

O desafio de gerir gestores médicos nas instituições hospitalares: um estudo com hospitais privados brasileiros

MAIANE BERTOLDO LEWANDOWSKI

UNISINOS - Universidade do Vale do Rio dos Sinos
maianebl@yahoo.com.br

PATRICIA MARTINS FAGUNDES CABRAL

UNISINOS - Universidade do Vale do Rio dos Sinos
patriciamf@unisinobr

ÁREA GESTÃO DE PESSOAS

O desafio de gerir gestores médicos nas instituições hospitalares: um estudo com hospitais privados brasileiros

Resumo

Nas instituições hospitalares, a divisão entre áreas fins (do negócio) e áreas meio (administrativas), repercute na gestão entre duas instâncias: especialistas gestores (os médicos) e gestores administrativos. Historicamente, os médicos vêm ocupando posições executivas nessas instituições, no entanto, ser gestor não costuma ser um desejo ou um fator motivador para os médicos, que encontram seu reconhecimento na especialidade médica escolhida. O estudo realizado é de caráter exploratório, tendo como estratégia a pesquisa de campo. Foram realizadas 21 entrevistas qualitativas, semi-estruturadas, com gestores médicos que atuam em instituições hospitalares ligadas à ANAHP – Associação Nacional dos Hospitais Privados, no Brasil. 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. Como principais resultados aponta-se que 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. 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.

Palavras-chave: Gestores médicos. Instituições hospitalares. Liderança.

The challenge of managing medical managers in hospitals organizations: a study with Brazilian private hospitals

Abstract

In the hospital organizations, the division between areas purposes (business) and middle areas (administrative), affects the management between two bodies, administrative managers and specialists managers (doctors). Historically, physicians have been occupying executive positions in these institutions, however, be a manager usually not a desire or a motivating factor for doctors, who find their recognition in the medical specialty chosen. The study is exploratory in nature, with the strategy field research. Were performed 21 qualitative interviews semi-structured, with medical managers who work in hospitals linked to ANAHP - National Association of Private Hospitals, in Brazil. 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. As main results is pointed out that the medical manager understands and recognizes face of this identity process (from doctor to doctor manager), but has insecurities are fully recognized in the management function. In the context of hospitals, in regard to development of medical management, structuring a process that integrates mentoring and career counseling seems to be essential.

Keywords: Medical managers. Hospitals organizations. Leadership.

1. INTRODUÇÃO

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).

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).

A gestão das instituições hospitalares está estabelecida, portanto, na tensão entre essas duas instâncias: especialistas gestores (no caso do referido estudo, 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; QUINN, 1996).

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, 2007; BOEIRA; VIEIRA, 2010).

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, 2008). 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).

Diante desse contexto, o presente estudo busca identificar e analisar os desafios da gestão de gestores médicos em instituições hospitalares privadas brasileiras, destacando-se os elementos necessários à preparação dos médicos e das organizações hospitalares nas situações onde os primeiros são designados a funções executivas. Para chegar a esses elementos, quatro objetivos secundários foram estruturados: análise da integração do gestor médico na cultura das instituições hospitalares; compreensão e análise do processo de “empoderamento” dos médicos nas funções executivas; discussão do papel profissional do gestor médico; e fatores que contribuem para retenção e desenvolvimento dos médicos nas funções executivas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Nesse artigo dois pontos serão tratados como referencial, englobando discussão dos resultados e recomendações: os desafios da gestão em organizações hospitalares e, conseqüentemente, os desafios da liderança médica executiva na gestão de gestores médicos nessas instituições.

2.1. Os desafios da gestão em organizações hospitalares

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).

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 trabalhadores e sendo moldados por eles.

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 (todos os *stakeholders* envolvidos), 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).

Diferente de outros segmentos, 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).

2.2. Os desafios da liderança na gestão estratégica de pessoas

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).

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. 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).

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).

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.

3. MÉTODO

A estratégia adotada, nessa pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, é a pesquisa de campo (FONSECA, 2002). Desse modo, foram realizadas 21 entrevistas semi-estruturadas com gestores médicos, que ocupam cargos de chefia e liderança, em seis diferentes instituições hospitalares, consideradas hospitais gerais de excelência (associados à ANAHP – Associação Nacional dos Hospitais Privados). Esses hospitais estão distribuídos em quatro Estados brasileiros: Rio Grande do Sul, São Paulo, Minas Gerais e Distrito Federal.

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.

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 décadas de existência. 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 proprietária.

Além da abrangência geográfica, em três grandes regiões do país, 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 estratégias de cada organização.

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.

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).

Para codificação e apresentação dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo, que 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).

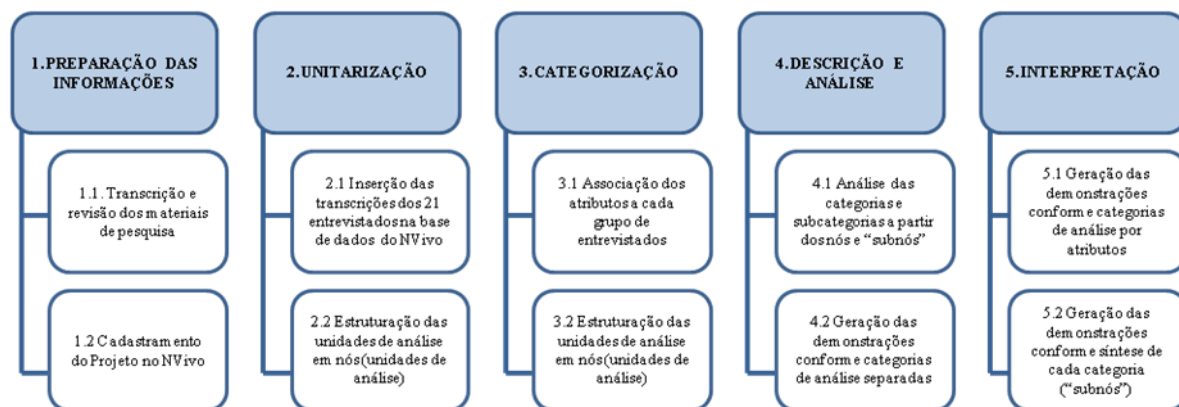
Todas as entrevistas realizadas foram gravadas em áudio, inclusive as que foram realizadas por *skype*, transcritas para texto. Para organização dos dados coletados e a análise utilizou-se a ferramenta NVivo 10®. As informações foram categorizadas, utilizando-se as unidades de análise estruturadas. Esse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

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).

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.

Para chegar a essas unidades de análise, foram necessárias cinco etapas distintas, ilustradas na Figura 1 (MORAES, 1999). A figura evidencia a construção das etapas da análise de conteúdo integrada à estrutura de projeto do *software* NVivo 10®, desenvolvida para esse estudo. 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 (MORAES; GALIAZZI, 2007).

Figura 1 – Estruturação completa da análise de conteúdo utilizando o *software* NVivo 10®



Fonte: Elaborado pelas autoras.

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 e liderança - 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 sujeitos – 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; MORIN, 2007).

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nessa seção, os resultados serão apresentados integrando os desafios da gestão hospitalar aos desafios vivenciados pelos gestores médicos ao exercerem a função de gestão, tendo como responsabilidade gerir outros médicos. Na sequência, recomendações às instituições hospitalares foram estruturadas, com base nos resultados da pesquisa, no que tange a formação e desenvolvimento de gestores médicos.

A discussão sobre liderança médica executiva 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 (TOMEI, 1994).

4.1. Atuação do gestor médico frente a outros atores

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)

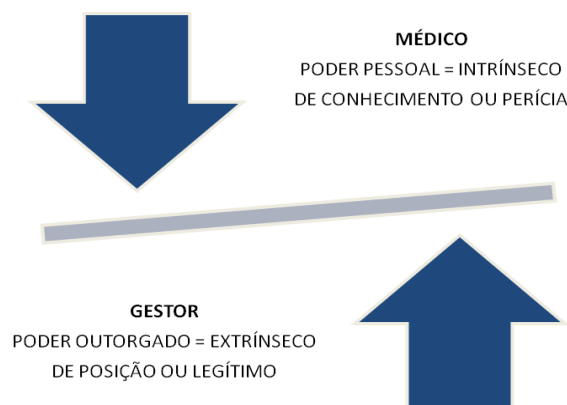
Essa valorização da medicina, em comparação à gestão, frente a outros atores é intensificado pelo Entrevistado 5 ao sinalizar:

“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 (CABRAL; SEMINOTTI, 2009b). 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 2:

Figura 2 – Poder outorgado X Poder do conhecimento



Fonte: Elaborado pelas autoras, a partir de Cabral; 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)

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 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 à instituição hospitalar. 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.

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”. (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, 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 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”.

Ao considerar 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). No Quadro 1, estão destacados os principais achados tratados nesse artigo. Em consonância aos achados, estão as tensões dialógicas evidenciadas.

Quadro 1 – Matriz sintética: Achados e Tensões Dialógicas de Pesquisa

UNIDADE DE ANÁLISE	PRINCIPAIS ACHADOS DE PESQUISA	"TENSÕES"
Desafios da gestão médica 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;
	Hospital como meio para o médico desenvolver a melhor medicina;	Fazer gestão como médico X Desenvolver uma atividade de gestão diferente, voltada ao negócio;
	O paciente "dele" ser atendido a partir do que "ele" decide;	Lógicas antagônicas caminhando na mesma direção X Valorização da assistência como fundamental;
	Não há alinhamento médico e instituição;	Papel privilegiado como gestor X Não conseguir (não querer) exercer esse papel;
	Falta de gestão na formação em medicina;	Médico sem formação de gestão X Ator com mais condições ("líder natural");
	Papel de juntar coisas de gestão com a prática médica - congregando interesses;	Ser mais médico do que gestor X Necessidade de profissionalização do gestor médico (médico que não deu certo na assistência);
	Sentem-se reconhecidos na relação;	Conhecimentos distintos como vantagens frente aos pares X Desvantagem (quebra de confiança);
	Posição endossada pela condição e saber médico;	Utilização do conhecimento médico para manterem-se no grupo (enaltecem características médicas);
	Recursividade da condição gestor médico não ocorre;	Relação hierárquica da medicina X Hierarquia organizacional;
	Necessidade de vinculação à instituição hospitalar para liderar médicos;	Liderança (como "natural" do médico) X Gestão como função;
	Uso de repertório e estratégias médicas para aproximação de "campos";	Nomenclatura de cargos como representatividade;
	Sentimento de pertencimento e orgulho;	Ser visto como "inimigo" X Maior credibilidade institucional;
Desempenho como gestor médico 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;	Liderança outorgada X Liderança pelo conhecimento;	

Fonte: Elaborado pelas autoras, a partir do *software* NVivo R10®.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E 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.

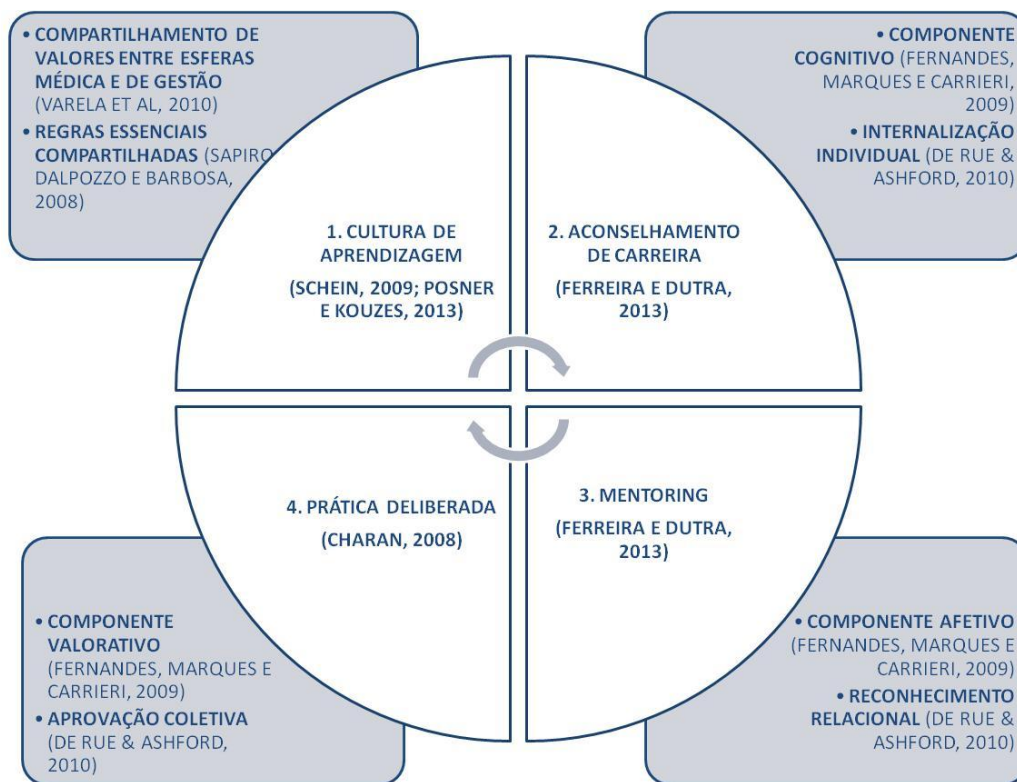
Contudo, um item fundamental deve ser trabalhado pelos gestores médicos e propiciado nas instituições hospitalares: autoconhecimento, segurança e maturidade psicológica. Os sujeitos de pesquisa referiram claramente essa questão quando consideraram a psicoterapia como um meio eficiente para o seu fortalecimento 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, treinamento formal, envolvimento do “aprendiz”, treinamento informal de grupos, 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 3. 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.

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.

Figura 3 – Orientação para desenvolvimento de gestores médicos



Fonte: Elaborado pelas autoras.

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.

A discussão dos resultados permitiu compreender os elementos que demarcam os desafios da gestão médica em instituições hospitalares privadas brasileiras. Ao analisar a integração do gestor médico na cultura das instituições hospitalares, apreendendo todas as “tensões” envolvidas, 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.

Ao compreender e analisar o processo de “empoderamento” dos médicos nas funções executivas, 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).

Embora o estudo não se pretenda generalizável e neutro, suas contribuições para academia – abrindo as portas ao tema e alterando matrizes curriculares na medicina, para as instituições hospitalares – transformando estratégias de formação, e para o gestor médico – proporcionando reflexão e aprendizado - são representativas, servindo de base para pesquisas futuras com outras categorias profissionais e gestores médicos de instituições públicas.

REFERÊNCIAS

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.expresshealthcaremgmt.com/20010915/editorial2.htm](http://www.expresshealthcaremgmt.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.

BICHUETTI, J. L. **Gestão de pessoas não é com o RH**. São Paulo: Editora Lafonte, 2011.

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.

BOSSIDY, L.; CHARAN, R. **Execução: a disciplina para atingir resultados**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005, 24ª impressão.

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.

CHARAN, R. **O líder criador de líderes**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 10ª reimpressão.

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, nº 4, 627-647.

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.

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, nº 4, artigo 11. Rio de Janeiro, dez 2009. p. 689-703.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

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.

GRIFFITH, J. R. **The well-managed healthcare organization**. 4. ed. Chicago: Health Administration Press, 1999.

JOINT COMISSION INTERNATIONAL - JCI. Padrões de acreditação da joint comission international para hospitais. Rio de Janeiro: CBA, 2011.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B F. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009.

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.

MCCONNEL, 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.

- 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.
- MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva**. Ijuí: Editora Unijuí, 2007.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.
- 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.
- 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.
- SILVERMAN, D. **Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- TOMEI, P. A. **A Inveja nas Organizações**. São Paulo: Makrom Books, 1994.
- 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.