

O Papel do Dirigente Hospitalar: a Percepção de Diretores de Hospitais Universitários vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior

Autoria: Bárbara do Nascimento Caldas, Ana Maria Malik

RESUMO

O trabalho apresenta os resultados de uma pesquisa realizada com dirigentes de Hospitais Universitários vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (HU/IFES) no Brasil, no segundo semestre de 2007. Foram considerados os 45 hospitais que fazem parte dessa categoria, a cujos Diretores Geral, Clínico e Administrativo (ou seus equivalentes) foi enviado, por meio eletrônico, um instrumento de pesquisa. Neste instrumento caracterizaram-se esses dirigentes e a maneira pela qual eles viam alguns papéis gerenciais tradicionalmente considerados na literatura. Dos respondentes da pesquisa, 75,76% são do sexo masculino e aproximadamente 90% têm idade superior a 40 anos. Todos os Diretores Gerais e Diretores Clínicos são médicos, sendo que um dos Diretores Gerais possui também graduação em Administração. As profissões dos Diretores Administrativos foram médico, administrador, economista, engenheiro, farmacêutico, contabilista, advogado. Um não tinha curso superior. Todos os respondentes consideravam que fazia parte de sua atividade a motivação dos seus subordinados. A área que menos dirigentes consideravam sua responsabilidade foi a de promover a comunicação interna. Praticamente todos declararam exercer atividades além da de dirigente de HU/IFES.

INTRODUÇÃO

O Cenário dos Hospitais Universitários

Na assistência médico-hospitalar a atenção, o ensino e a pesquisa são interdependentes. Um sistema de saúde não pode existir sem profissionais educados e atualizados nos conhecimentos mais recentes e nas técnicas mais modernas, obtidos por meio de pesquisa. Ao mesmo tempo, ensino e pesquisa necessitam das instalações do sistema de saúde como cenário para o seu desenvolvimento (MCKEE; HEALY, 2002).

Desde o início do século XXI no Brasil hospitais privados têm se dedicado a esta atividade, que nos EUA já é desenvolvida há décadas pelos serviços considerados de referência internacional (FIORENTINI, 2005). Em nosso país, porém, os Hospitais de Ensino (HE) são componentes estratégicos no sistema de saúde, pois afetam diretamente a qualidade dos profissionais formados e indiretamente o sistema de saúde como um todo (MCKEE; HEALY, 2002).

Segundo Médici (2001), os HE representam uma parcela importante do gasto total com saúde. Ao utilizarem alta tecnologia e desenvolverem ensino e pesquisa, seu peso na despesa com saúde é o dobro de sua participação no volume de atendimento e nem sempre seus orçamentos são considerados suficientes por seus gestores (PADILHA, 1997). São, de fato, hospitais caros. Apesar de mantidos, em sua maioria, por verbas públicas, esses hospitais cresceram agindo de forma independente, distantes do perfil epidemiológico das populações e dominados pelos interesses dos médicos docentes, quase sempre especialistas em função do modelo de ensino de profissionais de saúde corrente no Brasil (FEUERWERKER, 2002).

Nas duas últimas décadas do século XX, a autonomia dos hospitais universitários começou a ser reduzida, pelo menos nos países desenvolvidos. Ali os hospitais passaram a assumir funções definidas nos sistemas de saúde e a se subordinar, progressivamente, à lógica desses sistemas (MÉDICI, 2001), funcionando de acordo com seu papel consagrado na teoria:

o de serviços de referência, para onde se encaminha os doentes mais graves ou de diagnóstico e/ou tratamento mais complexo.

No caso brasileiro, a primeira estratégia com o intento de integrar os HE ao SUS (Sistema Único de Saúde) foi a criação, já em 1991, pela instância federal de financiamento do sistema, do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS). Durante a década de 90 e os primeiros anos de 2000 o FIDEPS sofreu diversas alterações, por meio de Portarias que visavam à adaptação desse incentivo à realidade do conjunto de HE e aos objetivos do programa. No entanto, esse fator de incentivo não serviu para estimular nem fortalecer as atividades de ensino e pesquisa para o SUS, pois seus recursos acabaram sendo incorporados ao custeio dos hospitais, em uma tentativa de contornar problemas financeiros de natureza variada (BRASIL. MS, 2004).

Em 2003 foi instituída, por meio da Portaria Interministerial MS-MEC-MCT-MPOG nº 562, de 12 de maio de 2003, uma Comissão Interinstitucional para a reestruturação dos Hospitais de Ensino, com o objetivo de avaliar e diagnosticar a situação desses hospitais no Brasil, visando à reorientação e/ou reformulação da política para o setor. O trabalho dessa Comissão teve 2 eixos: o primeiro foi a revisão dos critérios e do processo de certificação dos hospitais como HE. O segundo refere-se à modalidade de financiamento a que os hospitais certificados como de ensino fariam jus.

Após a publicação dos requisitos para a certificação foram criados Programas de Reestruturação dos Hospitais de Ensino. O primeiro foi o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde (Portaria MEC-MS nº 1.006 de 27 de maio de 2004), que engloba os HU vinculados às IFES. Meses depois foi criado o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS (Portaria GM/MS nº 1.702 de 17 de agosto de 2004) que abrange os demais hospitais de ensino, públicos e privados (BRASIL. MS, 2004).

Por meio desses instrumentos, os hospitais de ensino são estimulados a aderir a um processo de contratualização onde é redefinido seu papel na rede de serviços e são estabelecidas metas de produção e de qualidade, correspondendo a um orçamento global, substituindo o tradicional sistema de pagamento por procedimento (SIH/SUS). Mediante tal processo, estes hospitais se dispõem a cumprir um novo papel na rede assistencial da região onde se situam (pactuado com o gestor local, com interveniência do MS e MEC). Em contrapartida, passam a receber recursos sob a forma de orçamento global para efeitos de financiamento das internações hospitalares realizadas, acrescidos do pagamento por procedimentos no que tange à produção de alta complexidade.

A revisão da certificação dos hospitais considerados como de ensino e o novo modelo de financiamento baseado num Contrato de Metas são passos considerados necessários para a modificação da posição dos HE no sistema de saúde local/regional, mas não são condições suficientes para garantir tal mudança. Torna-se imprescindível uma transformação no âmbito dos HE com a redefinição de suas missões e de seus valores, bem como a introdução de novos mecanismos de gestão de operações e de gerenciamento da qualidade dos serviços prestados.

Os diretores dos HE são atores relevantes para o sucesso ou não da política definida para este segmento de hospitais, negociando as metas com o gestor local, difundindo internamente ao hospital os objetivos institucionais, viabilizando as mudanças necessárias e apresentando os planos e resultados da organização aos gestores locais e à comunidade. Considerando que a função básica da gerência é direcionar os esforços de uma organização para a obtenção de seus objetivos (ZUCKERMAN et al, 2000) e que a competência gerencial é um fator determinante do desempenho de serviços de saúde (FINE, 2002 apud SHEWCHUK, 2005), num ambiente onde a educação continuada é a norma para todo tipo de gestor, público e privado, cabe perguntar se os diretores de Hospitais de Ensino estão preparados para o desempenho de seu papel como gerentes.

OBJETIVO

Identificar a percepção dos profissionais que ocupam cargos de Direção nos Hospitais Universitários vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior, no segundo semestre de 2007, acerca de um conjunto de papéis e responsabilidades apresentados na teoria como inerentes à atividade gerencial.

REFERENCIAL TEÓRICO

O papel e o trabalho gerencial

O que faz o dirigente de uma organização? Essa foi a pergunta que norteou pesquisa clássica de Mintzberg (1973) acerca do trabalho realizado por 5 dirigentes. Utilizando uma observação estruturada do seu cotidiano, o autor analisou as atividades comuns aos gerentes e propôs um modelo que contemplava 10 papéis por eles desempenhados. O autor usa como definição de papel aquela de Sabin e Allen (1968 apud MINTZBERG, 1973): um conjunto organizado de comportamentos referentes a um cargo ou posição. O autor afirma ainda que a personalidade do gerente pode afetar a forma como um papel é desempenhado, mas não o fato dele ser ou não desempenhado.

O ponto de partida da análise de Mintzberg é a posição do dirigente na organização. Essa posição define um poder formal. A partir da autoridade e do *status* vinculados a tal poder surge o primeiro grupo de papéis, os *papéis interpessoais*, que podem ser decompostos em: **Representante** (*figurehead*). O gerente tem o dever de representar sua organização em todos os tipos de formalidade.

Líder. Define a relação do gerente com seus subordinados, motivando-os, treinando-os e coordenando suas atividades.

Elemento de ligação. Conecta a organização com o meio externo, por meio da interação com seus pares e outras pessoas externas a ela, para obter informações e favores.

Os papéis interpessoais colocam o gerente em uma posição privilegiada para a obtenção de informações. Como resultado dessa dinâmica, ele ocupa o ponto central de um sistema (formal e informal) de informações organizacionais. Com isso ele desempenha os *papéis informacionais*, a saber:

Monitor. Identifica o gerente como receptor e coletor de informações, permitindo maior compreensão da organização e do meio externo.

Disseminador. Transmite informações recebidas de pessoas externas à organização ou de membros da organização. Algumas informações são fatos e outras envolvem a interpretação e a integração de dados e de diversos valores organizacionais.

Porta-voz. Transmite informação para o ambiente externo sobre os planos, políticas, ações e resultados da organização. Atua como uma referência no setor em que a organização age.

O acesso privilegiado à informação e sua autoridade colocam o gerente num ponto central do sistema para a tomada de decisões, o que leva ao último grupo de papéis gerenciais, os *papéis decisórios*:

Empreendedor. Busca oportunidades, na organização e no ambiente, para iniciar projetos de melhoria e de mudança. Esse papel encerra um forte componente pró-ativo.

Gerente de conflitos. Responsável por tomar ações corretivas quando algo inesperado ocorre e ameaça a organização. Ao contrário do papel anterior, encerra um componente reativo.

Alocador de recursos. Responsável pela alocação de todo tipo de recursos da/na organização. Inclui atividades de elaboração de escalas de trabalho, de orçamentos e da

própria agenda do dirigente. Mintzberg lembra que a alocação de recursos é o coração do sistema de efetivação da estratégia organizacional.

Negociador. Responsável por representar a organização nas grandes negociações.

O autor afirma, em relação aos 10 papéis dos dirigentes por ele estudados, que:

- cada papel é observável;
- todos os contatos e correspondências dos 5 executivos estudados foram considerados no estabelecimento dos papéis, e;
- os papéis são descritos individualmente, mas não podem ser isolados uns dos outros.

Rosemary Stewart (1976, 1982 apud AZEVEDO, 1995) apresenta um modelo, resultado de suas investigações, que considera a flexibilidade no trabalho e as variações no comportamento dos gerentes. A autora questiona as conclusões de Mintzberg quanto às semelhanças no trabalho gerencial e propõe um modelo que traz 3 categorias fundamentais: **demandas**, aquilo que o gerente deve fazer; **restrições**, fatores internos ou externos à organização que limitam a atuação do gerente; e **escolhas**, atividades que não são obrigatórias. Assim, configuram-se possibilidades de realizar diferentes trabalhos, de maneiras distintas.

O trabalho de Stewart evidencia as diferenças individuais na dinâmica do trabalho gerencial, pois cada indivíduo tem suas próprias demandas, isto é, aquilo que pensa que deve ser feito, suas próprias restrições, ou seja, preconceitos, falta de habilidade ou de conhecimentos, e sua própria percepção das escolhas.

Em 2008 estas definições de papel continuam atuais, pois alguns dos assuntos levantados passaram a ser cada vez mais percebidos como críticos na atividade de gestão: informação/comunicação, gestão de pessoas/equipes. Quanto ao processo de tomada de decisões, por definição cabe ao executivo desempenhar o papel de responsável por ele, seja perante o Conselho, seus colaboradores e a comunidade onde está inserido. Termos norte-americanos como *accountability* e *reliability* estão cada vez mais incorporados às avaliações realizadas quando da discussão contemporânea sobre sustentabilidade organizacional.

O papel e o trabalho do dirigente hospitalar

A administração em saúde é considerada por alguns teóricos como uma carreira à parte, apesar de incorporar conhecimentos de diversas disciplinas tradicionais da administração e de outras áreas do conhecimento (SHORTELL; KALUZNY, 2000).

Segundo Shortell e Kaluzny (2000), as organizações de saúde e seus gerentes têm 4 grandes funções. O cumprimento de cada função, corresponde ao desempenho de um conjunto de papéis e responsabilidades, apresentado a seguir:

Motivar e liderar pessoas e grupos por intermédio da satisfação de valores e necessidades individuais, da determinação da direção a seguir e do estímulo à cooperação;

Operar o sistema técnico por meio da determinação de estrutura de trabalho adequada, do estabelecimento da comunicação e de mecanismos de coordenação e do exercício da influência política. Nessa lógica, Feuerwerker e Cecílio (2007) apontam que um importante desafio para gerentes no hospital é conseguir a adequada coordenação do conjunto “diversificado, fragmentado e especializado” de atos de cuidadores individuais, na busca de um cuidado eficaz e de qualidade. Já Dussault (1992) e Cecílio (1997) afirmam que compreender a dinâmica dos poderes dentro do hospital é fundamental para o trabalho dos gerentes em saúde, não só na definição dos papéis que devem ser desempenhados, mas também para saber quais mecanismos de coordenação melhor se aplicam a essa realidade.

Renovar a organização utilizando a estrutura organizacional adequada, adquirindo recursos e gerenciando o ambiente, gerenciando a mudança e cumprindo metas. No contexto dos Hospitais de Ensino tal função é potencializada pelo caráter de desenvolvimento de tecnologias no cuidado em saúde reservado para esse conjunto de hospitais. A questão do

cumprimento de metas ganha destaque no contexto presente dos Hospitais de Ensino, já que o Contrato de Metas entre o gestor local de saúde (Secretário Municipal e/ou Estadual de Saúde) e o hospital, representado por sua Direção, é o instrumento inovador e central na atual política (desde 2005) para este segmento.

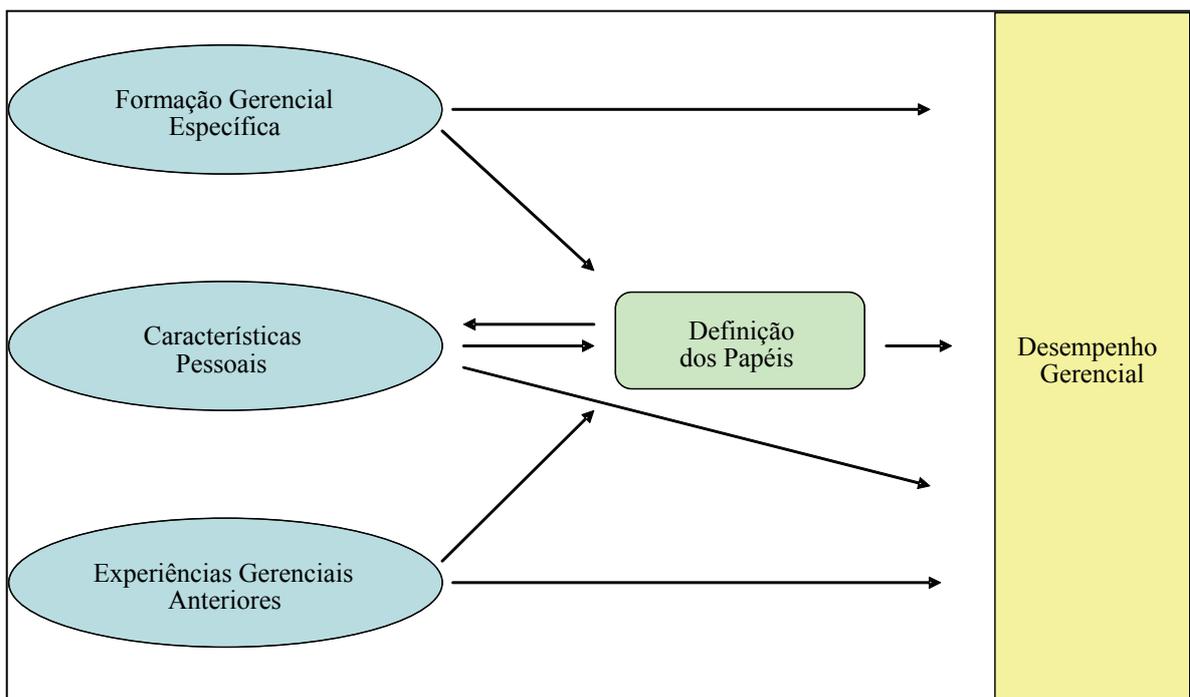
Prever o futuro por meio de uma gestão estratégica e da antecipação do futuro.

Tentando compreender os fatores que influenciam o desempenho gerencial

O presente estudo se ocupa da competência gerencial relativa à implementação efetiva do papel definido para o conjunto de Hospitais de Ensino, de acordo com o estabelecido pelo Programa de Reestruturação para este segmento.

A bibliografia levantada para a realização deste trabalho abrangeu estudos organizacionais, recursos humanos e gestão e planejamento em saúde. A origem desses textos variou desde a abordagem geral de gestão até assuntos específicos da área da saúde. Neste caso, ainda, o ano da realização dos textos estudados, principalmente os de saúde, traz um viés relevante, pois os chamados Hospitais Universitários se tornaram objeto prioritário de política a partir de 2005.

Para a melhor compreensão dos fatores que influenciam o desempenho dos profissionais em cargos de gestão foi desenvolvido um modelo, apresentado no Esquema 1. Ele não encerra todos os determinantes da *performance* gerencial, mas serve como guia na condução do estudo.



Esquema 1 - Fatores influenciadores no desempenho gerencial

Fonte: Elaboração própria

O Esquema acima considera os 3 eixos sugeridos por Le Bortef (1994 apud FLEURY; FLEURY, 2006): a formação da pessoa (sua biografia e socialização), sua formação educacional e sua experiência profissional. As expressões foram alternadas para adaptá-las ao contexto do trabalho gerencial. Além disso, a expressão “características pessoais” pareceu mais adequada e mais abrangente que “formação da pessoa”, incluindo aspectos como a personalidade, por exemplo. A peculiaridade de cada indivíduo no desempenho da função gerencial também foi ressaltada no modelo proposto por Stewart (1976, 1982 apud

AZEVEDO, 1995). Ainda segundo Le Bortef, competência é o conjunto de aprendizados sociais e comunicacionais. Logo, as experiências profissionais contribuem não apenas com o conhecimento técnico, mas também para um conhecimento social.

Além dos 3 fatores descritos ainda há um elemento intermediário que influencia a *performance*: a definição dos papéis a serem desempenhados (MINTZBERG, 1973; SHORTELL; KALUZNY, 2000), como um guia para a ação gerencial. Este é um elemento intermediário, pois é consequência da formação educacional, das experiências profissionais e das características pessoais. Por sua vez, a adequada definição de papéis não é suficiente para assegurar impacto positivo no trabalho gerencial, pois é necessário que o profissional disponha das habilidades para desempenhar o conjunto de papéis e responsabilidades definido.

Resumindo, quando existe uma formação gerencial específica, há maior chance para o sucesso no desenvolvimento do papel de dirigente, bem como uma definição de papel mais próxima daquela apontada pela literatura. No entanto, um gerente pode ter claro qual deve ser seu papel, mas não conseguir desempenhá-lo em decorrência de suas características pessoais. As experiências gerenciais anteriores também contribuem, como um conhecimento tácito que influencia a competência.

Não é intenção deste trabalho inferir sobre a competência ou não dos profissionais ocupantes dos cargos de Direção dos hospitais. Buscou-se obter a percepção destes profissionais sobre um conjunto de papéis e responsabilidades definidos com base na literatura, entendendo que esse conjunto influencia o desempenho gerencial. Complementando a pesquisa, foram levantados dados sobre suas experiências profissionais e sua formação na área da gestão, já que estas variáveis também têm o potencial de gerar impacto na *performance* gerencial.

METODOLOGIA

A presente pesquisa se restringe ao conjunto dos Hospitais Universitários vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (HU/IFES).

Foi realizado levantamento em sítios oficiais, incluindo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE) e as IFES e/ou os HU/IFES. Com base nos dados recolhidos foi definido o grupo de respondentes potenciais para o instrumento de pesquisa. Inicialmente foram identificados 45 HU/IFES, porém 3 unidades foram excluídas do universo da pesquisa, tendo em vista a inexistência de unidade de internação no HU (em dois casos) e a ausência de inscrição no CNES (1). Outra informação obtida na pesquisa dos sítios oficiais das IFES e/ou HU/IFES refere-se à estrutura da Direção dessas unidades. A estrutura mínima comum a todas as unidades é composta por um(a) Diretor(a) Geral ou Superintendente, um(a) Diretor(a) Clínico(a) ou responsável pela área assistencial e um(a) Diretor(a) Administrativo(a) ou responsável pela área administrativa. Multiplicando o número de HU do universo (42) pelo número de respondentes por unidade (3) obtivemos um total de 126 respondentes em potencial.

O instrumento de coleta de dados foi desenvolvido especialmente para esta pesquisa. Teve como base revisão da bibliografia na área de Saúde Pública e Administração em Saúde e inclui livros e artigos publicados no âmbito nacional e internacional, bem como teses e dissertações no âmbito nacional. Tentou-se obter a percepção de executivos do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde sobre o que se imaginava que fosse o perfil dos dirigentes de Hospitais Universitários, mas, embora tivesse sido possível realizar a entrevista, não se conseguiu obter esta informação.

O questionário foi dividido em 3 seções: a primeira se ocupa do HU e do cargo do respondente, a segunda visa levantar a opinião do respondente acerca do seu trabalho gerencial e a terceira se ocupa do levantamento do perfil profissional do respondente.

O questionário foi enviado no segundo semestre de 2007 aos endereços eletrônicos dos Diretores selecionados. Como não foi possível obter uma relação completa desses endereços, o instrumento terminou por ser diretamente enviado para 58 Diretores (46% dos possíveis). Os demais foram encaminhados de outras formas, mostrando limitações do mecanismo eletrônico. A ABRAHUE (Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino) teve interesse em auxiliar no envio dos questionários, permitindo aumentar o índice de respostas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quem são os respondentes da pesquisa

Ao todo, 33 profissionais responderam o questionário, o que corresponde a 26% dos 126 diretores definidos como universo da pesquisa. Vinte e cinco dos 42 HU selecionados para o envio do questionário apresentaram pelo menos 1 profissional que o respondeu, o que corresponde a aproximadamente 60% dos hospitais do universo da pesquisa. Dessas 25 unidades, 6 HU apresentaram 2 respondentes. Em apenas 1 HU os 3 Diretores possíveis responderam à pesquisa. O grupo de respondentes foi composto por 17 Diretores Gerais ou Superintendentes (40% do total de ocupantes desses cargos), 6 Diretores Clínico ou responsáveis pela área assistencial (14% do total) e 10 Diretores Administrativos ou responsáveis pela área administrativa (24% do total de Diretores Administrativos) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais dirigentes de HU/IFES respondentes da pesquisa segundo cargo ocupado. Brasil, 2007.

Cargo ocupado	Selecionados	Respondentes	Percentual
Diretor(a) Geral	42	17	40,48%
Diretor(a) Clínico(a)	42	6	14,29%
Diretor(a) Administrativo(a)	42	10	23,81%
Total	126	33	26,19%

Fonte: Dados trabalhados pelas autoras.

A diferença encontrada na proporção entre os Diretores pode ser justificada pela dificuldade de acesso ao endereço eletrônico dos Diretores Clínicos e Administrativos, pois a lista fornecida pela ABRAHUE limitava-se aos dados das Direções Gerais e muitos dos sítios oficiais pesquisados não disponibilizavam essa informação. Além disso, é possível que parte dos Diretores ou daqueles que receberam as mensagens eletrônicas não as tenham encaminhado para os demais, apesar de solicitação explícita. Outra possibilidade de interpretação desse índice de respostas pode ser o fato de os Diretores da área assistencial não considerarem relevante estudar o conhecimento gerencial, por considerarem sua importância muito menor que a da assistência propriamente dita.

Dos 33 dirigentes respondentes da pesquisa, 75,76% (25) são do sexo masculino. Aproximadamente 90% (29) têm idade superior a 40 anos, dos quais 42,42% (14) estão na faixa entre 50 e 59 anos. Todos os Diretores Gerais (17) e Diretores Clínicos (6) são médicos, sendo que um dos Diretores Gerais possui também graduação em Administração. O grupo de Diretores Administrativos apresenta graduados em Medicina (2), Administração (2),

Economia (1), Engenharia (1), Farmácia (1), Contabilidade (1) e Direito (1) . Um dos Diretores Administrativos não tem curso superior. Apesar do tempo decorrido, estes achados são semelhantes àqueles encontrados em pesquisas anteriores, realizadas em hospitais públicos do município do Rio de Janeiro na primeira metade dos anos 90 (AZEVEDO, 1995) e das regiões metropolitanas do Rio de Janeiro e de São Paulo no final dos anos 90 (COSTA et al., 2000).

Em relação ao tempo de formado, 75,76% (25) dos Diretores se graduaram há 21 anos ou mais, o que demonstra experiência profissional. Os Diretores Administrativos são aqueles com menor tempo de formados. A maioria dos Diretores respondentes (75,76%) atua há mais de 21 anos no serviço público, evidenciando familiaridade desses profissionais com as características do setor. A vivência relativamente menor de serviço público por parte dos Diretores Administrativos que responderam o questionário pode estar relacionada com sua concentração em faixas etárias mais baixas que os demais Diretores. Os Diretores respondentes têm experiência na Universidade e especificamente dentro dos HU, podendo essa variável ser considerada um facilitador para a gestão. Com relação ao período em que os Diretores respondentes atuam na administração em saúde, a Tabela 2 traz o ponto entre 5 e 6 anos como uma linha que grosseiramente divide esse grupo ao meio.

Tabela 2 - Distribuição dos profissionais de HU/IFES respondentes da pesquisa segundo tempo como administradores em saúde. Brasil, 2007.

Tempo como adm. saúde	Diretor(a) Geral	Diretor(a) Clínico(a)	Diretor(a) Administrativo(a)	Total
Menos de 1 ano	5,88% (1)	16,67% (1)	0,00% (0)	6,06% (2)
De 1 a 5 anos	41,18% (7)	50,00% (3)	40,00% (4)	42,42% (14)
De 6 a 10 anos	41,18% (7)	33,33% (2)	40,00% (4)	39,39% (13)
De 11 a 15 anos	5,88% (1)	0,00% (0)	10,00% (1)	6,06% (2)
De 16 a 20 anos	0,00% (0)	0,00% (0)	10,00% (1)	3,03% (1)
21 anos ou mais	5,88% (1)	0,00% (0)	0,00% (0)	3,03% (1)

Fonte: Dados trabalhados pelas autoras.

Reunindo as informações referentes ao tempo de formado, tempo na Universidade, tempo no HU e tempo como administrador em saúde, percebemos que elas podem apontar um movimento comum em diversas organizações: a migração de um profissional técnico para a carreira gerencial sem que ele esteja necessariamente preparado para isso (DUTRA, 2004; MINTZBERG, 1997; BARBOSA, 1996, VECINA NETO; MALIK, 1993).

Todos os Diretores Gerais que responderam a pesquisa são docentes da IFES à qual o HU é vinculado. Com relação aos Diretores Clínicos, 66,67% são docentes e 33,33% não, sendo que essa relação se inverte quando se toma os Diretores Administrativos. Assim como nos estudos de Azevedo (1995) e Costa et al. (2000), aproximadamente metade dos respondentes da pesquisa (17) realizou algum curso de pós-graduação em gestão em saúde, em sua maioria (13) um curso de especialização. Considerando atuação anterior em posições gerenciais, apenas 15,15% dos diretores respondentes afirmaram ser esta sua primeira experiência gerencial. Apesar de ser um número baixo (5), chama a atenção que profissionais assumam um cargo de tamanha importância, dada a complexidade dos HE, seu papel estratégico no sistema de saúde, sua relevância na formação dos profissionais de saúde e seus custos elevados, sem experiência prévia.

O último tópico para caracterização profissional dos diretores respondentes da pesquisa é a análise do desenvolvimento ou não de outras atividades concomitantes à função gerencial no HU (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos profissionais de HU/IFES respondentes da pesquisa segundo o desenvolvimento ou não de outras atividades concomitantes à função gerencial. Brasil, 2007.

Atividades concomitantes à função gerencial	Diretor(a) Geral	Diretor(a) Clínico(a)	Diretor(a) Administrativo(a)	Total
Dentro da Universidade	29,41% (5)	16,67% (1)	10,00% (1)	21,21% (7)
Fora da Universidade	11,76% (2)	16,67% (1)	30,00% (3)	18,18% (6)
Dentro e fora da Universidade	52,94% (9)	66,66% (4)	40,00% (4)	51,52% (17)
Não desenvolve outras atividades	5,88% (1)	0,00% (0)	20,00% (2)	9,09% (3)

Fonte: Dados trabalhados pelas autoras.

Segundo as respostas obtidas, 90% dos Diretores respondentes desenvolve uma ou mais atividades concomitantemente à função gerencial. Apenas 1 Diretor(a) Geral e 2 Diretores Administrativos afirmaram não desenvolver qualquer outra atividade ao mesmo tempo que exercem a função de dirigente de Hospitais Universitários ligados às Instituições Federais de Ensino Superior.

O que pensam os dirigentes dos HU/IFES sobre seus papéis gerenciais

A Tabela 4 sintetiza as respostas dos 33 diretores que preencheram o instrumento, de acordo com cada um dos 16 itens a respeito da função gerencial. O percentual apresentado considera o somatório das opções “concorda fortemente” e “concorda” ou “sempre” e “quase sempre” para atribuir as frequências.

Tabela 4 - Distribuição percentual da concordância dos respondentes com relação ao conjunto de papéis e responsabilidades das Direções dos HU/IFES. Brasil, 2007.

Papéis e responsabilidades das Direções dos HU	Diretor(a) Geral	Diretor(a) Clínico(a)	Diretor(a) Administrativo(a)	Total
Motivar seus funcionários	100% (17)	100% (6)	100% (10)	100% (33)
Coordenar o trabalho das equipes	94% (16)	100% (6)	100% (10)	97% (32)
Fazer negociações	100% (17)	83% (5)	100% (10)	97% (32)
Alocar recursos	65% (11)	67% (4)	100% (10)	76% (25)
Promover a comunicação interna	53% (9)	67% (4)	60% (6)	58% (19)
Conhecer a dinâmica de poderes do HU	100% (17)	83% (5)	100% (10)	97% (32)
Adequar a estrutura organizacional	94% (16)	83% (5)	90% (9)	91% (30)
Buscar novos recursos	94% (16)	33% (2)	70% (7)	76% (25)
Propor novos projetos	88% (15)	100% (6)	90% (9)	91% (30)
Viabilizar novos projetos	94% (16)	83% (5)	80% (8)	88% (29)
Cumprir metas	100% (17)	100% (6)	60% (6)	88% (29)
Definir a estratégia	94% (16)	83% (5)	70% (7)	85% (28)
Prever novos cenários	100% (17)	67% (4)	80% (8)	88% (29)
Representar o HU ou a Direção	94% (16)	67% (4)	60% (6)	79% (26)
Disseminar informações sobre HU	76% (13)	83% (5)	60% (6)	73% (24)
Participar da implantação de uma política pública	100% (17)	83% (5)	60% (6)	85% (28)

Fonte: Dados trabalhados pelas autoras.

Ao analisarmos a Tabela 4 no sentido vertical, observa-se que alguns papéis e responsabilidades não são percebidos pelo grupo de Diretores respondentes como parte do seu trabalho. Isto é particularmente claro com relação à promoção da comunicação interna (58%) e um pouco menos evidente no caso da disseminação de informações sobre o HU (73%). Essas 2 responsabilidades encontram-se relacionadas a 2 dos 3 papéis informacionais dos gerentes definidos por Mintzberg (1973), corroborando um dos diagnósticos mais comuns de disfunções nas organizações em geral, e nas de saúde em particular, de problemas na área de comunicação.

A análise da mesma Tabela no sentido horizontal traz informações sobre a distinção dos papéis e responsabilidades percebidos pelos Diretores respondentes de acordo com o cargo exercido. Os Diretores Administrativos (100%) têm a percepção de maior capacidade de alocação de recursos em relação aos demais (Diretores Gerais, 65% e Diretores Clínicos, 67%). Tal achado pode estar relacionado à compreensão de recursos como apenas, ou sobretudo, recursos financeiros, desconsiderando a alocação de pessoal ou da estrutura física,

por parte dos demais ou ainda da percepção dessa atividade como burocrática, sem componente político ou estratégico.

Os papéis e responsabilidades que apresentam caráter mais externo à organização, como o cumprimento das metas do contrato com o gestor local, a representação do HU (ou da própria Direção), a disseminação de informações sobre o HU e a participação na implantação de uma política pública, são menos percebidos como componente do trabalho dos Diretores Administrativos em comparação aos demais. Outra diferença evidenciada pela Tabela 4 é que a representação do HU ou da Direção é mais frequentemente exercida pelos Diretores Gerais (94%). Esses achados vão de encontro à idéia apresentada por Mintzberg (1997) de que deve haver uma divisão de alguns papéis entre os componentes da Direção. Os contatos e as negociações externos à unidade podem ser mais reconhecidos como pertinentes ao papel do Diretor Geral. Já os contatos e negociações internas podem ser mais presentes no trabalho dos Diretores Clínico e Administrativo.

Com relação à percepção dos Diretores sobre a influência do seu comportamento no trabalho dos demais componentes da equipe, parece não haver discordância entre os respondentes. O mesmo pode ser dito em relação à responsabilidade de coordenação dos trabalhos realizados pela equipe. Essa influência é um dos componentes do papel de líder definido por Mintzberg (1973), bem como por Shortell e Kaluzny (2000), pois ao “oferecer direção” o gerente se legitima frente a sua equipe como uma pessoa de referência. Além disso, está associada ao desdobramento da estratégia organizacional para os níveis tático e operacional, buscando efetividade e maior eficiência nas ações empreendidas.

Quase todos os Diretores respondentes percebem que as negociações são parte importante do seu trabalho. Chamou a atenção nas respostas a concentração na alternativa “concorda fortemente”, já que muitos respondentes costumam evitar a escolha de opções nos extremos da escala. Possivelmente, essa é uma das atribuições mais marcantes da função gerencial.

Entre as responsabilidades apontadas como referentes ao grupo de Diretores, a promoção da comunicação interna foi, segundo a percepção dos respondentes, aquela que apresentou menor grau de concordância, e até certa discordância. Além disso, aproximadamente 30% dos respondentes preferiram não opinar em relação a esse item. O papel disseminador do dirigente (MINTZBERG, 1973) está relacionado com a função de motivar e liderar pessoas e grupos, apontada por Shortell e Kaluzny (2000) como uma das responsabilidades dos diretores de organizações de saúde. Relaciona-se também com outra responsabilidade, a de operar o sistema técnico, estabelecendo mecanismos de comunicação (SHORTELL; KALUZNY, 2000). Qualquer tentativa de gerar mudanças dentro de uma organização depende de um processo de comunicação efetivo. Como transformar o cumprimento das metas contratadas com o gestor local em um compromisso dos profissionais das áreas envolvidas se eles, muitas vezes, nem sabem da existência de tal contrato?

Segundo as respostas dos Diretores que participaram da pesquisa, a importância de conhecer a distribuição de poderes dentro do HU na execução do seu trabalho é reconhecida. A distribuição das respostas foi semelhante àquela apresentada no item referente à importância das negociações, trazendo também grande percentual (60%) de respostas na alternativa “concorda fortemente”. Possivelmente, a semelhança na distribuição das respostas encontra-se relacionada ao fato de que negociações são feitas com atores importantes num dado cenário e tal importância está relacionada com o poder que eles encerram. Logo, o conhecimento da distribuição de poderes no HU é importante para a definição das pessoas com que e das situações em que devem negociar.

A maioria dos Diretores respondentes afirma ter capacidade de intervenção no organograma do HU para melhor adequá-lo à realidade da organização. A responsabilidade na busca de novos recursos para o HU é percebida de forma distinta entre os Diretores

respondentes. Com base na Tabela 4, percebemos que o grupo de Diretores Gerais é quase unânime em assumir essa responsabilidade. O inverso observa-se em relação aos Diretores Clínicos, que discordaram dessa afirmação ou preferiram não se pronunciar. A busca por novos recursos pode estar atrelada à proposta ou execução de projetos que, no âmbito de um HU, podem se referir à implantação de um serviço, uma linha de pesquisa ou uma linha de cuidados, entre outros. Além disso, espera-se da atuação dos HU um componente inovador, em função do desenvolvimento de novas tecnologias no cuidado e na gestão do cuidado em saúde. Por isso, a importância em saber qual a percepção dos Diretores com relação a sua responsabilidade quanto à proposição e à viabilização de projetos no hospital.

A proposição de projetos traz à baila o lado empreendedor do dirigente, que busca no hospital e no ambiente oportunidades de mudança, revelando ou não uma postura pró-ativa (MINTZBERG, 1973). Já para a viabilização de projetos, o dirigente precisa que a proposta chegue até ele. Recebida a proposta, se torna necessário reconhecer a sua relevância para o hospital, para então realizar as negociações ou reunir os recursos necessários. Ambos os movimentos (proposição e viabilização) evidenciam o dirigente como agente de mudanças e são importantes para o desenvolvimento do hospital e de seus profissionais. De acordo com a Tabela 4, notamos uma pequena diferença na percepção dos Diretores sobre a sua responsabilidade em propor e em viabilizar novos projetos no hospital, sendo que a atividade de proposição apresenta maior nível de concordância que a de viabilização. Com isto, fica explicada a freqüente alegação dos dirigentes de hospitais públicos dizendo que não recebem recursos necessários para implantar seus novos projetos.

A percepção dos Diretores de HU com relação ao seu papel empreendedor difere dos achados de Azevedo (1995), mais de dez anos depois. Existem algumas alternativas para a interpretação desses resultados. Primeiramente, cabe ressaltar a diferença metodológica entre as duas pesquisas. Se no presente trabalho um conjunto de papéis e de responsabilidades foi apresentado aos Diretores para que estes expressassem a sua concordância ou não com elas, nas entrevistas semi-estruturadas realizadas por Azevedo (1995) era necessário que a função inovadora do dirigente estivesse presente no discurso dos respondentes. A segunda possibilidade está relacionada às diferenças na população dos estudos. Enquanto a pesquisa de 1995 abordou Diretores de hospitais públicos, o presente estudo restringiu-se aos dirigentes de HU (também serviços públicos, mas que trazem em sua missão importante componente de desenvolvimento tecnológico e de iniciativas inovadoras). Por último, há um viés introduzido pelo período decorrido entre os dois trabalhos (12 anos). O termo empreendedor é mais presente nos dias de hoje do que há uma década. Nos anos 80 o termo era ainda pouco compreendido em português. Nos anos 90 começou a ser usado como jargão de gestão e nesta primeira década dos anos 2000 tornou-se linguagem corrente. Isto pode influenciar a percepção dos dirigentes atuais sobre o seu papel como agente da mudança.

Cabe ainda uma última reflexão acerca desse item. Se a responsabilidade em apoiar novos projetos não é da Direção, então de quem é? Se for de cada profissional, não se trata de projetos institucionais e sim de projetos pessoais desenvolvidos na instituição, situação comum e objeto de diversas críticas em organizações hospitalares, notadamente hospitais de ensino (CARAPINHEIRO, 1993; PITCHER, 1995)

Obteve-se elevada concordância dos dirigentes em relação a sua responsabilidade pelo cumprimento das metas do Plano Operativo Anual. A exceção foram os Diretores da área administrativa, possivelmente devido a eles desempenharem atividades meio nos HU, colaborando para sua omissão perante os objetivos do hospital, expressos nas atividades de assistência, ensino e pesquisa. Mesmo considerando essa possibilidade, existem metas nesse Plano diretamente relacionadas à gestão administrativa. Mecanismos de comunicação interna ineficientes podem comprometer a compreensão dessas metas pela área administrativa.

Com relação à responsabilidade na definição da estratégia do hospital, apesar de a maioria dos Diretores respondentes concordar com tal afirmação, alguns assumiram uma posição neutra e outros até discordaram, inclusive um(a) Diretor(a) Geral. De acordo com Porter (1996), o centro da atividade de um dirigente é a estratégia. Na sua definição devem ser consideradas as características do hospital e de seu funcionamento. Por isso a definição da estratégia não pode ser um exercício solitário, pois ela terá desdobramento nas grandes áreas do hospital e deve-se buscar o ajuste entre as diversas atividades desenvolvidas.

Na distribuição das respostas dos Diretores ao item que aborda a capacidade de sua equipe de implantar projetos pioneiros com repercussão setorial, os Diretores Gerais concordaram unanimemente com a afirmação de que sua equipe de fato a possui, o que não ocorreu no caso dos Diretores Clínicos e Administrativos. No caso dos Diretores Administrativos, mais uma vez a separação entre a área administrativa e a assistencial (CECÍLIO, 1997) pode contribuir para o não reconhecimento dos projetos do hospital como sendo também projetos da área administrativa. Ou então pode julgar que sua equipe não é apta a desenvolver tecnologias referentes à administração em saúde. Já no caso dos Diretores Clínicos, esse achado é curioso, pois se trata de hospitais de ensino, onde supostamente há desenvolvimento de pesquisas e de tecnologias inovadoras.

Quando se trata da representação do HU ou da Direção, os Diretores Gerais são aqueles que percebem dedicar mais tempo a essas atividades. Ao representar a Direção para a comunidade interna do hospital, tem-se a oportunidade de reforçar processos de liderança. Ao representar o hospital externamente, o dirigente tem a possibilidade de comunicar a estratégia da organização e apresentar os resultados alcançados. A percepção dos respondentes acerca da responsabilidade em disseminar informações sobre o hospital apresentou dispersão das respostas dos diretores com 20% de posicionamentos neutros (opção “não concorda, nem discorda” ou não respondeu). Além de compor um dos papéis informacionais propostos por Mintzberg (1973), o de porta-voz, a disseminação de informações sobre o HU se faz relevante no contexto do Programa de Reestruturação dos Hospitais do Ministério da Educação no SUS. Ao assinar o Contrato de Metas com o gestor local, é previsto o acompanhamento da produção do hospital por uma comissão composta por membros do HU e das Secretarias Municipal e/ou Estadual de Saúde. Mas o fato de 85% do orçamento mensal ser repassado sem qualquer apresentação da produção do hospital pode colaborar para o desinteresse em divulgar informações sobre o HU.

A postura expressa pelos Diretores respondentes está em consonância com afirmação de Machado e Kuchenbecker (2007, p. 875) de que “questões como transparência, controle social e compromisso com resultados (*accountability*) ainda estão por ser melhor compreendidas e exercidas na conformação das políticas públicas”. Além disso, divulgar informações no Conselho Municipal de Saúde pode ser uma estratégia para a obtenção de apoio na negociação de novas metas ou novos tetos de financiamento junto ao município e/ou aos Ministérios da Educação e da Saúde.

Finalmente buscou-se saber a percepção dos Diretores de HU sobre a contribuição de sua equipe na implantação de uma política pública, nesse trabalho traduzida pela redefinição do papel dos HU no sistema de saúde. Este item do questionário também apresentou respostas distintas entre os diferentes Diretores. O fato de 40% dos Diretores Administrativos terem assumido uma posição neutra aponta para a dificuldade que eles têm em assimilar a missão do HU como sendo também responsabilidade da área administrativa

CONCLUSÃO

Há uma questão ainda por responder quanto à real competência necessária para os Diretores de Hospitais Universitários exercerem suas funções. Os achados desta pesquisa mostram algumas questões que deveriam ser tratadas em cursos de gestão como atitudes, enquanto elas são trabalhadas como conhecimentos técnicos instrumentais. Desta forma, cada vez mais os conteúdos de comunicação interpessoal, comunicação na organização e até técnicas de apresentação vêm fazendo parte dos conteúdos de cursos, mas isto não foi observado nas respostas a este questionário, no que diz respeito à importância desta responsabilidade na atividade gerencial. Outro assunto que chama a atenção é a percepção da relevância ou não da atividade administrativa. Enquanto ela for considerada como secundária, burocrática, sem componente estratégico pelos decisores, dificilmente seu estudo será levado a sério e as decisões continuarão a ser tomadas apenas em função de interesses do momento. Considerar que os diferentes pontos de vista que convivem no hospital são potencialmente um dos seus pontos fortes é muito diferente de perceber que há atividades que devem ser levadas em paralelo: a assistência (associada ao ensino e à pesquisa), a gestão e a política.

Os recursos destinados aos Hospitais Universitários são, como todos os demais do setor, escassos e insuficientes, mas cabe refletir se neles os gastos não são ainda mais ineficientes que em outros serviços, até mesmo em função das suas atividades. O ensino torna o procedimento mais caro, a pesquisa é uma atividade a mais, então faz parte a definição de um orçamento maior. No entanto, padrões de desempenho devem ser medidos e cobrados neles também, o que se torna mais difícil se – conforme mencionado na metodologia – executivos dos Ministérios com responsabilidade pelos serviços em questão não sabem o que devem esperar dos seus subordinados. Verificou-se que quase todos os respondentes desempenhavam outras atividades além da gestão do hospital, dentro e/ou fora da Universidade, levantando questões quanto à dedicação desses executivos a sua função e ao empenho dos Ministérios e dos reitores com sua permanência ou com a relevância do seu trabalho.

A busca de mais recursos financeiros para a saúde e de parcerias com o setor privado – assuntos na ordem do dia no primeiro semestre de 2008 – é fundamental, mas faz parte também da responsabilidade daqueles que detêm poder sobre o setor cuidar dos que têm atribuição de formar as próximas gerações e de dirigir e manter as organizações onde elas serão formadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHUE, Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino. Disponível em: <www.abrahue.org.br>. Acessos em: 10 jun. 2007 e 7 jan. 2008.

AZEVEDO, C.S. Gestão hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 33-58, jul./set. 1995.

BARBOSA, P.R. A profissionalização do dirigente hospitalar público como condição para melhores performances gerenciais. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 52, p. 24-34, set. 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira**. Brasília, 2004.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Edições Afrontamento, 1993.

CECÍLIO, L.C.O. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 36-47, 1997.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <www.cnes.datasus.gov.br>. Acessos em: 27 jul. 2007 e 7 jan. 2008.

COSTA, N.R.; RIBEIRO, J.M.; SILVA, P.L. B. Reforma do estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 427-442, 2000.

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

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

FEUERWERKER, L. **Além do discurso de mudança na educação médica**: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002

FEUERWERKER, L.; CECILIO, L.C.de O. O Hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-70, 2007.

FIORENTINI, S.P. **Ensino e Pesquisa em hospitais privados**. Estudo de sete hospitais brasileiros, de grande porte, associados à ANAHP, situados no município de São Paulo. 2005. 129f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

FLEURY, A.; FLEURY, M.T.L. **Estratégias empresariais e formação de competências**: um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MACHADO, S.P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 871-877, 2007.

MINTZBERG, H. **The nature of managerial work**. New York: Harper Collins Publishers, 1973.

MINTZBERG, H. Toward healthier hospitals. **Health Care Management Review**. v. 22, n. 4, p. 9-18, 1997.

PADILHA, R.Q. **Os Hospitais de Ensino e a Previdência Social** - Estudo de Caso. 1997. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

PITCHER, P. **Artistes, artisans et technocrates dans nos organisations** : rêves, réalités et illusions du leadership. Montréal: HEC, 1994

PORTER, M.E. What is strategy? **Harvard Business Review**, v. 74, n. 6, p. 61-78, nov./dec. 1996.

SHORTELL, S.M.; KALUZNY, A.D. **Health care management**: organization design and behavior. New York: Delmar, 2000.

VECINA NETO, G.; MALIK, A.M. Alternativas para a gestão pública do setor saúde. **Saúde em Debate**, n.41, 30-2, 1993.