

**UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA
FACULDADE DE GESTÃO E NEGÓCIOS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO**

**A LIDERANÇA E O PROCESSO DE GESTÃO NO CONTEXTO HOSPITALAR: O
EMBATE ENTRE AS SUB-CULTURAS DE ESPECIALISTAS MÉDICOS, DE
ENFERMAGEM E ADMINISTRADORES**

MARIANA VENDEMIATTI

ORIENTADORA: PROFa. DRa. ELISABETE STRADIOTO SIQUEIRA

**Piracicaba, SP.
Julho, 2006**

**UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA
FACULDADE DE GESTÃO E NEGÓCIOS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO**

**A LIDERANÇA E O PROCESSO DE GESTÃO NO CONTEXTO HOSPITALAR: O
EMBATE ENTRE AS SUB-CULTURAS DE ESPECIALISTAS MÉDICOS, DE
ENFERMAGEM E ADMINISTRADORES**

MARIANA VENDEMIATTI

ORIENTADORA: PROFa. DRa. ELISABETE STRADIOTO SIQUEIRA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Administração, da Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Metodista de Piracicaba, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Administração.

Piracicaba, SP.
Julho, 2006

FICHA CATALOGRÁFICA

VENDEMIATTI, Mariana

A Liderança E O Processo De Gestão No Contexto Hospitalar:

O Embate Entre As Sub-Culturas De Especialistas Médicos, De Enfermagem E Administradores.

Orientadora: Prof^a Dr^a Elisabete Stradiotto Siqueira

Dissertação de Mestrado – Mestrado Profissional de Administração – Faculdade de Gestão e Negócios – Universidade Metodista de Piracicaba

FOLHA DE APROVAÇÃO

Candidato: Mariana Vendemiatti

A Liderança E O Processo de Gestão No Contexto Hospitalar: O Embate Entre As Sub-Culturas De Especialistas Médicos, De Enfermagem E Administradores.

Dissertação defendida e aprovada em 30 de Julho de 2006 pela Comissão Julgadora.

Profa. Dra. Elisabete Stradioto Siqueira (orientadora)
(Faculdade de Gestão e Negócios - Universidade Metodista de Piracicaba)

Prof . Eduardo Eugênio Spers
(Faculdade de Gestão e Negócios - Universidade Metodista de Piracicaba)

Prof. Dr. Cláudio Pinheiro Machado Filho
(Universidade de São Paulo – Faculdade de Administração de Empresas)

AGRADECIMENTOS

Seria impossível não agradecer primeiramente à mestre Elisabete Stradiotto Siqueira que acolheu-me enquanto orientanda no meio do processo e, com eloquência incomparável e paciência maternal, auxiliou-me até o último dia oferecendo-me a inspiração que ninguém mais poderia.

Na seqüência, agradeço aos meus pais, força motriz de todo questionamento e conhecimento que um dia já passou e, ainda passará, por minha cabeça.

Agradeço às minha amigas Cynthia, Juliana, Fabiana e Juliana P. intensas companheiras nesta jornada pela busca da felicidade.

Ofereço minha gratidão também a uma grande líder, que durante todo este ano, sem perceber, ensinou-me valiosas lições sobre a arte de administrar pessoas com humildade, sabedoria e sensibilidade: Lucimeire Ravelli Peixoto.

Por fim, agradeço aos meus irmãos, pequenos motivos inspiradores pelos quais eu faço tudo que faço.

A mente humana que se alarga para uma nova idéia jamais retorna às suas antigas dimensões.

Oliver Wendell Holmers

RESUMO

O presente estudo tratou a temática da liderança no contexto das organizações hospitalares, realizando estudo teórico do desenvolvimento e formação dessas lideranças, levando em consideração as particularidades do cenário atual da saúde no Brasil. Foi realizado um estudo empírico em um hospital da cidade de Piracicaba, São Paulo, que buscou analisar em que medida a existência das sub-culturas de especialistas nas instituições hospitalares é um fator gerador de conflito na atuação das lideranças da gestão administrativa. A metodologia utilizada foi o estudo de referenciais bibliográficos, fazendo a releitura de autores da área de liderança e de saúde, bem como o estudo de caso, por meio de observação estruturada *in loco* em um hospital do interior. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas com o corpo de especialistas, gerentes, direção e subordinados, que atuam tanto com o corpo médico, como gerencial. A problemática tratada neste estudo é a dicotomia existente entre a liderança e influência histórica que possuem os especialistas (médicos e enfermeiros) e a liderança formal da sub-cultura administrativa. Após realizada a pesquisa, por meio de observação participante e aplicação de questionários semi-estruturados, pode-se entender de que existem, de fato, níveis de conflitos entre os sub-grupos existentes dentro da organização hospitalar; contudo, esses conflitos são velados em função da não existência de contratualização entre os profissionais envolvidos. Além disso, evidenciou-se que a influência histórica do corpo clínico pode atuar como fator conflitante perante o corpo de enfermagem e também administrativo.

Palavras-Chave: Liderança, Organização Hospitalar, Sub-Culturas.

ABSTRACT

The present study dealt with the subject of leadership in the context of hospital organizations, through theoretic study of development of these leaderships, considering the particularities of the current Brazilian health scenario, as well as an empirical study in a hospital in Piracicaba, São Paulo. It tried to analyze in which way the existence of sub-cultures in hospital institutions is a conflict generator factor to the performance of administrative leaderships. The used methodology was a bibliographic reference study, through the reading of authors in leadership and health scenario, as well as, a case study, through an in loco observation in a hospital of São Paulo's interior. The research happened through the interview with the specialist body, managers, directors and subordinators that work with the clinic body and administration. The problem treated in this study is the difference between the leadership and the medical historical influence, and the formal leadership of the administration body. After the research, by participant observation e semi-structured questionnaires, the study reached the conclusion that there were, indeed, conflicts between the sub-groups inside the hospital organization; however, these were covered conflicts due to the an-existence of contracts between the professionals involved. Besides, it conclude that the historical influence of the clinic body is a conflictant factor for the nursing body as well as the administration.

Key words: Leadership, Hospital, Hospital Organization, Sub-Cultures.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Os Tipos de Influências que as sub-culturas sofrem até delimitarem-se nas organizações	13
Figura 2 – Modelos de Liderança	21
Figura 3 – Dinâmica entre Liderança e Identificação	27
Figura 4 – Sistema de Ruptura Conceitual do Hospital	56
Figura 5 – Áreas de Apoio ao Funcionamento do Hospital.....	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Comparação entre Estilos de Liderança	30
Tabela 2 – Perspectivas de Liderança por Base Influência	30

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Conceitos de Cultura	11
---------------------------------------	----

APÊNDICES

Apêndice A – Estrutura Organizacional (Organograma)

Apêndice B – Modelo dos Questionários Utilizados

SUMÁRIO

1. Introdução

1.1 Problematização	pág. 2
1.2 Objetivos	pág. 3
1.3 Justificativa	pág. 4
1.4 Metodologia	pág. 6
1.5 Estrutura do Trabalho	pág. 6

2. Os desafios da Tensão entre Liderança, Cultura e Sub-Cultura

2.1 Conceitos e Entendimentos sobre Cultura Organizacional e Sub-Cultura	pág. 8
2.1.1 O Conceito de Cultura Organizacional	pág. 9
2.1.2 As Sub-Culturas	pág. 12
2.2 Conceitos de Liderança	pág. 15
2.3 Conceitos e Contextos sobre Formação, Subjetividade e Entendimento dos Fenômenos da Liderança	pág. 23
2.4 Considerações Sobre Administração de Conflito	pág. 36

3. Organização Hospitalar

3.1 Histórico dos Hospitais no Brasil	pág. 40
3.2 A Transição do Assistencialismo para a Prática da Medicina: “O Nascimento da Clínica” como Reestruturação da Ordem.	pág. 45
3.3 A Transição do Sistema Assistencial para o Empresarial	pág. 47
3.4 Liderança nas Organizações Hospitalares	pág. 49

4. Gestão Hospitalar Contemporânea

4.1 Contexto Atual das Organizações de Saúde	pág. 54
4.2 Hospital x Organizações Produtivo-Lucrativas	pág. 58
4.3 Desafios e Dilemas na Gestão de Organizações de Saúde	pág. 67

5. Metodologia

5.1 Metodologia de Pesquisa	pág. 71
5.2 Procedimentos Metodológicos	pág. 74
5.3 Caracterização do Hospital a ser Estudado	pág. 75
6. Análise dos Dados Coletados	
6.1 Identificação com Hierarquia, Organograma, Punições e Autonomia	pág. 79
6.2 Influência na Rotina e Acessibilidade das Áreas	pág. 82
6.3 Líder x Chefe e Envolvimento dos Supervisores e Subordinados na Tomada de Decisão	pág. 83
6.4 Conflito Entre as Áreas Médicas, de Enfermagem e Administrativa	pág. 85
6.5 Influência dos Médicos nas Decisões Administrativas	pág. 87
6.6 O Médico e o Papel da Liderança/ O Médico e Funções Burocráticas	pág. 89
6.7 Conflitos Diretos entre Administração e Corpo Clínico	pág. 91
7. Considerações Finais	pág. 93
8. Referências Bibliográficas	pág. 96

1. Introdução

A presente dissertação está contextualizada no movimento de profissionalização da gestão nas instituições de saúde analisando em que medida esse processo pode gerar conflito entre as sub-culturas de especialistas e os gestores existentes nos hospitais.

De acordo com Matos (2001)

A inevitável pergunta neste momento é se, dentro desse ambiente de competitividade e correspondente crescimento da necessidade de ferramentas de caráter gerencial, encontra-se a instituição de saúde. A resposta é inquestionável – as empresas desse segmento empresarial convivem com os mesmos desafios de uma crescente demanda de gestão profissional, sem a qual não se conseguirá a viabilização das organizações de saúde, para não dizer da própria manutenção da sobrevivência (MATOS, 2001, p. 53).

O assistencialismo em saúde vem mudando, no sentido de profissionalizar-se e buscar metas não antes desejadas (por exemplo, o aumento da lucratividade), o que provoca, de forma direta e indireta, mudanças na estrutura geral de um hospital.

Segundo Boeger (2002), há, atualmente, grande preocupação com investimentos em setores que antes não existiam dentro da instituição, tais como arquitetura hospitalar, centro de convenções e eventos, lojas de conveniência, *fitness center*, central de atendimento, entre outros; bem como nos processos de recrutamento e seleção, que buscam cada vez mais encontrar as pessoas certas para os trabalhos certos, além da crescente força que as lideranças que atuam diretamente no campo da gestão vêm ganhando neste cenário.

Algumas vertentes, mais conservadoras, ainda relutam em assumir o hospital como parte integrante das empresas nos moldes mais capitalistas; entretanto, estes novos focos de trabalho são demonstrações de uma quebra de paradigma e de preocupação com uma nova forma de Gestão da Qualidade, como defendem os principais autores atuais na área de Qualidade e Hotelaria Hospitalar, podendo ser citados Boeger (2002), Taraboulsi (2003) e Dias (2003).

Vale lembrar que, segundo os autores acima, a evolução do conceito de paciente para cliente foi decisiva para que as mudanças administrativas tomassem corpo, e

com essa transformação, surgiu a real necessidade de especializar os profissionais que passaram a atender um cliente diferenciado.

1.1 Problematização

Considerando que a profissionalização dos processos administrativos e gerenciais das instituições hospitalares constitui-se em uma necessidade tanto do ponto de vista da eficiência como da competitividade, elegeu-se como foco deste estudo a problemática da formação das lideranças no processo de gestão.

Parte-se do pressuposto que existe, nesse tipo de organização, uma dualidade no processo de gestão orientada por vetores que em alguns momentos se colocam em posições antagônicas.

De um lado, é encontrada a liderança do corpo de especialistas, composta tanto por médicos (as) como enfermeiros (as) que são tomadores de decisões que envolvem a dimensão administrativa no uso de recursos. Contudo, essas lideranças tendem a orientar-se pela lógica de sua formação profissional e são detentoras de poder tanto em função de seu conhecimento específico, como pelo ambiente de urgência e risco, e ainda pela legitimidade diante da equipe construída pela convivência em situações limite.

Por outro lado, tem-se o corpo gerencial, que, deslocado do cotidiano médico, também ocupa funções que envolvem processos de adesão dos colaboradores e ações de controle e direcionamento das atividades diárias.

O processo administrativo ocorre na tensão entre essas duas dimensões (sub-cultura de especialistas técnicos – médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc. – e sub-cultura administrativa). A profissionalização dos processos de gestão hospitalar também convive nesse contexto, pois, por um lado não abandona a missão da saúde e o compromisso com a superação das situações limite que envolvem a preservação da vida e, por outro, tem que lidar com a racionalização característica dos processos de gestão.

Nesse contexto, é interessante perceber, enquanto problema de pesquisa, como as lideranças do ambiente administrativo conseguem lidar com esse cenário, pois de um lado não possuem a mesma legitimidade que o corpo médico, ou de enfermagem,

conquista nas relações interpessoais, e por outro, quase sempre representam restrições e controles das ações.

Parte-se, desta forma, do pressuposto que a formação de lideranças do campo administrativo das instituições hospitalares enfrenta desafios adicionais, se comparadas a outras organizações, visto que necessita desenvolver um processo de adesão que suplante a lógica das sub-culturas de especialistas e ao mesmo tempo atribua significado para ações que a primeira vista pareçam ser reduzidas ao controle.

Em tal contexto, cabe à dimensão administrativa gerenciar conflitos com as sub-culturas especializadas (sejam elas médicas ou de enfermagem), visto que a autoridade formal, teoricamente, reside na administração; neste sentido, tentar-se-á identificar que tipos de conflitos essas sub-culturas, historicamente influenciadoras, criam frente à atuação das lideranças administrativas.

1.2 Objetivos

Objetivo Geral

Identificar em que medida a existência das sub-culturas de especialistas nas instituições hospitalares é um fator gerador de conflito na atuação das lideranças da gestão administrativa.

Objetivo Específico

Perceber se ocorrem dificuldades no processo de identificação das lideranças administrativas no ambiente hospitalar.

Analisar como a gestão administrativa entende e lida com a influência histórica dos grupos especializados no que tange às tomadas de decisão.

Identificar se ocorrem conflitos no que tange a classe de enfermagem perante a administração e a sub-cultura médica.

Avaliar se existem características intrínsecas da liderança administrativa nesse ambiente, considerando as diferenças entre a área administrativa e a área assistencial.

Identificar se existe conflito, e se este conflito é percebido, entre as sub-culturas da administração e do corpo clínico.

1.3 Justificativa

A liderança é um dos fenômenos mais observados e menos compreendidos do mundo.

James McGregor Burns

A relevância deste tema sustenta-se no pressuposto de que uma organização de saúde possui uma complexidade expandida em virtude de seu campo de atuação. Lidar, além das contas habituais, com a vida de pessoas exige eficácia e eficiência constante, com a menor margem de erro possível. Mantendo sempre em mente que a ineficiência das lideranças gera a ineficiência dos colaboradores, que no caso dos hospitais, pode acarretar em erros irreversíveis.

Como bem colocou Gonçalves (1998),

as naturais demandas sociais geradas na intimidade da sociedade moderna incluem o hospital no rol das instituições fundamentais da comunidade, como são as escolas, as organizações políticas e as instituições religiosas. Sua importância pode bem ser avaliada pelo grau de relações que o hospital mantém com os indivíduos em particular e com a coletividade em geral, resultante do papel essencial da instituição hospitalar em momentos fundamentais da vida das pessoas, no nascimento, na doença e na morte (GONÇALVES, 1998, p. 81).

Entende-se, portanto, que as instituições de saúde, especialmente os hospitais, precisam ser estruturadas de forma a garantir sua eficiência e sua eficácia¹ perante a demanda que lhes é apresentada. Para que uma estrutura tão complexa possa funcionar adequadamente, as pessoas que nela trabalham devem ter ciência total das

¹ Eficiência: considera a relação entre os objetivos alcançados e os recursos utilizados; eficácia: considera a relação entre os objetivos alcançados e os objetivos propostos (Chiavenato, 1999).

funções que desempenham e de sua importância para o processo como um todo. Entretanto, para que os colaboradores compreendam a responsabilidade que assumem perante cada cliente que procura os serviços do hospital, este deve estar capacitado e treinado para compreender a seriedade de seu papel.

Neste raciocínio, somente um líder poderá garantir que cada um de seus liderados preste um atendimento considerado de qualidade.

Gonçalves (1998) segue dizendo que

para atingir seus objetivos, o hospital precisa estruturar de maneira extremamente racional todos os diversos setores referidos. Aqui começam as dificuldades, porque a estrutura define tentativamente as relações que deverão desenvolver-se entre as pessoas e os grupos que convivem na organização hospitalar. É natural e compreensível que tensões e conflitos surjam e se estabeleçam entre pessoas que trabalham no hospital, por ser esse um fato quase inevitável em qualquer ambiente de trabalho. Em cada situação, há indivíduos que, por sua personalidade ou atividades que exercem, assumem papéis de liderança e influência (GONÇALVES, 1998, p. 82).

Reforça-se, neste momento, que a eficiência do hospital acarreta em contribuições diretas para a sociedade, e dependendo do seu sistema de trabalho, essas contribuições podem ser positivas ou não. Fica, portanto, explícita a necessidade de uma abordagem direta no *locus* do trabalho das lideranças hospitalares, dando, desta forma, credibilidade à proposta do estudo de caso.

É também importante lembrar que a produção acadêmica não tem dado ênfase nesta área. No Banco de Teses da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), no que tange à Gestão Hospitalar, encontram-se referências voltadas basicamente para os Sistemas e Programas de Qualidade, bem como para Tecnologia da Informação.

No que tange especificamente a Liderança Hospitalar, foram encontradas 49 referências, sendo estas quase todas voltadas para Enfermagem, existindo, portanto, uma lacuna nas reflexões que abordam especificamente a liderança no contexto da gestão hospitalar.

Na Revista de Administração de Empresas (RAE – FGV), encontram-se artigos da área hospitalar e da área de liderança, contudo são raros aqueles que interligam os dois assuntos.

1.4 Metodologia

A abordagem da pesquisa será qualitativa, e o meio de investigação, o estudo de caso. Os dados serão coletados em um hospital do interior de São Paulo, por meio de observação participativa, com o apoio de entrevista semi estruturada no ambiente de trabalho hospitalar, utilizando um público variado e oriundo de diferentes áreas de atuação, bem como de formações diversificadas, tentando-se chegar a um resultado que aponte para as formas de construção das lideranças e os meios em que elas são utilizadas, ao mesmo tempo, identificando os conflitos que essas lideranças têm com as sub-culturas de especialistas da organização.

1.5 Estrutura do Trabalho

O capítulo dois trata a temática da liderança de uma forma ampla e depois estabelece o foco na cultura organizacional, abrangendo conceitos, formação, sub-cultura e subjetividade.

Em seguida, apresenta-se o capítulo sobre as organizações hospitalares, tangenciando o nascimento dessas instituições no Brasil, o contexto atual do cenário dos hospitais, bem como a transição do sistema assistencial para o empresarial, fazendo o enlace com a atuação das lideranças no ambiente hospitalar.

São apresentadas, no quarto capítulo, considerações sobre a gestão contemporânea dos hospitais, fazendo uma leitura atual dos desafios enfrentados pelas administrações e guardando as diferenças principais entre os hospitais e as empresas produtivo-lucrativas.

A metodologia é apresentada na seqüência, onde descreve-se a maneira pela qual pretende-se alcançar os objetivos propostos.

Posteriormente, é descrito o estudo que caso realizado em um hospital do interior do estado de São Paulo, por meio de entrevistas semi-estruturadas e observação participante, bem como os desdobramentos que este estudo trouxe para a dissertação.

Conclui-se, no último capítulo, que o conflito, tema central deste estudo, existe de forma não direta e é percebido pelas sub-culturas do âmbito hospitalar; contudo, notou-se que este não é explícito nem exposto, podendo ser enquadrado, de acordo com as definições apresentadas no 2º capítulo, como nível de façanha e imagens fixas. Os conflitos, segundo os dados levantados, ficam sub-entendidos e não são confrontados com a perspectiva de melhora, conforme será explicitado na análise das entrevistas.

2. Os Desafios da Tensão Entre a Liderança, a Cultura e as Sub-Culturas

A liderança não é a portadora das verdades organizacionais. É a disseminadora.

E. Stradiotto Siqueira

Neste capítulo procurar-se-á desenvolver um estudo acerca da ampla temática que é a liderança, elaborando conceitos de chefia, originários da Administração Clássica, até os dias atuais, onde se fala em diversas formas de perceber a liderança.

Abordará também os conceitos da cultura organizacional, bem como as sub-culturas, traçando paralelos entre as perspectivas acadêmicas que existem sobre o assunto, buscando uma forma de identificar as sub-culturas e melhor entender as culturas organizacionais que se tem conhecimento atualmente, no sentido de compreender o papel que as lideranças assumem nessa perspectiva.

Da mesma forma, procurar-se-á tratar dos conceitos de liderança, das formas como o “ser ou estar líder” transformou-se à medida em que os estudos na área

avançaram, bem como focará seus esforços em entender como as lideranças se formam e/ou se constroem.

2.1 Conceitos e Entendimentos Sobre Cultura Organizacional e Sub-Cultura

Neste item pretende-se desenvolver brevemente o conceito de cultura organizacional e sua derivação em sub-culturas, a fim de compreender o papel que as lideranças assumem em tal processo.

O estudo da cultura organizacional contribui para estabelecer as relações entre a atuação das lideranças no que tange aos aspectos simbólicos, de forma a delimitar que esse tipo de atuação transcende a perspectiva instrumental, que em muitos casos lhe é atribuída.

2.1.1 O Conceito de Cultura Organizacional

Sob diversas ópticas a cultura de uma organização é emprestada e compilada de vários processos culturais associados ao ambiente da organização. Toda organização expressa aspectos de cultura nacional, regional, industrial e profissional, entre outros, de forma que opera no diálogo com estas culturas, e suas respectivas influências. Cada organização é formada por processos culturais estabelecidos por uma variedade de atores do ambiente. Entretanto, a fonte externa mais imediata de influência para a cultura organizacional é encontrada dentro da organização – seus colaboradores. (HATCH, 1997, p. 201).

Segundo Hatch (1997), inicialmente a definição de cultura era generalizada e dizia respeito a características que todos os seres humanos possuem em comum. A autora exemplifica, com a definição de Tylor (1958), que define cultura como sendo: “o todo complexo que inclui conhecimento, crenças, arte, moral, leis, costumes, e qualquer outra capacidade ou habilidade adquirida pelo homem enquanto membro de uma sociedade”. Neste contexto, o foco da explicação sobre cultura estava nas representações simbólicas que distinguiam os homens dos animais.

Contudo, os avanços dos estudos antropológicos mostraram que as culturas chamadas primitivas eram de alguma forma, até mais sofisticadas que as entendidas como avançadas. Atualmente, segundo Hatch (1997), os antropólogos acreditam que as culturas mudam, mas não de forma a poderem classificar uma ou outra como superior.

Ainda na tentativa de definição, Hatch (1997) apresenta alguns pressupostos de cultura organizacional, dentre os quais pode-se destacar:

Jaques (1952, p. 251): A cultura de uma fábrica é seu modo costumes e tradicional de pensar e realizar tarefas, o qual é dividido em maior ou menor grau por todos os membros, considerando que os novos membros devem aprender esse modo de funcionar, ou aceitar minimamente, de forma que seja aceito a fazer parte da fábrica.

Pettigrew (1979, p. 574): Cultura é um sistema de aceitação público e coletivo da forma como se opera um determinado grupo, em uma determinada época. Este sistema, de termos, formas, categorias e imagens, interpreta a situação de uma pessoa para ela mesma.

Siehl e Martin (1984, p. 227): ... cultura organizacional pode ser entendida como a cola que mantém a organização junta entre diversos padrões e significados. O foco da cultura está nos valores, crenças e nas expectativas que os membros venham a dividir (possuir em comum).

Schein (1985, p. 6): O padrão de entendimentos básicos que um determinado grupo inventou, descobriu ou desenvolveu para aprender a lidar com seus problemas de adaptação externa ou integração interna, e que funcionou de forma razoável a ponto de ser considerado válido, e, portanto, digno de ser ensinado a novos membros como a forma correta de proceder, pensar e sentir em relação aos tais problemas.

Trice e Beyer (1993, p. 2): Cultura é um fenômeno coletivo que dá corpo às respostas das pessoas frente às incertezas e o caos que são inevitáveis em uma experiência humana. Estas respostas dividem-se em duas grandes categorias. A primeira é a da substância da cultura – divisão, sistema de crenças carregado de emoção que chamamos de ideologias. A segunda é forma de cultura – entidades observáveis, incluindo os atos pelos quais os membros de uma cultura se expressam, afirmam e comunicam a substância de sua cultura uns para os outros.

Davis (1984) apresenta a definição de cultura como sendo o padrão de crenças e valores compartilhados que fornece significados aos membros de uma instituição e estabelece regras comportamentais dentro desta organização (DAVIS, 1984, p. 1).

Autor	Ano	Conceito de Cultura
Jaques	1952	Cultura é o modo tradicional de realizar tarefas.
Pettgrew	1979	Cultura é sistema de aceitação da forma como trabalha o grupo
Siehl e Martin	1984	Cultura é o que mantém a organização unida.
Davis	1984	Cultura é o padrão de crenças e valores que fornece significado aos membros do grupo.
Schein	1985	Cultura é o padrão de entendimentos que o grupo desenvolve para se adaptar interna ou externamente.
Trice e Beyer	1993	Cultura é o fenômeno que oferece resposta às incertezas humanas.

Quadro 1: Resumo de diferentes conceitos de cultura.

Fonte: Elaborado pela autora.

A autora destaca que um dos estudos sobre cultura organizacional mais conhecidos foi aquele desenvolvido por Schein, que além de conceituar propôs mecanismos compreensivos de tal processo.

Schein (1992) *apud* Hatch (1997) defende que a cultura organizacional existe em três níveis, sendo eles: artefatos (superfície da cultura – visível a todos), valores e normas de comportamento (sentidos, mas não podem ser vistos) e pressupostos (níveis mais profundos de cultura, invisíveis).

Os artefatos podem ser sentidos na cultura, pois tendem a ser elementos físicos, como por exemplo, banheiros ou refeitório separados para a administração. Os valores e normas de comportamento são mais subjetivos e pouco visíveis, podendo ser exemplificado pelo padrão de comportamento que as pessoas seguem, pelo respeito a uma forte hierarquia. Os pressupostos inconscientes encontram-se em um nível ainda mais

subjetivo da cultura, que, tendencialmente, é apenas sentido pelos colaboradores, como por exemplo, uma sensação de mal estar em função de segregação por função. Estes pressupostos são adquiridos na convivência e interferem nos grupos informais, de forma a interferirem na cultura global.

Martin e Meyerson (1987), defendem uma perspectiva diferente da de Schein, para esses autores a cultura pode ser compreendida através de três perspectivas: integração, de diferenciação e de fragmentação.

Na perspectiva da integração, a cultura organizacional é descrita como sendo partilhada por todos os membros da organização como uma cultura só, um consenso.

Já a perspectiva da diferenciação, analisa a organização do ponto de vista das sub-culturas e descreve como a organização está dividida em seus sub-grupos. Estes, por suas vez, desenvolvem papéis de culturas unitárias, sendo consistentes e coerentes entre si, diferenciando-se pela cultura de artefatos (local de trabalho, diferenciação por sexo, papéis na hierarquia). Nesta linha de raciocínio, segundo Martin (2002), é frente a esse entendimento que muitos pesquisadores entendem a cultura organizacional como um complexo de agrupamento de sistema de significados negociados constantemente entre as sub-culturas.

A perspectiva da fragmentação não busca consistência ou estabilidade. Ela tem seu foco em demonstrar como as culturas organizacionais são inconsistentes, ambíguas, múltiplas e em fluxo constante de mudanças, defendendo que não se pode dividir cultura a partir de tipologias fixas. Segundo Mascarenhas, Kunda e Vasconcelos (2004),

a perspectiva da fragmentação defende que as manifestações culturais não são interpretadas por meio de padrões compartilhados de significados, mas que, devido à diversidade de origens e formações culturais entre os indivíduos, a ambigüidade está no centro da cultura organizacional. (MASCARENHAS, KUNDA, VASCONCELOS, 2004, p. 210).

Para efeito desse estudo, o apoio será encontrado na perspectiva de diferenciação, uma vez que parte-se do pressuposto que a existência de uma sub-cultura de especialistas produz impactos nas relações de poder dentro da organização.

2.1.2. As Sub-Culturas

Quando se fala em grupos informais, deve-se entender as sub-culturas presentes em uma instituição. Van Maanen e Barley (1985) *apud* Hatch (1997) definem sub-cultura como sendo um sub setor dos membros da organização que interagem regularmente entre si, se auto-identificam como um grupo distinto dentro da organização, dividem uma série de problemas comumente definidos como problema de todos, e, rotineiramente, orientam suas ações com base no entendimento coletivo do que é melhor para o grupo.

Pode-se entender, graficamente, as sub-culturas da seguinte forma:

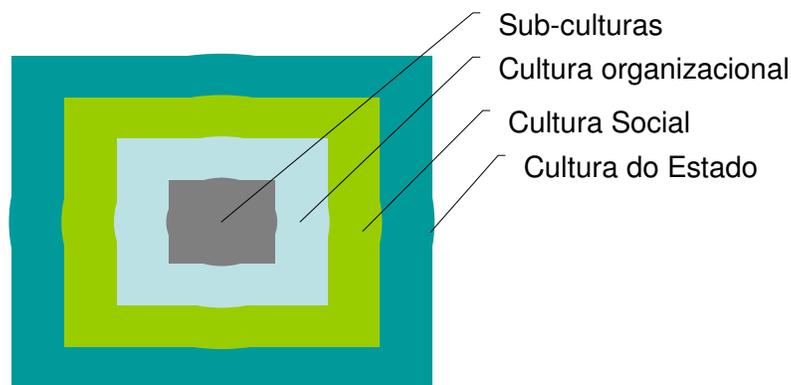


Figura 1: Os Tipos de Influências que as sub-culturas sofrem até delimitarem-se nas organizações.

Fonte: Elaborado pela autora.

Desta forma, pode-se entender quais são as influências que as sub-culturas sofrem até formarem-se como identidade para seus membros. Desde a influência do Estado, com as normas e regras legais; passando pelos padrões da sociedade, com valores e formas de agir contemporâneos aos membros; entrando na cultura organizacional, na qual cada empresa possui sua forma de lidar com conflitos e tomar decisões; até chegar na sub-

culturas, na qual cada grupo se identifica em função de sua formação, modo de pensar, maneira de agir, etc.

Siehl e Martin (1984) defendem que existem tipos diferentes de sub-culturas, e que elas são definidas em função da cultura global e como cada sub-grupo entende os valores da cultura dominante. Neste sentido, as sub-culturas podem ser classificadas de acordo com o que elas apóiam, negam, ou simplesmente, co-existem em termos de aceitação dos valores da cultura geral. Desta forma, contra-culturas desafiam os valores dominantes da cultura maior da qual fazem parte; já as sub-culturas ortogonais mantêm seus valores ao lado (co-existindo) dos valores da cultura dominante. Estas definições podem ser entendidas como a divisão das sub-culturas por valores.

Segundo Hatch (1997), um outro grupo de pesquisadores divide as sub-culturas por ocupação, tornando mais visível a forma de identificação destes grupos. A autora diz que estas sub-culturas podem ser desenhadas em função de seus cargos, grupos de trabalho, nível hierárquico e filiações organizacionais (sindicatos).

A mesma autora toca um ponto interessante: porque, afinal, as sub-culturas se formam? Ela diz que, em geral, pessoas similares são atraídas para o mesmo tipo de profissão, mesmo tipo de cargo ou posição hierárquica, e, uma vez que esta assertiva seja considerada verdadeira, pode-se expandir o raciocínio, e hipoteticamente, concluir que estas pessoas tendem a unir-se em função de suas congruências. Outra forma de entender a aproximação pode ser por outra linha de similaridade: freqüentadores da mesma igreja, mesma escola, clubes, esportes; também contribuem para a formação de sub-culturas.

Ainda pensando nas sub-culturas, pode-se identificar uma divisão em confrarias e grupos informais. As confrarias são caracterizadas por indivíduos que têm o mesmo objetivo e relação de poder igualitária, são regidos (confraternizam) pela organização. Possuem ideologia e políticas (valores) semelhantes.

Os grupos informais possuem a dimensão de valores iguais, podendo, ou não, pertencer à mesma classe. Uma das diferenças é que confraternizam fora da organização, não obstante, atuam também dentro e no dia-a-dia da instituição (Fonte: Anotações de Aula do Mestrado em Administração, curso: Liderança: complexidade, subjetividade e conhecimento).

Trazendo esta realidade acadêmica para a vida nas organizações, pode-se entender os arranjos peculiares que se formam nas organizações hospitalares. Como é sabido, um hospital abriga uma gama multiprofissional de pessoas, oriundas de áreas administrativas, biológicas e sociais, das quais pode-se citar: administradores, economistas, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas e profissionais sem formação acadêmica efetiva (desde analfabetos até o 1º grau completo).

Desta forma, nesta dissertação, será utilizado o conceito de sub-cultura com o intuito de compreender como os processos de liderança das sub-culturas de especialistas concorrem no que diz respeito às relações de poder com a sub-cultura administrativa.

2.2 Conceito de Liderança

É notório que, com as mudanças tecnológicas ocorridas desde a Revolução Industrial, as formas de relacionamentos entre as pessoas e entre as empresas mudaram também.

Toda a tecnologia desenvolvida transformou o modo de produção nas organizações, interferindo assim no comportamento das pessoas que nelas se relacionavam.

Segundo pensadores da Administração, como Drucker (2001), já vivemos na era agrícola, passamos pela era da industrialização, e encontramos-nos atualmente na era do capital humano – intelectual.

Crawford (1994), Chiavenato (2002), classificam esse período como Era do Capital Humano, ou Era do Conhecimento, considerando que essas referências estão diretamente ligadas aos seres humanos, agentes ativos e passivos de todas as transformações sociais.

No que tange a velocidade das mudanças, Crawford (1994), diz que desde meados da década de 60 até hoje, temos vivenciado o mais rápido período de mudanças tecnológicas, econômicas e sociais da História. E mais do que isso, os próximos 25 anos nos prometem novas mudanças ainda mais rápidas, repletas de turbulências e tensão. Os avanços tecnológicos nos computadores, comunicação, materiais e biotecnologia proliferam a uma velocidade cada vez mais crescente.

Sob esta perspectiva, entende-se que o capital humano assume-se como fator diferenciador entre as organizações, e, mais profundamente, as lideranças deste

cenário podem ser entendidas como os agentes mais ativos dos processos de mudança e crescimento.

Neste contexto, o tema da liderança, em particular, tem atraído inúmeros acadêmicos como Knickerbocker (1948), Rowe (2002), Lapierre (1989), Foucault (1979), Mintzberg (1975), que focam seus estudos tanto para aqueles que lideram, como para os que são liderados, tendo em vista que, segundo Bergamini (1994, p.2), a liderança é fenômeno grupal, envolvendo sempre duas ou mais pessoas.

Na maior parte das vezes a discussão sobre a liderança parece estar articulada ao surgimento do mundo industrial, contudo, Fiedler (1967) *apud* Bergamini (1994), diz que esta temática tem sido objeto de discussão dos filósofos políticos desde a República de Platão, quando a preocupação central estava na formação dos líderes políticos. O surgimento da organização industrial somente transportou essa discussão de um campo mais amplo para o gerencial.

Para Davel e Machado (2001), liderar é ser capaz de administrar e ordenar os significados que as pessoas dão àquilo que estão fazendo.

Pode-se considerar como pioneiro no estudo dos estilos de liderança, Max Weber, que diferenciou em três tipologias o comportamento do líder: liderança autoritária, liberal e democrática. Weber (1992), delimita a diferença entre esses três estilos, dizendo que a liderança autocrática possui sua ênfase centrada no líder; sendo ele quem fixa as diretrizes a serem seguidas e determina as técnicas a serem utilizadas, sem qualquer participação do grupo.

Já a liderança democrática coloca sua ênfase tanto no líder como nos subordinados, sendo as diretrizes debatidas e as técnicas e processos escolhidos pelo grupo, assistido pelo líder.

Por sua vez, a liderança liberal coloca todo seu foco nos subordinados. Segundo Weber, neste caso, há liberdade completa, por parte dos colaboradores, para tomada de decisões.

Ressalta-se ainda, segundo Weber (1992), além dos três tipos de liderança, quatro tipos de ação:

- Ação racional com relação a um objetivo: determinada por expectativas no comportamento tanto de objetos do mundo exterior como de outros homens, e essas expectativas são utilizadas como condições ou meios para alcance de fins próprios racionalmente avaliados e perseguidos. É uma ação concreta que tem um fim específico, por exemplo: o engenheiro que constrói uma ponte.

- Ação racional com relação a um valor: definida pela crença consciente no valor - interpretável como ético, estético, religioso ou qualquer outra forma - absoluto de uma determinada conduta. O ator age racionalmente aceitando todos os riscos, não para obter um resultado exterior, mas para permanecer fiel a sua honra, qual seja, à sua crença consciente no valor, por exemplo, um capitão que afunda com o seu navio.
- Ação afetiva: ditada pelo estado de consciência ou humor do sujeito, é definida por uma reação emocional do ator em determinadas circunstâncias e não em relação a um objetivo ou a um sistema de valor, por exemplo, a mãe quando bate em seu filho por se comportar mal.
- Ação tradicional: ditada pelos hábitos, costumes e crenças, transformadas em uma segunda natureza para agir conforme a tradição, ou seja, o ator não precisa conceber um objeto ou um valor, nem ser impelido por uma emoção. Obedece a reflexos adquiridos pela prática.

Quando se entende os conceitos básicos defendidos por Weber (1992), entende-se o desdobramento dos elementos essenciais que, na visão do autor, constituem o Estado, chegando, assim, ao conceito de autoridade e legitimidade.

Weber defendia que, afim de que exista um Estado (representante de uma forma maior de poder), é necessário que um conjunto de pessoas obedeça à autoridade alegada pelos próprios detentores do poder; sendo assim, é necessário que essa autoridade seja legitimada pelos subordinados.

Essa autoridade, que Weber (1992, p. 172) denominava “dominação legítima”, pode ser distinguida entre racional-legal, tradicional e carismática. O tipo racional-legal tem como fundamento a dominação em virtude da crença na validade do estatuto legal e da competência funcional do superior, que, por sua vez, é baseada em regras criadas racionalmente. Em um universo administrativo e organizado, esse tipo de autoridade, segundo Weber, toma a forma de uma estrutura burocrática.

A autoridade tradicional é imposta por procedimentos considerados legítimos e aceita em nome de uma tradição reconhecida como válida. É neste sentido que se tende a encaixar a autoridade do corpo clínico, uma vez que, historicamente, a parte médica e de enfermagem mantinha o poder de decisão centralizada em suas sub-culturas.

Já a dominação carismática opõe-se à legitimidade estabelecida institucionalmente. O líder carismático, segundo Weber, possui um apelo considerado legítimo por seus seguidores, os quais estabelecem laços de lealdade e o propiciam poder, ainda que não formalmente.

É interessante ressaltar que a liderança carismática não pode se estabilizar sem sofrer, ela mesma, mudanças estruturais, tornando-se, depois de estabelecida, racional-legal ou tradicional, dependendo do ambiente em que estiver inserida.

Quando se pensa em liderança, logo projeta-se a imagem de um líder carismático, que envolve e conquista a todos, fazendo com que a equipe alcance, motivadamente, os objetivos por ele propostos:

De acordo com Weber (1979), líder carismático é o líder natural, pois sua liderança é exercida a partir de uma ascendência moral e intelectual sobre as pessoas. Esse líder surge espontaneamente no grupo social a que pertence e é comum observar-se que, ao lado do líder por força do cargo (o chefe), existe o líder real/ carismático, que também sempre é consultado antes de qualquer decisão mais séria.

Mais contemporâneo, é o estudo de Bergamini (1994), que apresenta a cronologia dos estudos de liderança, no campo organizacional, identificando dois momentos distintos. O primeiro vinculado aos estudos do líder em si mesmo, e o segundo que inclui características situacionais que tentam superar um caráter nato de liderança.

No primeiro campo encontram-se três abordagens.

A primeira delas, desenvolvida entre 1904 e 1950, está apoiada em características naturais do líder, a teoria dos traços e de estilos de liderança, sugere que a liderança nasce com características singulares que facilitam sua atuação em tal campo.

A segunda, que tem maior ênfase de estudo no pós-guerra, e atribui a eficácia do líder ao comportamento.

Finalmente, a autora refere-se aos estudos que concebem a liderança como um processo de trocas sociais, ou interação, em que a atuação do líder desenvolve-se em relação ao grupo e também às necessidades individuais dos seguidores.

No segundo campo os estudos incluem, para além da ação do líder, as características comportamentais dos liderados e o ambiente organizacional. Esse enfoque ficou conhecido como contingencial.

Configuram nessa perspectiva três tipos de abordagens. A primeira, que se apóia no argumento da existência de uma relação entre o comportamento do líder e os ambientes mais ou menos favoráveis para a eficácia deste líder; a segunda, que atribuiu ao líder a função de orientar seus subordinados para o alinhamento dos objetivos pessoais e organizacionais (chamada de caminho-objetivo); e a terceira, que reconhece a complexidade dos jogos de poder para adequar o comportamento do líder à situação.

Os enfoques contingenciais propuseram que as organizações poderiam contar com bons líderes desde que lhes dispensassem treinamento adequado e promovessem um ambiente favorável onde pudessem agir com eficácia (...) Instala-se, a partir desse novo enfoque, a crença de que qualquer um pode ser um bom líder, basta que seja preparado para tanto. (BERGAMINI, 1994, p. 104-105).

Nesta perspectiva, pode-se entender que qualquer pessoa, independente de sua profissão ou formação original, uma vez que predisposta, pode tornar-se um líder dentro de uma organização. Portanto, na realidade hospitalar, sob a óptica contingencial, tanto um administrador, um enfermeiro ou um médico podem exercer papéis de liderança, desde que estejam preparados para tal responsabilidade.

Selznick (1971) *apud* Souza, Machado e Bianco (2004), diz que líder é aquele que transforma as regras e os procedimentos em hábitos a serem seguidos por todos os membros da organização, sendo responsável pela institucionalização desses hábitos.

Já Knickerbocker (1948), acreditava que o líder emerge apenas como uma consequência das necessidades de um grupo de pessoas e da natureza da situação em que o grupo tenta funcionar. Ele defendia que a liderança é uma “relação operacional entre os membros do grupo, na qual o líder adquire status através da participação ativa”, portanto, a liderança seria própria de cada situação investigada e, sendo assim, explica-se a divergência de comportamento dos mesmos líderes em diferentes situações, portanto, seu referencial está apoiado nas teorias situacionais.

Nesta mesma linha, encontram-se Hersey e Blanchard (1986), descrevendo a liderança situacional como um estilo de liderança que se adapta a momentos específicos. Esta forma de liderança fornece subsídios para o entendimento das relações de poder, uma vez que o líder usa de sua influência em situações pontuais e determinantes, evitando desgastes de seu poderio e controle.

Olhando pelo prisma das diversidades de acontecimentos nas instituições hospitalares, pode-se entender, segundo os conceitos da liderança situacional, que um médico frente a um atendimento de alta pressão em uma Sala de Emergência torna-se líder do grupo em função das demandas que a situação traz, e não necessariamente é líder em todos os momentos ou fora daquele ambiente.

Voltando a Knickerbocker (1948), outro conceito fortemente defendido por este autor, é o da liderança funcional, que coloca ênfase nas circunstâncias na qual um

grupo de pessoas tenta alcançar determinado objetivo, portanto, ter-se-ia a criação de um líder para uma situação específica.

Sob esta óptica, entende-se que os líderes, dentro de um mesmo grupo, podem mudar entre si, de acordo com o trabalho que o grupo está buscando desenvolver; desta forma, todos podem tornar-se líderes e liderados, sem que desgaste o relacionamento entre os membros da equipe.

Outra perspectiva é a da liderança estratégica, que, como afirma Rowe (2002), pode ser conceituada como:

Liderança estratégica é a capacidade de influenciar outras pessoas a tomar, de forma voluntária e rotineira, decisões que aumentem a viabilidade em longo prazo da organização, ao mesmo tempo que mantém a estabilidade financeira em curto prazo (ROWE, 2002, p. 02).

Entende-se que a perspectiva da liderança estratégica possui um foco mais administrativo, uma vez que visa a perpetuação da empresa por meio do controle dos subordinados, influenciando-os a realizarem suas atividades em função do bem da organização; bem como mantém seu foco na estabilidade financeira, essencial para o bom funcionamento de qualquer instituição.

Em outra vertente encontra-se Lapierre (1994) fazendo uma releitura de inúmeros estudiosos de liderança, baseados em uma perspectiva psicanalítica, como por exemplo, Erickson, Zalenznick, Kernberg, Levinson, e volta ao primeiro campo atribuindo ao líder qualidades natas. Ele diz que

liderança é a direção, isto é, a orientação dada a uma organização que manifesta-se sobretudo por sua visão pessoal, por seus modos de agir, por suas convicções profundas, por sua imaginação e por seu universo fantasmático. É uma direção em que a confiança em si (aparente), as capacidades de impressionar e de persuadir conduzem a certo entusiasmo. A liderança é concebida como a resultante de disposições, de qualidades e de atributos pessoais da pessoa que ocupa posição de autoridade, que fazem com que ela suscite, para determinada comunidade, atração e adesão (LAPIERRE, 1994, p. 51).

Lu (2004) defende que uma das mais importantes características da liderança é o completo controle pessoal. Já Covey (1996), diz que líderes são pessoas “que têm visão, coragem e, humildade constantemente para aprender e crescer” e são as pessoas largamente efetivas nos “Seven Habits” (sete hábitos), que seriam: ser proativo (visão

pessoal), começar e terminar os pensamentos (liderança pessoal), colocar as prioridades prioritariamente (gerenciamento pessoal), pensar no ganha-ganha (liderança interpessoal), olhar primeiro para entender, então ser entendido (empatia na comunicação), possuir sinergia (criatividade cooperativa) e, improvisar e reagir aos erros do passado (balanceia sobre sua renovação), portanto, os autores também sugerem um conceito predominantemente voltado às qualidades natas da liderança.

Knickerbocker (1948), retoma as características comportamentais vinculadas ao interesse do grupo, e não aborda a dimensão situacional, nesse contexto sugere algumas características das relações de liderança, sendo estas:

- Concepção simbólica ou romântica – largamente aceita, sustenta o conceito de que é uma consequência da natureza das relações dos indivíduos, como um pai durante a infância.
- Comportamental – concebida em função das necessidades dos indivíduos e grupos.
- Funcional – em que o líder é considerado como controlador dos meios.
- Consecução de objetivos – é selecionado/ eleito pelo grupo para satisfazer as necessidades desse mesmo grupo.

Neste contexto, novamente é o interesse do grupo que prevalece como apoio da liderança. Tanto na abordagem simbólica, quanto na comportamental, funcional ou de consecução de objetivos, quem dá poder ao líder é o grupo.

No que tange aos extremismos que se pode ocasionar seguindo apenas um modelo de liderança, encontra-se Ouimet (2002) chamando a atenção para os perigos que os modelos teóricos produzem ao aprisionar o escopo conceitual a paradigmas isolados. Segundo o autor, as teorias de liderança estariam relacionadas, na maioria das vezes, a quatro paradigmas, sendo estes: o racionalismo, o empirismo, o sensacionismo e o dogmatismo, conforme demonstra a Figura 2.

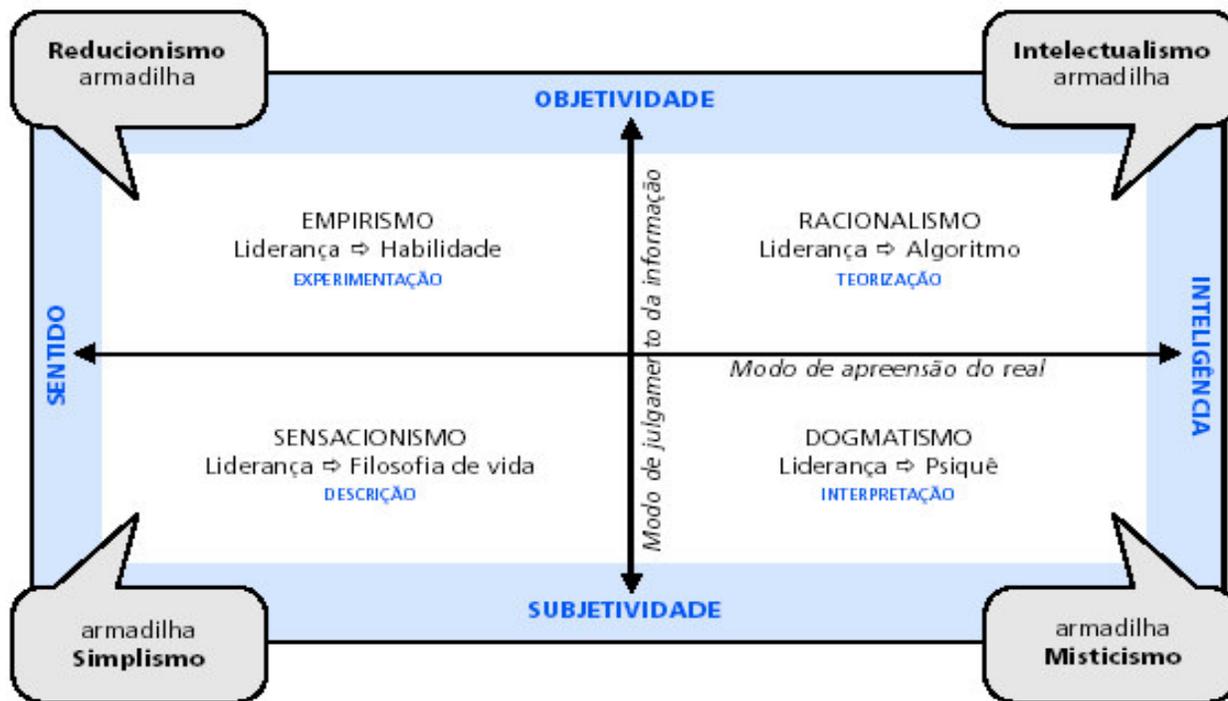


Figura 2: Modelos de Liderança. Fonte: OUIMET, 2002. Pode-se observar na figura que o eixo vertical apresenta o modo de julgamento da informação, tendo como pólos a subjetividade na extremidade inferior e a objetividade na superior. O eixo horizontal representa o modo de apreensão do real, com uma das extremidades indicando os sentidos (sensações humanas e instintos) e outra a inteligência.

Baseado no quadro de Ouimet (2002), pode-se entender como modelo teórico que a liderança empírica parte do “modo sensorial de apreensão do real e o modo objetivo da informação obtida”. Desta forma, pode-se considerar a liderança como a habilidade de conduzir ferramentas de mobilização. O contexto “emerge de comportamento, racional e logicamente cômgruos, que solicitam a mobilização dos membros de um grupo”. (OUIMET, 2002, p. 11). Esse conceito pode levar ao reduccionismo, pois é executado sem uma base sólida nas decisões e ações da organização.

Articulando objetividade e inteligência o autor localiza o pólo racionalista:

(...) o resultado da combinação do modo intelectual de apreensão do real e o modo objetivo de avaliação da informação obtida. Esse paradigma considera a liderança como um algoritmo de ações racionalmente refletidas. São os diferentes papéis dos líderes que podem mobilizar uma equipe de trabalho e orientar suas ações para alcançar os objetivos da empresa. Tal paradigma estabelece logicamente, um sistema racional que

ordena os comportamentos sensatos do líder (modo intelectual de apreensão do real) em função de dados fatuais, observáveis e quantificáveis (modo objetivo de julgamento da informação). (OUIMET, 2002, p. 09).

Por outro ângulo, a relação do sentido e subjetividade, o sensacionismo, descreve uma diferente abordagem filosófica da forma de “ser líder”, sendo nesta linha, utilizados os valores e as crenças pessoais do líder para cativar os colaboradores. Este paradigma mostra que o condutor da equipe “só precisa aprender, no meio natural, os gestos verbais e não-verbais dos dirigentes para apreciar a natureza e a força de sua liderança”. (OUIMET, 2002, p. 12). Desta forma, o líder sensacionista baseia-se nos valores que promovem o ser humano, tendo como tipo básico de atuação, a tendência ao simplismo (união da intuição com a subjetividade).

Ouimet (2002), descreve que o dogmatismo é a interação da inteligência com a subjetividade de avaliação das informações determinadas pela “psique dos dirigentes”; sendo suas pulsões o determinante em sua liderança, podendo chegar até ao misticismo nas ações e decisões dos líderes que atuam nesse contexto.

Quando são considerados os quatro paradigmas citados por Ouimet (2002), verifica-se que, em todos os casos, as extremidades geram desconforto nas ações dos dirigentes, valorizando uma ponderação entre os estilos. Pode-se entender que, usualmente, o equilíbrio é a receita mais viável quando se lida com seres humanos, permeados de símbolos, racionalidade, misticismo e inteligência.

Em suma, os conceitos de liderança referem-se a diferentes abordagens para o entendimento das relações líderes – liderados. Este capítulo procurou rever alguns destes conceitos, abarcando as idéias de liderança comportamental, situacional, e outros modelos teóricos que fazem parte do estudo acadêmico desta prática de relacionamento.

A releitura dos estilos de liderança mostra que, independente da abordagem escolhida pelo líder, a aceitação pelo grupo é que define o tipo de influência que o líder em questão terá.

2.3 Conceitos e Contextos Sobre Formação, Subjetividade e Entendimento dos Fenômenos da Liderança

Entre 1927 e 1932 foi desenvolvido em uma das fábricas da Western Electric Company, Hawthorne, Chicago, o que tornaria-se um dos mais conhecidos e pioneiros estudos sobre motivação, produtividade e liderança. Segundo Robbins e Coulter (1998), Elton Mayo desenvolveu uma grande experiência envolvendo os trabalhadores desta fábrica, lidando com variáveis de natureza psicológica, chegando a resultados surpreendentes para a época, dos quais se pode citar:

- Menor supervisão gerou maior produção.
- Maior intervalo (menos tempo efetivo de trabalho) gerou maior produção.
- Maior intervalo ainda gerou queda na produção e até descontentamento dos operários, que sentiram seu ritmo quebrado.
- Grupos de trabalho aumentam a produção e melhoram o clima organizacional.

Em outras palavras, Mayo verificou que o nível de produção é resultante da integração social entre os trabalhadores; os trabalhadores não reagem como indivíduos, mas como membros de um grupo; as relações humanas são as ações e atitudes desenvolvidas pelos contatos entre pessoas e grupos; extrema fragmentação de tarefas e especialização de cargo não gera, necessariamente, uma organização mais produtiva e que os elementos emocionais de cada colaborador possuem influência direta na produção e no clima da instituição (ROBBINS e COULTER, 1998).

Em função desta experiência, começou a surgir uma nova linguagem no repertório administrativo, abordando temáticas como: motivação, liderança, comunicação, organização informal, dinâmica de grupo, etc. A Teoria das Relações Humanas desenvolveu-se gradativamente. Entretanto, no que tange o olhar acadêmico sobre o desenvolvimento da liderança, vários autores têm indicado a necessidade de uma reorientação neste arcabouço teórico, sugerindo a integração de diferentes abordagens que vislumbrem a liderança como processo psicossocial definido pela interação humana. Davel e Machado (2001), citam como estudiosos nesta linha Smircich e Morgan (1982), Hosking (1988), Knights e Willmott (1992), Alvesson (1992), Bryman (1996) e Alvesson (1992).

Fomentando as discussões no contexto subjetivo da formação das lideranças, encontram-se Davel e Machado (2001, p. 108), considerando a liderança como um relacionamento, uma reciprocidade entre líder e seguidores nos planos social, simbólico, identitário e cultural.

Reafirmando o que foi exposto no capítulo anterior, os autores dizem que os novos contextos organizacionais têm primado pela flexibilidade e pela cooperação e tendem, conseqüentemente, a enaltecer a figura do líder no sentido de transferirem a esta pessoa um poder decisório elevado e alto grau de responsabilidade perante a equipe. O enaltecimento e reconhecimento acontecem em conseqüência do trabalho desenvolvido com eficácia e eficiência, que usualmente são características dos líderes que desenvolvem trabalhos concisos com suas equipes.

Davel e Machado (2001) defendem que o processo de liderança e suas relações tratam de definições da realidade social que são “constantemente negociadas, aceitas, implementadas e renegociadas, promovendo-se e mobilizando-se valores, conhecimentos, sentimentos e interesses” (DAVEL e MACHADO, 2001, p. 109).

Bryman (1996), *apud* Davel e Machado (2001), define o processo de influência pelo qual o líder tem um impacto sobre os outros, induzindo-os a se comportarem de uma determinada maneira. Diz que este processo de influência é concebido como incorporado ao contexto de um grupo e que o líder influencia o comportamento dos membros rumo aos objetivos que tal grupo pretende alcançar.

Nesta linha de raciocínio,

a liderança é concebida como ação simbólica (Pfeffer, 1981) em que o líder se torna administrador do sentido (Smircich e Morgan, 1982), identificando para os liderados um sentido do que é importante e definindo a realidade organizacional para outros. Arelada aos teóricos institucionalistas (Selznick, 1957; Biggart e Hamilton, 1987) e aos estudiosos do simbolismo organizacional (Pfeffer, 1981; Smircich e Morgan, 1982; Trice e Beyer, 1989), a liderança vai sendo concebida como a atividade central dos atores organizacionais, tal como eles desenvolvem, modelam e negociam os conteúdos dos esquemas interpretativos que definem as situações cotidianas de trabalho. Essa atividade processual envolve um tipo de ação social integradora (Alvesson, 1992, 1995a), em que a criação de certa “ilusão do controle” depende do desempenho simbólico do líder (Czarniawska-Joerges e Wolff, 1991). (DAVEL e MACHADO, 2001, p. 110).

Partindo destas abordagens, pode-se entender que a liderança é, sobretudo, uma forma de relacionamento, “um processo mútuo de ligação entre líder e seguidor”. (DAVEL e MACHADO, 2001, p. 112). Lembrando sempre que tal processo envolve um relacionamento de influência em duplo sentido, orientado básica e sumariamente para o atendimento dos objetivos e expectativas mútuas.

Considerando que o relacionamento da liderança com os liderados busca atender aos objetivos de ambos os lados, é imprescindível que haja uma identificação entre as partes, para que colaborem entre si. Assim sendo, a identificação é central neste processo, pois define os indivíduos em termos de filiação a uma mesma categoria social (categorização); define pela distinção, prestígio e saliência dos valores e práticas do grupo

em relação a outros grupos comparáveis e define pelos fatores que são associados à formação psicossocial do grupo. (DAVEL e MACHADO, 2001).

Pratt (1998), *apud* Davel e Machado (2001, p. 113), diz que o processo da identificação está intimamente ligado aos aspectos de:

Segurança psicológica – a identificação funciona como um mecanismo de cópia que as pessoas utilizam para resolver inconsistências emocionais.

Afiliação – a necessidade de o indivíduo se perceber como membro de um grupo, necessidade de agregação, a fim de vencer o isolamento social.

Autovalorização – o indivíduo busca imitar o comportamento daquele que ele julga importante para seu engrandecimento, para a construção de um autoconceito positivo.

Significado – o indivíduo busca referências de valores para incorporar ao seu comportamento, como forma de atribuir um propósito à sua vida.

Relembrando as teorias já estudadas sobre liderança, pode-se concluir que a identificação é intrínseca a qualquer processo de formação e concepção de liderança, confirmando que não existe papel de líder isoladamente. Desta forma, entende-se porque a identificação é uma noção básica para a compreensão do processo de liderança no contexto contemporâneo das organizações, independente de sua área de atuação.

No contexto da área hospitalar, por exemplo, os líderes administrativos devem encontrar um campo de identificação com os outros profissionais do ambiente hospitalar (técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas) no sentido de buscarem simpatizantes e, sob esta óptica, liderados, para conseguirem alcançar os resultados desejados.

Davel e Machado (2001, p. 114) explicam que:

a formação do vínculo da identificação sucede no momento em que as ações de uma pessoa vão ao encontro das expectativas da outra, o vínculo da liderança ocorre de maneira fecunda e produtiva quando as ações do líder forem ao encontro das expectativas do liderado e vice-versa. A identificação ocorre de maneira efetiva quando os comportamentos se caracterizam por expectativas complementares, podendo daí surgir uma situação de simpatia mútua e de reciprocidade no que diz respeito ao alcance de metas estabelecidas.

Os autores apresentam, na figura a seguir, como representação gráfica a dinâmica entre liderança e identificação.

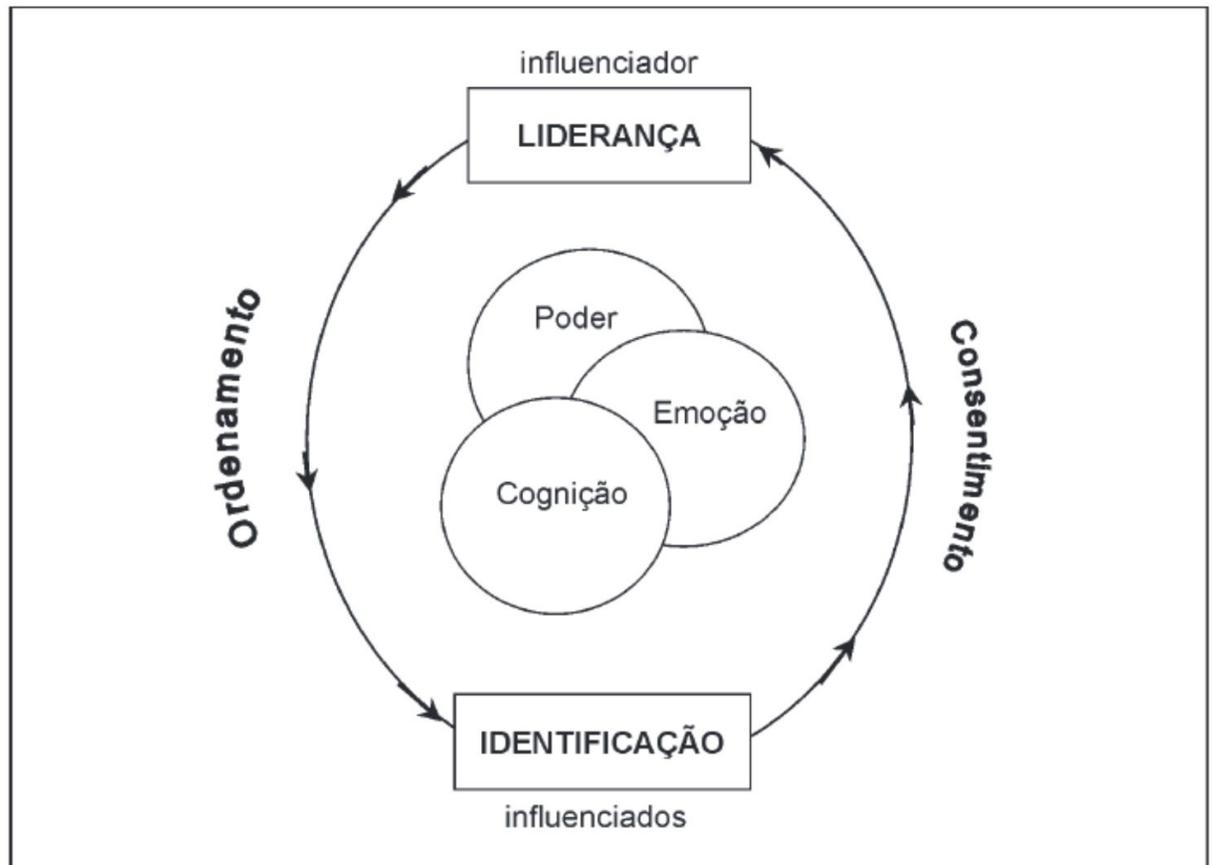


Figura 3: A Dinâmica entre Liderança e Identificação: Sobre a Influência Consentida nas Organizações Contemporâneas.

Fonte: Davel e Machado, 2001, p. 114.

A figura 3 demonstra que, de um lado, a liderança se fundamenta na busca de um líder que almeje ser escolhido e que, no intuito de se manter influente, opte pela constante reconstrução de si mesmo, por meio de mobilização de recursos políticos, cognitivos e emocionais, oferecendo e negociando os ordenamentos significativos da realidade do grupo.

Ao passo que, de outro lado, a identificação é consolidada pelo processo de reconhecimento e consentimento da influência vindo de uma pessoa que reduz a incerteza subjetiva, que negocia e confere um significado às atividades cotidianas e que estabelece um sentimento de afiliação, ou seja, que fornece “um substrato emocional, social

e cognitivo no qual e com o qual todos se possam reconhecer por meio dos protótipos e categorias que aquela pessoa represente para o grupo”. (DAVEL e MACHADO, 2001, p. 114).

Considerando o esquema proposto como verdadeiro, percebe-se, nitidamente, que o consentimento e o ordenamento movem, de forma continuada, os relacionamentos entre influenciador e influenciados.

No que tange às práticas de pesquisa organizacional, Davel e Machado (2001), entendem que o esquema conceitual proposto destaca três tipos de implicações para o estudo da liderança, sendo estes:

- Considerar a liderança como fenômeno processual fundamentalmente psicossocial que requer interação e relacionamento. Proporcionando uma forma de repensá-la e de adequá-la às mudanças organizacionais contemporâneas.
- Inserir neste panorama de mudanças e atrelar à identificação que é encontrada, o conceito que liderança pode se tornar uma dinâmica circunstancial e situacional, em que líderes e liderados ocupam posições suscetíveis de intercâmbio.
- Reconhecer que todos os atores são participantes ativos no desenrolar das ações e relações cotidianas de trabalho, fazendo com que essa dinâmica tenda a suscitar postura de cooperação e comprometimento e a favorecer a transformação, inovação e renovação de processos, estruturas e atividades organizacionais.

Neste raciocínio, repensar o processo de liderança sob a óptica da identificação traz implicações também para a prática organizacional. Davel e Machado (2001), defendem que para serem bem sucedidos no desempenho da sua influência, os indivíduos devem desenvolver certa competência e sensibilidade.

O fato de a liderança contemporânea se desenrolar cada vez mais no âmbito do relacionamento freqüente e face a face, suscita a percepção dos indivíduos para atividades e relações de influência mais sutis, que envolvem conhecimento e sentimento, mas também poder. Dessa forma, aqueles que exercem influência passam pelo desafio de se tornarem mais sensíveis para combinar ação, reflexão e emoção. (DAVEL e MACHADO, 2001, p. 119).

Com o entendimento de todos os conceitos expostos previamente, pode-se considerar como papel fundamental do processo no exercício da liderança, a identificação dos focos de força e fraqueza dos indivíduos, analisando-os como dicotômicos e difusos, uma vez que Davel e Machado (2001, p. 119) dizem que essas forças e fraquezas podem produzir em todos os envolvidos uma sensação de plenitude, derivada da convergência de necessidades e de sentimentos.

Além disso, concebendo os subordinados como seres que não mais se comportam de forma passiva ou como vítimas da ação do líder, “é que se pode favorecer uma melhor compreensão da dimensão abrangente e relacional da atividade do líder como administrador do sentido, como ator social integrador e, conseqüentemente, como agente de mudança e inovação nas organizações”. (DAVEL e MACHADO, 2001, p. 120).

Outro foco subjetivo da liderança é proposto Burns (1978) *apud* Bergamini (1994), no que tange à transacionalidade e à transformação.

Na liderança transacional, uma troca ocorre entre líder e o seguidor. A troca poderá ser econômica, política ou psicológica, mas não existirá ligação duradoura entre as partes. Essa troca continua somente à medida que ambas as partes acham que isso vem em benefício próprio. (BERGAMINI, 1994, p. 109)

A autora coloca que, na maioria das vezes, a troca neste tipo de relação líder-liderado, propõe benefícios de caráter extrínseco, podendo ser, por exemplo, remuneração.

Sob outro ponto de vista, encontra-se a liderança transformadora. Burns (1978) *apud* Bergamini (1994), coloca que

a liderança transformadora é uma necessidade existente ou solicitação de um seguidor potencial. Mas, além disso, o líder transformacional procura motivos potenciais nos seguidores, procura satisfazer suas necessidades de alto nível e assume o seguidor como uma pessoa total. O resultado da liderança transformacional é o relacionamento de estímulo contínuo.

Entende-se, portanto, que o líder transformacional exemplifica com suas ações um modelo interpessoal de motivação, supondo que a influência possa ocorrer em duplo sentido para que sejam estabelecidos laços de respeito.

Bergamini (1994) coloca que, independente do estilo da liderança, é ponto pacífico entre os estudiosos que os “líderes e os liderados exercem papéis ativos na transformação e mudança organizacional”. (BERGAMINI, 1994, p. 110).

A tabela a seguir ilustra as diferenças entre as lideranças transacional e transformadora:

Tipo de Liderança	Tipo de Relacionamento	Intensidade da Troca	Tipo de Benefício
Transacional	Interesses entre líder e liderados	Não duradoura	Extrínsecos (remuneração)
Transformadora	Necessidade de líder e liderados	Contínua	Intrínseco (motivação)

Tabela 1: Comparação entre estilos de liderança.

Fonte: Elaborado pela autora.

Neste contexto, Motta (2002) discorre sobre o papel do dirigente como líder e quais as influências positivas que o casamento da pessoa no papel gerencial com a liderança acatada pelos colaboradores tem no desenvolvimento da organização.

O quadro a seguir demonstra que a posição hierárquica do cargo gerencial tende a sugerir aos dirigentes formas de validar sua liderança, podendo levá-los a tomar decisões errôneas sob a postura a ser adotada.

Comportamentos e posturas típicas	Autoridade	Benevolência	Poder
Uso do poder	Usam o poder do cargo	Usam poder da persuasão/ bondade	Usam o poder dos liderados
Formas de Manifestação de Influência	Emitem ordens	Usam o consenso já obtido anteriormente	Negociação constante
Formas de manter a Influência	Reforço do poder	Possibilidade de Recompensa	Reforço de ideais comuns
Formas de manter o Status	Distância social	Integração parcial	Integração constante
Postura esperada do subordinado	Submissão	Compreensão e Consentimento	Aliança

Tabela 2: Perspectivas de Liderança por Base da Influência.

Fonte: Adaptado pela autora de Motta (2002, p. 212).

Falando sobre a formação das lideranças, o autor defende que este é um fenômeno

essencialmente resultado de habilidades humanas apreendidas por pessoas comuns, e, portanto, perfeitamente tratáveis como uma dimensão básica da formação gerencial. Liderança não é uma condição passiva, mas produto de participação, envolvimento, comunicação, cooperação, negociação, iniciativa e responsabilidade. (MATTOS, 2002, p. 221).

Neste sentido, uma das questões que há muito permeia as discussões teóricas, e práticas, do imaginário das pessoas: Líderes são, ou líderes se formam?

Como foi demonstrado no item anterior, a exclusividade da concepção de que líderes “são” foi questionada a partir da década de 50, quando se desenvolveram as abordagens situacionais, contudo, alguns autores ainda sustentam tal concepção.

Gonzalez (1991), acredita que líderes se formam, portanto, reforçando o campo das teorias situacionais. Analisando a trajetória de alguns líderes famosos do século passado, como Gandhi, Churchill, Kennedy e Hitler, o autor conclui que todos possuem o potencial de ser líder e que, tornar-se um, é apenas questão de desenvolver esses potenciais. Observa-se que mesmo os autores que defendem uma concepção situacional não abandonam as qualidades natas, sempre relacionando o processo de formação a um potencial pré-existente. Essa tensão persiste nos estudos de liderança.

O autor relata um estudo feito com 50 líderes, de diversas áreas, e conclui em cinco (5) características os focos que são necessários para desenvolver na escalada para tornar-se líder. Na visão de Gonzalez (1991), são eles: Motivação, Entusiasmo, Determinação, Auto-conhecimento e Auto-confiança.

Sob esta perspectiva, portanto, novamente entende-se que é possível que médicos, enfermeiros e administradores assumam papéis de liderança dentro da organização hospitalar, considerando que desenvolvam as características necessárias para tal papel e formem com seus liderados uma equipe genuína, não apenas um grupo imposto pelo organograma da instituição.

Em outro prisma, Lapierre (1994, p. 55), aposta em uma leitura mais subjetiva da liderança, defendendo que

as pessoas sabem sempre mais do que acreditam. Trata-se de um conhecimento que não é formal ou explícito, de um conhecimento sentido, prático, intuitivo, escondido ou coberto, de um conhecimento em parte inconsciente, mas que pode-se descobrir durante a vida. É isso que acontece com os líderes(...)

O autor continua explicando que o mecanismo mental de projeção, a subjetividade, é a base à liderança. Mais importante que a transferência (de objetivos comuns, de trabalhos em equipe), é vital à formação da liderança, a contratransferência. É esta que sustenta a projeção à liderança, fazendo com que o liderado apreenda o líder por meio de uma compreensão subjetiva de empatia.

Davel (2001) diz que é exatamente neste ponto que está a arte do administrador, especialmente aquele que lida com a Gestão de Pessoas. Ele deverá conduzir as pessoas, conciliar os cérebros pensantes para um foco de benefício tanto para a organização quanto para o colaborador.

Desta forma, o desafio está em harmonizar, entre os membros de um grupo, a capacidade original de combinar emoção com razão, subjetividade com objetividade, quando concebem situações, quando desempenham tarefas, interagem e decidem. Mais uma vez fica evidente a importância da gestão que lida com pessoas, mostrando-se atividade fundamental para a sobrevivência e o sucesso das organizações.

Sob a formação, ou transformação, da liderança, Wood (2001), discorre sobre a possibilidade de ela ser entendida como um processo pelo qual os liderados transferem o poder de condução e decisão deles a outra pessoa (no caso, o líder). Assim como outros autores, Wood parte do princípio de que a força da liderança é fruto de seus liderados, ou seja, seu papel está em conseguir sua adesão para aquela relação, ainda que momentânea.

Praticamente na mesma linha de Wood, encontra-se Knickerbocker (1948) e Stogdill (1948), que descrevem a liderança como uma relação dinâmica, em que o estar na posição (de líder) é uma concepção funcional sob uma perspectiva de utilidade. O líder serve seus seguidores para satisfazer necessidades daqueles que o elegeram e, uma vez

conquistados estes colaboradores, a liderança poderá coletar de volta os “favores” para sua pessoa e para a organização.

É evidente a similaridade do pensamento entre estes estudiosos, apesar de sua distância temporal. Todos concordam que a liderança somente poderá ter força, e ser efetiva, com o consentimento dos colaboradores.

Nesta linha de raciocínio, entende-se que a liderança parte de uma dimensão vinda das “relações”, sendo o líder responsável por administrá-las e servir às partes interessadas (colaboradores e organização) para que este relacionamento floresça e continue existindo.

Pode-se entender, nesta leitura, que a liderança é um processo contextual e mutável, podendo ser aprendido, apreendido e melhor (ou pior) aplicado variando com as situações.

Em outro contexto, Lu (2004) sugere que a formação da liderança é uma combinação do caráter (quem é a pessoa) e das competências (o que essa pessoa pode fazer). O autor não considera que o líder seja um herói ou uma pessoa especial, mas que por algumas características, esteja, situacionalmente, destacado dos demais.

Nesta óptica entende-se que a liderança é quase imposta aos liderados por razões que eles sentem subjetivamente. A aceitação não é racional nem consentida oficialmente, mas sim, entendida e sentida.

Para Marchioni (2005, p. 35),

a figura do líder sob apoio dos seus seguidores surge devido à necessidade de que o grupo isolado ou desordenado não consegue atingir objetivos e, por isso, outorga a função da condução ao líder, no exercício a ele destinado, a fim de que os encaminhe acertadamente.

Esta situação pode ser analisada com um exemplo dado anteriormente: um atendimento em uma Sala de Emergência. O grupo todo (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) elege o médico como detentor de um poder maior e o colocam em uma posição de liderança momentânea para organizar o grupo em prol de atingirem um objetivo maior, o tratamento.

Covey (1996) considera que o gerenciamento pessoal, liderança interpessoal, empatia na comunicação, criatividade cooperativa e renovação pessoal, fazem

com que essa pessoa em tal “*status*” seja reconhecida e aceita pelos seus colaboradores, tornando-se, efetivamente, um líder.

Com tantos pontos de vista e teorias diversas, entende-se a formação de liderança como sendo alvo de divergências entre os acadêmicos estudiosos deste segmento, entretanto, mesmo as linhas mais díspares, concordam na importância que o líder representa para a empresa, independente do segmento a que pertença.

Partindo de um conceito subjetivo e de complexidade ampliada, como é o da liderança, pode-se definir, de acordo com Rose (1996), que a subjetividade é expressa em pensamentos, condutas, emoções e ações. “Suas relações com o conhecimento permitem desvendar a pluralidade e heterogeneidade de linguagens, espaços e práticas que nos governam diariamente”.

Davel e Vergara (2001, p. 42) conceituam a subjetividade como contribuinte no estudo das pessoas nas organizações, uma vez que “torna compreensível a experiência humana em sua fonte mais complexa, rica e profunda”. Os autores continuam dizendo que no pensamento filosófico grego, subjetividade é aquilo que é fundamental ao ser humano e que permanece subjacente, designando a interioridade pessoal, a singularidade e a espontaneidade do eu, ou seja, de acordo com Faye (1991) *apud* Davel e Vergara (2001, p. 43), tudo o que constitui “a individualidade humana e que segmenta todo e qualquer conhecimento possível”.

Deve-se considerar também o que diz Burns (1978) *apud* Lapierre (1994), quando expressa que o fenômeno da liderança encontra-se hoje, dissolvido em parcelas de significado descontínuo, em uma tentativa de mostrar que as definições pouco acrescentam isoladamente nos estudos de liderança.

Falar sobre liderança no contexto atual é falar subjetivamente sobre o relacionamento profissional entre as pessoas. Com o crescimento das práticas de Gestão de Pessoas, já não existe mais a figura do líder imposto, mas trabalha-se em conjunto com as lideranças escolhidas e, portanto, aceitas.

Lapierre (1994) explica bem os conceitos subjetivos que envolvem as lideranças e as formas como são vistas. O autor diz que além das capacidades analíticas, dos conhecimentos técnicos, da sensibilidade política e das habilidades de direção que pode exercer um dirigente (informar-se, comunicar, persuadir, cativar, seduzir, manipular, exigir,

etc.), sua liderança é atribuída à sua vida interior, manifestando-se em seus modos de ser e de agir.

A visão criativa, os desejos e seus interesses profundos, a paixão e a determinação obstinada por uma idéia, uma causa ou projeto, as disposições, as qualidades e os atributos pessoais, a segurança e o entusiasmo são alguns dos elementos que levam a aderir ao líder; e sob seu governo, abrem-se novos horizontes, inovações ousadas ou mudanças radicais. (LAPIERRE, 1994, p. 98)

Neste raciocínio, o autor conclui que se a liderança é como se pretende, uma direção que provém da personalidade dos dirigentes, compreende-se então a ligação estabelecida entre o imaginário, a liderança e a subjetividade.

Desta forma, pode-se começar a entender a liderança de forma mais inconsciente e menos “escolhida” pelos liderados, uma vez que é compreendida a noção de liderança proposta por Burns (1978, p. 428) *apud* Lapierre (1994), de que esta é

um processo recíproco de mobilização de recursos econômicos, políticos e outros, vivido num contexto de cooperação e conflito, por pessoas que possuem certas motivações e valores, para atingir objetivos perseguidos individual ou conjuntamente pelos líderes e seus seguidores (LAPIERRE, 1994, p. 112).

No estudo subjetivo das lideranças, entende-se que a transmissão do poder leva, de forma inevitável, à institucionalização deste líder dentro da organização. Lapierre (1994, p. 116) explica que a presença psíquica do líder se perpetua e fortalece-se sob a forma de idéias enquanto “representação mental da instituição no universo psíquico interior da nova geração de subordinados”.

Pode-se transferir essa assertiva para empresas de cultura familiar forte, nas quais mesmo depois da morte do fundador, muitos dos antigos hábitos continuam vigorando em função da perpetuação da imagem que existe no inconsciente dos subordinados.

Foucault (1980, p. 52), diz que “o exercício do poder em si mesmo cria e faz emergir novos objetivos do conhecimento e acumula novos corpos de informação”, desta forma, o exercício do poder perpetuamente cria conhecimento e, por outro lado, o conhecimento constantemente induz efeitos do poder. Nesta linha de raciocínio entende-se que não é possível para o poder ser exercido sem conhecimento e é impossível ao

conhecimento deixar de gerar poder, podendo ser esta, subjetivamente, a dinâmica básica da liderança.

Nas práticas de Gestão com Pessoas, a subjetividade é preceito básico para o entendimento das relações. Davel e Vergara (2001, p. 41), colocam sete pontos como sendo as principais doutrinas das práticas modernas de Gestão com Pessoas, baseadas na subjetividade intrínseca a essas práticas. São elas:

- Universalidade: possibilidade de transferência internacional dos métodos e técnicas de gestão.
- Individualização: gestão individual das pessoas e dos grupos.
- Organização descentralizada: desenvolvimento de unidades autônomas.
- Flexibilidade: desenvolvimento de formas flexíveis de trabalho.
- Contingência: importância dos contextos locais e das particularidades situacionais.
- Globalização: gestão coletiva do pessoal e busca de sinergia coletiva.
- Planejamento: implantação de uma gestão de pessoal e gestão de carreiras.

Desta forma, Davel e Vergara (2001, p. 50), concluem que seres humanos (líderes e/ ou liderados) não podem ser entendidos, se a busca deste entendimento não estiver alimentada por um pensamento filosófico, ético, político e cultural. “Considerar a subjetividade nas organizações significa que as pessoas estão em ação e em permanente interação, dotadas de vida interior e que expressam sua subjetividade por meio da palavra e de comportamentos não verbais”.

Fica, portanto, nítido que é sob esta ótica que uma liderança moderna deve atuar, particularmente quando encontra-se inserida em um complexo ambiente como o hospitalar.

Este capítulo teve como propósito realizar um levantamento sobre as visões acadêmicas no que tange à formação da liderança, promovendo a discussão a respeito de sua natureza (se ela é nata ou inata). Buscou-se também, como o intuito de melhor entendimento das lideranças nas organizações hospitalares, perceber os aspectos subjetivos dos relacionamentos líderes – liderados, bem como a forma com que essa subjetividade pode ser percebida e aplicada ao cotidiano de uma organização.

Este trabalho, em particular, pretende trabalhar com o entendimento subjetivo da liderança, uma vez que o ambiente hospitalar é permeado de particularidades no que tange os relacionamentos humanos. Existem supostos líderes formais e existem os líderes que atuam com base na empatia e no bom relacionamento com as equipes. Desta forma, a pesquisa realizada tem como foco entender, subjetivamente, como as lideranças das sub-culturas influenciam positivamente, ou conflitam, umas com as outras.

2.4 Considerações Sobre Administração de Conflito

Nascimento e Sayed (2005) classificam conflito com sendo “um processo no qual uma das partes envolvidas percebe que a outra parte frustrou, ou irá frustrar, os seus interesses”. Desta forma, o conflito não deve ser visto como impulsionador de agressões, disputas ou ataques, mas como um processo que começa com uma percepção de necessidade de mudança e termina com a adoção de uma estratégia adequada e positiva para que os danos sejam minimizados.

Os autores ainda definem possíveis motivos de início de conflito:

1. Experiência de frustração de uma ou ambas as partes: incapacidade de atingir uma ou mais metas, e/ou de realizar e satisfazer os desejos, por algum tipo de interferência ou limitação pessoal, técnica ou comportamental.
2. Diferenças de personalidade: são invocadas como explicação para as desavenças, tanto no ambiente familiar, como no ambiente de trabalho, e reveladas no relacionamento diário através de algumas características indesejáveis na outra parte envolvida.
3. Metas diferentes: é comum estabelecer-se metas/objetivos a serem atingidos e que podem ser diferentes dos de outras pessoas e de outros departamentos, o que leva à geração de tensões em busca de seu alcance.
4. Diferenças em termos de informações e percepções: costumeiramente tende-se a obter informações e analisá-las à luz dos próprios conhecimentos e referenciais, sem levar em conta que isto ocorre também com o outro lado com quem conversa-se e/ou apresenta-se as idéias, e que este outro lado pode ter uma forma diferente de ver a situação.

Deve-se entender, neste contexto, que o conflito pode surgir de uma divergência de opiniões, podendo se agravar, atingindo um nível de hostilidade conhecido como conflito destrutivo.

Segundo Nascimento e Sayed (1995), pode-se acompanhar a evolução dos conflitos e suas características, quando percebe-se os níveis em que a falta de congruência de idéias está acontecendo:

Nível 1 - Discussão: é o estágio inicial do conflito; caracteriza-se normalmente por ser racional, aberto e objetivo.

Nível 2 - Debate: neste estágio, as pessoas fazem generalizações e buscam demonstrar alguns padrões de comportamento. O grau de objetividade existente no nível 1 começa a diminuir.

Nível 3 - Façanhas: as partes envolvidas no conflito começam a mostrar grande falta de confiança no caminho escolhido pela outra parte envolvida.

Nível 4 - Imagens Fixas: são estabelecidas imagens preconcebidas com relação à outra parte, fruto de experiências anteriores ou de preconceitos que trazemos, fazendo com que as pessoas assumam posições fixas e rígidas.

Nível 5 - Loss of Face: trata-se da postura de continuar no conflito “custe o que custar”, o que acaba por gerar dificuldades para que uma das partes envolvidas se retire.

Nível 6 - Estratégias: neste nível começam a surgir ameaças e as punições ficam mais evidentes. O processo de comunicação, uma das peças fundamentais para a solução de conflitos, fica cada vez mais restrito.

Nível 7 - Falta de Humanidade: no nível anterior evidenciam-se as ameaças e punições. Neste, aparecem com muita frequência os primeiros comportamentos destrutivos e as pessoas passam a perceberem-se cada vez mais desprovidas de sentimentos.

Nível 8 - Ataque de Nervos: nesta fase, a necessidade de se auto-preservar e se proteger passa a ser a única preocupação. A principal motivação é a preparação para atacar e ser atacado.

Nível 9 - Ataques Generalizados: neste nível chega-se às vias de fato e não há outra alternativa a não ser a retirada de um dos dois lados envolvidos ou a derrota de um deles.

No que tange as tipologias dos conflitos, as mesmas autoras defendem que classificá-los pode auxiliar a detectar a estratégia mais adequada para administrar esses embates:

Conflito Latente: não é declarado e não há, mesmo por parte dos elementos envolvidos, uma clara consciência de sua existência. Eventualmente não precisam ser trabalhados.

Conflito Percebido: os elementos envolvidos percebem, racionalmente, a existência do conflito, embora não haja ainda manifestações abertas do mesmo.

Conflito Sentido: é aquele que já atinge ambas as partes, havendo emoção e forma consciente de percepção.

Conflito Manifesto: trata-se do conflito que já atingiu ambas as partes, já é percebido por terceiros e pode interferir na dinâmica da organização.

O manejo e a administração das situações de conflito é essencial para as pessoas e as organizações, uma vez que deve ser entendido como fonte gerador de mudanças, pois, das tensões conflitivas e dos diferentes interesses das partes envolvidas, é que nascem oportunidades de crescimento mútuo.

Nascimento e Sayed (1995) apontam que inúmeros fatores podem influenciar o surgimento do conflito, não ficando restrito às questões relacionadas ao trabalho ou à estrutura organizacional. Comumente as diferenças individuais, os diversos níveis de competência interpessoal, as diferentes visões de mundo, o nicho de atuação, são fatores que cooperam por intensificar a relação conflituosa.

Por outro lado, na perspectiva das instituições hospitalares, Campos (1998) defende que sempre haverá antagonismos intermináveis entre a missão básica dos sistemas de saúde e os interesses corporativos de suas várias categorias profissionais. Ele diz que “haverá sempre conflitos entre Diretores, Coordenadores das Unidades e seus Colegiados; e desentendimentos entre médicos, enfermeiros, técnicos e usuários”. Ou seja, serão constantes as disputas em torno de modelos e programas de atenção, divisão de trabalho e atribuição de responsabilidades, uma vez que cada sub-grupo profissional apresenta a tendência de defender seus interesses de classe.

A sugestão que este autor oferece a esta, aparentemente, insolúvel situação, é a adoção de uma metodologia de qualidade que tratar-se-ia de, ao admitir a inevitável existência destas polaridades, de criar espaços onde pudessem ser explicitadas e trabalhadas

as questões pendentes, considerando-se, sempre, os vários interesses e, portanto, as várias racionalidades envolvidas.

Em outras palavras, sugere-se, nesta óptica, uma máquina gerencial instituinte, ou seja, sistemas de gestão colegiada, na qual encontram-se representantes de todas as categorias profissionais definindo, em conjunto, os próximos passos da instituição.

3. Organização Hospitalar

Ser dirigente é como reger uma orquestra, onde as partituras mudam a cada instante e os músicos têm liberdade para marcar seu próprio compasso.

Paulo Roberto Motta

Este capítulo terá como objetivo descrever as especificidades das organizações hospitalares, trabalhando as complexidades intrínsecas nestas gestões e as formas como as lideranças inserem-se neste contexto.

Será feita uma retomada do histórico do desenvolvimento das instituições de saúde, e do início do hospital no Brasil como é entendido hoje, contemplando as maiores dificuldades encontradas na aplicação da gestão contemporânea a no desenvolvimento das lideranças.

É foco também deste capítulo, estudar as principais divergências, e similaridades, entre as organizações hospitalares e as produtivo-lucrativas (inserindo nesta nomenclatura os bancos, fábricas de produtos, organizações com foco em produção bens e lucratividade).

3.1 Histórico dos Hospitais no Brasil

A recente, e ainda escassa, profissionalização das instituições de saúde traz consigo uma repercussão acadêmica que visa tanto o estudo efetivo desta problemática quanto a geração de massa crítica que repense as tradicionais técnicas de gestão aplicadas ao setor hospitalar.

Esta profissionalização pode ser percebida quando se estuda a história da evolução dos hospitais no Brasil, bem como o desenvolvimento dos profissionais que atuam nesta área.

Segundo Antunes (1991), o termo “hospital”, faz referência direta às instituições de atenção aos doentes. Esta “organização” surgiu em função de uma determinação do Concílio de Aachen, realizado em 816, que traduziu para o latim o termo grego *Nosokhomeion* e tornou obrigatória a construção de um "*Hospitalis pauperum*".

Borba (1991), diz que o vocábulo latino "*Hospes*", que significa hóspedes, deu origem a "*Hospitalis*" e "*Hospitium*", palavras que designavam o local onde se abrigavam, na antigüidade, além dos enfermos, viajantes e peregrinos.

Foucault (1989), explica que os hospitais não surgiram, como os conhecemos hoje, apenas como uma reorganização instrumental de cura, mas estiveram relacionados a outras transformações históricas. A relação da medicina com a organização hospitalar não se deu devido à doença em si, mas em função de necessidades econômicas.

Para Foucault (1989), a evolução do hospital ocorreu principalmente no que se refere ao ambiente físico e estrutural. A medicina fez reformulações na sua forma de trabalho, tornando sua prática eminentemente hospitalar, onde o saber médico (e o sujeito médico) estabeleceu um rígido controle sobre tudo que envolvesse o doente. Desta forma, praticamente todos os recursos hospitalares foram expressivamente destinados às finalidades médicas, ficando com o comando funcional e administrativo nas mãos destes profissionais, é neste contexto que talvez seja possível identificar as dificuldades da profissionalização dos aspectos administrativos desse tipo de organização.

Finckler (1998) afirma que

analisando-se sua história, pode-se perceber que o hospital tem percorrido um longo caminho na busca do tecnicismo científico adequado às suas novas funções. Para Kast e Rosenzweig (1976), por estas instituições terem como marco inicial estas características, é que os hospitais passaram o século XIX como as organizações dos desabrigados e miseráveis. Hoje, o hospital possui outras características e funções.

Segundo Brener (2005), pouco depois da chegada ao que seria o Brasil, os colonizadores portugueses implantaram o modelo das Santas Casas, inaugurado em Portugal em 1498 pela regente do trono da época, de acordo com o site oficial, a Ordem das Santas Casas da Misericórdia foi instituída em Portugal pela Rainha Leonor de Lancastre. O primeiro Regimento da Misericórdia, o chamado Compromisso, foi assinado pela Rainha Leonor, pelo Rei Dom Manuel, pelo Frei Cantreras (Confessor da Rainha), pela infante Dona Brites e pelo Arcebispo de Lisboa, Dom Martinho da Costa. Neste momento o principal objetivo da prática de obras de caridade dividia-se em quatro grandes ramos: tratar os enfermos, patrocinar os presos, socorrer os necessitados e amparar os órfãos.

Quando Da. Leonor morreu, em 1525, havia cerca de 60 santas casas em atividade em Portugal. (www.santacasasp.org.br)

No âmbito brasileiro, a Santa Casa foi fundada por Brás Cubas, no ano de 1543, na Capitania de São Vicente (Vila de Santos). O Hospital de Todos os Santos, o primeiro do país, seria inaugurado no ano seguinte e terminou dando o nome à cidade. Religiosos jesuítas passaram a colaborar com a instituição em 1553 (BRENER, 2005).

Por volta de 1560, deu-se a possível criação da confraria da Misericórdia de São Paulo dos Campos de Piratininga que esteve alojada no Pátio do Colégio, nos Largos da Glória e Misericórdia, sucessivamente. (www.santacasasp.org.br)

Brener (2005) ainda discorre que o Conselho Ultramarino, organismo do Estado português que controlava as colônias, criou no século XVI os cargos de Físico-mór e Cirurgião-mór, que deveriam ser os responsáveis pela saúde no Brasil. Mas a vida difícil nos trópicos não entusiasmou os médicos lusitanos e os dois cargos permaneceram desocupados por muito tempo. As Santas Casas, então, respondiam por todo o atendimento de saúde. Até o final do século XVI haviam sido criadas Santas Casas também no Espírito Santo, Bahia, Rio de Janeiro e São Paulo.

Continua o autor lembrando que o Brasil passaria por grandes mudanças a partir de 1808, quando o ataque de Napoleão a Portugal forçou a transferência do governo para o Rio de Janeiro. O país tornava-se a sede provisória do Império português e receberia uma Corte de dez mil pessoas, com exigências e costumes que a estrutura colonial não podia suportar.

D. João VI tratou então de equipar o Rio de Janeiro com as instituições necessárias ao funcionamento do governo – como o Banco do Brasil e a Imprensa Régia – e também com as comodidades da vida burguesa lusitana. A nova capital ganhou, por exemplo, um sofisticado Jardim Botânico.

Para atender a essa elite transplantada subitamente aos trópicos, tornavam-se necessárias também modificações profundas no atendimento de saúde. Ainda em 1808, foram criados os primeiros cursos de medicina no Rio de Janeiro e em Salvador. Nos anos seguintes, esses cursos seriam transformados em Academias Médico-Cirúrgicas e os graduados ganhariam o direito de exercer a medicina; terminava, assim, o monopólio dos

doutores portugueses, que durante anos foram os únicos médicos formados atuantes em nosso território (BRENER, 2005).

Já com o Brasil independente, em 1829, nascia a Imperial Academia de Medicina, órgão consultivo do imperador Pedro I, e logo seguida a Junta de Saúde Pública. Eram as primeiras instituições destinadas a pensar a saúde pública no país e aplicar soluções coletivas.

Neste contexto, entende-se que uma das principais transformações decorrentes dessa nova concepção de medicina foi a criação de uma Saúde Pública, criando e regulamentando os códigos sanitários e comissões permanentes de moléstias, vacinas, consultas e insalubridades; bem como o projeto de elaboração de Defesa da Medicina, copiado do modelo francês pela Faculdade de Medicina, que lutava contra as más práticas médicas (PASCHE, 2004).

Para melhor visualização, pode-se elencar as datas como:

1543 - Inaugurada a Santa Casa de Santos

1808 - Primeiros cursos de medicina no Rio de Janeiro e em Salvador

1813 - Criada a Academia Médico-Cirúrgica do Rio

1815 - Nasce a Academia de Salvador

1828 - Criada a Inspetoria de Saúde dos Portos

1829 - Surge a Imperial Academia de Medicina

A partir deste momento as Santas Casas no Brasil foram sendo difundidas e recebidas em grande estima pelos locais onde eram construídas.

Como disse Carvalho (2005):

a importância do papel exercido pelas inúmeras Misericórdias disseminadas no Brasil foi sempre reconhecida pelas autoridades eclesiásticas e leigas; elas precederam a própria organização jurídica do Estado brasileiro (CARVALHO, 2005, p. 5).

Continua o autor:

durante a nossa história, essas instituições assumiram a atenção à saúde da população brasileira carente. Quando ainda não existia o SUS, só os trabalhadores formais tinham direito ao atendimento médico pela Previdência Social; cabia às Santas Casas atender o restante da população.

A importância das Santas Casas não se dá apenas por seu número, mas também por sua distribuição geográfica. Pulverizada pelo interior do país, em quase 60% dos municípios são o único hospital disponível (CARVALHO, 2005, p. 6).

As Santas Casas tiveram um importante papel na saúde brasileira, durante muitos anos sendo as únicas instituições de apoio. Estes hospitais prestaram um relevante serviço a toda a população, entretanto, não têm sido tratados de forma a prosperarem nos dias atuais. De certa forma, pode-se entender que a ênfase filantrópica definiu o perfil da gestão, no início das atividades das Misericórdias. É notório que o sistema administrativo não era desenvolvido, principalmente em função do caráter não-lucrativo em que sua base foi criada, como poderá ser observado nos capítulos vindouros.

Carvalho (2005) relata que as Santas Casas do Brasil, com raras exceções, estão em péssimas condições financeiras, chegando quase à insolvência. O autor diz que 64% da receita das Santas Casas são provenientes do SUS, sendo menos de 1,6% de sua receita subsidiado por doações particulares ou injeções municipais.

Carneiro (1986) *apud* Carvalho (2005) descreve bem a situação de “maus tratos” às Santas Casas, quando diz que

o objetivo da caridade, antes englobador de todas as metas de serviço à instituição, e os preceitos clássicos da solidariedade cristã, não bastam mais à atividade-meio da Misericórdia, no momento em que uma intensa politização a convence de que a Irmandade é uma empregadora como as demais, e pode até ser levada aos tribunais (CARVALHO, 2005, p. 10).

Ainda neste contexto, Carvalho (2005, p. 11) faz uma releitura de Ronsini (2005), dizendo que as Santas Casas sobrevivem e tentam desenvolver-se devido à fibra e força de vontade das pessoas que as dirigem, sempre labutando para suprir-se de recursos financeiros que possibilitem seu crescimento e continuidade. O autor considera os serviços de saúde muito caros, tendo um elevado custo que se acentua devido à situação econômica do país. Somando-se ainda a carga salarial e o elevado custo de materiais e medicamentos, as Santas Casas encontram-se, praticamente, sem parceiros.

Facilita o entendimento das mudanças ocorridas nas Santas Casas e do surgimento dos hospitais privados, uma vez que se contextualiza historicamente como o processo aconteceu, analisando a evolução histórica dos serviços de saúde, nomeadamente a partir do desenvolvimento do hospital cristão.

O início das instituições hospitalares no Brasil, ocorreu sob a influência do modelo português de gestão da saúde, com um perfil filantrópico e administrativamente pouco desenvolvido oferecendo, desta forma, a base do perfil da gestão que por muito tempo ficou, e ainda está, impregnada nas organizações hospitalares.

Será discutida, com embasamento no texto de Foucault (1979), a transição do assistencialismo do sistema de saúde para o início da profissionalização. Neste contexto será possível entender como, e porque, a influencia histórica das sub-culturas de especialistas é tão forte nas organizações hospitalares.

3.2 A Transição do Assistencialismo para a Prática da Medicina: “O Nascimento da Clínica” como Restauração da Ordem

Em função de se entender melhor o nascimento do hospital como o conhecemos hoje, ligado à prática da medicina, deve-se fazer uma releitura de Foucault (1989), quando ele coloca que o hospital já era essencial para a vida urbana desde a Idade Média.

A medicina, nesta época, não era uma prática hospitalar; bem como o hospital, não era uma instituição médica, sendo até o século XVIII um local essencialmente de assistência aos pobres.

Pela ótica da medicina, tem-se uma prática extremamente individualista, pois a formação e qualificação do médico era proferida exclusivamente pela classe médica, compreendendo estudo de textos e transferência de receita, excluindo a experiência hospitalar da formação médica.

O primeiro fator de transformação, segundo Foucault (1989), foi a busca da anulação dos efeitos negativos do hospital, buscando purificá-lo dos efeitos nocivos da desordem comum à época (considerando desordem como doenças que poderiam ser suscitadas nas pessoas internadas e espalhadas pela cidade, bem como a desordem econômica - social de que o hospital era foco perpétuo).

Desta forma, não foi a partir de uma técnica médica que os hospitais foram reordenados, mas, essencialmente, “a partir de uma tecnologia que pode ser chamada política: a disciplina”. (FOUCAULT, 1989, p. 104).

Foi a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que possibilitou sua medicalização. O hospital disciplinou-se em função da economia, do preço atribuído ao indivíduo, do desejo de evitar a propagação das epidemias. Entretanto, essa disciplina tornou-se médica e, de acordo com Foucault,

se este poder disciplinar é confiado ao médico, isto se deve a uma transformação no saber médico. A formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar e, por outro, à transformação, nesta época, do saber e da prática médica (FOUCAULT, 1989, p. 107).

Contudo, essa disciplina suscitou mudanças de caráter mais profundo. Até meados do século XVIII quem detinha o poder era a parcela das lideranças religiosas, raramente leigas, destinadas a assegurar a vida cotidiana do hospital, bem como a “salvação e a assistência alimentar das pessoas internadas” (FOUCAULT, 1989, p. 108). O médico estava, portanto, sob a dependência administrativa do pessoal religioso, podendo ser, inclusive, demitido.

Todavia, “a partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar” (FOUCAULT, 1989, p. 109). Neste raciocínio, considerando o regime alimentar, a ventilação, o ritmo das bebidas e medicações como fatores de cura, e considerando o médico como principal responsável pelo controle destes itens, tem-se o médico direta e indiretamente, responsável economicamente pela viabilidade do hospital.

Foi este o contexto do início do nascimento do hospital como hoje é conhecido, dando forma às relações sócio - econômicas que se encontram atualmente nas instituições hospitalares.

Podemos concluir que, o poder atribuído ao médico nas dimensões da prática médica e administrativa, está relacionado a um contexto histórico de transição do assistencialismo para a concepção da instituição hospitalar como instrumento de controle e salubridade da vida pública.

Essa herança histórica coloca-se como elemento impeditivo de um diálogo mais aberto entre a dimensão administrativa e a prática médica, uma vez que trata-se de destituir parte do poder atribuído aos médicos na perspectiva da história do surgimento dos hospitais.

3.3 A Transição do Sistema Assistencial para o Empresarial

Pode-se analisar o sistema de evolução hospitalar (que se confundiu durante muito tempo com o sistema assistencial) de uma perspectiva sociológica, segundo Steudler (1974), a partir das relações que se estabelecem entre três tipos principais de atores:

- O *Estado* e outros *stakeholders* incluindo os organismos de financiamento (classes dominantes, elites dirigentes, universidade, comunidade, segurança social, seguradoras, serviço nacional de saúde e demais subsistemas de seguros de saúde/doença);
- A *administração* (religiosa, primeiro, laica, depois);
- Os *médicos* e os demais prestadores de cuidados de saúde.

Graça (2000) defende que teórica e historicamente (ou lógica e cronologicamente), o sistema hospitalar, nos países ocidentais, passou por três fases, em relação à estrutura, baseado na evolução do sistema econômico, social e político, segundo a tipologia proposta por Steudler (1974):

- O sistema *tradicional* (até meados do Séc. XIX – dominado pela Igreja)
- O sistema *profissional liberal* (de meados do Séc. XIX até à II Guerra Mundial – dominado pela classe médica)
- O sistema *técnico* (a partir da II Guerra Mundial – dominado pela tecnologia e modelos de gestão)

Graça (2000) diz ainda que

aplicado ao hospital, o conceito de *sistema técnico* caracterizaria as condições atuais do exercício da medicina hospitalar, marcadas não só por sucessivas tentativas de racionalização (financeira, econômica e organizacional) como sobretudo por uma certa industrialização da produção hospitalar, no sentido que lhe dá Chauvenet (1973 e 1978), ou seja, o da decomposição do ato médico (entendido como a unidade de um processo de trabalho que inclui basicamente o diagnóstico, decisão terapêutica e o tratamento), numa série de intervenções complementares, efetuadas por pessoal especializado (médico e paramédico), no seio de unidades técnica e organizacionalmente diferenciadas. (GRAÇA, 2000).

A empresarialização do hospital, segundo Graça (2000), é a fase da ruptura, tanto conceitual, como organizacional com o passado do hospital cristão medieval e com o hospital assistencial do Séc. XIX. Chave (1984), na mesma linha de Graça, especifica essa ruptura em quatro domínios essenciais de transformação, a saber:

- Em relação à *missão* do hospital: passa-se de um objetivo hoteleiro para um objetivo de produção de cuidados de saúde
- Em relação à *prática profissional*: passa-se de uma prática individual ("trabalho a solo") a uma prática colegial ("trabalho em equipe")
- Em relação ao *processo de produção*: passa-se de uma produção artesanal (ou pré-industrial) a uma produção industrial (ou em massa)
- E, finalmente, em relação à *gestão*: passa-se do conceito de administração (centralizada) para o de gestão (descentralizada)

Graça (2000) explica que, depois da Segunda Guerra Mundial, em função do peso do desenvolvimento tecnológico, o hospital passa a ser dirigido como uma empresa, modificando todo o sistema técnico de trabalho que foi acompanhado por mudanças organizacionais, podendo ser expressa na criação de áreas antes inexistentes nesta estrutura como, por exemplo, a engenharia hospitalar.

No âmbito hospitalar real, a modificação do sistema técnico de trabalho ainda não foi profundamente acompanhada de mudanças organizacionais efetivas, nomeadamente ao nível do seu subsistema cultural e psicossocial. Graça (2000), diz que a organização do trabalho continua em grande parte centrada no ato médico e na lógica insular do serviço.

Neste contexto, o desafio da gestão é dar às pessoas competentes, a autonomia para tornarem-se líderes ativos e com poder de tomada de decisão.

Graça (2000) cita ainda que o exercício da medicina hospitalar, depois da Segunda Guerra Mundial, é caracterizado não só por sucessivas tentativas de racionalização

financeira, econômica e organizacional como também por uma "certa industrialização da produção hospitalar".

O hospital passa a ser gerido como uma empresa: daí a introdução de técnicas de gestão empresarial como o planejamento, a avaliação de resultados, a criação de carreiras profissionais (médicas e paramédicas), a profissionalização da função de administrador hospitalar, a criação da figura do *Chief Executive Officer* (CEO) nos grandes hospitais nos EUA e, enfim, uma nova lógica e um novo discurso, marcados pela *racionalização*. (CHAUVENET, 1978; CAMPOS, 1984).

Entender a transição do sistema assistência para o sistema empresarial é de vital importância para que se compreenda o desenvolvimento, ou a falta dele, na gestão hospitalar atual. Pode-se entender, por exemplo, porque mesmo depois de anos com possibilidade de desenvolvimento as Santas Casas ainda permanecem fieis à cultura patronal com que foram criadas, mostrando mais uma vez a importância que as lideranças assumem neste contexto. O papel dos líderes dentro das organizações hospitalares, sejam eles administradores, médicos ou enfermeiros, é um papel subjetivo de construção de uma nova cultura: a cultura da profissionalização, da humanização, da visão sistêmica e do crescimento em prol do desenvolvimento.

Este item procurou tratar da empresarialização do hospital, mostrando as fases internas que as instituições de saúde atravessaram, bem como contextualizar os fatos históricos, internos e externos, que influenciaram no rumo das práticas de gestão. Foi desenvolvida a idéia geral da mudança do sistema assistencial para o sistema empresarial, mostrando como isso influenciou, e influencia, o *modus operandis* das organizações hospitalares, bem como de que forma essa transição oferece um novo rumo para as práticas de gestão atuais e onde encaixam-se as sub-culturas de especialistas no antigo e no novo cenário dos hospitais.

3.4 Liderança nas Organizações Hospitalares

As inevitáveis mudanças que vêm ocorrendo no mercado, de forma geral, exigem maleabilidade e inovação nas técnicas gerenciais dos setores de apoio. Dentro de um hospital, os recursos humanos também são convidados a mobilizarem-se. De acordo com

Davel (2001), os gestores têm que combinar a exterioridade e objetividade com as sutilezas e sensibilidades subjetivas, para serem capazes de lidar com os aspectos relacionais e intrínsecos à natureza humana no âmbito do trabalho e da atividade organizacional.

Marchioni (2005), relata que diante das imposições do mercado, diversos autores (Butler, Feris e Napier, 1991; Mabey, Salaman e Storey, 1998; Schuler, 1992; Boxall, 1993; In: Davel, 2001 p. 36), notam o favorecimento da flexibilidade e adaptabilidade das pessoas às mudanças organizacionais. A Administração de Recursos Humanos vai adquirindo outras influências alinhadas às funções tradicionais e aos objetivos estratégicos, recebendo a denominação de abordagem estratégica. É reforçada, mais uma vez, a importância das lideranças no trato com os recursos humanos das organizações.

Pode-se dizer, frente a essas considerações, que a relação de liderança é fundamental para a organização, uma vez que, além de suas atribuições intrínsecas, ajuda a garantir o alcance às metas planejadas. Baseado na literatura já estudada vale ressaltar que um grupo de pessoas sem direção, possivelmente, não atingirá os objetivos propostos, desta forma, entende-se que o importante nas relações de liderança é utilizar positivamente as características dos colaboradores, unindo as necessidades pessoais com as da organização, considerando-se o líder, nesse contexto, um instrumento de aliança.

No contexto hospitalar essa realidade é ainda mais verdadeira. As lideranças devem desdobrar-se no sentido de conseguir aliar as necessidades dos colaboradores, da organização e dos clientes (que estão sempre em condições especiais), com o intuito da satisfação de todos, considerando sempre a influência que as sub-culturas de especialistas imprimem durante o processo.

Nesta dissertação, como já objetivado no início, será discutido por meio de estudo de caso, como os hospitais vêm tentando atingir esta sincronia, considerando sempre a parcela de influência que cabe aos grupos especializados (médicos, enfermeiros e outras especialidades desta organização), no que tange ao conflito gerado perante as lideranças da administração.

As áreas participantes de uma instituição de saúde devem ser eficazmente dirigidas e administradas, pois podem ser consideradas “micro-empresas” complexas dentro de um todo mais complexo ainda. De acordo com Gonçalves e Ache (1999), um hospital possui, intrinsecamente a ele, outras micro-empresas (ex.: restaurante, farmácia, lavanderia)

que poderiam desenvolver-se isoladamente. Para tanto, suas lideranças devem desenvolver papéis tendo sempre em mente o alinhamento à estratégia que aquele hospital possui como meta.

A palavra grega *strategos* refere-se a um general no comando de um exército. De acordo com Rowe (2002), estratégia relaciona-se às habilidades psicológicas e comportamentais que motivam um general, sendo este, na maioria das vezes, um líder. Pensando neste general e em seu exército em um contexto institucional, pode-se entendê-los como sendo os líderes e seus colaboradores.

No âmbito hospitalar a questão da liderança é bastante complexa, pois as relações de identificação entre colaboradores, gestores e a organização são produzidas em vários contextos, como os que serão analisados a seguir.

No plano da atuação diária o médico ocupa um lugar de destaque, e sua função não se limita à execução de procedimentos médicos, mas envolve procedimentos administrativos sobre os quais ele tem autonomia dada a natureza de sua função. Este profissional está exposto a situações em que não são possíveis processos de consultas e autorizações.

Por outro lado, a profissionalização administrativa dos hospitais estabeleceu uma linha paralela de condução das relações interpessoais, fazendo com que funções administrativas, antes limitadas à execução de procedimentos de controle assumam um papel de mediador das relações.

Nesse contexto têm-se duas linhas de liderança, que nem sempre agem a partir da mesma lógica de gestão. A sub-cultura médica, historicamente, trabalha sob sua supervisão e realiza atividades em função do que julga correto ou, até mesmo, cômodo para a situação. Por sua vez, a administração segue regras impostas pelo processo de profissionalização, em busca de controle de custos, aumento da produtividade e busca pela qualidade por meio de padronização das operações. É neste contexto que pode nascer o conflito entre essas duas sub-culturas: uma defende maior liberdade de atuação, prevendo que as situações não podem ser catalogadas e, portanto, deixando de seguir protocolos; enquanto a outra, não reconhece a influência histórica que a sub-cultura médica exerce no cotidiano de um hospital, tentando fazê-los seguir regras impostas sem participá-los previamente das decisões.

Seferin (2005), superintendente do Hospital Mãe de Deus, no Rio Grande do Sul, entende a liderança como sendo função intrínseca ao ato médico e afirma que o médico ficava afastado do processo administrativo, enquanto hoje se busca que ele fique vinculado ao hospital em um modelo estruturado de gestão. “A liderança do médico é um papel indelegável”. Na perspectiva atual, essa seria a situação ideal: que as sub-culturas participassem juntas das decisões, respeitando os papéis intrínsecos a suas respectivas funções.

No contexto dos conflitos gerados pela diversidade de especialidades atuantes na instituição, Farias e Vaitsman (2002, p. 10), afirmam que alguns padrões de subversão são inerentes às organizações hospitalares, sendo consideradas “espaços sociais por natureza conflituosos”, em virtude das formas visíveis de demonstração de poder e prestígio.

Entretanto, essas sub-culturas precisam co-existir dentro do ambiente hospitalar e, desta forma, a fim de gerir as instituições de saúde, Uribe Rivera (2003), afirma que a comunicação e a negociação são instrumentos decisivos na gestão contemporânea em busca da governabilidade de uma organização de alto grau de complexidade, como a hospitalar.

Nesta linha de raciocínio encontra-se Matus (1993), discorrendo sobre o poder nas organizações de saúde, dizendo que este é compartilhado por vários núcleos de profissionais, reforçando a necessidade de aprimoramento constante na comunicação e na capacidade de negociação das lideranças.

Desta forma, ele conclui que, a negociação é cooperativa quando os interesses são distintos, entretanto o objetivo é comum, levando os profissionais a uma saudável disputa. Todavia, o autor diz que, quando os interesses são divergentes e a negociação é conflituosa, o resultado é nulo. É neste contexto que, apesar da tentativa de profissionalização e suposto entendimento mútuo, encontram-se muitas instituições hospitalares no Brasil.

Gardner (1990) descreve como fenômeno da liderança, algo que pode ser encontrado particularmente nas organizações hospitalares, especialmente nos contornos das relações entre as lideranças administrativas e a influência das sub-culturas de especialistas. Ele diz que

a confusão entre liderança e autoridade oficial (formal) tem efeito letal sobre as grandes organizações. Corporações e repartições governamentais,

em toda parte, têm executivos que imaginam que o lugar que ocupam nas organizações lhes de um corpo de seguidores, e isso, evidentemente, não acontece. Eles ganharam subordinados. Se os subordinados se tornarem seguidores, dependerá do fato de o executivo agir como líder (GARDNER, 1990, p. 19).

Na tentativa de elucidar os pontos de divergência entre administração e especialistas, Gonçalves (1998), explica que:

no hospital ocorrem tensões de natureza grupal e profissional, envolvendo, por exemplo, o corpo clínico, os médicos que trabalham no hospital. Trata-se de profissionais com os quais muitas vezes é difícil trabalhar, principalmente por serem formados – ou deformados – ao longo dos anos de sua preparação acadêmica para estar capacitado a exercer, a cada momento, decisões que envolvem a vida e a morte das pessoas. Daí sua dificuldade em repartir poder, em aceitar normas de disciplina coletiva, em ouvir sugestões ou recomendações (GONÇALVES, 1998, p. 82).

Entende-se, portanto, a vitalidade das lideranças no contexto hospitalar, uma vez que são elas (sejam do corpo clínico, da enfermagem ou administrativo) as responsáveis pelo bom andamento das atividades. Tal harmonia é resultado do saudável relacionamento entre os atores envolvidos, considerando que o descompasso entre a linguagem falada por cada grupo pode acarretar em uma cultura confusa, gerando pouco entendimento das diretrizes organizacionais por parte dos colaboradores, acarretando em conflitos de interesse e falta de alinhamento às estratégias propostas de forma global.

Vale lembrar que a organização hospitalar, de forma geral, ainda é pouco desenvolvida neste sentido, havendo, até mesmo pelo contexto histórico, disputa de poder e provocações sutis mútuas entre as sub-culturas que atuam, supostamente, juntas em função de um objetivo maior.

Este capítulo procurou tratar da temática do conflito existente entre as sub-culturas de especialistas, sejam médicos ou enfermeiros, e a sub-cultura da administração. Entende-se, após a revisão bibliográfica feita, que os grupos possuem, de fato, focos de atuação diferentes, contudo, se não encontrarem um denominador comum viverão em conflito, prejudicando o trabalho de forma geral.

4. Gestão Hospitalar Contemporânea

Um hospital não trabalha sob nenhuma ótica. Ele trabalha sob todas.

G. Scarazatti

Pode-se dizer que, independente da formação, cada pessoa vislumbra a organização em que está inserida da forma como seus olhos tiverem interesse em perceber, sendo assim, este capítulo busca entender como é a atual estrutura hospitalar no Brasil, e, desta forma, visualizar como o contexto em que as instituições de saúde encontram-se pode influenciar na formação, ou falta de formação, das lideranças que assumem cargos gerenciais, e partindo do princípio que cada sub-cultura de especialista vê a organização hospitalar sob sua ótica, o capítulo irá procurar entender como a administração lida com os grupos médicos e de enfermagem.

É, também, intenção desta releitura bibliográfica mostrar que os hospitais há pouco tempo passaram a notar a ausência de técnicas de Gestão de Pessoas como falha nos processos que são intrínsecos aos serviços prestados.

4.1 Contexto Atual das Organizações Hospitalares

Nas últimas décadas, os hospitais brasileiros se preocuparam apenas em expandir sua capacidade tecnológica e científica, em adquirir equipamentos de primeira linha e contratar médicos cada vez mais especializados, esquecendo-se quase sempre da faceta humanitária que deve envolver uma instituição de saúde, no sentido da humanização que é requerida de um ambiente hospitalar atual. Sanvito (1999, p. 1) diz ainda que esta “tecnolatria” causou um “evidente descompasso entre os avanços da medicina contemporânea e a qualidade da assistência proporcionada à população”.

Segundo Pitta (1994), o hospital, ao longo de sua história, desempenhou diferentes funções, o que dificulta em muito a tarefa dos que buscam entender o processo de trabalho hospitalar como um corpo de práticas institucionais articuladas às demais práticas sociais.

Percebe-se também, nesta última década, uma mudança de perfil nos serviços prestados, no caráter do atendimento e nos profissionais envolvidos, iniciada nos grandes hospitais, a fim de prover aos seus pacientes toda a dignidade que um atendimento hospitalar deve possuir.

O novo rumo tomado pela Gestão da Qualidade, frente às novas posturas adotadas pelos clientes, trás consigo mudanças organizacionais de considerável amplitude, que afetam a Gestão de Pessoas, a cultura organizacional, os processos de liderança, os setores de custos, etc. Uma vez que a expectativa do usuário em relação aos serviços prestados é alta, o hospital deve possuir, em seu quadro de colaboradores, capital intelectual adequado para satisfazê-las aliado à melhoria contínua de todos os processos envolvidos em sua hospedagem.

É indispensável que as pessoas que acolhem o cliente no hospital estejam conscientes da importância do seu papel e que busquem continuamente sua capacitação para prestar um serviço que proporcione o encantamento do cliente. (DIAS, 2003, p. 2).

Nota-se, neste momento, uma mudança nos profissionais que vêm atuando na área de saúde. Era impensável, há 15 anos, um arquiteto trabalhando exclusivamente em um hospital, bem como um profissional da área de hotelaria, que teve seus estudos

fundamentados basicamente no sistema hoteleiro tradicional, ou ainda um profissional da área de custos e estatísticas que atue com enfoque no setor de saúde.

Em uma visão macro do ambiente atual, o hospital moderno é contemporâneo do Estado moderno, no que tange à forma e a estrutura de organização. De acordo com Graça (2000), na perspectiva da sociologia funcionalista, a modernização é um processo de diferenciação de funções antigas, não apenas de emergência de novas funções. Desta forma, entende-se que a função hospitalar já era encontrada na antiguidade clássica.

O que é novo é a *organização hospitalar* e não propriamente a *função hospitalar* (acolhimento de doentes, diagnóstico e tratamento da doença, prática e ensino da medicina à cabeceira do doente), passando-se a perceber que a função do hospital não é estritamente técnica. A superação da função clássica do hospital pode ser entendida quando Graça (2000), diz que

na realidade, o que caracteriza o hospital moderno é, sobretudo, a ruptura conceitual, isto é, a passagem do "social" (prestação de assistência) ao "sanitário" (produção de cuidados de saúde), a evolução do conceito primordial de hospitalidade e caridade para com "os pobres como irmãos em Cristo", para um outro conceito diametralmente oposto, o de prestação de serviços. Essa evolução semântica e conceitual ainda hoje escapa aos dicionaristas para quem o hospital continua a ser, em larga medida, sinônimo de indigência e de assistência (CLEMENT, 1993, *apud* GRAÇA, 2000).

Desta forma, pode-se concluir como novo nas sociedades modernas a emergência dos sistemas integrados de saúde, e o conceito de que o hospital passa a fazer parte do processo de atenção à saúde, enquanto subsistema de cuidados secundários (por ex., cura e tratamento) e terciários (reabilitação e reintegração), para além de lugar de ensino e de investigação biomédica.

Ou seja, o hospital deixa de ser o centro de cura e passa a ser parte integrante de uma nova forma de atenção à saúde.

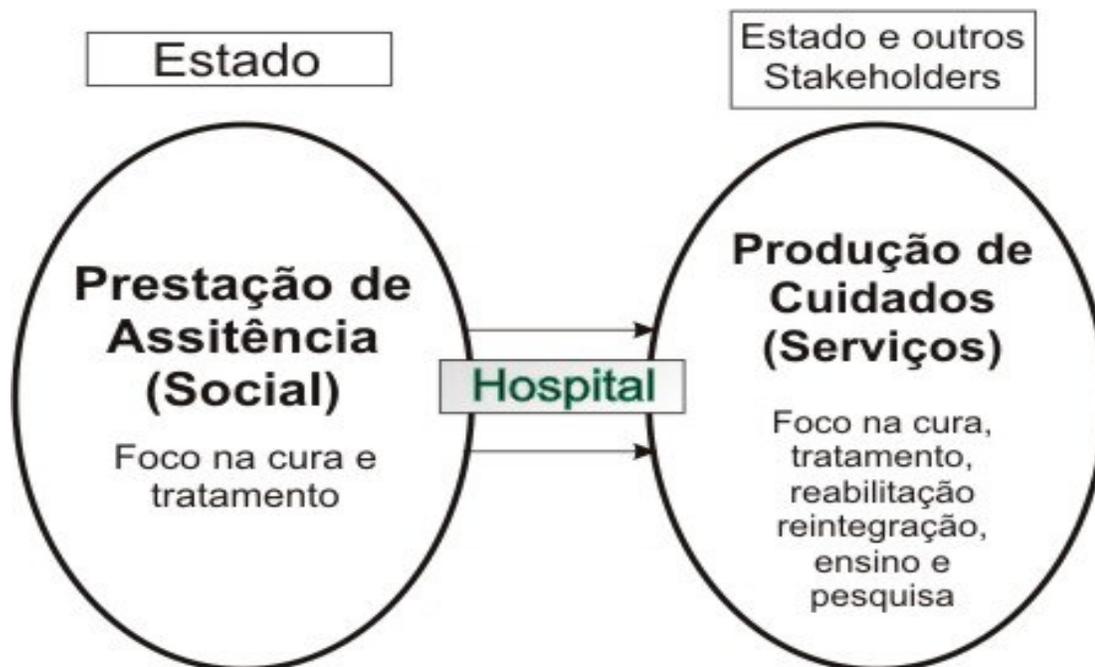


Figura 4: Sistema de Ruptura Conceitual do Hospital: a evolução da instituição hospitalar, baseada na mudança de foco da Assistência para a Produção de Serviços.
Fonte: Elaborado pela autora.

Ainda relendo Graça (2000), entende-se que o lugar do hospital neste sistema ainda está a deslocar-se. Não se pode falar de sistemas de saúde sem a emergência dos modernos esquemas de proteção social e da correspondente modificação da natureza do Estado.

Enquanto subsistema, de cuidados secundários e terciários (tratamento, cura e reabilitação da doença), o hospital é hoje objeto de curiosidade e de análise econômica, debate político e controvérsia doutrinária.

Robbins (1990) e Hall (1984), explicam que a complexidade do hospital diz respeito ao alcance da diferenciação dentro da organização. Esta dimensão engloba, por exemplo, a diferenciação horizontal, que se apresenta na forma de especialização das tarefas dos indivíduos, departamentalização e divisão das funções, que representa exatamente o contexto atual da estrutura hospitalar.

É nesta perspectiva que nascem os conflitos entre as sub-culturas: cada grupo especializado (departamento de radiologia, de custos, de ortopedia, de faturamento, etc), fala sua própria linguagem.

Para Silva (1986), a organização da estrutura de trabalho em um hospital atua como gênese do sofrimento psíquico de seus colaboradores, em função de algumas práticas facilmente identificáveis, a considerar: as jornadas prolongadas de trabalho, os ritmos de produção, a hierarquia rígida e vertical, as poucas pausas para descanso ao longo das jornadas, a pressão em função do resultado exato, a alienação do trabalho e do trabalhador, a fragmentação de tarefas. Cabe, neste momento, outro reforço sobre a importância da liderança neste contexto, e o quão valiosa é a relação desta liderança e seus colaboradores.

Apesar da sua autonomia relativa e da sua especificidade como organização, o hospital pode, e deve, ser visto da perspectiva da sociologia histórica. No essencial trata-se de saber quais foram os fatores e quais foram os atores sociais que determinaram as mudanças estruturais do hospital.

Graça (2000), em relação às mudanças de estruturas dos hospitais, diz que

os fatores tanto podem ser endógenos como exógenos (por ex., papel da ciência e tecnologia médicas, evolução do ensino e prática da medicina, organização das profissões de saúde, associações profissionais, desenvolvimento dos sistemas de proteção social, alteração dos padrões de mortalidade e morbidade, representações sociais e modelos explicativos da saúde/doença, política e legislação de saúde, financiamento, alocação de recursos);

Quanto aos atores sociais, estamos a pensar nos principais protagonistas da evolução do hospital ou, se quisermos, nos seus diferentes *stakeholders* (Igreja, Estado, tutela, administração, organismos de financiamento como a Segurança Social ou as seguradoras, profissionais de saúde, população-alvo, universidade, indústria farmacêutica, grupos de pressão, etc.).

Por outro lado, procura-se saber qual foi, ou tem sido o lugar e as funções do sistema de saúde, em geral, e do hospital, em particular, no interior das grandes mudanças sociais, políticas, econômicas, culturais, científicas, técnicas e ideológicas que atravessaram as sociedades humanas, nomeadamente no Ocidente europeu e cristão.

4.2 Hospital x Organizações Produtivo-Lucrativas

É notório que as relações estabelecidas dentro de uma organização hospitalar são permeadas por nuances de extrema complexidade, alto grau de delicadeza e

cheias de possibilidades de erros irreversíveis. No que tange o lidar com a vida e as expectativas humanas reside a maior diferença entre um hospital e uma organização produtivo-lucrativa que tenha como foco a fabricação de algum produto ou a prestação de um serviço comum.

Graça (2000), em sua coletânea de artigos sobre a história da saúde, faz a releitura de alguns autores quando diz que o que o distingue o hospital de uma empresa convencional é o fato de poder ser classificada na categoria das *organizações especializadas*, ou seja, aquelas que são estabelecidas com o fim específico de criar, aplicar, manter ou comunicar o conhecimento. Nesta nomenclatura prevê-se também que a instituição deverá empregar no mínimo 50% de especialistas ou profissionais (por ex., médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, investigadores, biólogos, professores, juristas, engenheiros, assistentes sociais, informáticos).

Algumas diferenças marcantes são apresentadas por Rodrigues Filho (1990), no que tange as organizações hospitalares e outros tipos de organização:

- a dificuldade de definir e mensurar o produto hospitalar
- a freqüente existência de dupla autoridade gerando conflitos
- a preocupação dos médicos com a profissão e não com a organização
- a alta variabilidade e complexidade da natureza e trabalho, extremamente especializado e dependente de diferentes grupos profissionais.

Já Gonçalves (1987), delimita outro tipo de divisão das funções do hospital, sendo estas, externas e internas.

As funções externas seriam aquelas realizadas pelos próprios integrantes da organização, pois se tratam de atividades aplicadas em benefício de pessoas externas a ela (clientes, podendo ser: pacientes, acompanhantes, sociedade, Estado).

A primeira delas é a prestação de atendimento médico e complementar a doentes em regime de internação. A segunda função refere-se sempre que possível ao desenvolvimento de atividades de natureza preventiva. Esta função está sendo cada vez mais solicitada aos hospitais, para que desempenhem tarefas de natureza integral ao ser humano, sem distinção entre as atividades meramente curativas. A terceira é a participação em programas de natureza comunitária, procurando atingir o contexto sócio-

familiar dos doentes do hospital. A quarta função é a sua integração ativa no sistema de saúde. (GONÇALVES, 1987).

No que tange as funções internas, o autor diz que

a primeira função interna se relaciona com a participação na formação de recursos humanos para a área da saúde, buscando ampliar a capacitação de seus próprios profissionais, além de contribuir para a formação de integrantes da equipe de saúde. A segunda representa o local dinâmico em que se desenvolve a atividade profissional das pessoas que nele trabalham. A última função interna do hospital é a participação no desenvolvimento de pesquisas em todas as suas áreas de atividade. (GONÇALVES, 1987).

Ainda no quesito das funções da organização hospitalar, Borba (1991), destaca que a melhor forma de caracterizar as funções do hospital é oferecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que o considera como: “uma organização de caráter médico-social, que possui a finalidade de assegurar assistência médica completa a determinada população e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar, sendo também um centro de medicina e de pesquisa biossocial”.

Segundo Trevizan (1988), com o progresso das ciências médicas no final do século XIX, os hospitais avançaram notoriamente. A multiplicidade de funções, o dinamismo irradiado do organismo vivo que é o hospital moderno, as enormes transações financeiras e o valor do serviço prestado à humanidade, obrigou as instituições hospitalares a se organizarem nos moldes das empresas modernas.

Pode-se notar facilmente a influência do taylorismo nos hospitais, começando pelo movimento da padronização hospitalar, pela preocupação com o estabelecimento de métodos uniformes de trabalho, pelo processo de qualidade baseado em protocolos. A seleção do trabalhador e seu treinamento, o planejamento por parte dos superiores e a especialização decorrente da divisão de trabalho são exemplos dessa influência nas organizações hospitalares (TREVIZAN, 1988).

O mesmo autor diz ainda que para desenvolver suas atividades, o hospital depende de uma extensa divisão do trabalho entre seus integrantes, de uma estrutura organizacional complexa com departamentos, equipes, cargos e posições e de um elaborado sistema de coordenação de tarefas e funções.

Rodrigues Filho (1990) complementa este pensamento, quando escreve que os hospitais, por serem organizações complexas que utilizam alta tecnologia, precisam

responder eficazmente às exigências do ambiente, em constante mutação. As organizações hospitalares são afetadas pelas mudanças do mercado em que estão inseridas, de maneira semelhante ao que ocorre em outras organizações industriais e comerciais, sofrendo com a turbulência do ambiente e, portanto, merecendo uma atenção especial dos pesquisadores e de seus dirigentes.

Estas organizações são chamadas por Dussault (1992) de "organizações profissionais", onde o trabalho de produção (sejam bens ou serviços) exige qualificação de alto nível e não se enquadra à formalização. O saber e as habilidades são intrínsecos ao processo de formação profissional, e as normas e rotinas são definidas pelas suas respectivas associações de classe (sejam administradores, médicos ou enfermeiros).

Mudanças organizacionais e de concepção sobre o conceito do negócio têm exigido a quebra de alguns paradigmas, como o do hospital. Tradicionalmente a imagem deste tipo de organização estava vinculada ao seu distanciamento com a finalidade lucrativa. A complexidade social e o esgotamento dos recursos públicos para a saúde exigiram mudanças neste contexto, abrindo a esta forma organizacional a simultaneidade de comportar-se como uma empresa no aspecto de sobrevivência econômica, sem, contudo, abandonar o lado humano da assistência, podendo buscar alternativas de renda para investir em recursos humanos e tecnológicos em uma abordagem estratégica.

Houve um período de adaptação dos antigos pensamentos para as novas práticas, contudo, o próprio Estado interpreta, atualmente, como positivo o movimento de profissionalização das instituições de saúde. Segundo Graça (2000), apenas as instalações governamentais não seriam suficientes para atender a demanda advinda da população.

Desta forma, um hospital, hoje, deve ser entendido como uma organização complexa² permeada de inúmeras variáveis que uma empresa de produtos, ou serviços, não possui, como por exemplo, a relação direta com a vida e morte de seus clientes e tudo que essa relação envolve.

² Edgar Morin (1990), discorre sobre três princípios da complexidade: dialógico, que permite manter a dualidade na unidade; da recursão, os efeitos são ao mesmo tempo causas e produtores daquilo que os produziu; hologramático, não apenas a parte está no todo, mas o todo está na parte. O autor (1996) relaciona a complexidade com a dificuldade em explicar alguma coisa, derivada principalmente pelos processos simultâneos que produzem uma ação e, por outro lado, por fenômenos aleatórios produtores da incerteza.

Não é possível escrever literalmente um conceito sobre a organização hospitalar que contemple toda a complexidade intrínseca a ela. Eachern *apud* Borba (1991) apresenta uma definição, falando desta complexidade, que pode ser útil para que se comece a entender a profundidade das relações existentes dentro de uma instituição de saúde.

De todas as empresas modernas, nenhuma é mais complexa do que o hospital. Como objetivo fundamental, tem ele um simples propósito: receber o corpo humano quando, por alguma razão, se tornou doente ou ferido, e cuidar dele de modo a restaurá-lo ao normal, ou tão próximo quanto possível do normal. (EACHERN *apud* BORBA, 1991, p.43)

Vale, neste momento, a fim de se entender mais claramente os motivos pelos quais o hospital é uma organização complexa, ressaltar a diferença entre o complicado e o complexo.

Complicado, exemplificando, é o painel de bordo de um avião. Ele possui muitos botões, muitos comandos distintos, mas quando se tem o manual de explicação, é possível entender os mecanismos de funcionamento de forma LINEAR.

Complexo tange à simultaneidade, a algo atemporal, à ausência de previsibilidade; portanto, o raciocínio feito para se entender uma situação, ou organização, complexa é NÃO – LINEAR (Fonte: Anotações de Aula do Mestrado em Administração, curso: Liderança: complexidade, subjetividade e conhecimento).

Em tal contexto, a prática da gestão hospitalar deve conter em si os princípios da complexidade, pois é uma possibilidade de lidar com a incerteza e a simultaneidade dos fatores contraditórios comuns neste tipo de organização. Neste sentido, os hospitais podem ser campos férteis de novas práticas de gestão.

Deve ser lembrado a todo instante que um hospital possui características peculiares, e desta forma, sua administração deve considerar todos esses aspectos no momento de escolher sua abordagem gerencial. Uma instituição de saúde lida com paradoxos de vida e morte, possui traços de assistência privada e pública, tem como função ser assistencial, mas oferece um produto, além do compromisso ético intrínseco que trava com a sociedade.

A não-linearidade da organização hospitalar ultrapassa os limites da estrutura física e expande sua complexidade para alguns elementos comportamentais e subjetivos das relações intra-hospitalares. Gonçalves (1987) diz que o mais significativo destes elementos comportamentais corresponde à estrutura de poder no hospital.

Poder este que está vinculado a cada membro de uma sub-cultura da forma como cada sub-cultura o entende. A administração, por exemplo, possui poder formal, dado a ela de forma oficial. O corpo clínico, por sua vez, atua com o peso de um poder histórico, concedido a ele em função sua formação e sua capacidade de produzir o serviço de maior interesse da instituição: a saúde.

Finckler (1998) entende que

embora se trate, na grande maioria das vezes, de uma organização altamente hierarquizada, a autoridade no hospital não emana de uma única origem, nem flui de uma só linha de comando, como ocorre normalmente na maioria das estruturas formais de outras organizações. A autoridade no hospital é distribuída entre a direção superior, o corpo clínico e o corpo dos demais profissionais, especialmente os profissionais de enfermagem por se tratar de um conjunto de profissionais integrados por componentes de diferentes níveis acadêmicos, e por estarem incumbidos de distintas e diversificadas responsabilidades assistenciais (FINCKLER, 1998, p. 22).

A mesma autora ainda sintetiza bem as especificidades da organização hospitalar quando diz que apesar da grande importância dada na literatura aos subsistemas tecnológicos e estruturais dos hospitais, por utilizarem tecnologias sofisticadas e possuírem estruturas complexas, uma das suas características fundamentais é a importância que assume seu papel psicossocial.

Uma organização hospitalar não constitui um mero arranjo tecnológico no qual pessoas trabalham em conformidade com as exigências do plano de serviço, ou em conformidade com linhas de comunicação formais e com comandos formais que operem de cima para baixo. Ela é, acima de tudo, um sistema humano social. (FINCKLER, 1998).

Pode-se concluir, portanto, que um hospital é uma empresa com tantas, ou mais, faces complexas do que uma organização com finalidades de produção ou prestação de serviços.

De acordo com Gonçalves e Ache (1999),

um hospital é uma estrutura “viva”, de alto dinamismo operacional, de elevado ritmo, desenvolvendo atividade caracteristicamente polimorfa, que envolve uma gama muito diversificada de aspectos (GONÇALVES e ACHÉ, 1999, p.84).

Os autores ainda defendem que um hospital engloba simultaneamente diversas micro-empresas, como por exemplo, um hotel, uma farmácia, uma lavanderia e um

restaurante. Ainda neste raciocínio, entende-se que um hospital possui, em média, quatro áreas básicas para seu funcionamento, sendo elas:

- Apoio Administrativo, que envolve os setores financeiros, administração de materiais, almoxarifado, farmácia, recursos humanos e sistema de informação.
- Apoio Logístico, que engloba a lavanderia, central de esterilização, manutenção, hotelaria, segurança e higiene.
- Apoio Técnico, onde são contemplados os serviços de enfermagem, diagnóstico, nutrição, fisioterapia e psicologia, entre outros.
- Áreas Assistenciais, que envolvem os ambulatórios, pronto atendimento, unidades de internação, hospital-dia, centros cirúrgico e obstétrico.

A interação entre essas áreas é demonstrada na figura a seguir.

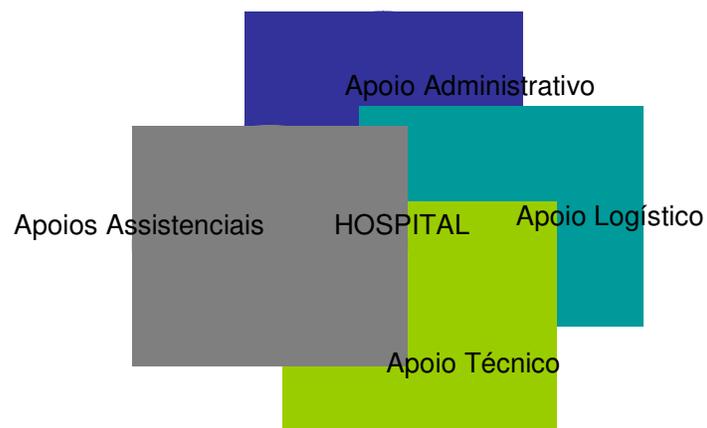


Figura 5: Áreas de Apoio ao Funcionamento de um Hospital.

Fonte: Elaborado pela autora.

Segundo Gonçalves e Ache (1999),

o hospital-empresa situa-se naquele grupo de empresas que assumem com a coletividade um papel na produção de serviços. Estes não representam bens tangíveis, materiais, importantes por certo para a vida dos indivíduos, mas trata-se de bens intangíveis, não menos importantes que os bens de consumo ou os equipamentos de toda natureza (GONÇAVES e ACHÉ, 1999, p. 85).

Contudo, a evolução dos conceitos a respeito dos serviços que um hospital deve oferecer acompanhou a evolução da cobrança feita pelos pacientes-clientes. Entende-se que a estrutura do hospital moderno ultrapassa consideravelmente a visão de que sua influência sobre o nível de saúde da população depende exclusivamente do desempenho de seus leitos.

Neste raciocínio, percebe-se que a complexidade apresentada pela estrutura hospitalar deve ser compreendida como fator de influência direta nos processos de assistência à população, tornando todos os setores do hospital responsáveis pelo serviço final oferecido.

Gonçalves e Ache (1999), defendem ainda que

em termos simplistas, basta dizer que, além da atividade propriamente médica que se desdobra no hospital, funcionam ali setores que poderiam desenvolver-se isoladamente fora dele, com amplas possibilidades de viabilidade econômico-operacional (GONÇALVES e ACHÉ, 1999, p. 84).

No que tange a especificidade do conceito de estrutura formal, esta pode ser representada também pelo hospital quando Graça (2000) diz que pode ser aplicado à organização hospitalar o conceito weberiano de burocracia. Para Weber (1992), a burocracia representaria o *tipo-ideal da racionalidade legal*, considerando:

- Um alto grau de especialização.
- Um sistema hierárquico de autoridade.
- Regras explícitas definindo a responsabilidade de cada membro da organização, o conteúdo dos diferentes papéis e a coordenação das diferentes tarefas.
- A exclusão das considerações de ordem pessoal nas decisões administrativas.
- A imparcialidade no tratamento dos problemas dos profissionais
- A seleção de especialistas e, portanto, o critério da competência técnica.
- A existência de carreiras profissionais.

Contudo, nesta linha de raciocínio, este modelo sociológico depara-se com algumas dificuldades de aplicação na estrutura hospitalar, segundo Graça (2000), quando se entende que por um lado, há fatores macro-estruturais que são favoráveis ao desenvolvimento do modelo burocrático (por ex., industrialização da medicina, envelhecimento da população, aumento exponencial dos custos dos cuidados de saúde, imperativos de racionalidade econômica, intervenção do Estado no domínio da proteção social, etc.), contudo, em contrapartida, a autonomia técnica dos prestadores (e sobretudo dos médicos) tende a entrar em conflito com o sistema de autoridade hierárquica do hospital. É o médico e não o gestor quem decide "o que é melhor para o doente", o que significa que há aqui claramente duas linhas de autoridade, e como bem defende Etzioni (1980), coloca em risco a lógica do modelo weberiano, onde se tem a autoridade administrativa (a do *line*, representada pelos órgãos de gestão); e a autoridade profissional (a do *staff*, representada pelos órgãos de direção técnica).

Ou seja, o funcionário obedece a ordens impessoais (isto é, à autoridade racional-legal), pois o médico tende a decidir muitas vezes de acordo, não com regras explícitas e escritas, mas com os imperativos do seu código de deontologia profissional, com as exigências da sua profissão, com critérios de natureza técnico-científica e, sobretudo, com a sua consciência, quando muito podendo ser julgado pelos seus pares e, excepcionalmente, pelo sistema judicial (Graça, 2000).

Etzioni (1980) explica, sob esta perspectiva, que o conhecimento tem a particularidade de ser "em grande parte, uma propriedade individual", não podendo - ao contrário de outros recursos organizacionais - ser "transferido por decreto de uma pessoa para outra (ETZIONI, 1980, p. 121).

Ainda nesta discussão, é importante lembrar que o conceito de burocracia profissional de Mintzberg (1983) é, neste contexto, mais apropriado para entender diferenças do hospital em relação a outras organizações, como a empresa de produção, a administração pública ou as forças armadas, que estão mais próximas do modelo weberiano (autoridade racional).

No sentido de intensificar a discussão das diferenças entre as organizações hospitalares e as organizações produtivo-lucrativas, bem como encontrar o cerne das dificuldades das lideranças no ambiente hospitalar, é inevitável a exposição da notória explicação dada por Graça (2000) sobre os dilemas de gestão que as classes especializadas geram no contexto organizacional de um hospital.

Contrariamente ao que se passa nas empresas, em que a autoridade do *staff* (por ex., engenheiro de organização e métodos, analista de sistemas, especialista de marketing) é limitada ao sistema técnico e organizacional de trabalho, no hospital a autoridade dos especialistas (por ex., médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica) sobrepõe-se à autoridade administrativa, na medida em que eles têm o controle efetivo das atividades-fins da organização (por ex., tratar e curar os doentes). Nas organizações profissionais, os gestores encarregam-se das atividades-meios, ou seja, administram os recursos (humanos, técnicos e financeiros) postos a serviço das atividades-fins, que são realizadas pelos especialistas ou profissionais (GRAÇA, 2000).

Começa, neste momento, o levantamento das possíveis dificuldades encontradas pelas lideranças para desenvolverem-se dentro do contexto das instituições de saúde. Ficou claro que, além da hierarquia intrínseca a qualquer organização, as lideranças ficam esmagadas em função da força de exerce as sub-culturas dos especialistas, especialmente os médicos, sendo este um pressuposto de pesquisa que tentará ser averiguado na observação da pesquisa de campo.

Evidenciou-se também a diferença de perfil entre um hospital e uma empresa de produção, sendo que a percepção dessas divergências de rotina é vital para o entendimento da formação das lideranças.

4.3 Desafios e Dilemas na Gestão de Organizações de Saúde

A prestação de serviços de saúde vem passando por grandes transformações nos últimos anos, garante Baptista (2005), tanto no aspecto tecnológico, quanto ao aspecto social. O autor afirma que tal fenômeno não é restrito ao Brasil, contudo, sua ocorrência causa um grande impacto em nossa sociedade.

Baptista (2005), diz que segundo pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, o número de estabelecimentos de saúde vem aumentando em todas as regiões do país, mesmo que ainda permaneça a desigualdade em termos distributivos. Esse fato faz com que o Ministério da Saúde demonstre a intenção de aumentar em 20.000 o total de leitos oferecidos na rede pública, distribuídos de forma mais harmônica.

O autor diz que, segundo o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social – BNDES, em pesquisa realizada em mais de 100 hospitais (dos aproximadamente 6000 existentes no país) de 14 estados e 84 municípios brasileiros, foi constatado um “padrão incipiente de gestão”, com instrumentos e práticas gerenciais defasados em relação aos padrões gerenciais contemporâneos, denotando um comprometimento que evidencia um risco futuro para o segmento, surgindo, portanto, uma necessidade real da profissionalização dos atores deste cenário.

Uma das primeiras medidas rumo à maior profissionalização já foi tomada: O Ministério da Saúde publicou a portaria nº 2.225 que determina que os hospitais vinculados ao SUS devam ter em seus quadros profissionais com curso de Administração Hospitalar.

Trevizan (1998), explica a problemática da necessidade de refinamento profissional (assistencial e gerencial), quando coloca que o hospital é uma instituição considerada imprescindível para o desenvolvimento da ciência e para a formação de recursos humanos, uma vez que possibilita descobertas de novos conhecimentos científicos, através da pesquisa. O autor ressalta ainda que as instituições hospitalares são utilizadas como campo de aprimoramento técnico de profissionais, sendo os hospitais, neste sentido, berço de profissionalização.

Voltando ao início das gestões na área de saúde, entende-se, de acordo com Figueira (2006), que se criou no cenário das Santas Casas a cultura de “favores”, possivelmente em virtude do nome “Santa Casa de Misericórdia”, o que acarreta na má administração dos recursos subsidiados para as instituições.

O descompasso em relação a outras organizações de saúde começa pela administração. Para administrar uma Santa Casa é escolhido um Provedor. Tal seleção ocorre entre pessoas respeitadas nas sociedades das respectivas cidades, e este Provedor

assume a direção da Santa Casa com o intuito de manter aquilo que já existe. Contudo, é recorrente que esta pessoa não possua formação específica para administrar uma organização tão complexa e foi este o início do declínio dessas instituições.

Tendo em vista que o modelo de gestão das Santas Casas ainda impera em grande parte dos hospitais do Brasil, os conceitos de competitividade e produtividade não estão inseridos no contexto diário desse tipo de organização. Figueira (2006), comenta que não foram incorporados estudos sobre aspectos formais e informais da política de suas cidades, reorganização da planta física, reestruturação da forma de trabalho, entre outras práticas de uma administração atualizada, ou seja, as Santas Casas ainda não elevaram seu nível de profissionalização, nem admitiram o viés empresarial e político que uma instituição deve adotar para ter lucratividade no mercado competitivo que tornou-se o da saúde.

Deste modo, os hospitais que não estavam tão imersamente inseridos na cultura administrativa das antigas Santas Casas, optaram por se profissionalizar e adaptaram, de outras organizações, seus modelos de gestão como forma de combater a inevitável extinção caso permanecem inertes.

Hoje, talvez mais do que nunca, a saúde tornou-se um decisivo *enjeu* econômico, político e social, e o hospital (ou talvez melhor, o sistema de saúde como um todo) seja um lugar privilegiado para observar as próprias mudanças operadas nas sociedades modernas (STEUDLER, 1974; CAMPOS, 1984).

Analisando esse contexto, deve-se entender que a profissionalização, que caminha junto da privatização, nos hospitais é decorrente de um processo anterior de sucateamento do atendimento público e, dentro deste contexto, como nas organizações produtivo-lucrativas, a competitividade é resultado direto e incontrolável.

Alguns hospitais modernizaram-se por meio de privatização, outros por meio de contratação de pessoal oriundo de outras áreas (por exemplo: bancos ou multinacionais), entretanto, a assistência à saúde passou por um processo, que hoje sabe-se ser irreversível, de re-entendimento de seus objetivos enquanto organização.

De acordo com Graça (2000) sobre esse re-entendimento,

quando nos referimos ao hospital enquanto organização (nível de análise *micro*), estamos a pensar no seu sistema de ação interno, nos seus atores

internos e nas relações que estabelecem entre si (por ex., relação administração/*staff* profissional, relação médico/doente) (GRAÇA, 2000).

Por *organização*, segundo Etzioni (1980), deverá ser entendido uma unidade social (ou agrupamento humano) intencionalmente construída e adaptada, a fim de atingir objetivos específicos. É, também, uma unidade definida no tempo e no espaço, possuindo normas e um aparelho de autoridade e poder.

Como parte dessa nova concepção de organização hospitalar, Graça (2000) sugere que seja considerada na instituição a complexidade dos princípios administrativos, sempre sujeitos aos jogos de poder e aos conflitos derivados das relações interpessoais.

O mesmo autor ainda afirma que em princípio e aparentemente, o hospital é uma organização como tantas outras (as empresas, os partidos políticos, as associações sindicais, os tribunais, as igrejas, etc.). E, como tal, tem sido objeto de análise sociológica (e, sobretudo, psicossociológica), na medida em que é constituído por diferentes indivíduos e grupos, reunidos em função de um determinado objetivo e estabelecendo entre si determinados tipos de relações, de trabalho e de poder.

Gonçalves (1987), analisando a sociedade contemporânea, diz que é possível perceber o lugar de destaque que os hospitais vêm, crescentemente, ocupando. O autor diz que são organizações complexas, que utilizam tecnologia sofisticada e precisam ter uma reação dinâmica às exigências de um meio ambiente em constante mudança. Pode-se, por esta passagem, firmar o entendimento da importância das lideranças que atuam neste cenário.

Foi foco deste capítulo, ressaltar a transição da gestão hospitalar do sistema assistencial para o sistema empresarial, contemplando as mudanças ocorridas no seio da sociedade moderna.

Este capítulo propôs-se a mostrar as novas faces das organizações hospitalares, colocando em relevância as diferenças naturais que este tipo de instituição guarda das empresas produtivo-lucrativas, entendendo o comportamento da sociedade e da história na vida e no desenvolvimento das relações intra-organização.

5. Metodologia

Conhecer é quebrar a casca para atingir a semente.

Anzieu

Este capítulo terá como pressuposto básico explicar a metodologia que será utilizada para que sejam alcançados os objetivos propostos no início da dissertação, no que tange à identificação dos conflitos das lideranças administrativas perante as lideranças especializadas.

5.1 Método de Pesquisa

Quando se fala em metodologia, deve-se ter em mente a forma pela qual o objetivo proposto será testado. De acordo com Cervo (1996, p. 20), o método é a ordem que se deve impor aos diferentes processos necessários para atingir um fim dado ou resultado desejado. Nas ciências, entende-se por método o conjunto de processos que o espírito humano deve empregar na investigação e demonstração da verdade.

De acordo com Koche (1997), Aristóteles afirmava que “nada está no intelecto se antes não passa pelos sentidos”, e, para o filósofo, a ciência é um produto da colaboração entre o entendimento racional e a sensibilidade da experiência.

No primeiro momento, devia-se iniciar pelo que vinha em primeiro lugar no conhecimento, que seriam os fatos percebidos pelos sentidos, e, depois, agrupar as observações, pelo processo de indução, em uma generalização que proporcionasse a forma universal (KOCHE, 1997, p. 46).

O presente estudo tem uma abordagem qualitativa, uma vez que seu foco central está na construção de conhecimentos empíricos, de conteúdo teórico, que permitam ser verdadeiras as discussões levantadas acerca das temáticas propostas. Segundo Neves (1996), pesquisa qualitativa é um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados, tendo por

objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social, “reduzindo a distância entre indicador e indicado, entre teoria e dados, entre contexto e ação”. (MAANEN, 1979 *apud* NEVES, 1996, p. 1). Normalmente é feita no local de origem dos dados, não impedindo o emprego da lógica do empirismo científico, mas supondo que seja mais apropriado empregar uma perspectiva de análise fenomenológica, singular e dotada de um certo grau de ambigüidade.

Vale ressaltar que, no presente estudo, a pesquisa qualitativa será realizada por meio de observação participativa, além do uso de questionários de entrevista como ferramenta de apoio.

No que tange à observação participante, entende-se que nesta metodologia o pesquisador participa na situação estudada, sem que os demais elementos envolvidos percebam a posição do observador, que se incorpora natural, ou artificialmente, ao grupo ou comunidade pesquisados (considerando inserção natural quando o observador já é elemento do grupo pesquisado) (BARROS e LEHFELD, 2000, p. 62).

Os autores ainda colocam como vantagem desta metodologia a possibilidade de contato direto com o fenômeno, permitindo coleta de dados sobre um conjunto de atitudes comportamentais.

Godoy (1995) lembra que

a abordagem qualitativa, enquanto exercício de pesquisa, não se apresenta como uma proposta rigidamente estruturada, ela permite que a imaginação e a criatividade levem os investigadores a propor trabalhos que explorem novos enfoques. (...) Consiste em um instrumental metodológico que se pode aplicar a discursos diversos e a todas as formas de comunicação, seja qual for a natureza do seu suporte. O meio de investigação é o estudo de caso (GODOY, 1995, p. 23).

Desta forma, o meio de investigação será o estudo de caso, que pode ser entendido como uma técnica não específica, mas sim, “um meio de organizar dados sociais preservando o caráter unitário do objeto social estudado” (GOODE & HATT, 1969, p.422). De outra forma, Tull (1976, p 323) afirma que "um estudo de caso refere-se a uma análise intensiva de uma situação particular".

No contexto desta dissertação, cabe a definição de YIN (1989, p. 23) sobre estudo de caso, quando afirma que o mesmo “é uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, quando a fronteira entre o

fenômeno e o contexto não é claramente evidente e onde múltiplas fontes de evidência são utilizadas".

Por outro lado, deve-se considerar as limitações da metodologia adotada. Partindo da observação participante, por melhor treinado que esteja o observador, seus próprios sentimentos, idéias e conceitos passam pela rede de informações com a possibilidade de enviesar os dados levantados.

Existe também a limitação numérica da amostragem: apenas um hospital e cerca de 30 entrevistados das diferentes áreas.

É importante ressaltar que o pesquisador, neste caso, faz parte e convive no ambiente estudado, e, portanto, pode ter a tendência de imprimir, nas palavras dos entrevistados, sua própria opinião.

Além dessa forma de investigação utilizamos ainda a pesquisa de campo que pode ser descrito nas palavras de Boente e Braga (2004, p. 12), quando definem que este tipo de abordagem caracteriza uma pesquisa proveniente da observação empírica do pesquisador, no próprio campo, local onde ocorre o fenômeno pesquisado.

Nesta dissertação, primeiramente foi feita uma revisão das bibliografias relevantes ao tema, entendendo que Pesquisa Bibliográfica constitui parte da pesquisa descritiva, quando é feita com o intuito de recolher informações e conhecimentos prévios acerca de um problema para o qual se procura resposta ou acerca de uma hipótese que se quer experimentar (CERVO, 1996, p. 48).

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas, entendendo que entrevista é uma conversa orientada para um objeto definidor: recolher, através do interrogatório do informante, dados para a pesquisa (CERVO, 1996).

Esta coleta de dados foi realizada através de observação participante *in loco*, assim sendo, Cervo (1996, p. 27) coloca como regras para observação os seguintes critérios:

- Deve ser atenta
- Deve ser exata e completa
- Deve ser precisa
- Deve ser sucessiva e metódica

Pode-se apontar como vantagens da metodologia de entrevista os seguintes pontos:

- Maior flexibilidade para o entrevistador, podendo ser aplicada em qualquer segmento da população.
- Pode observar as atitudes do entrevistado, reações e condutas.
- Obtenção de dados mais relevantes sobre o objeto em estudo. (BARROS e LEHFELD, 2000, p. 93).

As entrevistas foram aplicadas com público diverso, dentro da realidade hospitalar, aleatoriamente escolhidos, resguardando a necessidade de haver amostra de todos os níveis hierárquicos do hospital, bem como das diferentes áreas.

5.2 Procedimentos Metodológicos

Foi intuito da pesquisa entrevistar os colaboradores de todos os níveis hierárquicos, incluindo o setor operacional, as gerências médias administrativas e a administração do hospital, analisando a formação dos mesmos e as características das atividades que realizam, a fim de perceber sua proximidade ao conceito de liderança ou gerencia.

A amostragem da pesquisa deu-se da seguinte forma: seis (6) representantes da classe médica, que não possuem vínculo entre si, e não são da mesma especialidade. Doze (12) representantes da área administrativa, de diferentes níveis hierárquicos, e diversos campos de atuação. Completando o quadro de entrevistados, encontram-se doze (12) representantes da equipe de enfermagem, com diferentes graus de formação e setores de trabalho (incluindo aqui, alguns representantes da equipe noturna).

Foi aplicado um questionário nas lideranças administrativas e um outro tipo de questionários, mais tendencioso para a forma de percepção dos conflitos, nos membros operacionais.

Além desses, foi aplicado outro questionário nas lideranças de especialistas (médicos e enfermeiros), na mesma proporção dos entrevistados administrativos, com o intuito de confrontar os dados levantados sobre o entendimento da ótica de cada grupo no fenômeno da liderança e nos conflitos existentes dentro da realidade hospitalar.

O foco destas entrevistas foi o choque que existe cultural e historicamente no que tange a influência das sub-culturas dos especialistas dentro da organização hospitalar, perante as lideranças administrativas.

O questionário foi semi-estruturado, e as conversas foram gravadas com o intuito de reproduzir integralmente as respostas. É interesse nesta pesquisa, formular questões direcionadas à formação acadêmica e profissional dos gerentes, entendendo a dinâmica com que atuam na instituição, se o método de liderança difere de acordo com o subordinado que está sendo trabalhado, se percebem-se como líderes, se procuram meios de testar a efetividade de seu comando, se buscam (e como buscam) novas formas de conhecimento e aprimoramento (em sua área de atuação e em liderança). (Modelo dos questionários no APÊNDICE B)

5.3 Caracterização do Hospital Estudado

O hospital a ser analisado para a pesquisa localiza-se no interior do estado de São Paulo e está em atividade há 39 anos. É uma instituição filantrópica de direitos privados, sem fins lucrativos, sendo o remanescente das receitas apuradas, investido no próprio hospital, na aquisição de novos equipamentos e melhorias estruturais.

Esta instituição tem como Missão a seguinte premissa: “Somos um hospital filantrópico, da classe X, humanizado, atuando em saúde com qualidade e responsabilidade social”.

Sua visão é “Ser um hospital reconhecido nacionalmente, como centro de excelência em serviços de saúde e formação profissional, utilizando-se de modernos recursos tecnológicos”, possuindo como valores:

Excelência
Transparência
Inovação
Confiabilidade
Assertividade
com Humanização e Equidade.

Apresenta-se organizado hierarquicamente conforme o anexo 1.

A organização escolhida para a pesquisa, é um hospital de alta resolutividade e complexidade, sendo serviço de referência terciária para toda a região da DIR XV - Piracicaba que abrange 25 municípios.

Possui um total de 235 leitos, sendo 12 leitos de UTI Geral adulto, 10 leitos de UTI Cardiológica, 7 leitos de UTI Neonatal e 3 leitos de UCI.

Ressalta-se que 60% dos recursos desta instituição estão destinados ao atendimento do usuário SUS.

Este hospital X está localizado em Piracicaba, e conta com um total de 199 leitos, dispostos em Enfermarias, Alojamento Conjunto, Pediatria, UTI Neonatal, UTI Geral, UTI Cardíaca, Serviço de Urgência e Emergência (clínica e traumatológica).

Conta ainda com 180 médicos no Corpo Clínico, para atendimentos nas diversas especialidades: consultas clínicas, cirurgias, partos, além de internações para cirurgias cardíacas, cateterismos; angioplastias, angiografia cerebral, valvoplastia mitral,

radioterapias, quimioterapia, betaterapia, exames de tomografia computadorizada, exames de ressonância magnética, exames laboratoriais clínicos, exames de RX, nutrição, obesidade mórbida, litotripsia, hemoterapia.

Abrange mais duas unidades: Centro Médico Integrado (CMI) e o Centro de Atendimento Integrado (CAI).

O CMI conta com dezoito salas de consultórios, atendendo as especialidades de angiologia, cardiologia, cirurgia plástica, clínica médica, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, geriatria, ginecologia e obstetrícia, neurologia infantil e adulto, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria, psiquiatria adulto e infantil, urologia, fonoaudiologia, nutrição e psicologia.

O CAI conta com estrutura de atendimento em Fisioterapia abrangendo profissionais com especialidades para atendimento de ortopedia e traumatologia, neurologia, RPG, osteopatia, uroginecologia, oncologia, ATM e estética; em Odontologia com seis consultórios odontológicos e duas salas de cirurgia e uma equipe de profissionais especializados em dentística, prótese, endodontia, periodontia e cirurgia; e mais três salas para atendimento de consultas em Ginecologia e Obstetrícia, abrangendo atendimento aos conveniados SUS.

6. Análise dos Dados

O homem está sempre disposto a negar tudo aquilo que não compreende.

Pascal

As entrevistas foram realizadas com membros de diferentes níveis hierárquicos, das três grandes áreas existentes no hospital: Estratégica (que engloba Gestão de Pessoas, Gestão de Controladoria e Gestão Financeira), Operacional (que envolve as Gestões de Hotelaria, de Suprimentos e de Engenharia) e Técnica (que diz respeito aos departamentos de enfermagem e médicos, divididos nas Gestões de Materno-Infantil, Clínico-Cirúrgico, Ambulatorial e SADT – Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia).

O organograma da instituição apresenta seis (6) níveis hierárquicos, partindo da presidência, que é representante da mesa diretora da instituição mantenedora;

administração, representada por um administrador hospitalar; coordenadores, que são responsáveis pelas grandes áreas; gestores, que têm a função de administrar as gestões de cada coordenação; os supervisores, que gerenciam os setores que cada gestão engloba e os colaboradores, que são os executores.

O questionário aplicado foi direcionado para cada tipo de cargo e função, portanto, a entrevista feita com um colaborador não é a mesma feita com um coordenador, bem como com o médico. Os modelos de questionário estão no APÊNDICE 2.

As entrevistas foram feitas com amostragem aleatória, mesclando colaboradores, supervisores, gestores e coordenadores das três áreas, e também representantes da classe médica. Todas as entrevistas foram gravadas e as passagens aqui reproduzidas estão integralmente fiéis ao exposto pelos entrevistados. Para melhor aproveitamento dos dados coletados, as respostas serão divididas em sub-grupos e discutidas de acordo com sua congruência ou discordância do tema em questão.

AMOSTRAGEM DE ENTREVISTADOS	TOTAL
Representantes da classe médicos	6 pessoas
Representantes da liderança de enfermagem	4 pessoas
Representantes da enfermagem operacional	8 pessoas
Representantes da liderança administrativa	4 pessoas
Representantes do administrativo operacional	8 pessoas

Os respondentes, oriundos de diversas áreas do hospital, são colaboradores com e sem formação acadêmica (desde 4ª série primária até pós graduados), com tempo de casa diversificado (desde 8 meses até 16 anos na empresa) e com idades variando de 19 a 54 anos.

6.1 Identificação com a Hierarquia, Organograma, Punições e Autonomia

Percebe-se, pelas entrevistas realizadas, que a identificação com a hierarquia proposta pelo hospital é válida de um determinado nível para cima. As respostas dadas pelos entrevistados confirmam que os gestores, coordenadores e a administração

sabem e conhecem quais são os níveis, o que eles representam e quem são os ocupantes de cada cargo. É o caso do coordenador que afirma conhecer o organograma, com a seguinte expressão: **“Sim. Claro!”**

Entretanto, os colaboradores e alguns supervisores dizem nunca ter visto o organograma da instituição e, portanto, não se identificam dentro da hierarquia proposta. Eles sabem a quem devem se reportar quando surgirem dúvidas ou sugestões, mas desconhecem os motivos pelos quais tal pessoa influencia suas atividades. Essa situação é a mesma do médico ortopedista que quando indagado sobre o organograma do hospital responde: **“Nunca vi... nem sabia que tinha.”**

No que tange a equipe médica, apenas o Diretor Clínico, que tem ligação direta com a administração, diz já ter visto o organograma. Os chefes de equipe e membros do corpo clínico desconhecem este desenho, não sabendo com quem falar frente a situações que exijam resolução administrativa.

Os cargos mais altos, que conhecem e ajudaram a configurar o atual organograma, dizem que o hospital está passando por fase de re-estruturação total e que este desenho é muito recente, não tendo havido tempo para sua divulgação. Contudo, mesmo aqueles que conhecem a estrutura hierárquica confirmam que, pela pressa de resolver determinada situação, acabam burlando os níveis propostos. É o caso de um coordenador que reconhece sua dificuldade em acatar as relações hierárquicas propostas no organograma. Nesse caso foi solicitado a ele uma avaliação entre 1 a 5 sobre o quanto ele segue a estrutura proposta:

“Ah... eu mesma as vezes acabo atropelando... Acho que uns 2,5. **Existem extremos: aqueles que respeitam demais, quase engessados...** e os que não respeitam quase nada. É que o desenho é novo e ainda está sendo divulgado... **é difícil mudar um habito tão antigo**, a porta da presidência sempre foi muito aberta e estamos no processo de colocar parâmetros e novos referenciais.”

Em alguns casos a hierarquia é apontada como um fator dificultador a agilidade dos processos, e nesses casos existe uma certa dificuldade em manter a proposição do organograma, é o que diz este supervisor:

“Eu acho que se, às vezes, dá para resolver a situação na hora, com as pessoas que estão ali, pode ser resolvido e não precisa ficar esperando o outro supervisor... **acho que às vezes acaba passando por cima de**

algumas pessoas importantes, mas acontece. Hoje acontece bem menos, mas acontecia bastante.”

No que tange às punições, todos os níveis hierárquicos conhecem as punições existentes no hospital e os motivos pelos quais elas são aplicadas. Entretanto, a base de supervisores e colaboradores, diz, sem exceção, que essas punições são aplicadas de forma desigual entre os níveis da hierarquia. É o que afirma esse técnico de enfermagem:

“**Conheço bem, mas elas não são aplicadas de forma igual.** O mais fraco sempre “toma” mais. É mais fácil admitir que a enfermagem errou que admitir que um médico errou... **fica palavra contra palavra.** E isso foi sempre assim... eles têm mais influencia.. é mais fácil fechar o olho para o erro de médico. E ai quem perde o benefício somos nós.”

Contudo, os gestores e coordenadores afirmam que as punições são validas para todos, de forma igualitária, sendo a equidade um dos valores da instituição. É como se posiciona esse gestor:

“Conheço sim e acho que elas são aplicadas da mesma forma em todos os níveis. A questão de atraso, por exemplo, a regra é igual para todos: todos passam cartão e o ponto fica marcado no sistema... **não tem como dar preferência a alguém.**”

A parte médica não é tocada por esse tópico, visto que apenas funcionários oficiais (contratados) recebem punição.

Sobre autonomia para tomada de decisões, fica claro que o sistema de trabalho ainda é centralizado na administração e especialmente na presidência. Desde os supervisores até os coordenadores, a sensação é de terem autonomia para resolver situações que estejam dentro de sua rotina; qualquer eventualidade que ocorra, um nível superior deverá ser acionado. A parte médica diz ter autonomia para sugerir mudanças, mas não se sente no direito de iniciar uma nova rotina sem um membro do corpo oficial do hospital.

Um dos coordenadores do hospital, caracterizando seu nível de autonomia entre 1 e 5, explica que:

“3. A decisão final tem que passar pela administração. **Ainda temos muito que crescer, temos que aprender a nos descentralizar...**eu até entendendo, porque desde que todo esse hospital nasceu sempre foi centralizado na mão de uma pessoa só, e agora estamos começando um

processo de mostrar que delegar é bom, que existem outras pessoas competentes... o caminho é longo, mas a gente chega lá.”

Confirmando o que disse o coordenador, um dos supervisores afirma:

“Eu acho que tenho autonomia. Quer dizer, no que está dentro das minhas atividades eu posso mexer no que quiser, por exemplo, na escala de trabalho das minhas funcionárias. **Mas se alguma coisa sai da rotina eu não posso fazer nada.** Se tiver na rotina tudo bem, se não tiver, eu passo para cima.”

Sobre o quesito autonomia, a classe médica é dúbia. Um representante diz que não sente ter autonomia para nada, especialmente por não ser funcionário formal da instituição. Enquanto outro colega de profissão diz que:

“Temos **autonomia total... nem que seja pelo descumprimento às regras impostas.** Se alguma nova rotina é colocada em prática e eu não concordo, não cumpro mesmo. A autonomia passa por aí... por ter até o direito de descumprir as regras.”

De acordo com os dados analisados neste sub-item, pode-se entender que a dimensão formal da organização não está suficientemente socializada e divulgada, existindo ainda uma percepção diferenciada, entre os níveis hierárquicos sobre a efetividade das normas.

6.2 Influência na Rotina e Acessibilidade das Áreas Médica, de Enfermagem e Administrativa

A questão sobre o que mais influencia o dia-a-dia dos respectivos entrevistados foi de interessante descoberta. Todas as áreas (entrevistados administrativos, enfermagem e médicos) dizem que todos influenciam, praticamente, na mesma proporção. Se a resposta de 01 a 05 fosse 3, seria 3 para todas as áreas; se fosse 2 ou 4, a pontuação seria a mesma para a área médica, de enfermagem e administrativa. Esse dado pode servir como entendimento de que as sub-culturas identificam umas às outras como detentoras de influência sobre sua própria atividade e, mais ainda, na mesma proporção.

Entretanto, quando questionados sobre quem era o corpo mais acessível, mais aberto a sugestões e trocas, dentre as áreas (médicos, enfermagem e administração), percebe-se que cada sub-grupo se auto-intitula mais acessível.

Tabela de Influência

	Médico	Administrativo	Enfermagem
Técnico Enfermagem	5	5	5
Assistente Administr.	3	3,5	3

Tabela de Acessibilidade

	Médico	Administrativo	Enfermagem
Técnico Enfermagem	1	1	5
Assistente Administr.	2	4,5	2

6.3 Líder x Chefe e Envolvimento dos Superiores e Subordinados na Tomada de Decisão

Quando perguntado aos diversos entrevistados o que consideravam um líder, os adjetivos mais usados foram: alguém que ajuda, que ouve, que colabora na rotina, que comanda bem. Por exemplo, a assistente social do hospital disse: “um líder é alguém que escuta, que conversa, que sabe o que a gente tem que fazer... um bom comandante”.

Quando indagados sobre o que consideravam ser um chefe, os seguintes adjetivos sobressaíram: Alguém que só manda, que faz cumprir regra, que ameaça, é decidido, autoritário, muito correto. Nas palavras de uma técnica de enfermagem: “Chefe é chefe! Aquele que dá bronca, que só cobra, que ameaça... é isso”.

E quando tentou-se cruzar estes dois conceitos, perguntando se um chefe poderia ser líder, e vice-versa, as respostas encontradas foram dicotômicas: alguns diziam que líder e chefe são duas coisas diferentes, enquanto outros diziam que sim. Novamente, pode-se perceber essa dicotomia com a resposta da assistente social: “Não, chefe é chefe e

líder e líder... um não é a mesma coisa que o outro. Eles fazem as coisas de forma diferente”. Ou, com a resposta da técnica de enfermagem: “Sim! **Se o chefe começar a participar da rotina, tiver interesse em fazer parte da equipe, ele pode, com certeza, se tornar o líder do setor**”.

No que diz respeito ao envolvimento dos subordinados e dos superiores no processo decisório (de uma situação-problema, de uma nova rotina, etc.), verifica-se que há uma considerável variação de setor para setor. Por exemplo, nos departamentos de enfermagem, onde a hierarquia é mais definida (pois não depende do organograma ser divulgado ou não – existe uma hierarquia histórica e de níveis de conhecimento – auxiliar, técnico e enfermeiro), a participação dos subordinados é menor (sendo este dado apontado tanto pelos supervisores quanto pelos colaboradores).

Pode-se perceber essa assertiva na fala de um supervisor sobre o envolvimento da Enfermagem, quando responde que:

“Só o que compete a eles opinarem, **só o que compete a eles participarem... tem coisas que eles não podem participar**. Esse limite de até onde eles participam é colocado pela minha chefia direta.”

Já nas áreas mais administrativas (operacionais) a participação dos subordinados nas rotinas e decisões é maior, uma vez que são os colaboradores que colocarão em prática a rotina definida, podendo essa outra forma de relacionamento ser percebida nas palavras de um coordenador e um supervisor da área administrativa:

Coordenador: “De forma geral a gestão é participativa... só a Gestão de Pessoas, que é muito peculiar, é mais centralizado na administração.”

Supervisor: “É total. Sempre que tenho que mudar alguma rotina, tomar uma decisão, eu faço uma reunião e converso com eles... **80 cabeças pensam bem melhor que uma e eles vivenciam as rotinas todos os dias**, então acabam tendo idéias melhores que as minhas.”

Da mesma forma é a participação dos superiores dentro dos setores: nos departamentos de enfermagem, a ligação entre os membros é vertical, seguindo a hierarquia proposta: coordenador – gestor – supervisor – colaborador; ligação que é mais maleável nos departamentos administrativos.

Essa outra realidade é novamente afirmada com a fala de um coordenador administrativo quando perguntado sobre a participação de seu superior dentro de seu setor: “Eu levo as idéias quase prontas e nós discutimos se é válida ou não. Não peço benção para tudo, mas trocamos muitas idéias.”

Em consonância com o coordenador, o supervisor afirma que: “O envolvimento entre eu e minha coordenadora agora que está mudando. Estamos com outra forma de trabalhar, é bem legal. Ela é muito resolvida, pronta para atender sempre que precisar, faz parte mesmo da equipe...”

Por outro lado, no contexto da enfermagem, da mesma forma que a participação dos subordinados no processo decisivo não é fomentada, a dos superiores é pouco estimulada, como pode-se observar na fala de um supervisor da enfermagem: “O envolvimento é até um pouco maior do que o envolvimento dos meus subordinados, por exemplo. Mas, na verdade, muita coisa já chega para mim decidida.”

Sobre o envolvimento entre os superiores e os subordinados, os representantes da área administrativa dizem que depende do perfil das pessoas envolvidas, podendo relacionarem-se diretamente, ou, depender da pessoa de cargo intermediário para fazer o canal de comunicação. Um coordenador, por exemplo, disse que: “Alguns se comunicam mais, outros menos... depende do perfil da pessoa... mas, normalmente, a cadeia de informações passa por mim.”

Um pouco mais radical, um supervisor explicita o lado mais centralizador da instituição quando coloca que o envolvimento entre supervisor e subordinados “...não existe. Eu faço todo o intermédio, até porque são muitos funcionários... não dá para ter relacionamento direto.”

Nesta perspectiva o contexto da enfermagem aproxima-se mais do administrativo, pois o envolvimento entre aqueles acima e abaixo dos cargos médios não apresentam comunicação direta. Um supervisor da enfermagem diz que o envolvimento “Não acontece muito. Quando alguma nova rotina precisa ser passada, a gerente de enfermagem passa para mim, que repasso para os técnicos.”

Já no que diz respeito às forma de relacionamento e canais de comunicação entre supervisores e subordinados, entende-se que a hierarquia da enfermagem apresentou-

se mais rígida, podendo ser decorrência de uma forma histórica de trabalho e do escalonamento gradativo de saberes. Entretanto, no quesito envolvimento entre superiores e subordinados, tanto os grupos administrativos, quanto os de enfermagem, mostraram-se “engessados” e com hierarquias pouco flexíveis.

6.4 Conflito Entre as Áreas Médica, de Enfermagem e Administrativa

Algumas pessoas consideram que existe muito conflito, outras, que não existe conflito nenhum. De acordo com as respostas recebidas quando um membro administrativo presencia alguma atividade fora da rotina protagonizada por um membro médico, por exemplo, tenta-se resolver a situação no momento em que acontece; sendo que alguns dirigem-se diretamente ao médico e outros aos seus supervisores.

Um coordenador, por exemplo, quando perguntado sobre como procederia se presenciasse um médico fazendo ou dizendo algo fora da rotina/ protocolo definido, respondeu que:

“Abordo de forma adequada (cumprimento) e digo da necessidade daquele protocolo. Já presenciei médico gritando porque não tinha a prótese que ele iria usar na cirurgia, mas foi ele quem esqueceu de pedir antecipadamente. Nesta situação, expliquei a importância da rotina e ele foi embora mais calmo. Nunca mais tive problemas com esse médico.”

Sob outra perspectiva, um pouco mais cética quanto as conseqüências positivas de um embate frontal, um supervisor respondeu que:

“Antigamente eu falava direto com a pessoa. Mas com o tempo a gente acaba sendo taxado de chato, então eu não falo mais. Mas, **por questão de consciência, eu passo para minha superior, que sempre toma as devidas providências.**”

Ainda no sentido de selecionar o que “vale a pena”, um outro supervisor respondeu que:

“**Depende do médico e depende do que aconteceu.** Se for um caso muito grave eu já passo para pessoas acima de mim; mas, se der para resolver e for um médico que dá para conversar, a gente tenta resolver na hora mesmo.”

Já a área de enfermagem, se presencia algum médico tomando uma atitude fora da rotina, procede de acordo com o seu lugar na hierarquia. Por exemplo, uma técnica de enfermagem, normalmente, irá suportar que o médico haja da maneira que lhe convier, mas depois irá reportar o caso a sua supervisora. Se uma enfermeira, responsável por um setor, presenciar algo que não está na rotina, ela mesma tomará atitude. Caso o médico continue insistindo em atuar fora do proposto, foi observado que a situação é levada a instâncias maiores, como a Diretoria Clínica e a Administração.

Nas palavras da técnica de enfermagem:

“Comunico a minha supervisora. Quer dizer, depende do que é a atitude e de qual médico envolvido. Se me pedem para ministrar uma medicação que não pode de jeito nenhum, eu me recuso na hora; mas se o médico não preenche alguma ficha que tem que preencher, mesmo que eu peça, eu chamo minha supervisora. Por exemplo, **se eu puder evitar de responder para o médico, eu evito ao máximo**; mas, se não der e eu tiver que responder na hora, respondo.”

No sentido do que foi exposto acima (onde cada um age de acordo com sua hierarquia), um supervisor de Enfermagem responde que:

“Se for um médico que dá abertura para a gente conversar, eu chego e converso... mas é que tem médico que é impossível de conversar, então eu passo para minha superior. **Na verdade, eu tomo atitude dependendo do médico**”.

Conclui-se, portanto, que no tangente aos conflitos entre as sub-culturas médicas, de enfermagem e administrativa, cada grupo toma atitudes da forma como se percebe dentro da hierarquia de funcionamento. Fica sub-entendido que existe um campo de atuação de cada área e, desde que uma não apresente riscos ao campo de outra, aquela pode proceder da forma como lhe convier. Ou seja, desde que um médico não cause danos à administração, ele pode montar sua rotina conforme preferir. Do mesmo modo, se um médico proceder de forma não protocolar, mas não interferir no trabalho da enfermagem, não haverá comoção.

6.5 Influência dos Médicos nas Decisões Administrativas

No que tange a influência dos grupos médicos nas decisões administrativas, foi verificado que esta é compreendida informalmente. Por exemplo: se a administração estabelece alguma rotina que o corpo médico não concorda, eles boicotam a rotina, não fazendo parte dela, não seguindo o que foi proposto. Desta forma, eles conseguem fazer com que essa rotina seja revista e, ai, tentam chegar em um consenso.

Quando perguntado a um coordenador, se ele percebe que existe influência dos grupos médicos na definição de procedimentos que vão contra os já propostos pela administração, a resposta foi:

“O tempo todo. Por exemplo: grade do Centro Cirúrgico. Cada médico faz sua grade, marca suas salas... **cada um segue sua própria agenda, não importa a rotina estabelecida.** Outro exemplo é o horário de visita que já foi estabelecido, explicado e re-explicado... cada médico ainda passa quando bem entende, sem pensar no serviço de farmácia, na enfermagem, no faturamento... na verdade, não tem muito por onde cobrar. A administração não soube lidar com eles desde o começo, não existe contratualização, e **sem vínculo empregatício é quase impossível uma cobrança.**”

Da mesma forma um dos supervisores fala sobre a influência dos grupos médicos:

“Influenciam sempre que eles querem. Por exemplo, existe horário determinado para passar visita aos paciente de manhã, mas eles não passam e não querem nem saber se está atrapalhando a rotina da farmácia, da enfermagem, da limpeza. Quase que não adianta a administração colocar regra, por que **se eles não quiserem, não há quem faça dar certo.**”

No tangente a construção de novas rotinas e a parcela que é levada em consideração da influência que os grupos médicos possuem para essa construção, um dos coordenadores, em uma escala entre 01 e 05, diz que a nota é:

“4. É levado bastante em consideração. Sempre pensamos na operacionalização da rotina. Por exemplo: a rotina do faturamento foi toda mudada para melhor atender ao médico, mas o resultado final continua sendo o mesmo. **Na verdade, analisando agora, é pensado no médico, mas não é solicitada sua participação...** Não existe canal de comunicação. O Diretor Clinico tem uma influência pequena, são muitos colaboradores... mas, resumidamente é isso: **é pensado no médico, mas ele não participa.**”

Em contrapartida, sob outra perspectiva da participação do grupo médico no contexto das atividades hospitalares, um supervisor da enfermagem enfatiza a nota:

“Zero! O médico não é levado nada em consideração quando se constrói uma nova rotina, porque **a administração acaba canalizando para a enfermagem algumas atribuições que seriam do médico...** então, não precisa deles para construir rotina, é só jogar nas costas da enfermagem. Nós somos empregados oficiais, os médicos não...”

Para contrastar ainda mais, um supervisor defende a nota:

“5. Nós pensamos neles, mas eles não são chamados para participar. Na verdade, depende da rotina... se, por exemplo, for alguma lei que entrou em vigor, não tem como abrir discussão: é daquele jeito e ponto. **Podemos colocar em uma hierarquia: primeiro a lei, depois a administração e depois os médicos.**”

Um representante do corpo clínico, por sua vez, quando perguntado sobre suas atitudes quando recebe a notícia de uma nova rotina com a qual não concorda, analisa da seguinte forma: “Tento entender os motivos pelos quais aquela rotina foi mudada, e para isso, falo com o supervisor da área referente. Caso eu entenda, mas não concorde, tenho o direito de contestar. E aí, vemos o resultado... mas até dar resultado continuo fazendo do meu jeito.”

No que tange a autonomia que o corpo clínico possui para redefinir padrões e rotinas, outro representante da sub-cultura médica, diz que:

“Neste hospital sim. **Não existe sistema hierárquico bem definido**, nem dentro dos serviços médicos não existe a chefia bem definida. Então, por exemplo, um único médico pode mudar uma rotina informalmente que acaba dando origem a uma rotina adota por todos, influenciando todo o processo. E essa influência só existe com a possibilidade de ser tão forte, porque não existe hierarquia, não existe vínculo...”

Em consonância com seu colega, um cirurgião do hospital, sobre o mesmo tema, declara:

“Comparando com outros lugares **aqui temos autonomia maior, porque não temos vínculo empregatício**. Dentro dos nossos horários fazemos o que queremos. Na verdade não é autonomia, é que **a administração não tem outras formas de controle**, não tem horário estabelecido, não tem que passar cartão... fazendo sua parte, está tudo bem.”

Analisando as respostas dos sub-grupos, percebe-se a contradição nas respostas. Ao passo que a administração considera como participativa a atuação dos médicos na definição de novas rotinas, a enfermagem mostra outra face. É ponto de

concordância que os médicos não seguem as rotinas se não forem de seu interesse, todavia, os próprios médicos consideram ter liberdade para influir nos padrões. Ou seja, cada grupo acaba por falar sua própria linguagem e entender o processo de construção de uma rotina ou procedimento da forma como lhe melhor convier, sem olhar o que pensa e faz o sub-grupo com o qual co-existe e trabalha.

6.6 O Médico e o Papel de Liderança/ O Médico e Funções Burocráticas

Ficou claro, durante as observações feitas antes da aplicação dos questionários, que a classe médica não é companheira das funções burocráticas. Desde os setores administrativos, até os setores de enfermagem, era recorrente ser citado como exemplo de conflito a falta de paciência por parte dos médicos em preencher as documentações necessárias. Quando perguntado a representantes da classe médica sobre essa assertiva, as respostas não desmentiram o já exposto. Um gastroenterologista, por exemplo, respondeu que:

“Ser médico custa caro... é preciso ter um carro, seguro, celular, congressos, cursos, processos de pacientes, seguro de vida... hoje, 60% dos médicos ganham menos de R\$ 5.000,00; e 12% ganham mais de R\$ 10.000,00, considerando, em média, uma jornada de 14 horas/dia, 6 dias/semana. O médico tem pressa... normalmente trabalha-se em 3 ou mais lugares... são muitas fichas, muitos formulários a serem preenchidos. É por isso...”

De forma mais simplista, um ortopedista defendeu a classe médica dizendo: “Ah... porque tinha que desburocraticar um pouco! Informatizar o hospital, diminuir essa papelada toda. Até os pacientes falam. **Todo o problema está no volume de papel!**”

Entrando na questão do papel da liderança da classe médica, alguns acreditam que o médico seja um líder até mesmo pela natureza de sua profissão; outros entendem que uma função em nada comunica-se com outra. Exemplificando, um ortopedista disse que:

“Não. O médico não é líder, mas sem médico o hospital não funciona. Na verdade, se existir algum tipo de liderança, ela é informal. Existe um papel a ser desenvolvido frente à enfermagem, mas esse tipo de papel só

acontece porque não tem protocolos definidos. Se tivesse, a gente não tinha escolha... seguiria a regra. Não é líder, é só quem dá a palavra final.”

Contrapondo o colega de profissão, um cirurgião-geral, diz que: “Ah, sim... a formação médica exige que sejamos líderes. Exige sempre mais acertos do que erros, exige postura de decisão rápida, portanto, o médico tem que ser líder... ainda que alguns sejam mais chefes! Mas a liderança está quase na pele... **não tem como fazer um atendimento de urgência se não souber liderar a equipe.**”

Neste sentido, pode-se perceber que o entendimento do médico como líder dentro da organização hospitalar depende da postura de cada médico perante o tipo de responsabilidade que sua profissão assume. Assim sendo, passa pelo mesmo embate que qualquer profissional: o exercício da liderança fica vinculado ao desejo de alguém exercê-lo e não do poder formal que é colocado nas mãos do profissional.

Entrando na questão sobre a colaboração entre os grupos médicos e a administração, o mesmo médico ortopedista diz:

“O dia-a-dia é muito corrido. É mais fácil deixar passar do que correr atrás... **o médico também é culpado por isso.** Acho, na verdade, que alguns cargos deveriam ser ocupados por médicos, algumas coordenações... mas o problema é que mesmo que a administração queria colocar algum médico, não vai achar quem queria assumir o tal cargo. **Ninguém quer administrar conflito.**”

Contrapondo, novamente, o colega de profissão, o médico cirurgião-geral diz que: “Ele é um colaborador... na verdade, o médico é um cliente do hospital... um cliente e um parceiro, que espera certos reconhecimentos, certas trocas de gentilezas”.

Desta forma, mais uma vez, pode-se entender que algumas questões de conflito entre as sub-culturas são entendidas de forma diferente em função da pessoa que as analisa. Contudo, existem pontos que são unânimes e acabam intronizados como parte integrante do contexto do hospital; é o caso dos conflitos entre administração e corpo clínico.

6.7 Conflitos Diretos Entre Administração e Corpo Clínico

Ficou evidente, após coletadas as respostas, que tanto administração quanto corpo clínico, vivem em uma singela “Guerra Fria”. Os conflitos não existem abertamente, até mesmo em função da co-dependência entre as atividades de cada sub-grupo; contudo, as insatisfações ficam latentes.

Quando perguntado a um médico clínico, em uma escala de 01 a 05, quanto ele considera que existe de conflito entre administração e médicos, a resposta foi:

“Sempre tem. **4. Tem velado e explícito.** Por exemplo: a questão da remuneração dos plantões à distancia é um descontentamento explícito, todo mundo fala disso, já está sendo negociado com a administração. A obrigação de atender certos convênios é um descontentamento velado, pois ninguém gosta, mas não faz-se nada para mudar. Para essa situação melhorar deveríamos **melhorar os canais de comunicação**”.

Por outro lado, o administrativo, tem-se a resposta de dois coordenadores que, em partes, discordam (mas em partes concordam) com a resposta dada pelo médico:

“Pouco conflito... nota 1. **O conflito é baixo porque nada é colocado em discussão. Todo mundo fica insatisfeito com alguma coisa, mas ninguém fala.** Falta visão de ambas as partes, em relação as fontes pagadoras, por exemplo, ninguém se une para pactuar melhores pagamentos com o município. O médico foi educado na faculdade para tomar cuidado, pois a cultura diz que os hospitais vão sempre explorar, então, eles já chegam com os dois pés atrás... não existe cultura de contratualização, então, ninguém cobra ninguém porque não existe vínculo, mas ninguém está satisfeito... mesmo não existindo conflito aberto.”

Confirmando o que o primeiro coordenador disse, este afirma que:

“O conflito é velado. O canal de comunicação é, teoricamente aberto, através dos coordenadores de equipe médica, mas ninguém sabe quem é o coordenador de cada equipe. **Eles ficam descontentes e a administração também com esse distanciamento.**”

A visão de médico neurologista vai de encontro com a visão dos coordenadores administrativos. Ele coloca que:

“Conflito oficial não há. Eu considero que o canal de comunicação seja aberto, mas nem sempre somos atendidos. Não chega a gerar conflito, mas gera um ambiente de trabalho desmotivado, **a gente nem vai atrás de melhorar porque não chega a lugar nenhum.** É assim que eu percebo...”

Com estas respostas pode-se concluir que algo está faltando no que diz respeito ao relacionamento entre corpo clínico e administração. Tanto médicos, como

coordenadores, percebem que existe, de fato, uma insatisfação de ambos os lados; cada qual com seu motivo. Entretanto, essa insatisfação e os desejos de mudança acabam por ficar velados e pouco discutidos, visto que a contratualização entre esses dois corpos profissionais é frágil. O médico não é funcionário do hospital, portanto, não se interessa por questões que não são de sua alçada. Da mesma forma, pela falta de vínculo empregatício, o hospital deixa de exigir maior participação e responsabilização, já que historicamente é assim que se procede.

7. Considerações Finais

Existe algo mais importante que a lógica: a imaginação.
Alfred Hitchcock

Partindo da idéia de que o objetivo principal deste trabalho era entender e analisar os conflitos existentes entre as sub-culturas de especialistas (médicas e de enfermagem) e as lideranças administrativas, conclui-se, do ponto de vista desta pesquisa, que os conflitos entre as sub-culturas em questão existem, podendo ser enquadrados na definição de façanha e imagem fixa, de acordo com Nascimento e Sayed (1955), o que demonstra falta de confiança e pré-conceitos de uma sub-cultura para com a outra. Ou seja, os conflitos não são confrontos abertos, mas desconfortos velados.

Percebe-se, pelas respostas dos grupos médicos e administrativos, que a necessidade de contratualização é sentida por ambas as partes. De um lado a administração fica sem o poder formal de cobrar resultados e cumprimento de normas impostas da classe médica; de outro, os médicos permanecem sem influência direta nas decisões administrativas, gerando desconforto e até desmotivação. Neste quadro, deve-se relembrar a sugestão da gestão colegiada, na qual membros das sub-culturas existentes na organização tomam medidas de acordadas previamente e em conjunto.

Percebeu-se também que a sub-cultura da enfermagem fica, sob determinados aspectos, presa entre as ordens médicas e administrativas, uma vez que é parte integrante da equipe do hospital, com contrato assinado (funcionário legal), mas responde, no dia-a-dia, ao médico, que possui influência histórica e é detentor de um poder maior.

Seguindo os objetivos propostos, encontra-se ainda, como objetivo específico, perceber se ocorrem dificuldades no processo de identificação das lideranças dentro do hospital. Sob esta óptica, a pesquisa percebeu que cada sub-cultura identifica uma pessoa de destaque em seu meio como um referencial de liderança. Por exemplo, as

técnicas de enfermagem que submeteram-se a entrevista apontaram a gerente de enfermagem como um líder. Os supervisores da área administrativa, por sua vez, apontaram a administradora geral como uma líder a quem recorrer.

Ainda dentro dos objetivos específicos, era tarefa deste estudo entender como a gestão administrativa lida com a influencia histórica da sub-cultura médica. Neste aspecto percebeu-se que falta, de fato, comunicação entre ambas as partes, e essa falta é sentida pelos dois lados. Tanto os médicos entrevistados como as gestões administrativas colocam a sensação de afastamento como sendo o maior fator gerador de conflito neste relacionamento.

Contudo, é notório o esforço que está sendo feito para que ocorra uma aproximação: o Diretor Clínico atual tem voz ativa nas decisões administrativas que influenciam o corpo clínico; bem como a administração não é deixada de fora das decisões que precisam ser tomadas no que tange, por exemplo, o Regimento Interno do Corpo Clínico.

Além dos pontos já tocados, pretendia-se analisar se existem características intrínsecas da liderança do ambiente hospitalar. No que tange a esta questão, fica claro que sim. Foi exposto no referencial teórico o quão peculiarmente complexo é o ambiente de um hospital, sendo desta forma, impraticável que qualquer tipo de gerente consiga assumir papéis de liderança no contexto hospitalar. A própria instituição entrevistada passou por uma experiência recente que demonstra essa diferença: foi contratado para o cargo de Gerente de Recursos Humanos um profissional advindo da área metalúrgica; contudo, este candidato não passou dos 90 dias de experiência, auto-excluindo-se do processo, dizendo que a realidade hospitalar era, de fato, algo que ele nunca pensaria ser.

Em suma, o conflito entre as sub-culturas existe nos níveis de façanha e imagem fixa, sendo latente e percebido, contudo sem ser explícito ou exposto, ficando sub-entendidos e não confrontados com a perspectiva de melhora. De um lado a administração não confronta o médico, pois não tem habilidade técnica para qualquer questionamento. De outro, a enfermagem não confronta o médico, pois é, teoricamente, inferior a ele; e também não confronta a administração, pois existe um contrato formal entre as partes. E, por fim, o

médico não confronta a administração, pois se sente excluído dos processos e acaba por desmotivar-se.

Assim sendo, conclui-se que é necessária uma re-pactuação entre todas as partes envolvidas no que tange as obrigações de cada um, os direitos e os limites de atuação de cada profissão, de cada sub-cultura.

Da mesma forma, entende-se que para a administração estabelecer um processo de identificação com todos os colaboradores do hospital, sejam eles da área administrativa ou de enfermagem, e conseguir legitimar sua liderança de forma harmônica, é necessário que haja um processo de reconhecimento dos membros da alta administração pelo corpo de colaboradores e que estes sintam-se notados e reconhecidos pelos papéis que desenvolvem. Isso pode ser conseguido através de atividades motivacionais, estímulo aos recrutamentos internos e participação da alta direção no cotidiano das atividades; afinal, uma das respostas dadas no questionário foi que o chefe torna-se líder a partir do momento em que partilha o cotidiano com a equipe.

No caso específico do hospital estudado, é sugerido que as decisões sejam tomadas de forma colegiada, tanto entre os próprios membros das gestões, quanto com os membros das equipes médicas; e, em um segundo momento, que o organograma e outras formas de legitimação da hierarquia (legitimação dos apoios) seja feita entre os colaboradores de base, buscando, desta forma, integrar a administração, corpo de enfermagem e corpo clínico.

Sugere-se, para finalização deste trabalho, outras linhas de pesquisa que possam dar continuidade a tal tema, como, por exemplo, se existem conflitos ou desconfortos em hospitais onde existe, de fato, contratualização com a equipe médica (médicos como empregados formais); ou ainda, se a forma de administração é diferenciada em hospitais que são dirigidos por membros da classe médica.

Entende-se que o caminho para uma gestão profissionalizada no âmbito da saúde ainda está a ser percorrido, contudo, somente com o pensamento crítico e a re-consideração das práticas atuais de gestão, poder-se-á progredir.

8. Referências Bibliográficas

ANTUNES, J. **Hospital: Instituição e História Social**. São Paulo: Letras e Letras, 1991.

BAPTISTA, L. G. **Profissionalização e Demanda Crescente dos Cursos de Especialização em Administração Hospitalar**. 2005. Site: www.faculdadesparaiso.com.br, acesso em março de 2006.

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de Metodologia Científica**. Ed. Makron Books. São Paulo, 2000.

BERGAMINI, C. W. **Liderança: Administração do Sentido**. Revista de Administração de Empresas, vol. 34, nº 3, pgs 102 – 114, São Paulo, 1994.

BOEGER, M. **Hotelaria Hospitalar**. São Paulo, 2002.

BOENTE, A.; BRAGA, G. **Metodologia Científica Contemporânea**. Ed. Brasporte. Rio de Janeiro, 2004.

BORBA, V. **Administração Hospitalar: Princípios Básicos**. São Paulo: CEDAS, 1991.

BRENER, J. **História da Medicina Suplementar no Brasil**. Site: www.clubemundo.com.br/revistapangea, acessado em: Janeiro de 2006

CAMPOS. **Os Hospitais no Sistema de Saúde Português**. Lisboa. 1984.

CAMPOS, G. W. S. **O Anti-Taylor: Sobre a Invenção de um Método para Co-Governar Instituições de Saúde Produzindo Liberdade e Compromisso**. Caderno de Saúde Pública, v. 14 n. 4. Rio de Janeiro out/ nov. 1998.

CARVALHO, C. V. **A Situação das Santas Casas de Misericórdia**. Estudo para a Câmara dos Deputados – Consultoria Legislativa, Brasília, 2005.

CERVO, A. L. **Metodologia Científica**. Ed. Makron Brooks. São Paulo, 1996.

CHAUVENET. **Médecines au Choix Medicine de Classes**. Paris: PUF, 1978.

CHAVE, S. P. W. **The Origins and Development of Public Health**. New York: Oxford Univeristy Press. 1984.

CHIAVENATO, I. **Administração de Recursos Humanos**. Ed. Campus, Rio de Janeiro, 2002.

CHIAVENATO, I. **Teoria Geral da Administração**. Ed. Campus, Rio de Janeiro, 1999.

CRAWFORD, R. **Na Era do Capital Hhumano**. São Paulo: Atlas, 1994.

DAVEL, E.; MACHADO, H. V. **A Dinâmica entre Liderança e Identificação: Sobre a Influência Consentida nas Organizações Contemporâneas**. Revista de Administração Contemporânea, v. 5, n. 3, Set./Dez. 2001: 107-126.

DAVIS, S. **Managing Corporate Culture**. New York: Harper and Row Publishers , 1984.

DIAS, M. A. **O Novo Conceito na Hospedagem do Cliente**. *Revista Noticias Hospitalares*. Nº 42, ano 4, set. 2003.

DRUCKER, P. **Sociedade Pós-Capitalista**. São Paulo: Pioneira, 2001.

DUSSAULT, G. **A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: Características e Exigências**. Revista de Administração Pública, 1992.

ETIZIONI, A. **As Organizações Modernas**. Ed. Pioneira, São Paulo, 1980.

FARIAS, L. O., VAITSMAN, J. **Interação e Conflito Entre Categorias Profissionais em Organizações Hospitalares Públicas.** Cadernos Saúde Pública, v. 18, nº 5, p. 1 – 11, set/out 2002.

FERRARI, A. F. **Metodologia de Pesquisa Científica.** Ed. McGraw – Hill. São Paulo, 1982.

FIEDLER, F. A. **Theory of Leadership Effectiveness.** New York: McGraw-Hill Book Company, 1967, p.3.

FIGUEIRA, L. N. **Santas Casas: Problemas ou Oportunidades?** Site: <http://www.maxpressnet.com.br>, acesso em janeiro de 2006.

FINCKLER, D. M. **O Impacto da AIDS na Organização do Trabalho de Uma Organização Hospitalar: A Complexidade, a Centralização e a Formalização.** Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

FOUCAULT, M. **Power and Knowledge.** Ed.: C. Gordon. Brighton: Havester, 1980.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1989.

GARDNER, H. **Art Education and Human Development.** Los Angeles: The Getty Center for Education in the Arts. 1990

GODOY, A. S. **Introdução à Pesquisa Qualitativa.** Revista de Administração de Empresas, v.35, n.2, p.57-63, 1995.

GONÇALVES, E. **Administração de Recursos Humanos nas Instituições de Saúde.** São Paulo: Pioneira, 1987.

GONÇALVES, E. L. **Estrutura Organizacional do Hospital Moderno.** Revista de Administração de Empresas, vol. 38, nº 1, pgs 80 – 90, São Paulo, 1998.

GONCALVES, E. L.; ACHÉ, C.A. **O Hospital – Empresa: do Planejamento à Conquista do Mercado.** Revista de Administração de Empresas, vol. 39, nº 1, pgs 84 – 97, São Paulo, 1999.

GONÇALVES, J. E. R. e GOMES, C. A. **A Tecnologia e a Realização do Trabalho.** Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v.33, n.1, p.106-121, jan./fev., 1993.

GONZALEZ, M. **Como se Tornar um Líder.** Ediouro, 1991.

GOODE, W. J.; HATT, P. K. **Métodos em Pesquisa Social.** São Paulo: Cia. Editora Nacional, 1969.

GRAÇA, L. **Evolução do Sistema Hospitalar: Uma Perspectiva Sociológica**. Conjunto de artigos sobre a História e Desenvolvimento da Saúde, 2000. Site: www.ensp.unl.pt/luisgraça. Acesso em: dezembro de 2005.

HALL, R. **Organizações: Estrutura e Processos**. Rio de Janeiro: Prentice-Hall, 1984.

HATCH, M. J. **Organization Theory**. New York, Oxford University Press, Inc. 1997.

HERSEY, P.; BLANCHARD, K. H. **Psicologia para Administradores**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1986.

KAST, F. E. e ROSENZWEIG, J. E. **Organização e Administração: Um Enfoque Sistêmico**. São Paulo: Pioneira, 1976.

KNICKERBOCKER, I. **Liderança: Uma Conceituação e Algumas Implicações**. Journal of Social Issues, vol. 4, nº 3, pgs. 23 – 40, 1948.

KOCHE, J. C. **Fundamentos de Metodologia Científica: Teoria da Ciência e Prática de Pesquisa**. 14ª edição. Petrópolis: Vozes, 1997.

LAPIERRE, L. **Imaginário e Liderança**. Ed. Atlas, 1994. São Paulo.

LAPIERRE, L. **Imaginário, Administração e Liderança**. Revista de Administração de Empresas, vol. 29, nº 4, pgs 5 – 16, São Paulo, 1989.

LU, X. A. **Surveying the Topic of “Effective Leadership”**. Journal of American Academy of Business, Cambridge, set. 2004.

MARCHIONI, A. H. **Gestão com Pessoas: A Performance das Lideranças e o Desenvolvimento Profissional dos Seus Colaboradores**. Dissertação de Mestrado em Administração – UNIMEP, 2005.

MARTIN, J. **Organizational Culture: Mapping the Terrain**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2002.

MARTIN, J.; MEYERSON, D. **Cultural Change: An Integration of Three Different Views**. Journal of Management Studies, nº 24, 1987.

MASCARENHAS, A. O.; KUNDA, G.; VASCONCELOS. I. F. G. **Paradoxos Organizacionais: Uma Visão Transformacional**. São Paulo, Pioneira Thomson Learning, 2004.

MATOS, A. J. **Gestão de Custos Hospitalares**. São Paulo: STS, 2001.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.

MINTZBERG, H. **Power In and Around Organizations**. Englewood Cliff, Prentice Haal, 1983.

MINTZBERG, H. **The Manager's Job: Folklore and Fact**. Harvard Business Review, nº 53, 1975.

MORIN, E. **Introdução ao Pensamento Complexo**. Lisboa: Instituto Piaget, 1990.

MOTTA , P. R. **A Ciência e a Arte de Ser Dirigente**. Ed. Record, 2002. Rio de Janeiro.

NASCIMENTO, E. M.; SAYED, K. M. **Administração de Conflitos**. Disponível em:<www.fae.edu/publicacoes/pdf/cap_humano/4.pdf> Acesso em 13/12/2005.

NEVES, J. L. **Pesquisa Qualitativa: Características, Usos e Possibilidades**. Caderno de Pesquisa em Administração, São Paulo, v. 1, nº 3, 2º sem. 1996.

OUIMET, G. **As Armadilhas dos Paradigmas da Liderança**. Revista de Administração de Empresa. Vol. 42, nº 02, abr/jun 2002.

PASCHE, D. F. **Tópico de Políticas de Saúde no Brasil**. Site: <http://www.ead.fiocruz.br/comunidade>. Acesso em: 05 de abril de 2006.

PITTA, A. **Hospital: Dor e Morte Como Ofício**. São Paulo: Hucitec, 1994.

ROBBINS, S. P. **O Processo Administrativo: Integrando Teoria e Prática**. São Paulo: Atlas, 1990.

ROBBINS, S.; COULTER, M. **Administração**. 5ª edição, Rio de Janeiro: Prentice Hall, 1998.

RODRIGUES FILHO, J. **Performance das Organizações de Saúde: Uma Agenda para Pesquisa**. Anais do 20º Encontro Nacional da ANPAD, Belo Horizonte: ANPAD, v.6, p.273-285, 1990.

ROSE, N. **Authority and Genealogy of Subjectivity**. Londres: Blackwell, 1996.

ROWE, W. **Liderança Estratégica e Criação de Valor**. Revista de Administração de Empresas, vol. 42, nº 1, pgs 7 – 19, São Paulo, 2002.

SANVITO, W. L., **A Medicina Mundial, uma Indústria em Crise?** *Pulsional Revista de Psicanálise*. Nº 120, ano 12, abr. 1999 – pág. 1

SIEHL, C.; MARTIN, J. **The role of Symbolic Management: How Can Managers Effectively Transmit Organizational Culture?** 1984.

- SILVA, G. **Enfermagem Profissional: Análise Crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.
Site: www.amrigs.com.br - revista eletrônica: entrevista com Dr. Cláudio Seferin, superintendente do Hospital Mãe de Deus, Rio Grande de Sul. 2005.
- SOUZA, E. M.; MACHADO, L.D.; BRANCO, M.F. **Poder Disciplinar: A Analítica Foucautiana como Alternativa para as Pesquisas Organizacionais sobre Poder**. In: Anais do ENAMPAD, 2004.
- STEUDLER. **L'hôpital en Observation**. Paris: Armand Colin, 1974.
- STOGDILL, R.M. Journal of applied Psychology. 1948
- TARABOULSI, A. **Administração da Hotelaria Hospitalar**. São Paulo: 2003.
- TOURAINÉ, A.; **A organização Profissional da Empresa**. São Paulo: Cultrix. 1973.
- TREVIZAN, M. A. **Enfermagem Hospitalar: Administração & Burocracia**. Brasília: Universidade de Brasília, 1988.
- TULL, D. S. **Marketing Reaserch, Meaning, Measurement and Method**. Macmilliam Publishing, London, 1976.

URIBE RIVERA, F. J. **Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

VERGARA, S. C.; DAVEL, E. (orgs.). **Gestão com Pessoas e Subjetividade**. Rio de Janeiro: Atlas, 2001.

WEBER, M. **Economia Y Sociedad**. México, Fondo de Cultura Económica, 1992.

WEBER, M. Sociologia. Capítulo 3, A **“Objetividade” do Conhecimento nas Ciências Sociais**. São Paulo, 1979. Ed. Atlas.

WOOD, T. **Organizações Espetaculares**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getulio Vargas, 2001.

YIN, R. K. - **Case Study Research - Design and Methods**. Sage Publications Inc., USA, 1989.