

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Maria Regina Lourenço

**Desenvolvimento da competência em liderança na efetividade de organizações de saúde dirigidas por enfermeiros-gerentes**

Ribeirão Preto – SP  
2004

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Maria Regina Lourenço

**Desenvolvimento da competência em liderança na efetividade de organizações de saúde dirigidas por enfermeiros-gerentes**

*Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, vinculada à linha de pesquisa Dinâmica da Organização dos Serviços de Saúde e de Enfermagem, para obtenção do título de doutor.*

Orientadora: Profa. Dra. Maria Auxiliadora Trevizan

Ribeirão Preto – SP  
2004

Lourenço, Maria Regina

Desenvolvimento da competência em liderança na efetividade de organizações de saúde dirigidas por enfermeiros-gerentes. / Maria Regina Lourenço – Ribeirão Preto: M.R. Lourenço, 2004.

118 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – área de concentração Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Trevizan, Maria Auxiliadora.

1.Liderança 2. Gerenciamento 3. Enfermeiro-gerente 4. Clima organizacional.

I. Título

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria Regina Lourenço

Desenvolvimento da competência em liderança na efetividade das organizações de saúde dirigidas por enfermeiros-gerentes

*Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, vinculada à linha de pesquisa Dinâmica da Organização dos Serviços de Saúde e de Enfermagem, para obtenção do título de doutor.*

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

*A realização deste trabalho foi subvencionada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.*

## *AGRADECIMENTO ESPECIAL*

*À Professora Doutora Maria Auxiliadora Trevizan pelas idéias, entusiasmo, presença, e sobretudo por ter colocado seu coração e sua energia nesta pesquisa.*

## **AGRADECIMENTOS**

*À Professora Doutora Isabel Amélia Costa Mendes pelo apoio e aprendizado; por ser um exemplo de liderança na Enfermagem.*

*À Professora Doutora Josimerci Ittavo Lamana Faria pela amizade e carinho.*

*À Professora Doutora Miyeko Hayashida pela elaboração das tabelas e orientação.*

*Ao Professor Doutor Gilberto Tadeu Shinyashiki pelo seu interesse, sabedoria e ousadia na sugestão do tema.*

*À Professora Doutora Márcia Regina Antonietto da Costa Melo pelas contribuições e incentivo.*

*À Enfermeira Simone de Godoy pela disponibilidade e atenção.*

*Ao Secretário de Saúde José Carlos Cacau Lopes por ter consentido com o estudo nas Unidades de Saúde.*

*Ao Professor Antônio Nardi pela colaboração e gentileza ao atender meus pedidos.*

*Aos enfermeiros-gerentes que participaram deste estudo e o tornaram possível.*

# SUMÁRIO

**Resumo**

**Abstract**

**Resumen**

**Lista de Quadros**

**Lista de Tabelas**

**Lista de Abreviaturas**

Apresentação	1
<b>1. Delimitação do objeto de estudo e construção do aporte teórico</b>	<b>6</b>
1.1 <i>A liderança no cenário de mudanças</i>	7
1.2 <i>A liderança na enfermagem – uma necessidade dentro do cenário de mudanças nas organizações de saúde</i>	15
1.3 <i>O contexto da mudança no local do estudo</i>	22
1.4 <i>A busca da eficácia da liderança</i>	25
<b>2. Objetivos</b>	<b>30</b>
2.1 <i>Objetivo geral</i>	31
2.2 <i>Objetivos específicos</i>	31
<b>3. Trajetória metodológica</b>	<b>32</b>
3.1 <i>Tipo de estudo</i>	33
3.2 <i>Local de estudo</i>	33
3.3 <i>Sujeitos do estudo</i>	34
3.4 <i>Critérios de inclusão dos sujeitos no estudo</i>	35
3.5 <i>Procedimento metodológico</i>	35
<b>4. Apresentação e discussão dos resultados</b>	<b>41</b>
4.1 <i>Caracterização dos participantes do estudo</i>	42
4.2 <i>Conhecimentos dos enfermeiros – gerentes acerca de gerenciamento e liderança</i>	46
4.3 <i>Elaboração e implementação do programa de desenvolvimento em liderança</i>	53
4.3.1 <i>Programa de desenvolvimento</i>	53
4.3.2 <i>Sessões de coaching</i>	60
4.4 <i>Avaliação dos conhecimentos dos enfermeiros – gerentes após a implementação do programa</i>	75
4.5 <i>Aplicação do instrumento de mensuração do clima organizacional</i>	78
4.5.1 <i>Composição do quadro de funcionários das Unidades de Saúde e quantitativo de funcionários que participaram da mensuração do clima organizacional, antes e após a aplicação do programa de desenvolvimento</i>	78
4.5.2 <i>Caracterização dos funcionários dos grupos experimental e controle que participaram do pré-teste</i>	81
4.5.3 <i>Mensuração das dimensões do clima organizacional no pré-teste</i>	89



<i>4.5.4 Caracterização dos funcionários dos grupos experimental e controle que participaram do pós-teste</i>	94
<i>4.5.5 Mensuração das dimensões do clima organizacional no pós-teste</i>	103
<b>5. Considerações finais</b>	108
<b>6. Referências bibliográficas</b>	112
<b>Anexos</b>	
<b>Apêndices</b>	

## RESUMO

### **Desenvolvimento da competência em liderança na efetividade de organizações de saúde dirigidas por enfermeiros-gerentes**

No contexto atual o enfermeiro ocupando cargos gerenciais tem que corresponder às mudanças que estão ocorrendo nas organizações de saúde. Para acompanhar e ajudar neste processo de mudança é necessário desenvolver competências em liderança. Mas, será que o desenvolvimento destas competências causa impacto nas organizações de saúde? Buscando a resposta, esta investigação teve como propósito *identificar o impacto do desenvolvimento de competências em liderança na efetividade das organizações de Saúde*. A metodologia deste estudo é do tipo quase-experimental, onde trabalhamos com dois grupos equivalentes: experimental e controle. Visando desenvolver competências em liderança elaboramos e implementamos um programa de desenvolvimento para seis enfermeiros-gerentes que compunham o grupo experimental de Unidades Básicas de Saúde de um município do interior paulista. Avaliamos seu impacto através do indicador de satisfação do funcionário mensurado pela aplicação de um questionário, contendo quarenta questões, de clima organizacional. Esta avaliação ocorreu em dois momentos distintos: antes da implementação do programa de desenvolvimento em liderança e quatro meses após a implementação. Este instrumento foi aplicado nos dois grupos. Pudemos constatar que os fatores que compõem o clima organizacional apresentaram aumento em suas médias após o desenvolvimento do programa em liderança mas, este aumento não tem significância estatística. Os indicadores demográficos refletiram mais no clima organizacional que o desenvolvimento em liderança.

Descritores: liderança; gerenciamento; enfermeiro-gerente; clima organizacional.

## **ABSTRACT**

### **Leadership competence development on the effectiveness of health organizations run by nurse-managers**

On the current context, the nurse who occupies management positions must correspond to the changes which have been occurring on health organizations. As to keep up with and help on this change process, it is necessary that competence leadership be developed. But does the development of those competences really cause impact on health organizations? Aiming at the answer this investigation had the purpose to identify the competence development impact on the effectiveness of health organizations. This study's methodology concerns an almost experimental one. We work with two equivalent groups: experimental and control. As to develop competences in leadership, we have both elaborated and implemented a development program for six nurse-managers that composed the Health Basic Units experimental group of a small town in the countryside of São Paulo. We have evaluated its impact through employee satisfaction indicator, measured by the appliance of an organizational-kind questionnaire which included forty questions. The referred evaluation took place in two distinct moments: before the implementation of leadership development program and four months after the implementation. Such instrument has been applied in both groups. Through the results we were able to ascertain, that the factors which compose the organizational environment present an increase on its average, after the development of the leadership program. However, this increase has no statistical relevance. The demographic indicators reflected more intensely on the organizational environment than the leadership development one.

Descriptors: leadership; management; nurse-manager; organizational – kind.

## RESUMEN

### **Desarrollo de la competencia en liderazgo en la efectividad de organizaciones de salud dirigidas por enfermeros-gerentes**

En el contexto actual, el enfermero que ocupa cargos gerenciales tiene que corresponder a los cambios que están ocurriendo en las organizaciones de salud. Para acompañar y ayudar en este proceso de cambio, es necesario desarrollar competencias en liderazgo. Pero, ¿será que el desarrollo de estas competencias causa impacto en las organizaciones de salud? Buscando una respuesta, esta investigación tuvo como propósito *identificar el impacto del desarrollo de competencias en liderazgo en la efectividad de las organizaciones de salud*. La metodología de este estudio es del tipo casi-experimental, trabajamos con dos grupos equivalentes: experimental y control. Visando desarrollar competencias en liderazgo, elaboramos e implementamos un programa de desarrollo para seis enfermeros-gerentes que componían el grupo experimental de Unidades Básicas de Salud de un municipio del interior paulista. Evaluamos su impacto a través del indicador de satisfacción del funcionario, mensurado por la aplicación de un cuestionario de clima organizacional, conteniendo cuarenta cuestiones. Esta evaluación ocurrió en dos momentos distintos: antes de la implementación del programa de desarrollo en liderazgo y cuatro meses después de la implementación. Este instrumento fue aplicado en los dos grupos. Pudimos constatar, a través de los resultados, que los factores que componen el clima organizacional presentaron aumento en sus medias, tras el desarrollo del programa en liderazgo, pero este aumento no tiene significación estadística. Los indicadores demográficos reflejaron más en el clima organizacional que en el desarrollo en liderazgo.

Descriptores: liderazgo; gestión; enfermero-gerente; clima organizacional.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Caracterização dos enfermeiros das Unidades de Saúde, pertencentes aos grupos experimental e controle, quanto à idade, gênero, tempos de formação e de exercício no cargo gerencial.	43
<b>Quadro 2</b>	Caracterização dos enfermeiros das Unidades de Saúde, pertencentes aos grupos experimental e controle, quanto à experiência anterior no cargo gerencial, maior titulação e cursos relacionados ao gerenciamento e liderança.	44
<b>Quadro 3</b>	Resultados obtidos na avaliação de conhecimentos acerca de gerenciamento e liderança do grupo experimental.	47
<b>Quadro 4</b>	Resultados obtidos na avaliação de conhecimentos acerca de gerenciamento e liderança do grupo controle.	47
<b>Quadro 5</b>	Resultados obtidos na avaliação de conhecimentos acerca de gerenciamento e liderança do grupo experimental, após o programa de desenvolvimento.	77
<b>Quadro 6</b>	Resultados obtidos na avaliação de conhecimentos acerca de gerenciamento e liderança do grupo experimental, após as sessões de coaching.	77

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Número de funcionários e de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pré-teste.	79
<b>Tabela 2</b>	Número de funcionários e de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pós-teste.	80
<b>Tabela 3</b>	Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pré-teste, segundo gênero.	81
<b>Tabela 4</b>	Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pré-teste, segundo idade.	82
<b>Tabela 5</b>	Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pré-teste, segundo a posição de chefia.	82
<b>Tabela 6</b>	Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pré-teste, segundo o nível da função.	83
<b>Tabela 7</b>	Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pré-teste, segundo a área de atuação.	84
<b>Tabela 8</b>	Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pré-teste, segundo a escolaridade.	85
<b>Tabela 9</b>	Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pré-teste, segundo o tempo de trabalho na Unidade.	86
<b>Tabela 10</b>	Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pré-teste, segundo o tempo de trabalho na Secretaria da Saúde.	86

<b>Tabela 11</b>	Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pré-teste, segundo o tipo de vínculo de trabalho.	87
<b>Tabela 12</b>	Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pré-teste, segundo a jornada de trabalho.	88
<b>Tabela 13</b>	Valores médios das dimensões do clima organizacional atribuídos pelos participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pré-teste.	91
<b>Tabela 14</b>	Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pós-teste, segundo o gênero.	95
<b>Tabela 15</b>	Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pós-teste, segundo a idade.	95
<b>Tabela 16</b>	Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pós-teste, segundo a posição de chefia.	96
<b>Tabela 17</b>	Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pós-teste, segundo o nível da função.	97
<b>Tabela 18</b>	Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pós-teste, segundo a área de atuação.	98
<b>Tabela 19</b>	Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pós-teste, segundo a escolaridade.	99
<b>Tabela 20</b>	Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pós-teste, segundo o tempo de trabalho na Unidade.	100

<b>Tabela 21</b>	Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pós-teste, segundo o tempo de trabalho na Secretaria da Saúde.	101
<b>Tabela 22</b>	Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pós-teste, segundo a jornada de trabalho.	102
<b>Tabela 23</b>	Valores médios das dimensões do clima organizacional atribuídos pelos participantes das Unidades de Saúde pertencentes ao grupo experimental, comparados no pré e pós-teste.	104
<b>Tabela 24</b>	Valores médios das dimensões do clima organizacional atribuídos pelos participantes das Unidades de Saúde pertencentes ao grupo controle, comparados no pré e pós-teste.	105



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

FUNFARME	Fundação Faculdade Regional de Medicina
GERUS	Gerenciamento de Unidade de Saúde
LEAD	Leader Efficacy Adaptability Description
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

**APRESENTAÇÃO**

Estudar liderança e entender o seu significado no contexto de enfermagem é um desafio. Muitos autores têm estudado a liderança na enfermagem, entre eles podemos citar Trevizan (1993); Galvão (1995); Higa (1998); Cury (1999); Lourenço (2000); Simões (2001).

Estas pesquisas buscaram entender a dinâmica da liderança, os estilos dos enfermeiros, a compreensão das teorias de liderança, sua importância e contribuição para a enfermagem, culminando com o desenvolvimento de habilidades do líder, como fez Simões (2001) em recente pesquisa.

Através dos diferentes enfoques nos quais a liderança vem sendo abordada pelos pesquisadores citados, fica clara a necessidade do seu desenvolvimento na enfermagem, seja na prática assistencial, gerencial, de ensino ou de pesquisa.

Em pesquisa anterior, investigamos as práticas de liderança de enfermeiros que são reconhecidos como líderes nacionais. A liderança destes enfermeiros se destaca na enfermagem brasileira e em cenários mais abrangentes. Se estas pessoas são consideradas líderes e se sobressaem no que fazem, como exercem esta liderança? Em nossa dissertação de mestrado fomos buscar estas respostas, fundamentadas em Kouzes e Posner (1997).

Kouzes e Posner (1997) indicam três oportunidades principais para aprender a liderar: tentativa e erro; observação dos outros, ou seja, aprender a partir das experiências vindas do convívio com líderes que admiramos; e, estudo, através da educação formal e treinamento. Colocam ainda que para saber se somos bons líderes ou para nos desenvolver em liderança precisamos escrever contando nossas

melhores experiências, pois entendem a liderança como um conjunto de práticas que se pode observar e aprender.

Tendo estes autores como referência ao nosso estudo anterior e acreditando ser possível o aprendizado da liderança através da observação de líderes que admiramos, entrevistamos quatorze enfermeiros considerados líderes na enfermagem brasileira, com os seguintes objetivos: conhecer a visão de enfermeiros-líderes sobre a temática da liderança; identificar as características dos líderes de sucesso na enfermagem brasileira; analisar as práticas utilizadas pelos líderes pesquisados e relacionar estas práticas com os pressupostos dos autores contemporâneos de liderança como Kouzes e Posner (1997).

Na análise dos dados, verificamos que os líderes entendem a liderança como um processo de influência de pessoas ou comportamentos, ligada a um contexto grupal e/ou de equipe onde se tem um objetivo a ser atingido. Percebem uma relação estreita entre a temática da liderança e a enfermagem. Acreditam que existe um potencial para a liderança (LOURENÇO e TREVIZAN, 2001).

Os líderes de enfermagem pesquisados apresentam características de inteligência, personalidade e capacidades compatíveis com líderes contemporâneos. Utilizam como práticas de liderança: articulação, argumentação, trabalho em conjunto, agregação, envolvimento, exemplo pessoal, visão compartilhada, acolhimento de problemas dos seguidores, incentivo, valorização de elementos do grupo, desafios, reflexões, desenvolvimento de pessoas, informações compartilhadas, delegação de poderes, cooperação e comunicação (LOURENÇO,2000).

Quando comparamos essas práticas aprendidas, aos pressupostos de Kouzes e Posner (1997) verificamos uma relação muito próxima entre elas e aquelas encontradas nos líderes pesquisados por esses autores. Em suas narrativas, os enfermeiros investigados também desafiam o estabelecido, apontam o caminho, inspiram uma visão compartilhada, permitem que os outros ajam e encorajam o coração.

São pessoas comprometidas com seus ideais, com visão de futuro, que se aventuram no desconhecido, que buscam o aprendizado e têm um compromisso com a enfermagem, acima de tudo.

Buscar o aprendizado da liderança continua sendo um desafio na enfermagem, e também o nosso desafio, mesmo sabendo ser um tema extremamente complexo.

Concordamos com Simões (2001) quando refere ser o estudo da liderança e seu aprendizado desafiador e necessário, mas arriscado, pois não existem receitas pré-determinadas e nem fórmulas de treinamento.

Bennis (2002) aponta que a forma como a organização aprende a respeito da liderança e de como formar líderes é complexa. Refere, ainda, que o aprendizado se dá com a experiência pessoal direta.

Autores como Kouzes e Posner (1997) e Motta (1998) acreditam que a liderança possa ser aprendida através da combinação de experiências práticas, observação de modelos de liderança e através de programas de treinamento formais.

Acreditando ser possível favorecer o aprendizado da liderança através de *programas de desenvolvimento*, a partir das experiências dos líderes, e buscando dar continuidade à pesquisa iniciada no mestrado nos propusemos a realizar este estudo.

## **1. DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E CONSTRUÇÃO DO APORTE TEÓRICO**

### **1.1 A liderança no cenário de mudanças**

Um dos marcos do mundo contemporâneo é o fenômeno da mudança. Mudanças que são resultados de transformações contínuas na política, economia, filosofia e tecnologia.

Bennis (2001) coloca que o mundo só tem dez anos quando se leva em consideração que todas as bases foram derrubadas. Estamos na era da informação. O mundo é hoje imensamente diferente de dez anos atrás.

As mudanças na sociedade refletem diretamente nas organizações que enfrentam um ambiente cada vez mais dinâmico, mutante e que exige adaptações.

Robbins (2002b) afirma que existem forças que impulsionam estas mudanças, classificando-as em: natureza do trabalho (diversidade cultural, aumento de profissionais); tecnologia (computadores mais rápidos e mais baratos, programas de reengenharia); choques econômicos (impacto no mercado financeiro, queda no preço do petróleo); competição (concorrência globalizada, fusões); tendências sociais (atitude em relação aos fumantes; popularidade dos carros utilitários); e política internacional (abertura de mercado, reunificação da Alemanha). Estas forças, afirma o autor, impulsionam as organizações a realizarem as coisas de forma diferente.

Estamos diante de modificações tecnológicas, sociais, culturais e comportamentais. A intensidade e a velocidade com que estão ocorrendo estas mudanças têm determinado profundas alterações na forma e na filosofia de gestão empresarial.



As mudanças nas organizações podem ser: em relação a dar uma nova direção estratégica; modificar; transformar; tornar-se diferente do que era no que tange a cultura da organização ou sua estrutura (KISIL,1998).

As razões da mudança de qualquer organização podem ser encontradas no ambiente externo à organização ou dentro dela, ou na combinação de ambos.

Sharp (2000) aponta que a humanidade começou sua história pela era do fazer. A sociedade sobrevivia através da produção rural, o poder era detido pelos proprietários de terra; esta fase durou aproximadamente sete mil anos. Depois entramos na era do ter através da sociedade industrial. O trabalho, a produção, o consumo e o acúmulo de bens foram incentivados. O poder foi transferido para as indústrias e a mão de obra substituída pelas máquinas. Esta era durou apenas 200 anos.

Estamos na era do ser, era do conhecimento, comunicação e cooperação.

A globalização é um fato e o poder está sendo transferido para os produtores do abstrato, da criatividade e dos serviços .

Valores relacionados à estética, emoção e flexibilidade são incorporados às necessidades da sociedade pós-moderna.

A era do capital humano chegou.

Concordamos com Lawler III (2001) quando afirma que cada vez mais o trabalho realizado é o do conhecimento no qual as pessoas geram informações, lidam com conceitos abstratos e são avaliadas por suas habilidades de pensar, analisar e solucionar problemas. As pessoas se tornaram um fator de vantagem competitiva, já que as mudanças na natureza do trabalho e na economia global modificaram as antigas vantagens competitivas das organizações.

Entendemos que hoje é preciso que as organizações realizem a racionalização de custos, o aperfeiçoamento do sistema de produção e eliminação de níveis hierárquicos para que possam acompanhar as mudanças mas, acreditamos que é através da capacitação de pessoal e da liderança que realmente a organização obterá uma nova atitude em relação ao trabalho que venha ao encontro das mudanças.

A visão de curto prazo precisa ser substituída pela visão de longo prazo e a cooperação e o trabalho em equipe em torno da missão e dos objetivos institucionais se apresentam como uma importante estratégia neste processo.

O jeito de provocar a mudança e ajudar uma organização a realizar uma visão é aumentar a sua percepção do desagrado com o presente e ao mesmo tempo, reduzir o custo envolvido na mudança para alcançar a visão desejada (LINCH, 2000).

Neste contexto geral de mudanças, a administração vem sofrendo transformações.

Davenport (2001) aponta que a administração vem modificando seu paradigma que se pautava nos seguintes conceitos: gerência como uma função separada do restante do trabalho; processos administrativos que pressupõem que os trabalhadores realizem um trabalho manual que pode ser observado pelo gerente; o trabalho começa e acaba em momentos bem definidos, sendo o desempenho dos trabalhadores facilmente medido; o trabalho do gerente é o de pensar e do trabalhador o de fazer. Hoje, afirma o autor, a administração deve se pautar em um modelo que extrapola o de supervisionar o trabalho para também realizá-lo; de construir habilidades manuais para construir habilidades de

conhecimento; de apoiar a burocracia para eliminá-la, defrontando-se assim com as demandas de uma nova visão gerencial .

Estas mudanças exigem do gerente uma nova aquisição de conhecimentos e habilidades.

Acreditamos que o gerente possa desenvolver o papel de agente de mudança desde que desenvolva habilidades de liderança, pois apesar da visão atual de uma liderança não centrada em um único indivíduo, é este gerente que é chamado freqüentemente nas organizações para conduzir este processo.

Botelho (1991) afirma que dependendo da exigência do momento é necessário que o gerente seja capaz de atuar como gerente e/ou líder. Coloca que as organizações precisam ser gerenciadas, mas dentro da visão atual do mundo e da vida, as organizações precisam muito mais de liderança. Diferencia o gerente do líder afirmando que o gerente apóia-se nas regras, normas e procedimentos e líderes nas pessoas, em suas capacidades, potencialidades e habilidades. O gerente entende a crise e os conflitos como problemas desgastantes e aborrecidos. O líder debate o conflito, estuda-o e aproveita esta oportunidade como um momento rico que não pode ser desperdiçado.

Bergamini (2002) coloca que os termos gerente, líder e administrador confundem-se entre si devido à diversidade de maneiras utilizadas pelos autores e afirma ser imprescindível a clareza entre estes termos. Gerente, segundo a autora descreve uma posição na estrutura da organização e trata-se de alguém investido de autoridade formal, o líder retrata uma atitude pessoal, uma competência. Liderar e administrar são predisposições ao desempenho de papéis diferentes embora complementares e acrescenta que a organização pode contar com gerentes que

administram, assim como pode ter gerentes que desempenham eficazmente seu papel como líderes.

Entendemos que para exercer a liderança o gerente deve entender as diferenças entre liderar e gerenciar, e buscar o desenvolvimento de capacidades necessárias para o exercício de liderança.

Concordamos com Kisil (1998) quando afirma que para tornar-se um líder o gerente deverá desenvolver as seguintes capacidades: visão de futuro e do cenário a ser construído; trabalhar em equipe na construção da organização; estar instrumentalizado para conduzir o processo de mudança; ser criativo; assumir ambigüidades e conflitos; ter compromisso ético; saber ouvir e comunicar-se.

Bennis (2002) questiona se os cursos de administração estão oferecendo uma educação que proporcionará competências cognitivas, emocionais, interpessoais e de liderança necessárias ao contexto das mudanças.

Com o índice progressivo de mudança, a liderança é uma parte crescente do trabalho gerencial (KOTTER , 2000).

O mesmo autor aponta que :

*..... cada vez mais os que ocupam cargos gerenciais podem ser consideradas pessoas que criam agendas contendo planos (gerenciamento) e visões (liderança); pessoas que desenvolvem redes com capacidade de implementação através da hierarquia bem organizada (gerenciamento) e de uma rede complexa de relacionamentos convergentes (liderança); pessoas que agem através do controle (gerenciamento) e através da inspiração (liderança). (p.12)*

Mudança exige envolvimento de pessoas, não mais obediência. Pessoas detêm conhecimento e, portanto, não é mais possível um modelo de relacionamento tradicional entre superior/ subordinado.

Bergamini (2002) afirma que quando as organizações se deram conta de que não eram mais possíveis ambientes opressivos e passaram a valorizar

situações nas quais pudessem utilizar o máximo potencial de seus colaboradores, sentiram a necessidade de bons líderes. Na atualidade, refere a autora, o desafio proposto pela constante necessidade de mudança requer alguém que interprete com sensibilidade o que está ocorrendo e sinalize novas direções a seguir.

Drucker (1999) coloca que hoje a relação entre supervisor e subordinado deve ser como a de um maestro, pois o superior que emprega trabalhadores do conhecimento não pode realizar o trabalho do subordinado e este depende do supervisor para orientação e, acima de tudo, definir os padrões, valores, desempenho e resultado. Afirma, ainda, que subordinados são parceiros e parceiros são iguais, assim é preciso persuadi-los e finaliza dizendo que não se gerencia pessoas, se lidera pessoas.

Estes autores mencionados evidenciam a necessidade do gerente em assumir a liderança. Kotter (2000) argumenta que a administração diz respeito a complexidade e que a liderança diz respeito ao enfrentamento das mudanças. O líder, aponta o autor, estabelece uma visão de futuro e engaja pessoas, comunicando e inspirando-as a superar obstáculos.

Neste momento de globalização, de incertezas e mudanças a liderança é imprescindível para a sobrevivência e o sucesso das organizações.

A liderança nos torna mais flexíveis, permitindo que nos adaptemos a ambientes mais incertos e estimula, ao nosso ver, as pessoas a assumirem responsabilidades, tomarem iniciativa e a se superarem.

Os serviços de saúde, assim como as demais organizações, vêm buscando se aproximar desta nova tendência, deste avanço gerencial, visando dar uma resposta ao processo evolutivo da sociedade contemporânea.

A fim de incorporar as mudanças necessárias ao setor saúde, com vistas ao aumento da cobertura da assistência com equidade, eficiência e eficácia há um empenho em implantar novos modelos de atenção e de gerenciamento.

Na área hospitalar, buscando novos modelos de gestão, muitos programas de qualidade foram ou estão sendo implantados. Observamos mudanças na forma de estruturar os processos de trabalho, uma preocupação com a redução de custos, principalmente, de materiais e medicamentos. Tem merecido atenção especial treinamentos gerenciais, buscando estabelecer uma nova relação entre as pessoas, com o enfoque no desenvolvimento da liderança como uma forma de trazer ganhos para a organização e, conseqüentemente, para a sociedade.

No âmbito da saúde coletiva temos observado um grande empenho em reorganizar e reorientar o Sistema Único de Saúde (SUS) com base no processo de descentralização, desconcentração de recursos e desenvolvimento da capacidade de gestão local.

A implantação do SUS e, principalmente, a descentralização têm encontrado dificuldades, pois se pressupõe neste modelo uma maior autonomia e responsabilidade dos municípios na gestão dos serviços de saúde. Este processo tem esbarrado na falta de preparo das equipes para assumirem funções gerenciais e de liderança. A função de gestor municipal é relativamente nova, visto que o modelo anterior ao SUS era totalmente centralizado sendo que as decisões se davam em nível federal e apenas a operacionalização em nível dos municípios.

Fracolli e Egry (2001) colocam que o processo de descentralização e das reformas administrativas no Brasil, a partir da década de 80, traz a tona o debate das tecnologias gerenciais em saúde. Nestes debates, tem se destacado a

necessidade de operar mudanças no modo de trabalhar a gerência em todos os níveis das organizações de saúde.

A reforma do setor saúde pela qual vem passando o Brasil é em si mesma um agente provocador de mudança organizacional que afeta todo o sistema de saúde (KISIL, 1998). O autor ainda coloca que o momento atual exige uma grande atenção às decisões que estão sendo tomadas nesta área: novos modelos de atenção e de gestão mostram a necessidade de pesquisa gerencial e conseqüentemente de treinamento gerencial através de programas de capacitação.

Neste sentido, buscando esta capacitação o Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan - Americana da Saúde (OPAS), elaborou um projeto de desenvolvimento gerencial voltado para as Unidades Básicas de Saúde do SUS. Este projeto recebe o nome de Gerenciamento de Unidades de Saúde (GERUS) e foi criado em 1993.

Este programa de desenvolvimento busca a mudança do paradigma administrativo do setor público, adotando novos conceitos e propostas de gestão. Ressalta um novo perfil gerencial para atuar em um ambiente complexo, variável e cheio de limitações.

A capacitação se desdobra em três momentos: avaliação das necessidades de saúde da população, da oferta de serviços e da disponibilidade de recursos; reorganização do processo de produção dos serviços de saúde; e condução das operações, ajustando decisões ao contexto em permanente mutação.

É muito importante constatar este avanço no setor da saúde, principalmente nas instituições públicas, já que é um setor considerado conservador e de difícil incorporação de mudanças.

Entendemos que a capacitação gerencial se faz necessária, e que é muito importante o papel gerencial nas Unidades Básicas de Saúde, mas, acreditamos que os processos de mudança extrapolam competências gerenciais. Gerenciar é lidar com a complexidade e sabemos que um bom gerenciamento introduz ordem e consistência na organização, mas é o desenvolvimento de capacidades de liderança que será capaz de operar as mudanças necessárias.

### ***1.2 A liderança na enfermagem – uma necessidade dentro do cenário de mudanças nas organizações de saúde***

O enfermeiro dentro do contexto institucional de saúde é um profissional que, cada vez mais, assume a gerência dos serviços .

Em nossas experiências profissionais, exercendo o cargo de gerente na área hospitalar e de saúde coletiva, constatamos esta realidade. O enfermeiro assume cargos de gerência nas instituições de saúde em diversos níveis: seja gerenciando uma unidade de internação, um setor especializado ou todo o serviço de enfermagem hospitalar. Ainda, percebemos sua atuação gerencial em várias Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, clínicas e convênios médicos.

Apesar de estarem exercendo este cargo, o gerenciamento realizado por enfermeiros carrega ainda traços de um gerenciamento tradicional onde cumpre normas pré-estabelecidas, “toma conta do setor”, dando um enfoque burocrático as suas ações. Este cenário foi descrito por Trevizan (1988) e Ferraz (1995).

Trevizan (1993) afirma que a gênese da liderança em enfermagem está no modelo “Nightingale”, modelo este preconizado por uma liderança diretiva, autoritária e centralizadora.



Apesar do trabalho do enfermeiro se efetivar em equipe interdisciplinar, com outros profissionais ligados à saúde e/ou coordenando a equipe de auxiliares e técnicos, ele tem dificuldade em focar sua atuação no desenvolvimento e na liderança de pessoas, e de se inserir no novo modelo gerencial.

Fracolli e Egry (2001), em estudo realizado com enfermeiros que atuam na gerência de Unidades Básicas de Saúde, constataram que o profissional enfermeiro ao desempenhar o papel gerencial, o faz com visão idealista e disciplinadora, e frustra-se ao perceber que as coisas não acontecem como ele espera, tornando-se uma fonte constante de tensão.

Durante dez anos exercemos a função de gerente do serviço de enfermagem em hospitais privados e filantrópicos. Nesta função procuramos ajudar os enfermeiros no sentido de aprimorarem sua relação com a equipe que estava sob sua coordenação. Percebemos a dificuldade que, nós enfermeiros, temos para liderar pessoas, em lidar com conflitos, com relações de poder. Podemos supor que estas dificuldades nos façam desenvolver ações mais burocráticas, privilegiando normas em detrimento às pessoas.

Entender as pessoas, suas visões, crenças e sua relação com o trabalho não é tarefa fácil.

Outra questão a ser apontada, reside no fato de não termos desenvolvido essas habilidades em nossa formação, como afirmam Andrade et al (1990,p.254) que descreve:

*..um primeiro entrave ocorre na formação do enfermeiro, em nível da graduação, quando o aluno muitas vezes não é influenciado a ser um líder, pois, faltam-lhe oportunidades para desenvolver potencialidades com autonomia devida, até mesmo, ao processo de ensino aprendizagem que circunstanciam as escolas de enfermagem no país.*

Trofino (1993) aponta que o desenvolvimento da liderança na enfermagem se dará se houver uma combinação de esforços, entre programas de educação formal e os trabalhos de agências preparadoras de enfermeiros, com uma visão mais crítica e estratégica, já que é uma condição necessária nestes tempos de rápidas mudanças.

Liderança é um tema que desperta nosso interesse e nos fascina, pois acreditamos ser este um dos caminhos e uma das possibilidades do enfermeiro romper com as visões tradicionais e tornar seu trabalho mais gratificante para si e para a equipe.

Concordamos com Bergamini (2002) ao afirmar que os líderes de qualquer instituição, devem estar desejosos de descartar-se de velhas idéias e velhas formas de fazer as coisas, adotando novas e melhores posturas .

Ao assumir cargos de gerência, o enfermeiro precisa ter clareza das mudanças na sociedade, seu impacto nas organizações e que ele precisa mudar sua forma de gerenciamento. Optar por quebrar paradigmas estabelecidos é condição fundamental para que possa desenvolver sua função. Não cabe mais o modelo tradicional de administração de enfermagem, as pessoas mudaram e o profissional enfermeiro, ao nosso ver, tem dificuldade em assimilar este processo.

Mudanças ocorrem e nos atropelam, se perdemos a oportunidade que elas nos oferecem de transformação.

Robbins (2002b) refere que Fayol, no início do séc XX, escreveu que os executivos ou administradores exercem cinco funções gerenciais: planejam, organizam, comandam, coordenam e controlam. Hoje, diz o autor, estas tarefas foram condensadas em planejamento, organização, liderança e controle.

Exercer a liderança exige do enfermeiro várias habilidades: bom relacionamento interpessoal, capacidade de negociação, bom senso, saber ouvir e estas habilidades são desenvolvidas à medida que o gerente se conhece, conhece suas reações, tem consciência de suas potencialidades e clareza de suas dificuldades.

A liderança é um tema que vem sendo discutido na enfermagem por muitos autores que afirmam ser fundamental seu estudo e o desenvolvimento de suas habilidades.

Muitos enfermeiros acatam a liderança como sendo intrínseca à profissão de enfermagem. Interrogamos esta questão na nossa dissertação de mestrado e alguns dos líderes pesquisados acreditam que ser líder é um processo quase que natural, pois no contexto da equipe de enfermagem o enfermeiro é conduzido a uma função que exige o desenvolvimento da liderança.

A liderança tem sido definida por vários autores, entre eles citamos: Kotter (1997, p.20), que aponta a liderança *“..vista como um processo, associa-se à capacidade de persuadir funcionários e outras pessoas importantes a aceitar idéias novas e implementá-las.”*

Hersey e Blanchard (1986, p.105) definem a liderança *“... como o processo de influenciar as atividades de indivíduos ou grupos para a consecução de um objetivo numa dada situação.”*

O questionamento se a liderança é nata ou aprendida também sempre é alvo de discussões. Concordamos com Kotter (1997, p.19) quando relata que:

*...a liderança pode ser as duas coisas; há pessoas que nascem líderes e há outras que aprendem a desenvolver sua capacidade de liderança. Mas, uma das características que diferem os grandes líderes das outras pessoas é que, qualquer que seja o potencial inicial, eles continuam a desenvolvê-lo ano após ano, década após década.*

Kouzes e Posner (1997, p.361) afirmam que:

*Querer liderar e acreditar que possa fazê-lo são os pontos de partida no caminho da liderança. A liderança é uma arte – uma arte cênica – e o instrumento é o próprio ser. O desenvolvimento da liderança é um processo de autodesenvolvimento.*

Kotter (2000) argumenta que o conceito de liderança não muda, que a mudança está ocorrendo nas funções da gerência e, precisamos de profissionais que conheçam teorias de administração, mas também tenham capacidade de liderar.

A liderança tem sido estudada sob diversos enfoques. Estes diferem dependendo de como o autor percebe o comportamento do líder, suas características, a força da situação agindo no processo de liderar. Há autores que afirmam que o comportamento do líder se fundamenta em uma das duas dimensões: o líder é orientado para a tarefa ou para as pessoas. Outros, destacam o impacto da situação sobre o comportamento do líder.

As instituições de saúde, apesar do pouco contingente de pesquisas publicadas em relação ao desenvolvimento da liderança do enfermeiro, têm investido em processos de capacitação empregando novos conhecimentos, novas ferramentas, buscando novos comportamentos.

Os Cursos de Graduação em Enfermagem devem iniciar o processo de aprendizagem de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades para o exercício da liderança, bem como os programas de pós-graduação.

Alguns autores realizaram estudos a respeito do aprendizado da liderança na graduação. Dentre eles, citamos Simões e Fávero (2000) que apontaram insatisfação nos enfermeiros pesquisados em relação ao que foi oferecido sobre o tema da liderança na graduação, e registrando falhas no processo ensino-aprendizagem, tanto na abordagem teórica quanto na falta de modelos de liderança e oportunidades de vivência de situações práticas.

Santos (1991) considerando a importância do estudo da liderança para a função gerencial da enfermagem, sugere aos enfermeiros que incentivem o seu estudo nos cursos de graduação e pós-graduação.

Ressaltamos que um dos líderes pesquisados por Lourenço (2000) visualiza a pós-graduação como formadora de líderes, principalmente o doutorado.

Entendemos, porém, que essa formação deve ser iniciada já na graduação e que a aprendizagem sobre liderança deverá ser desenvolvida por toda a vida, principalmente dentro das instituições.

Para Senge (1990) as organizações precisam enfatizar a aprendizagem. Neste sentido, o autor abordou com propriedade sobre as cinco disciplinas das organizações de aprendizagem.

São nas instituições de saúde que ocorre o exercício da liderança pelo enfermeiro. São também nestes locais, onde se faz necessária uma reflexão desta prática.

Hill (1999) aponta que os gerentes devem estar dispostos a refletir sobre suas experiências, a obter feedback, a analisar e modificar seu comportamento e acrescenta que os desafios que o cargo impõe são difíceis de serem enfrentados sozinho.

Transpondo esta afirmação para o contexto da enfermagem percebemos muita semelhança. O enfermeiro ao assumir cargos de coordenação e gerenciamento de um serviço sente dificuldade, não tendo com quem compartilhar, ajudando-o a refletir suas experiências. O enfermeiro também não tem referenciais teóricos que norteiem esta reflexão.

Alguns autores da enfermagem têm feito recomendações referentes a estas questões.

Galvão (1995) sugere como referencial teórico à utilização dos conceitos de liderança situacional para o desenvolvimento da liderança na enfermagem.

Cury (1999) ressalta a importância de caracterizar a liderança na enfermagem brasileira e assim elaborar modelos condizentes que possam proporcionar o desenvolvimento de suas habilidades.

Realizando pesquisa no âmbito hospitalar, Simões (2001) concluiu que o desenvolvimento do potencial de liderança do enfermeiro se dará com uma somatória de fatores, entre eles, a motivação para aprendizagem; o desejo e o interesse em ser líder; estar envolvido e aceitar a tarefa de liderar, aproveitando as oportunidades que são oferecidas nos ambientes para vivenciar e diversificar suas experiências; e, principalmente enfrentar desafios.

Apesar dos estudos em liderança ressaltarem a sua importância, poucos autores se propõem ao seu desenvolvimento, entre eles, podemos citar o recente trabalho de Simões (2001). Desenvolvimento que é um desafio, mas que acreditamos ser possível.

Frente ao exposto, reforçamos que há necessidade do desenvolvimento de liderança na gerência. Questionamo-nos sobre a possibilidade de desenvolver liderança nos enfermeiros-gerentes das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades de Saúde da Família e qual impacto que este desenvolvimento ocasionaria nestas organizações de saúde. Assim, nos propusemos a elaborar e implementar um programa de desenvolvimento de liderança para enfermeiros que ocupam o cargo gerencial em Unidades Básicas de Saúde e de Unidade de Saúde da Família, bem como avaliar o seu impacto no processo de mudança destas organizações.

### **1.3 O contexto da mudança no local do estudo**

O serviço de saúde, onde estamos propondo a realização deste estudo, localiza-se na região oeste do Estado de São Paulo. Este serviço, na busca de viabilizar o Sistema Único de Saúde (SUS) e garantir seus princípios, vêm passando por um contexto de mudança em seus modelos de atenção e na sua forma de gestão. O município, em questão, tem aproximadamente 390 mil habitantes sendo que destes, 70% são usuários do Sistema Único de Saúde. A cidade possui dezessete Unidades Básicas de Saúde, cinco Unidades de Saúde da Família, um Pronto Socorro, seis hospitais gerais e um hospital psiquiátrico. No ano de 2001 houve a mudança do secretário de saúde, juntamente com a equipe de administração da prefeitura.

Ao assumir a Secretaria de Saúde e Higiene, o secretário constatou que esta não apresentava uma estrutura organizacional que favorecesse a implantação do SUS.

Lopes (2003), atual Secretário de Saúde, em entrevista relata as informações aqui obtidas (informação verbal)<sup>1</sup>.

Haviam poucos funcionários lotados no nível central, desarticulados e com pequenos “guetos” de poder. Cada elemento da secretaria municipal de saúde detinha uma parte do conhecimento e do processo de trabalho. A área física era inadequada. Não havia organização por setores e tudo era feito de forma manual.

A saúde era tema constante dos jornais e rádios locais enfocando a má qualidade de atendimento. As equipes de combate a dengue haviam sido desmanchadas em função da mudança do prefeito, o que acarretou no ano de 2001, 6700 casos da doença.

A Secretaria não possuía informatização e os dados das vigilâncias epidemiológica e sanitária não eram registrados adequadamente.

As Unidades Básicas de Saúde, em sua maioria, estavam sucateadas, com falta de pessoal e equipamentos. As áreas físicas precisavam de reformas.

Também não havia o cargo de gerente nas Unidades Básicas de Saúde.

A primeira ação do Secretário foi garantir o atendimento de saúde à população, resgatando um convênio existente com a Fundação Faculdade Regional de Medicina (FUNFARME), o que possibilitou a contratação de profissionais de saúde que foram alocados nas Unidades Básicas de Saúde .

Uma segunda ação foi à reorganização da Secretaria de Saúde em nível central, reestruturando a equipe, reorganizando as vigilâncias, revisando os contratos com prestadores. A informatização foi implantada o que agilizou a notificação das doenças e as ações de intervenção.

O convênio com a FUNFARME também possibilitou a adequação de área física de algumas unidades, a compra de equipamentos para as Unidades Básicas de Saúde e Serviços de Referência.

Em junho de 2001 aconteceram as indicações para os cargos de gerentes nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, feitas pelo Secretário e pela equipe de gestão da Secretaria.

Para o Secretário a colocação do gerente visou dar organicidade à rede, que funcionava numa lógica isolada, não compondo um projeto de saúde coletiva. A idéia está pautada em construir um processo coletivo dentro do município, respeitando a especificidade de cada região, que atenda a concepção do SUS.

---

<sup>1</sup> Informação fornecida por Lopes em S. J. do Rio Preto, durante entrevista em 2003.



Entende ainda, que a função do gerente é soldar a visão, criar um elo e se responsabilizar pela unidade.

Anterior à colocação do gerente havia um administrador cujo papel era apenas de controle de cartão de ponto e horas extras.

O papel administrativo burocrático deve ser feito, mas o gerente, na visão do Secretário, precisa elaborar um planejamento, manter uma forte relação com a comunidade, fazer com que a unidade crie e estabeleça o compromisso com o atendimento.

Percebemos que as mudanças que estão ocorrendo na gestão têm um tripé de sustentação: o gerente, o convênio que permitiu agilidade de mudanças e uma nova lógica de relação com o Conselho Municipal de Saúde que passou a compreender o seu papel de parceiro na construção do SUS.

Atualmente são vinte e um gerentes, sendo quatorze enfermeiros, quatro médicos e três administradores.

Tem havido um grande investimento em capacitação das pessoas, através de cursos de atendimento ao cliente, parceria nos cursos de especialização em saúde coletiva e de especialização em gestão em saúde com a Faculdade de Medicina local, além de preparo em informática para os funcionários de nível médio.

Em relação à capacitação dos gerentes ofereceu o curso de Gerenciamento em Unidade de Saúde (GERUS), em nível de especialização, em parceria com a Faculdade Regional de Medicina, envolvendo todos os gerentes das Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e de Serviços de Referência.

Apesar deste processo de mudança ser muito recente, "... *já percebemos alguns avanços com a colocação dos gerentes*", afirma o Secretário, mas aponta

questões ainda não resolvidas e que necessitam de atenção na gestão das Unidades Básicas de Saúde: descentralização financeira, o que garantiria uma maior agilidade gerencial; ter autonomia no gerenciamento de pessoal, visto que não há critérios de desempenho individual e por equipe; melhorar o entendimento da microfísica das relações entre a equipe; clareza do gerente em relação ao projeto da secretaria; melhorar os conflitos de poder que se estabelecem entre os profissionais das Unidades Básicas de Saúde e com o nível central; modificar o gerenciamento em relação à equipe, pois, acredita que o gerente tem dificuldade em entender as relações de trabalho.

A nossa proposta de desenvolver o estudo nas Unidades Básicas Saúde e nas Unidades de Saúde da Família se deve às mudanças que estão ocorrendo nessas organizações, do contingente de enfermeiros gerentes nestes serviços, e da necessidade, já apontada, do aprendizado da liderança na gerência.

#### ***1.4 A busca da eficácia da liderança***

Entendemos que a implementação de um treinamento é como dizem os autores, **uma das formas** de aprendizado. Contudo temos uma inquietação: o treinamento em liderança traz eficácia e eficiência à organização? Day e Lord, (1988 apud ROBBINS, 2002b p. 332) argumentam que a liderança afeta os resultados das empresas e que a eficácia dos treinamentos é diversificada visto que os programas de desenvolvimento também o são. Além disso, ressaltam os autores, que as pessoas aprendem de formas diferentes e podem participar de programas que não são adequados as suas necessidades ou a seu estilo, o que dificulta a avaliação da sua eficácia.

A eficácia da liderança diz respeito ao sucesso em fazer com que o grupo passe à realização de uma meta comum. Mas o sucesso pode ser um resultado objetivo ou uma percepção (ROBBINS, 2002b).

Assim a eficácia da liderança é avaliada diferentemente pelos autores. Robbins (2002a) ao realizar uma revisão da literatura aponta que os pesquisadores utilizam pelo menos cinco maneiras diferentes de avaliar a eficácia:

- *Medidas objetivas versus medidas subjetivas.* Alguns estudos utilizam a produtividade como um parâmetro concreto para definir a eficácia da liderança, outros se preocupam somente com a percepção da eficácia. Os seguidores afirmam que o indivíduo *parece* ser um líder.
- *Aceitação versus rejeição do líder.* Nestes estudos não há medida de desempenho concreta sendo utilizada. Se um líder é aceito pelos seguidores é considerado um líder eficaz.
- *Medidas de desempenho individual versus medidas de desempenho do grupo.* Embora os estudos enfatizem o desempenho, eles não são uniformes no tocante a medir o efeito do líder pelo desempenho individual ou pelo desempenho do grupo. O foco em níveis diferentes pode gerar desempenho diferente e não comparáveis.
- *Produtividade versus satisfação.* Alguns estudos enfatizam a satisfação do seguidor ou do grupo em lugar da produtividade. As ações de um líder para aumentar a produtividade podem ser muito diferentes das ações utilizadas para aumentar a satisfação.

- *Nível de análise.* A maioria dos estudos se concentra na influência do líder sobre o grupo, outros focalizam a organização ou mesmo sociedades específicas.

O mesmo autor discorrendo sobre o treinamento, como uma estratégia para obtenção de maior eficácia do líder, afirma que as pessoas não são igualmente treináveis, que um treinamento pode obter maior êxito com indivíduos dotados de maior automonitoração, pois possuem maior flexibilidade para alterar seu comportamento. Questiona que tipo de coisas os indivíduos podem aprender em um treinamento, visando uma maior eficácia em liderança e aponta que não podemos ensinar alguém a ser visionário, mas podemos ensiná-lhe habilidades de implementação. Podemos ensinar as pessoas a adotarem comportamentos associados a confiança e credibilidade. Ensinar aos líderes habilidades de análise situacional e, assim, aprendendo a avaliar situações os líderes podem então modificar seu estilo, verificando quais comportamentos poderiam ser eficazes em determinadas situações; podemos ensiná-lo como usar o poder de forma positiva.

Acreditando ser possível e necessário o aprendizado da liderança através de um programa de desenvolvimento, apesar da inquietação quanto ao impacto que o mesmo poderia ter na eficácia das organizações de saúde, optamos por desenvolver um programa constando de duas etapas: um treinamento de dezesseis horas com o grupo estudado e sessões de coaching individuais.

Para medir a efetividade do desempenho em liderança nas organizações estudadas utilizamos um indicador: satisfação do funcionário, através da mensuração de clima organizacional. Optamos por utilizar este indicador por

entendermos que a eficácia da liderança reflete diretamente no clima organizacional e na satisfação do funcionário.

Clima organizacional pode ser definido como uma percepção da atmosfera e do ambiente da organização, tendo implicações na satisfação do trabalho, no desempenho, na interação e no comportamento do grupo (BOWDITCH e BUONO,1992).

Maximiano (2000, p. 260) aponta que *“...clima organizacional é formado pelos sentimentos que as pessoas partilham a respeito da organização e que afetam de maneira positiva sua satisfação e motivação para o trabalho”*. Ressalta ainda, que a pesquisa de clima organizacional permite aferir de modo sistemático os sentimentos das pessoas a respeito de vários aspectos da organização e de seus administradores.

Satisfação no trabalho é definida por Robbins (2002b, p.74) *“...como a atitude geral de uma pessoa em relação ao trabalho que realiza”*.

Nardi (2004, p.141) em sua pesquisa sobre clima organizacional, aponta que apesar de haver conceitos diferentes entre clima e satisfação no trabalho, autores pesquisados, colocam que há uma sobreposição entre os conceitos e acrescenta *“...que há uma forte evidência que a satisfação relaciona-se positivamente às percepções dos indivíduos quanto ao clima ser suportivo e amigável”*.

Clima é uma medida perceptiva, mas sua relação forte com satisfação no trabalho e a organização enfatizam também sua natureza avaliativa. O clima é freqüentemente medido através de questionários, distribuídos a vários indivíduos,

que uma vez compilados oferecem um perfil da organização (BOWDITCH e BUONO,1992).

Clima organizacional existe objetivamente na organização, mas pode somente ser descrito e mensurado indiretamente através da percepção dos membros da organização. O clima pode ser descrito e mensurado em seis distintas dimensões: estrutura, padrões, responsabilidade, reconhecimento, apoio e comprometimento (STRINGER,2002). Este autor, aponta ainda que existem cinco fatores determinantes de clima: práticas de liderança; arranjos organizacionais (localização física das pessoas, sistema de recompensa, normas e procedimentos); estratégia; ambiente externo; forças históricas. Os três primeiros são fatores de controle e os dois últimos não.

## **2. OBJETIVOS**

## **2.1 Objetivo geral**

- Identificar o impacto do desenvolvimento da competência em liderança na efetividade de organizações de saúde gerenciadas por enfermeiros.

## **2.2 Objetivos específicos**

- ✓ Identificar os conhecimentos dos enfermeiros-gerentes acerca de gerenciamento e liderança.
- ✓ Elaborar e implementar um programa de desenvolvimento em liderança junto aos enfermeiros-gerentes de Unidades Básicas de Saúde e das Unidades de Saúde da Família.
- ✓ Avaliar os conhecimentos dos enfermeiros-gerentes acerca de liderança, após a implementação do programa.
- ✓ Avaliar a efetividade das Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família através do indicador de satisfação do funcionário (clima organizacional) antes e após o desenvolvimento do programa.



### **3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa de configuração quase-experimental.

O delineamento quase-experimental permite ao pesquisador introduzir procedimentos metodológicos semelhantes ao esquema experimental, ainda que não tenha condições de controle completo do experimento efetuado. Pela ausência do pleno controle experimental é necessário que o pesquisador tenha consciência das variáveis específicas que seu esquema deixa de controlar. Resultados experimentais nunca confirmam ou provam uma teoria: o que ocorre é que uma teoria vitoriosa é testada e deixa de ser rejeitada. Os resultados experimentais põem a prova, mas não provam uma teoria (CAMPBELL e STANLEY, 1979).

No contexto social investigado constituímos dois grupos, um grupo experimental e um grupo controle, formados aleatoriamente a partir de um sorteio de forma equivalente. Ao grupo experimental foi aplicado um programa de desenvolvimento em liderança.

### **3.2 Local do estudo**

O estudo foi desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família de um município do interior paulista.

### **3.3 Sujeitos do estudo**

Como nosso interesse focalizou-se nos enfermeiros-gerentes, nos atemos as Unidades Básicas de Saúde e de Unidades de Saúde da Família que possuem enfermeiros no cargo gerencial.

Os sujeitos foram divididos em dois grupos: grupo experimental e grupo controle, separados aleatoriamente por sorteio de forma equivalente, sendo que cada grupo foi constituído por seis enfermeiros-gerentes de unidades com o mesmo tipo de complexidade de atendimento. Os grupos ficaram assim constituídos:

*Grupo controle :*

- Um enfermeiro-gerente de Unidade Básica de Saúde com atendimento 24h (ambulatorial e serviço de emergência).
- Três enfermeiros-gerentes de Unidades de Saúde da Família.
- Dois enfermeiros-gerentes de Unidades Básicas de Saúde com atendimento 12 h (ambulatorial).

*Grupo experimental:*

- Um enfermeiro-gerente de Unidade Básica de Saúde com atendimento 24h (ambulatorial e serviço de emergência).
- Dois enfermeiros-gerentes de Unidades de Saúde da Família.
- Três enfermeiros-gerentes de Unidades Básicas de Saúde com atendimento 12 h (ambulatorial).

### **3.4 Critérios de inclusão dos sujeitos no estudo**

Enviamos uma solicitação ao Secretário de Saúde do município em questão, pedindo permissão para a realização do estudo (Apêndice A), sendo autorizado. Foram incluídos doze enfermeiros-gerentes das Unidades Básicas de Saúde e de Saúde da Família que concordaram em participar do estudo, após assinarem o termo de consentimento esclarecido de participação na pesquisa (Apêndice B). Ressaltamos aqui que dois sujeitos não foram incluídos, pois um foi transferido e saiu do cargo no período da realização da pesquisa e um sujeito é a pesquisadora deste estudo.

Para a realização do estudo, o projeto foi submetido, previamente, à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP, onde foi aprovado.

### **3.5 Procedimento metodológico**

#### Primeira etapa

Aplicação de um questionário estruturado, contendo vinte e sete questões, aos participantes do estudo – grupos experimental e controle, verificando os conhecimentos acerca de gerenciamento e liderança. Este instrumento foi elaborado com a colaboração do Prof. Dr. Gilberto Shinyashiki, professor de administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Apêndice C).

Ainda na primeira etapa coletamos dados para compor o indicador de satisfação dos funcionários, através da mensuração de clima organizacional, nas

Unidades Básicas de Saúde e de Unidades de Saúde da Família gerenciadas por enfermeiros dos grupos: experimental e controle. Para a mensuração do clima organizacional utilizamos um instrumento contendo cinquenta questões de autoria de Shinyashiki (2003), cujas respostas foram dadas através de uma escala do tipo Likert com opções que variaram de “concordo totalmente” até “discordo totalmente” (Anexo A). Foi aplicado no mês de novembro de 2003, aos colaboradores que trabalham nas Unidades de Saúde e de Saúde da Família que compõem o estudo (controle e experimental) que concordaram em participar. Foram incluídas todas as categorias profissionais que pertencem ao quadro municipal, estadual e do convênio estabelecido entre o município e FUNFARME, visto que todos se reportam hierarquicamente ao enfermeiro-gerente da unidade. Nesta primeira etapa de coleta obtivemos um total de 288 instrumentos respondidos.

### Segunda etapa

Elaboração e implementação de um programa de desenvolvimento em liderança, que abrangeu dezesseis horas em grupo e quatro sessões de coaching individuais com duas horas cada uma totalizando vinte e quatro horas de treinamento por sujeito .

O **programa de desenvolvimento** teve por objetivo capacitar os enfermeiros-gerentes das Unidades Básicas de Saúde e de Unidades de Saúde da Família em liderança, sendo que ao final da capacitação os participantes deveriam :

- Entender o conceito de liderança
- Identificar as características e habilidades de um líder
- Identificar as diferenças entre gerenciamento e liderança
- Entender a importância da liderança na gerência

- Avaliar seu comportamento em relação à liderança
- Conhecer o seu estilo de liderar
- Conhecer as teorias de liderança: Liderança Transacional e Transformacional
- Aprender a utilizar a Liderança Situacional com sua equipe de trabalho
- Identificar os tipos de poder nas organizações e sua relação com a liderança
- Entender a importância dos valores, visão e estratégias
- Estabelecer um contrato pessoal de desenvolvimento em liderança

Nosso conteúdo programático constou dos seguintes temas:

- Liderança e Gerenciamento
- Teorias de liderança
- Liderança Transacional e Transformacional
- Liderança Situacional de Hersey e Blanchard (1996)
- Características e habilidades do líder
- Estilos de liderança
- O poder nas organizações
- Os valores e idéias – sustentação para a liderança
- O autodesenvolvimento – o ponto de partida para o desenvolvimento da liderança.

Como estratégias de ensino, utilizamos: dinâmicas de grupo; exercícios de avaliação individual; leitura e discussão de textos; debates entre os participantes e elaboração de um roteiro de desenvolvimento pessoal em liderança.

Após o desenvolvimento do programa, agendamos com cada participante o acompanhamento individual, ou seja, as sessões de coaching.

Coaching é um processo complexo e contínuo que envolve a interação entre a pessoa (coach) e o gerente, buscando afetar a maneira pela qual o gerente pensa e se comporta. O coach trabalha com o gerente e juntos selecionam um caminho apropriado a seguir. O diálogo está no cerne do coaching. O poder direcional do coach está fundamentado no diálogo e em sua capacidade de questionar. O coaching se reconecta à realidade quando o questionamento é seguido de análise, planejamento de ação e acompanhamento no ambiente de trabalho. O ponto final deste encontro envolve o gerente planejando e experimentando um novo comportamento, o qual este é executado no mundo real. Para que isto se dê é importante à confiança e a credibilidade, é preciso estabelecer um bom relacionamento, ser honesto ao fornecer *feedback*, ter boa capacidade de escutar, fazer boas perguntas, ser analítico e planejador, buscando o acompanhamento e o fechamento. O coach se preocupa com a facilitação e não em dar conselhos, oferece ao gerente a oportunidade para refletir sobre o seu desenvolvimento pessoal. Ao alocar tempo para esta atividade, o momento da entrevista de coaching suspende as pressões imediatas do dia a dia e encoraja o gerente a pensar em si, conseguindo romper com a lógica tradicional de mera reação e repetição, tornando-o mais pró-ativo (LYONS, 2003).

Utilizamos as sessões de coaching como estratégia, pois como relata Lyon (2003) a liderança está substituindo a gestão e o aprendizado está substituindo a instrução. Assim, segundo o autor o coaching surge como recurso estratégico e acrescenta que as empresas precisam de menos gestores e mais líderes e o coaching oferece uma maneira direta e prática de infundir essa nova cultura; oferece

uma rota para a liderança, pois pode libertar o potencial latente da liderança nos gestores e reforçar a liderança existente.

Para realizar as sessões nos baseamos no modelo de Goldsmith (2003) e fizemos adaptações para adequar à realidade dos enfermeiros-gerentes e da proposta desta pesquisa.

As sessões tiveram como ponto de partida o instrumento de autoconhecimento em liderança, elaborado durante o programa de desenvolvimento, e a necessidade colocada pelo participante do estudo individualmente. Apesar das diferenças individuais e de experiências distintas dos sujeitos, buscamos nestas sessões refletir situações apresentadas e trazidas pelos participantes; realizar exercícios de observação da prática; aplicar na prática gerencial temas discutidos e de relevância; observar mudanças de comportamento percebidas durante o período das sessões. As sessões serão descritas na apresentação e discussão dos resultados.

### Terceira etapa

Aplicamos novamente no grupo experimental o instrumento estruturado contendo vinte e sete questões, que foi utilizado no início da pesquisa para a avaliação dos conhecimentos acerca de gerenciamento e liderança, após o desenvolvimento do programa. Esta avaliação ocorreu em dois momentos distintos: logo após a realização do programa de desenvolvimento em liderança e após as sessões de coaching.



Quarta etapa:

Reaplicamos, nesta etapa, o mesmo instrumento aplicado no início da pesquisa de autoria de Shinyashiki (2003) (Anexo A), no mês de julho de 2004. Esta etapa ocorreu quatro meses após a implementação do programa de desenvolvimento em liderança e das sessões de coaching, sendo que nesta fase acrescentamos uma questão para verificar se o colaborador já havia respondido o questionário na 1ª coleta. Ressaltamos que no mês de junho houve um processo de mudança no quadro de pessoal das Unidades de Saúde, pois foram chamados os colaboradores aprovados em concurso público e desligados do quadro de pessoal colaboradores do convênio com a FUNFARME. Nesta segunda etapa de coleta, obtivemos um total de 298 instrumentos respondidos.

A mensuração de clima organizacional, bem como a satisfação do funcionário foi analisada e avaliada e será demonstrado na apresentação dos resultados e discussão.

#### ***4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS***

Na condução do estudo percorremos as quatro etapas descritas na trajetória metodológica, buscando a consecução dos objetivos propostos. Os dados que apresentaremos serão interpretados e analisados, segundo a ordem dos objetivos específicos, facilitando a visualização e a compreensão dos resultados obtidos.

#### ***4.1 Caracterização dos participantes do estudo***

Na realização deste estudo nosso interesse focalizou o desenvolvimento em liderança dos enfermeiros-gerentes de Unidades Básicas de Saúde e de Unidades de Saúde da Família. Os enfermeiros, como já mencionamos, foram divididos em 2 grupos: controle e experimental, totalizando doze profissionais, ou seja, seis em cada grupo. A seguir apresentaremos a caracterização dos enfermeiros gerentes, separando-os nos dois grupos propostos:

**Quadro 1** – Caracterização dos enfermeiros das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle, quanto à idade, gênero, tempos de formação e de exercício no cargo gerencial, São José do Rio Preto, 2003

<b>Grupo experimental</b>	<b>Idade (anos)</b>	<b>Gênero</b>	<b>Tempo de formação</b>	<b>Tempo no cargo gerencial</b>
Enfermeiro 1 Unidade B	44	Feminino	22 anos	2 anos
Enfermeiro 2 Unidade D	29	Feminino	7 anos	8 meses
Enfermeiro 3 Unidade C	38	Feminino	15 anos	2 anos
Enfermeiro 4 Unidade E	27	Feminino	7 anos	2 anos
Enfermeiro 5 Unidade A	30	Feminino	7 anos	1 ano e 6 meses
Enfermeiro 6 Unidade F	30	Feminino	7 anos	2 anos
<b>Grupo controle</b>				
Enfermeiro 1 Unidade I	38	Feminino	14 anos	2 anos
Enfermeiro 2 Unidade W	24	Masculino	4 anos	10 meses
Enfermeiro 3 Unidade M	31	Feminino	4 anos	2 anos
Enfermeiro 4 Unidade L	39	Feminino	18 anos	2 anos
Enfermeiro 5 Unidade T	27	Feminino	3 anos	2 anos
Enfermeiro 6 Unidade H	41	Feminino	19 anos	2 anos

**Quadro 2** – Caracterização dos enfermeiros das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle, quanto à experiência anterior no cargo gerencial, maior titulação e cursos relacionados ao gerenciamento e liderança, São José do Rio Preto, 2003

<b>Grupo experimental</b>	<b>Experiência anterior</b>	<b>Maior titulação</b>	<b>Cursos de gerenciamento</b>	<b>Cursos de liderança</b>
Enfermeiro 1 Unidade B	Não	Especialização	GERUS em andamento	Sim
Enfermeiro 2 Unidade D	Sim	Especialização	GERUS em andamento	Não
Enfermeiro 3 Unidade C	Não	Especialização	GERUS em andamento	Não
Enfermeiro 4 Unidade E	Não	Especialização	GERUS em andamento	Não
Enfermeiro 5 Unidade A	Não	Graduação	GERUS em andamento	Não
Enfermeiro 6 Unidade F	Não	Graduação	GERUS em andamento	Não
<b>Grupo controle</b>				
Enfermeiro 1 Unidade I	Não	Especialização	GERUS em andamento	Sim
Enfermeiro 2 Unidade W	Sim	Especialização	GERUS em andamento	Não
Enfermeiro 3 Unidade M	Não	Especialização	GERUS em andamento	Não
Enfermeiro 4 Unidade L	Não	Especialização	GERUS em andamento	Sim
Enfermeiro 5 Unidade T	Não	Especialização	GERUS em andamento	Não
Enfermeiro 6 Unidade H	Não	Especialização	GERUS em andamento	Não

GERUS = Gerenciamento de Unidades de Saúde (Curso de capacitação do Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-americana de Saúde, criado em 1993)

Observamos no grupo experimental que quatro (66,7%) participantes do estudo tem idade entre 25 a 30 anos; seis (100%) são do sexo feminino; quatro (66,7%) têm até sete anos de formado; e quatro (66,7%) estão nesse cargo gerencial há dois anos (Quadro 1).

Quanto à experiência anterior em cargos gerenciais, cinco (83,3%) participantes não possuíam experiência, assumindo este cargo pela primeira vez nesta gestão municipal; quatro (66,7%) são especialistas, sendo que três (75,0%) destes fizeram especialização em saúde coletiva; seis (100%) participantes estão cursando o GERUS, curso voltado para a formação gerencial em Unidades Básicas de Saúde; cinco (83,3%) nunca participaram de cursos específicos em liderança (Quadro 2).

Nos enfermeiros participantes do grupo controle, observamos que três (50,0%) têm acima de 35 anos; cinco (83,3%) são do sexo feminino e três (50,0%) têm mais de dez anos de formado. Quanto ao tempo de gerência atual, cinco (83,3%) estão no cargo há dois anos (Quadro 1).

Em relação à experiência em cargos gerenciais, cinco (83,3%) referem não ter tipo experiência anterior; seis (100%) possuem especialização, sendo que todos em Saúde Coletiva; seis (100%) estão cursando o GERUS; e quatro (66,7%) referem nunca ter participado de cursos relacionados à temática liderança (Quadro 2).

Comparando a caracterização dos participantes nos dois grupos, verificamos dois aspectos que nos chamam a atenção: 1) o grupo experimental integra enfermeiros com um tempo de formado um pouco maior, portanto com maior experiência em enfermagem; contudo, em relação à experiência em cargos gerenciais não há diferença entre os dois grupos e 2) todos os participantes do grupo controle têm especialização anterior a realizada neste momento, ou seja, a especialização em Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde (GERUS).

## **4.2 Conhecimentos dos enfermeiros-gerentes acerca de gerenciamento e liderança**

Para avaliar os conhecimentos acerca de gerenciamento e liderança, nosso primeiro objetivo específico, aplicamos um questionário contendo vinte e sete questões em forma de múltipla escolha e com afirmações falsas e verdadeiras aos dois grupos: controle e experimental (Apêndice C). Este questionário serviu como um pré-teste pois, antecedeu o treinamento e as sessões de coaching.

No quadro 3 pode ser observado o resultado obtido em relação ao grupo experimental e no quadro 4 os resultados obtidos no grupo controle.

Para efeito de análise, destacaremos as questões que obtiveram maior número de acertos e maior número de erros.

Como podemos observar no quadro 3 a média de acertos foi de dezessete questões (62,9%). As questões que obtiveram 100% de acerto foram as questões de número três; vinte e um e vinte e quatro.

A questão número três é relativa ao poder de posição. Uma das características da liderança é que os líderes exercem poder.





**QUADRO 3 - Resultados obtidos na avaliação de conhecimentos acerca de gerenciamento e liderança do Grupo Experimental, S.J. do Rio Preto, 2003.**

IDENTIFICAÇÃO	QUESTÕES																											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	TOTAL
Enf. 1 - Unidade B	X	C	C	C	X	C	X	X	X	X	X	X	C	C	C	C	C	C	X	X	C	C	X	C	C	X	C	15
Enf. 2 - Unidade D	X	X	C	C	C	X	X	C	C	C	X	C	X	C	C	X	X	C	X	C	C	C	C	C	X	C	C	17
Enf. 3 - Unidade C	X	X	C	X	C	C	X	C	C	X	X	C	C	C	C	C	C	C	X	C	C	C	C	C	X	C	C	19
Enf. 4 - Unidade E	X	C	C	C	X	X	C	C	C	C	X	X	X	X	C	X	X	C	X	X	C	C	C	C	X	C	C	15
Enf. 6 - Unidade A	C	C	C	C	C	X	X	C	X	C	C	C	X	C	X	C	X	X	X	X	C	C	C	C	X	C	X	16
Enf. 5 - Unidade F	C	X	C	C	X	C	C	C	C	X	X	C	C	C	C	C	X	C	C	C	C	X	C	C	X	C	C	20
<b>TOTAL DOS ACERTOS</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	
<b>MÉDIA DE ACERTOS</b>																										<b>17</b>		

**QUADRO 4 - Resultados obtidos na avaliação de conhecimentos acerca de gerenciamento e liderança do Grupo Controle, S.J. do Rio Preto, 2003.**

UNIDADE	QUESTÕES																											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	TOTAL
Enf. 1 - Unidade I	C	X	C	X	C	X	X	C	C	X	C	C	X	C	C	C	X	C	X	C	C	C	C	C	X	C	X	17
Enf. 2 - Unidade W	C	X	C	X	X	C	X	C	C	X	C	C	C	X	C	C	X	C	X	C	C	C	C	C	X	C	C	18
Enf. 3 - Unidade M	C	X	C	C	C	C	C	C	C	X	X	C	X	C	C	X	C	C	X	C	C	C	C	C	X	X	C	19
Enf. 4 - Unidade L	X	C	C	C	X	C	X	C	C	C	X	X	X	C	C	X	X	C	X	X	C	C	C	C	X	C	X	15
Enf. 5 - Unidade T	X	X	C	X	C	X	X	X	C	X	C	C	C	C	C	C	X	C	X	C	C	C	C	C	X	C	X	16
Enf. 6 - Unidade H	C	X	C	C	X	C	X	C	C	X	C	C	X	X	C	X	X	X	X	C	C	C	X	C	X	C	X	14
<b>TOTAL DOS ACERTOS</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	
<b>MÉDIA DE ACERTOS</b>																										<b>16.5</b>		

**LEGENDA:**

C = RESPOSTA CORRETA

X = RESPOSTA INCORRETA

QUESTÕES COM MENOR NÚMERO DE ACERTOS

QUESTÕES COM MAIOR NÚMERO DE ACERTOS

Robbins (2002a) coloca que o poder é a capacidade de influenciar o comportamento do outro indivíduo ou grupo no sentido de que faça algo que de outro modo não faria. Hersey e Blanchard (1986) apontam que o poder é a capacidade de induzir ou influenciar comportamentos. Estes autores diferenciam liderança e poder, colocando que a liderança é simplesmente qualquer tentativa de influência enquanto o poder do líder é o seu potencial de influência. Assim, o poder é o recurso que permite a um líder influenciar os outros ou conseguir sua submissão.

O poder de posição é também chamado de poder legítimo, ele representa o poder que uma pessoa recebe como resultado de sua posição na hierarquia formal da organização.

Existem vários estudos buscando classificar as bases do poder.

Hersey e Blanchard (1986) apontam cinco bases de poder: coerção, competência, legitimidade, referência e poder de recompensa.

A questão vinte e um faz referência à coerência entre valores e atitudes influenciando o comportamento.

Kouzes e Posner (1997) em suas análises fazem referência à credibilidade, pois é imprescindível ao líder que se comporte sem discrepância em relação aquilo que fala. É necessária a coerência entre os valores adotados e os praticados. Afirmam que a liderança é relacionamento baseado na credibilidade e na confiança.

A questão vinte e quatro, também relativa a poder, afirma que gerentes ao delegarem a decisão aos seus colaboradores perdem o poder, constatamos que todos os participantes colocaram essa afirmação como falsa.

Quando analisamos as questões três, vinte e um e vinte e quatro, podemos inferir que apesar da enfermagem, em sua trajetória, ter exercido uma liderança mais diretiva, tem havido mudanças. Já na graduação temos propiciado reflexões para

que o enfermeiro adote modelos mais participativos, delegue poder aos colaboradores, tenha coerência ao coordenar a equipe e saiba usar seu poder de posição.

As questões que os enfermeiros participantes do grupo experimental obtiveram maior número de erros foram as de número onze, dezenove e vinte e cinco (Quadro 3).

As questões de número onze e dezenove abordam as Teorias Contingenciais de Liderança, mais especificamente a Teoria de Liderança Situacional de Hersey e Blanchard (1986). Nesta abordagem teórica, os autores concluem que o processo de liderar é função do líder, do liderado ou subordinado e de variáveis situacionais. Lourenço e Trevizan (2002), em pesquisa sobre o estilo de liderança de enfermeiros, utilizando o referencial mencionado, afirmam que o enfermeiro ao ser inserido no mercado de trabalho, sente grande dificuldade em exercer liderança e não possui, em geral, um referencial norteador neste processo. Através das respostas dos enfermeiros do estudo a essas questões, podemos inferir que o grupo pesquisado desconhece este referencial.

A questão de número vinte e cinco afirma que todo líder tem uma visão. Sabemos que nem todos os líderes são visionários. A visão aparece em estudos de liderança como uma característica do líder carismático. Estes líderes estão dispostos a correr riscos por esta visão, mas são nos estudos de liderança visionária que a visão toma força.

A visão se diferencia das demais formas de direção. Uma visão tem uma imagem clara e instigante que oferece uma forma inovadora de melhoria. A visão lança mão da energia e das emoções das pessoas. As propriedades essenciais da visão parecem ser as possibilidades inspiradoras que são factíveis e centradas no

valor. A visão é capaz de oferecer uma imagem clara e melhor de futuro; ela deve ser percebida como desafiadora e possível (ROBBINS, 2002a).

Quanto ao grupo controle, na avaliação de conhecimentos e atitudes sobre gerenciamento e liderança (Quadro 4) os enfermeiros participantes tiveram uma média de acerto de 16,5 questões (61,1%). As questões mais acertadas pelo grupo foram as de número três, nove, quinze, vinte e um, vinte e dois e vinte e quatro. As questões três, vinte e um e vinte e quatro foram analisadas e comentadas frente aos dados do grupo experimental.

A questão de número nove aborda a visão do líder sob uma outra ótica, referindo-se que quando esta reflete somente as necessidades do líder acaba sendo utilizada de forma inadequada.

A questão de número quinze enfoca sobre o time verdadeiro. Este acontece quando o resultado é de responsabilidade coletiva. Cada vez mais a liderança ocorre no contexto de equipes e este é um grande desafio para os líderes atuais.

Robbins (2002a) aponta que o líder de equipe precisa desenvolver habilidades tais como: instruir; resolver conflitos; ouvir; dar *feedback*; utilizar persuasão oral. Precisa aprender a compartilhar autoridade e resultado.

A questão de número vinte e dois diz respeito ao poder de referência e que este é mantido, em parte, através das boas habilidades interpessoais. O poder de referência se baseia em carisma pessoal, na forma como o líder fala ou age (MARQUIS e HUSTON, 1999). Este tipo de poder emana da admiração pelo outro a ponto de modelar seu comportamento e atitudes a partir do dele. É o desejo de se parecer como observado (ROBBINS, 2002a).

Bergamini (2002) refere-se ao poder de referência, como o adotado pelos líderes verdadeiramente produtivos. A sua eficácia é atingida porque o seguidor

admira e se identifica com a pessoa do líder e com a causa que ele defende. O poder de referência obtém um envolvimento natural do seguidor.

As questões que o grupo controle apresentou o maior número de erros foram as de número dois; sete; dez; dezessete; dezenove; vinte e cinco com nenhum ou apenas um acerto. As questões dezenove e vinte e cinco já foram comentadas na apresentação dos resultados do grupo experimental.

A questão dois refere-se à liderança visionária. O líder tem um senso claro de futuro e das ações necessárias para chegar onde quer; portanto, este líder tem uma visão.

A sétima questão busca verificar o conhecimento sobre a diferença entre liderança e gerenciamento. Percebemos pelas respostas que a maioria dos participantes do estudo do grupo controle inverteram os conceitos. A liderança é diferente de gerenciamento, pois a liderança é a força básica por traz de toda mudança bem sucedida. O gerenciamento implica em manter o sistema atual funcionando através de planejamento, orçamento, organização e controle. A liderança funciona através das pessoas e da cultura, é flexível e calorosa. O gerenciamento age através da hierarquia, é mais rígido e frio. Liderança e gerenciamento servem a fins diferentes (KOTTER, 2000).

A questão dez descreve os comportamentos que mais aparecem na pesquisa de liderança como: desempenho da tarefa; manutenção do grupo e tomada de decisão. Aqui, ressaltamos que o grupo de enfermeiros participantes do grupo controle continua a apontar como resposta as pesquisas referentes a estilos, como os líderes autocráticos, democráticos e laissez-faire.

A questão de número dezessete diz que líderes orientados para a tarefa têm a preocupação em assegurar que a organização tenha alto desempenho. Os

estudos das teorias comportamentais em liderança buscaram identificar as características comportamentais dos líderes que pudessem estar relacionadas com o desempenho eficaz, chegando a duas dimensões: comportamento orientado para a tarefa e comportamento orientado para as pessoas. A conclusão dos estudos de Michigan mostrou que o comportamento orientado para os funcionários é mais associado à satisfação e a produtividade do que o comportamento orientado para a tarefa. Sabemos, a partir das teorias contingenciais que incluíram os fatores situacionais, que não existe um comportamento ideal para todas as situações.

Pudemos constatar pela análise que as questões que apresentaram mais erros no grupo controle estão relacionadas à Liderança Visionária; a compreensão conceitual de gerenciamento e liderança; ao comportamento do líder e a Liderança Situacional.

No grupo experimental constatamos que as questões que obtiveram mais erros são relacionadas à Liderança Situacional e Liderança Visionária.

As questões que os enfermeiros do grupo controle mais acertaram são relativas a: poder; Liderança Visionária; trabalho em equipe; coerência entre valores e atitudes.

O grupo experimental demonstrou mais acertos nas questões vinculadas a poder e coerência entre valores e atitudes.

### **4.3 *Elaboração e implementação do programa de desenvolvimento em liderança***

#### **4.3.1 *Programa de desenvolvimento***

Para a elaboração do programa de desenvolvimento em liderança, nos pautamos em alguns aspectos:

- ✓ Ter como base de todo o programa a busca de autoconhecimento e a partir deste, iniciar o desenvolvimento em liderança.
- ✓ Na crença de que é possível atuar gerente e ser líder.
- ✓ Ser necessário um referencial teórico de liderança transacional para utilizar no dia a dia das organizações de saúde.
- ✓ Na necessidade de um contrato pessoal de desenvolvimento em liderança.

A partir destes aspectos, elaboramos os objetivos, conteúdos e estratégias, descritos na metodologia.

O programa de desenvolvimento em liderança foi realizado no mês de dezembro de 2003, durante quatro dias com quatro horas por dia, totalizando dezesseis horas de capacitação em grupo.

Os enfermeiros do grupo experimental mostraram-se, desde o início, interessados em participar e quando apresentamos a proposta do conteúdo, acharam pertinente pois apenas um sujeito já havia realizado um treinamento em liderança. No primeiro encontro discutimos os conceitos de gerenciamento e liderança, e a necessidade do seu desenvolvimento na gerência e aplicamos dois testes de auto-avaliação. Como já mencionamos, o pano de fundo do desenvolvimento em liderança estava ligado ao processo de autoconhecimento,

assim, já no primeiro dia do desenvolvimento, entregamos um instrumento que seria preenchido diariamente pelos participantes (Apêndice E). Este instrumento envolveu:

- ✓ Habilidades a serem desenvolvidas;
- ✓ Aspectos de liderança a serem aperfeiçoados ;
- ✓ O aprendizado com a melhor experiência em liderança vivida pelo participante e o aprendizado com a pior experiência;
- ✓ O estilo principal de liderança, percebido pelo participante, tendo como referencial a Liderança Situacional;
- ✓ Os valores que norteiam este estilo; e sua habilidade em perceber situações e maturidade do grupo de colaboradores sob sua responsabilidade ;
- ✓ Proposta de melhoria.

Entendemos que este instrumento nos daria subsídios para o acompanhamento nas sessões de coaching. Apresentaremos alguns aspectos relevantes deste instrumento, preenchidos pelos participantes durante a capacitação.

O primeiro item que foi preenchido se refere às respostas do inventário de objetivos para o desenvolvimento pessoal, que enfoca habilidades do líder, tais como: comunicação, observação, habilidade para solucionar problemas, habilidades para elevar o moral, expressar emoções, habilidades de relacionamento social, lidar com situações emocionais e outras habilidades como saber esperar, aceitar ajuda, ter tranquilidade. Após a auto-análise os participantes elegiam três habilidades que julgaram importantes melhorar no presente momento.

As respostas obtidas foram :



“...Saber falar mansamente.” (habilidade de comunicação); “...Auxiliar o grupo a buscar a solução de problemas.” (habilidade de solucionar problemas); “...Lidar com proximidade e afeição.” (habilidade de lidar com questões emocionais) - Enf. 1.

“...Ouvir atentamente.” (habilidade de comunicação); “...Suportar a tensão.” (habilidade em lidar com situações emocionais); “...Expressar reconhecimento.” (habilidade em elevar o moral) - Enf.2.

“...Pensar antes de falar.” (habilidade de comunicação); “...Solucionar problemas.” (habilidade em estabelecer problemas e objetivos); “...Suportar a tensão.” (habilidade em lidar com situações emocionais) - Enf.3.

“...Dizer ao outro o que sinto.” (habilidade de expressar emoções); “...Suportar a tensão.” (habilidade em lidar com situações emocionais); “...Ser mais potente na comunicação.” (habilidade de comunicação) - Enf.4.

“...Pensar antes de falar.” (habilidade de comunicação); “...Discordar abertamente.” (habilidade de expressar emoções); “...Suportar a tensão.” (habilidade em lidar com situações emocionais) - Enf. 5.

“...Perceber quem está sendo deixado de fora do grupo.” (habilidade de observação); “...Discordar abertamente.” (habilidade de expressar emoções); “...Suportar a tensão.” (habilidade em lidar com situações emocionais) - Enf. 6.

Observamos que a necessidade de melhorar a habilidade em lidar com situações emocionais aparece na avaliação de todos os participantes, seguida da habilidade de comunicação (cinco participantes). Acredito que o aspecto de suportar a tensão aparecer em todas as falas se deve ao fato de ser recente o cargo gerencial nas Unidades de Saúde e este, estar sendo ocupado por enfermeiros. Pelos depoimentos dos participantes do estudo, durante o desenvolvimento do programa, os enfermeiros-gerentes se sentem pressionados por outras categorias profissionais, pelos usuários e pelo resultado esperado pela Secretaria de Saúde.

Outro ponto que queremos ressaltar do instrumento de autoconhecimento é relativo ao aprendizado dos enfermeiros com a melhor e com a pior experiência em liderança.

Kouzes e Posner (1997) afirmam que todas as pessoas têm uma história de liderança para contar.

Tichy (1999) acredita que todos nós já tivemos nossos momentos bem sucedidos de liderança. Todos já fomos líderes. Da mesma forma, aponta o autor, já experimentamos a dor de um fracasso como líder. Mas, ressalta, é através das reflexões de acertos e erros que ocorre a aprendizagem. Uma das características de um líder de sucesso é sua capacidade de refletir experiências.

Assim no segundo encontro, após abordarmos as Teorias de Liderança e habilidades do líder, solicitamos aos enfermeiros que escrevessem e após, relatassem ao grupo sua melhor e sua pior experiência como líder. Foi importante para os enfermeiros compartilhar com colegas suas experiências, pois esta oportunidade se tornou um momento de troca. Pedimos, então, aos participantes que preenchessem o instrumento de autoconhecimento, relatando o que aprenderam nestes dois momentos distintos.

O aprendizado com a melhor experiência, apontado pelos enfermeiros foi:

*“..aprendi que as pessoas são diferentes, têm aspirações diferentes.”*  
(Enf. 1)

*“...que gera muita satisfação envolver a equipe em um trabalho produtivo.”*  
(Enf. 2.)

*“... que para atingir um objetivo requer investimento contínuo e presença constante e física no processo”. (Enf. 3)*

*“...aprendi que estratégia, empatia e valorização das pessoas são fatores importantes para o desenvolvimento da ação”.(Enf. 4)*

*“...que nada é impossível, que quando a gente quer, a gente consegue também aprendi como é importante a colaboração da equipe”.(Enf. 5)*

*“...a trabalhar em equipe, delegar e prestigiar o momento compartilhando com toda a equipe”.( Enf 6)*

Aprendizado dos participantes com a pior experiência:

*“...que é necessário conhecer primeiro o grupo, antes de propor idéias”.*  
(Enf.1)

*“...Devemos pensar antes de utilizar um estilo de liderança, pois podemos errar, no meu pior momento eu determinei”.*( Enf.2)

*“...que o mau uso do poder pode trazer seqüelas permanentes”.* (Enf. 3)

*“...que sou vulnerável, que muitas vezes a gente se expõe a pessoas que não se preocupam com a situação.”* ( Enf.4)

*‘...Preciso ter paciência e ficar atenta a cada pessoa’.*( Enf.5)

*‘...entendi que não detenho todos os conhecimentos e que devo buscar o que falta em outros integrantes da equipe, preciso ouvir mais.’* ( Enf. 6)

Percebemos que os participantes apontam diferentes enfoques de aprendizado e que este é realmente muito particular pois, se deu a partir da percepção de cada sujeito e de sua experiência vivenciada.

Tichy (1999) refere que as lições mais importantes extraídas das experiências, são as que têm forte impacto emocional, que nos deixam eufóricos, orgulhosos ou até mesmo envergonhados, mas é importante mergulhar o mais fundo possível nessas experiências, embeber-se delas.

No terceiro encontro, enfocamos a Teoria da Liderança Situacional de Hersey e Blanchard (1986). Para desencadear a discussão e o aprendizado, do grupo, aplicamos o instrumento de Descrição da Eficácia e Adaptabilidade do Líder (LEAD) de Autopercepção.

O instrumento LEAD desenvolvido por Hersey e Blanchard (1986) destina-se a medir três aspectos do comportamento do líder:1) estilo; 2) faixa de estilo; 3)adaptabilidade de estilo. Existem dois instrumentos LEAD, o de Autopercepção e de Heteropercepção. Utilizamos o primeiro. Este instrumento mede a autopercepção do comportamento de uma pessoa como líder.

Estes autores definem o estilo de liderança como o padrão comportamental que o indivíduo apresenta ao tentar influenciar a conduta e as atividades de outras pessoas, tal como é visto por estas pessoas. A percepção das pessoas em relação ao líder pode ser diferente daquela que o líder tem de seu próprio comportamento,

porisso é chamado de autopercepção do estilo. Aplicamos este instrumento para verificar a autopercepção de estilo que os enfermeiros apresentavam, visando uma primeira aproximação com o referencial teórico.

O instrumento contém doze questões de liderança e os participantes são solicitados a escolher uma entre quatro ações alternativas, cada alternativa corresponde a um estilo de liderança. Assim, o participante escolhe a que julgar descrever mais de perto o seu próprio comportamento em determinado tipo de situação (HERSEY e BLANCHARD, 1986).

O estilo principal ou primário de um líder é o padrão comportamental mais freqüentemente utilizado por ele ao tentar influenciar o comportamento e as atividades de outras pessoas. De acordo com a Liderança Situacional não existe um único ou melhor estilo de influenciar as pessoas, este depende do nível de maturidade do liderado e da situação. Os estilos possíveis abordados neste referencial, são: o estilo determinar, persuadir, compartilhar e delegar (HERSEY e BLANCHARD, 1986).

Como resultado da aplicação do instrumento de Descrição da Eficácia e Adaptabilidade do Líder (LEAD) de autopercepção, o estilo compartilhar esteve presente apenas para o Enfermeiro 6, e o estilo persuadir para os demais (Enfermeiros 1,2,3,4,e,5). Assim, na opinião da maioria dos enfermeiros (83,3%) o seu estilo principal é o persuadir.

O estilo determinar é assim denominado, pelo fato do líder definir as funções e especificar as atividades que serão desenvolvidas. Privilegia um comportamento mais diretivo. Esse estilo implica em um comportamento alto para a tarefa e baixo para o relacionamento e é indicado para ser utilizado com colaboradores com maturidade baixa.

O estilo persuadir, que apareceu na autopercepção de cinco enfermeiros-gerentes é o estilo onde o líder adota um comportamento diretivo, mas ao mesmo tempo de apoio, buscando reforçar a disposição e o entusiasmo das pessoas. Para os autores, este é um estilo adequado para funcionários com maturidade entre baixa e moderada, envolvendo comportamento de alta tarefa e alto relacionamento.

O estilo compartilhar percebido por um enfermeiro-gerente é um estilo não diretivo, de apoio. Chama-se compartilhar porque o líder e liderado participam juntos da tomada de decisão, sendo o líder um facilitador da tarefa e da comunicação. Esse estilo envolve comportamento de relacionamento alto e tarefa baixa.

O estilo delegar é indicado para ser utilizado com colaboradores com maturidade alta, pois o líder oferece pouca direção e apoio. São os colaboradores que têm a responsabilidade de decidir como e quando realizar a atividade proposta. Esse estilo envolve um comportamento de relacionamento baixo e tarefa baixa.

Ressaltamos que os estilos determinar e delegar não apareceram na autopercepção de estilos do grupo pesquisado.

Quando indagamos aos enfermeiros-gerentes, quais os motivos que determinavam o estilo autopercebido, obtivemos as seguintes respostas:

*"... Por ter necessidade de obter resultados."( Enf.1)*

*"... Medo de não ser aceito pelo grupo." (Enf. 2)*

*"...Falta de confiança que o outro irá conseguir. "(Enf. 3)*

*"...Valores familiares; sou oriental." ( Enf. 4)*

*"...Preciso trabalhar as metas e objetivos da unidade." (Enf. 5)*

*"...Acredito na equipe e na colaboração do grupo."(Enf."6)*

Na pesquisa realizada por Lourenço e Trevizan (2002), foi utilizado o LEAD de autopercepção e os enfermeiros pesquisados, em sua maioria, também se percebiam no estilo persuadir.

No quarto dia de encontro discutimos sobre a Teoria de Liderança Transformacional; a importância da visão, carisma e integridade; coerência de valores e atitudes; bases de poder e os participantes terminaram de preencher o instrumento de autoconhecimento.

Após estes quatro dias de encontro, agendamos individualmente as sessões de coaching. Estas sessões serão apresentadas de forma condensada, ou seja, resumiremos os aspectos mais importantes das quatro sessões com cada participante e descreveremos as características dos enfermeiros-gerentes sujeitos do estudo, percebidas pela pesquisadora.

#### **4.3.2 Sessões de coaching**

Para a realização das sessões de coaching, fundamentamo-nos no instrumento de autoconhecimento elaborado no decorrer do programa de desenvolvimento e, nas solicitações e demandas dos participantes. Foi nossa primeira experiência com este tipo de abordagem. Para estas sessões, como já citamos, nos baseamos no modelo de Goldsmith (2003), fazendo adaptações para adequá-lo à realidade dos enfermeiros-gerentes e à proposta da pesquisa. Buscamos atuar como facilitadores do processo, através do diálogo, refletindo e discutindo com o enfermeiro sobre o seu desenvolvimento, observando e registrando mudanças de comportamento apresentadas e relatadas pelos gerentes durante as sessões.

A seguir, relataremos resumidamente as sessões de coaching.

#### Enfermeiro-gerente (Enf.1)

O enfermeiro-gerente desta unidade está no cargo há dois anos, sendo sua primeira experiência em cargos gerenciais. Trabalha na unidade há aproximadamente quinze anos e, anteriormente, atuava como enfermeiro. Relata que ainda está se adaptando ao cargo e que tem sido difícil.

Seu grupo de colaboradores é formado por funcionários com vínculos empregatícios diferentes (estadual, municipal e do convênio com a FUNFARME), o que gera conflitos, pois não há equiparação salarial e nem de benefícios. Refere que o grupo não estava acostumado a ter um coordenador na unidade, os funcionários ficavam “soltos”, e que apresentam diferentes qualificações. Muitos não têm a qualificação necessária. Estão no setor há vários anos e não têm tido investimento nestes colaboradores, sendo difícil a alocação destes profissionais em algumas áreas.

O enfermeiro-gerente em questão refletiu e concluiu a partir do programa de desenvolvimento em liderança, que há dois aspectos na sua conduta que precisam ser mudados: sua relação com a Secretaria de Saúde e seu enfoque apenas na produção do grupo, ignorando os conflitos existentes na equipe. Refere que se sente incompreendida e sem apoio das coordenações técnicas da secretaria. Refletimos sobre esta situação e o gerente concluiu que tem feito colocações com agressividade nas reuniões que participa na Secretaria de Saúde e que isto poderia ser um fator de barreira estabelecido. Conversamos sobre assertividade e foi entregue a ele um texto para leitura e discussão em próximo encontro.

Quanto ao segundo aspecto, relacionado aos conflitos entre a equipe, comenta que como gerente entende que deveria focar seus esforços na produção, e que tem mais facilidade nesta abordagem, deixando os conflitos de lado.

Entregamos a ele um texto sobre negociação e como lidar com conflitos. Posteriormente, discutimos seu conteúdo e formas de aplicação na unidade. Decidiu, então, realizar reunião com os funcionários de nível médio, onde o conflito é maior. Como tem se saído bem nas reuniões com o Conselho Local de Saúde, resolveu utilizar a mesma forma de abordagem na condução de reuniões. Solicitou, também, que discutíssemos mais sobre a Liderança Situacional, pois tem dificuldade em flexibilizar estilos. Pediu-nos para que presenciássemos uma interação entre ela e um colaborador médico, e que a seguir lhe fornecêssemos *feedback*. Neste contato com o médico, foi bastante tranquilo, reforçou os pontos positivos do colaborador, ouviu e chegaram a um acordo sobre a questão que foi discutida. Referiu que se preparou para o momento e que ficou satisfeito com a sua condução.

Realizou duas reuniões com a equipe, como havia se proposto, e apesar das dificuldades, acredita que conseguirá melhorar as relações. Chegou à conclusão que precisa focar a questão da auto-estima junto aos colaboradores, já que não tem autonomia para melhorar os salários.

Este enfermeiro-gerente, na percepção da pesquisadora, sente dificuldade no entendimento de alguns conceitos, sendo sempre necessário associá-los com ações práticas, do dia a dia de trabalho. Tem dificuldade de organização e de administração de tempo. Estes aspectos foram apontados pelo próprio enfermeiro e discutidos durante as sessões. Tentou se organizar, colocando uma funcionária para auxiliá-lo. No último encontro, relatou que a unidade possivelmente entrará em greve, por melhores condições de salário.



Percebemos durante as sessões de coaching, que este enfermeiro quer melhorar sua liderança, quer se desenvolver, mas precisa de apoio para que isto aconteça. Falta ao gerente objetividade e não se organiza para leituras de textos que poderiam auxiliá-lo. Também, refere não ter com quem compartilhar as experiências positivas e negativas que vivencia com seu grupo.

#### Enfermeiro-gerente ( Enf.2)

Este gerente está no cargo e nesta Unidade de Saúde há oito meses. Exercia a função de enfermeiro em outra unidade e veio substituir um gerente, também enfermeiro, que foi afastado do cargo.

Iniciamos nossa sessão conversando sobre o instrumento de autoconhecimento e como poderíamos conduzir as sessões ajudando-o no seu desenvolvimento em liderança. Referiu que já havia iniciado a proposta de demonstrar reconhecimento, sentindo o grupo mais próximo. Coloca que não tem paciência para ouvir, se acha ansioso e desligado. Gostaria de ser mais observador.

Estabelecemos um plano conjunto e o gerente decidiu que ficaria na recepção para observar, durante dois a três dias, o comportamento dos funcionários e dos usuários, pois tem havido conflitos e ouviria os colaboradores sem interrupção, e sem tentar concluir o raciocínio do outro. Em relação a sua posição no cargo, ainda recente, discorda de várias determinações junto a Secretaria de Saúde e do comportamento do demais gerentes, mas sente medo de se posicionar e não ser aceito no grupo. Refere que o gerente tem que conduzir a unidade, que há muita cobrança, mas que não tem referência na secretaria para discutir os problemas, ninguém ajuda a estruturar o trabalho, só cobram.

Foi entregue, no segundo encontro, um texto de comunicação e o gerente deu um feedback, sobre a observação que havia se proposto a fazer. A partir desta observação, resolveu mudar a forma de agendamento e verificou que uma das funcionárias não demonstrava perfil para o setor. Conversou com a funcionária e estabeleceu um prazo para a mudança de seu comportamento, afirmando que caso este não se modifique irá adequá-la em outro setor. Uma das dificuldades apontada é o fato das pessoas não terem perfil para o cargo que exercem e não haver opções de realocação. Outra funcionária foi elogiada pelos usuários e o gerente relatou o fato a ela.

Refere que há muita fofoca na unidade e que teria que resolver um conflito entre dois profissionais de nível universitário. Conversamos sobre como destacar o fato, para detectar se realmente é um problema, separando os problemas das pessoas. Entregamos um roteiro de uma dinâmica em grupo para que utilizasse na reunião mensal com a equipe, e assim pudesse desencadear uma discussão sobre "fofocas" no local de trabalho. Relatou ter tido com esta estratégia, um bom impacto na reunião com o grupo de trabalho.

Em relação ao estilo de liderança, utiliza como estilo principal o persuadir mas, refere ter flexibilidade de estilo e estar sempre atenta para identificar a maturidade dos colaboradores. Sente dificuldade em negociar com os funcionários, principalmente, quanto à escala de trabalho, pois a secretaria reduziu a jornada de 40 para 30 horas semanais. Conservamos sobre negociação e entregamos um texto de apoio sobre o tema.

Este gerente mostrou-se bastante interessado em desenvolver habilidades de liderança e, apesar do pouco tempo na gerência, parece ter sido bem aceito pelo

grupo de trabalho. Ainda está inseguro no cargo; portanto, está com dificuldade em delegar, centralizando e tomando todos os problemas do grupo como seu.

### Enfermeiro-gerente (Enf.3)

Este gerente está no cargo há dois anos, e já na primeira sessão trouxe uma questão vivenciada junto à Secretaria que o estava perturbando muito. Tomou uma decisão precipitada, colocando a Secretaria de Saúde em uma situação complicada junto a outras secretarias da prefeitura. Discutimos sua tomada de decisão e reconheceu que foi impulsivo, não analisou o problema, não buscou ajuda de outros gerentes com problemas semelhantes. Foi chamado para responder o fato e sente que perdeu credibilidade junto à Secretaria. Referiu que é muito impulsivo e que precisa melhorar, como apontou no instrumento de autoconhecimento, sua capacidade de solucionar problemas e suportar a tensão. Entregamos em outro encontro, textos referentes a tomada de decisão. Neste encontro já estava mais tranqüilo, conversamos novamente sobre tomada de decisão. Havia conversado com o secretário de saúde, reconhecendo o erro.

Solicitou que conversássemos sobre como lidar com uma funcionária recém chegada à unidade, pois tinha delegado uma atividade e o resultado do desempenho não foi bom. Conversamos sobre a Liderança Situacional. Resolveu que o melhor estilo a ser adotado era o determinar e elaborou uma lista de tarefas, refere ter dado resultado. Propôs-se, também, a analisar a maturidade dos demais colaboradores. Entre os dois primeiros encontros de coaching e os dois últimos tivemos um período de dois meses, pois o gerente entrou em licença saúde. Quando retomamos as sessões relembramos as propostas de autoconhecimento. No momento, sente que as relações estão melhores. Reuniu o grupo para informar sobre os critérios de

desligamento do pessoal contratado pelo convênio, pois haverá a substituição por funcionários concursados. Refere que tem sido mais clara em suas colocações.

Havia feito também, uma reunião para dar continuidade a um planejamento elaborado com o grupo antes de sua licença médica, coloca que o grupo está participativo em relação às metas da unidade. Referiu, em nossa última sessão, que tem praticado o que aprendeu de negociação. Candidatou-se e foi eleito, por funcionários, como representante no Conselho Municipal de Saúde.

O enfermeiro-gerente é realmente bastante impulsivo e, muitas vezes, faz colocações polêmicas. Mantém uma boa relação com o grupo, tendo maior dificuldade em negociar questões com a Secretaria de Saúde. Demonstrou em nossos encontros, ter incorporado os conhecimentos aprendidos e, o mais importante, tê-los colocado em prática.

#### Enfermeiro-gerente (Enf. 4)

Este gerente está na Unidade de Saúde desde sua inauguração, assumindo o cargo de gerência há dois anos. É uma unidade com poucos colaboradores. Refere que sua maior dificuldade, no processo de liderança é de colocar suas idéias. Comenta que percebe que mistura os papéis de gerente e de amigo do grupo, evitando conflitos. Relata que não consegue negociar e que demora a tomar uma decisão.

Acrescenta que, após o programa de desenvolvimento, tem colocado mais o que pensa ao grupo de funcionários e está enfrentado situações, que anteriormente evitava. Elegeu no grupo de gerentes, durante o desenvolvimento do programa, um colega gerente como “modelo” e passou a observá-lo mais atentamente, nos nossos encontros, durante a realização do programa de

desenvolvimento em liderança. Apontou que a troca de experiências foi muito importante. Gostaria de melhorar sua assertividade e colocar seus pontos de vista para a coordenação da Secretaria de Saúde, pois refere “engolir muitas coisas”. Sente que é desacreditado como gerente e acredita que a causa seja o fato de não expressar sua opinião. Gostaria de modificar esta situação.

No primeiro encontro estabelecemos um plano de trabalho que consistiu de leitura de textos de assertividade, tomada de decisão, negociação. Também estabelecemos que realizaríamos umas simulações, já que ele resolveu agendar uma reunião com a coordenação da Secretaria de Saúde. Sente que esta coordenação não agrega as pessoas e faz as unidades competirem entre si. Refere que sua unidade tem vários conflitos internos e que não se sente preparada para lidar com eles. Resolveu que na reunião semanal com a equipe de colaboradores iria enfrentar uma situação que a incomodava envolvendo um profissional médico, pois o mesmo é um desagregador no grupo de trabalho.

Nos encontros seguintes discutimos os textos, simulamos situações de negociação e resolução de conflitos, baseado nos problemas apresentados.

Elaboramos um plano de preparação para a mencionada reunião na Secretaria de Saúde. No dia da reunião a coordenação cancelou, o que gerou uma frustração no gerente. Nova reunião foi marcada, por insistência do gerente e nesta relatou ter se posicionado e discutido os problemas da unidade. Ficou bastante satisfeito com o seu desempenho. Em relação ao profissional médico conseguiu, após algumas reuniões de trabalho se posicionar, e relatou que seu posicionamento fortaleceu o grupo de funcionários para também colocarem suas opiniões. Se diz “mais fortalecida” e levou esta experiência para sua vida pessoal. Expressou este sentimento na seguinte fala:

*“..eu ficava esperando para programar minha vida, minhas coisas, baseada na vontade dos meus pais do meu namorado, até mesmo da amiga com quem eu divido a casa. Não tinha coragem de dizer que não queria fazer as coisas que eles programavam. Hoje eu estabeleço como quero utilizar meu tempo, o que quero fazer, e até coloquei um porta-retrato com a foto do meu namorado na estante de casa, antes achava que estava invadindo o espaço da minha amiga. Senti que fiquei um tempo da minha vida paralisada”.*

Este gerente apresentou um processo interessante de mudança. Conseguiu se posicionar como gerente e com esta postura teve uma aceitação melhor no grupo de colaboradores. Empenhou-se muito para que este processo de mudança pudesse ocorrer. Foi interessado, aprofundou-se nas leituras, vivenciou experiências, refletindo-as nos encontros. Foi muito gratificante acompanhar este enfermeiro-gerente neste período.

#### Enfermeiro-gerente (Enf. 5)

O gerente-enfermeiro está no cargo gerencial há um ano e oito meses. Em seu processo de autodesenvolvimento apontou a necessidade de aprimorar habilidades de comunicação, de suportar a tensão e de expressar emoções. Acredita ter sido aceito pelo grupo. Gosta de compartilhar as dificuldades com a equipe e tentar, através de reuniões, buscar os caminhos para as soluções. Refere que sua unidade é harmoniosa, e que sua dificuldade é na condução de uma colega que está “acomodada” e resiste às mudanças propostas.

Relata que achou interessante a teoria de Liderança Situacional e que quando retornou à unidade, após o programa de desenvolvimento, vem praticando sua aplicação. Tem delegado mais, vem buscando conhecer cada colaborador.

Sente que está mais motivada e quer envolver a enfermeira, mas sua tentativa não tem dado certo. Devido a colocação que gostaria que a enfermeira tivesse passado pelo programa de desenvolvimento, sugerimos que ela o fizesse.

Conversamos sobre dúvidas que haviam ficado durante o programa de desenvolvimento. Organizamos o conteúdo e exercícios. Iniciou esta proposta, ainda durante as sessões de coaching, pois a enfermeira aceitou. Avaliamos o andamento na última sessão e o gerente estava contente, por estar desenvolvendo esta proposta. Acredita que estava sendo importante o crescimento e a mudança conjunta. Esta proposta foi a forma encontrada para discutir questões da unidade, de valores, de forma de condução e até de resolução de conflitos. Relata ainda que se “frustra” em querer melhorias para a unidade, pois muitas questões não dependem dela ou da unidade. Discutimos sobre visão e tomada de decisão.

Este enfermeiro tem um bom potencial para a liderança. É equilibrado, ponderado, e teve o interesse em formar novos líderes. Este é o verdadeiro papel da liderança - líder formando líderes.

Tichy (1999) afirma que organizações de sucesso têm líderes em todos os níveis e que produzir líderes é o que distingue estas organizações.

#### Enfermeiro-gerente ( Enf. 6)

Este enfermeiro está na gerência há dois anos, mas refere que informalmente era considerado o coordenador da equipe desde a implantação da unidade. Baseados no instrumento de autoconhecimento, buscamos identificar juntos os motivos que geravam a tensão sentida no cargo gerencial e sua necessidade de melhorar as habilidades de discordar abertamente. Sente que há muita cobrança pela Secretaria de Saúde e que há dificuldade de comunicação. O gerente não tem apoio dos coordenadores da secretaria. Mas, refere ter um bom relacionamento com o grupo de trabalho e que este é bem colaborativo, mas precisa aprender a ouvir mais a equipe. Faz reuniões diárias, pois é uma dinâmica de

trabalho da unidade. Gostaria de melhorar sua atuação nestas reuniões; melhorar seu processo de comunicação e saber lidar com as tensões geradas pelo cargo.

Por solicitação do gerente foi entregue um livro cujo conteúdo abordava como gerenciar equipes, técnicas de condução de reuniões, negociação. Nos encontros subsequentes realizou experimentações, tais como: utilizou técnicas de condução nas reuniões com o grupo de trabalho; aplicou princípios de negociação com um profissional da equipe.

Detectou que o problema de comunicação com a coordenação da secretaria estava pautado em valores diferentes, o que ocasionava os conflitos. Teve oportunidade, neste período, de expressar algumas questões junto à coordenação, colocando as dificuldades sentidas. Refere que conseguiu no período, entre as sessões de coaching, observar mais os colaboradores, ouvi-los e envolvê-los nos projetos. Anteriormente, apenas determinava ou persuadia-os a realizar as tarefas. Sente que o grupo precisa de reconhecimento, de apoio, de recompensas.

Acredita que sua equipe tem um grande potencial, mas que sua maneira de conduzir não estava dando espaço para que ela se desenvolvesse e tivesse um maior comprometimento com o trabalho. Delegou várias ações e o grupo correspondeu e até superou as expectativas. Em uma das reuniões com a equipe, colocou a visão e tentou alinhar a equipe. Conversamos sobre a visão e como poderia implementá-la. Quer continuar a se desenvolver em liderança.

Este enfermeiro-gerente tem potencial para o desenvolvimento da liderança. Aprendeu com as experiências, com acertos e erros. Entendeu que é necessário, também, estar embasado em conhecimentos para conduzir o grupo. Incorporou novos comportamentos.



Finalizando as sessões de coaching, pudemos observar que as principais dificuldades trazidas pelos gerentes estavam ligadas às habilidades de comunicação, conflitos e negociação, tomada de decisão.

Simões (2001) projetando o desenvolvimento de um treinamento em liderança para enfermeiros, também identificou, entre outros temas, aqueles apontados como dificuldades pelos sujeitos de nosso estudo, propondo o seu desenvolvimento.

A experiência que tivemos no processo de coaching foi muito importante. Pudemos constatar, realmente, as dificuldades dos enfermeiros-gerentes no dia a dia no desempenho do cargo gerencial. Parece sentirem-se abandonados e solitários no cargo, pois não têm com quem compartilhar suas experiências, refletir sobre seus comportamentos. Acreditamos ser esta uma forma bastante interessante de aprendizado, pois favorece o reforço de comportamentos positivos e a reflexão de possíveis mudanças de comportamentos de liderança não adequados, dentro do contexto e do grupo de trabalho do gerente.

É um processo dinâmico, reflexivo, de diálogo e aprendizado mútuo, sendo ao mesmo tempo, possível oferecer um embasamento teórico. Observamos, também, durante as sessões diferentes potenciais, interesses e motivações no processo de aprendizagem e desenvolvimento da liderança no grupo pesquisado.

A busca deste aprendizado é individual e tem que querer liderar. O grupo aceitou participar do estudo, mas não foi uma busca espontânea de participação em um programa de desenvolvimento em liderança. Acredito que este é um fator a ser considerado.

Após as sessões de coaching, entregamos um formulário de avaliação, visando avaliar o **programa de desenvolvimento em liderança e as sessões de coaching** ( Apêndice D).

Apresentaremos os resultados comparativos destes dois momentos.

No programa de desenvolvimento obtivemos a seguinte avaliação: quanto ao conteúdo e estratégias, as respostas foram equivalentes: três participantes (50,0%) responderam que foram excelentes e três (50,0%) que foram bons.

Em relação aos objetivos propostos cinco gerentes (83,3%) consideraram excelentes e um participante (16,7%) bom.

Quanto ao seu aprendizado, dois gerentes (33,3%) responderam que foi excelente; três (50,0%) que foi bom; e um gerente (16,7%) que foi razoável. Ao responderem sobre a carga horária, cinco enfermeiros (83,3%) consideraram a carga horária insuficiente e um participante (16,7%) considerou suficiente.

Solicitamos que apontassem pontos positivos e negativos do programa desenvolvido e obtivemos as seguintes respostas:

Pontos positivos:

*“...favoreceu o diagnóstico de situações; as discussões foram interessantes.”*

( Enf.1)

*“...a proposta de autodesenvolvimento e o conteúdo teórico.”*(Enf.2)

*“...a troca de experiência, a proximidade entre os participantes.”* (Enf3)

*“... a experiência prática do facilitador; os temas;o número de participantes e textos complementares.”*(Enf.4)

*“...o material didático e a proposta de autodesenvolvimento.”*( Enf.5)

*“... a possibilidade de ser gerente e líder; e a troca de experiências.”*(Enf.6)

Pontos negativos:

*“...a carga horária é pequena para a temática que é nova, para mim.”* (Enf.1)

*“...nenhum, ah! Poderia ser mais longo.”*(Enf.2)

*“...alguns temas teriam que ser mais aprofundados.”(Enf.3)*

*“...dificuldade em colocar na prática o aprendizado”(Enf4)*

*“...a carga horária.” (Enf.5)*

*“...a carga horária foi muito pequena.”(Enf.6)*

Quanto à expectativa: quatro (66,7%) responderam que o programa superou as expectativas; um participante (16,7%) relatou que atendeu a sua expectativa e um participante (16,7%) respondeu que deixou a desejar.

Em relação às sessões de coaching a avaliação obtida foi:

Quanto ao conteúdo: quatro (66,7%) enfermeiros responderam que foi excelente e dois (33,3%) que foi bom. Em relação às estratégias, quatro (66,7%) participantes colocaram como excelentes, um (16,7%) como boas e um (16,7%) como razoáveis.

Quanto aos objetivos: três (50,0%) responderam que foram alcançados com excelência e três (50,0%) como razoáveis.

No item aprendizado, as respostas foram: excelente para dois (33,3%) gerentes; bom para três (50,0%) gerentes e razoável para um gerente(16,7%).

Quanto a carga horária, todos (100%), consideraram insuficiente.

Pontos positivos das sessões de coaching:

*“...ter tido contato com a liderança situacional.”( Enf.1)*

*“...ter aprendido a desenvolver a escuta, a observação, a gerenciar os conflitos e tomar decisões.” (Enf.2)*

*“...a minha mudança em negociação, que é minha grande dificuldade.”(Enf.3)*

*“...diálogo, a compreensão, liberdade de expressão, inovação nas estratégias, troca de experiências.”(Enf.4)*

*“...a troca de experiência.” (Enf.5)*

*“...poder conversar com alguém com experiência em liderança e ter diminuído minha angústia.”(Enf.6)*

**Pontos negativos:**

*“...tenho muitas dúvidas de como aplicar o que aprendi.”(Enf.1)*

*“...a carga horária, poderia ter mais sessões.”(Enf.2)*

*“...o tempo foi curto e as sessões terem terminado.”(Enf.3)*

*“...a carga horária.”(Enf.4)*

*“... deveria ter colocado mais coisas em prática durante as sessões.”(Enf.5)*

*“... o número de sessões poderia ser maior.”(Enf.6)*

Quanto à expectativa: três enfermeiros (50,0%) responderam que superou as expectativas e três (50,0%) que atendeu suas expectativas.

Indagamos, também, que momento mais propiciou o aprendizado se durante o programa de desenvolvimento ou durante as sessões de coaching, obtivemos como resposta: cinco (83,3%) participantes responderam que em ambos e um (16,7%) participante que foi no desenvolvimento do programa.

Perguntamos, também, se acreditavam na possibilidade de ser gerente e líder. Cinco (83,3%) enfermeiros-gerentes disseram que sim e um (16,7%) não respondeu a questão.

Outro aspecto investigado foi relativo à crença do aprendizado da liderança. Todos os enfermeiros-gerentes (100%) acreditam ser possível, através do aprendizado contínuo e da prática de novas ações.

#### **4.4 Avaliação dos conhecimentos dos enfermeiros-gerentes após a implementação do programa**

Após a implementação do programa de desenvolvimento em liderança reaplicamos o questionário contendo vinte e sete questões (Apêndice C). As respostas estão demonstradas no quadro 5. Como podemos observar a média de acertos do grupo estudado foi de vinte e duas (81,5 %) questões. Verificamos que houve um aumento do número de acertos em relação à primeira aplicação que foi de dezessete (62,9%) acertos. As questões que obtiveram maior número de erros, nesta etapa, foram às questões de número: cinco, dezessete, dezenove, vinte três e vinte e seis.

Importante ressaltar que a questão de número cinco, já na primeira aplicação do questionário havia obtido este número de erros (três). Esta questão é relativa à necessidade de realização. Refere-se à teoria das necessidades aprendidas de David McClelland, que considerava como fontes importantes de motivação. A necessidade de realização é o impulso de se destacar, esforçar-se para ser bem sucedido (ROBBINS, 2002a). A questão de número dezessete também continuou, com o mesmo número de erros da primeira aplicação (quatro). Esta questão é relativa à teoria comportamental, comentada anteriormente.

A questão de número dezenove, relativa à teoria de liderança situacional teve quatro erros e também, já comentada anteriormente, pois o grupo experimental e controle erraram na primeira aplicação. A questão vinte e três que na primeira aplicação obteve apenas um erro, nesta obteve o erro de três participantes. Relativa à teoria comportamental, descreve a crença do aprendizado de estilos bem sucedidos a partir de treinamento. A questão vinte e seis se refere à diferença entre líder e gerente e três enfermeiros erraram a resposta.

Reaplicamos o mesmo questionário após as sessões de coaching, e nesta aplicação, como demonstrado no quadro 6, o grupo pesquisado obteve média de acertos de 24,8 questões (91,8%), o que caracteriza uma melhora no número de acertos.

As questões que nesta etapa obtiveram maior número de erros foram: dezenove, vinte e cinco e vinte e seis. Comentamos o teor destas questões anteriormente.

Constatamos que houve uma melhora dos acertos, após a implementação do programa de desenvolvimento em liderança e após as sessões de coaching, e que questões relativas aos referenciais teóricos em liderança continuam não sendo acertadas, e que nem sempre é o mesmo participante a cometer o erro.

**QUADRO 5 - Resultados obtidos na avaliação de conhecimentos acerca de gerenciamento e liderança do Grupo Experimental, após o programa de desenvolvimento, S.J. do Rio Preto, 2003.**

IDENTIFICAÇÃO	QUESTÕES																											TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	
Enf. 1 - Unidade B	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	C	C	X	C	X	X	X	C	X	C	C	C	C	C	C	X	C	19
Enf. 2 - Unidade D	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	X	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	26
Enf. 3 - Unidade C	C	C	C	C	X	C	C	C	C	X	X	C	C	C	C	C	C	C	X	C	C	C	X	C	C	C	C	22
Enf. 4 - Unidade E	C	C	C	C	X	C	C	C	X	C	C	C	X	X	C	C	X	C	X	C	C	C	C	C	X	X	C	19
Enf. 6 - Unidade A	C	C	C	C	X	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	X	C	C	C	C	C	X	C	X	X	C	22
Enf. 5 - Unidade F	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	X	C	C	C	C	C	C	X	C	C	C	X	C	C	C	C	24
<b>TOTAL DOS ACERTOS</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>-3</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>6</b>
																							<b>MÉDIA DE ACERTOS</b>			<b>22</b>		

**QUADRO 6 - Resultados obtidos na avaliação de conhecimentos acerca de gerenciamento e liderança do Grupo Experimental, após as sessões de coaching, S.J. do Rio Preto, 2004.**

IDENTIFICAÇÃO	QUESTÕES																											TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	
Enf. 1 - Unidade B	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	X	C	C	C	C	C	C	X	C	25
Enf. 2 - Unidade D	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	X	C	C	C	C	C	X	C	C	25
Enf. 3 - Unidade C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	X	C	C	C	26
Enf. 4 - Unidade E	C	C	C	C	C	X	X	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	X	C	C	C	C	C	X	X	C	22
Enf. 6 - Unidade A	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	27
Enf. 5 - Unidade F	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	X	C	X	C	C	C	C	C	C	X	C	24
<b>TOTAL DOS ACERTOS</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>6</b>
																							<b>MÉDIA DE ACERTOS</b>			<b>24,8</b>		

**LEGENDA:**

C = RESPOSTA CORRETA

X = RESPOSTA INCORRETA

**QUESTÕES COM MENOR NÚMERO DE ACERTOS**





#### ***4.5 Aplicação do instrumento de mensuração do clima organizacional***

##### ***4.5.1 Composição do quadro de funcionários das Unidades de Saúde e quantitativo de funcionários que participaram da mensuração do clima organizacional, antes e após a aplicação do programa de desenvolvimento***

Para avaliar a satisfação do funcionário utilizamos um instrumento de mensuração de clima organizacional. O clima organizacional é medido tendo como base as percepções dos membros da organização. De acordo com a maioria dos pesquisadores, acredita-se que as percepções do clima são influenciadas pelos fatores individuais e organizacionais. A interação destes fatores, forma a percepção do clima organizacional (NARDI, 2004). O instrumento de mensuração, utilizado neste estudo, contém dez questões relativas à caracterização dos participantes e quarenta questões relativas às características organizacionais. Este instrumento foi aplicado no mês de novembro de 2003, nos dois grupos: controle e experimental.

Antes da caracterização dos participantes, apresentaremos, o contingente de profissionais que compõem as Unidades de Saúde, dos grupos controle e experimental e o quantitativo de funcionários que concordaram em participar do estudo, na primeira e segunda etapa de mensuração do clima organizacional.

Na tabela 1 apresentamos o número total de colaboradores que exercem suas funções nas unidades que fizeram parte dos grupos experimental e controle, bem como o quantitativo de sujeitos que respondeu ao instrumento. Para facilitar a compreensão chamaremos esta etapa de pré-teste.

**Tabela 1** - Número de funcionários e de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pré-teste, São José do Rio Preto, 2003

<b>Grupo experimental</b>	<b>Total de funcionários</b>	<b>Afastamento</b>	<b>Recusa</b>	<b>Anulado</b>	<b>Total de participantes</b>
Unidade B	93	18	36	01	38
Unidade D	60	09	17	-	34
Unidade C	19	02	04	-	13
Unidade E	11	02	-	-	09
Unidade A	23	03	01	-	19
Unidade F	17	01	-	01	15
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>35</b>	<b>58</b>	<b>02</b>	<b>128</b>
<b>Grupo controle</b>					
Unidade I	93	09	03	01	80
Unidade W	18	03	-	-	15
Unidade M	19	04	-	-	15
Unidade L	11	03	-	-	08
Unidade T	29	05	03	-	21
Unidade H	24	02	01	-	21
<b>Total</b>	<b>194</b>	<b>26</b>	<b>07</b>	<b>01</b>	<b>160</b>

Afastamento= férias e licença médica no período

Podemos observar que participaram da etapa denominada pré-teste de avaliação do clima organizacional, 82,5% dos colaboradores das unidades que integraram o grupo controle e 57,4% de colaboradores das unidades que integraram o grupo experimental, totalizando 69,1% de participantes se considerarmos os dois grupos.

Na segunda etapa, que ocorreu em julho de 2004, obtivemos 71,6 % de participação dos colaboradores das unidades do grupo controle e 64,4% dos colaboradores das unidades do grupo experimental, totalizando 67,7% de participação nos dois grupos. Chamaremos esta etapa de pós-teste.

Na tabela 2 demonstramos o total de funcionários que exercem suas atividades nas unidades estudadas e que constituíram os grupos controle e experimental, bem como o número de participantes na segunda etapa.

**Tabela 2** - Número de funcionários e de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pós-teste, São José do Rio Preto, 2003

<b>Grupo experimental</b>	<b>Total de funcionários</b>	<b>Afastamento</b>	<b>Recusa</b>	<b>Anulado</b>	<b>Total de participantes</b>
Unidade B	93	16	12	01	64
Unidade D	63	14	12	02	35
Unidade C	22	02	07	-	13
Unidade E	16	02	03	-	11
Unidade A	28	08	03	-	17
Unidade F	17	03	-	-	14
<b>Total</b>	<b>239</b>	<b>45</b>	<b>37</b>	<b>03</b>	<b>154</b>
<b>Grupo controle</b>					
Unidade I	99	14	21	-	64
Unidade W	18	-	-	-	18
Unidade M	18	02	-	01	15
Unidade L	11	02	-	-	09
Unidade T	26	07	04	-	15
Unidade H	29	04	02	-	23
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>29</b>	<b>27</b>	<b>01</b>	<b>144</b>

Afastamento= férias e licença médica no período

Como podemos observar, houve alteração na quantidade de funcionários nas unidades que compõem os dois grupos, em função de admissões, demissões e remanejamentos ocorridos em junho de 2004.

Pudemos constatar também que aumentou a participação de colaboradores do grupo experimental no pós-teste e, nesta mesma etapa, diminuiu o número de participantes do grupo controle.

#### **4.5.2 Caracterização dos funcionários dos grupos experimental e controle que participaram do pré-teste**

As questões relacionadas a caracterização dos participantes englobaram: gênero; idade; posição de chefia; função; área profissional; escolaridade; tempo de atuação na Unidade de Saúde; tempo de atuação na Secretaria de Saúde; vínculo e jornada de trabalho. A caracterização dos colaboradores será mostrada através de quadros comparativos entre os grupos experimental e controle, e em seguida será comentada.

**Tabela 3** - Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pré-teste, segundo o gênero, São José do Rio Preto, 2003

Gênero	Grupo Experimental		Grupo Controle		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Feminino	100	78,1	125	78,1	225	78,1
Masculino	28	21,9	35	21,9	63	21,9
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>288</b>	<b>100,0</b>

Como podemos constatar não há diferenças de gênero entre os colaboradores dos dois grupos.

**Tabela 4** - Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pré-teste, segundo a idade, São José do Rio Preto, 2003

Idade (anos)	Grupo Experimental		Grupo Controle		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Até 30	24	18,8	45	28,1	69	24,0
31 a 35	14	10,9	30	18,8	44	15,3
36 a 40	20	15,6	25	15,6	45	15,6
41 a 45	18	14,1	28	17,5	46	16,0
46 a 50	28	21,9	19	11,9	47	16,3
51 a 55	12	9,4	09	5,6	21	7,3
56 a 60	09	7,0	04	2,5	13	4,5
Acima 60	03	2,3	-	-	03	1,0
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>288</b>	<b>100,0</b>

Como observamos na tabela acima, a faixa etária que prevalece no grupo experimental é a de 46 a 50 anos com 21,9%, seguida da faixa etária menor que 30 anos, com 18,8%. O grupo controle é composto de colaboradores mais jovens, estando 28,1% na faixa abaixo de 30 anos, seguida da faixa etária de 31 a 35 anos, com 18,8%.

**Tabela 5** - Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pré-teste, segundo a posição de chefia, São José do Rio Preto, 2003

Posição de chefia	Grupo Experimental		Grupo Controle		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Chefe	09	7,0	12	7,5	21	7,3
Não Chefe	119	93,0	148	92,5	267	92,7
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>288</b>	<b>100,0</b>

Podemos observar na tabela 5 que os grupos se equivalem em relação à posição de chefia, com percentuais de 93,0% de participantes do grupo experimental que não estão em posição de chefia e de 92,5% de participantes do grupo controle que também não exercem posição de chefia.

**Tabela 6** - Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pré-teste, segundo o nível da função, São José do Rio Preto, 2003

Nível da função	Grupo Experimental		Grupo Controle		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Superior	38	29,7	69	43,1	107	37,2
Médio	60	46,9	68	42,5	128	44,4
Básico	28	21,9	20	12,5	48	16,7
Não informou	02	1,6	03	1,9	05	1,7
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>288</b>	<b>100,0</b>

Observamos no grupo experimental que o maior percentual de participantes exercem funções de nível médio (46,9%), seguido das que desempenham funções de nível superior (29,7%). No grupo controle podemos dizer que ocorre uma inversão em relação aos sujeitos que exercem funções de nível superior. Neste grupo, o maior percentual de participantes (43,1%) exercem funções deste nível e (42,5%) dos sujeitos desempenham funções de nível médio.

**Tabela 7** - Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pré-teste, segundo a área de atuação, São José do Rio Preto, 2003

Área de atuação	Grupo Experimental		Grupo Controle		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enfermagem	48	37,3	46	28,8	94	32,6
Médico	18	14,1	44	27,5	62	21,5
Agente Comunitário	21	16,4	31	19,4	52	18,1
Administrativo	24	18,8	17	10,6	41	14,2
Dentista	08	6,3	11	6,9	19	6,6
Farmácia	07	5,5	07	4,4	14	4,9
Psicologia	01	0,8	01	0,6	02	0,7
Serviço Social	01	0,8	01	0,6	02	0,7
Limpeza	-	-	02	1,3	02	0,7
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>288</b>	<b>100,0</b>

A tabela 7 demonstra que, no grupo experimental, o maior percentual de participantes foi da área de enfermagem com 37,3% e de colaboradores da área administrativa com 18,8%. No grupo controle o maior percentual também foi da área de enfermagem com 28,8% e da área médica com 27,5%.

**Tabela 8** - Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pré-teste, segundo a escolaridade, São José do Rio Preto, 2003

Escolaridade	Grupo Experimental		Grupo Controle		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fundamental incompleto	03	2,3	04	2,5	07	2,4
Fundamental completo	11	8,6	15	9,4	26	9,0
Médio incompleto	10	7,8	13	8,1	23	8,0
Médio completo	41	32,0	42	26,3	83	28,8
Superior incompleto	11	8,6	10	6,3	21	7,3
Superior completo	28	21,9	25	15,6	53	18,4
Especialização	22	17,2	46	28,8	68	23,6
Mestrado	02	1,6	05	3,1	07	2,4
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>288</b>	<b>100,0</b>

Para efeito de análise, agrupamos as categorias: superior completo, especialização e mestrado em um único item, como sendo nível superior. Também agrupamos as escolaridades: médio completo e superior incompleto, denominando-as como nível médio. Desta forma, obtivemos no grupo experimental, 40,7% de sujeitos com nível superior e 40,6% com nível médio. No grupo controle, 47,5% são colaboradores de nível superior e 32,6% de nível médio.

Os dados referentes à função e à escolaridade permitem inferir que os colaboradores exercem funções não compatíveis com seus níveis de escolaridade, principalmente no grupo experimental, onde há 40,7% de participação com nível de escolaridade superior e apenas 29,7% exercendo funções neste nível. Observamos que o inverso também ocorre, pois há mais colaboradores (42,5%) exercendo funções de nível médio do que o nível de escolaridade correspondente (32,6%) no grupo controle.



Este é um dado relevante na satisfação do colaborador nas organizações.

**Tabela 9** - Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pré-teste, segundo o tempo de trabalho na Unidade, São José do Rio Preto, 2003

Tempo na Unidade (anos)	Grupo Experimental		Grupo Controle		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Até 1	21	16,4	35	21,9	56	19,4
1 a 3	36	28,1	72	45,0	108	37,5
4 a 10	37	28,9	32	20,0	69	24,0
Mais de 10	34	26,6	21	13,1	55	19,1
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>288</b>	<b>100,0</b>

O grupo experimental apresenta uma distribuição mais homogênea entre as faixas de 1 a 3 anos (28,1%); 4 a 10 anos (28,9%) e mais de 10 anos (26,6%). O grupo controle possui colaboradores com percentual maior de tempo na unidade entre 1 a 3 anos (45,0%), seguido de colaboradores com até um ano de trabalho na unidade (21,9%).

**Tabela 10** - Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pré-teste, segundo o tempo de trabalho na Secretaria da Saúde, São José do Rio Preto, 2003

Tempo na Secretaria da Saúde (anos)	Grupo Experimental		Grupo Controle		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Até 1	19	14,8	32	20,0	51	17,7
1 a 3	30	23,4	63	39,3	93	32,3
4 a 10	26	20,3	28	17,5	54	18,7
Mais de 10	53	41,4	36	22,5	89	31,0
Não informou	-	-	01	0,62	01	0,35
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>288</b>	<b>100,0</b>

Em relação ao tempo de trabalho na Secretaria de Saúde, o grupo experimental deixa de ter a distribuição homogênea e seu maior contingente se encontra na faixa de colaboradores com mais de 10 anos de trabalho (41,4%). O grupo controle continua a manter seu maior percentual de colaboradores na faixa de 1 a 3 anos com 39,3%, mas aumenta a faixa com mais de 10 anos, com 22,5%, conforme demonstrado na tabela 10.

Estes dados indicam que ocorre remanejamento de colaboradores em virtude de ampliações e criação de novas unidades, como as Unidades de Saúde da Família, mencionadas pelo secretário de saúde em entrevista informal.

**Tabela 11** - Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pré-teste, segundo o tipo de vínculo de trabalho, São José do Rio Preto, 2003

Tipo de vínculo	Grupo Experimental		Grupo Controle		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Prefeitura	71	55,5	80	50,0	151	52,4
FUNFARME	35	27,3	80	50,0	115	39,9
Estadual	22	17,2	-	-	22	7,6
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>288</b>	<b>100,0</b>

Observamos que em relação ao vínculo de trabalho, o grupo experimental possui 55,5% dos colaboradores vinculados à prefeitura; possui 27,3% de colaboradores contratados pela FUNFARME e 17,2% com vínculo estadual. O grupo controle possui 50,0% dos colaboradores vinculados à prefeitura e 50,0% contratados pela FUNFARME, portanto, não possui profissionais vinculados ao estado.

**Tabela 12** - Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pré-teste, segundo a jornada de trabalho, São José do Rio Preto, 2003

Jornada de trabalho	Grupo Experimental		Grupo Controle		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20 horas	15	11,7	24	15,0	39	13,5
24 horas	02	1,6	13	8,1	15	5,2
30 horas	23	18,0	02	1,3	25	8,7
36 horas	04	3,1	11	6,9	15	5,2
40 horas	55	43,0	83	51,9	138	47,9
44 horas	29	22,7	27	16,9	56	19,4
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>	<b>160</b>	<b>100,0</b>	<b>288</b>	<b>100,0</b>

A tabela 12 aponta que em relação à carga horária de trabalho, o grupo experimental tem 43,0% dos seus colaboradores realizando jornada de 40 horas; 22,7% com jornada de 44 horas. As jornadas de 40 horas correspondem às áreas de enfermagem e médica (ambulatorial e Unidades de Saúde da Família), e a de 44 horas correspondem à área administrativa. O grupo controle possui (51,9%) dos colaboradores em jornada de 40 horas; 16,9% em jornada de 44 horas. Neste grupo, a jornada de 20 horas é exercida por profissionais da área médica e odontológica, aparecendo em 15,0 % dos participantes.

A partir destes dados podemos apontar algumas diferenças nas características dos participantes dos grupos experimental e controle.

No grupo experimental há mais colaboradores das áreas de enfermagem e administrativa, na faixa etária entre 46 a 50 anos e também com idade inferior a 30 anos; os participantes estão exercendo funções de nível médio porém, com nível de escolaridade superior e com mais tempo de trabalho nas Unidades de Saúde e na Secretaria de Saúde sendo o maior vínculo com a prefeitura.

No grupo controle, encontramos mais colaboradores da área de enfermagem e da área médica, na faixa etária menor que 30 anos ou entre 31 a 35 anos portanto, com menos tempo de trabalho nas Unidades de Saúde e na Secretaria de Saúde, sendo os vínculos equivalentes entre a prefeitura e FUNFARME.

#### **4.5.3 Mensuração das dimensões do clima organizacional no pré-teste**

Como já mencionamos, para a mensuração das características organizacionais utilizamos um instrumento contendo cinquenta questões, sendo que quarenta são relativas a estas características. Este instrumento foi submetido à análise de confiabilidade com um alfa de 0,9254, portanto está bem elaborado e é confiável.

Na tabulação dos dados, através da análise fatorial, identificamos nove fatores ou dimensões de clima organizacional: **Autonomia; Comprometimento; Comunicação; Liderança; Recompensa; Relações; Remuneração e Benefícios; Justiça; e Satisfação.**

Para facilitar a compreensão definiremos estas nove dimensões:

**Autonomia:** a percepção de autodeterminação em relação a procedimentos de trabalho, metas e prioridades (KOYS e DECOTTIIS, 1991).

**Comprometimento:** o grau em que um funcionário se identifica com uma determinada empresa e seus objetivos, desejando manter-se nela (ROBBINS, 2002b).

**Comunicação:** compreensão e clareza de transferências e fluxos de informações (ROBBINS, 2002b).

**Liderança:** o grau em que a organização reconhece e estimula a liderança dos membros realmente qualificados. Os indivíduos se sentem em liberdade para assumirem papéis de liderança e são recompensados por uma liderança bem sucedida (SANTOS, 1999).

**Recompensa:** o grau em que os membros sentem que estão reconhecidos e recompensados por um bom trabalho (ROBBINS, 2002b).

**Relações:** percepção dos membros das relações interpessoais na organização (ROBBINS, 2002b).

**Remuneração e Benefícios:** Percepção dos membros da organização de que recebem remuneração e benefícios condizentes com o desempenho do trabalho (ROBBINS, 2002b).

**Justiça:** a percepção de que as práticas organizacionais são igualitárias e não arbitrárias (KOYS e DECOTTIIS, 1991).

**Satisfação:** atitude geral de uma pessoa em relação ao trabalho que realiza. (ROBBINS, 2002b).

Os valores médios das dimensões serão apresentados na forma de tabela.

**Tabela 13** – Valores médios das dimensões do clima organizacional atribuídos pelos participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pré-teste, São José do Rio Preto, 2003

<b>Dimensões</b>	<b>Grupo</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Erro padrão</b>
Autonomia	Experimental	128	4,82	1,11	0,098
	Controle	160	4,82	1,06	0,083
Comprometimento	Experimental	128	4,79	1,04	0,092
	Controle	160	4,83	1,05	0,083
Comunicação	Experimental	128	4,79	1,04	0,092
	Controle	160	4,90	1,06	0,084
Liderança	Experimental	128	5,13	1,09	0,096
	Controle	160	5,21	1,07	0,084
Recompensa	Experimental	128	4,20	1,33	0,117
	Controle	160	4,50	1,19	0,094
Relações	Experimental	128	4,69	1,22	0,108
	Controle	160	4,89	1,02	0,080
Remuneração e Benefícios	Experimental	128	3,76	1,03	0,091
	Controle	160	4,10	1,12	0,088
Justiça	Experimental	128	4,89	1,46	0,129
	Controle	160	4,85	1,44	0,114
Satisfação	Experimental	128	5,25	1,20	0,106
	Controle	160	5,20	1,33	0,106

Observamos, através do tabela 13, as médias das nove dimensões de clima organizacional dos grupos experimental e controle.

Constatamos que o grupo controle apresenta médias maiores de satisfação em sete dimensões, quando comparadas ao grupo experimental, com exceção nas dimensões de justiça e satisfação.

O clima organizacional é uma medida de como as pessoas se sentem em relação à organização. Estes sentimentos podem gerar satisfação ou insatisfação em relação ao trabalho. Sentimentos são individuais, pois, a realidade é percebida de forma individual. O que gera satisfação a uma pessoa pode não gerar em outra e, esta satisfação afeta a motivação e o desempenho. O clima organizacional é o produto destes sentimentos individuais e grupais em relação à realidade percebida.

A percepção é o processo de selecionar, organizar e interpretar os estímulos oferecidos pelo ambiente. Pessoas reagem de forma diferente aos mesmos estímulos. Ressaltamos novamente que a percepção do clima organizacional envolve fatores individuais e organizacionais.

Como explicar então as diferenças nas médias entre os dois grupos que pertencem à mesma organização?

Há aspectos que chamam a atenção e podemos destacar alguns pontos para reflexão e análise.

O grupo controle é mais jovem, com menos tempo na Secretaria de Saúde. O grupo experimental possui participantes com faixas etárias mais elevadas. A percepção passa por um processo de adaptação ao longo do tempo, e quando submetida ao mesmo estímulo pode reduzir-se, este processo recebe o nome de adaptação sensitiva (MAXIMIANO, 2000). Podemos inferir que o grupo controle não tenha sofrido o processo de adaptação sensitiva.

Robbins (2002b) aponta que estudos que correlacionam a idade e satisfação no trabalho são controversos. Algumas pesquisas apresentam uma relação positiva entre estes dois fatores até os 60 anos de idade, outras referem que esta relação se dá em forma de U, ou seja, os jovens apresentam maiores níveis de satisfação ocorrendo um declínio nas faixas etárias medianas, tornando a subir em faixas etárias mais elevadas.

Moscovici (1993) coloca que entre 35 a 45 anos, aproximadamente, ocorre uma queda acentuada na satisfação com o trabalho e com a organização. Refere que o indivíduo começa a descobrir uma realidade diferente da que imaginou, diminui o entusiasmo, trazendo dúvida quanto à possibilidade de carreira e realização pessoal na organização. Em contrapartida ao ingressar na organização,

acrescenta a autora, o indivíduo está cheio de esperanças e de interesse pelo seu trabalho.

Outro aspecto a ser considerado, no grupo experimental é o fato dos diferentes vínculos: municipal, estadual e contratos com a FUNFARME, com diferenças na remuneração. Um enfermeiro-gerente, durante as sessões de coaching, comentou este fato relatando que gera insatisfação. Ressaltamos a teoria da equidade, na qual o indivíduo compara seus investimentos e resultados com o dos demais e reage de forma a tentar eliminar iniquidades (ROBBINS, 2002a).

Acreditamos que a insatisfação também ocorra, devido à falta de plano de cargos e salários, tanto na prefeitura quanto no estado.

Há também a questão do status nas instituições de saúde, onde a área médica se percebe com mais status que a área de enfermagem.

O status interfere na percepção em termos de influência e prestígio, envolvendo comparações sociais (BOWDITCH e BUONO, 1992). O fato de, no grupo controle, a área médica ter tido participação maior que no grupo experimental, com participantes da área de enfermagem e administrativa, pode ser um fator de influência na percepção de satisfação deste grupo. Outro aspecto a ressaltar é o fato do conflito de papéis e de mudança de status.

O gerente é um cargo relativamente novo na secretaria e o enfermeiro ocupando este cargo também. O grupo experimental, que está a mais tempo na Secretaria de Saúde e nas unidades, acompanhou este processo de mudança. Estes conflitos, podem ser uma fonte geradora de insatisfação.

Segundo Hershberger, Lichtentein e Knox (1994) poucas pesquisas têm examinado de forma direta, a relação variáveis pessoais e indicadores demográficos com as percepções de clima, e se propuseram a realizar um estudo. Os resultados



do estudo destes autores indicaram que as pessoas percebem o clima de maneiras diferentes, e que este fato pode estar relacionado à diferenças em genótipos e às experiências do ambiente.

Bona (1981) estudou a correlação das variáveis: tempo de serviço, grau de instrução e nível funcional. Os resultados indicaram diferentes percepções de clima organizacional entre os ocupantes das funções, segundo as variáveis citadas.

Santos (1983) investigou a influência de algumas variáveis na percepção do clima: sexo; cargo ocupado; carreira; nível de escolaridade e experiência no cargo. Concluiu que existem diferenças nas percepções do clima para todas as variáveis citadas.

Em virtude destas constatações, os autores afirmam que a mensuração de clima permanece um desafio.

Podemos inferir que, em nosso estudo, há diferenças entre os participantes dos dois grupos, bem como na percepção das dimensões do clima organizacional, apontada pelas médias dos grupos.

#### ***4.5.4 Caracterização dos funcionários dos grupos experimental e controle que participaram do pós-teste***

Participaram desta etapa 298 colaboradores sendo 154 do grupo experimental e 144 do grupo controle.

A caracterização dos sujeitos será apresentada na forma de tabelas, através das quais realizaremos a análise e comparação entre os grupos nesta etapa. Analisaremos também as diferentes características apresentadas pelos colaboradores no pré-teste e pós-teste.

**Tabela 14** - Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pós-teste, segundo o gênero, São José do Rio Preto, 2003

Gênero	Grupo Experimental		Grupo Controle		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Feminino	108	70,1	112	77,8	220	73,8
Masculino	46	29,9	32	22,2	78	26,2
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>100,0</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>	<b>298</b>	<b>100,0</b>

Em relação ao gênero, no pós-teste observamos, que há diferenças percentuais entre os grupos, sendo que o gênero feminino prevalece. Quando comparamos este dado com a amostra no pré-teste observamos que ocorre um aumento de participantes do gênero masculino no grupo experimental, de 21,9% no pré-teste para 29,9% no pós-teste.

**Tabela 15** - Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pós-teste, segundo a idade, São José do Rio Preto, 2003

Idade (anos)	Grupo Experimental		Grupo Controle		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Até 30	37	24,0	63	43,8	100	33,6
31 a 35	19	12,3	23	16,0	42	14,1
36 a 40	23	14,9	18	12,5	41	13,8
41 a 45	19	12,3	24	16,7	43	14,4
46 a 50	23	14,9	09	6,3	32	10,7
51 a 55	16	10,4	05	3,5	21	7,0
56 a 60	13	8,4	02	1,4	15	5,0
Acima 60	04	2,6	-	-	04	1,3
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>100,0</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>	<b>298</b>	<b>100,0</b>

Nesta etapa podemos observar (tabela 15) que nos dois grupos o maior percentual está na faixa etária abaixo de 30 anos. Comparando com o grupo no pré-teste, constatamos que houve no grupo experimental um aumento de 18,8% para 24,0% na faixa etária menor que 30 anos e uma diminuição na faixa etária entre 46 a 50, que foi de 21,9% para 14,9%. Na etapa anterior, ou seja, no pré-teste, esta faixa de idade representava o maior percentual neste grupo. No grupo controle, ressaltamos o aumento de 28,1% para 43,8% de participantes na faixa inferior a 30 anos. Vale lembrar que nas duas etapas, esta faixa de idade predomina sobre as demais, no grupo controle.

**Tabela 16** - Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pós-teste, segundo a posição de chefia, São José do Rio Preto, 2003

Posição de chefia	Grupo Experimental		Grupo Controle		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Chefe	04	2,6	12	8,3	16	5,4
Não Chefe	150	97,4	132	91,7	282	94,6
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>100,0</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>	<b>298</b>	<b>100,0</b>

A tabela 16 demonstra que os percentuais de participantes dos dois grupos no pós-teste são de colaboradores que não ocupam posição de chefia, 97,4% no grupo experimental e 91,7% no grupo controle.

Comparando ao pré-teste, ocorre uma diminuição de participantes que exercem posição de chefia no pós-teste do grupo experimental, de 7,0% para 2,6%.

**Tabela 17** - Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pós-teste, segundo o nível da função, São José do Rio Preto, 2003

Nível da função	Grupo Experimental		Grupo Controle		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Superior	57	37,0	51	35,4	108	36,2
Médio	66	42,9	75	52,1	141	47,3
Básico	31	20,1	17	11,8	48	16,1
Outro	-	-	01	0,7	01	0,3
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>100,0</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>	<b>298</b>	<b>100,0</b>

Quanto à função, observamos que os maiores percentuais são de colaboradores que exercem funções de nível médio, tanto no grupo experimental (42,9%) como no grupo controle (52,1%), seguido de participantes que exercem suas funções no nível superior. No pré-teste do grupo controle havia um percentual maior de colaboradores que exerciam funções de nível superior e nesta etapa (pós-teste) são colaboradores de nível médio. Observamos também, que ocorre um crescimento no percentual de participantes exercendo funções de nível superior no grupo experimental de 29,7% para 37,0% entre pré e pós-teste.

**Tabela 18** - Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pós-teste, segundo a área de atuação, São José do Rio Preto, 2003

Área de atuação	Grupo Experimental		Grupo Controle		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enfermagem	47	30,5	47	32,6	94	31,5
Administrativo	31	20,1	29	20,1	60	20,1'
Médico	28	18,2	28	19,4	56	18,8
Agente Comunitário	14	9,1	19	13,2	33	11,1
Dentista	20	13,0	08	5,5	28	9,4
Farmácia	06	3,9	07	4,9	13	4,4
Psicologia	03	1,9	02	1,4	05	1,7
Serviço Social	01	0,6	-	-	01	0,3
Limpeza	01	0,6	01	0,7	02	0,7
Vigilância	03	1,9	03	2,1	06	2,0
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>100,0</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>	<b>298</b>	<b>100,0</b>

Na tabela 18, observamos que os maiores percentuais de participantes nos dois grupos são da área de enfermagem, sendo 30,5% no grupo experimental e 32,6% no grupo controle, seguido dos profissionais da área administrativa. Em relação ao pré-teste, constatamos que no grupo controle a área médica diminuiu de 27,5% para 19,4% deixando de ser o segundo percentual de colaboradores. Ocorre um aumento na participação da área médica no grupo experimental, no pós-teste de 14,1% para 18,2%.

**Tabela 19** - Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pós-teste, segundo a escolaridade, São José do Rio Preto, 2003

Escolaridade	Grupo Experimental		Grupo Controle		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fundamental incompleto	04	2,6	02	1,4	06	2,0
Fundamental completo	06	3,9	10	6,9	16	5,4
Médio incompleto	07	4,5	10	6,9	17	5,7
Médio completo	48	31,2	41	28,5	89	29,9
Superior incompleto	15	9,7	23	16,0	38	12,8
Superior completo	31	20,1	19	13,2	50	16,8
Especialização	38	24,7	34	23,6	72	24,2
Mestrado	05	3,2	05	3,5	10	3,4
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>100,0</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>	<b>298</b>	<b>100,0</b>

Agrupamos novamente os itens: superior completo, especialização e mestrado e médio completo e superior incompleto para facilitar a análise. Assim o grupo experimental tem 48,0% de participantes com escolaridade superior, seguido 40,9% de nível médio de escolaridade. No grupo controle encontramos: 44,5% de colaboradores com nível médio de escolaridade, seguido de 40,3% de colaboradores de nível de escolaridade superior. Na comparação com o pré-teste observamos que ocorreu no grupo controle a mesma inversão detectada na descrição de função, de nível superior para nível médio de escolaridade. No grupo experimental há um crescimento do nível superior de 29,7% para 48,0%, ocorrendo também à inversão de posições de médio para superior em relação à escolaridade.

Notamos a mesma distorção em relação à escolaridade de nível superior e a função exercida pelo colaborador, como a apontada no pré-teste.

**Tabela 20** - Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pós-teste, segundo o tempo de trabalho na Unidade, São José do Rio Preto, 2003

Tempo na Unidade (anos)	Grupo Experimental		Grupo Controle		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Até 1	36	23,4	32	22,2	68	22,8
1 a 3	38	24,7	61	42,4	99	33,2
4 a 10	35	22,7	40	27,8	75	25,2
Mais de 10	44	28,6	11	7,6	55	18,5
Não informou	01	0,6	-	-	01	0,3
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>100,0</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>	<b>298</b>	<b>100,0</b>

Observamos, na tabela 20, que no grupo experimental há uma distribuição mais homogênea dos percentuais de colaboradores em relação ao tempo nas Unidades de Saúde. O maior percentual neste grupo é o de mais de 10 anos com 28,6%. No grupo controle, constatamos que o maior percentual está na faixa entre 1 a 3 anos com 42,4%. Em relação ao pré-teste também foram encontrados os maiores percentuais nestas faixas, nos dois grupos.

**Tabela 21** - Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pós-teste, segundo o tempo de trabalho na Secretaria da Saúde, São José do Rio Preto, 2003

Tempo na Secretaria da Saúde (anos)	Grupo Experimental		Grupo Controle		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Até 1	32	20,8	31	21,5	63	21,1
1 a 3	26	16,9	51	35,4	77	25,8
4 a 10	33	21,4	39	27,1	72	24,2
Mais de 10	63	40,9	23	16,0	86	28,9
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>100,0</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>	<b>298</b>	<b>100,0</b>

Quanto ao tempo de trabalho na Secretaria de Saúde, observamos que no grupo experimental o maior percentual está na faixa de mais de 10 anos com 40,9%, seguido do percentual da faixa entre 4 e 10 anos de 21,4%. No grupo controle o maior percentual 35,4% está na faixa de 1 a 3 anos, seguido do percentual da faixa entre 4 a 10 anos com 27,1%.

Estes dados também foram encontrados no pré-teste. Notamos que nesta etapa ocorre um aumento de percentual na faixa com menos de 1 ano de trabalho na Secretaria de Saúde no grupo experimental e um aumento percentual no grupo controle da faixa entre 4 a 10 anos.



**Tabela 22** - Número e porcentagem de participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pós-teste, segundo a jornada de trabalho, São José do Rio Preto, 2003

Jornada de trabalho	Grupo Experimental		Grupo Controle		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20 horas	32	20,8	14	9,7	46	15,4
24 horas	04	2,6	07	4,9	11	3,7
30 horas	53	34,4	33	22,9	86	28,9
36 horas	03	1,9	05	3,5	08	2,7
40 horas	61	39,6	85	59,0	146	49,0
44 horas	01	0,7	-	-	01	0,3
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>100,0</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>	<b>298</b>	<b>100,0</b>

Observando a jornada de trabalho no pós-teste, verificamos que no grupo experimental o maior percentual é de profissionais com jornada de 40 horas (39,6%) e de 30 horas (34,4%), assim como no grupo controle jornada de 40 horas (59,0%) e 30 horas (22,9%). Estes dados têm relação com as áreas profissionais de enfermagem e administrativa que corresponderam aos maiores percentuais de participação nesta etapa. Quando comparamos ao pré-teste não há alteração no grupo experimental. No grupo controle o segundo percentual, relativo a carga horária, deixa de ser de 20 horas e passa a ser a jornada de 30 horas semanais.

Quanto ao vínculo de trabalho, não houve alteração pois número de admissões nestas unidades não foi suficiente para alterar a situação encontrada no pré-teste.

Após a análise, pontuaremos as diferenças encontradas entre os dois grupos nesta etapa da investigação.

No grupo experimental encontramos colaboradores em faixas etárias mais elevadas, pois se somarmos as faixas etárias após os 40 anos o percentual

encontrado é de 48,6%. No grupo controle este percentual é de 27,9%. Os participantes do grupo experimental possuem uma distribuição homogênea em relação ao tempo de trabalho na Unidade de Saúde mas, em relação ao tempo de trabalho na Secretaria o maior percentual é de colaboradores com mais de 10 anos de trabalho; enquanto que no grupo controle, este percentual se encontra na faixa entre 1 a 3 anos. Os colaboradores do grupo experimental possuem maior percentual de nível superior e o grupo controle mais colaboradores com nível médio.

#### ***4.5.5 Mensuração das dimensões do clima organizacional no pós-teste***

Após quatro meses da implementação do programa de desenvolvimento em liderança, reaplicamos o instrumento de mensuração de clima organizacional. Nesta etapa o instrumento foi submetido ao teste de confiabilidade sendo que o alfa no pós-teste foi de 0,9118.

A tabulação dos dados foi feita através de análise fatorial, sendo mantidas as mesmas dimensões do pré-teste.

A tabela 23 compara as médias das dimensões de clima em relação ao grupo experimental no pré-teste e no pós-teste. A partir desta comparação foi possível analisar se o programa de desenvolvimento em liderança causou impacto no clima organizacional e na satisfação do funcionário.

**Tabela 23** – Valores médios das dimensões do clima organizacional atribuídos pelos participantes das Unidades de Saúde pertencentes ao grupo experimental, comparados no pré e pós-teste, São José do Rio Preto, 2003.

Dimensões	Grupo	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão
Autonomia	Pré-teste	128	4,82	1,11	0,098
	Pós-teste	154	4,91	1,02	0,082
Comprometimento	Pré-teste	128	4,79	1,04	0,092
	Pós-teste	154	4,80	1,10	0,088
Comunicação	Pré-teste	128	4,79	1,04	0,092
	Pós-teste	154	4,84	1,14	0,091
Liderança	Pré-teste	128	5,13	1,09	0,096
	Pós-teste	154	5,25	1,09	0,088
Recompensa	Pré-teste	128	4,20	1,33	0,117
	Pós-teste	154	4,47	1,33	0,107
Relações	Pré-teste	128	4,69	1,22	0,108
	Pós-teste	154	5,04	1,16	0,093
Remuneração e Benefícios	Pré-teste	128	3,76	1,03	0,091
	Pós-teste	154	4,00	1,10	0,088
Justiça	Pré-teste	128	4,89	1,46	0,129
	Pós-teste	154	5,26	1,34	0,109
Satisfação	Pré-teste	128	5,25	1,20	0,106
	Pós-teste	154	5,38	1,16	0,094

Constatamos, neste grupo, um aumento das médias em todas as dimensões em relação ao pré-teste, realizado antes do desenvolvimento do programa de liderança, mas este aumento não tem significância estatística.

Acreditamos que os indicadores demográficos apresentaram maior influência no clima organizacional do que o programa de desenvolvimento implementado.

Justificamos esta afirmação, analisando o grupo controle, que não foi submetido ao programa de desenvolvimento em liderança, e como demonstrado na tabela 24, também ocorreu aumento nas médias, contudo sem significância estatística em sete dimensões: *autonomia, comprometimento, comunicação, relações, remuneração e benefícios, justiça e satisfação*.

As médias referentes à *liderança e recompensa* diminuíram em relação ao pré-teste.

**Tabela 24** – Valores médios das dimensões do clima organizacional atribuídos pelos participantes das Unidades de Saúde pertencentes ao grupo controle, comparados no pré e pós-teste, São José do Rio Preto, 2003

<b>Dimensões</b>	<b>Grupo</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Erro padrão</b>
Autonomia	Pré-teste	160	4,82	1,06	0,083
	Pós-teste	144	4,92	0,92	0,076
Comprometimento	Pré-teste	160	4,83	1,05	0,083
	Pós-teste	144	4,88	0,99	0,083
Comunicação	Pré-teste	160	4,90	1,06	0,084
	Pós-teste	144	4,90	0,99	0,083
Liderança	Pré-teste	160	5,21	1,07	0,084
	Pós-teste	144	5,20	0,98	0,081
Recompensa	Pré-teste	160	4,50	1,19	0,094
	Pós-teste	144	4,48	1,19	0,099
Relações	Pré-teste	160	4,89	1,02	0,080
	Pós-teste	144	5,09	0,87	0,072
Remuneração e Benefícios	Pré-teste	160	4,10	1,12	0,088
	Pós-teste	144	4,26	1,01	0,084
Justiça	Pré-teste	160	4,85	1,44	0,114
	Pós-teste	144	4,99	1,34	0,112
Satisfação	Pré-teste	160	5,20	1,33	0,106
	Pós-teste	144	5,49	1,02	0,085

Com base nestes dados, acreditamos que a entrada de novos profissionais, a modificação do perfil dos participantes em relação ao nível de escolaridade e função no grupo experimental possam ter sido fatores que contribuíram para o aumento das médias de percepção de clima organizacional.

Outro fator que ocorreu na organização foi a mudança na jornada de trabalho dos profissionais que exercem funções de nível médio e dos que desempenham funções de nível superior, excluindo médicos e dentistas, de 40 para 30 horas. Acreditamos que este fato favoreceu o aumento de satisfação dos participantes nos dois grupos.

Percebemos que o período de quatro meses, entre as mensurações do pré e pós-teste, tenha sido insuficiente para que o desenvolvimento em liderança causasse impacto. Tivemos, também, interferências como: a greve de funcionários em uma das unidades e licença de um gerente, neste período.

Apesar de neste estudo, não ter sido constatado que o desenvolvimento em liderança tenha causado impacto na satisfação dos funcionários e no clima organizacional, estudos têm demonstrado que a liderança é um importante fator determinante de clima organizacional.

Stringer (2002) observou que muitos estudos demonstram que o comportamento do líder no dia a dia da organização tem sido um importante determinante de clima organizacional. Aponta três razões para este argumento: a liderança no dia a dia penetra na organização; as pesquisas demonstram que a liderança tem um forte impacto no clima e a liderança cria uma atmosfera dentro da organização que a conduz ao desempenho.

Becker (1975) em seu estudo provou que as práticas gerenciais são as mais importantes e determinantes do clima organizacional e propôs, a partir do estudo, planos para melhorar o clima como: encontros em grupo; solução de problemas; *feedback*; estabelecimento de metas; gerenciamento de tarefas e interação informal.

Haentinger (1979) em estudo realizado em um hospital, buscando verificar a influência da liderança no clima organizacional concluiu que o nível de eficácia em liderança da chefia influenciou na satisfação dos funcionários e no clima organizacional.

O estudo de Ekvall e Ryhammar (1998) trouxe a tona a questão do estilo de liderança sobre os resultados da organização por meio do clima organizacional, concluindo que, o estilo de liderança pode não exercer uma influência separada e

direta nos resultados da organização, mas parece ter uma contribuição forte no desenvolvimento do clima e o clima nos resultados organizacionais.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O aprendizado da liderança na gerência é um desafio. Querer liderar e a busca do autoconhecimento são os pontos de partida para este aprendizado e seu desenvolvimento.

Os programas de desenvolvimento em liderança devem ser adequados à realidade dos gerentes. O programa desenvolvido neste estudo, na opinião dos enfermeiros-gerentes, constituiu um momento importante de troca de experiências e aprendizado. A aquisição de conhecimentos dos enfermeiros pôde ser verificada através do aumento do número de acertos nas questões relativas a gerenciamento e liderança, nas diversas fases do desenvolvimento do programa.

As instituições de saúde precisam investir em conhecimentos de liderança, buscando ser instituições de aprendizagem, mas é importante que o próprio enfermeiro busque este conhecimento e aprendizado.

Percebemos que o profissional enfermeiro enfoca mais o desenvolvimento de competências técnicas e assistenciais em detrimento das competências gerenciais e de liderança. Não possui referenciais teóricos em liderança e atua na gerência através do aprendizado por acertos e erros.

Assim como a aprendizagem a liderança é um processo dinâmico, contínuo e cumulativo, o que reforça a necessidade do conhecimento (SIMÕES, 2001).

Mas só o conhecimento não é suficiente; é necessário colocá-lo em prática e provocar mudança de comportamentos.

As sessões de coaching foram momentos importantes para a vivência deste aprendizado e para a individualização do desenvolvimento em liderança; porém, foram quantitativamente insuficientes, como foi apontado pelos participantes do estudo. Foi gratificante observar as mudanças que as pessoas são capazes de fazer quando estimuladas.



Os enfermeiros têm um potencial para o desenvolvimento em liderança precisando de tempo para que este potencial se transforme em competências.

O aprendizado da liderança é contínuo e tivemos, neste estudo, apenas a pretensão de despertar nos enfermeiros a compreensão da necessidade deste desenvolvimento.

Mudanças nas organizações não são fáceis de acontecer. Este processo é desencadeado por diversos fatores, não apenas através de uma liderança eficaz. Acreditamos que o enfermeiro possa através de práticas de liderança, no dia a dia, modificar seu espaço de trabalho. A liderança tem a capacidade de penetrar na organização e favorecer mudanças.

Em relação ao impacto da liderança no clima organizacional e na satisfação dos colaboradores, ressaltamos os estudos de Stringer (2002). O autor caracteriza algumas práticas de liderança que interferem no clima organizacional e no aumento da performance do grupo. Essas práticas de liderança são: o líder demonstra as pessoas seu comprometimento com os objetivos organizacionais; o líder encoraja a inovação e ao risco; o líder deixa claro às pessoas as regras e responsabilidades; o líder encoraja pessoas a participar das decisões; o líder aumenta os padrões; e o líder conduz o grupo a uma construção de objetivos comuns. Indica ainda, que as três primeiras práticas atuam na variação total do clima e que as três últimas estimulam a motivação e causam impacto no clima organizacional.

Acreditamos que no nosso estudo, o tempo foi insuficiente para que os enfermeiros pudessem desenvolver práticas de liderança de tal forma que resultasse em impacto que fosse percebido.

A questão relativa à mudança dos profissionais, em virtude do concurso público na nossa compreensão é relevante e deve ser considerada neste impacto.

Por isso, inferimos que os indicadores demográficos: área de atuação; função exercida; idade; tempo de trabalho na Secretaria e também as experiências que o grupo experimental desenvolveu na organização refletiram mais no clima organizacional, neste momento.

Acreditamos na força da liderança gerando satisfação nos funcionários, mas se faz necessário mais investimento em pesquisas, buscando correlacionar as variáveis individuais e o clima, bem como o clima organizacional e a liderança.

## **6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ANDRADE, T.G.C.S. et al. O enfermeiro e sua percepção sobre liderança em enfermagem. In SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 2, 1990 Ribeirão Preto. **Anais**. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP, 1990. p.249 -70.

BECKER,C.E Deciding When It's Time for a Change in Organizational Climate, **Personnel**,v.52, n.3, p.25-31, mai-jun,1975.

BENNIS,W O futuro não tem prazo na prateleira – In: BENNIS,W; SPREITZER,G.M; CUMMINGS,T.G(org) **O futuro da liderança**: uma coletânea com as idéias dos maiores líderes da atualidade. São Paulo: futura, 2001.

BENNIS, W A nova liderança - In: **Liderança e Gestão de pessoas**: autores e conceitos imprescindíveis. Org. Carlos Alberto Júlio e José Salibi Neto – São Paulo: Publifolha, 2002.

BERGAMINI,C,W **O líder eficaz**. São Paulo: Atlas, 2002.

BONA,A.M **Diagnóstico da percepção do clima organizacional por ocupantes de função DAÍ, numa Autarquia Federal**. 1981. 134 f. Dissertação ( Mestrado) - Departamento de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre,1981.

BOTELHO,E.F.**Do gerente ao líder**: a evolução do profissional . 2ª. ed.- São Paulo: Atlas, 1991.

BOWDITCH, J. L.;BUONO,A.F **Elementos do comportamento organizacional** – Trad. José Henrique Lamendorf . São Paulo: Pioneira, 1992.

CAMPBELL.D.T.;STANLEY.J.C **Delineamentos experimentais e quase experimentais de pesquisa**. Trad. Renato Alberto T. Di Dio - São Paulo: EPU/EDUSP, 1979

CURY,S.R.R **Focalizando a liderança do enfermeiro em unidades de internação e de atendimento ao trauma**. 1999 .157f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto,1999.

DAVENPORT, T.H O trabalho com base no conhecimento e o futuro da administração – In: BENNIS, W ; SPREITZER, G.M ; CUMMINGS, T.G(org) **O futuro da liderança**: uma coletânea com as idéias dos maiores líderes da atualidade. São Paulo: Futura, 2001.

DRUCKER, P.F **Desafios gerenciais para o século XXI**. Trad. Nivaldo Montingelli.- São Paulo: Pioneira, 1999.

DAY, D.V.; LORD, R.G Executive leadership and organizational performance: suggestions for new theory and methodology. **Journal of Management**, p.453-464, out.1988.

EKVALL, G.; RYHAMMAR, L Leadership Style, Social Climate and Organizational Outcomes: A study of a Swedish University College. **Creativity and Innovations Management**, v.7, n.3, p.126-130, set.1998.

FERRAZ, C. A **A transfiguração da administração em enfermagem**: da gerência científica a gerência sensível. 1995. 248 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995

FRACOLLI, L.A.; EGRY, E.Y O processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde? **Rev Latino-am Enfermagem**, 9(5) ; p. 13-18, 2001.

GALVÃO, C. M **Liderança situacional** : uma contribuição do enfermeiro líder no contexto hospitalar. 1995. 117 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

GOLDSMITH, M O coaching para mudança comportamental. In: GOLDSMITH, M.; LYONS, L.S.; FREAS, A. **Coaching**: o exercício da liderança. Trad. Tradutec . Rio de Janeiro: Elsevier: DBM, 2003.

HAETINGER, Y.F **Influência da eficácia de liderança no clima organizacional percebido e desejado em uma entidade hospitalar de Porto Alegre**.1979. 160f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1979.

HERSEY, P.; BLANCHARD, K.H **Psicologia para administradores** : a teoria e as técnicas da liderança situacional. Trad. Edwina A .Royer. São Paulo: EPV, 1986.

HERSHEBERGER,S.L; LICHTENTEIN, P.KNOX,S.S. Genetic and Environmental Influences on Perceptions of Organizational Climate. **Journal of Applied Psychology**, v.1, p. 24-33,1994.

HIGA E. de F.R **Liderança do enfermeiro na prática clínica**. 1998. 72 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

HILL,A Desenvolvendo as estrelas do desempenho – In : HESSELBEIN, F; COHEN, P. M.(ed) **De líder para líder** – artigos da prestigiosa revista Leader to Leader, da DRUCKER FONDATION.Trad. Nota Assessoria.São Paulo: Futura, 1999.

KISIL, M **Gestão da mudança organizacional**. v. 4. colab. Tânia R.G. B. Pupo - São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde e Cidadania.)

KOYS, D.J.; DECOTIIS,T.A Inductive Measures of Psychological Climate. **Human Relations**, v.44,n.3, p.265 – 285,1991.

KOTTER, J.P Os líderes necessários. **Rev. HSM Management**, v. 4, p.18-23, set – out,1997.

\_\_\_\_\_ **Afinal o que fazem os líderes?:** a nova face do poder e da estratégia. Trad. Cristina de Assis Serra. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

KOUZES, J.M; POSNER,B.Z **O desafio da liderança**. Trad. Ricardo Injosa - 2a ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

LAWLER III, E. E A era do capital humano finalmente chegou – In: BENNIS,W; SPREITZER,G.M; CUMMINGS,T.G(org) **O futuro da liderança:** uma coletânea com as idéias dos maiores líderes da atualidade. São Paulo: Futura, 2001.

LINCH,R.P Como cultivar campeões. In: **Liderança para o século XXI**. Ed.Frances Hesselbein, Marshall Goldsmith, Iain Somerville, Trad.Cynthia Azevedo – São Paulo : Futura, 2000.

LOURENÇO, M. R **Práticas de Liderança de Sucesso na Enfermagem Brasileira**. 2000. 108 f. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

LOURENÇO, M. R.; TREVIZAN , M. A.Líderes da enfermagem brasileira - sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da relação liderança e enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto v.9, n 3. p.14-9, 2001

LOURENÇO, M.R.; TREVIZAN, M.A Liderança Situacional: análise de estilo de enfermeiros - líderes. **Acta Paulista**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 48-52, 2002.

LYONS, L.S O coaching no cerne da estratégia. In: GOLDSMITH, M.; LYONS, L. S.; FREAS, A. **Coaching: o exercício da liderança**. Trad. Tradutec – Rio de Janeiro: Elsevier:DBM, 2003.

MARQUIS,B.L.;HUSTON,C.J **Administração e Liderança em Enfermagem** : teoria e aplicação.Trad. Regina Machado Garcez e Eduardo Schaan. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda.,1999.

MAXIMIANO,A.C.A **Teoria geral da administração**: da escola científica à competitividade na economia globalizada. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MOSCOVICI,F **Renascença Organizacional**: a revalorização do homem frente à tecnologia para o sucesso da nova empresa. 3ªed. Rio de Janeiro: José Olympio,1993.

MOTTA, P.R **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. 9ª. ed - Rio de Janeiro: Record, 1998.

NARDI,A **Clima Organizacional**: uma revisão do conceito, instrumentos e dimensões no Brasil e nos EUA. 2004 . 193 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

ROBBINS, S. P. **Administração**: mudanças e perspectivas. Trad. Cid Knipel Moreira – São Paulo: Saraiva, 2002a.

\_\_\_\_\_ **Comportamento organizacional**. Trad. Reynaldo Marcondes - 9ª. ed - São Paulo: Prentice Hall, 2002b.

SANTOS, I. Estilos gerenciais dos enfermeiros na área de recuperação da saúde. **Rev. Bras. Enfermagem**, v.44,n.2, p.76-88, 1991.

SANTOS, N.M.B.F. **Clima Organizacional**: um estudo em instituições de pesquisa. 1983. 112f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1983.

\_\_\_\_\_ **Clima organizacional**: pesquisa e diagnóstico - 1ª ed. Lorena - São Paulo: Stiliano, 1999.

SENGE, P.M. **A quinta disciplina**: arte teoria e prática da organização de aprendizagem. Trad. Regina Amarante – 5ª ed. São Paulo: Best Seller, 1990.

SHARP, A. **A empresa da era do ser**. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

SHINYASHIKI, G.T. **Instrumento para mensuração de clima organizacional**. Trabalho mimeografado, Ribeirão Preto, 2003.

SIMÕES, A. L.A.; FÁVERO, N. Aprendizagem da liderança: opinião de enfermeiros sobre a formação acadêmica. **Rev. latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.8,n.3, p.91-96, 2000.

SIMÕES, A.L.A. **Desenvolver o potencial de liderança**: um desafio para o enfermeiro. 2001. 199 f. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

STRINGER, R. **Leadership and Organizational Climate**. New Jersey: Person Education, 2002.



TICHY, N. M **O motor da liderança**: como as empresas vencedoras formam líderes em cada nível da organização. Trad. Elisabete Krügner Constantino – São Paulo: Educator, 1999.

TREVIZAN , M. A **Enfermagem Hospitalar**: administração e burocracia . Brasília: Universidade de Brasília, 1988.

TREVIZAN .M. A **Liderança do enfermeiro**: o ideal e o real no contexto hospitalar. São Paulo: Savier , 1993.

TROFINO, J Transformational Leadership: the catalyst for successful change. **Int. Nurs. Rev.**, v.40 n 6, p.179 – 82, 1993.





## ANEXO A- Instrumento para mensuração de clima organizacional:

No.

Unidade:

As informações abaixo são importantes para possibilitar a análise das diferenças de percepção do ambiente de trabalho. Marque com um **x** suas respostas

Informação Demográfica:

<b>1 ) Gênero</b>	
(1) Feminino (2) Masculino	
<b>2 ) Função</b>	
(1) Funções de nível Superior (2) Funções de nível médio (3) Funções de nível Básico (4) Outro	
<b>3 ) Área</b>	
(1) Administrativo (2) Médico (3) Dentista (4) Enfermagem	(5) Serviço social (6) Psicologia (7) Limpeza (se for da prefeitura) (8) Farmácia (9) Agente comunitário de saúde (10) Outros .(especificar):
<b>4 ) Escolaridade (coloque o maior)</b>	
(1) Fundamental incompleto (2) Fundamental completo (3) Médio incompleto (4) Médio completo (5) Superior incompleto	(6) Superior completo (7) Especialização (8) Mestrado (9) Doutorado
<b>5) Você ocupa alguma posição de chefia?</b>	
(1) Sim (2) Não	
<b>6 ) Tempo de serviço na secretaria de saúde</b>	<b>7) Tempo de serviço nesta unidade</b>
(1) Até um ano (2) Entre 1 e 3 anos (3) Entre 4 e 10 anos (4) Mais de 10 anos	(1) Até um ano (2) Entre 1 e 3 anos (3) Entre 4 e 10 anos (4) Mais de 10 anos
<b>8 ) Idade</b>	
(1) Até 30 anos (2) De 31 a 35 anos (3) De 36 a 40 anos (4) De 41 a 45 anos	(5) De 46 a 50 anos (6) De 51 a 55 anos (7) De 56 a 60 anos (8) Acima de 61 anos
<b>9 ) Jornada de Trabalho</b>	<b>10) Vinculo de trabalho</b>
(1) 20 horas (2) 24 horas (3) 30 horas (4) 36 horas (5) 40 horas	(1) Prefeitura (2) FUNFARME (3) Estadual (4) Federal

## QUESTÕES

1. Se eu tiver problemas de trabalho posso contar com ajuda de meus companheiros.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

2. As pessoas confiam realmente umas nas outras em nossa unidade.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

3. De um modo geral, pode-se dizer que nesta unidade existe um bom ambiente de trabalho.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

4. As pessoas seguem o sistema de trabalho determinado pela organização mesmo quando ele não parece razoável.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

5. Quando os trabalhos não saem no prazo, é certeza que vem "bronca".

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

6. As pessoas têm oportunidade de expressar o que sentem e pensam, de propor idéias e oferecer sugestões nas decisões relacionadas a sua área de atuação.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

7. Meu superior imediato discute honesta e abertamente seus pontos de vista sobre meu desempenho.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

8. Nesta unidade posso sinceramente discordar do meu chefe.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

9. Meu chefe imediato está interessado em ouvir o que eu tenho a dizer.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

10. Meu chefe dispensa o tempo de que necessito para discutir problemas ligados ao trabalho.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

11. Meu chefe estimula meu desenvolvimento e crescimento profissional.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

12. Os chefes motivam seu pessoal a atingir suas metas de trabalho.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

13. Nossa produtividade é afetada por falta de organização e planejamento.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

14. Meu chefe imediato me encoraja a participar das decisões que afetam meu trabalho.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

15. Os integrantes desta unidade sentem que podem tomar decisões e resolver problemas sem precisar recorrer aos superiores a cada etapa de trabalho.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

16. Tenho liberdade para decidir como desempenhar meu trabalho.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

17. As pessoas estão dispostas a considerar as diferentes opiniões na unidade . Em situações de conflito, as pessoas preferem “enfrentar o problema” em busca de soluções adequadas, ao invés de ignorá-lo ou de tomar atitudes políticas.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

18. Os funcionários são tratados com justiça na unidade

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

19. As pessoas que trabalham aqui sabem quais são os principais objetivos, metas ou planos da unidade e da secretaria de saúde.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

20. Recebo treinamento suficiente para alcançar um melhor nível de desempenho em minhas funções.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

21. Meu emprego é estável e me dá segurança.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

22. O salário que recebo é justo, considerando o volume de trabalho e minhas responsabilidades.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

23. Comparando meu trabalho com o de outras pessoas em outras empresas, acho que meu salário é:

Muito maior 6	Pouco maior 5	Igual 4	Pouco menor 3	Muito menor 2	Não tenho certeza 1
------------------	------------------	------------	------------------	------------------	------------------------

24. Meu nível de satisfação com relação aos benefícios oferecidos é:

Muito satisfeito 7	Satisfeito 6	Satisfeito em parte 5	Insatisfeito em parte 4	Insatisfeito 3	Muito insatisfeito 2	Não tenho certeza 1
-----------------------	-----------------	--------------------------	----------------------------	-------------------	-------------------------	------------------------

25. Comparados com o mercado, os benefícios oferecidos são:

Muito melhor 6	Pouco melhor 5	Igual 4	Pouco pior 3	Muito pior 2	Não tenho certeza 1
-------------------	-------------------	------------	-----------------	-----------------	------------------------

26. As pessoas se sentem orgulhosas de trabalhar nesta unidade.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

27. As pessoas que trabalham aqui estão mais preocupadas com seus interesses particulares do que com os objetivos da saúde.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

28. Se eu tivesse a oportunidade de conseguir outro emprego com a mesma remuneração, benefícios e condições de trabalho, eu provavelmente preferiria ficar na saúde

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

29. Como você classificaria a unidade de saúde como um lugar para se trabalhar. Você diria que é:

Um dos melhores 6	Acima da média 5	Na média 4	Abaixo da média 3	Um dos piores 2	Não tenho certeza 1
----------------------	---------------------	---------------	----------------------	--------------------	------------------------

30. A comunicação é suficientemente rápida para as necessidades do serviço.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

31. A comunicação existente na unidade tem proporcionado às pessoas toda a informação que elas necessitam para o desempenho de suas funções.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

32. As decisões são anunciadas prontamente.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

33. Meu superior imediato informa à equipe os objetivos e metas da área.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

34. A comunicação é fraca entre o a equipe da unidade e a administração da secretaria de saúde.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

35. As pessoas são reconhecidas por um bom trabalho. Um desempenho ou uma atuação acima do padrão é valorizado pela unidade de saúde .

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

36. O trabalho que realizo é devidamente reconhecido na organização.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

37. Em nossa unidade de saúde os elogios e recompensas superam as críticas e advertências.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

38. A unidade de saúde trata os erros das pessoas de forma construtiva. As pessoas são responsabilizadas e orientadas no sentido de corrigir eventuais falhas.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------

39. De modo geral, meu nível de satisfação com a unidade hoje é:

Muito satisfeito 7	Satisfeito 6	Satisfeito em parte 5	Insatisfeito em parte 4	Insatisfeito 3	Muito insatisfeito 2	Não tenho certeza 1
-----------------------	-----------------	--------------------------	----------------------------	-------------------	-------------------------	------------------------

40. As pessoas que fazem um bom trabalho na minha área recebem maior reconhecimento do que as que não fazem.

Concordo muito 7	Concordo 6	Concordo em parte 5	Discordo em parte 4	Discordo 3	Discordo muito 2	Não tenho certeza 1
---------------------	---------------	------------------------	------------------------	---------------	---------------------	------------------------



**APÊNDICES**

**APÊNDICE A - Termo de autorização para realização da pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde.**

Ao Exmo.Sr Secretário de Saúde

**Dr José Carlos Cacao Lopes**

Solicitamos a autorização para realizar uma pesquisa, que constituirá em nossa tese de doutorado, junto aos enfermeiros-gerentes das Unidades Básicas de Saúde com o seguinte objetivo: implementar um programa de desenvolvimento de liderança e avaliar o impacto deste na efetividade das Unidades Básicas de Saúde.

A pesquisa será realizada no período de aproximadamente seis meses. Contamos com a sua aprovação e aproveitamos a oportunidade para expressar nossa consideração e apreço.

-----  
Maria Regina Lourenço  
Aluna da pós-graduação – nível  
Doutorado da EERP - USP

De acordo:

**APÊNDICE C - Questionário: Conhecimento acerca de gerenciamento e liderança.**

Unidade: \_\_\_\_\_

Identificação: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Tempo de formado : \_\_\_\_\_ anos

Tempo de gerência na unidade: \_\_\_\_\_

Experiências anteriores em gerência (citar local e tempo):

---

---

Maior titulação: Graduação( )

Especialização( ) qual(is): \_\_\_\_\_

Mestrado ( )

Doutorado ( )

Cursos relacionados a gerenciamento:

---

Cursos relacionados à liderança:

---

**Escolha a alternativa correta**

1. Visão, carisma, integridade e simbolismo, todas fazem parte de uma lista de atributos normalmente associadas com líderes.
  - a. Contingenciais
  - b. Informais
  - c. Transformacionais
  - d. Transacionais
  
2. Uma pessoa com um claro senso de futuro e das ações necessárias para chegar lá é considerada um líder:
  - a. Orientada para a tarefa
  - b. Orientada para pessoa
  - c. Transacional
  - d. Visionário
  
3. Uma pessoa que diz “Eu sou o chefe e você deve fazer o que eu estou pedindo”. Está se baseando no poder:
  - a. Recompensa
  - b. Posição
  - c. Especialista
  - d. Referência
  
4. Conforme as pesquisas sobre comportamento do líder mostram, o líder mais bem sucedido é aquele que age com:
  - a. Alta iniciação de estrutura
  - b. Alta consideração por pessoa
  - c. Alta consideração por tarefa e por pessoa
  - d. Baixo foco em tarefa e alto foco em pessoa

5. Uma pessoa que tenha uma alta necessidade de realização tem uma maior probabilidade de preferir \_\_\_\_\_ no seu trabalho:
  - a. Trabalho em grupo
  - b. Objetivos desafiadores
  - c. Controle sobre as outras pessoas
  - d. Pouco ou nenhum *feedback*
  
6. Times autogerenciáveis \_\_\_\_\_:
  - a. Reduzem o número de diferentes tarefas que os membros dos grupos precisam dominar
  - b. Eliminam a necessidade de um supervisor tradicional
  - c. Apóiam-se fortemente em treinamento externo para manter suas habilidades
  - d. Adicionam uma outra camada hierárquica para aumentar custos indiretos
  
7. Comparando liderança com gerenciamento:
  - a. Liderança promove estabilidade, gerenciamento promove mudanças
  - b. Liderança promove mudança, gerenciamento promove estabilidade
  - c. Líderes nascem líderes e gerentes são desenvolvidos
  - d. Os dois papéis são praticamente a mesma coisa
  
8. Líder:
  - a. Alguém que tem autoridade sobre os outros
  - b. Gerente do nível estratégico
  - c. Alguém que influencia os outros a atingirem metas
  - d. Alguém muito respeitado pelos outros
  
9. Quais das alternativas seguintes refletem uma possível causa de uma visão (como utilizado em liderança) inadequada:
  - a. Visão muito desafiadora
  - b. Visão não motiva todos os membros da organização
  - c. A visão reflete somente as necessidades do líder
  - d. Visão é de muito longo prazo
  
10. Os comportamentos que mais aparecem na pesquisa de liderança são:
  - a. Autocrático, democrático e laissez-faire
  - b. Desempenho da tarefa, manutenção do grupo e participação na tomada de decisão
  - c. Preferências do líder, preferências dos seguidores, fatores ambientais
  - d. Ritmo de mudança e complexidade
  
11. Se uma decisão deve ser tomada de forma autocrática ou democrática depende das características do:
  - a. Gerente
  - b. Subordinados
  - c. Situação
  - d. Todas as anteriores
  
12. Habilidades de liderança
  - a. Podem ser melhoradas com a prática
  - b. As pessoas nascem com as habilidades
  - c. Devem ser desenvolvidas
  - d. Somente a e c

**Assinale verdadeiro (v) ou falso (F) para as alternativas abaixo**

13. Uma forma de motivar por meio de estabelecimento de objetivos é dizer para as pessoas fazerem o seu melhor	
14. Times autogerenciáveis funcionam bem em qualquer contexto	
15. Responsabilidade coletiva pelos resultados é fundamental para um time verdadeiro	
16. Decisões por maioria são a única forma de decisão de grupo que não tem desvantagem	
17. Líderes orientados para a tarefa têm a preocupação básica em assegurar que a organização tem um alto desempenho	
18. Liderança e gerenciamento são considerados a mesma coisa	
19. Se um gerente não tem certeza como proceder em uma situação, é possivelmente melhor se comportar orientado para as relações com o grupo	
20. A teoria de liderança situacional considera o estilo de liderança em função da maturidade e prontidão dos seguidores	
21. Tanto valores como atitudes são predisposições para se comportar de um determinado modo	
22. Poder de referencia é desenvolvido e mantido em parte através das boas habilidades interpessoais	
23. Um resultado da abordagem comportamental da liderança é a crença de que as pessoas podem ser treinadas para adquirir e utilizar um estilo de liderança bem sucedido	
24. Gerentes que dão muita delegação para seus subordinados para que eles tomem decisão perdem poder	
25. Todos os líderes têm uma visão	
26. Verdadeiros líderes devotam seu tempo e atenção em orquestrar mudanças e deixam as complexidades diárias para gerentes	
27. Um bom líder é sempre um bom gerenciador	

**APENDICE D - Meu processo de desenvolvimento em liderança:**

*AUTO CONHECIMENTO*

Exercício 1. listar as habilidades que pretendo melhorar:

---

---

---

Exercício 2. Descreva os itens onde sua pontuação foi de 2 ou 1

---

---

---

Exercício 3 . O que aprendeu com o seu maior momento como líder?

---

---

---

Exercício 4 . O que aprendeu com o seu pior momento como líder?

---

---

---

Exercício 5. Liderança Situacional:

Meu estilo principal:

Valores internos que determinam este estilo:

---

---

---

O que penso dos demais estilos?

---

---

---

Como classifico minha capacidade de perceber situações ou diagnosticá-las?

bom ( ) regular ( ) ruim ( )

Como classifico minha habilidade de observar pessoas e definir sua maturidade?

bom ( ) regular ( ) ruim ( )

O que penso fazer a respeito?

---

---

**APENDICE E - Avaliação final do programa de desenvolvimento em liderança e das sessões de coaching.**

Em relação ao programa:

1. O conteúdo abordado foi :
  - a. Excelente
  - b. Bom
  - c. Razoável
  - d. Ruim
  
2. As estratégias utilizadas foram :
  - a. Excelente
  - b. Bom
  - c. Razoável
  - d. Ruim
  
3. Quanto aos objetivos que foram propostos:
  - a. Excelente
  - b. Bom
  - c. Razoável
  - d. Ruim
  
4. Quanto ao aprendizado:
  - a. Excelente
  - b. Bom
  - c. Razoável
  - d. Ruim

Justifique sua resposta:

---

---

---

Aponte os aspectos positivos do programa:

---

---

---

Aponte os aspectos negativos do programa:

---

---

---

5. Quanto a carga horária do programa: 16 horas, você considera que foi :
- a. Suficiente
  - b. Insuficiente, poderia ter sido maior
  - c. Demasiada, poderia ter sido menor

6. Quanto as suas expectativas :
- a. Superou a expectativa
  - b. Atendeu a expectativa esperada
  - c. Deixou a desejar

Em relação às sessões de coaching:

1. O conteúdo abordado foi :

- a. Excelente
- b. Bom
- c. Razoável
- d. Ruim

2. As estratégias utilizadas foram :

- a. Excelentes
- b. Boas
- c. Razoáveis
- d. Ruins

3. Quanto aos objetivos a que se propõe:

- a. Excelente
- b. Bom
- c. Razoável
- d. Ruim

4. Quanto ao aprendizado:

- a. Excelente
- b. Bom
- c. Razoável
- d. Ruim

Justifique sua resposta:

---

---

Aponte os aspectos positivos :

---

---



Aponte os aspectos negativos:

---

---

5 .Quanto a carga horária: 8 horas, você considera que foi

- a. Suficiente
- b. Insuficiente, poderia ter sido maior
- c. Excessiva, poderia ter sido menor

6. Quanto as suas expectativas :

- a. Superou a expectativa
- b. Atendeu a expectativa esperada
- c. Deixou a desejar

7. Na sua opinião, se houve aprendizado, qual o momento que mais propiciou :

- a. Mais no treinamento
- b. Mais nas sessões de coaching
- c. Em ambos

Você acredita ser possível ser gerente e líder? Justifique:

---

---

É possível aprender liderança? Justifique:

---

---

Quando você pensa no seu aprendizado enquanto líder, ainda existem aspectos que você precisa desenvolver? Se sim, quais?

---

---