.

6.2 Pesquisas Futuras

O tema sobre a preparação dos gestores médicos, em relação aos aspectos de liderança, identidade e articulação organizacional pode ser ampliado em diversas frentes. Partindo do contexto das instituições hospitalares, podem-se realizar entrevistas com outras categorias profissionais, como enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos e, inclusive, gestores hospitalares não assistenciais para se constituir um panorama comparativo.

Pode-se também construir um instrumento estruturado (questionário) e realizar uma pesquisa do tipo *survey*, aproveitando-se as questões já abordadas via entrevistas e adaptando-as para esse tipo de pesquisa (quantitativa).

Outra possibilidade é explorar a abordagem com alunos e residentes em medicina, permitindo as comparações com profissionais mais experientes, contribuindo no entendimento das representações das novas gerações.

Como uma recomendação, originada dos estudos desta pesquisa, é importante a participação das principais lideranças médicas das instituições hospitalares na realização dos programas de educação e desenvolvimento junto à área de Recursos Humanos, garantindo o compartilhamento de regras essenciais, a estruturação de mecanismos de identificação organizacional e identidade de liderança. A disseminação da cultura organizacional para os

médicos desde sua entrada na organização, também pode auxiliar no processo de direcionamento para gestão e identificação de valores, influenciando e qualificando a própria atuação como médico, caso a decisão seja não ser gestor médico.

Para finalizar, esta dissertação proporcionou à pesquisadora um aprendizado muito rico tanto para a vida acadêmica, como também para a função de Supervisora da Consultoria Interna de RH em uma instituição hospitalar, exercida atualmente. A pesquisa apontou diferentes caminhos para promover a identificação de elementos essenciais na decisão e preparação dos gestores médicos, ainda mais quando não se tem um modelo definido e eficaz nas instituições hospitalares para trabalhar com esses importantes atores na área da saúde. Deste aprendizado nasce a semente que poderá dar frutos em um Doutorado desta pesquisadora em um futuro não tão distante.

REFERÊNCIAS

- ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru, SP: EDUSC, 2001.
- AGOSTINHO, M. C. E. “Administração Complexa”: revendo as bases científicas da administração. **RAE Eletrônica**, Volume 2 , Número 1, jan-jun/2003.
- ASHFORTH, B.; MAEL, F. A. Social identity theory and the organization. **Academy of Management Review**, v.14, n.1, p.20-39, 1989.
- AZEVEDO, M. A. Informação e interpretação: uma leitura teórico-metodológica. **Revista Perspect. Ciên. Inf.** Belo Horizonte, v.9, n.2, p. 122-133, jul-dez, 2004.
- BALANDIER, G. **As dinâmicas sociais**. São Paulo: DIFEL, 1976.
- BANSAL, M. Knowledge management: capitalizing a hospital’s assets. **Express Healthcare Management**. India’s first newspaper for the health care business. Disponível em: <<http://www.expresshealthcaregmt.com/20010915/editorial2.htm>> Acesso em: 20/11/2012.
- BAUER, M. W; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2010.
- BERNARDES, J. G.; CASTILHOS, J. T.; DORION, E.; CAMARGO, M. E. Gerenciamento de Hospitais Filantrópicos: Confronto entre a técnica médica, o poder político e a administração hospitalar. **VII SEGeT: Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**, 2010.
- BICHUETTI, J. L. **Gestão de pessoas não é com o RH**. São Paulo: Editora Lafonte, 2011.
- BLEGER, J. A entrevista psicológica. Seu emprego no diagnóstico e na investigação. In.: **Temas de psicologia**. Entrevista e grupos. São Paulo: Martins Fontes. Tradução da edição de 1979. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión, 1980. (Originalmente publicado em 1971).
- BOEGER, M. **Hotelaria hospitalar**. São Paulo: Atlas; 2002.
- BOEIRA, S. L.; VIEIRA, P. V. Estudos organizacionais: dilemas paradigmáticos e abertura interdisciplinar. In.: GODOI C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. (Org). **Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais: Paradigmas, Estratégias e métodos**. 2º Ed.São Paulo: Saraiva, Cap. 10, p. 17-51, 2010.
- BOHRER, C. T.; VARGAS, E. R. **Inovação nos serviços hospitalares: estudos de caso em hospitais universitários**. Anais... São Paulo, SP, 2009.
- BORBA, G. S.; RODRIGUES, L. H. Simulação computacional aplicada a sistemas hospitalares. **RAE – Revista Eletrônica de Administração da UFRGS**. 8 ed., v. 4, n. 1. Julho – agosto 1998.
- BOSSIDY, L.; CHARAN, R. **Execução: a disciplina para atingir resultados**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005, 24ª impressão.

BREWER, Marilyn B.; GARDNER, Wendi. Who is this “we”? Levels of collective identity and self representation. In: HATCH, Mary Jo; SCHULTZ, Majken (Ed.). **Organizational identity: a reader**. New York, NY: Oxford University Press, 2004. p.66-88.

BRINGER, J. D.; JOHNSTON, L. H.; BRACKNRIDGE, C. H. **Using computer-assisted qualitative data analysis software to develop a grounded theory project**. *Field Methods*, v. 18, n. 3, p. 245-266, 2006. Disponível em: <<http://fieldmethods.org/>>. Acesso em: 12 mar. 2014.

BURKE, C. S., STAGL, K. C., KLEIN, C., GOODWIN, G. F., SALAS, E., & HALPIN, S. M. What type of leadership behaviors are functional in teams? A meta-analysis. **The Leadership Quarterly**, 17(3), 2006 (288-307).

CABRAL, P. M. F.; SEMINOTTI, N.. A Dimensão Coletiva da Liderança. Caderno **IHU Ideias – UNISINOS**. São Leopoldo, ano 7, n. 120, 2009a.

CABRAL, P. M. F.; SEMINOTTI, N.. **Competências de Liderança e Competências Gerenciais: um Olhar Dialógico**. São Paulo, ANPAD, 2009b.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**: 5(2): 219-230, 2000.

CASTELAR, M. R.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. **Gestão Hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. Rennes: Imprensa Calligraphy Print, 2003.

CHARAN, R. **O líder criador de líderes**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 10^a reimpressão.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis: Vozes, 2006.

CHRISTENSEN, C. M.; GROSSMAN, J. H.; HWANG, J. **Inovação na gestão da saúde: soluções disruptivas para reduzir custos e aumentar a qualidade**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

COE, R. **Sociologia de la medicina**. Madrid: Alianza, 1979.

COLAUTO, R. D; BEUREN, I. M. Proposta para avaliação da gestão do conhecimento em entidade filantrópica: o caso de uma organização hospitalar. **RAC**, v. 7, n. 4, Out/Dez, 2003, p. 163-185.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em Administração: Um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

COSTA, N. M. S. C. Docência no Ensino Médico: por que é tão difícil mudar? **Revista Brasileira de Educação Médica**. Vol. 31 (1), p. 21-30, 2007.

D’INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n. 1, p. 84-88, jan-fev 2006.

DERUE, D. S; ASHFORD, S. J.. Who Will lead and Who Will follow? A social process of leadership identity construction in organizations. **Academy of Management Review**, 2010. Vol. 35, n° 4, 627-647.

DIAS, M. S. L. & SOARES, D. H. P. **Planejamento de carreira: uma orientação para estudantes universitários**. São Paulo: Vetor, 2009. Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37171999000100010&lng=pt&nrm=iso> (Acessado em 02 de março de 2014).

DIAS, M. A. **O novo conceito na hospedagem do cliente**. Notícias Hospitalares 2003; 42(4):36-37.

DUTRA, J. S. **Gestão de carreiras na empresa contemporânea**. São Paulo: Atlas, 2010a.

DUTRA, J.; FERREIRA, M. A. A. Práticas de orientação e desenvolvimento de executivos. In.: DUTRA, J.; VELOSO, E. F. R. (Org). **Desafios da gestão de carreira**. São Paulo: Atlas, 2013. P. 53-74.

DUTRA, J.; VELOSO, E. F. R. (Org). **Desafios da gestão de carreira**. São Paulo: Atlas, 2013.

DUTRA, M. C. Será que produzir sentido é (só) decodificar? In.: BITENCOURT, C. (Org). **Gestão contemporânea de pessoas: novas práticas, conceitos tradicionais**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010b (423-438).

FERNANDES, M. E. R.; MARQUES, A. L.; CARRIERI, A. P. Identidade organizacional e os componentes do processo de identificação: uma proposta de integração. **Cadernos EBAPE. BR**, v.7, n° 4, artigo 11. Rio de Janeiro, dez 2009. p. 689-703.

FERREIRA, L. C. M.; GARCIA, F. C.; VIEIRA, A. Relações de Poder e Decisão: conflitos entre médicos e administradores hospitalares. **Revista de Administração Mackenzie**, São Paulo, v. 11, n. 6, p. 31-54 nov./dez. 2010.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

GALLOUJ, F.; SAVONA, M. Innovation in services: a review of the debate and a research agenda. **Journal of Evolutionary Economics**, v. 19, n. 2, p. 149-172, Abril 2009.

GASTAL, F.; ROESSLER, I. F. **Treinamento em avaliação de serviços, licenciamento sanitário e acreditação: multiplicadores: avaliação e qualidade: módulo 2**. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2006.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. (Org). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GODOI, C. K.; BALSINI, C. P. V. A pesquisa qualitativa nos estudos organizacionais brasileiros: uma análise bibliométrica. In.: GODOI C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. (orgs). **Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais: Paradigmas, Estratégias e Métodos**. 2º Ed.São Paulo: Saraiva, Cap. 3, p. 89 – 112, 2010.

GODOI, C. K.; MATTOS, P. L. C. L. Entrevista qualitativa: instrumento de pesquisa e evento dialógico. In.: GODOI C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. (orgs). **Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais: Paradigmas, Estratégias e Métodos**. 2º Ed.São Paulo: Saraiva, Cap. 10, p. 301 – 323, 2010.

GOMES, A. D; CARDOSO, L. & CARVALHO, C. Discursos de liderança: o que faz sentido faz-se. **Revista Psychologica**: Universidade de Coimbra. V. 23, 2000.

GONÇALVES, E. L. As funções do hospital moderno. In: GONÇALVES, E. L. (Org.). **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. 1. ed. São Paulo: Pioneira, 1983, p. 3-17.

GRANT, A. M.; ZACKON, R. Executive, workplace and life *coaching*: findings from a large-scale survey of International Coach Federation members. **International Journal of Evidence-Based Coaching and Mentoring**, v. 2, n.2, p. 1-15, 2004.

GRANT, R. M. **Contemporary Strategy Analysis**. 3.ed. Malden: Blackwell, 1998.

GRIFFITH, J. R. **The well-managed healthcare organization**. 4. ed. Chicago: Health Administration Press, 1999.

GUATARI, F; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

GUNN-RUGG, M. Why Charismatic Leaders are not always the answer. HADIL: **Human Asset Development International**. Inglaterra, 2011.

GUPTILL, J. Knowledge management in health care. **Journal Health Care Finance**, v. 31, n. 3, p. 10-14, 2005.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Trad. Tomaz T. Silva e Guacira L. Louro. Rio de Janeiro: DP&A editora, 2006.

HANDY, C. **Por Dentro da Organização – Grandes Ideias para Executivos**. São Paulo: Editora Saraiva, 1993.

HAYES, R.; PISANO, G.; UPTON, D.; WHEELWRIGHT, S. Determinando as Fronteiras Organizacionais: Integração Vertical e Terceirização. In: **Produção, estratégia e tecnologia: em busca da vantagem competitiva**. Porto Alegre: Bookman, 2008. Cap. 4; pág. 140 a 162.

HIGGINS, M. C.; KRAM, K. E. Reconceptualizing *mentoring* at work: a developmental network perspective. **The Academy of Management Review**, v. 26, n.2, p. 264-288, 2001.

HOGG, M.; TERRY, D. J. Social identity and self-categorization processes in organizational contexts. **Academy of Management Review**, v.25, n.1, p.121-140, 2000.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HUMPHREYS, J.; ZHAO, D.; INGRAM, K.; GLADSTONE, J.; BASHAM, L. Situational narcissism and charismatic leadership: A conceptual framework. **Journal of Behavioral y Applied Management**, 11(2), 2010, 118-136.

IBARRA, H. **Identidade de carreira: a experiência é a chave para reinventá-la**. São Paulo: Editora Gente, 2009.

IBARRA, H. **Working identity: unconventional strategies for reinventing your career**. Boston: Harvard Business School Press, 2004.

JACQUES, M. G. Identidade. In: JACQUES, M. G., STREY, M. N., BERNARDES, M. G., GUARESCHI, P., CARLOS, A. S., FONSECA, T. M. G. **Psicologia social contemporânea**. Petrópolis: Vozes, 1998. p.159-67.

JOINT COMISSION INTERNATIONAL - JCI. **Padrões de acreditação da joint comission international para hospitais**. Rio de Janeiro: CBA, 2011.

JUNIOR, V. M. V; MEDEIROS, C. R. O; LIMA, M. C. A manifestação do narcisismo nas práticas discursivas de liderança. **Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**. UFPE, v. 5, n. 3, 2007.

KERNBERG, O. **Ideologia, conflito e liderança em grupos e organizações**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KLÜCK, M. O papel do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar na Gestão da Qualidade Assistencial. In: **Anais do Congresso da Associação Latina de Análise de Sistemas de Saúde**; Toledo, Espanha, set 2002.

KUHN, T. As ciências naturais e as ciências sociais. In: KUHN, T. **O Caminho desde a Estrutura**. São Paulo: Unesp, 2006. p.265-273.

LA FORGIA, G. M. Entrevista. **RAS**. Vol. 9, nº 34, jan-mar, 2007.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. **Vocabulário da Psicanálise**. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

LAZARUS, R. S., & FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer, 1984.

LEE, T. H. De médico a líder. **Revista Harvard Business Review**, abril, 2010.

LIMA, S. M. L.; BARBOSA, P. R. Planejamento e inovação gerencial em um hospital público: o caso do Hospital Municipal Salgado Filho (SMS/RJ). **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n.3, p. 37-76, maio/jun. 2001.

LOTTENBERG, C. **A Saúde Brasileira Pode Dar Certo, os caminhos para garantir um atendimento de qualidade, sustentável e acessível para toda a população.** São Paulo: Atheneu, 2007.

MACEDO, G. B. **Carreira: que rumo seguir?** São Paulo: Editora Gente, 2005.

MALIK, A. M. Inovação e a Área da Saúde. In: **Para entender a saúde no Brasil** 3.ed São Paulo: LCTE, 2009.

MALIK, A. M.; TELES J. P. Hospitais e programas de qualidade no estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 51-9, jul./set. 2001.

MARIOTTI, H. **Pensamento Complexo: suas aplicações à liderança, à aprendizagem e ao desenvolvimento sustentável.** São Paulo: Editora Atlas, 2010.

MARTINI, B. P. **Os Processos de Aprendizagem Gerencial em uma Organização Hospitalar: uma abordagem sistêmico-complexa.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2010.

MAY, T. **Pesquisa social: questões, métodos e processos.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

MCCONNELL, C. R. The health care professional as a manager: finding the critical balance in a dual role. **The Health Care Manager**, Gaithersburg, v. 20, n. 3, p. 1-10, mar. 2002.

MEDINA, C. A. **Entrevista: o diálogo possível.** São Paulo: Ática, 1995.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 20ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.) **Caminhos do pensamento: epistemologia e método.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINTZBERG, H.; QUINN, J. B. **The strategy process: concepts, contexts and cases.** 3 ed. Upper Saddle River: Prentice-Hall, 1996.

MINTZBERG, H. **Criando Organizações Eficazes – estrutura em cinco configurações.** São Paulo, Atlas, 1995.

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

MONDADA, L.; DUBOIS, D. Construção dos objetos e categorização: uma abordagem dos processos de referência. In CALVACANTE, M. M.; RODRIGUES, B. B; CIULLA, A.; (Org.). **Referênciação.** São Paulo: Contexto, 2003. p. 17-52. (Clássicos da Linguística).

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva.** Ijuí: Editora Unijuí, 2007.

MORAES, R. **Análise de conteúdo.** Revista Educação, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MORAES, R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência e Educação**: Bauru, SP, v9, n2, p.191-210, 2003.

MORIN, E. **A Cabeça Bem-Feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.

MORIN, E. **Introdução ao Pensamento Complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2007.

NEIRA, A. Gestão hospitalar: elementos do contexto externo e a função do dirigente. **Revista Brasileira de Administração**, Brasília, v. 10, n. 30, p. 22-6, set. 2000.

NETO, A. F. P. Identidades profissionais médicas em disputa: Congresso Nacional dos Práticos, Brasil (1922). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16 (2): 399-409, abr./jun., 2000.

NETO, A. Q. A responsabilidade corporativa dos gestores de organizações de saúde e a segurança do paciente. **Revista de Administração em Saúde – RAS**, v. 10, n. 41, out./dez. 2008.

PACHECO, L.; SCOFANO, A. C.; BECKERT, M.; SOUZA, V. **Capacitação e Desenvolvimento de Pessoas**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

PITTA, A. M. F. **Hospital**: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec, 1990.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. São Paulo: Bookman, 2007.

POSNER, B.; KOUZES, J. **O desafio da liderança**: como aperfeiçoar sua capacidade de liderar. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

QUINTO NETO, A.; GASTAL, F. **Acreditação Hospitalar**: Proteção dos Usuários, dos Profissionais e das Instituições de Saúde. Porto Alegre: Da casa Editora e Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde, 2004.

QUISHIDA, A. **Adaptação à transição de carreira na meia idade: um estudo exploratório sob o enfoque do locus de controle**. Dissertação (Mestrado em Administração) – Departamento de Administração. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A., LIMA, M. C. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina, **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.6, n.11, p.107-16, 2002.

REBOCHO, R. F.; SEMEDO, C. S.; SANTOS, N. R. Recursos laborais, *engagement* e desempenho dos trabalhadores: Um estudo numa empresa da área da grande distribuição. **Revista Psychologica**: Universidade de Coimbra, 2011, 55, 291-313.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROBERTS, C. C.; CONNORS, E. J. Major challenges facing governing boards of healthcare delivery organizations. **Journal of Healthcare Management**, Chicago, v. 43, n. 4, p. 297-301, jul./aug. 1998.

RUTHES, R. M. & CUNHA, I. C. K. O. Os desafios da administração hospitalar na atualidade. **RAS**, São Paulo, vol. 9, n. 36, p. 93-102, jul./set. 2007.

SANTOS, T. S. **Carreira profissional e gênero: trajetória de homens e mulheres na medicina**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2010.

SAPIRO, A.; DALPOZZO, M.; BARBOSA, D. Dinâmicas de engajamento, **Revista DOM** (Fundação Dom Cabral), p.8-17, 2008.

SCHEIN, E. **Cultura Organizacional e Liderança**. São Paulo: Atlas, 2009.

SCHIESARI, L. M. C.; KISIL, M. A Avaliação da Qualidade nos Hospitais Brasileiros. *Revista de Administração em Saúde (RAS)*, São Paulo, v. 5, n. 18, jan.-mar. 2003.

SCHLOSSBERG, J; WATERS R. & GOODMAN, P. **Counseling adults in transition: linking theory with practice**. New York: Harper & Row, 1995.

SEIXAS, M. A. S.; MELO, H. T. Desafios do Administrador Hospitalar. **Revista Gestão e Planejamento**. Salvador, ano 5, n. 9 jan./jun. 2004.

SENGE, P. M. et. al. **A Dança das Mudanças**: os desafios de manter o crescimento e o sucesso em organizações que aprendem. 7 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

SERRES, M. Pertinência e identidade. In P. Lèvy; M. A. **As árvores de conhecimentos**. São Paulo: Escuta, 1995. (pp. 13-26).

SILVA, D. O. **Proposta para Análise da Gestão da Inovação em Serviços Hospitalares**: um estudo no Hospital Mãe de Deus. Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção e Sistemas. Universidade do Vale dos Sinos, 2011.

SILVA, G. A. V. **Organizações flexíveis**: identidades elásticas? A reconstrução da identidade social em processos de terceirização. 2002. 193 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

SILVA, L. M. T; KISHORE, A.; REIS, G. G.; BAPTISTA, L. L.; MEDEIROS, C. A. F. **Cultura Organizacional e Liderança: Uma relação possível? XXXIII Encontro da ANPAD**. São Paulo, 2009.

SILVERMAN, D. **Interpretação de dados qualitativos**: métodos para análise de entrevistas, textos e interações. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SKINNER, W. Manufacturing: Missing Link in Corporate Strategy. **Harvard Business Review**, v. 47, n. 3, p. 5-14, May/Jun. 1969.

SOUZA, A. A.; GUERRA, M.; LARA, C. O.; GOMIDE, P. L. R.; PEREIRA, C. M.; FREITAS, D. A. Controle de Gestão em Organizações Hospitalares. **Revista de Gestão USP**. São Paulo, v. 16, n. 3, p. 15-29, julho-setembro 2009.

TAJFEL, H. **Human groups and social categories**. Cambridge: Cambridge University Press, 1981.

TARABOULSI, A. **Administração da hotelaria hospitalar**. São Paulo: Atlas; 2003.

TOMEI, P. A. **A Inveja nas Organizações**. São Paulo: Makrom Books, 1994.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TURNER, J. C. et al. **Rediscovering the social group: a self-categorization theory**. Oxford: Basil Black-Well, 1987.

VARELA, J.; CRAYWINCKEL, G.; ESTEVE, M.; PICAS, J. M. Implicación de los médicos en la gestión basada en el profesionalismo y en el liderazgo de equipos multidisciplinares. **Medicina Clínica**. Barcelona, 134 (1), 2010.

VENDEMIATTI, M.; SIQUEIRA, E. S.; FILARDI, F.; BINOTTO, E.; SIMIONI, F. J. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15, Supl. 1: 1301-1314, 2010.

WEBER, B. T. Identidade e corporação médica no sul do Brasil na primeira metade do século XX. **Varia Historia**: Belo Horizonte, vol. 26, n. 44, p. 421-435, jul./dez. 2010.

WEICK, K. A liderança como confirmação da dúvida. In: BENNIS, W. et al. **O futuro da liderança**. São Paulo: Futura, 2001. p. 106 – 118.

ZANELLI, J. C.; SILVA, N. **Interação Humana e Gestão**: a construção psicossocial das organizações de trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Identificação do sujeito de pesquisa: *Gestores médicos*

Identificação do local da pesquisa: *Hospitais membros da ANAHP*

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “*Saber e ser médico e o desafio de ser gestor: a prática dialógica dos gestores médicos*”, sob responsabilidade do (s) pesquisador (es) *Maiane Bertoldo Lewandowski*, do curso de *Mestrado Profissional em Gestão e Negócios* da Instituição *Unisinos*.

Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Peça orientação quantas vezes for necessário para esclarecer todas as suas dúvidas. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Qual é o motivo e qual o objetivo deste estudo?

Você está sendo convidado (a) a participar deste estudo porque, *pela sua função e atividade na estrutura organizacional desse hospital, sua entrevista torna-se fundamental para o atendimento dos objetivos propostos.*

O objetivo deste estudo é *identificar e analisar os elementos necessários à preparação dos médicos e das organizações hospitalares nas situações onde os primeiros são designados a funções executivas. Para o cumprimento desse objetivo, será necessário: 1) discutir o papel profissional do gestor médico, especialmente no que tange a ampliação da identidade profissional; 2) compreender o processo de “empoderamento” dos médicos nas funções executivas; 3) analisar a integração do gestor médico na cultura das instituições hospitalares; 4) sinalizar fatores que contribuam para retenção e o desempenho dos médicos nas funções executivas.*

Descrição dos procedimentos do estudo:

Aproximadamente mais *20* pessoas como você participarão do estudo.

Se você concordar em participar deste estudo, *participará de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, tendo como estratégia a pesquisa de campo. A técnica de coleta será entrevista em profundidade, com duração aproximada de 1h, a ser realizada nos hospitais, onde os gestores médicos atuam. As entrevistas serão gravadas e registradas, mediante seu consentimento. A análise dos dados será realizada por meio da análise de conteúdo, através do software NVivo.*

A duração do estudo é estimada em *doze meses, encerrando em fevereiro de 2014, quando a dissertação será entregue à coordenação do curso.*

Quais são os possíveis benefícios de participar?

Não há previsão de benefício imediato decorrente de sua participação neste estudo.

Entretanto há previsão que os resultados do estudo ajudem na identificação dos elementos necessários à preparação dos médicos sob a ótica dos profissionais e das instituições e permitirá subsidiar programas de formação de médicos que almejam ocupar posições executivas, contribuindo diretamente em processos de gestão de pessoas (atração e retenção de médicos).

E se eu desistir do estudo?

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária, ou seja, você somente participa se quiser. Você pode desistir da participação em qualquer momento, sem que isto acarrete em multa nem outra penalidade qualquer.

Situações para encerramento precoce do estudo

Se for verificada a necessidade de suspender, interromper ou cancelar o estudo antes do previsto por questões técnicas, os motivos para a descontinuação serão informados ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e o encerramento se dará apenas após autorização do CEP. Você será imediatamente informado em caso de descontinuação.

Novas Informações

Quaisquer novas informações que possam afetar a sua segurança ou influenciar na sua decisão de continuar a participar do estudo serão fornecidas a você por escrito. Se você decidir continuar neste estudo, terá que assinar um novo (revisado) termo de consentimento informado para documentar seu conhecimento sobre novas informações.

Como meus dados pessoais serão utilizados?

Todas as informações colhidas e/ou resultados serão analisados em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) de sua identidade a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados.

As informações serão tratadas por grupos de respondentes: Gestores médicos em nível estratégico - Presidência/Superintendência; Gestores médicos em nível tático - Diretoria; Gestores médicos em nível operacional - Gerência/Coordenação.

Seus dados serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão armazenados *com o pesquisador até o término da pesquisa.*

Os resultados desta pesquisa serão disponibilizados para publicação, sendo seus resultados favoráveis ou não, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

A quem eu devo procurar se precisar de mais informações ou de alguma ajuda?

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O responsável pelo estudo nesta instituição é **Maiane Bertoldo Lewandowski** que poderá ser encontrado *no Recursos Humanos* ou nos respectivos telefones: 3230-2061 / (51) 9983-6809.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste hospital, através do telefone (51) 3230-6087 em horário comercial ou pelo e-mail cep.ucmd@maededeus.com.br.

Declaração de consentimento

Concordo em participar do estudo intitulado “*Saber e ser médico e o desafio de ser gestor: a prática dialógica dos gestores médicos*”.

Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Tive oportunidade de perguntar sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para decidir não participar desta pesquisa, sem nenhum prejuízo ou represália de qualquer natureza.

Estou ciente que receberei uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim, pela pessoa que realizou a discussão sobre o termo de consentimento e quando aplicável pela testemunha e/ou representante legal.

Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais.

Assinatura do voluntário

Data

Nome do voluntário (letra de forma)

Assinatura do pesquisador responsável pelo estudo

Data

Nome do responsável pelo estudo (letra de forma)

APÊNDICE B – DESENHO GERAL DE PESQUISA

(continua)

OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	UNIDADES DE ANÁLISE	AUTORES	ROTEIRO DE ENTREVISTA	MÉTODO
Identificar e analisar os elementos necessários à preparação dos médicos e das organizações hospitalares nas situações onde os primeiros são designados a funções executivas.	1. Analisar a integração do gestor médico na cultura das instituições hospitalares, apreendendo todas as “tensões” envolvidas.	<p>GESTÃO EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES</p> <p>O gestor médico como ator nas organizações hospitalares, considerando as diferenças dessas em relação a outras organizações</p>	<p>BANSAL (2001); BERNARDES <i>et al.</i> (2010); CASTELAR <i>et al.</i> (2003); CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG (2009); COLAUTO; BEUREN (2003); GASTAL; ROESSLER, 2006. GUPTILL (2005); HANDY (1993); HAYES <i>et al.</i> (2008); LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009; LIMA; BARBOSA (2001); MINTZBERG (1995); NEIRA (2000); RAMOS-CERQUEIRA (2002); RUTHES; CUNHA, 2007; SCHIESARI; KISIL (2003); SEIXAS; MELO (2004); SILVA (2011); SKINNER (1969); SOUZA <i>et al.</i> (2009); VARELA <i>et al.</i> (2010).</p>	<p>1. O que o médico valoriza enquanto ator que pertence a uma instituição hospitalar? 2. Como você avalia o papel do médico gestor nas instituições hospitalares? 3. Quais situações institucionais demarcam essa nova função como gestor? 4. Quais os principais desafios para o gestor médico?</p>	<p>Pesquisa de caráter exploratório, tendo como estratégia a pesquisa de campo. Foram realizadas entrevistas qualitativas, semi-estruturadas, com 21 gestores médicos que atuam em instituições hospitalares ligadas à ANAHP, em quatro Estados brasileiros: RS, SP, MG e DF. Todas as entrevistas realizadas foram gravadas em áudio, transcritas para texto e categorizadas, sendo organizadas e analisadas por meio do <i>software</i> de pesquisa qualitativa NVivo 10®.</p>
	2. Compreender e analisar o processo de “empoderamento” dos médicos nas funções executivas.	<p>LIDERANÇA MÉDICA EXECUTIVA EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES</p> <p>O processo de liderança dos gestores médicos alicerçado na integração dessas duas instâncias repleta de significados no contexto hospitalar.</p>	<p>AGOSTINHO (2003); BOSSIDY; CHARAN (2005). CABRAL; SEMINOTTI (2009); DE RUE; ASHFORD (2010); GOMES; CARDOSO; CARVALHO (2000); HUMPHREYS <i>et al.</i> (2010); JUNIOR; MEDEIROS; LIMA (2007); KERNBERG (2000); MORIN (2007); RAMOS-CERQUEIRA; LIMA (2002); RUGG-GUNN (2011); SCHEIN (2009); SLVA <i>et al.</i> (2009); TOMEI (1994); WEICK (2001).</p>	<p>5. Como você avalia a sua atuação como gestor médico frente a equipe, pares, outros gestores e superintendentes? 6. O que mudou na relação entre esses atores a partir do momento que passou a ser médico gestor? 7. Quem o reconhece/Como se deu o processo de reconhecimento enquanto médico gestor? 8. O que fazer para ser legitimado/reconhecido como médico gestor?</p>	<p>Para discussão e interpretação dos dados de pesquisa, utilizou-se a análise de conteúdo, englobando a análise textual discursiva.</p>

	<p>3. Discutir o papel profissional do gestor médico, especialmente no que tange a ampliação da identidade profissional.</p>	<p>IDENTIDADE PROFISSIONAL DO GESTOR MÉDICO</p> <p>O "ser médico" e "ser gestor" como identidade revisitada nas instituições hospitalares.</p>	<p>BALANDIER (1976); CAMPOS (2000); COSTA (2007); DUTRA (2010); FERNANDES; MARQUES; CARRIERI (2009); GUATTARI; ROLNICK (1986); IBARRA (2009); MORIN (2009); SERRES (1995); TAJFEL (1981); TURNER <i>et al.</i> (1987); WEBER (2010).</p>	<p>9. Como foi o processo de decisão da função de gestão? Foi uma seleção ou convite? 10. O que foi determinante para sua decisão? O que mais influenciou no aceite? 11. Ser gestor era um direcionamento de carreira desejado, desde a escolha da medicina? Se não, em qual momento ocorreu? 12. Continua atuando como médico? Se sim, motivado por quais fatores? 13. O que significa para você "ser médico" 14. O que significa para você "ser gestor"?</p>	<p>Pesquisa de caráter exploratório, tendo como estratégia a pesquisa de campo. Foram realizadas entrevistas qualitativas, semi-estruturadas, com 21 gestores médicos que atuam em instituições hospitalares ligadas à ANAHP, em quatro Estados brasileiros: RS, SP, MG e DF. Todas as entrevistas realizadas foram gravadas em áudio, transcritas para texto e categorizadas, sendo organizadas e analisadas por meio do <i>software</i> de pesquisa qualitativa NVivo 10®.</p>
	<p>4. Sinalizar fatores que contribuam para retenção e o desempenho dos médicos nas funções executivas.</p>	<p>GESTÃO ESTRATÉGICA DE PESSOAS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES</p> <p>Formação e desenvolvimento dos gestores médicos como processo estratégico</p>	<p>BICHUETTI (2011); CHARAN (2008); DUTRA (2013); LEE (2010); MALIK (2009); MARIOTTI (2010); MARTINI (2010); PACHECO <i>et al.</i> (2005); REBOCHO; SEMEDO; SANTOS (2011); SAPIRO; DALPOZZO; BARBOSA (2008); VENDEMIATTI (2010); ZANELLI; SILVA (2008).</p>	<p>15. Na sua percepção, como você avalia a capacidade dos hospitais em atrair, desenvolver e reter os gestores médicos? O que deveria ser feito? 16. Como ocorre a preparação dos médicos para assumir essa posição? 17. O que você fez (e está fazendo) para se preparar para essa função? 18. O que o médico deve desenvolver para ser um gestor?</p>	<p>Para discussão e interpretação dos dados de pesquisa, utilizou-se a análise de conteúdo, englobando a análise textual discursiva.</p>

