

DAYANE MACHADO RIBEIRO

**GESTÃO PARA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE
PÚBLICA: UM ESTUDO DE CASO SOBRE LIDERANÇA
SITUACIONAL**

Tese apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina
para a obtenção do título de Doutor em Odontologia.
Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Gilsée Ivan Regis Filho, Dr.

FLORIANÓPOLIS

2006

**GESTÃO PARA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA: UM
ESTUDO DE CASO SOBRE LIDERANÇA SITUACIONAL**

DAYANE MACHADO RIBEIRO

Esta tese foi julgada adequada para a obtenção do Título de

“DOUTOR EM ODONTOLOGIA”

Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

e aprovada em sua forma final pelo **Programa de Pós-graduação em Odontologia**

Prof. Ricardo de Sousa Vieira, Dr.

Coordenador do Programa de Pós-graduação

Banca Examinadora:

Prof. Gilsée Ivan Regis Filho, Dr.

Presidente

Prof. José Edu Rosa, LD.

Membro

Prof. Paulo César Saquy, Dr.

Membro

Profa. Ana Paula Soares Fernandes, Dra.

Membro

Prof. João Carlos Caetano, Dr.

Moderador

Prof. Elito Araújo, Dr.

Suplente

**Dedico este trabalho à minha filha, Maria Júlia,
minha inspiração, minha coragem ...minha vida!**

AGRADECIMENTOS

À **DEUS**, por permanecer sempre ao meu lado, e por ter permitido que eu chegasse até aqui com saúde.

À **Maria Júlia**, por toda compreensão nas inúmeras vezes em que estive ausente.

Aos **meus pais Paulo e Neuzete**, por toda dedicação e apoio que dispensaram a mim, e o grande exemplo de integridade.

Aos **meus irmãos, Camila e Paulo Roberto** pelo apoio, carinho e otimismo.

Aos **meus avós, tios e primos** que de diferentes formas contribuíram para a realização deste trabalho.

À **Ba**, pelo profissionalismo, amizade e carinho dispensados a mim e a Maria Júlia.

A **minha amiga Michelle**, por toda atenção, carinho e companheirismo dedicados durante este processo.

Aos **amigos Profa. Ana Paula, Profa. Gláucia, Renata e Gustavo**, pelo apoio e amizade.

À **Jaqueline**, pela atenção e disponibilidade.

Aos **professores** da área de concentração de Odontologia em Saúde Coletiva pela dedicação e ensinamentos.

Aos **funcionários da Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis**, pela atenção dedicada durante o processo de coleta de dados.

As **colegas** do curso de pós-graduação, que compartilharam experiências e conhecimentos.

Aos **professores da Clínica Integrada** – UFSC, pelo apoio e compreensão, em especial ao **Prof. Elito Araújo** pela confiança, apoio e carinho.

À **Profa. Maria Cristina**, pela paciência e atenção dedicada a análise estatística dos dados. As consultas foram além de números, foram mais uma oportunidade de aprendizado e crescimento.

Ao meu **Orientador, Prof. Gilsée Ivan Regis Filho**, por toda atenção, dedicação, amizade e ensinamentos que me ajudaram a crescer como profissional e como ser humano.
Muito Obrigada!

À **você** que, neste momento compartilha deste trabalho!

“A todos é dado a opção da escolha ...e são essas
escolhas que traduzem quem somos...
podemos escolher se conformar à se
indignar com a realidade. Contudo,
apenas a indignação possibilita
transformá-la”.

Ribeiro, D. M.

SUMÁRIO

I - Introdução	15
II - Teorias Administrativas	19
2.1 - Perspectiva Clássica da Administração	19
2.1.1 - A Administração Científica de Taylor	19
2.1.2 - Fordismo	20
2.1.3 - Teoria Clássica de Fayol	21
2.1.4 - Teoria da Burocracia	22
2.2 - Perspectiva Humanística da Administração	24
2.2.1 - Escola das Relações Humanas de Elton Mayo	24
2.2.2 - Escola Comportamentalista	25
2.2.3 - Teoria Estruturalista	27
2.3 - Perspectiva Quantitativa da Administração	29
2.3.1 - Pesquisa Operacional	29
2.4 - Perspectiva Moderna da Administração	30
2.4.1 - Teoria dos Sistemas	30
2.4.2 - Teoria Contingencial	32
2.4.3 - A Teoria do Desenvolvimento Organizacional	33
III - Liderança	35
3.1 - Teorias de Liderança	39
3.1.1 - A Teoria dos Traços	40
3.1.2 - Teoria Comportamental	41
3.1.3 - Teoria Situacional	44
IV - Liderança Situacional	49

4.1 - O comportamento do líder	49
4.2 - A maturidade dos liderados	52
4.3 - Integração Estilo e Maturidade	53
4.4 - Instrumentos de pesquisa	54
V - Qualidade	57
5.1 - O que é qualidade	57
5.2 - O perfil do trabalhador de qualidade	61
5.3 - O perfil do líder de qualidade	62
VI- Gestão para qualidade nos serviços de saúde pública	63
VII - Estudos Empíricos	71
7.1 - A instituição e sua estrutura	71
7.2 - Procedimentos para o levantamento dos dados	73
7.3 - Procedimentos para tratamento e interpretação dos dados	75
7.4 - Resultados e Discussão	77
7.8- Sugestões para as instituições	95
VIII - Conclusões	96
IX - Referências	98
ANEXO I - Inquérito de Nível de Satisfação	107
ANEXO II - Escala de Maturidade	110
ANEXO III - Integração de Maturidade e Estilo	113
ANEXO IV - Parte II - Maturidade	114
ANEXO V - Parte III - Interpretação dos Dados	116

ANEXO VI - Matriz de Integração entre Maturidade e Estilo _____ 117

ANEXO VII - Termo de Consentimento Livre Esclarecido _____ 118

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fatores Elton Mayo, adaptad de Maximiano (2002).

Figura 2 - Tipologia das organizações segundo o tipo de obediência. (Etzioni, 1977).

Figura 3 - Quadro de estilos de liderança estudados desde a antiguidade, adaptado de Maximiano (2004).

Figura 4 - Modelo de liderança de Tannenbaum e Schmidt (1973), adaptado de Maximiano, (2004).

Figura 5 - Combinações do comportamento do líder.

Figura 6 - Situações de eficácia e ineficácia do comportamento do líder (Hersey e Blanchard, 1986).

Figura 7 - Modelo de Liderança Situacional de Hersey e Blanchard (1986).

Figura 8 - Os principais significados de qualidade (Juran, 1990).

Figura 9 - Comparação, Q Grande e Q Pequeno (Juran, 1992).

Figura10 - Comparação entre gerente tradicional e da qualidade (Queiroz, 1996).

Figura 11 - Mapa da Região de Florianópolis (Grande Florianópolis, 2005).

Figura 12 - Distribuição percentual dos profissionais da amostra quanto ao estado civil, Florianópolis/SC/2005.

Figura 13 - Distribuição percentual dos profissionais da amostra quanto a idade, Florianópolis/SC/2005.

Figura 14 - Distribuição percentual dos profissionais da amostra quanto a formação profissional, Florianópolis/SC/2005.

Figura 15 - Distribuição percentual dos profissionais da amostra quanto a área da pós-graduação, Florianópolis/SC/2005.

Figura 16 - Distribuição percentual dos profissionais da amostra quanto a renda mensal, Florianópolis/SC/2005.

Figura 17 - Distribuição percentual dos profissionais da amostra quanto ao tempo de serviço na Secretaria de Saúde de Florianópolis/SC/2005.

Figura 18 - Distribuição percentual dos profissionais da amostra quanto ao tempo de formação no nível de graduação, Florianópolis/SC/2005.

Figura 19 - Distribuição percentual dos profissionais da amostra quanto ao grau de maturidade, Florianópolis/SC/2005.

Figura 20 - Distribuição percentual dos profissionais da amostra quanto ao estilo de liderança mais adequado a ser utilizado com o subordinado, Florianópolis/SC/2005.

Figura 21 - Distribuição percentual dos Coordenadores das Unidades Locais de Saúde quanto ao grau de maturidade, Florianópolis/SC/2005.

Figura 22 - Distribuição percentual dos profissionais da amostra quanto ao nível de satisfação dos subordinados em relação a chefia, Florianópolis/SC/2005.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos profissionais quanto o grau de maturidade, estilo de liderança adequado, estilo de liderança adotado e liderança situacional.

Tabela 2: Distribuição dos líderes (coordenadores regionais) e liderados (coordenadores das unidades locais) quanto o grau de maturidade, estilo de liderança adequado, estilo de liderança adotado e liderança situacional.

RIBEIRO, D. M. Gestão para qualidade em serviços de saúde pública: um estudo de caso sobre liderança situacional. 2006. 119f. Tese. (Programa de Pós-graduação em Odontologia). Doutorado em Odontologia – Área de Concentração em Odontologia em Saúde Coletiva, UFSC. Florianópolis.

RESUMO

No mundo moderno e em constante mudança, a oferta de bens de serviços de saúde se constitui em uma das mais difíceis e complexas tarefas. São evidentes as limitações da capacidade de se produzir tais bens e serviços na proporção da demanda e muitos são os fatores que limitam esta capacidade como a finitude de recursos. Entretanto, há hoje um fator cada vez mais importante na limitação do acesso aos serviços de saúde: a baixa capacidade gerencial. O gestor deve ser uma pessoa preparada para assumir os diversos níveis de responsabilidade diretiva dentro da organização, sendo que a principal missão é assumir a liderança para conseguir a cooperação dos diferentes membros da unidade que dirige. A aplicação de um estilo eficaz de liderança permite que o gestor alcance a produtividade desejada num ambiente de harmonia e respeito a todos. Entretanto, na esfera da gestão pública de saúde no Brasil, os estudos sobre liderança não tem sido devidamente explorados. Acreditando ser esta uma lacuna na gestão para qualidade dos serviços públicos de saúde o presente trabalho se propôs a estudar o estilo de liderança do gestor municipal de saúde em Florianópolis e o grau de maturidade e satisfação dos seus liderados a partir do enfoque da liderança situacional. A maioria da amostra (60%) foi considerada madura, grau maturidade M4, e 20% têm uma maturidade moderada M3. O estilo de liderança mais adequado para 60% dos servidores é o estilo E4 – delegar, e estilo E3 – compartilhar para 20% da amostra, sendo que 86% dos profissionais estão satisfeitos com o desempenho da chefia. Observou-se a necessidade de se trabalhar os conceitos de gestão pra qualidade e liderança situacional, oportunizando com isso o crescimento profissional destes líderes através de treinamento e desenvolvimento gerencial, fortalecendo a equipe de saúde.

Palavras-chaves: Liderança, qualidade, saúde pública.

Autora: Dayane Machado Ribeiro

Orientador: Prof. Gilsée Ivan Regis Filho, Dr.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Tese de Doutorado em Odontologia

Área de Concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Florianópolis, 29 de março de 2006.

RIBEIRO, D. M. Management for quality of public health services: a case study regarding situational leadership. 2006 119f. Thesis. (Post-graduate Programme in Dentistry). Thesis's in Dentistry - Concentration Area in Collective Health Dentistry. UFSC. Florianópolis

ABSTRACT

In the modern world that is constantly changing the provision of health services is one of the most difficult and complex tasks. The limitations in the ability to produce wealth and services according to the demand are evident, and there are several factors that limit this ability such as limitation of resources. However, there is a factor that is increasingly important in the restriction of access to health services: poor management ability. The manager should be a person prepared to assume a variety of levels of directive responsibility within an organization, and the principal mission is to assume leadership to achieve the cooperation of different members within his unit. The application of an efficient leadership style allows the manager to achieve the desired productivity in a harmonious, respectful environment. Notwithstanding, in the scope of public health management this has not been properly explored. Due to this lack in the management for quality in public health services, this study aimed to investigate the leadership style of the health manager and the level of maturity and satisfaction of the personnel from the situational leadership focus of Florianópolis's Municipal Department of Health manager. The majority (60%) exhibited a level of maturity M4 (high) and the remainder, (20%) level M3 (moderate +). Situational leadership, that is the most appropriate style of leadership for the majority (60%) is E4 – delegating, with 20% of the sample preferring the style E3 – sharing and 86% of the professionals are satisfied with the performance of their managers. It's demands well-trained professionals, with competencies focused on management for quality and situational leadership, to obtain leaders a professional growing and a health team stronger.

keywords: To lead, quality, public health.

Author: Dayane Machado Ribeiro

Advisor: Prof. Gilsée Ivan Regis Filho, Dr.

THE FEDERAL UNIVERSITY OF SANTA CATARINA
POST-GRADUATE PROGRAMME IN DENTISTRY

Dentistry Doctors's Thesis

Major: Collective Health in Dentistry

Florianópolis, march 29th, 2006.

CAPÍTULO I - Introdução

O setor saúde no Brasil vem buscando propostas inovadoras de modelos de gestão baseados na chamada Reforma Sanitária e que tem como fundamento os princípios democráticos, de universalidade e de equidade. Embora tenha de fato ocorrido avanços na constituição e na descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) os serviços de saúde enfrentam uma crise de governabilidade, de eficiência e de resolutividade. Os gestores apontam o desafio de gerar compromisso, participação e adesão dos seus colaboradores para um projeto governamental que aumente a responsabilidade institucional com relação aos resultados e que produza mudanças na organização da assistência (Azevedo, 2002).

A atenção e os estudos sobre municípios tem sido crescente desde a década de 90, principalmente no que se refere a gestão municipal. Uma vez promulgada a Constituição de 1988 os municípios ampliaram as suas competências em função da descentralização e do poder decisório. Este processo de descentralização possibilitou aos municípios o acesso a uma parcela maior dos recursos públicos como, também, a atuação direta em setores que antes eram de responsabilidade dos governos estadual e federal.

Por outro lado, a atenção a problemática da gestão na esfera da administração pública é recente no Brasil. Os principais problemas das organizações de saúde são: a má alocação de recursos, ineficiência, custos crescentes e desigualdade nas condições de acesso dos usuários.

Com as novas atribuições assumidas pelos municípios, a profissionalização da gestão municipal torna-se um diferencial importante na busca da qualidade. A aprovação da lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000), que fixa limites de gastos públicos, ampliou ainda mais a necessidade de profissionalização e transparência na gestão pública (Caiado, 2003).

No mundo moderno e em constante mudança, a oferta de bens e serviços de saúde se constitui em uma das mais difíceis e complexas tarefas. São evidentes as limitações da capacidade de se produzir tais bens e serviços na proporção da demanda e muitos são os fatores que limitam esta capacidade como a finitude de recursos. Entretanto, há hoje um fator cada vez mais importante na limitação do acesso aos serviços de saúde: a baixa capacidade gerencial (Santana, 1997). O processo de descentralização do SUS requer uma capacidade gerencial para a qual os atuais gestores, ainda, não estão devidamente qualificados.

Os processos de mudança e sua difusão no interior das organizações representam um dos desafios mais importantes para as organizações e para os dirigentes uma vez que o contexto atual é de grandes pressões e incertezas (Demers, 1991). Juntamente com o processo de mudança, ênfase tem sido dada às questões sobre liderança. De acordo com Aktouf (1990), o que está em pauta é a promoção do capital humano nas organizações, visando a melhor performance para a criatividade e para a qualidade, partindo daí questões sobre o tipo e o estilo de liderança necessário para gerar uma atmosfera mais adequada de trabalho nas organizações.

O gestor deve ser uma pessoa preparada para assumir os diversos níveis de responsabilidade diretiva dentro da organização, sendo que a principal missão é assumir a liderança para conseguir a cooperação dos diferentes membros da unidade que dirige. A aplicação de um estilo eficaz de liderança permite que o gestor alcance a produtividade desejada num ambiente de harmonia e respeito a todos.

Na análise da liderança no setor público de saúde é fundamental compreender que o exercício da liderança é em parte condicionado pelo processo de trabalho e pela distribuição do poder a ele associado, como também pelas características do modelo gerencial, particularmente o nível de autonomia dos dirigentes. Assim, o estilo de liderança é resultante não

apenas de elementos relacionados às características dos indivíduos, mas também do contexto particular onde se realiza (Azevedo, 2002).

Entretanto, na esfera da gestão pública de saúde no Brasil, os estudos sobre liderança não tem sido devidamente explorado. Acreditando ser esta uma lacuna na gestão para qualidade dos serviços públicos de saúde, o presente trabalho se propõe a estudar o estilo de liderança do gestor municipal de saúde e o grau de maturidade e satisfação dos seus liderados a partir do enfoque da liderança situacional. Sendo os objetivos específicos conhecer o perfil dos líderes e liderados do serviço público em saúde, identificar os estilo de liderança utilizado pelo gestor de saúde, levantar o grau de satisfação dos liderados com relação ao líder e, identificar o grau de maturidade dos liderados, bem como o estilo de liderança indicado a cada um dos níveis de maturidade.

A hipótese de trabalho pretende detectar se há uma relação entre o nível de satisfação dos liderados, sua chefia e o estilo de liderança.

A estrutura do presente trabalho se divide em:

- Introdução – Capítulo I;
- Teorias Administrativas: compreendendo as teorias sob a perspectiva clássica, humanística e moderna da administração – Capítulo II;
- Liderança: que abordará as teorias dos traços, a comportamental e a situacional – Capítulo III;
- Liderança situacional, apresentando o modelo proposto por Hersey e Blanchard (1986) – Capítulo IV;
- A qualidade, que apresenta conceitos, o perfil do trabalhador de qualidade, o perfil do líder de qualidade – Capítulo V;
- A gestão para a qualidade nos serviços de saúde pública será abordada no Capítulo VI;

- Estudos empíricos, abordando o estilo de liderança do gestor municipal de saúde, metodologia, resultados e discussão e sugestões para os profissionais – Capítulo VII; e
- Finalizando, as conclusões – Capítulo VIII.

Por opção metodológica não serão abordados aspectos sobre motivação, clima organizacional, grupos e sua relação de poder, tanto formais como informais e cultura organizacional.

CAPÍTULO II - Teorias Administrativas

2-1 Perspectiva Clássica da Administração

2.1.1 - A Administração Científica de Taylor

Com o fim da guerra civil Norte Americana e no início do século XX, emergiu um novo clima industrial para os negócios. Buscando melhorar a eficiência das indústrias Frederick Winslow Taylor, engenheiro, realizou estudos a partir da observação e mensuração do trabalho operário. As conclusões de sua obra foram publicadas em 1911 em Princípios da Administração Científica (Taylor, 1979). O autor observou que não havia uma definição de padrões de trabalho, não havia incentivos visando uma melhor atuação dos empregados, as decisões eram tomadas por simples apreciação ou intuição, grande parte dos operários não possuíam habilidade necessária e as responsabilidades não eram claramente definidas entre o patrão e o empregado.

Taylor (1979) propôs a divisão entre o planejamento e a execução da tarefa e, também, a simplificação das tarefas complexas como forma de otimizar o desempenho do trabalho humano. Preocupava-se, de fato, em eliminar o desperdício e as perdas sofridas pela indústria, aplicando técnicas e métodos para aumentar a produtividade industrial. A pesquisa teve como objeto de estudo o tempo e os movimentos de cada tarefa para possibilitar que o operário a executasse com o mínimo de esforço e o máximo de produtividade.

A concepção, o planejamento e o controle das tarefas, tornaram-se responsabilidade dos administradores. A segregação entre o pensar e o

executar tornou-se evidente uma vez que aos executores não se exigia o exercício da reflexão, o pensar a respeito seria responsabilidade dos administradores. Com isso surgiu o supervisor, que é nada mais que um controlador rígido, o qual tinha como função checar se as tarefas estavam sendo executadas dentro dos padrões pré-determinados ou prescritos.

Outro aspecto considerado por Frederik Winslow Taylor foi o processo de seleção. Este deveria ocorrer de forma criteriosa visando a habilidade desejada. Posteriormente, o operário seria devidamente treinado e instruído. Taylor (1979) supunha, ainda, que o trabalho se restringia apenas a uma forma de se ganhar dinheiro, ou seja, de se obter um salário. Sendo assim, a única forma de motivação é o incentivo salarial e de punição a redução de ganhos. Estas ferramentas, a recompensa e a punição pecuniárias, aliadas a especialização e a racionalização das tarefas, foram as responsáveis pelo incremento da produtividade observado na fase tayloriana da história das organizações (Queiroz, 1996).

Os estudos sobre o trabalho impulsionaram a prosperidade dos países, uma vez que aumentou a produtividade do trabalhador manual, o indivíduo foi promovido de simples operário a trabalhador “semi-especializado”.

2.1.2 – Fordismo

Anterior a explosão do mercado de massas, os operários eram agrupados em células de produção, produziam sapatos, automóveis, roupas, entre outros. Na busca pelo aumento da produtividade estimulada pela concorrência apostou-se na especialização do trabalho. O operário passou a ser responsável por pequenas tarefas, especializando-se em uma das partes do produto. Este procedimento agilizava a execução da atividade, diminuía custos e o tempo de treinamento. Entretanto a

rotatividade e absenteísmo cresceram assustadoramente, sendo que a rotatividade chegava a 400% ao ano na Ford Motor Company (Ford, 1998).

Henry Ford, industrial do ramo automobilístico, objetivava melhorar a produção de seus automóveis a fim de conquistar um consumidor com um poder aquisitivo mais baixo, sendo isso um diferencial frente a concorrência. Ford acreditava que os elevados índices de rotatividade dos empregados sugeriam a adoção de recompensas financeiras como forma de garantir a motivação para o trabalho, ou seja, melhores condições de vida através de melhores salários.

Ford (1998), bem como Taylor (1979), alimentava a crença de que melhores salários resultavam em mais eficiência e produtividade. A concepção de ser humano baseava-se em um homem prático, de habilidades técnicas, de força física, no dá e recebe, na troca de horas, peças ou tarefas realizadas por pecúnia. Este trabalhador respondia a apenas estímulos financeiros (Vendramini, 2000).

2.1.3 – Teoria Clássica de Fayol

Na obra *Administração Geral e Industrial*, publicada em 1916, o francês Henry Fayol divulgou seus estudos na área de administração. Defendia a premissa de que uma boa gerência garantia produtividade, diferentemente de Taylor seus estudos focaram o topo da organização (Silva, 1974).

Dentre as seis funções essenciais na empresa defendidas por Henry Fayol (Fayol, 1977): 1) operações técnicas; 2) comerciais; 3) financeiras; 4) de segurança; 5) contábeis; e 6) administrativas, sendo que esta última foi a que reteve sua atenção especial. Segundo seus estudos, a função administrativa espalhava-se de forma proporcional em todo contexto organizacional. A função agrega atividades inerentes a qualquer organização como: planejamento, organização, comando (liderança), coordenação e controle, sendo representada através da figura do dirigente.

Fayol (1977) delineou oito regras nas quais acreditava serem necessárias para que o dirigente pudesse exercer a arte ou o dom de comandar: 1) profundo conhecimento do pessoal; 2) eliminação dos incapazes; 3) acompanhamento das convenções estipuladas entre a empresa e os seus agentes; 4) a postura do chefe de servir de bom exemplo; 5) a realização periódica de inserções no corpo funcional; 6) reuniões com os principais colaboradores para garantir a unidade de direção e a convergência de esforços; 7) a não obsessão aos detalhes; e 8) o empenho por fazer presente no pessoal a atividade, a iniciativa e o desenvolvimento.

Para Vendramini (2000), Fayol considerava indispensável a presença de uma chefia em todo e qualquer nível organizacional para garantir o controle e a produtividade. Chefia era o termo empregado para os controladores, cujas atribuições eram de averiguação e conferência.

A necessidade de convívio social do trabalhador fora totalmente ignorada, sendo que toda e qualquer forma de envolvimento entre as pessoas deveriam seguir os padrões estipulados pela organização através dos manuais. Os trabalhadores eram tratados com impessoalidade e as preocupações que se tinha sobre elas retratavam uma espécie de manutenção de “máquinas”.

2.1.4 – Teoria da Burocracia

Para Max Weber (1978), sociólogo que foi o principal estudioso da Teoria Burocrática, a autoridade é uma forma de poder que não implica a força, mas envolve a suspensão do julgamento por parte dos que se submetem a ela. Desta forma a autoridade deve ser exercida por um funcionário que possua alta qualificação técnica, nomeado pelo mérito e não eleito, possibilitando desta forma disciplina rigorosa.

Numa organização burocrática o exercício da liderança está embasado no domínio do conhecimento, seja este teórico ou prático. As normas e regras predominantes na estrutura hierárquica determinam o equilíbrio do poder. A autoridade está alicerçada no cargo que a pessoa ocupa, os subordinados respeitam a ordem imposta de maneira impessoal, ou seja, obedecem. As categorias fundamentais da burocracia apóiam-se na organização de cargos delimitados por normas e pela área específica de competência. Isso implica em três questões: 1) uma esfera de obrigações no desempenho das funções diferenciadas como parte de uma sistemática divisão do trabalho; 2) atribuição de autoridade ao responsável para o desempenho das funções; e 3) definição dos instrumentos de coerção, bem como, a limitação de seu uso (Weber, 1978).

Para Weber (1978) as formas de autoridade são legitimadas de acordo com a maneira com que ela se impõe em três tipos de sociedade correspondentes: 1) legal ou burocrática, onde a autoridade do líder é legitimada pelo cargo que exerce, uma vez que os subordinados obedecem apenas na qualidade de “membros” da organização, como por exemplo: estados modernos e grandes empresas; 2) autoridade tradicional, refere-se ao poder exercido em clãs, em família, sendo um tipo de autoridade determinada pelos costumes, crenças e hábitos e onde os limites são impostos pelos costumes praticados na sociedade em questão havendo uma conformidade dos seguidores e uma continuidade daqueles que exercem a autoridade; e 3) autoridade carismática, exercida principalmente pelos partidos políticos e grupos revolucionários, na qual o líder é eleito pelo grupo e não imposto, sendo legitimada pelo carisma do líder.

As principais características do tipo ideal de burocracia, segundo Max Weber (1978), são: a) formalidade - as burocracias são essencialmente sistemas de normas. A figura da autoridade é definida pela lei, que tem como objetivo a racionalidade das decisões baseadas em critérios impessoais; b) impessoalidade - as pessoas são ocupantes de cargos ou posições formais e alguns destes cargos são de figuras de autoridade,

sendo que a obediência é devida ao cargo e todas as pessoas seguem a lei; e c) profissionalismo – as burocracias são formadas por funcionários que são remunerados para obtenção de meios de subsistência (Maximiano, 2002).

2.2 – Perspectiva Humanística da Administração

2.2.1 – Escola das Relações Humanas de Elton Mayo

O foco da Escola das Relações Humanas recai sobre o grupo e não sobre o indivíduo, como também, o estilo de liderança privilegia o democrático ao autocrático. Algumas deficiências da teoria clássica constituem o foco principal na teoria das relações humanas, mesmo que na maioria das vezes tenha sido tratado de forma indireta e parcial. Os problemas que esta abordagem procura solucionar são: o conformismo, a busca de objetivos obscuros, o crescimento descontrolado, a rigidez dentro da organização, a especialização dos problemas e a perda de motivação (Kwasnicka, 1989).

Elton Mayo é considerado o “pai das relações humanas”, em função de seu estudo na Western Electric Company em Hawthorne, realizado no período de 1927 a 1933. Por meio das experiências de Hawthorne Mayo demonstrou que o tratamento humano e respeitável aos empregados compensa à longo prazo. Em essência, o autor diz que o desempenho das pessoas depende muito menos dos métodos de trabalho (visão da administração científica) do que dos fatores emocionais ou comportamentais. Destes fatores os mais importantes são os decorrentes da participação do trabalhador em grupos sociais. Essa nova concepção não alterou a estrutura do modelo construído por Taylor e Ford, entretanto contribuiu para alterar a atitude dos administradores em relação aos trabalhadores (Maximiano, 2002).

De acordo, também, com Maximiliano (2002), as conclusões de Elton Mayo podem ser agrupadas em quatro categorias principais. Estas quatro categorias estão descritas na Figura 1.

Efeito Hawthorne	A qualidade do tratamento dispensado pela gerência aos trabalhadores influencia no bom desempenho. A administração deve reforçar o sentido de grupo
Lealdade ao grupo	O sistema social formado pelos grupos determina que o indivíduo pode ser mais leal ao grupo do que a administração. Alguns grupos não atingem as metas de produção porque há entre eles um 'acordo' que estabelece a quantidade 'correta' a ser produzida. Assim, o efeito Hawthorne não se aplica a todos os casos.
Esforço coletivo	Em função da influência do sistema social sobre o desempenho do indivíduo, a administração deve entender o comportamento dos grupos e fortalecer esta relação, a responsabilidade é de desenvolver as bases para o trabalho em equipe, o auto-governo e a cooperação.
Conceito de autoridade	O supervisor não deve ser um controlador, mas um intermediário entre a administração superior e os grupos de trabalho. O conceito de autoridade deve basear-se na cooperação e na coordenação.

Figura 1- Fatores Elton Mayo, adaptado de Maximiano (2002).

2.2.2 – Escola Comportamentalista

A ciência comportamental pode ser definida como sendo o estudo e a análise das observações e verificações do comportamento humano a partir de processos científicos, Caracteriza-se como uma ciência indutiva que utiliza bases teóricas de outras ciências e focaliza o indivíduo. A abordagem comportamental tornou-se popular a partir de 1951 e tem como principal colaborador Herbert Simon. As principais bases desta

escola podem ser classificadas em três níveis de análise: 1) o indivíduo e seu comportamento; 2) os grupos; e 3) o complexo organizacional (Kwasnicka,1989).

Observou-se que muitos pesquisadores contribuíram tanto para a abordagem comportamental quanto para os estudos das relações humanas. Isto se deu em função da pouca diferença entre elas, sendo esta diferença a profundidade de alguns temas não resolvidos pelas relações humanas.

O enfoque comportamental afirma que a empresa deve ser vista como um sistema social, formado de pessoas, sentimentos, interesses e motivações. Um dos objetivos principais da abordagem comportamental é compreender o sistema social da empresa ou como também é chamada, a organização informal, bem como, entender os mecanismos que individualizam e influenciam o comportamento das pessoas (Kwasnicka,1989).

Segundo Ferreira; Reis e Pereira (1997), Simon contribuiu para um melhor entendimento do processo de decisão. Afirmou que esta é uma atividade administrativa realizada em grupo, sendo que uma parcela da autonomia decisória do trabalhador lhe é retirada em favor do processo decisório organizacional. Sendo assim, a tomada de decisão é resultante da participação dos vários grupos que constituem a organização.

Simon (1947), propõe a teoria do “homem administrativo”, onde a tomada de decisão e a solução de problemas têm chances de sucesso se exercidas com respeito a um limitado, aproximado e simplificado modelo de situação real. O autor aponta duas formas de racionalidade de decisão: 1) objetiva – quando a decisão é de fato o comportamento correto para maximizar um valor e uma situação; e 2) subjetiva – se a decisão maximiza o atendimento relativo do conhecimento do objeto atual.

O “homem administrativo” de Herbert Simon quando se percebe limitado de conhecimento de alternativa e incapaz de estabelecer critérios para otimizar decisões opta por satisfazer, ou seja, procura tomar decisões

que atendem os padrões mínimos de satisfação. Uma alternativa só é considerada ótima quando: a) existir um conjunto de critérios que permitam que todas as alternativas sejam comparadas; e b) para escolher a alternativa deve existir um conjunto de critérios que descreve um mínimo de satisfação para as alternativas e desde que a alternativa escolhida satisfaça a todos esses critérios (March e Simon, 1958).

Um outro conceito importante introduzido pelo Herbert Simon é “a influência modificadora no nível de aspiração dos pesquisadores”. Entretanto, foi a partir dos estudos desenvolvidos por Kurt Lewin que este especifica que o critério para a alternativa satisfatória será determinado pelo nível de aspiração do tomador de decisões. Esse processo pode ser considerado dinâmico, uma vez que o nível de aspiração muda de acordo com as novas experiências, sendo influenciado pelos graus de sucesso ou fracasso obtidos em situações anteriores (Kwasnicka, 1989).

2.2.3 – Teoria Estruturalista

Essa abordagem pode ser conceituada como uma concepção metodológica que consiste em conhecer o objeto situando-o em sua estrutura onde se encontra integrado e, posteriormente, em estruturas mais amplas. Uma estrutura define-se como um conjunto formado de elementos dispostos de tal modo que cada um depende dos outros, a ponto de só poderem ser o que são em função do seu relacionamento estreito com os outros (Kwasnicka, 1991).

São os estruturalistas os primeiros a incluírem o ambiente externo na vida organizacional bem como a perceber a interdependência de fatores. Estes pesquisadores apropriaram-se do conceito de sinergia onde o todo é mais que a soma das partes. Os comportamentalistas contribuíram bastante no surgimento desta teoria, cujo princípio estrutural exige analisar as várias formas de organização, como por exemplo: formais e

informais, públicas e privadas, lucrativas e não lucrativas, sendo Amitai Etzioni o maior colaborador da teoria estruturalista (Kwasnicka, 1991).

Etzioni (1977) classificou as organizações quanto ao tipo de conhecimento: em especializadas, não-especializadas e de serviços. Nas organizações especializadas como as universidades e hospitais, a liderança é exercida pelo técnico e a estrutura administrativa serve de apoio subsidiário, pois o conhecimento é criado e aplicado para este fim. As não-especializadas, como as empresas e os exércitos, a liderança é exercida pelo administrador, o conhecimento é instrumental e subsidiário para o cumprimento dos objetivos, e finalmente, as organizações de serviço como as assessorias especializadas e centros de pesquisa, dá-se a entender que exercem a auto-liderança, uma vez que os especialistas recebem instrumentos e recursos necessários ou seja, tem autonomia de ação.

Outra classificação de Etzioni (1977) é quanto o tipo de obediência, sendo as organizações classificadas em utilitárias, coercivas e normativas. Na Figura 2 encontram-se essas classificações e suas respectivas definições.

Organizações Utilitárias	<ul style="list-style-type: none"> • Obediência calcada na aplicação de recompensas materiais. • Há interesse nas vantagens e incentivos econômicos.
Organizações Coercivas	<ul style="list-style-type: none"> • Há controle físico, aplicações de sanções e ameaças físicas aos funcionários.
Organizações Normativas	<ul style="list-style-type: none"> • Tem controle moral e ético. • A fé, a convicção e a filosofia da organização envolvem o funcionário sem que haja necessidade de coação ou benefícios.

Figura 2 - Tipologia das organizações segundo o tipo de obediência. (Etzioni, 1977).

Etzioni (1965), quando trata de liderança, sugere uma abordagem dual entre atividades sócio-emocionais e de tarefa, onde a liderança se divide em mais de uma pessoa e que as exigências das duas formas podem ser

conflitantes. As atividades da liderança são determinadas pelas necessidades organizacionais, sendo a atividade sócio-emocional mais eficaz nas empresas normativas e as atividades de tarefa para as organizações utilitárias. Define, ainda, uma diferenciação entre os líderes que se concentram nos níveis superiores daqueles que estão no nível intermediário e baixo da hierarquia e conclui que as tentativas de melhorar a qualidade da liderança sócio-emocional dos supervisores de primeira linha tendem a fracassar, uma vez que esses esforços se concentram no líder sócio-emocional existente num nível mais elevado.

Para essa teoria, os estudiosos concebem a liderança de forma a responder os sinais que o ambiente micro e macro emitem. Os tipos de organizações sistematizados condicionam o estilo de liderança mais adequada (Vendramini, 2000).

2.3 – Perspectiva Quantitativa da Administração

2.3.1 – Pesquisa Operacional

A pesquisa operacional é, na verdade, uma ferramenta de análise utilizada no processo de tomada de decisão. Baseia-se em diferentes disciplinas, como a química, matemática e estatística para explicar a relação existente entre os fatores que contribuem para a operação da empresa.

De modo geral, tem a ver com a aplicação de metodologia científica e técnica de pesquisa para o estudo e a análise de problemas atuais e futuros da empresa. Esta abordagem proporciona visão da inter-relação e relativa eficiência dos vários aspectos dos negócios e de suas áreas de produção, marketing e finanças. Na busca de um modelo mais eficaz abrange o ciclo completo de bens de serviço, da fonte da matéria prima até o consumidor (Kwasnicka, 1989).

Para Simon (1977), esta abordagem traduz a metodologia em um modelo específico de trabalho com regras bastante definidas, como por exemplo, descobrir a estratégia e estado de natureza, obter grande número de estratégias de decisão, determinar o produto final do uso dessas estratégias à prática do problema em questão e selecionar uma estratégia.

Esta perspectiva não elimina do administrador a tarefa de tomar decisão, apenas facilita o processo e diminui o risco e a incerteza. Vários são os problemas que podem ser solucionados com a ajuda da pesquisa operacional, sendo os mais comuns: a) os que envolvem tempo de espera tanto de material quanto de pessoas para executar uma tarefa; b) os relacionados com inventário de material que envolva custos, compras e estoque; e c) os relacionados a espaço físico, a reposição de materiais e equipamentos, a produção e ao transporte de peças e equipamentos. Contudo a pesquisa não soluciona problemas do cotidiano do administrador como os relacionados com produtividade individual e capacidade de máquina, entre outras.

Para Kwasnicka (1989), como todas as fórmulas os modelos matemáticos são extensões das habilidades humanas. Estes aumentam o poder, a precisão e a extensão pelos quais podemos solucionar problemas, no entanto estão sujeitos aos dados utilizados para suas aplicações, desta forma as habilidades e a sensibilidade do administrador não poderão nunca ser substituídas.

2.4 – Perspectiva Moderna da Administração

2.4.1 – Teoria dos Sistemas

A teoria de sistemas desenvolvida por Ludwig von Bertalanffy (1947), busca aproximar as lacunas existentes entre as ciências, pois certos fenômenos só podem ser entendidos a partir de estudos interdisciplinares. Bertalanffy (1947), provou haver similaridades estruturais entre as

ciências, já que seus princípios e modelos podiam ser universalmente aplicados.

Os teóricos da abordagem sistêmica buscam três aspectos importantes em um sistema: 1) os elementos comuns que compõe o sistema; 2) o todo que poderá ser formado com esses elementos; e 3) o relacionamento existente entre eles. Os pequenos componentes ainda importantes recebem atenção de acordo com a sua relação com o todo. Essa teoria permite a análise dos sistemas sociais sob várias perspectivas, sendo que as mais usadas são: a) a que envolve o relacionamento com o ambiente; b) a que envolve a interação entre vários sistemas; e c) a que envolve um tipo de sistema composto por outros vários sistemas ou subsistemas (Katz e Kahn, 1966).

Bertalanffy (1947), determinou que os sistemas podem ser abertos ou fechados. Para o autor um sistema pode ser considerado fechado quando o seu resultado final é determinado pelo estado inicial, ou seja, o resultado só será alterado caso as condições iniciais ou o processo forem alterados. Por sua vez, os sistemas abertos são todos os sistemas considerados vivos, sistemas de troca de matéria com o seu ambiente tendo, assim, a possibilidade de aumentar, diminuir e anular os elementos que o compõe.

Segundo Kwasnicka (1989), a teoria geral dos sistemas procura agregar todas as ciências em um corpo integrado e, mais do que isso, organiza as descobertas segundo uma concepção global e ampla, facilitando aos pesquisadores a integração e relacionamento de descobertas e conceitos entre disciplinas. Essa teoria é antes de tudo, uma filosofia, uma forma de olhar as coisas. A sua preocupação maior é o desenvolvimento de um conjunto de constructos teóricos inter-relacionados, possíveis de serem aplicados nos fenômenos do mundo empírico, particularmente quando aplicados em sistemas vivos em que se enquadram todos os sistemas sociais.

2.4.2 – Teoria Contingencial

A inserção do ambiente externo no contexto organizacional se deu através da teoria dos sistemas, mais foi a teoria contingencial quem privilegiou a natureza dessas relações, ou seja, considerou as conseqüências do ambiente dinâmico na organização (Ferreira; Reis e Pereira, 1997).

Enquanto Frederick Winslow Taylor buscou achar a melhor forma de administrar, os teóricos dessa teoria acreditam que não há princípios universais. Na abordagem contingencial, também denominada de situacional, as pessoas devem conter-se antes de estabelecer regras de ação e até terem um pleno entendimento da questão.

As idéias principais da teoria contingencial levam em conta a importância do ambiente externo que interfere na organização. Sendo assim, considera necessária a constante adaptação às exigências externas equilibrando-as às necessidades internas. A forma de organizar uma empresa depende do tipo de tarefa e dos imperativos do ambiente e que as diferentes atividades da empresa pedem diferentes enfoques da administração (Morgan, 1996).

Burns e Stalker (1961) estabeleceram distinção marcante entre os enfoques mecânico e orgânico a partir da análise da influência do ambiente, remodelando as práticas organizacionais de vinte empresas da Inglaterra. Através deste trabalho, os autores constataram que a estrutura e o funcionamento das organizações são diretamente influenciados pelo ambiente. De acordo com Morgan (1996), os estudos destes dois autores enfatizaram que a adaptação bem-sucedida da organização ao meio ambiente depende da habilidade da alta administração em interpretar as condições que enfrenta a empresa, bem como, de adotar um curso de ação significativo.

A abordagem contingencial tem o pressuposto de que as variáveis que compõe o sistema organizacional são mutáveis e que a forma adotada por

uma afeta de forma considerável a outra. O princípio básico desta teoria é de que não há melhor forma de organizar um sistema, contudo pode haver um modelo ótimo que leve em consideração um número de contingências do momento como, por exemplo, estrutura, autoridade, relacionamento, mercado, economia, sociedade tecnologia e cultura. Os administradores situacionais reconhecem que cada situação é única. Desta forma não tentam aplicar fórmulas, devem ter habilidade de antecipar desenvolvimentos e usar experiências do passado para fazer com que as coisas caminhem para um objetivo pré-determinado. As palavras de ordem para estes administradores são: antecipadores, adaptadores e assertivos (Kwasnicka, 1989).

2.4.3 – A Teoria do Desenvolvimento Organizacional

A partir da década de 60 o ambiente organizacional viu-se invadido por novos valores e as pessoas exigiam mais independência e valorização, buscando tarefas mais estimulantes e realização profissional (Beckhard, 1972). Sendo assim, a teoria do desenvolvimento organizacional surge como uma resposta de gerenciamento das mudanças. Esta teoria oferece modelos administrativos compatíveis com os desafios ambientais e com as exigências dos indivíduos que compunham a organização (Oliveira, 1979). Segundo Bennis (1972), as preocupações se voltaram para os indivíduos, considerando suas ambições complexas e mutáveis e suas competências e capacidades específicas.

Três componentes básicos foram considerados por esta abordagem: 1) a estrutura; 2) a tecnologia; e 3) o comportamento. Estes estão ligados e em constante interação e quando um é alterado os demais sofrem alteração. Desta forma um programa de mudança eficaz deve reconhecer como tais elementos relacionam-se e alterá-los quando necessário.

Na teoria do desenvolvimento organizacional estão implícitos os conceitos: revitalizar, energizar, atualizar, ativar e renovar organizações, por meio do desenvolvimento de recursos técnicos nas áreas de marketing, recursos humanos, finanças, engenharia e produção, ligadas às relações interpessoais e à cultura organizacional (Argyris, 1971).

De acordo com Bennis (1972), essa teoria é uma complexa estratégia educacional cujo objetivo maior é mudar crenças, atitudes, valores e estrutura da organização para uma melhor adaptação aos novos mercados, tecnologias e desafios.

As mudanças requeridas pela organização podem ocorrer em graus de intensidade diferentes: a) as evolucionárias que não causam muito impacto.; b) as revolucionárias que são radicais e desafiam o *status quo* e o desenvolvimento sistemático; e c) as sem rupturas violentas que visam o engajamento profundo dos administradores em busca da lucratividade (Blake e Mouton, 1986).

Para Morgan (1996), essa abordagem visa a mudança da organização enfocando as alterações no comportamento dos indivíduos, utilizando técnicas que são freqüentemente associadas a um estreitamento das relações sociais, esclarecendo e corrigindo divergências entre comportamentos individuais e as metas da empresa. Essa teoria pretendia preencher as necessidades do indivíduo, tornando-o pleno e satisfeito por meio da realização profissional.

Os estudos sobre as Teorias Administrativas não se esgotam nessas abordagens. Existem na literatura outros estudos sobre administração e gerência nas organizações e que, entretanto, não explicam adequadamente o ambiente organizacional ou carecem, ainda, de mais estudos e suporte científico.

Capítulo III - Liderança

Embora as pesquisas sobre motivação tenham relevância para melhor se compreender o fenômeno da liderança, por opção metodológica as diversas teorias que tentam explicar a motivação humana para o trabalho não serão abordadas no presente estudo. Diversos autores contribuíram para a compreensão da motivação humana no ambiente organizacional como os estudos realizados por McClelland (1961), Vroom (1964), Lewin (1965), Argyris (1968), Maslow (1970), Likert (1979), McGregor (1992), entre outros.

A palavra liderar vem do inglês, to lead, que significa conduzir, dirigir, guiar, comandar, persuadir, encaminhar e encabeçar, entretanto o registro deste vocábulo data de 825 d.C. Posteriormente, em 1300, surge a palavra leader para denominar condutor, guiador, ou seja, aquele que exerce a função de conduzir. A língua portuguesa incorpora o vocábulo em meados do século XIX, sendo no início do século seguinte que o radical foi integrado e adaptado como líder, liderança e liderar (Vendramini, 2000).

Paiva e Miranda (2003), consideram que desde que o mundo é mundo, ou seja, como nós o conhecemos, o fenômeno da liderança existe. Sendo que, nos vários tipos de sociedade, o líder tem papel fundamental para conduzir uma nação ou para seus seguidores espalharem-se. Entre os animais, o líder é escolhido conforme as necessidades da espécie, que pode ser através da força ou não. Já nas sociedades primitivas o líder, geralmente o mais velho do grupo, é o detentor do conhecimento e tem responsabilidade de transmiti-lo às próximas gerações.

De acordo com Fiedler (1967), a preocupação com a liderança é tão antiga quanto a história escrita. A República de Platão constituiu um bom exemplo dessas preocupações ancestrais ao falar da adequada educação e treinamento dos líderes políticos, assim como, da grande parte dos

filósofos políticos que desde aquela época procuraram lidar com este fenômeno. Assim, observa-se que há muito a liderança vem sendo investigada, justificando assim as inúmeras interpretações. Todavia é o conjunto de todas estas teorias que permite uma visão mais abrangente deste tema (Bergamini, 1994).

A experiência ensina que uma liderança dinâmica e efetiva é essencial para a implementação de mudanças significativas em qualquer organização. Há um amplo consenso quanto ao caráter essencial da liderança na obtenção de organizações eficientes, receptivas e criadoras de valor (Bacon, 1999; Van Wart, 2003).

Observa-se, atualmente, em função do grande interesse despertado pelo tema liderança, o aparecimento de vários conceitos elaborados pelos pesquisadores em comportamento organizacional o que, segundo Bennis e Nanus (1998) nos permite afirmar que assim como o amor, a liderança continuou a ser algo que todos sabiam que existia, mas ninguém podia definir ou, ainda, segundo Souba (1998) a liderança é como a beleza, sendo difícil de descrever mas você a reconhece quando a vê.

Bergamini (1994), afirma que dois aspectos parecem ser comuns a grande maioria das definições existentes. A primeira é que elas conservam o denominador comum de que a liderança esta ligada a um fenômeno de grupo envolvendo duas ou mais pessoas. A segunda se refere ao fato de tratar-se de um processo de influência exercido de forma intencional por parte dos líderes sobre os seus liderados.

Assim em toda situação em que alguém procura influenciar o comportamento de outro indivíduo ou grupo há liderança. Para Hershey e Blanchard (1986), a liderança é a atividade de influenciar pessoas fazendo-as empenhar-se voluntariamente em objetivos de grupo.

Para Biscaia (2003), líderes são pessoas que acreditam, genuína e autenticamente, e não ingenuamente, que as pessoas podem crescer, se desenvolver e contribuir se estiverem sendo lideradas como pessoas potencialmente interessadas e contributivas.

O conceito de liderança envolve, em suas definições mais usuais, três elementos: 1) influência; 2) grupo; e 3) objetivo. Os líderes tratariam de influenciar, induzir e impactar o comportamento de outros, processo que se dá em contexto de grupo. Já o último elemento envolve a idéia de direção, ou seja, o comportamento dos membros do grupo é influenciado no sentido de determinados objetivos (Azevedo, 2002).

Hollander (1978) propõe que o processo da liderança normalmente envolve um relacionamento de influência em duplo sentido, orientado principalmente para o atendimento de objetivos mútuos, tais como aqueles de um grupo, organização ou sociedade. Portanto, a liderança não é apenas um cargo do líder mais também requer esforços de cooperação por parte de outras pessoas.

No desenvolvimento de lideranças, contam preciosos pontos o conhecimento humano, a capacidade de persuasão, foco em resultados e o trânsito nas relações sociais (De Lucca Neto, 2005).

Sob o aspecto da liderança como processo de trocas sociais, o líder é visto como alguém que traz benefícios não só ao grupo em geral como também a cada membro em particular, fazendo nascer desse intercâmbio o valor que seus seguidores lhe atribuem. Por outro lado, os membros do grupo devolverão ao líder seu reconhecimento e aceitação como forma de lhe conferir autoridade para dirigir pessoas (Bergamini, 1994).

A liderança não é uma ciência exata, sendo evidenciado através da eficiência de diferentes estilos de liderança. Liderança significa responsabilidade e não privilégios e, também, não se restringe a indivíduos que ocupam cargos com autoridade. Liderar consiste em se importar o suficiente colecionando práticas e comportamentos que façam a diferença (Souba, 1998).

De acordo com Kouses e Posner (1997), a liderança envolve o estudo do relacionamento entre os indivíduos e uma vez de posse desses conhecimentos os líderes tornam-se capazes de desenvolver novos comportamentos. As pessoas com autoridade fazem com que os outros

façam o que eles desejam em função do poder que possuem. Por outro lado, os líderes inspiram as pessoas a fazerem o seu melhor porque eles almejam fazer parte de algo maior que eles próprios.

Líderes eficazes lidam com as pessoas de forma cuidadosa. São atenciosos, escutam diferentes pontos de vista de forma respeitosa, demonstram interesse em processos genuínos e se importam verdadeiramente com o que as pessoas pensam e com os seus problemas. Estas características proporcionam ao líder credibilidade e confiança, fazendo com que os liderados ouçam e o sigam.

Por outro lado, a persuasão é uma ferramenta indispensável que os líderes utilizam para alcançar os seus objetivos. Persuadir com eficiência é um desafio e ocorre quando se estabelece a credibilidade, traçam-se objetivos que trazem benefícios mútuos, reintera-se a posição através de evidências e de uma ligação emocional com aquele que pretende liderar (Conger, 1998).

Senge (1990) afirma que muitos indivíduos que são qualificados para liderar falham porque substituem a análise pela visão. Estes acreditam que entender a realidade é suficiente para que as pessoas reconheçam a necessidade de mudanças. Entretanto, o autor acredita que a motivação é a energia para a mudança resultam do compartilhamento de uma visão, tornado-a mais importante para as pessoas do que realmente são. Inspirar pessoas requer que os líderes conheçam em que elas acreditam e onde desejam chegar.

Líderes reconhecem e apreciam as contribuições dos outros para o sucesso de cada projeto. São criativos quanto aos elogios e reconhecimento, demonstrando-os pessoalmente, celebram o comprometimento do time regularmente, elogiam em público, o *feedback* faz parte da rotina, lideram a sua equipe e agradecem freqüentemente. Quando as pessoas são solicitadas a descrever um líder eficaz, estas o descrevem como sendo alguém capaz de despertar o melhor que há nelas, através da construção da auto-confiança (Kouzes e Posner, 1997). O líder

deixa que os liderados decidam como irão alcançar os próprios objetivos, educando e guiando para onde a organização precisa ir e porque, mas não necessariamente, orienta como chegar lá.

Para Dutra (2005), o líder deve ser capaz de conciliar interesses fluidos e dispersos em um nível crescente de complexidade. Para tanto, é fundamental que compreenda as exigências do contexto e consiga dar respostas adequadas.

Geralmente, os indivíduos vêem as coisas como elas são e questionam-se por que? Entretanto, os líderes enxergam como elas devem ser e perguntam-se por que não? Frente à estas possibilidades encorajam-nas a segui-los. As idéias são visões de um amanhã melhor ancorado em princípios morais e universais (Souba, 1998).

3.1 Teorias de Liderança

Alguns aspectos sobre liderança têm sido investigados por diversos autores como Stogdil, Manz, Likert, Lewin, Hersey e Blanchard, dentre outros, e desta forma ao longo tempo surgiram algumas abordagens. Entretanto, deve-se ressaltar que somente o conjunto de todos os pontos de vista oferece a possibilidade de uma visão abrangente e mais consistente sobre o fenômeno. Dentro de toda multiplicidade de aspectos sob os quais se estudou liderança alguns pesquisadores se preocuparam com o que o líder é, enquanto outros com o que o líder faz e um terceiro grupo se preocupou com a liderança em função da circunstância que determinam a eficácia (Bergamini, 1994). A seguir, serão apresentadas as principais características de algumas abordagens utilizadas para tentar compreender o fenômeno da liderança.

3.1.1 – A Teoria dos Traços

A abordagem das características do líder também conhecida como teoria dos traços, é a perspectiva mais antiga para o estudo da liderança. Originou-se de pesquisas sobre liderança disponíveis entre os anos de 1904 e 1948. Uma revisão dessas pesquisas conseguiu isolar cerca de trinta e quatro traços de personalidade considerados como típicos de bons líderes (Bergamini, 1994).

A iniciativa nas relações pessoais e o senso de identidade pessoal são alguns dos traços de personalidade mais característicos dos líderes. A liderança é, então, definida como uma virtude ou qualidade singular e inata que torna algumas pessoas diferentes porque tem a capacidade de influenciar pessoas (Maximiano, 2002).

Os defensores desta teoria afirmam que quem é um bom líder em uma determinada situação seria um bom líder em qualquer outra. Alguns autores se destacam no estudo dessa teoria como Ralph Stogdil e Charlez Manz (Bergamini, 1994).

De acordo com Spector (2004), a maioria das pesquisas busca descobrir as características de um bom líder através de duas abordagens. A primeira se dá através de uma metodologia semelhante a utilizada nos estudos de seleção, onde uma amostra de líderes (os supervisores de organizações) é selecionada, um critério de desempenho (desempenho no trabalho) é escolhido, a avaliação se dá em função dos critérios escolhidos e das características de interesse, sendo que a relação entre as características pessoais e o desempenho são interpretadas como sendo resultantes das características do desempenho do líder. A segunda abordagem refere-se a formação do líder, ou seja, quem do grupo se tornará um líder. Estes estudos analisavam o trabalho em grupo sob o critério de quem se tornaria o líder não considerando o desempenho.

3.1.2 - Teoria Comportamental

As bases dessa teoria têm início no pós-guerra, principalmente, nos Estados Unidos da América. Neste período grande esforço foi mobilizado buscando saber como um bom líder deve agir. Inúmeros instrumentos de análise do comportamento em liderança foram criados representados, principalmente, pelos questionários. Autores como Kurt Lewin e Rensis Likert e os pesquisadores das Universidades de Ohio e Michigan, foram os principais responsáveis pelas investigações feitas em torno dos estilos de liderança (Bergamini, 1994).

Esta abordagem preocupa-se com o que o líder faz e não com quais devem ser suas características pessoais. Os estudos concentram-se nos estilos de liderança. Entendem-se como estilo de liderança o conjunto de comportamentos que representam um enfoque na forma de lidar com os subordinados (Spector, 2004).

Os estilos são na verdade formas de usar a autoridade e o uso da autoridade um tipo específico de habilidade de grande interesse para o estudo da liderança, sendo que o estilo pode ser autocrático ou democrático. A Figura 3 sintetiza estes conceitos.

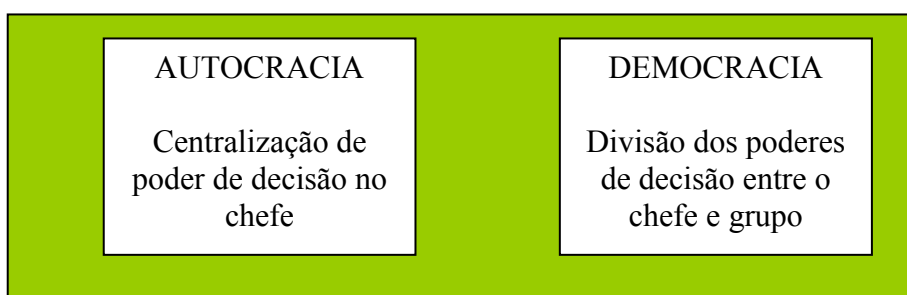


Figura 3 - Quadro de estilos de liderança estudados desde a antiguidade, adaptado de Maximiano (2004).

Segundo Maximiano (2004), quanto mais concentrado o poder de decisão no líder mais autocrático será seu estilo de liderança. Muitas formas do comportamento autocrático abrangem prerrogativas da gerência, como decisões que independem de participação ou aceitação. Já quanto mais as decisões forem influenciadas pelos integrantes do grupo, mais democrático é o seu comportamento. Este comportamento envolve alguma espécie de influência ou participação dos liderados no processo de decisão ou de uso da autoridade por parte do dirigente.

A existência de um estilo de liderança mais eficaz e de quais são os critérios que devem ser considerados na escolha de um estilo são questões que vem sendo pesquisadas e apesar destas questões permanecerem sem respostas, deram origem a várias tentativas de explicar as categorias básicas de estilos de liderança e forma de utilizá-las. Uma idéia bastante difundida sobre estilo de liderança coloca dois comportamentos: 1) o autocrático; e 2) o democrático, como pontos opostos de uma escala. Uma régua dos estilos de liderança foi desenvolvida por Tannenbaum e Schimdt (1973), onde a autoridade do gerente e a liberdade dos integrantes da equipe combinem-se, ou seja, conforme a autoridade se concentra no líder a autonomia do liderado diminui e vice-versa (Maximiano, 2004). A Figura 4 ilustra o modelo proposto por Tannenbaum e Schimdt (1973).

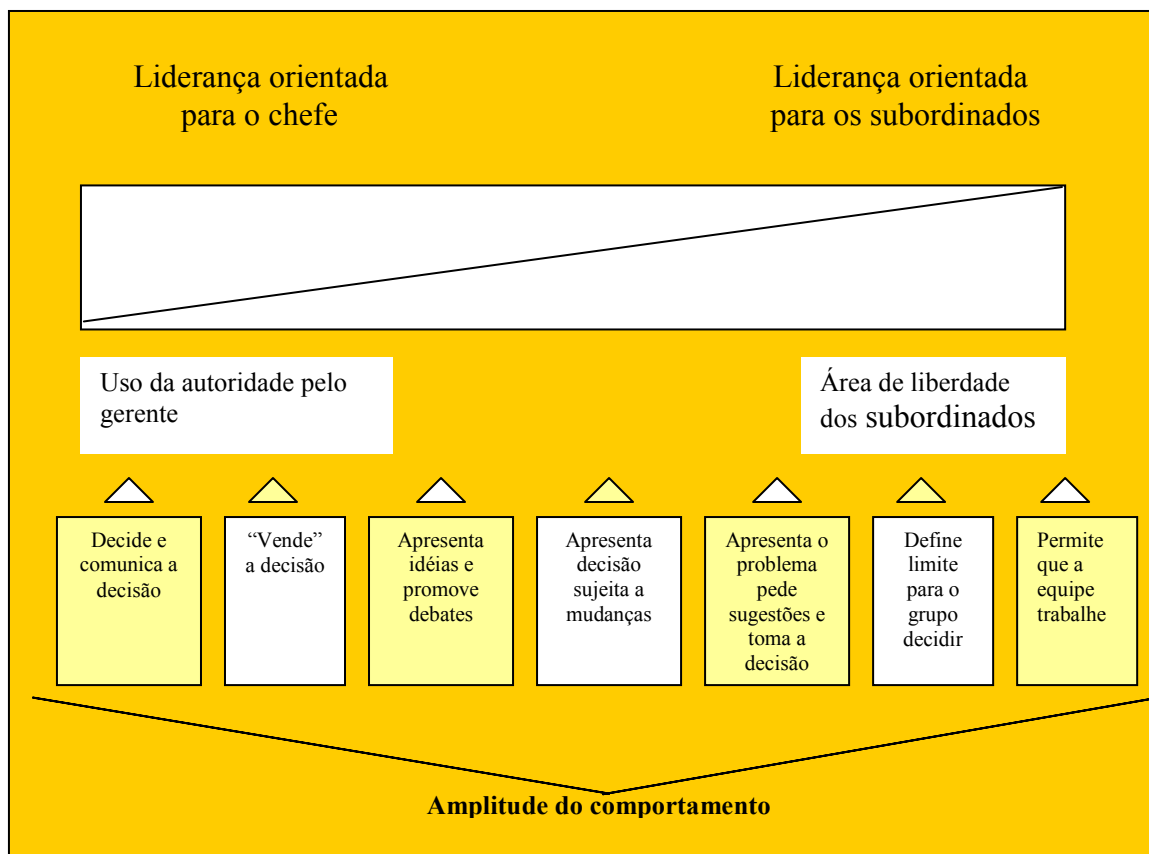


Figura 4 - Modelo de liderança de Tannenbaum e Schmidt (1973), adaptado de Maximiano (2004).

Com a evolução dos estudos sobre liderança os dois estilos clássicos citados anteriormente, autocrático e democrático, passam a ser denominados de liderança orientada para a tarefa e de liderança orientada para as pessoas, respectivamente. A liderança orientada para a tarefa compreende os comportamentos classificados dentro do modelo autocrático de uso de autoridade. O líder tem mais preocupação com a tarefa do que com o grupo que a executa e podem ser classificados como: autocráticos, diretivos e socialmente distantes. A liderança voltada para as pessoas, por sua vez, compreende os comportamentos classificados dentro

do modelo democrático de uso de autoridade. O líder acredita que deva existir um clima em que as pessoas se sintam confortáveis e pode ser classificado como democrático, consultivo-participativo e preocupado com o funcionário (Maximiano, 2004).

3.1.3 – Teoria Situacional

A teoria situacional tem como foco principal de interesse o estudo do comportamento contingente em liderança. A ênfase já não é mais colocada unicamente sobre uma variável isolada à ação do líder sobre um tipo de atitude passiva do subordinado.

De maneira mais complexa a principal preocupação dessa nova abordagem será dirigida, também, às características comportamentais dos liderados. Os defensores das proposições, também chamadas de contingenciais, levantam novas questões que passam a ser objeto de investigação. Esse posicionamento determina o caráter de maior abrangência dessas teorias em relação as anteriores. O ambiente organizacional, como também as características comportamentais dos seguidores, passa agora a fazer parte do quadro geral de investigações. Os enfoques situacionais propuseram que as organizações poderiam contar com bons líderes, desde que lhes dispensassem um treinamento adequado e um ambiente favorável onde pudessem agir com eficácia (Bergamini, 1994).

Não se trata de descobrir o melhor estilo, mas o estilo mais eficaz para determinada situação. Dentre as teorias contingenciais destacam-se o Modelo Contingencial de Liderança de Fiedler (1967) e o Modelo de Liderança Situacional de Hersey e Blanchard (1986). A suposição básica de Fiedler (1967) é de que será bastante difícil para os administradores mudarem os estilos de gerência com os quais se tornaram bem sucedidos. Para o autor, a maioria dos administradores não são muito flexíveis e

tentar mudar o estilo de um gerente para se ajustar a situações imprevisíveis ou flutuantes é ineficiente ou inútil. Uma vez que os estilos são relativamente inflexíveis e como nenhum estilo é apropriado para todas as situações, o desempenho eficaz de grupo só pode ser alcançado fazendo o administrador se adaptar à situação ou mudando a situação para que se adapte ao administrador.

De acordo com o Modelo Contingencial de Liderança desenvolvido por Fiedler (1967) três variáveis parecem determinar se uma dada situação é favorável aos líderes: 1) suas relações pessoais com os membros do grupo; 2) o grau de estruturação da tarefa que os membros devem realizar; e 3) o poder de autoridade que sua posição lhe confere. O autor define a favorabilidade de uma situação como o grau em que a situação permite o líder exercer sua influência sobre seu grupo.

Neste modelo podem ocorrer oito combinações dessas três variáveis situacionais. O modelo tinha como objetivo classificar situações de grupo. Assim, Fieldler (1967) tentou determinar qual o estilo de liderança eficaz para cada uma das oito combinações. Após uma análise de antigos e novos estudos sobre liderança, concluiu que:

- a) Os líderes orientados para a tarefa tendem a apresentar melhor desempenho em situações de grupo que sejam ou muito favoráveis ou muito desfavoráveis em relação aos líderes; e
- b) Os líderes orientados para as relações tendem a apresentar melhor desempenho em situações com grau intermediário de favorabilidade.

Os estilos de liderança que Fiedler (1967) compara são os centrados no empregado e orientados para a tarefa. O que diferencia o seu modelo dos outros é o instrumento de medida utilizado pelo autor. Os estilos de liderança foram medidos numa escala simples que indicava “o grau em que um indivíduo descrevia favorável ou desfavoravelmente seu companheiro de trabalho menos preferido”, ou seja, aquele empregado que

fosse mais difícil de trabalhar. Essa medida localiza o indivíduo em um *contínuum* de estilos de liderança. De acordo com as conclusões do autor um indivíduo que descreva seu companheiro de trabalho menos preferido de um modo relativamente favorável tende a ser permissiva, orientada para as relações humanas e preocupada com os sentimentos de seus subordinados. Já um indivíduo que descreve seu companheiro de trabalho de forma desfavorável, tende a ser autoritária, controladora das tarefas e menos preocupada com os aspectos das relações humanas no trabalho.

Hersey e Blanchard (1986) acreditam que o modelo de Fiedler (1967) pode ser útil aos líderes, apesar de reverter o comportamento a um contínuo único, sugerindo que existam apenas dois estilos de comportamento. Entretanto, afirmam que há muitas indicações de que o comportamento dos líderes precisa ser representado por dois eixos separados, desta forma um líder que tem nota alta em comportamento orientado para a tarefa não é necessariamente alto ou baixo em comportamento orientado para as relações. Pode ocorrer qualquer combinação das duas dimensões.

A partir destas observações Hershey e Blanchard (1986) desenvolvem um modelo que é considerado uma das principais abordagens contingenciais, ou seja, o Modelo de Liderança Situacional. Para esses autores, a maturidade do subordinado avaliada em termos de grau de capacidade e interesse de fazer um bom trabalho é a principal característica da situação que qualquer líder enfrenta. A maturidade deve então ser analisada em relação a uma tarefa específica, de forma que um indivíduo ou grupo não seja jamais imaturo de forma completa, em virtude de poder dominar diferentes tarefas de forma diferente.

Desta forma, quanto mais maduro o subordinado, menos intenso deve ser o uso de autoridade pelo líder e mais intensa a orientação para o relacionamento. Inversamente, a imaturidade deve ser gerenciada por meio do uso forte da autoridade, com pouca ênfase ao relacionamento (Maximiano, 2002).

O Modelo de Liderança Situacional proposto por Hersey e Blanchard (1986) tem sido utilizado por muitos estudiosos da liderança, como por exemplo: Galvão (1995); Queiroz (1996); Silva (2005).

Galvão (1995), acreditando ser a liderança um fator de suma importância para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro nas suas diferentes áreas de atuação orientou a suas investigações para esta temática através dos conceitos chaves do Modelo de Liderança Situacional proposto por Hersey e Blanchard.

Os objetivos do estudo de Galvão (1995), foram: identificar e analisar a correspondência de opinião entre o enfermeiro e um elemento do pessoal auxiliar de enfermagem sobre o estilo de liderança exercido pelo enfermeiro de unidade de internação cirúrgica, bem como, a correspondência de opinião entre estes profissionais sobre o estilo de liderança que o enfermeiro deveria adotar em função do grau de maturidade dos liderados. Os achados do estudo evidenciaram correspondência de opinião entre líder e liderado sobre o estilo de liderança exercido pelo enfermeiro. Foi constatado que os enfermeiros empregavam, prioritariamente, com o pessoal auxiliar estilos de liderança diretivos (E2/persuadir e E1/determinar), sendo que o pessoal auxiliar indicou o estilo diretivo (E1) seguido de um estilo participativo (E4). Os sujeitos participantes indicaram ainda que em função do grau de maturidade do pessoal auxiliar, o líder deveria adotar os estilos de liderança E3 (compartilhar) e E4 (delegar)

Queiroz (1996), a fim de caracterizar as ações necessárias à motivação dos quadros operacionais para a qualidade nas organizações, propôs em seu estudo uma metodologia utilizando como fundamento os preceitos da liderança situacional de Hersey e Blanchard. A proposta considera a idéia de que a motivação para a qualidade está intimamente ligada a uma ação de liderança por parte da administração operacional. Desta forma, partindo do diagnóstico do nível de maturidade de cada membro da equipe, o líder conduz um processo de amadurecimento rumo ao perfil do

trabalhador da qualidade. Os resultados obtidos no estudo demonstram que a motivação dos quadros operacionais possui relação direta com a qualidade, sendo válida a proposta da liderança situacional como fundamento para a motivação.

Silva (2005), investigou a liderança dos profissionais de enfermagem que atuam em centros cirúrgicos de instituições hospitalares através do modelo de liderança situacional proposto por Hersey e Blanchard. Os objetivos consistiram em identificar a correspondência de opinião entre o enfermeiro de centro cirúrgico e os auxiliares de enfermagem em relação ao estilo de liderança exercido pelo enfermeiro e o estilo de liderança que este profissional deveria adotar em relação ao nível de maturidade dos auxiliares de enfermagem frente as atividades desenvolvidas na sala de operação. Os instrumento de avaliação de estilo de liderança foram aplicados em quinze enfermeiros, dois técnicos e treze auxiliares de enfermagem. Os resultados demonstraram que o estilo de liderança mais exercido pelo enfermeiro foi E3 (compartilhar). Quanto ao estilo de liderança que o enfermeiro deveria adotar em função do grau de maturidade dos liderados, houve o predomínio do E4 (delegar), sugerindo que os liderados pesquisados apresentavam nível de maturidade alto (M4). O autor concluiu que a liderança situacional pode ser utilizada como referencial teórico para fundamentar o exercício de liderança , com vistas na qualidade do serviço.

Por fim, se para os primeiros estudos sobre liderança o traço era inato, agora com os teóricos da contingência essa característica pode ser desenvolvida. Instala-se a partir desse novo enfoque, a crença de que qualquer um pode ser um bom líder, desde que seja preparado. Surge, a partir deste momento, um grande número de programas de treinamento e desenvolvimento em liderança (Bergamini, 1994).

CAPÍTULO IV - Liderança Situacional

Preocupados com a eficácia dos estilos de liderança os pesquisadores do Center of Leadership Studies da Califórnia Estados Unidos da América, Paul Hersey e Keneth H. Blanchard, desenvolveram o modelo de Liderança Situacional. Este modelo considera que a liderança eficaz é uma função de três variáveis: o estilo do líder (L), a maturidade do liderado (I) e a situação (s). Desta forma, a liderança eficaz (E) seria expressa através da fórmula (Hersey e Blanchard, 1986):

$$E = f(L, I, s).$$

4.1 - O comportamento do líder

O comportamento do líder foi expresso por Hersey e Blanchard (1986), em quatro quadrantes e em função da ênfase dada aos aspectos da produção: a tarefa, e da ênfase dada aos empregados: o relacionamento. Surgem então quatro combinações:

1. tarefa alta (muita ênfase na tarefa) e relacionamento baixo (pouca ênfase no relacionamento);
2. tarefa alta e relacionamento alto;
3. tarefa baixa e relacionamento baixo; e
4. tarefa baixa e relacionamento alto.

A Figura 5 ilustra as combinações do comportamento do líder segundo o modelo de liderança proposto por Hersey e Blanchard (1986).

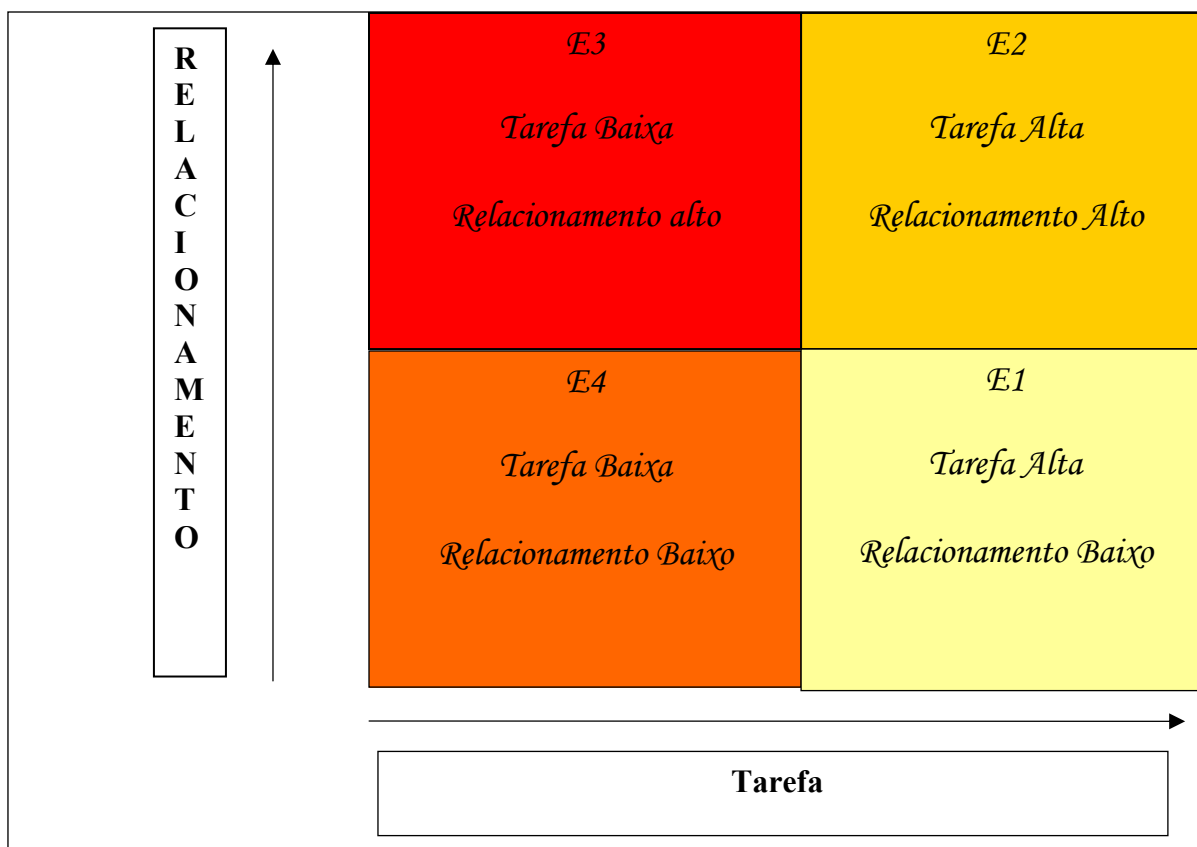


Figura 5 – Combinações do comportamento do líder.

O comportamento de tarefa corresponde à estruturação do trabalho. Quanto mais alto o comportamento de tarefa mais o líder se empenha em planejar, controlar, organizar e dirigir seu subordinado. Quanto mais baixo o comportamento para a tarefa mais o líder delega estas atividades.

Por outro lado, o comportamento de relacionamento refere-se ao apoio dado ao subordinado. Quanto mais alto o comportamento de relacionamento mais o líder se empenha em oferecer apoio sócio-emocional e canais de comunicação com empregado.

Hersey e Blanchard (1986) indicam a necessidade de acrescentar a dimensão de eficácia a este modelo. O estilo de comportamento passa a integrar-se com requisitos situacionais de um determinado ambiente. Desta forma, o estilo de liderança eficaz seria aquele apropriado a

situação. As situações de eficácia e ineficácia do comportamento do líder podem ser observadas na Figura 6.

ESTILO	EFICÁCIA	INEFICÁCIA
Tarefa Alta Relacionamento Baixo	Visto como tendo métodos bem definidos para atingir os objetivos que são úteis aos subordinados.	Visto como alguém que impõe métodos aos outros, às vezes visto como desagradável e interessado só em resultados de curto prazo.
Tarefa Alta Relacionamento Alto	Visto como alguém que satisfaz às necessidades do grupo estabelecendo objetivos e organizando o trabalho, mas também oferecendo um alto nível de apoio sócio-emocional.	Visto como alguém que usa mais estruturação do que o necessário para o grupo e que muitas vezes não parece ser sincero nas relações interpessoais.
Tarefa Baixa Relacionamento Alto	Visto como alguém que tem confiança implícita nas pessoas e que está interessado principalmente em facilitar a consecução dos objetivos dela.	Visto como interessado principalmente em harmonia, às vezes visto como não disposto a cumprir uma tarefa se esta implicar no risco de romper um relacionamento ou perder a imagem de boa pessoa.
Tarefa Baixa Relacionamento Baixo	Visto como alguém que delega adequadamente aos subordinados as decisões sobre como fazer o trabalho e oferece pouco apoio sócio-emocional quando o grupo não precisa muito disso.	Visto como alguém que oferece pouca estruturação ou apoio sócio-emocional quando isso é necessário aos membros do grupo.

Figura 6 - Situações de eficácia e ineficácia do comportamento do líder (Hersey e Blanchard, 1986).

Entretanto deve-se salientar que um dos aspectos condicionantes da eficácia do comportamento do líder é a maturidade do liderado. Para cada grau de maturidade haveria um estilo mais apropriado de liderança.

4.2 - A maturidade dos liderados

Hersey e Blanchard (1986) definem a maturidade como a capacidade e a disposição das pessoas de assumir a responsabilidade de dirigir seu próprio comportamento.

A capacidade está relacionada com o conhecimento e a habilidade necessária, ou seja, com o aspecto de saber o que fazer sendo que pode ser conseguido através de comunicação e treinamento. Por outro lado, a disposição está relacionada com a confiança e o empenho com o querer fazer e com a motivação. Assim, quatro são os tipos de maturidade:

1. M1 – pouca capacidade e rara disposição;
2. M2 – alguma capacidade e ocasional disposição;
3. M3 – bastante capacidade e freqüente disposição; e
4. M4 – muita capacidade e bastante disposição.

O nível de maturidade pode ser aplicado a indivíduos ou grupos. A maturidade de um indivíduo ou grupo não é absoluta, pois varia de situação para situação; e dependendo da atribuição, o avaliado pode assumir diferentes níveis de capacidade e disposição.

4.3 – Integração Estilo e Maturidade

Segundo Hersey e Blanchard (1986), em função dos diferentes tipos de maturidade, o líder eficaz precisa utilizar diferentes estilos de liderança. Para cada nível de maturidade há um estilo de liderança adequado. A Figura 6 ilustra a integração entre estilo e maturidade.

Para promover o crescimento do indivíduo para o nível de maturidade mais alto (M4), não basta que o líder determine o nível de maturidade de seu liderado e aplique o estilo de liderança mais adequado. Este é sem dúvida um requisito necessário, contudo não é o suficiente. O líder deve então conduzir um processo de amadurecimento do liderado, que deve ser lento e gradual no sentido M1, M2, M3 e M4.

Maturidade do liderado	Estilo de liderança	Características do Líder
M1 – pouca capacidade e rara disposição	E1 – tarefa alta e relacionamento baixo	Determina – fornece instruções específicas, supervisiona estritamente o cumprimento da tarefa e toma a decisão
M2 – alguma capacidade e ocasional disposição	E2 – tarefa alta e relacionamento alto	Persuade – explica suas decisões e oferece oportunidades de esclarecimentos, a decisão é tomada pelo líder com diálogo.
M3 – bastante capacidade e freqüente disposição	E3 – tarefa baixa e relacionamento alto	Compartilha – troca idéias e facilita a tomada de decisões, as decisões são tomadas em conjunto.

M4 – muita capacidade e bastante disposição	E4 – tarefa baixa e relacionamento baixo	Delega – transfere para o liderado a responsabilidade das decisões e da sua execução.
---	--	---

Figura 6 - Integração estilo do líder e maturidade do liderado (Hersey e Blanchard, 1986).

Hersey e Blanchard (1986), alertam para o fato de que as pessoas estão sujeitas a regredir em seu nível de maturidade, seja por fatores internos ou externos a organização. Em casos assim, o líder deve reavaliar a maturidade do liderado, adequando o estilo de liderança a fim de fornecer apoio sócio-emocional e direção. Os líderes devem estar constantemente atentos às situações de regressão, pois o processo de retorno a um estágio já anteriormente alcançado será tão ou mais dispendioso que o tempo decorrido entre a regressão e a efetiva intervenção de apoio. A Figura 7 apresenta o Modelo de Liderança Situacional proposto por Hersey e Blanchard (1986).

4.4 - Instrumentos de pesquisa

Dois instrumentos de pesquisa foram desenvolvidos por Hambleton, Hersey e Blanchard (Hersey e Blanchard, 1986): 1) Escala de Maturidade; e 2) Integração Maturidade e Estilo.

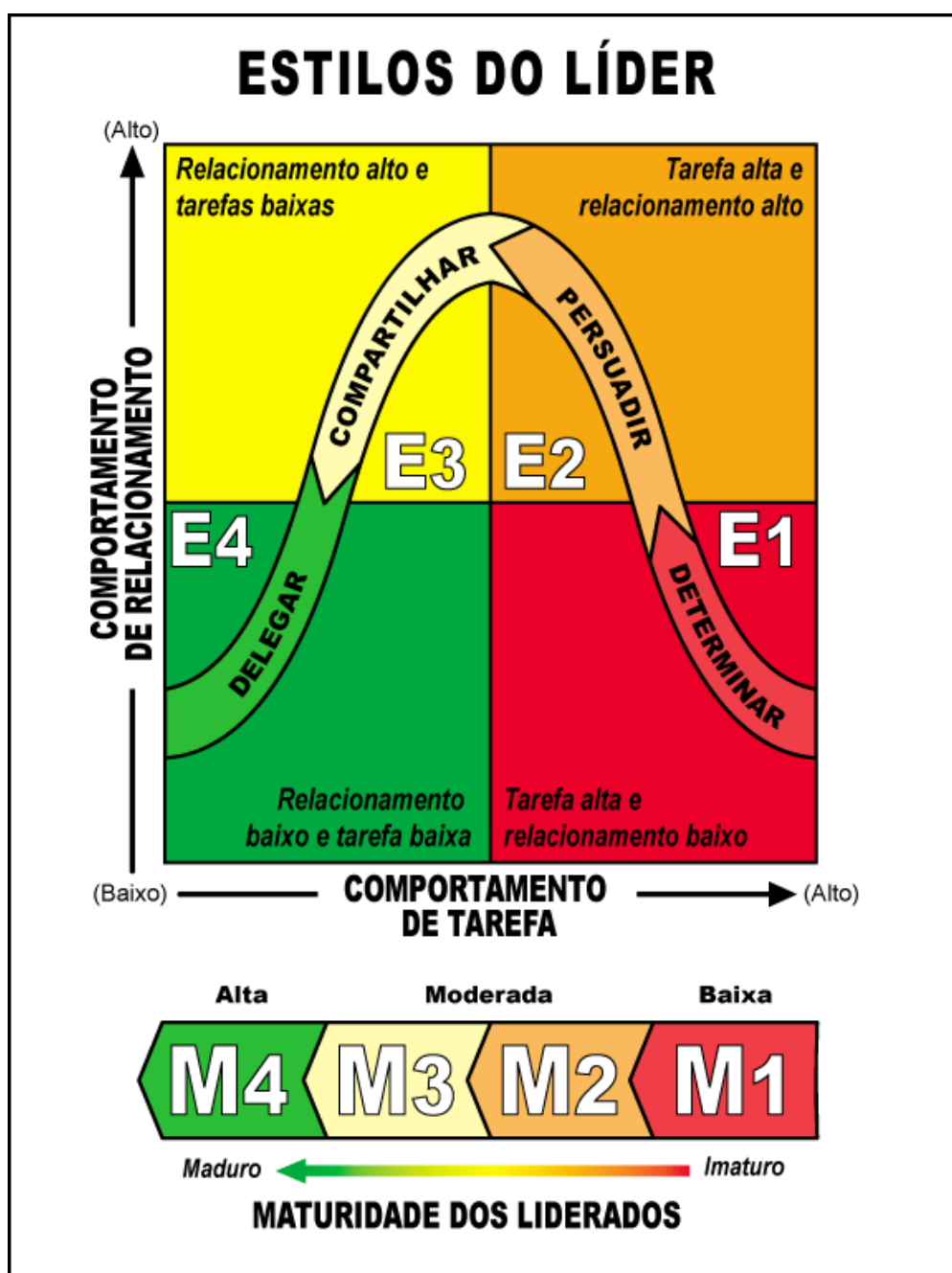


Figura 7 – Modelo de Liderança Situacional de Hershey e Blanchard (1986).

O Instrumento Escala de Maturidade permite avaliar o grau de maturidade do trabalhador. Este no papel de liderado faz uma auto-avaliação das suas atitudes e comportamentos frente às responsabilidades que o cargo exige. A escala permite ainda identificar o estilo de liderança mais adequado em função do grau de maturidade levantado. Esse instrumento avalia as responsabilidades sob duas dimensões: 1)

profissional; e 2) psicológica, onde maturidade profissional significa experiência de trabalho anterior, conhecimento do trabalho, compreensão das exigências do cargo, capacidade nas soluções dos problemas, cumprimento de prazos no trabalho, acompanhamento e controle. Por outro lado, maturidade psicológica compreende desejo de assumir responsabilidades, motivo de realização, comprometimento no trabalho, persistência, atitude no trabalho, iniciativa e independência.

O Instrumento Integração Maturidade e Estilo permite que o líder através de uma auto-avaliação identifique o próprio estilo de liderança, a maturidade do liderado e o estilo de liderança adequada ao nível de maturidade do liderado, ou seja, liderança situacional. Esse instrumento é composto de duas partes. A primeira é a de estilo de liderança e as situações são: a) dá instruções específicas e supervisiona estreitamente o desempenho; b) explica suas decisões e dá oportunidade de esclarecimentos; c) compartilha idéias e o processo decisório; e d) concede a responsabilidade pelas decisões e pela implantação. Nesta primeira etapa o participante deverá escolher duas situações sendo uma considerada o comportamento principal e a outra o comportamento secundário frente a responsabilidade em questão.

A segunda parte do instrumento refere-se ao nível de maturidade do liderado com relação às responsabilidades selecionadas na primeira etapa. Dois aspectos são avaliados: 1) a capacidade (maturidade profissional) – avaliada em totalmente, bastante, razoável e pouco; e 2) o desejo (maturidade psicológica) – avaliada em sempre, freqüentemente, as vezes e raramente.

Em ambos os instrumentos os participantes devem eleger as principais responsabilidades exigidas pelo cargo que ocupam, num total de seis. Para cada uma das responsabilidades levantadas uma ou mais situações deverão ser selecionadas.

CAPÍTULO V – Qualidade

A partir de 1945, com Joseph Moses Juran e Willians Edwards Deming e da segunda metade do século XX, com Peter Ferdinand, Douglas McGregor e Amitai Etzioni, chegou-se a qualidade total, just in time, série ISO, motivação, desenvolvimento gerencial, tornando definitivamente o trabalho moderno baseado em padrões de produtividade, (Regis Filho, 2000).

5.1 O que é qualidade

A função qualidade tem sido definida de diversas maneiras nas últimas décadas:

- 1) Para Juran (1990): *Qualidade é a adequação do objetivo ao uso;*
- 2) Banks (1989) define qualidade como: *Grau de conformidade com as especificações;*
- 3) Segundo Deming (1975) qualidade é: *Satisfação do cliente;*
- 4) Banks (1989) também define qualidade como: *Grau de adequação de um item ou serviço a finalidade a que se destina;*
- 5) Para Paladini (1995): *Qualidade é o que os clientes percebem; e*
- 6) Para NBR ISSO 8402/94 qualidade é: *a totalidade de formas e características de um produto ou serviço que tem em sua atribuição satisfazer necessidades estabelecidas ou implícitas.*

Paladini (2000), afirma que a qualidade é um conceito dinâmico, ou seja, é uma noção que trabalha com referenciais que mudam ao longo do

tempo, às vezes, de forma bastante acentuada. O autor afirma que qualidade é um termo de domínio público, uma vez que todos têm uma noção intuitiva do que seja qualidade.

Observa-se que são muitas as definições para a função qualidade que relacionam o termo qualidade à conformidade do produto às suas especificações. Entretanto, mais importante do que as definições é o real entendimento do seu significado. Deve-se ressaltar que os conceitos relacionados com o termo qualidade como é conhecido atualmente tiveram suas origens associadas às atividades de controle de qualidade. O controle de qualidade é um conjunto de ações ou medidas desenvolvidas com o objetivo de assegurar que os serviços ou produtos gerados atendam aos requisitos segundo os quais foram especificados (Neves e Neves, 2000). Para a abordagem que identifica qualidade com a conformidade, as especificações e aos padrões, a qualidade é obtida através da produção sem defeitos. Entretanto, a qualidade, também, pode ser relacionada ao atendimento das necessidades do cliente.

Uma comparação entre estas duas abordagens pode ser observada na Figura 8 (Juran, 1990).

Características de produtos que atendem as necessidades dos clientes	Ausência de deficiência
Qualidade alta permite:	Qualidade alta permite:
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da satisfação do cliente • Produtos mais vendáveis • Concorrência • Participação no mercado • Maior faturamento de vendas • Melhores preços 	<ul style="list-style-type: none"> • Redução na frequência de erros • Redução de trabalho e desperdício • Redução nas falhas de uso e despesas com garantias • Aumenta o rendimento e capacidade • Melhora o desempenho de entrega

	<ul style="list-style-type: none"> • Redução de inspeções e testes • Redução do tempo de espera de lançamentos de novos produtos
Maior efeito = vendas	Maior efeito = custos

Figura 8 - Os principais significados de qualidade, (Juran, 1990).

Os autores da área de qualidade demonstram um consenso em relação ao fato de qualidade referir-se à satisfação dos consumidores (Vieira et al., 2000). Para Rees (1992), é relativamente fácil identificar e medir satisfação dos consumidores em termos de um produto tangível. Já no que se refere a provisão de serviços, estes variam de tangíveis a intangíveis; um exemplo, a aparência do local onde o serviço é oferecido e o grau de acesso e cortesia com o qual o consumidor é tratado (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1985).

As diferentes definições ou formas de entender a qualidade deram lugar a diversos enfoques teóricos ou modelos de gestão para a qualidade, como também são denominados na literatura, que serviram como pontos de referência para diversas formas de aplicação da qualidade nas organizações. Esses enfoques resultam da evolução contínua da gestão para a qualidade ao longo do tempo, em relação à qual pode-se distinguir quatro fases distintas: inspeção, controle de qualidade, garantia da qualidade e gestão da qualidade total (Garvin, 1988; Dale, Boaden, Lascelles, 1994)

Por outro lado, embora muitas sejam as definições e conceitos empregados para qualidade, contudo não é possível se estabelecer um conceito universal, pois as empresas chegaram a outras definições que elas consideram consistentes com as necessidades das suas indústrias e com seu próprio dialeto.

De acordo com Juran (1992), a terminologia mudou em função da crise profunda da qualidade que deu origem ao conceito de “Q Grande e Q pequeno”. Até os anos 80, os gerentes em geral associavam qualidade com

fábricas, bens manufaturados e processos produtivos. Durante os anos 80 emergiu uma ampla tendência pelo alargamento da definição da qualidade para que ele incluísse outros itens. A Figura 9 ilustra esta tendência.

Tópico	Conteúdo do Q Pequeno	Conteúdo do Q Grande
Produtos	Bens manufaturados	Todos os produtos, bens e serviços, à venda ou não
Processos	Processos diretamente relacionados à manufatura de bens	Todos os processos, apoio à manufatura, negócios, etc...
Indústrias	Manufatura	Todas as indústrias, manufatura, serviços, governo, etc..., com fins lucrativos ou não
A qualidade é vista como:	Um problema tecnológico	Um problema de negócios
Cliente	Aqueles que compram os produtos	Todos aqueles que são impactados, externos ou internos
Modo de pensar a respeito da qualidade	Baseado na cultura dos departamentos funcionais	Baseado na trilogia universal
As metas de qualidade estão incluídas:	Entre as metas de fábrica	No plano de negócios da empresa
Custos da má qualidade	Custos associados a bens manufaturados deficientes	Todos os custos que desapareceriam se tudo fosse perfeito
O aperfeiçoamento é dirigido a:	Desempenho departamental	Desempenho da empresa
Avaliação da qualidade baseada principalmente em:	Conformidade com especificações, procedimentos e padrões da fábrica	Responsabilidade às necessidades dos clientes
O treinamento em gerência para qualidade é:	Concentrado no departamento de qualidade	Para toda a empresa
A coordenação é efetuada por:	Gerente de qualidade	Um conselho de qualidade composto por gerentes de nível superior

Figura 9 - Comparação, Q Grande e Q Pequeno (Juran , 1992).

5.2 O perfil do trabalhador de qualidade

Cada trabalhador precisa ser um agente de mudanças, comprometido com a melhoria contínua e com o alcance do objetivo comum. Uma vez que a qualidade é entendida como um padrão que deve ser desejado e buscado por todos os indivíduos na organização, só é possível alcançá-la se houver um esforço global e um empenho individual pela máxima satisfação dos clientes, sejam eles internos ou externos, e pela eficiência.

De acordo com Queiroz (1996), três são as características delimitadoras do perfil do trabalhador de qualidade: 1) o comprometimento que está ligado à atitude que antecede a ação; 2) a participação que está relacionada à ação propriamente dita; e 3) a responsabilidade aos resultados provenientes da ação. O comprometimento está ligado à motivação do indivíduo, ou seja, a um impulso interno que a leva agir espontaneamente ao alcance do objetivo. O trabalhador da qualidade deve estar comprometido com a visão de qualidade da empresa, com seus clientes internos e externos e com o sucesso da organização. A participação, por sua vez, envolve tanto a busca de soluções para os problemas relacionados ao próprio trabalho quanto a geração de idéias que resultem numa melhoria contínua da organização. Já a responsabilidade pelo próprio trabalho é entendida como autocontrole, autodisciplina e autogestão. Uma pessoa responsável preocupa-se constantemente com os resultados de suas ações, buscando o *feedback* contínuo para o seu próprio aperfeiçoamento.

Por outro lado, é possível traçar uma ponte entre o perfil do trabalhador de qualidade e os níveis de maturidade do modelo de Hersey e Blanchard (1986). O comprometimento, a participação e a responsabilidade pressupõem bastante disposição e muita capacidade. A autonomia pretendida no trabalhador de qualidade está intimamente ligada a uma atitude de delegação do líder. Conclui-se, então, que o

trabalhador da qualidade é aquele que possui perfil M4 de maturidade (Queiroz, 1996).

5.3 O perfil do líder de qualidade

O perfil do líder da qualidade difere muito do papel do gerente tradicional. O primeiro delega e o segundo centraliza. O líder da qualidade não possui a postura de executor mas a de servidor. As suas atribuições deixam de ser comandar, controlar e executar e passam a ser delegar autoridade e responsabilidade, debater e ouvir sugestões, compartilhar os objetivos, informar e apoiar. Observa-se na Figura 10 entre o gerente tradicional e o líder da qualidade.

GERENTE TRADICIONAL	LÍDER DA QUALIDADE
Administração centralizada	Administração descentralizada
Supervisão rígida	Delegação de poder
Gerência autoritária	Gerência participativa
Gerência de indivíduos	Gerência de equipes
Punição de erros	Discussão dos problemas
Recompensa por desempenho	Recompensa por criatividade

Figura10 – Comparação entre gerente tradicional e da qualidade (Queiroz, 1996).

Pode-se dizer que o líder da qualidade possui duas atribuições principais: 1) a de preparar para a delegação; e 2) a de delegar de fato. Estas duas tarefas exigem habilidade e preparo. A delegação exige capacidade de comunicação e de reconhecimento, sendo que a condução do processo de amadurecimento envolve basicamente o treinamento nos preceitos de liderança situacional (Queiroz, 1996).

CAPÍTULO VI - Gestão para qualidade nos serviços de saúde pública

As demandas que se colocam aos governos, neste início de século, oferecem oportunidades sem precedentes, bem como desafios, aos gerentes públicos tornando as maneiras tradicionais de conduzir os negócios obsoletos (Newcomer, 1999).

Os serviços públicos de saúde se tornaram não apenas mais complexos, dimensionados racionalmente em suas especificidades mas, também, mais necessários (Almeida, 2001). No Brasil, a população em mais 70% dos casos, dirige-se aos serviços financiados pelo SUS (Malik, Teles, 2001).

A operacionalização das diretrizes constitucionais de descentralização e de participação social para organização e gestão do SUS vem produzindo expressivas mudanças no desenho institucional da ação governamental. Essas mudanças relacionam-se à instituição de processos de deliberação democrática na gestão setorial, tais como: 1) a realização de Conferências de Saúde, com representação de vários segmentos sociais, afim de propor diretrizes para a política de saúde; 2) a instituição de Conselhos de Saúde como órgãos colegiados permanentes e de caráter deliberativo sobre a política de saúde; e 3) a criação de Comissões Intergestores, nas esferas federal e estadual, como fóruns de negociação entre gestores das três instâncias de direção do SUS para o processo de centralização (Lucchese, 2003).

Para Lucchese (2003), as mudanças refletem-se no progressivo fortalecimento das esferas subnacionais de governo e no estabelecimento de novas relações intergovernamentais. Destacando-se, também, a crescente autonomia e independência dos entes federados subnacionais na gestão política e financeira dos sistemas locais a partir das crescentes

parcelas de recursos federais transferidas direta e automaticamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde.

Pode-se, considerar que as condições políticas, institucionais, jurídicas e financeiras construídas em mais de doze anos de implementação do SUS, vêm contribuindo, significativamente, para o estabelecimento de caminhos promissores para a consolidação de uma gestão descentralizada e participativa do sistema e da política de saúde e para uma maior governabilidade setorial na garantia do direito à saúde (Lucchese, 2003).

Por outro lado, tais mudanças ainda não resultaram em redução substantiva das desigualdades em saúde no país, apesar da saúde ser uma área de proteção, regulação e controle do Estado. A realidade brasileira oferece farto material empírico que aponta para a inadequada e perigosa desarticulação entre saúde como bem público e aqueles que produzem este bem (Machado, 2000).

Estudos recentes evidenciam a persistência de importantes iniquidades relacionadas: 1) à distribuição espacial da oferta de recursos humanos de capacidade instalada; 2) ao acesso e utilização de serviços públicos; e 3) à qualidade da atenção recebida e as condições de vida e de saúde da população nas diferentes localidades (Viana et al., 2001; Mello Jorge, Gotlieb, Laurenti, 2001; Araújo, 2001; Duarte et al. 2002).

O setor saúde vive uma crise que se traduz por baixa qualidade, ineficiência e iniquidade. O diagnóstico desta crise está bastante analisado (Guimarães; Tavares, 1994; Mendes, 1996; Albino et al., 2002), sendo necessário então, encontrar saídas para este empasse (Neto e Terra, 1998).

Gastal (1992) observa que a intenção de se implementar métodos de gestão empresarial na área da saúde não ser uma novidade, infelizmente, o que se constata é que, as denominadas “indústrias sociais”, como por exemplo, o setor saúde e o da educação, são sempre lentas no processo de implementação. Assim, de maneira estrita, o setor saúde no Brasil, ainda,

não alcançou a fase taylorista de modo de produção. Não existe um modelo de administração das “indústrias sociais” que seja coerentemente formulado e implementado.

O gerenciamento da qualidade espalhou-se das suas origens nas organizações manufatureiras para todos os tipos de serviços e empreendimentos públicos (Cunha, Cunha, Dahab, 2001). Este fato talvez ocorra em virtude de que o gerenciamento da qualidade não é um fenômeno isolado. Piore e Sabel (1984) e Hill (1991), argumentam que ele é um importante componente da nova era de globalização econômica e de novas relações de mercado. Mercados nacionais e internacionais tem dispensado crescente atenção à modernização, levando as organizações a buscarem novos padrões de desempenho. Gerenciamento da qualidade, qualidade total, especialização flexível, *just in time* e outros conceitos relacionados, estão no centro deste contexto de modernização (Vieira et al., 2000).

Para Vieira et al. 2000, a maioria dos trabalhos sobre gerenciamento da qualidade tem sido realizado em organizações envolvidas em algum programa formal de gerenciamento da qualidade. Entretanto, há organizações que não se encontram envolvidas em tais programas, além daquelas em que o conceito de consumidor e cliente é controverso, como as organizações públicas em geral. Nestes casos, a definição e medida de qualidade por meio da satisfação dos consumidores é, no mínimo problemática. Os autores consideram que as administrações municipais são constituídas por diferentes coalizões que representam objetivos múltiplos e muitas vezes conflitantes. Uma vez que a qualidade é um conceito abstrato, considerado uma característica intrínseca de alguma coisa, este tipo de organização tem, mesmo que de forma implícita, uma idéia do que possui ou não qualidade em relação às atividades que ela desenvolve.

A adoção da gestão pela qualidade traz mudanças profundas de postura, de filosofia, de gerenciamento, maior consciência da importância

do trabalho em grupo e um maior respeito pelo ser humano e sua capacidade de melhorar o seu trabalho. Este sistema de gestão amplia horizontes contemplando não apenas o paciente, razão principal de ser da própria existência dos serviços de saúde, mais estende o conceito aos clientes internos, familiares dos pacientes, fontes pagadoras e comunidade (Nogueira, 1996).

Para Garces e Silveira (2002), novas habilidades gerenciais necessitam ser reforçadas ou desenvolvidas. Os gerentes devem ser capazes de integrar esforços de pessoas e equipes dentro e fora da organização.

Por outro lado, atualmente em função das críticas e de vários questionamentos, renovações estruturais e operacionais tem sido buscadas e implantadas, para atender às expectativas de cidadãos que vem se revelando cada vez mais exigente e cioso dos seus direitos (Almeida, 2001).

Entretanto, ao contrário dos produtos os serviços tem pouca ou nenhuma materialidade, só existem como experiências vividas (Horovitz, 1993). Walsh (1993), estabelece a distinção entre “produtos de investigação e produtos de experiência”. Produtos de investigação são aqueles cuja materialidade permite o controle da qualidade durante e após a produção e antes do consumo, como é o caso dos produtos industrializados. Os serviços, como produtos de experiência, só podem ser apreciados e julgados simultaneamente à produção ou após o seu consumo, ou seja, a sua apropriação pelo cliente.

Quando se trata de serviços públicos, a noção do cliente acerca do que é possível e desejável melhorar, é muito menos objetiva e mensurável do que na compra de um produto industrializado ou de um serviço de assistência técnica. Além disso, quanto mais os serviços estiverem relacionados com valores diferentes e pouco compartilhados, maior será a multiplicidade de expectativas em relação ao que cada segmento social define como qualidade (Inojosa e Farran, 1994).

Rees (1992), argumenta que algumas especificidades podem dificultar a aplicação de princípios de gerenciamento da qualidade no setor público. Embora qualidade neste setor também se refira à satisfação dos consumidores, estes são normalmente o público em geral. Os consumidores são, em outras palavras, um grupo muito maior do que o consumidor imediato de um serviço ou produto. Outra importante distinção apontada pelo autor, refere-se ao fato de que a maioria das atividades do setor público estão em uma situação monopolística e, em muitos casos, seus produtos ou serviços são subsidiados. Comparações em relação a melhoramentos na qualidade vêm de padrões estabelecidos por outras partes do setor público ou mesmo do setor privado, sendo que padrões definidores dos serviços a serem oferecidos podem ofertar um útil *benchmark* para avaliação dos presentes serviços e para propor melhoramentos.

Por outro lado, Swiss (1992) defende a idéia de que iniciativas ortodoxas de gerenciamento da qualidade não são adequadas as organizações governamentais. Sendo quatro os problemas principais que emergem da tentativa de implementação de técnicas de gerenciamento da qualidade no setor público: 1) definição de consumidor; 2) serviços versus produto; 3) foco nos insumos e nos processos; e 4) cultura governamental.

Rago (1994), acredita também na dificuldade de se adaptarem programas de qualidade total às organizações públicas. O autor argumenta que quando se toma uma perspectiva mais estreita da qualidade total, ou seja, quando o nível de análise muda da organização como um todo para o departamento, pelo menos os primeiros três problemas apontados por Swiss (1992) podem ser vencidos. Entretanto, Rago (1994) identifica outros dois diferentes problemas: o primeiro seria o número de consumidores e o segundo a qualidade versus a quantidade. Sustenta o argumento em virtude da cultura organizacional.

A cultura organizacional entendida como um sistema de significados e sua relação com as propostas gerencialistas nas organizações públicas de

saúde (Vaitsman, 2001), esta relacionada à falta de uma cultura forte nas organizações do setor público, causada principalmente pela elevada rotatividade nas posições hierárquicas mais altas. Programas ortodoxos de gerenciamento de qualidade dependem de uma cultura organizacional fortemente voltada para os objetivos do programa de qualidade, seja ele formal ou não, o que implica um comprometimento de longo prazo dos administradores situados nos mais altos níveis da hierarquia organizacional com iniciativas visando à qualidade (Vieira et al., 2000).

No que diz respeito, ao problema denominado por Rago (1994) de “dilema qualidade x quantidade” as organizações públicas em função das restrições orçamentárias tem de enfrentar decisões como: aumentar o número de consumidores e atender parte de suas necessidades ou, ainda, aumentar o volume de necessidades atendidas dos consumidores já existentes.

Entretanto, embora haja diferenças em relação à natureza dos serviços ou produtos oferecidos pelo setor público os princípios do gerenciamento da qualidade continuam apropriados (Rees, 1992; Swiss, 1992; Rago, 1994).

Swiss (1992) defende que princípios de qualidade total, passíveis de aplicação no setor público seriam, por exemplo, *feedback* dos clientes, melhoramento contínuo e energização (*empowerment*) e se introduzidos sem a preocupação exclusiva de venda de imagem e com sensibilidade para as características singulares dos governos, a qualidade total adaptada pode trazer uma contribuição útil para a administração pública contemporânea.

Por outro lado nos últimos anos o gerenciamento da qualidade começou a receber crescente atenção do setor público. Na Grã-Bretanha várias organizações como a Prefeitura de Strathclyde, na Escócia, o Serviço Nacional de Saúde e o Serviço Penitenciário Escocês estão envolvidos em programas de gerenciamento da qualidade (Vieira, 1996). Na Espanha o Ministério do Saneamento e Consumo desenvolveu um plano de

gerenciamento da qualidade para o sistema de saneamento básico daquele país (Ferrándiz, 1996).

No Brasil, com a finalidade de solucionar os problemas enfrentados e atender aos questionamentos, o Governo Federal instituiu o Programa de Qualidade no Serviço Público. O programa se apresenta como um poderoso instrumento de cidadania, conduzindo agentes públicos à promoção de serviços públicos com qualidade mediante o exercício prático de uma administração pública transparente, participativa, orientada para resultados e preparada para responder às demandas sociais (Almeida, 2001).

O Programa de Qualidade no Serviço Público está em desenvolvimento nas organizações públicas brasileiras e é fundamentado na filosofia da gestão pela qualidade. O desafio desde a sua concepção está em tornar os cidadãos mais exigentes e elevar o padrão dos serviços. Contempla não apenas os que utilizam um serviço, ou seja, o cliente externo, como também os que executam esses serviços, os clientes internos. Dessa forma, as ações devem ser desenvolvidas no espaço em que a organização pública já se relaciona com os cidadãos, seja na condição de prestadora de serviços, seja na de executora das ações do Estado, daí se descortinando uma nova dimensão de suas finalidades.

Deve-se ressaltar que desde a década de 90, inicialmente com o Programa de Qualidade e Produtividade e o Programa de Qualidade na Administração Pública hoje denominado Programa de Qualidade no Serviço Público, o Governo vem fazendo esforços para a adoção de modelos que devidamente adaptados às diversas naturezas dos serviços que oferece, promovam as mudanças necessárias visando obter qualidade no atendimento ao cidadão.

Nesse sentido, inspirado no Prêmio Nacional da Qualidade, através dos seus Critérios de Excelência, o Governo Federal desenvolveu e disponibilizou uma metodologia focada em critérios de qualidade e excelência como: liderança, estratégias e planos, clientes, informação,

pessoas, processos e resultados, em cujos requisitos foram feitas adaptações com o objetivo de interpretar para o setor público os conceitos de gestão contemplados nesses modelos e, também, de preservar a natureza pública das organizações que integram o aparelho estatal brasileiro (Almeida, 2001).

A gestão pela qualidade é o instrumento para o alcance da dimensão política e, no sentido mais amplo, a cidadania. Abrange todas as esferas de alcance do serviço público. Constituem Diretrizes do Programa da Qualidade no Serviço Público:

1. Ações para a qualidade do atendimento;
2. Estabelecimento e divulgação de padrões de qualidade, para o atendimento ao cidadão;
3. Avaliação continuada de níveis de satisfação dos usuários dos serviços públicos;
4. Avaliação e implementação de melhorias contínuas de gestão;
5. Foco nos resultados e na qualidade dos gastos; e
6. Reconhecimento e premiação de organizações públicas que se destacarem por seu desempenho institucional.

Na saúde a qualidade é entendida como a sistematização de todos os seus processos, em todas as áreas e esferas de gestão, na busca da ética e da técnica, englobando, na pluralidade de ações, os procedimentos, interesses e motivações, para levar ao paciente conforto e bem estar, compensando-o dos sofrimentos que a doença traz. A marcha, no sentido de transformar o SUS de forma a legitimá-lo e trazer satisfação aos seus usuários e prestadores é muito lenta e ainda está longe do ideal de ser alcançado (Almeida, 2001).

CAPÍTULO VII – Estudos Empíricos

7.1 – A instituição e sua estrutura

O município de Florianópolis está situado na região leste do Estado de Santa Catarina e na área litorânea (Figura 11). Possui uma população de 360.601 habitantes (IBGE, 2002) e está dividida em 21 distritos, sendo 12 na região da ilha e 9 no continente. A economia é predominantemente ligada ao setor terciário, sendo o mais expressivo do estado. Além de ser sede do Governo do Estado abriga diversas representações federais, duas universidades públicas, sendo uma estadual e outra federal.

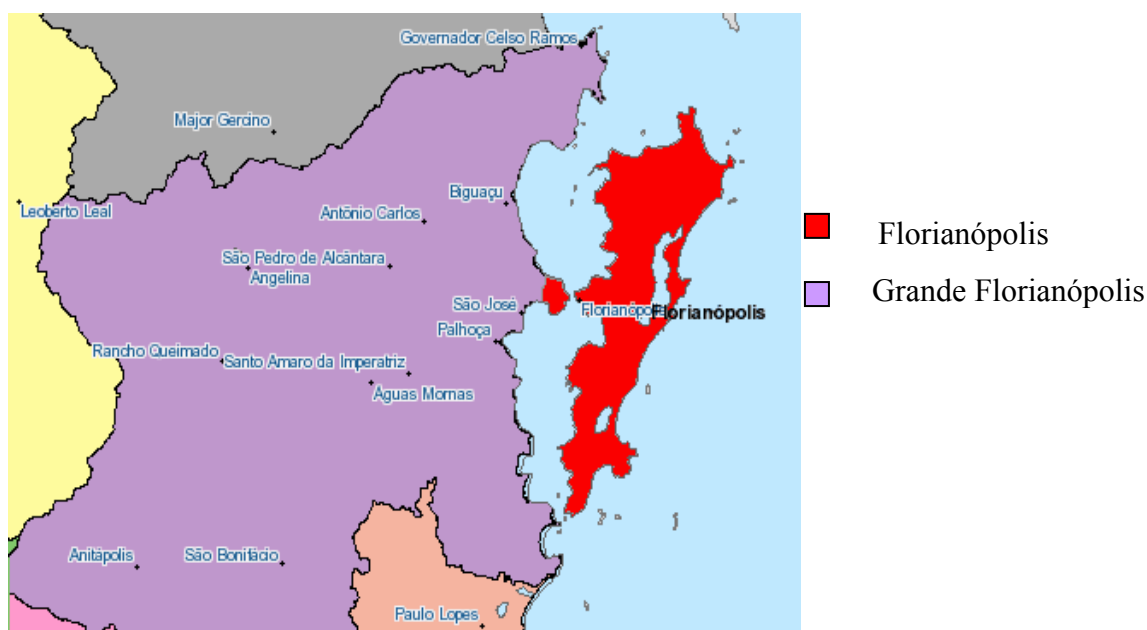


Figura 11 – Mapa da Região de Florianópolis (Grande Florianópolis, 2005)

Por outro lado, a Secretaria Municipal de Saúde, órgão vinculado a Prefeitura Municipal de Florianópolis, é responsável pelo planejamento, execução, controle e avaliação dos serviços de saúde pública oferecidos no município.

O município de Florianópolis conta com a atenção primária em uma divisão espacial da rede assistencial em seis setores de saúde, o nível central, 5 regionais e 48 unidades locais de saúde, divididos geográfica e demograficamente em regiões, dentro dos limites do município.

O nível primário de atenção à saúde conta com 48 Unidades Locais de Saúde, 01 Policlínica de Saúde, 01 Laboratório de Análise Clínica e 02 Centros de atenção psicossocial, sendo 01 para adultos e outro para crianças e adolescentes.

As Unidades Locais de Saúde possuem uma equipe básica profissional composta pelo médico clínico geral, um cirurgião-dentista, uma auxiliar de consultório odontológico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um técnico em enfermagem, que desenvolvem as atividades de clínica geral, odontologia, enfermagem a nível de atenção básica.

A Policlínica de Saúde que faz referência para as unidades locais de saúde de menor porte na sua área de abrangência, tanto em relação à atenção básica quanto em relação aos demais programas, serviços e atividades de cunho regional, são compostas por uma equipe multiprofissional.

Entretanto, deve-se ressaltar que para garantir a resolutividade na atenção à saúde, tanto individual quanto coletiva, a Secretaria Municipal de Saúde mantém convênio com a rede privada, bem como contrata outros serviços e instituições, a fim de complementar diagnóstico e tratamento inexistente na estrutura da rede pública.

Com relação aos profissionais pertencentes aos serviços públicos de saúde de Florianópolis, a Secretaria Municipal de Saúde gerencia 1.810 servidores distribuídos nas suas diversas unidades de saúde.

7.2 – Procedimentos para o levantamento dos dados

O presente estudo transversal caracteriza-se como uma pesquisa de campo e de caráter descritivo. A população do estudo foi composta por cirurgiões-dentistas, médicos, enfermeiros, os coordenadores das unidades locais de saúde e os coordenadores das regionais de saúde. Dos 192 questionários enviados, 86 retornaram. O número de questionário devolvidos preenchidos corresponde a 44,8% do total. A relação superior/subordinado foi definida de acordo com o organograma do município.

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, tendo sido aprovado por unanimidade no dia vinte e seis de setembro de 2005.

Os procedimentos realizados nesta pesquisa não apresentaram nenhum risco físico ou emocional, pois a mesma foi realizada a partir de formulários pré-elaborados, não gerando qualquer tipo de desconforto aos participantes.

Cada participante recebeu um número correspondente, garantindo-lhe desta forma, o absoluto anonimato, sendo esclarecidos dos objetivos do estudo e das implicações de sua participação. Receberam garantia de sigilo, anonimato e possibilidade de abandonar o estudo a qualquer momento. Os participantes que concordaram em fazer parte do presente estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo VI), permanecendo com uma cópia do mesmo. Somente após a assinatura deste termo foi realizada a pesquisa.

A metodologia, preferencialmente adotada, é a utilizada por Ronald K. Hambleton, Paul Hersey e Kenneth H. Blanchard (Hersey e Blanchard, 1986), através da Escala de Maturidade e por Joseph W. Keilty, Paul Hersey e Kenneth H. Blanchard (Hersey e Blanchard, 1986) com o Instrumento de Integração Maturidade e Estilo, sendo ambos adaptados para o português pelo Centro de Produtividade do Brasil (Queiroz, 1996).

A coleta de dados foi realizada em duas etapas, durante os meses de outubro e novembro de 2005. Em uma primeira etapa foram entrevistados os subordinados, ou seja, os cirurgiões-dentistas, os médicos, os enfermeiros e os coordenadores das unidades locais de saúde, sendo que os instrumentos utilizados foram: um protocolo denominado Inquérito de Nível de Satisfação, adaptado de Queiroz 1996, onde constarão: idade, profissão, tempo de serviço público, pós-graduação, etc., e questões relacionadas ao nível de satisfação do subordinado em relação a sua chefia imediata (Anexo I), e outro definido como Instrumento de Escala de Maturidade de Hersey e Blanchard (1986) (Anexo II), aplicado aos liderados, ou seja, cirurgiões-dentistas, médicos, enfermeiros e os coordenadores das unidades locais de saúde, e que possibilita aferir o grau de maturidade e o estilo de liderança mais apropriado a ser utilizado com esses profissionais.

Os liderados foram classificados de acordo com o grau de maturidade, sendo escolhido aleatoriamente um representante de cada um dos graus de maturidade, ou seja, M1, M2, M3 e M4 e de cada categoria profissional, entretanto os graus M1 e M2 não foram encontrados.

A segunda etapa consistiu na aplicação do protocolo Instrumento de Integração Maturidade e Estilo (Anexos III, IV, V e VI) aos líderes: os coordenadores das unidades locais de saúde, agora como chefe da unidade local de saúde e os coordenadores das regionais de saúde, considerando os seis indivíduos previamente classificados em M3 e M4, uma vez que este protocolo deve ser aplicado ao líder em função de um liderado em particular. Os coordenadores das regionais foram avaliados em função do coordenador da unidade local de saúde, ou seja, seu liderado direto, e este, por sua vez, foi avaliado em função dos seis profissionais com graus de maturidade diferentes. Este protocolo possibilita levantar o estilo do líder através da auto-avaliação, determinar o grau de maturidade do liderado e a aplicabilidade de um estilo voltado para a liderança situacional.

A integração destes dados possibilita identificar se a liderança situacional se faz presente ou não e qual o estilo de liderança mais adequado para cada nível de maturidade.

A opção pelo método proposto por Hersey e Blanchard (1986) se deu em função de ser bastante difundido e discutido em se tratando de estilo de liderança.

7.3 – Procedimentos para tratamento e interpretação dos dados

Os dados obtidos através dos protocolos: Instrumento Escala de Maturidade e de Integração Maturidade e Estilo, foram submetidos a uma análise descritiva, conforme as características dos dados.

Quanto a Escala de Maturidade (Anexo II) as responsabilidades principais foram avaliadas quanto a maturidade profissional e a maturidade psicológica em função de uma dimensão considerada a mais importante e podem alcançar notas de 1 a 8. A somatória das notas alcançadas nas 5 responsabilidades principais resultarão no resultado final. O resultado total de maturidade profissional e psicológica foi transferido para uma matriz que possibilitou determinar o grau de maturidade, bem como, o estilo de liderança mais adequado a ser utilizado por quem estivesse na supervisão para cada uma das categorias profissionais.

Com o protocolo Instrumento de Integração Maturidade e Estilo o líder foi avaliado em função de um subordinado e suas responsabilidades principais. O instrumento permite a identificação do estilo de liderança utilizado pelo líder em função de uma responsabilidade principal, bem como o grau de maturidade do liderado para este mesmo objetivo. Os dados identificados na parte I e II (Anexos III e IV) do protocolo foram transferidos para um Modelo de Liderança Situacional – parte III (Anexo V), onde foi identificado: o estilo de liderança utilizado e a amplitude de

maturidade do subordinado em cada uma de suas responsabilidades. Em seguida os dados levantados na parte III do protocolo foram transferidos para a Matriz de Integração entre Maturidade e Estilo (Anexo VI) a fim de determinar o estilo de liderança mais adequado para ser utilizado com o subordinado avaliado.

Por outro lado, o protocolo Inquérito de Nível de Satisfação (Anexo I) foi analisado através de uma análise descritiva e na busca por associações os dados, estes foram submetidos a testes estatísticos, entretanto, não foi encontrado associação estatisticamente significativa entre os dados.

7.4 - Resultados e Discussão

Inicialmente, caracterizou-se os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, onde variáveis como sexo, idade e estado civil foram pesquisadas.

Quanto ao sexo 72% da amostra foram do sexo feminino e os restantes 28% do sexo masculino, sendo que a maioria dos pesquisados (63%), declarou ser casada ou ter uma união estável, 29% solteiros e os demais (8%) viúvos ou separados. A figura 12 apresenta a distribuição percentual da amostra quanto ao estado civil, entretanto por categoria profissional.

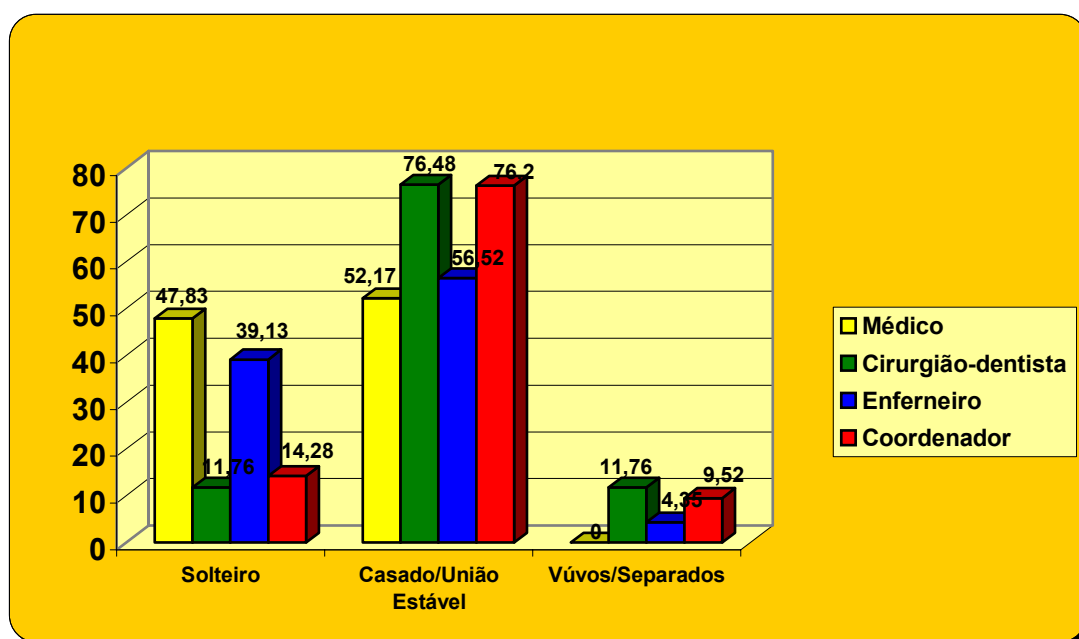


Figura 12: Distribuição percentual dos profissionais da amostra quanto ao estado civil, Florianópolis/SC/2005.

A idade da amostra pode ser considerada heterogênea, variando entre 20 e 60 anos de idade, sendo que 31% tem entre 20 e 30 anos de idade, 24% entre 30 e 40 anos, outros 24% entre 40 e 50 anos e 21% da amostra entre 50 a 60 anos. A figura 13 apresenta os demais percentuais.

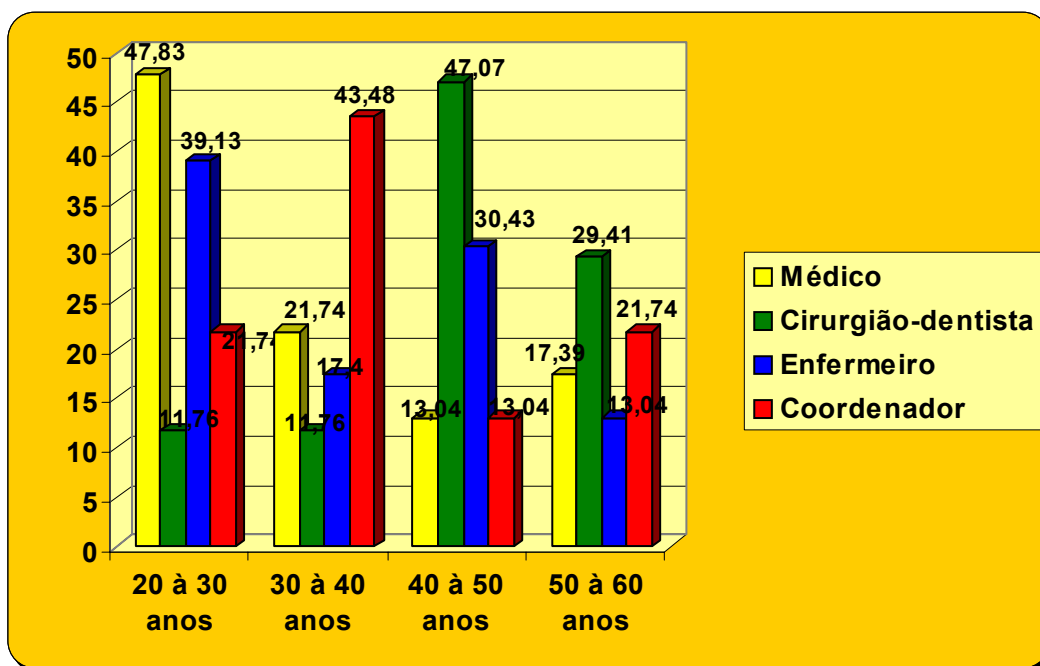


Figura 13: Distribuição percentual dos profissionais da amostra quanto a idade, Florianópolis/SC/2005.

A seguir variáveis como escolaridade, salário individual, regime de trabalho, cargo/função, foram pesquisados para se identificar o perfil profissional dos trabalhadores envolvidos na pesquisa. Quanto à formação profissional da equipe de saúde do município de Florianópolis 84% dos profissionais entrevistados declararam ter algum curso de especialização, 9% uma pós-graduação nível de mestrado ou doutorado. Com relação a cada uma das categorias profissionais observou-se que a categoria dos enfermeiros é que possui um número maior de indivíduos com especialização (91,13%), seguidos dos médicos (86,96%), dos coordenadores das unidades locais de saúde (82,6%) e dos cirurgiões-dentistas que com 70,59% é a categoria com menor número de profissionais especialistas. Entretanto, a amostra revelou que essa última

categoria é a que possui o maior número de profissionais com título de mestre ou doutor. Os demais percentuais são apresentados na figura 14.

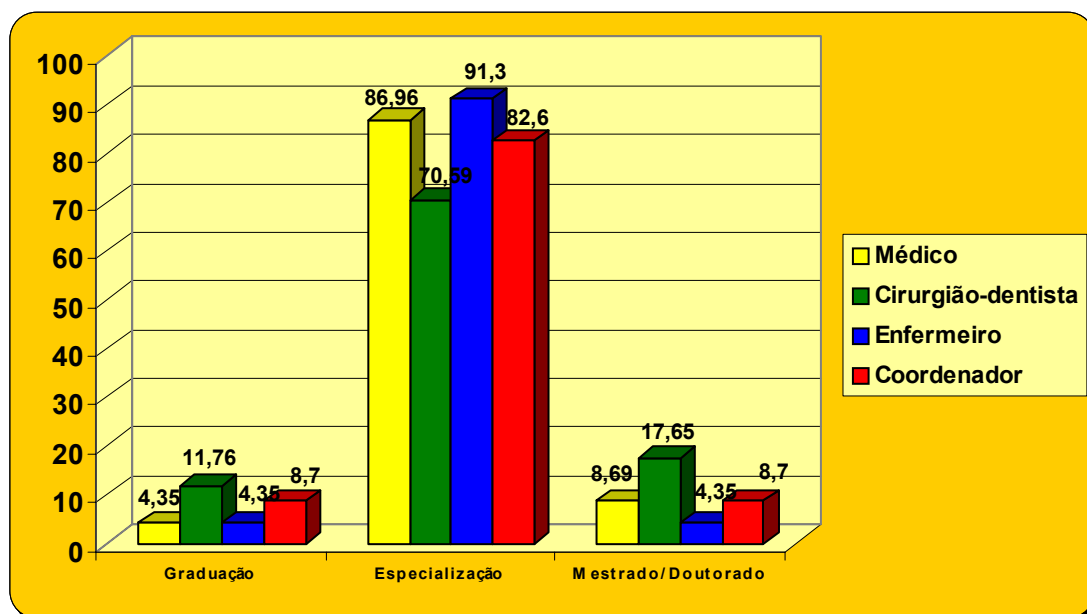


Figura 14: Distribuição percentual dos profissionais da amostra quanto a formação profissional, Florianópolis/SC/2005.

Os cursos de pós-graduação foram classificados quanto a sua aplicação em área clínica ou de saúde pública. Dos 84% dos profissionais que declararam possuir um título de especialista a maioria, (35%), tem pós-graduação em área de saúde pública, 27% em área clínica e os demais não especificaram. Observou-se que, mais uma vez, são os enfermeiros em maior número com especialização em saúde pública, pois 52,18% possui especialização nesta área contra 13,04% em área clínica. Quanto aos médicos, 43,48% especializaram-se na área de saúde pública e 34,74% em área clínica. Por outro lado, na categoria dos coordenadores das unidades locais de saúde há uma distribuição uniforme entre as áreas clínica (34,78%) e saúde pública (30,4%). Observou-se, também, que apenas 5,88% dos cirurgiões-dentistas tem pós-graduação em saúde pública, na área clínica foram 23,53% da amostra, entretanto 70,59% destes não especificaram a área do título de pós-graduação (figura 15).

O setor saúde no Brasil é considerado um sistema complexo que requer profissionais capacitados, com competências voltadas à gestão do SUS. Desta forma, apesar da maioria da amostra ter se especializado em saúde pública, ainda são muitos os profissionais sem essa formação, o que pode comprometer de forma direta ou indireta a atenção em saúde do município.

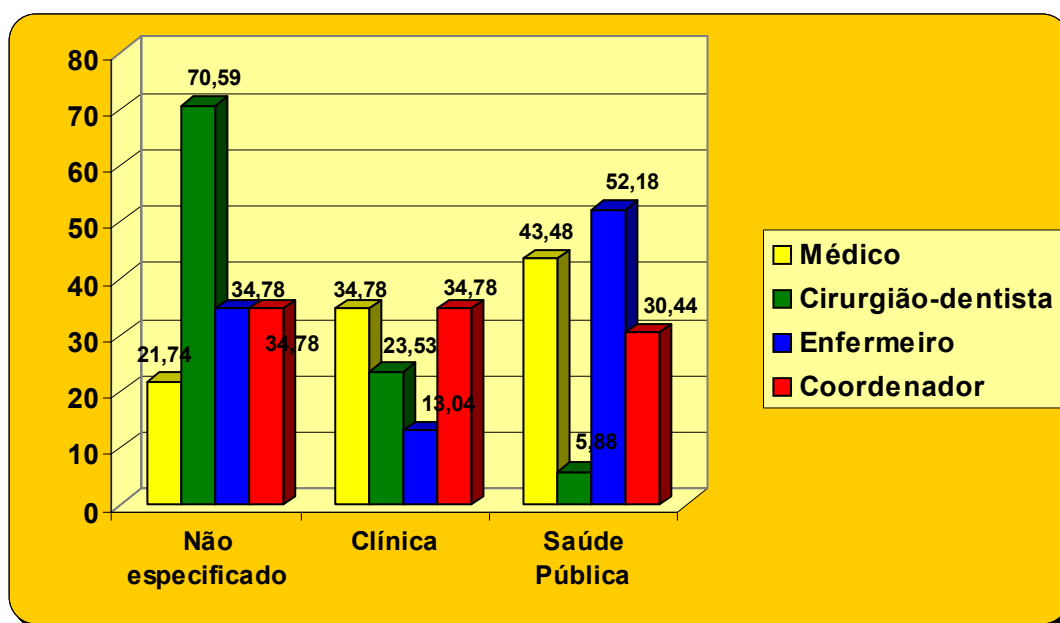


Figura 15: Distribuição percentual dos profissionais da amostra quanto a área da pós-graduação, Florianópolis/SC/2005.

O número expressivo de enfermeiros capacitados para atuar no serviço de saúde público parece se justificar quando avaliada a estrutura curricular do Curso de Graduação em Enfermagem e que oportuniza o estudo do SUS de forma mais detalhada, bem como conteúdos de administração de serviços de saúde, como também pelo mercado de trabalho.

Por outro lado, de acordo com as atuais Diretrizes Curriculares as instituições de ensino superior estão reestruturando os cursos de graduação em saúde. Esses procedimentos objetivam atender aos princípios do SUS e humanizar a atenção em saúde garantindo, a

princípio, o acesso da população a um serviço de qualidade através da substituição do modelo atual de ensino baseado em disciplinas independentes por uma nova proposta que visa a integralidade do conhecimento.

A iniciativa do Ministério da Educação, em concordância com a proposta do Ministério da Saúde, em reestruturar os currículos dos cursos de graduação em saúde, direciona para a formação de uma nova geração de profissionais e do futuro da atenção em saúde no país.

Quanto ao regime de trabalho, o predominante foi o efetivo (87%) com carga horária de 40 horas/semanais (82%). A maioria da amostra, 68%, possui uma renda mensal de mais de 8 salários mínimos, sendo a maioria médicos, 38%, seguidos dos Coordenadores da Unidade Local de Saúde com 27%, dos cirurgiões-dentistas 18% e dos enfermeiros com 17% (figura 16).

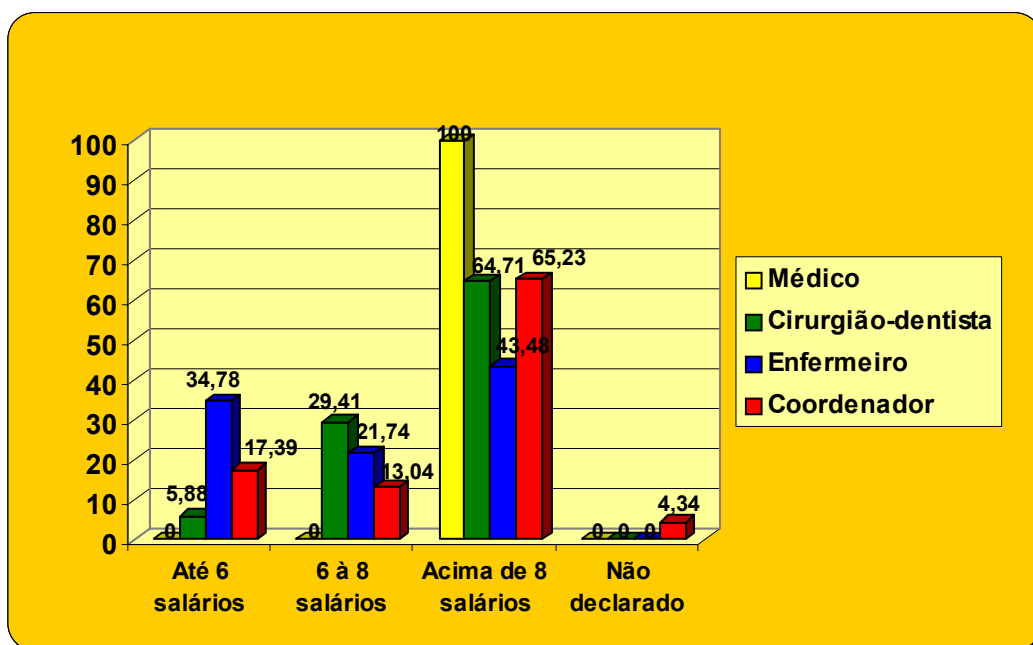


Figura 16: Distribuição percentual dos profissionais da amostra quanto a renda mensal, Florianópolis/SC/2005.

Com relação ao tempo de trabalho no serviço público de saúde a maioria da amostra, 40%, pertence a categoria de 10-30, ou seja, estão no serviço público à um tempo razoável e, provavelmente, habituados ao trabalho em serviços públicos de saúde. No cargo a mais de dois anos estão 31%, sendo que 5% nada declararam. Dentre os novatos os médicos aparecem em maior número, 58,53%, seguidos pelos enfermeiros. Já os mais antigos são os cirurgiões-dentistas, 82,35%. A figura 17 apresenta os demais percentuais.

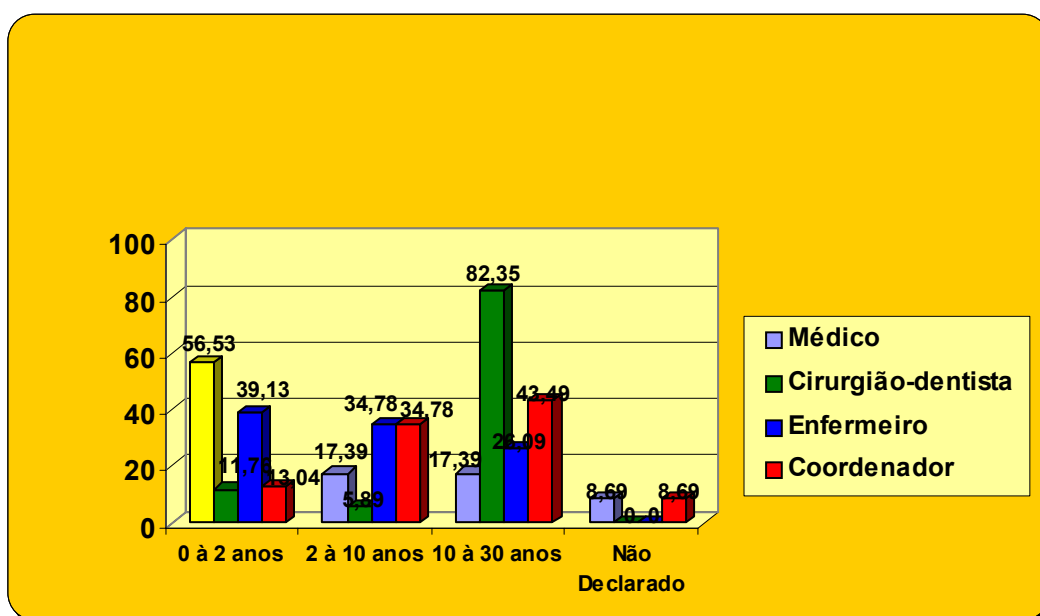


Figura 17: Distribuição percentual dos profissionais da amostra quanto ao tempo de serviço na Secretaria de Saúde de Florianópolis/SC/2005.

Quanto ao tempo de formação profissional 6% nada declarou, 25% está formado à 5 anos ou menos, 27% tem tempo de formado entre 5 e 15 anos, 23% entre 15 e 25 anos, 19% entre 25 e 35. Observou-se uma distribuição uniforme dos profissionais quanto ao tempo de formação profissional no nível de graduação (figura 18).

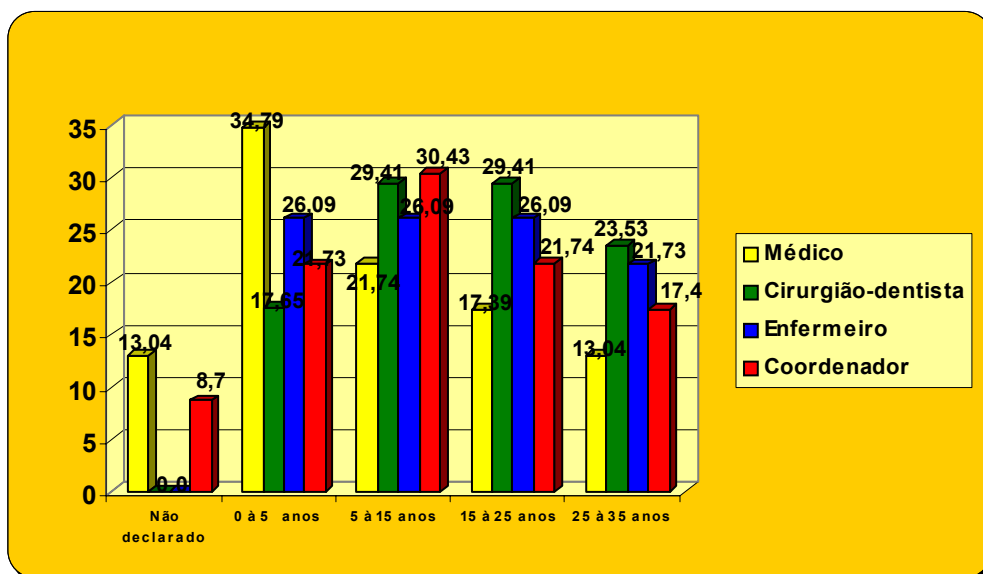


Figura 18: Distribuição percentual dos profissionais da amostra quanto ao tempo de formação no nível de graduação, Florianópolis/SC/2005.

Os testes estatísticos (qui-quadrado) não encontraram associação estatisticamente significativa entre os dados como: idade e formação profissional e renda; formação profissional e renda, tempo de serviço e tempo de formação profissional e, finalmente, renda e tempo de formação profissional.

No presente estudo o grau de maturidade dos liderados foi levantado através de uma auto-avaliação e de acordo com a metodologia proposta por Hersey e Blanchard (1986). Os dados demonstraram que parte da amostra, (20%), optou por não realizar a auto-avaliação. Já a maioria (60%) apresentou o grau de maturidade M4 (alta) e os demais, (20%) grau M3 (moderada +). Os graus de maturidade M1 (baixa) e M2 (moderada -) não foram encontrados, demonstrando que a maioria dos servidores públicos de saúde do município de Florianópolis possuem grau de maturidade onde há bastante ou muita capacidade e freqüente ou bastante disposição para o trabalho (figura 19).

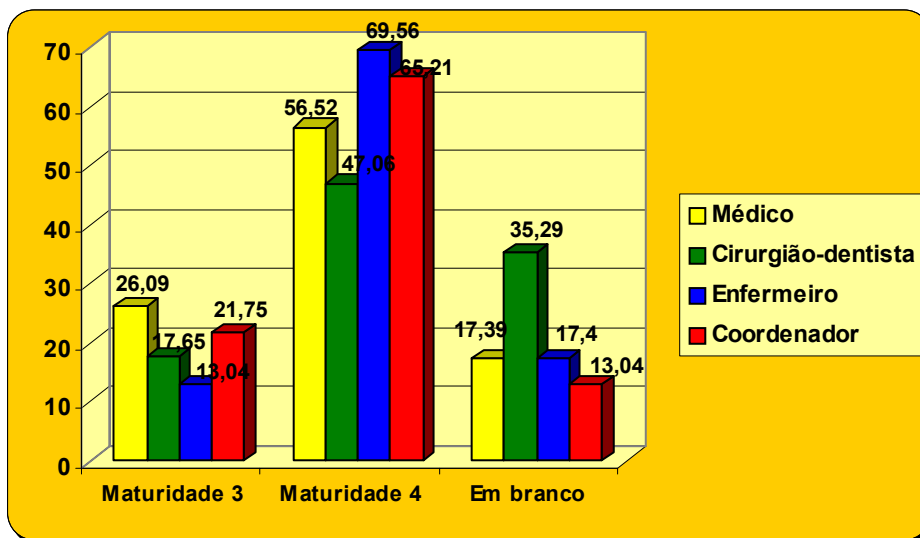


Figura 19: Distribuição percentual dos profissionais da amostra quanto ao grau de maturidade, Florianópolis/SC/2005.

Para Hersey e Blanchard (1986), a maturidade do subordinado avaliada em termos de grau de capacidade e interesse de fazer um bom trabalho é a principal característica da situação que qualquer líder enfrenta. Desta forma, quanto mais maduro o subordinado, menos intenso deve ser o uso de autoridade pelo líder e mais intensa a orientação para o relacionamento. Inversamente, a imaturidade deve ser gerenciada por meio do uso forte da autoridade, com pouca ênfase ao relacionamento (Maximiano, 2002).

Deve-se considerar que se o processo da liderança normalmente envolve um relacionamento de influência em duplo sentido, ou seja, orientado principalmente para o atendimento de objetivos mútuos, tais como aqueles de um grupo, organização ou sociedade. Assim a liderança não pode ser entendida apenas como um cargo do líder pois, também, requer esforços de cooperação por parte de outras pessoas, ou seja, dos liderados (Hollander, 1978).

Com relação a cada uma das categorias profissionais observou-se que 47,06% dos cirurgiões-dentistas são M4 e que 35,29% deles optaram por

não fazer a auto-avaliação; 56,52% dos médicos são M4 e 17% não realizaram o teste, porcentagem esta repetida no grupo de enfermeiros onde 69% são M4. Já quanto aos coordenadores das unidades locais de saúde o grau de maturidade M4 se repete para a maioria dos participantes (65%), onde 13% não participaram.

O alto grau de maturidade encontrado para a maioria da amostra em cada uma das profissões pode ser justificado, talvez, pelo fato de que os profissionais em sua área de atuação dominem bem o seu ofício. Assim, tornam-se de certa forma independentes, são maduros e com muita capacidade e, também, possuem disposição para exercer as suas tarefas.

Por outro lado, o fato da maioria da amostra ser considerada madura (M4), é uma variável bastante interessante como um fator interveniente no estabelecimento de uma gestão para qualidade nos serviços de saúde uma vez que, segundo Queiroz (1996), estes profissionais podem ser considerados trabalhadores de qualidade. Também, de acordo com a autora, é possível traçar uma ponte entre o perfil do trabalhador de qualidade e os níveis de maturidade do modelo de Hersey e Blanchard (1986). O comprometimento, a participação e a responsabilidade pressupõem bastante disposição e muita capacidade, ou seja, o trabalhador da qualidade é aquele que possui perfil M4 de maturidade. Contudo, a autonomia pretendida no trabalhador de qualidade está intimamente ligada a uma atitude de delegação do líder, ou seja, a um estilo de liderança E4 (Queiroz, 1996).

Os resultados encontrados indicam que os integrantes das equipes de saúde da rede pública de Florianópolis são maduros o suficiente para serem considerados trabalhadores de qualidade. Entretanto, por que os serviços de saúde pública, de um modo geral, não oferecem serviços considerados de qualidade? Este fato deve merecer uma análise mais aprofundada ao se buscar oferecer serviços públicos de saúde com qualidade.

O Modelo de Liderança Situacional proposta por Hersey e Blanchard (1986), ao utilizar o instrumento de pesquisa Escala de Maturidade

possibilita, ainda a identificação do estilo de liderança mais adequado a ser aplicado ao subordinado a partir do grau de maturidade. A liderança situacional, ou seja, o estilo de liderança mais adequado para a maioria (60%) é E4 – delegar, sendo que 20% da amostra requer o estilo E3 – compartilhar. Os estilos E2-persuadir e E1-determinar não foram encontrados uma vez que nenhum dos profissionais possui grau de maturidade M1 ou M2 (figura 20).

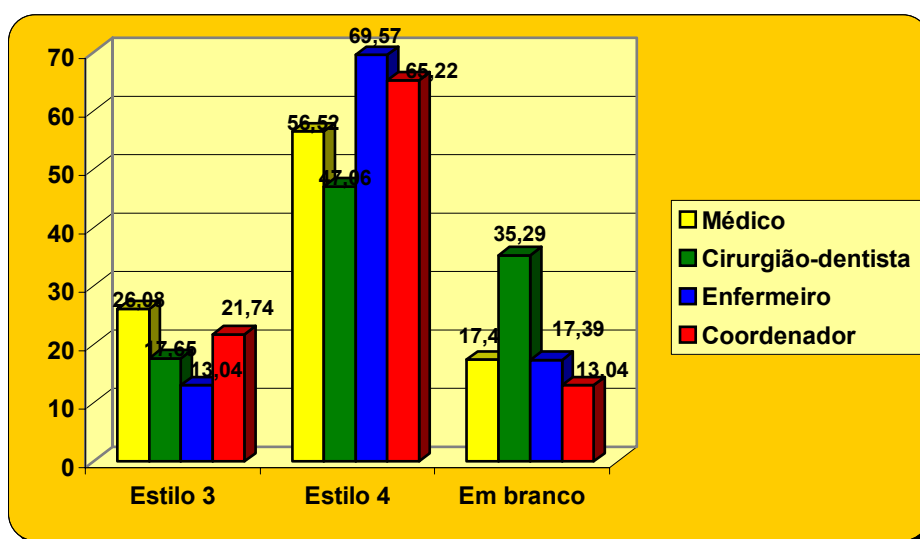


Figura 20: Distribuição percentual dos profissionais da amostra quanto ao estilo de liderança mais adequado a ser utilizado com o subordinado, Florianópolis/SC/2005.

Os dados indicam que em função do grau de maturidade da maioria dos profissionais da rede pública do município de Florianópolis ser M3/M4, ou seja, alta capacidade e muita disposição para o trabalho, os estilos de liderança mais adequados a serem adotados são: o estilo E3 – compartilhar (as decisões são tomadas em conjunto) e o estilo E4 – delegar (o líder transfere para o liderado a responsabilidade das decisões). Sendo assim o estilo de liderança situacional para as Unidades Locais de Saúde de Florianópolis de modo geral é o democrático, ou seja, voltado para

relacionamento uma vez que o estilo E3 – o comportamento do líder é direcionado para o relacionamento com pouca preocupação com a tarefa especificamente, ou seja, compartilha e o estilo E4 – delega.

Ao se buscar melhores modelos de gestão para qualidade não se deve apenas descobrir o melhor estilo de liderança, mas o estilo mais eficaz para determinada situação, onde o subordinado deixa de ser um agente passivo e passa a ser um agente ativo, em função do seu grau de maturidade.

Com a finalidade de identificar a utilização da liderança situacional no serviço público de saúde do município de Florianópolis, ou seja, a liderança eficaz, foi utilizado o instrumento Integração Maturidade e Estilo de Hersey e Blanchard (1986).

Após a aplicação do instrumento Escala de Maturidade os profissionais médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros foram classificados de acordo com o grau de maturidade identificado. Os graus de maturidade encontrados foram M3 e M4, não tendo sido encontrado graus de maturidade M1 e M2, ou seja, um médico, um cirurgião-dentista, um enfermeiro M3 e outro M4.

O instrumento Integração Maturidade e Estilo de Hersey e Blanchard (1986) foi aplicado a chefia direta (Coordenadores das Unidades Locais de Saúde) dos profissionais considerados M3 e M4.

Observou-se que 50% dos líderes utilizam um estilo de alta probabilidade de correspondência, ou seja, liderança situacional. Entretanto, 34% dos líderes adotam excesso de liderança, pois os liderados apresentam altos níveis de maturidade e os líderes utilizam estilos E3 – compartilhar e E2- persuadir num grau maior do que o necessário. Os outros 16% utilizam pouca liderança, pois os subordinados apresentam níveis baixos de maturidade e o líder adota os estilos E3 – compartilhar e E4 – delegar mais do que é adequado (tabela 1).

Profissional	Grau de maturidade	Estilo mais adequado	Estilo adotado pelo líder	Liderança Situacional	Integração Maturidade Estilo
Médico	M3	E3	E3	E3	EAPC
Médico	M4	E4	E3	E4	EL
CD	M3	E3	E3	E3	EAPC
CD	M4	E4	E3	E4	EL
Enfermeiro	M3	E3	E4	E3	PL
Enfermeiro	M4	E4	E4	E4	EAPC

Tabela 1: Distribuição dos profissionais quanto o grau de maturidade, estilo de liderança adequado, estilo de liderança adotado e liderança situacional.

Os Coordenadores das Unidades Locais de Saúde quando analisados como subordinados foram classificados quanto o grau de maturidade, sendo que 22% dos coordenadores são M3 e 65% tem grau de maturidade M4 e 13% optou por não realizar a auto-avaliação (figura 21).

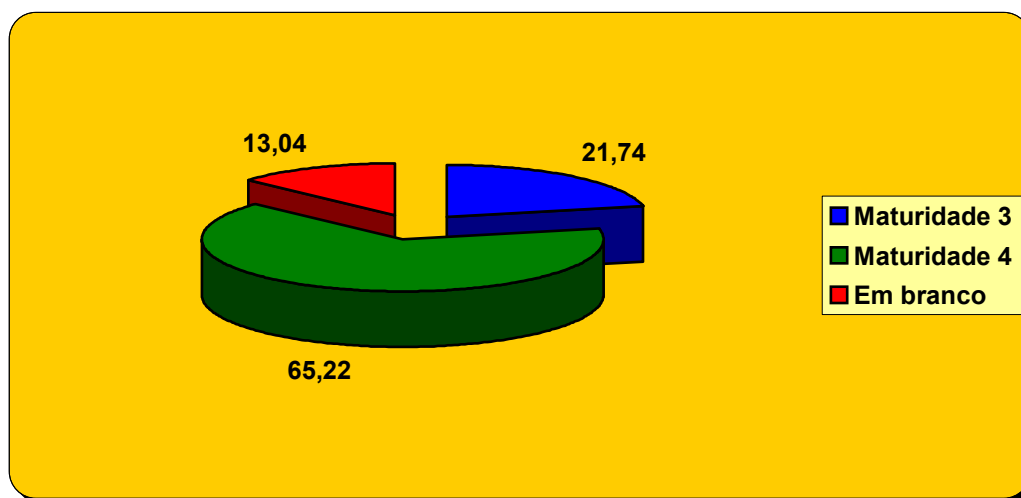


Figura 21: Distribuição percentual dos Coordenadores das Unidades Locais de Saúde quanto ao grau de maturidade, Florianópolis/SC/2005.

A partir do grau de maturidade foi possível levantar o estilo de liderança adotado pela chefia imediata dos coordenadores, ou seja, os Coordenadores das Regionais de Saúde.

As regionais de saúde do município de Florianópolis num total de 5, estão distribuídas em: Regional Sul, Continente, Centro, Leste e Norte. Desta forma, o instrumento Integração Maturidade e Estilo (Hersey e Blanchard, 1986) foi aplicado, onde o coordenador da regional foi avaliado em função do seu subordinado, ou seja, Coordenador da Unidade Local de Saúde e do grau de maturidade do mesmo. Assim, os 5 Coordenadores das Regionais de Saúde foram avaliados em função de outros 5 coordenadores de unidades locais, sendo um coordenador com grau de maturidade M3 e os demais com grau de maturidade M4.

Observou-se que apenas 20% dos líderes (Coordenadores de Regional) adotam estilo de alta probabilidade de correspondência, ou seja, liderança situacional e que a maioria (60%) utiliza excesso de liderança uma vez que o seu subordinado (Coordenador de Unidade Local) tem níveis elevados de maturidade e o líder usa estilos E3 - compartilhar e E2 - persuadir num grau maior do que o necessário (tabela 2).

Regionais	Grau de Maturidade de	Estilo mais Adequado	Estilo adotado pelo líder	Liderança Situacional	Integração Maturidade Estilo
Regional 1	M3	E3	E3	E3	EAPC
Regional 2	M4	E4	E3	E4	EL
Regional 3	M4	E4	E3	E4	EL
Regional 4	M4	E4	E3	E4	EL
Regional 5	M4	E4	E3	E4	EL

Tabela 2: Distribuição dos líderes (coordenadores regionais) e liderados (coordenadores das unidades locais) quanto o grau de maturidade, estilo de liderança adequado, estilo de liderança adotado e liderança situacional.

O Modelo de Liderança Situacional proposto por Hersey e Blanchard (1986), adotado como metodologia desta pesquisa tem sido utilizado por muitos estudiosos da liderança. Os dados encontrados por Galvão (1995), evidenciaram correspondência de opinião entre líder e liderado sobre o estilo de liderança exercido pelo enfermeiro. Foi constatado que os enfermeiros empregavam, prioritariamente, com o pessoal auxiliar estilos

de liderança diretivos (E2/persuadir e E1/determinar), sendo que o pessoal auxiliar indicou o estilo diretivo (E1) seguido de um estilo participativo (E4). Os sujeitos participantes indicaram ainda que em função do grau de maturidade do pessoal auxiliar, o líder deveria adotar os estilos de liderança E3 (compartilhar) e E4 (delegar), ou seja, havia excesso de liderança. Resultados semelhantes foram encontrados por Silva (2005), onde o estilo de liderança mais exercido pelo enfermeiro foi E3 (compartilhar). Quanto ao estilo de liderança que o enfermeiro deveria adotar em função do grau de maturidade dos liderados, houve o predomínio do E4 (delegar), sugerindo que os liderados pesquisados apresentavam nível de maturidade alto (M4). Dados estes semelhantes aos encontrados neste estudo uma vez que no nível de coordenação regional é o excesso de liderança que predomina.

Entretanto, apesar de a liderança situacional se fazer presente para a maioria da amostra, ou seja, no nível de coordenação local em 50% e no nível de coordenação regional em 20%, um obstáculo terá de ser superado na busca pela qualidade, uma vez que o excesso de liderança predomina seja no nível de coordenação local (34%) ou no de coordenação regional (80%).

Este obstáculo se apresenta uma vez que, o perfil do líder da qualidade difere muito do papel do gerente tradicional. O primeiro delega e o segundo centraliza. O líder da qualidade não possui a postura de executor mas a de servidor. As suas atribuições deixam de ser comandar, controlar e executar e passam a ser delegar autoridade e responsabilidade, debater e ouvir sugestões, compartilhar os objetivos, informar e apoiar, ou seja, o comportamento do líder é voltado para as relações e não para a tarefa, não havendo o excesso de liderança.

Pode-se dizer ainda, que o líder da qualidade possui duas atribuições principais: 1) a de preparar para a delegação; e 2) a de delegar de fato. Estas duas tarefas exigem habilidade e preparo. A delegação exige capacidade de comunicação e de reconhecimento, sendo que a condução do processo de amadurecimento envolve basicamente o treinamento nos

preceitos de liderança situacional (Queiroz, 1996). Sendo assim, o desafio está em treinar os líderes da Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis para serem líderes da qualidade através da utilização de liderança situacional.

Os testes estatísticos não encontraram associação estatisticamente significativa entre o grau de maturidade e o estilo de liderança e os dados pessoais.

Finalmente, os profissionais do sistema de saúde do município de Florianópolis foram avaliados quanto ao nível de satisfação em relação a chefia imediata. A maioria, 55%, considera bom o trabalho do chefe imediato, 31% considera excelente e 13% razoável, ou seja, 86% dos profissionais estão satisfeitos com a atuação da chefia (figura 22).

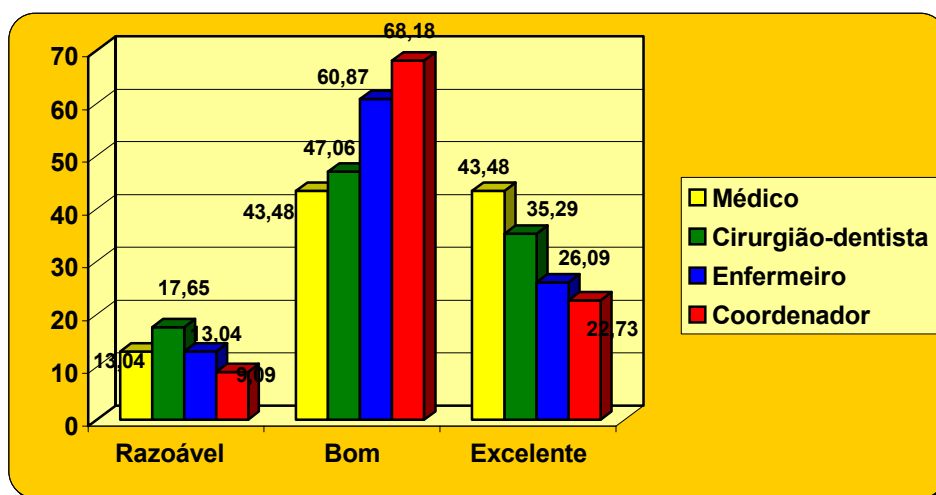


Figura 22: Distribuição percentual dos profissionais da amostra quanto ao nível de satisfação dos subordinados em relação a chefia, Florianópolis/SC/2005.

Considerando as características de cada um dos cargos dos profissionais pesquisados observa-se que são os médicos que apresentam um maior nível de satisfação com a chefia, uma vez que 43,48% deles a consideram excelente. Os cirurgiões-dentistas (47,06%), enfermeiros

(60,88%) e os coordenadores das unidades locais de saúde (68,18%), consideraram o trabalho da chefia bom.

A maioria dos participantes (55%) atribuíram notas de 6 a 8, 31% as notas 9 e 10 e os outros 14% as notas de 3 a 5. O conceito péssimo, ou seja, notas 1 e 2 não foram encontradas.

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a nota dada e os dados pessoais dos participantes como o cargo, tempo de serviço, tempo de formado, renda e grau de maturidade.

A nota atribuída quando combinada com as quatro questões sobre a relação subordinado/chefia, determinam o nível de satisfação do subordinado com a sua chefia imediata, e parece também, justificar o conceito final atribuído pelos subordinados à chefia, que pode ser péssimo, regular, bom ou excelente. Desta forma, observou-se que para uma nota baixa é preciso ter baixa confiança na chefia, a menor preocupação do líder é com a produção, contudo tem-se um bom relacionamento pessoal, ou seja, o subordinado insatisfeito valoriza a confiança na chefia, bem como uma maior preocupação com a produção. Entretanto, para uma nota alta deve haver muita confiança na chefia, o líder deve valorizar mais a qualidade preocupando-se menos com a produção e deve existir um ótimo relacionamento inter-pessoal. Sendo assim, os subordinados satisfeitos confiam na chefia, tem um ótimo relacionamento buscando a qualidade em detrimento da produtividade.

Observou-se que um bom relacionamento inter-pessoal não impede a avaliação baixa, contudo é indispensável para se alcançar uma avaliação alta. Os dados encontrados indicam que a satisfação pode ser alcançada junto a atual equipe de saúde das diversas Unidades Locais de Saúde do município de Florianópolis uma vez que a confiança na chefia seja aumentada, bem como o grau de preocupação do coordenador com a produção.

A confiança na chefia aparece como um fator importante para se alcançar a satisfação, contudo parece ser comprometida pela própria cultura e clima organizacional, uma vez que os cargos de chefia da

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis são por nomeação e transitórios, ou seja, enquanto durante a permanência do Secretário de Saúde ou enquanto o mesmo assim desejar.

Por outro lado, os indivíduos satisfeitos na sua maioria são mulheres com idade entre 20 e 30 anos, casadas ou com união estável, com tempo de serviço público que varia entre 10 e 30 anos, carga horária de 40hrs semanais e efetivas, renda mensal de mais de 8 salários mínimos com especialização na área de saúde pública e grau de maturidade M4 (maduras). Entretanto, os indivíduos insatisfeitos diferem dos satisfeitos na idade, estes tem entre 30 a 40 anos de idade e especialização em área clínica ou de gestão de recursos humanos.

Não houve associação estatisticamente significativa entre o nível de satisfação e o grau de maturidade.

A satisfação com a chefia pode influenciar na capacidade do indivíduo (liderado) em aceitar ou não a liderança, bem como na possibilidade de crescimento e amadurecimento deste subordinado. Segundo Fiedler (1967), a aceitação do subordinado pode inclusive direcionar o estilo de liderança em situações de grupo que sejam ou muito favorável ou muito desfavorável em relação aos líderes, sendo que estes tendem a se sair melhor quando são orientados para a tarefa. Por outro lado, em situações com grau intermediário de favorabilidade frente ao líder, estes tendem a apresentar um melhor desempenho quando orientados para as relações. Isto indica que o reconhecimento do contexto onde a liderança será exercitada é parte importante para se obter uma liderança eficaz.

Não foi encontrada associação estatisticamente significante entre o nível de satisfação dos subordinados com a chefia e o estilo de liderança, o que a princípio nega a hipótese deste trabalho. O sistema de saúde é tido como um dos mais complexos da sociedade contemporânea (Mintzberg, 1994), ou seja, o trabalho do profissional de saúde é altamente especializado e de difícil mensuração, sendo que a autonomia é necessária para executá-lo, gerando um ambiente propício ao conflito e desta forma indispensável um processo de negociação.

Por outro lado, para os gestores de saúde gerar compromisso, participação e adesão dos seus colaboradores para um projeto governamental que aumente a responsabilidade institucional com relação aos resultados e que produza mudanças na organização da assistência é o maior desafio a ser enfrentado na busca de serviços de saúde de qualidade (Azevedo, 2002).

A discussão sobre a influência do fenômeno da liderança nos serviços públicos de saúde é, ainda, incipiente. A complexidade e a singularidade dos serviços saúde no Brasil exige profissionais capacitados, com competências voltadas para a gestão da qualidade do SUS.

7.5 - Sugestões para as Instituições

Os resultados do presente estudo permitem elaborar sugestões com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, abrangendo aspectos como: carreira, treinamento e desenvolvimento da equipe e dos gestores para que as variáveis intervenientes no fenômeno da liderança e da motivação sejam utilizadas de forma adequada:

- ✓ Adotar mecanismos para que os gestores reconheçam e recompensem o bom desempenho do servidor, de tal forma que possa ascender no exercício da sua profissão;
- ✓ Implementar estratégias com o objetivo de evitar conflitos como: a baixa confiança e a insatisfação da equipe em relação à chefia;
- ✓ Promover a ascensão aos cargos de chefia através da meritocracia evitando que o preenchimento dos mesmos sejam temporários e de confiança;
- ✓ Promover a capacitação das equipes para a atuação em grupos multiprofissionais;
- ✓ Evitar a interrupção de projetos;
- ✓ Implementar programas de treinamento e desenvolvimento, voltados para a gestão para qualidade e para liderança situacional; e
- ✓ Estimular a realização de pesquisas sobre a gestão de serviços públicos de saúde e suas variáveis, oportunizando com isso, o entendimento deste complexo sistema, como também as possibilidades disponíveis para o seu aperfeiçoamento.

CAPÍTULO VIII - Conclusões

Existe um reconhecimento da importância do fenômeno da liderança nos processos de mudança, uma vez, que a aplicação de um estilo eficaz de liderança permite que o gestor alcance os objetivos desejados num ambiente de harmonia e respeito a todos. Desta forma, as dificuldades existentes para o desenvolvimento dos processos de mudanças nas organizações de saúde, exigem a compreensão da liderança como elemento fundamental.

Sendo assim, o presente estudo possibilita concluir que:

- As equipes de profissionais das Unidades Locais de Saúde da Secretaria de Saúde do município de Florianópolis são qualificadas, pois 93% dos profissionais têm uma pós-graduação. Entretanto, apenas 35% são na área de saúde pública;
- A maioria da amostra (60%) foi considerada madura, grau maturidade M4, e 20% têm uma maturidade moderada M3; e
- O estilo de liderança mais adequado para 60% dos servidores é o estilo E4 – delegar, e para 20% estilo E3 – compartilhar.

Por outro lado, os dados apresentados indicam que quanto ao estilo de liderança:

- No nível de coordenação local – a liderança situacional está presente em 50% dos casos, excesso de liderança em 34% e pouca liderança em 16% dos casos; e
- No nível de coordenação regional – a liderança situacional se faz presente em apenas 20% dos casos, predominando o excesso de liderança para 80%.

Observa-se ainda, com relação ao nível de satisfação, que 86% dos profissionais estão satisfeitos com o desempenho da chefia, sendo que os indivíduos satisfeitos com a chefia têm alta confiança na mesma, priorizam uma supervisão orientada para qualidade do serviço, bem como um ótimo relacionamento inter-pessoal.

Por sua vez, os indivíduos insatisfeitos têm baixa confiança na chefia, um bom relacionamento inter-pessoal e acreditam que a chefia deveria dar maior atenção à produção. Sendo assim, a satisfação pode ser alcançada uma vez que a confiança na chefia seja aumentada, e a supervisão orientada para a produção.

Por outro lado, os resultados do presente estudo parecem indicar, a princípio, que em virtude das características das tarefas executadas pelos diferentes profissionais pesquisados possibilitarem uma atuação independente, ou seja, não necessitem de uma supervisão direta da chefia, o fenômeno da liderança não seria uma variável importante na qualidade em serviços de saúde. Nada mais equivocado; pois é justamente em ambientes organizacionais como este que a liderança se torna indispensável, uma vez que, segundo Hersey e Blanchard (1986), trata-se de uma atividade de influenciar pessoas fazendo-as empenhar-se voluntariamente em objetivos de grupo. Desta forma, mesmo que executando tarefas diferentes os profissionais constituem a equipe de saúde do município que tem como objetivo de grupo a prestação de serviços de saúde com qualidade.

Finalmente, com relação aos líderes no nível de Coordenação Local ou Regional das Unidades Locais de Saúde se observa a necessidade, através de treinamento e desenvolvimento gerencial, de se trabalhar os conceitos de gestão para qualidade e liderança situacional, oportunizando com isso o crescimento profissional e o fortalecimento da equipe de saúde.

CAPÍTULO IX - Referências

ALBINO, C. et al. A saúde e seus custos: como passar do caos a qualidade. **RAS**. v.4, n.14, p. 17-20, jan/mar. 2002.

ALMEIDA, H. M. de S. Programa de qualidade do governo federal aplicado à saúde. **RAS**. v.3, no. 12, jul-set, 2001.

AKTOUF, O. Leadership interpellable et gestion mobilisatrice. **Gestion**. Montreal, 1990.

ARAÚJO, H. E. Desigualdades, mudanças demográficas recentes e perfil epidemiológico como variáveis políticas de saúde – uma análise regional. In: NEGRI e G GIOVANNI. **Brasil: radiografia da saúde**. São Paulo: Unicamp. pg. 515-528. 2001.

ARGYRIS, C. **Management and organizational development**. McGraw-Hill, 1971.

AZEVEDO, C. S. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.7, n. 2. 2002.

BACON, K. Além da capacitação: desenvolvimento de líderes para o setor público. **Revista do Serviço Público**. Ano 50, n. 4. p. 83-93. out/dez. 1999.

BANKS, J. **Principles of Quality Control**. New York: John Wiley. 1989.

BECKHARD, R. **Desenvolvimento organizacional: estratégias e modelos**. São Paulo: Edgard Bücher, 1972.

BENNIS, W. **Desenvolvimento organizacional: natureza, origens e perspectivas**. São Paulo: Edgard Blücher, 1972.

BENNIS, W; NANUS, B. **Líderes: estratégias para assumir a verdadeira liderança**. São Paulo: Habra, 1998.

BERGAMINI, C. W. Liderança: a administração do sentido. **Rev. de Adm. de Emp**. v.34, n.3, p.102-114. 1994.

BERTALANFFY, L von. The teory of open systems in physics and biology. **Science Review**, 1947.

BISCAIA, J. A. Líder. **T&D**. ano XI, ed 125, 2003.

BLAKE, R. R; MOUTON, J. S. **O novo grid gerencial**. São Paulo: Pioneira, 1986.

BURNS, T; STALKER, G. M. **The management of innovation**. London: Tavistock, 1961.

CAIADO, A. S. C. Pesquisa municipal unificada: instrumento para o estudo da gestão municipal. **São Paulo em Perspec**. v.17, n.3-4, jul-dez.2003.

CONGER, J. A. The necessary art of persuasion. **Harvard Business Review**, may-june, p.84-95, 1998.

CUNHA, M. P.; CUNHA, J. V.; DAHAB, S. Gestão da qualidade: uma abordagem dialética. **RAC**. Edição Especial, p. 197-215. 2001.

DALE, B. G.; BOADEN, R. J.; LASCELLES, D. M. Total quality management: an overview. In: DALE, B. G. **Managing quality**. Londres: Prentice-Hall, 1994.

DE LUCCA NETO, D. Liderança Global. **T&D**. ano 13, ed 138. 2005.

DEMERS, C. Lê changement radical vu de l'interieur: la diffusion stratégique dans les organizations complexes. **Gestion**. Montreal, 1991.

DEMING, W. E. **Qualidade: a revolução da administração**. Rio de janeiro: Saraiva, 1990.

DUARTE et al. **Epidemiologia das desigualdades no Brasil**. Organização Pan-Americana de saúde, Brasília. 123p. 2002.

DUTRA, J. O ambiente da liderança. **T&D**. ed.138, ano 13. 2005.

DRUCKER, P. F. **As novas realidades**: no governo e na política, na economia e nas empresas, na sociedade e na visão do mundo. 3 ed. São Paulo: Pioneira. 1993.239p.

ETIZIONI, A. Dual leadership in complex organization. **American Sociological Review**, v.30, n.5, p.688-698, oct. 1965.

_____. **Organizações complexas**. São Paulo: Atlas, 1977.

FAYOL, H. **Administração industrial e geral**. 9ª ed. São Paulo: Atlas, 1977.

FERRÁNDIZ, V. R. Plan de calidad total en el sistema sanitario: gestión de la calidad total. **Revista de Indicadores da Qualidade e Produtividade**, p. 106-123, 1992.

FERREIRA, A. A; REIS, A. C. F; PEREIRA, M.I. **Gestão empresarial: de Taylor aos nossos dias**. São Paulo: Pioneira, 1997.

FIEDLER, F. **A theory of leadership effectiveness**. New York: McGraw – Hill Book Company, 1967.

FORD, H. O rei do automóvel revolucionou a indústria e mudou o estilo de vida da América e do mundo. **Dinheiro**, São Paulo, n.29, 1998. (Coleção Biografias de Grandes Empresários).

GALVÃO, C. M. **Liderança Situacional: uma contribuição ao trabalho do enfermeiro – líder no contexto hospitalar**. Ribeirão Preto. USP. 1995. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1995.

GARVIN, D. A. **Managing quality: the strategic and competitive edge**. New York: The Free Press, 1988.

GARCES, A.; SILVEIRA, J. P. Gestão pública orientada para resultados no Brasil. **RSP**. Ano 53, n.4, p. 53-75, out/dez. 2002.

GASTAL, F. L; LEITE, S. O. Prevenção e assistência psiquiátrica sob o enfoque de qualidade: uma contribuição à discussão científica do tema. **ABP-APAL**. v.14, n.4, p.159-167, out-dez, 1992.

GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

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

HILL, S. How do you manage a flexible firm: the total quality model. **Work, Employment and Society**. v. 5, n.3, p.395-415, 1991.

HOLLANDER, E. P. **Leadership - a practical guide to efective relationships**. New York: The Free press, 1978.

HOROVITZ, J. **Qualidade de serviço: a batalha pela conquista do cliente**. Trad. Brandão, E. São Paulo: Nobel, 1993.

INJOSA, R. M; FARRAN, N. Qualidade em serviços públicos: um caso de mudança. **Rev. de Adm. Pub.** 28(4):76-96, out-dez.1994.

JURAN, J. M. **A qualidade desde o projeto: novos passos para o planejamento da Qualidade em produtos e serviços**. São Paulo: Pioneira, 1992.

_____. **Juran na liderança pela qualidade**. São Paulo: Pioneira, 1990.

KATZ, D; KAHN, R. L. **The social psychology of organization**. New York, John Wiley & Sons, 1966.

KOUSES, J. M, POSNER, B. Z. **The leadership challenge**. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.

KWASNICKA, E. L. **Teoria geral da administração**. São Paulo: Atlas. 1989.

LEWIN, K. **Teoria de campo em ciência social**. São Paulo: Pioneira, 1965.

LIKERT, R. **Novos padrões de administração**. 2ª ed. São Paulo: Enio Matheus Guazzelli, 1979.

LUCHESE, P. T. R. Eqüidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**. V. 8, n.2, 2003.

MACHADO, M. H. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. **RAP**. 34(4):133-46, jul/ago. 2000.

MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no estado de São Paulo. **RAE**, v.41, n.3, jul/set. 2001.

MASLOW, A. H. **Motivation and personality**. New York: Harper & Row Publishers, 1970. p.371-397.

McCLELLAND, D. C. **The achieving society**. Princeton: Van Nostrand, 1961.

McGREGOR, D. **O lado humano da empresa**. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

MARCH, J. G; SIMON, H. A. **Organizations**. New York: John Wiley, 1958.

MAXIMIANO, A. C. A. **Teoria geral da administração: da revolução urbana à revolução digital**. São Paulo: Atlas. 2002.

MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTTI, R. **A saúde no Brasil: análise do período de 1996 a 1999**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília. 2001.

MENDES, E. V. A. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINTZBERG, H. **Managing the care of health and the cure of disease**. Montreal. 1994.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

NBR ISO 8402/94. **Gestão da Qualidade e Garantia da Qualidade – Terminologia**.

NEVES, J. F; NEVES, M. C. P. **Qualidade e sustentabilidade. Seropédica**: Embrapa Agrobiologia. 2000.

NEWCOMER, K. E. A preparação dos gerentes públicos para o século XXI. **RSP**. Ano 50, n.2, p.5-17, abr/jun. 1999.

NOGUEIRA, L. C. L. **Gerenciamento pela qualidade total**. Belo Horizonte: F.D.G., 1996.

OLIVEIRA, G. **Desenvolvimento organizacional: teoria e diagnóstico**. Rio de Janeiro: FGV, 1979.

PAIVA, G.; MIRANDA, P. R. A essência dos líderes. **T&D**. Ano XI, ed. 125. 2003.

PALADINI, E. P. **Gestão da qualidade no processo**: a qualidade na produção de bens e serviços. São Paulo: Atlas. 1995. 286p.

_____. **Gestão da qualidade** – teoria e prática. São Paulo: Atlas. 2000. 330p.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. A conceptual model o service quality and its implications for future research. **Journal of Marketing**. V. 49, p.41-50, 1985.

QUEIROZ, S. H de. **Motivação dos quadros operacionais para a qualidade sob o enfoque da liderança situacional**. Florianópolis. UFSC. 1996. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção). Curso de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

RAGO, W. V. Adapting total quality management to government: another point of view. **Public Administration Review**, v.54, n.1, p. 61-64, 1994.

REES, J. L. Managing quality in public services. In: DUNCAN, C. **The evolution of public management: concepts and techniques for the 1990s**. London: MacMillan, 1992.

REGIS FILHO. G. I. **Lesões por esforços repetitivos em cirurgiões-dentistas: aspectos epidemiológicos, biomecânicos e clínicos – uma abordagem ergonômica**. Florianópolis. UFSC. 2000. Tese (Doutorado em Engenharia da Produção). Curso de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

SABEL, C. **The second industrial device: possibilities for prosperity**. New York: Basic Books, 1984.

SANTANA, J. P. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). **Organização Panamericana de Saúde**, OPAS, Brasília. 1997.

SENGE, P. M. **The leader`s new work: Building learning organizations**. Sloan Management Review, Fall, 1990.

SILVA, B. **Taylor e Fayol**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 4 ed. 1974.

SILVA, M.A.da. **Aplicação de liderança situacional na enfermagem de centro cirúrgico**. Ribeirão Preto. USP. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Eanfermagem da Universidade de São Paulo, 2005.

SIMON, H. A. **A Administrative behavior**. New York. 1947.

SIMON, H. A. **The new science of management decision**. Englewood Cliffs, Prentice-Hall. 1977.

SOUBA, W. W. The job of leadership. **J of surgical research**. 80, 1-8. 1998.

SPECTOR, P. E. **Psicologia nas organizações**. São Paulo: Saraiva. 2004.

SWISS, J. E. Adapting total quality management to government. **Public Administration Review**. v.52, n.4, p. 356-362, 1992.

TAYLOR, F. W. **Princípios de administração científica**. São Paulo: Atlas, 1979.

TANNENBAUM, R; SCHIMIDT, W. H. How to choose a leadership pattern. Harvard **Business Review**, p. 166, may/june. 1973.

VAITSMAN, J. Gerencialismo, cultura e expectativas entre servidores públicos de saúde. **RAP**. 35(1):29-47, jan/fev. 2001.

VAN WART, M. Public-sector leadership theory: an assessment. **Public Administration Review**. V. 63, n.2, mar/apr. p.214-228. 2003.

VECINA NETO, G.; TERRA, V. A universidade e a formação de recursos humanos na gestão da saúde. **RAP**. 32(2): 185-94, mar/abr. 1998.

VENDRAMINI, P. **Liderança e mudança organizacional: as categorias essenciais do líder facilitador**. UFSC. 2000. Dissertação (Mestrado em

Engenharia). Curso de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

VIANA, S. M.; NUNES, A.; SANTOS, J. R. S.; BARATA, R. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

VIEIRA, M. M. F.; CALADO, S. M. R.; MORAIS, D. G. V.; ARAÚJO, S. M. M.; LEÃO, F. P. S. Indicadores de qualidade na administração municipal: um estudo exploratório na prefeitura da cidade de Recife. **RAC**, v. 4, n.1, jan/abr. 2000, p.69-91.

VIEIRA, M. M. F. Quality without quality management: an exploratory research in a public organization. In: **XX ENCONTRO ANNUAL DA ANPAD** (1996: Angra dos Reis). Anais...Rio de Janeiro: ANPAD, 1996^a. v. Organizações II.

VROOM, V. H. **Work and motivation**. New York: John Wiley & Sons. 1964.

WALSH, K. Qualità e servizi publici. **Problemi di Amministrazione Pubblica**. Napoli, 18 (1), mar. 1993.

WEBER, M. Os fundamentos da organização burocrática: uma construção do tipo ideal. In: CAMPOS, E. **Sociologia da burocracia**. Rio de Janeiro: Zahar. 4 ed. 1978.

Referências Consultadas

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

DMITRUK, H. B. **Cadernos metodológicos: Diretrizes da metodologia científica**. 5^a.ed. Chapecó: Argos, 2001.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 2^a. ed. São Paulo: Atlas, 1998

ANEXO I**Inquérito de Nível de Satisfação****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA – DOUTORADO EM
ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA**

Prezado Colega:

Estamos enviando a todos os cirurgiões-dentistas, médicos e enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis o presente questionário, que pretende compreender melhor sua satisfação em relação a sua chefia imediata.

As respostas deste questionário serão utilizadas em nossa Tese de Doutorado em Odontologia - Área de Concentração em Odontologia em Saúde Coletiva.

As repostas aos questionários nos permitirão elaborar sugestões adequadas objetivando contribuir para que dirigentes públicos reconheçam a importância do capital humano, propiciando um ambiente salutar, que seja favorável ao desenvolvimento e a modernização da máquina pública, para que possamos prestar um serviço ágil e de qualidade e que atenda as demandas populacionais.

Por outro lado, este formulário não objetiva identificar o entrevistado mas obter respostas verdadeiras e precisas que externem seus sentimentos sobre a sua satisfação para com sua chefia imediata.

Salientamos que sua colaboração é imprescindível para o sucesso de nosso trabalho e antecipadamente agradecemos ao Colega por atender nossa solicitação.

Cordialmente,

Dayane Machado Ribeiro, CD

Nome: _____

1. Identificação

- 1.1 Sexo: 1. () masculino 2. () feminino 1.2 Idade: _____ anos
- 1.3 Estado Civil: 1. () solteiro 2. () casado 3. () viúvo 4. () divorciado
5. () União Estável

1.4 Residência (Cidade): _____

2. Perfil Profissional

2.1 Escolaridade: () Especialização. Qual (is)? _____
 () Mestrado () Doutorado () Pós-Doutorado

2.2 Renda Individual: () Até 2 Salários Mínimos
 () De 2 a 4 Salários Mínimos
 () De 4 a 6 Salários Mínimos
 () De 6 a 8 Salários Mínimos
 () Acima de 8 Salários Mínimos

2.3 Regime de trabalho: () Estatutário/Efetivo
 () Contrato por Tempo Limitado

2.4 Carga Horária Diária Total de Trabalho: _____

2.5 Tempo de serviço na Prefeitura Municipal de Florianópolis: _____ anos.

2.6 Moradia: () própria () alugada () outra

2.7 Ano de Graduação: _____

2.8 Cargo/Função: _____

3. Nível de Satisfação

1. Dê uma nota de 1 a 10 para sua chefia imediata, fazendo um círculo no algarismo correspondente.

Péssimo	Razoável	Bom	Excelente
_____	_____	_____	_____
1	2 3 4 5	6 7 8	9 10

2. Como você avaliaria o trabalho que está sendo realizado por sua chefia imediata?

() Péssimo () Razoável () Bom () Excelente

3. Que confiança você deposita em sua chefia imediata?

() Nenhuma () Pouca () Muita () Total

4. Qual parece ser a **maior** preocupação da sua chefia imediata?

Produção Qualidade Relacionamento Interpessoal

5. Qual parece ser a **menor** preocupação da sua chefia imediata?

Produção Qualidade Relacionamento Interpessoal

6. Como você avaliaria a relação pessoal entre você e a sua chefia imediata?

Péssima Razoável Boa Excelente

ANEXO II

ESCALA DE MATURIDADE

Auto-avaliação

O propósito deste formulário de auto-avaliação é ajudá-lo a determinar sua própria maturidade.

Maturidade refere-se ao desejo e a capacidade de uma pessoa em direcionar seu comportamento no trabalho para um objetivo ou responsabilidade em particular. Desejo e capacidade referem-se a maturidade psicológica e maturidade profissional, respectivamente.

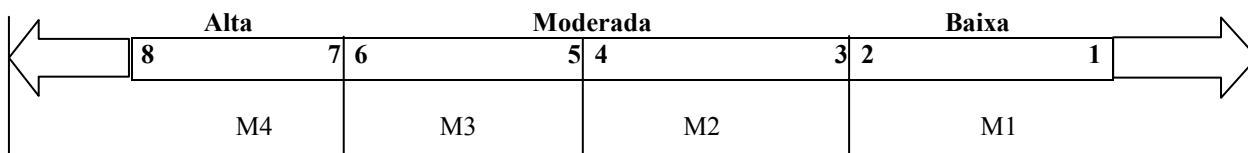
Desde que seu nível de maturidade dependerá do objetivo particular, sua tarefa será provar percepções de sua maturidade no desempenho de cada objetivo.

Antes de preencher o formulário de avaliação é essencial que você reflita sobre o seu desempenho anterior no que diz respeito à qualidade do resultado do trabalho e atitudes. Pense em projetos específicos e ocasiões nesses projetos nem que você estava extremamente contente ou descontente consigo mesmo. Pense, também, em como você tipicamente se percebe em termos de realização de cada objetivo.

Instruções

Escreva seu nome, cargo e a data de hoje no alto da folha de resposta de **ESCALA DE MATURIDADE**. A seguir, faça o seguinte:

1. Selecione até cinco dos seus objetivos mais importantes e escreva-os nos espaços correspondentes, na parte superior da folha de resposta.
2. Considerando apenas o primeiro objetivo, selecione as dimensões de maturidade profissional mais importantes, entre as fornecidas, e as dimensões de maturidade psicológica mais importantes, também, entre as fornecidas, e “avalie-se” em cada uma delas, usando a seguinte escala:



- Suas avaliações, variando de 1 a 8, devem ser colocadas na folha de resposta. Para ajudá-lo nas avaliações, cada área é definida com exemplos de maturidade “alta e baixa”.
 - Esteja seguro de que suas avaliações baseiam-se em suas observações do seu próprio comportamento.
 - Uma vez concluídas as 10 avaliações, some suas avaliações de maturidade profissional e maturidade psicológica e coloque nos espaços correspondentes.
3. Repita a mesma tarefa de avaliação para cada objetivo adicional, um de cada vez.
 - Lembre-se de que você pode escolher dimensões de maturidade diferentes (5 profissional e 5 psicológica) para cada objetivo, se você achar conveniente proceder dessa forma.
 4. Concluída a avaliação, passe para a parte de interpretação do resultado e siga as instruções para interpretar os resultados apurados na folha de respostas.

INTERPRETAÇÃO DOS DADOS REFERENTE A ESCALA DE MATURIDADE

O que significam os resultados em termos de estilos de liderança?

A fim de determinar a maturidade global e o estilo de liderança mais adequado para alguém que o estivesse supervisionando, baseado na sua auto-avaliação, cumpra os passos abaixo apresentados.

1. Utilize a matriz de dados abaixo, como segue:

Localize o quadro que contém a combinação de resultados de **MATURIDADE PROFISSIONAL** e **MATURIDADE PSICOLÓGICA** em que você se avaliou em cada responsabilidade:

- No canto inferior esquerdo do quadrado: designação da sua **MATURIDADE GLOBAL**, para aquela responsabilidade.
- No canto superior direito do quadrado: estilo de liderança com maior probabilidade de êxito, para aquele nível de maturidade.

Coloque as designações de **MATURIDADE GLOBAL** e **ESTILO DE LIDERANÇA** no local apropriado da folha de resposta.

Exemplo: Suponha que você receba resultado de 27 em **MATURIDADE PROFISSIONAL** e de 24 em **MATURIDADE PSICOLÓGICA**, para um objetivo em particular. De acordo com a matriz de dados, a sua **MATURIDADE GLOBAL** seria M3 e o estilo de liderança mais adequado a ser usado é E3 (alta ênfase no relacionamento e baixa ênfase na tarefa).

MATRIZ DE DADOS

M A T U R I D A D E P S I C O L Ó G I C A	M4	E2 PRO 6 a 12 PSC 33 a 40 M2	E2/3 PRO 13 a 22 PSC 33 a 40 M2/3	E3/4 PRO 23 a 32 PSC 33 a 40 M3/4	E4 PRO 33 a 40 PSC 33 a 40 M4
	M3	E2 PRO 6 a 12 PSC 23 a 32 M2	E2/3 PRO 13 a 22 PSC 23 a 32 M2/3	E3 PRO 23 a 32 PSC 23 a 32 M3	E3/4 PRO 33 a 40 PSC 23 a 32 M3/4
	M2	E1/2 PRO 6 a 12 PSC 13 a 22 M1/2	E2 PRO 13 a 22 PSC 13 a 2 2 M2	E2/3 PSC 23 a 32 PSC 13 a 22 M2/3	E2/3 PRO 33 a 40 PSC 13 a 22 M2/3
	M1	E1 PRO 6 a 12 PSC 6 a 12 M1	E1/2 PRO 13 a 22 PSC 6 a 12 M1/2	E2 PRO 23 a 32 PSC 6 a 12 M2	E2 PRO 33 a 40 PSC 6 a 12 M2
		M1	M2	M3	M4

MATURIDADE PROFISSIONAL

ANEXO III

INTEGRAÇÃO DE MATURIDADE E ESTILO

Avaliação do Superior

O propósito deste instrumento é ajudá-lo a determinar sua percepção da correspondência entre o estilo liderança que você está usando com um de seus subordinados e o nível de maturidade que ele apresenta.

O estilo de liderança representa a sua percepção do comportamento que você adota quando tenta influenciar o comportamento do subordinado. A maturidade refere-se a capacidade e ao desejo do subordinado em relação ao desempenho de um objeto ou responsabilidade particular.

PARTE I – ESTILO DE LIDERANÇA

Para determinar sua percepção do estilo de liderança que você está usando com um de seus subordinados, faça o seguinte:

- Escreva seu nome, cargo e a data de hoje e o nome do subordinado nos espaços abaixo. Selecione então de 1 a 6 dos principais objetivos ou responsabilidades deste subordinado e escreva-os nas colunas numeradas acima das quatro descrições de estilo liderança, da parte inferior direita.
- Se você pretende compartilhar as informações deste instrumento como orientação para o subordinado, recomendamos reunir-se com ele antes de usar a integração de maturidade e estilo e chegar a um acordo sobre os principais objetivos. Liste os objetivos do mais importante (primeiro) ao menos importante (último).
- Para cada um dos objetivos principais siga o seguinte processo: 1) leia as quatro descrições do estilo de liderança abaixo. Dentre os quatro selecione o estilo que você sente que mais se aproxima da descrição do seu comportamento usual com aquele subordinado em relação ao objetivo. Esse é o seu estilo de liderança principal; 2) Seu estilo principal vem a ser o estilo que você usa a maior parte do tempo quando seu subordinado está trabalhando naquele objetivo. Se, basicamente, este é o único estilo importante que você usa, basta então que você coloque um “P” sob o objeto considerado. Sem, no entanto, há uma outra dentro das quatro descrições que você, freqüentemente, usa em relação ao objetivo em consideração coloque um “S” em frente daquele estilo. Este é seu estilo secundário. Você pode designar para cada objetivo somente dois estilos: um estilo principal (P) e um estilo secundário (S).

Nome: _____ Cargo: _____ Data: _____

Nome do Subordinado: _____

/	/	/	/	/	
1	2	3	4	5	
					1. Dá instruções específicas e supervisiona estreitamente o desempenho.
					2. Explica suas decisões e da oportunidade de esclarecimento.
					3. Compartilha idéias e o processo decisório.
					4. Concede a responsabilidade pelas decisões e pela implantação.

ANEXO IV

PARTE II - MATURIDADE

Para determinar o nível de maturidade deste subordinado em termos de cada um dos objetivos anteriormente mencionados, faça o seguinte:

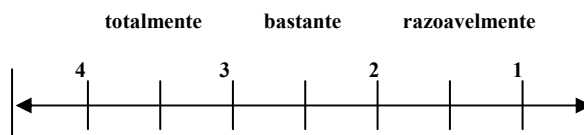
1. Transfira os objetivos que você escreveu na Parte I para os correspondentes espaços numerados na Parte II;
2. Note que duas escalas, uma medindo capacidade e a outra medindo desejo, aparecem à direita de onde você escreveu cada objetivo; e
3. Avalie cada um dos objetivos escolhidos, independente nas duas escalas, fazendo um círculo em torno de números situados em ambos os lados de cada algarismo.

Objetivo pouco		totalmente bastante razoavelmente
Responsabilidade.	Este subordinado é capaz: Tem o conhecimento e a habilidade necessária.	
<hr/>		
pouco	Este subordinado tem o desejo: tem a motivação e a auto-confiança necessá- rias.	
<hr/>		
Objetivo pouco		totalmente bastante razoavelmente
Responsabilidade.	Este subordinado é capaz: Tem o conhecimento e a habilidade necessária.	
<hr/>		
pouco	Este subordinado tem o desejo: tem a motivação e a auto-confiança necessá- rias.	
<hr/>		
Objetivo pouco		totalmente bastante razoavelmente
Responsabilidade.	Este subordinado é capaz: Tem o conhecimento e a habilidade necessária.	
<hr/>		
pouco	Este subordinado tem o desejo: tem a motivação e a auto-confiança necessá- rias.	
<hr/>		

Objetivo
pouco
Responsabilidade. Este subordinado é capaz:
Tem o conhecimento e a
habilidade necessária.



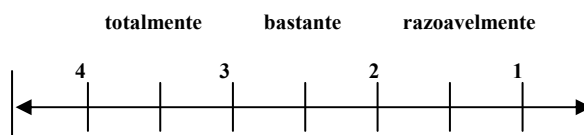
Este subordinado tem o
desejo: tem a motivação e
a auto-confiança necessá-
rias.



Objetivo
pouco
Responsabilidade. Este subordinado é capaz:
Tem o conhecimento e a
habilidade necessária.



Este subordinado tem o
desejo: tem a motivação e
a auto-confiança necessá-
rias.



ANEXO V

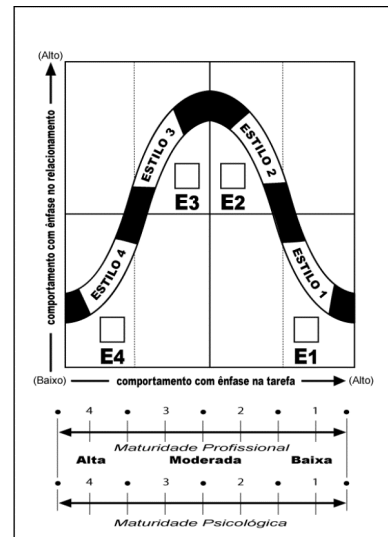
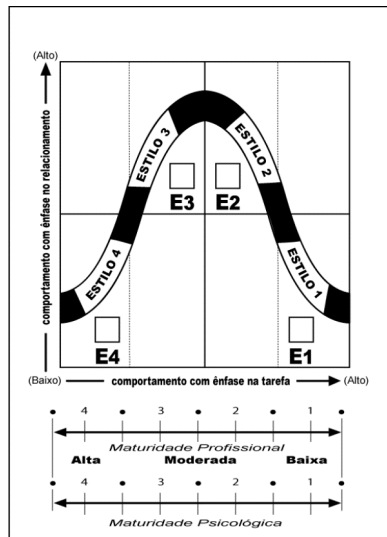
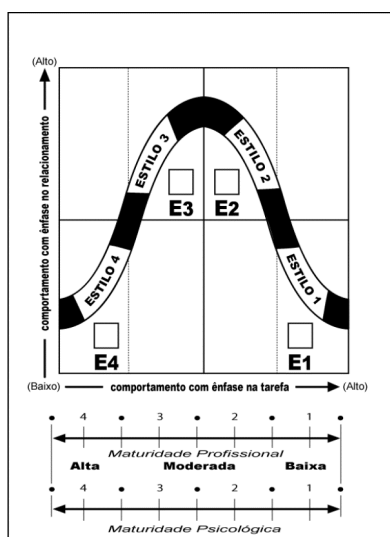
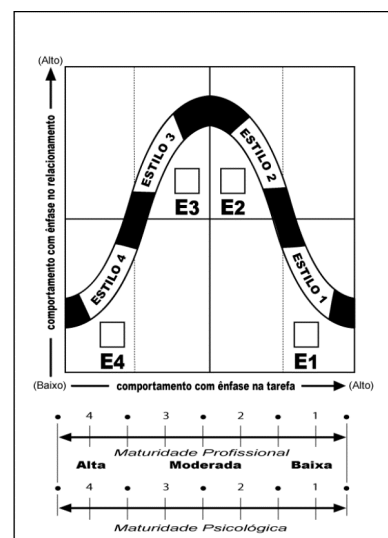
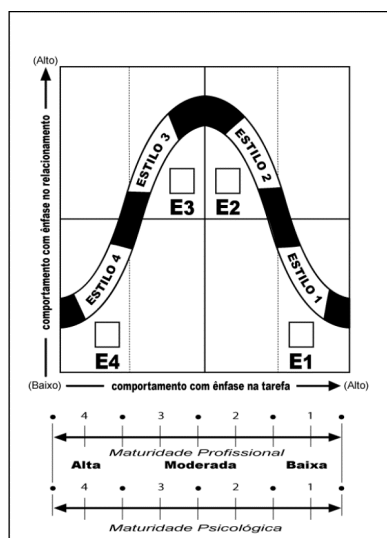
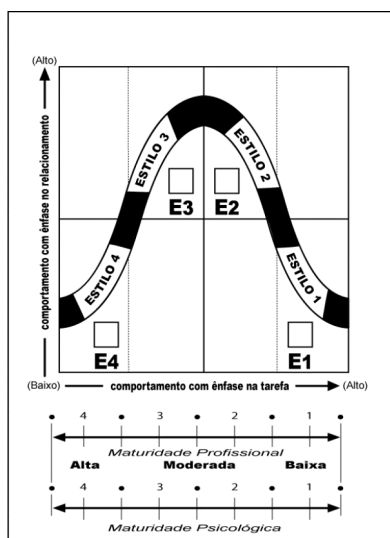
PARTE III - INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Para cada objetivo que você esteja analisando em relação a este subordinado na Parte I e na Parte II você encontrará um modelo de liderança situacional na Parte III. Ao combinar seus dados da Parte I e da Parte II use o modelo numerado na Parte III correspondente ao objetivo considerado e faça o seguinte:

1. Transfira as designações da Parte I para estilo principal (P) e estilo secundário (S), se for o caso, colocando as nos quadradinhos apropriados em cada um dos modelos de liderança situacional e seguir. A numeração das descrições tem a seguinte correspondência com os estilos modelos de liderança:

Descrição 1 = E1 (estilo um) **Descrição 3 = E3 (estilo três)**
Descrição 2 = E2 (estilo dois) **Descrição 4 = E4 (estilo quatro)**

2. Agora transfira s avaliações de maturidade feitas para este subordinado quanto a cada objetivo na Parte II, fazendo um círculo no local apropriado na parte inferior dos modelos de liderança situacional correspondente da Parte III; e
3. Trace uma linha ligando as suas avaliações quanto a maturidade profissional e a maturidade psicológica em cada um dos modelos de liderança situacional, para demonstrar a amplitude de maturidade desta pessoa em cada um seus principais objetivos.



ANEXO VI

MATRIZ DE INTEGRAÇÃO ENTRE MATURIDADE E ESTILO

A fim de determinar, com base em suas avaliações, o **ESTILO DE LIDERANÇA** mais adequado que você deveria adotar com este subordinado, em relação a cada um dos principais objetivos, utilize a Matriz de Integração entre maturidade e estilo da seguinte forma:

1. Para o Objetivo 1 localize, na matriz, o resultado de maturidade profissional e psicológica no eixo horizontal e o resultado de maturidade psicológica no eixo vertical;
2. Trace uma linha imaginária a partir dos resultados de maturidade profissional e psicológica que você localizou na matriz. O quadrado onde essas duas linhas se encontrarem indica o estilo, ou estilos, adequado que você deveria estar adotando com este subordinado em termos deste objetivo específico. Na matriz, os estilos estão indicados pela anotação E1 = estilo 1, E2 = estilo 2, E3 = estilo 3, E4 = estilo 4;
3. Anote com um X no modelo de Liderança Situacional 1, o quadrante identificado pela matriz como sendo o estilo adequado para o objetivo 1; e
4. Repita este procedimento para o restante dos objetivos.

Compare a anotação gerada pela matriz, com as designações de estilo principal e secundário feitas anteriormente para cada objetivo. Esta comparação permite que você verifique se está adotando “excesso de liderança”, “pouca liderança” ou um “estilo de alta probabilidade de correspondência”.

Excesso de liderança é quando o subordinado tem níveis elevados de maturidade e o líder usa os estilos 3 e 2 num grau maior do que o necessário. “Pouca liderança” é quando o subordinado tem níveis baixos de maturidade mas o líder está adotando os estilos 3 e 4 mais do que seria adequado. Um estilo de alta probabilidade de correspondência ocorre quando o estilo que está sendo utilizado tende a corresponder com os níveis de maturidade apresentado.

MATRIZ DE INTEGRAÇÃO ENTRE MATURIDADE E ESTILO

MATURIDADE PSICOLÓGICA		4	E4	E4	E4	E3E4	E3	E3	E2E3	E2	E2
			E4	E4	E4	E3E4	E3	E2E3	E2	E2	E2
			E4	E4	E3E4	E3	E3	E2E3	E2	E2	E2
			E3E4	E3E4	E3	E3	E3	E2E3	E2	E2	E1E2
		3	E3	E3	E3	E3	E2E3	E2	E2	E1E2	E1E2
			E3	E2E3	E2E3	E2E3	E2	E2	E2	E1E2	E1
			E2E3	E2E3	E2	E2	E2	E2	E1E2	E1	E1
		2	E2	E2	E2	E1E2	E1E2	E1E2	E1	E1	E1
			E2	E2	E1E2	E1E2	E1	E1	E1	E1	E1
1	E2	E2	E1E2	E1E2	E1	E1	E1	E1	E1		
			4	3	2	1					
			MATURIDADE PROFISSIONAL								

ANEXO VII

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Nome da participante: _____

As informações contidas neste documento, fornecidas pela Doutoranda Dayane Machado Ribeiro sob orientação do Prof. Gilsée Ivan Regis Filho, Dr., com o objetivo de firmar por escrito, mediante o qual, o voluntário da pesquisa autoriza sua participação, com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos a que se submeterá, com capacidade de livre arbítrio e sem qualquer coação.

1 - Título do trabalho: Gestão para qualidade em serviços de saúde pública: um estudo de caso sobre liderança situacional

2 - Objetivo: levantar o estilo de liderança do gestor municipal de saúde e o grau de maturidade e satisfação dos liderados a partir do enfoque da liderança situacional.

3 - Justificativa: A aplicação de um estilo eficaz de liderança permite que o gestor alcance a produtividade desejada num ambiente de harmonia e respeito a todos.

4 - Procedimentos realizados no estudo: O estudo será desenvolvido através de dados obtidos com a aplicação de um questionário sendo constituído de: dados pessoais, escala de maturidade, instrumento de integração maturidade e estilo e pesquisa de satisfação.

5 - Desconforto ou risco: Nenhum tipo de risco é esperado neste tipo de pesquisa, pois será realizada a partir de questionários. O método que será utilizado é indolor não gerando nenhum desconforto.

6 - Benefícios do estudo: Através do presente estudo será fornecida grande contribuição à comunidade científica que atualmente dispõe de poucos estudos referentes a liderança nos serviços públicos de saúde.

7- Informações: Os pesquisadores assumem o compromisso de fornecer informações atualizadas obtidas durante o estudo, ainda que estas possam afetar a vontade do indivíduo em continuar participando. Os resultados obtidos na pesquisa serão utilizados somente para fins de publicações científicas, em palestras e em aulas.

8- Aspecto legal: Este projeto foi elaborado de acordo com as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, atendendo às resoluções 196/96 e 251/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde – Brasília – DF.

9 - Garantia de sigilo: A participação do voluntário neste estudo é confidencial e nenhum nome será divulgado em qualquer tipo de publicação. Todas as informações coletadas só serão utilizadas para fins científicos.

10 - Telefone dos pesquisadores para contato: Os pesquisadores encontram-se à disposição para esclarecer ou oferecer maiores informações sobre a pesquisa:

Doutoranda: Dayane Machado Ribeiro (0xx48) 241-6886

Prof. Gilsée Ivan Regis Filho, Dr. (0xx48) 331-9520

11 - Retirada do consentimento: A participação neste estudo é voluntária, podendo o participante retirar-se a qualquer momento e por qualquer razão, sem alguma penalidade. No entanto, pedimos que caso deseje retirar-se do estudo entre em contato com os pesquisadores pessoalmente ou por telefone.

12 - Consentimento pós-informação:

Eu, _____, certifico que tenho lido as informações acima e estando suficientemente esclarecida de todos os itens propostos pela Doutoranda em Odontologia Dayane Machado Ribeiro e pelo Prof. Gilsée Ivan Regis Filho, Dr., estou de pleno acordo com os dados a serem coletados podendo os mesmos serem utilizados para a realização da pesquisa. Assim, autorizo e garanto a minha participação no trabalho de pesquisa proposto acima.

Florianópolis, ____ de _____ de 200__

Nome Completo: _____

RG: _____

Assinatura: _____