

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENGENHARIA DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

NELSON TEIXEIRA LACERDA NETO

Relações entre dimensões culturais de Hofstede, liderança e estrutura organizacional em
hospitais

São Carlos
2013

NELSON TEIXEIRA LACERDA NETO

Relações entre dimensões culturais de Hofstede, liderança e estrutura organizacional em
hospitais

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola de
Engenharia de São Carlos da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Graduação
em Engenharia de Produção
Mecânica

Orientador:
Prof. Dr. Fernando César Almada
Santos

São Carlos
2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS
DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

T131r Teixeira Lacerda Neto , Nelson
Relações entre dimensões culturais de Hofstede,
liderança e estrutura organizacional em hospitais /
Nelson Teixeira Lacerda Neto ; orientador Fernando
César Almada Santos. São Carlos, 2013.

Monografia (Graduação em Engenharia de Produção
Mecânica) -- Escola de Engenharia de São Carlos da
Universidade de São Paulo, 2013.

1. Gestão hospitalar. 2. Configurações
organizacionais de Mintzberg. 3. Liderança. 4.
Dimensões culturais de Hofstede. I. Título.

Nome: LACERDA NETO, Nelson Teixeira

Título: Relações entre dimensões culturais de Hofstede, liderança e estrutura organizacional em hospitais

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Engenharia de São Carlos da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Graduação em Engenharia de Produção Mecânica

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. Edmundo Escrivão Filho

(Departamento de Engenharia de Produção – Escola de Engenharia de São Carlos – Universidade de São Paulo)

Prof. Dr. Celeste José Zanon

(Departamento de Gerontologia – Universidade Federal de São Carlos)

Prof. Dr. Fernando César Almada Santos

(Departamento de Engenharia de Produção – Escola de Engenharia de São Carlos – Universidade de São Paulo)

Aos meus amados pais, avós, irmãos e amigos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pela oportunidade da vida e da realização deste trabalho.

A minha mãe Marilena pelo carinho e amor dispensados. Agradeço também pelo seu apoio e amor incondicional em todos os momentos da minha vida.

Ao meu pai Nelson pelo carinho, assistência e apoio durante os anos de minha graduação e da minha vida. Agradeço profundamente por tudo.

Aos meus queridos avós Nelson, Ireny e Aparecida pelo apoio e carinho incondicional. Minha eterna gratidão a vocês.

Aos meus irmãos Nilson e Ana pelo companheirismo, amor e convivência harmoniosa.

A minha turma de graduação, especial aos meus grandes amigos de sala Adriana, Guilherme, Gualter, Luís, Mariana, Paula e Renato pelo carinho, amizade e auxílio dispensado durante todos esses anos. Muito do que aprendi na minha graduação devo a vocês.

Aos meus amigos do Paz e Harmonia pela importante contribuição emocional e moral durante meus anos de graduação. Em especial à Silvia, Breno e Erlan.

A minha querida namorada e companheira Aline pelo apoio dispensado nos momentos finais de confecção deste trabalho e pela compreensão e carinho dispensados.

Aos meus amigos de Araçatuba, Juliana, Evandro, Matheus e Lorraine pela amizade e apoio durante todos esses anos.

Aos meus amigos da Austrália, pelo carinho e companheirismo constante durante a confecção desse trabalho.

Ao pessoal da Casa do Caminho pela importante contribuição moral nos anos verdes da minha juventude.

Ao Professor Dr. Almada pela oportunidade do trabalho e pelo apoio prestado a mim durante todos esses anos.

A todos que de alguma forma contribuíram em algo positivo na minha vida.

EPÍGRAFE

“A individualidade mais importante do hospital não é o seu diretor, nem o contribuinte, nem o médico, nem a enfermeira, nem o secretário; a individualidade mais importante do hospital é, sem dúvida, o enfermo.”

Goldwater

RESUMO

LACERDA NETO, N. T. **Relações entre dimensões culturais de Hofstede, liderança e estrutura organizacional em hospitais.** São Carlos, 2013. 65p. Trabalho de Conclusão de Curso. Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo. São Carlos, 2013.

O presente trabalho teórico relacionou as dimensões de Hofstede (distância do poder, aversão à incerteza, individualismo/coletivismo, orientação a longo prazo *versus* a curto prazo e masculinidade/feminilidade) com liderança e estrutura organizacional. Além disso, realizou-se um estudo acerca das dimensões supracitadas em um hospital. A importância do tema abordado nesta pesquisa deve-se aos graves problemas sociais relacionados à saúde, como hospitais superlotados, atendimentos ineficientes e profissionais com baixa qualificação, sendo que esse cenário é verificado nas redes públicas e privadas de saúde. Assim, uma das causas que pode ser atribuída a essa situação é a gestão e a liderança insatisfatórias nas equipes médicas e nos hospitais como um todo. Nesse sentido, a estrutura organizacional possui grande importância para o desenvolvimento e implementação de projetos, visando aos objetivos e aos resultados preestabelecidos sendo que o processo de liderança influencia significativamente uma determinada equipe. Dessa forma, o presente trabalho relacionou as dimensões de Hofstede, os tipos de liderança e de estrutura organizacional visando a um estudo da evolução da organização hospitalar.

Palavras-chave: Gestão hospitalar; Configurações organizacionais de Mintzberg; Liderança; Dimensões culturais de Hofstede.

ABSTRACT

LACERDA NETO, N. T. **Relations between cultural dimensions of Hofstede, leadership and organizational structure in hospitals.** São Carlos, 2013. 65p. Graduation Thesis. Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo. São Carlos, 2013.

The present theoretical work related dimensions of Hofstede (power distance , uncertainty avoidance , individualism / collectivism , long-term orientation versus short term and masculinity / femininity) with leadership and organizational structure . In addition , there was a study on the above dimensions in a hospital . The importance of this issue addressed in this research due to the serious social problems related to health , such as low-skilled professionals with overcrowded hospitals , and inefficient care , and this scenario is found in public and private health care networks . Thus , one of the causes that can be attributed to this situation is unsatisfactory leadership and management in medical teams and hospitals as a whole. In this sense , the organizational structure has great importance for the development and implementation of projects aimed to preestablished goals and results being that the leadership process significantly influences a given team. Thus , the present work related dimensions of Hofstede , the kinds of leadership and organizational structure aimed at a study of the evolution of hospital organization .

Keywords : hospital management , Mintzberg organizational configurations ; Leadership ; cultural dimensions of Hofstede .

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Interação das partes de uma organização.....	7
Figura 2 – Representação gráfica de uma Estrutura Simples	8
Figura 3 – Representação gráfica de uma Burocracia Mecanizada.....	9
Figura 4 – Representação gráfica de uma Burocracia Profissional	10
Figura 5 – Representação gráfica de uma Forma Divisionalizada	11
Figura 6 – Representação gráfica de uma Adhocracia	12
Figura 7 – Deveres de um Líder.....	20
Figura 8 – Sugestão de evolução das estruturas organizacionais ao longo do tempo	32
Figura 9 – Sugestão de linha evolutiva da estrutura organizacional hospitalar ao longo do tempo.....	41
Figura 10 – Síntese das relações entre liderança, estrutura organizacional e dimensões culturais de Hofstede encontradas.	42
Figura 11 – Legenda do quadro de síntese das relações entre liderança, estrutura organizacional e dimensões culturais de Hofstede.	42

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Comparação entre as configurações organizacionais propostas por Mintzberg (2003)	12
Quadro 2 – Práticas que definem uma liderança exemplar, propostas por Lencioni (2011).....	19
Quadro 3 – Tipos de Liderança	22
Quadro 4 – Comparação entre culturas com baixa e alta Distância ao Poder, respectivamente	25
Quadro 5 – Comparação entre culturas com baixo e alto individualismo, respectivamente	26
Quadro 6 – Comparação entre culturas com baixa e alta Masculinidade, respectivamente.....	27
Quadro 7 – Comparação entre culturas com baixa e alta Aversão à Incerteza, respectivamente.....	28
Quadro 8 – Comparação entre culturas de Orientação a curto e a longo prazos, respectivamente	29
Quadro 9 – Síntese das relações entre os modelos organizacionais de Mintzberg e as dimensões culturais encontradas	37

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	1
2.	OBJETIVOS	3
3.	METODOLOGIA/MÉTODOS DE PESQUISA.....	4
4.	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	6
4.1.	Organização e tipos de estruturas organizacionais.....	6
4.1.1.	Estrutura Simples	7
4.1.2.	Burocracia Mecanizada.....	8
4.1.3.	Burocracia Profissional	9
4.1.4.	Forma Divisionalizada	10
4.1.5.	Adhocracia	11
4.2.	Evolução dos hospitais no Brasil	13
4.3.	Características gerais dos hospitais	16
4.4.	Liderança.....	18
4.4.1.	Tipos de Liderança	21
4.4.2.	Comparação entre os três tipos de Liderança.....	22
4.4.3.	Liderança nos hospitais atualmente.....	23
4.5.	Dimensões culturais	24
4.5.1.	Cultura organizacional	24
4.5.2.	Dimensões culturais de Hofstede	25
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5.1.	Estágios evolutivos da Teoria Organizacional associados aos estilos de Liderança.....	31
5.1.1.	Estrutura Simples	31
5.1.2.	Burocracia Mecanizada.....	31
5.1.3.	Burocracia Profissional	31
5.1.4.	Adhocracia	32
5.2.	O modelo de Mintzberg e as dimensões culturais de Hofstede.....	33
5.2.1.	Dimensões culturais na Estrutura Simples	33
5.2.2.	Dimensões culturais na Burocracia Mecanizada.....	33
5.2.3.	Dimensões culturais na Burocracia Profissional	34
5.2.4.	Dimensões culturais na Adhocracia	36
5.3.	Evolução da estrutura organizacional nos hospitais.....	38

6. CONCLUSÕES.....	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira de 1988 e as Leis 8.080/90 e 8.142/90 instituíram o Sistema Único de Saúde, transferindo aos governos estaduais e municipais as funções de gestão e execução das ações de saúde, além do atendimento básico e da vigilância sanitária e epidemiológica, cabendo ao governo federal o financiamento e a normatização do funcionamento dos serviços de saúde, inclusive do atendimento básico e a vigilância sanitária e epidemiológica (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2001).

Ainda que a reforma sanitária tenha se tornado uma prioridade política secundária durante a década de 1990, foram lançadas várias iniciativas, tais como: Um programa nacional de controle e prevenção de HIV/AIDS, maiores esforços para o controle do tabagismo, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o estabelecimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar e a criação de um modelo de atenção à saúde indígena. O serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi uma das iniciativas, entre muitas outras, implantadas após 2003, durante o governo Lula (THE LANCET, 2011).

Porém, apesar das melhorias ocorridas, existem muitos problemas a serem resolvidos. Dois estudos elaborados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) procuraram medir o tamanho das filas enfrentadas pelos pacientes do Sistema Único de Saúde. O resultado é preocupante: em média, no Brasil, as pessoas ficam 4,5 dias à espera de uma internação (IPEA, 2012).

A Deloitte, empresa que atua no segmento de consultoria e auditoria, divulgou um levantamento que traz informações sobre a área de saúde no Brasil e em países como Bélgica, Canadá, China, França, Alemanha, Luxemburgo, México, Portugal, Suíça, Reino Unido e Estados Unidos.

De acordo com um estudo realizado em 2011 pela Deloitte sobre a satisfação da população brasileira em relação ao sistema de saúde pública no país, os entrevistados concederam notas em uma escala de A a E (sendo A – excelente e E – ruim). A maioria deles (57%) deu nota “D” ou “E”. Já 35% dos entrevistados deram nota “C” e apenas 8% classificaram como “B”. Menos de 1% dos consumidores deu uma nota “A”. Quando questionados sobre a própria saúde, quase metade dos entrevistados (46%) respondeu que possuem problema crônico, 41% classificaram como “muito boa” e os outros 13% classificaram sua saúde física como “excelente”. A maioria dos entrevistados (81%)

demonstrou estar insatisfeita com o tempo de espera por atendimento. Em relação ao acesso a serviços (exames realizados, por exemplo), o percentual de insatisfação foi de 57%. Outros 57% também reclamaram da falta de foco no cuidado com o paciente. Dessas estatísticas, percebe-se que há muito que melhorar no sistema público de saúde brasileiro.

Nesse cenário, é imperioso destacar que dois temas muito relevantes são: Liderança e Cultura Organizacional.

É muito importante a existência de um líder nas organizações. São eles que possibilitam ou favorecem o atingimento de determinados objetivos.

De acordo com Stoner (1999, p. 344), "liderança é o processo de dirigir e influenciar as atividades relacionadas às tarefas dos membros de um grupo".

Segundo Teixeira (1998), a cultura de um grupo, ou uma organização, é proveniente de um processo de aprendizagem compartilhada, e desta forma, a cultura organizacional tem um grande impacto sobre o comportamento destes grupos.

Pagell (2004) identificou que determinados elementos da cultura organizacional favoreciam a integração dos grupos, enquanto que outros elementos se mostravam prejudiciais. Hofstede (1980) propôs o estudo de algumas dimensões para analisar e comparar diferentes culturas, estas dimensões são: Distância ao Poder, Aversão à Incerteza, Masculinidade/Feminilidade e Individualismo/Coletivismo.

Partindo do pressuposto de que três fatores importantes para um adequado funcionamento e desempenho dos hospitais são: lideranças efetivas, estrutura organizacional apropriada para sua gestão e cultura organizacional adequada. Assim, torna-se imperioso estabelecer relações entre liderança, teoria organizacional e as dimensões culturais de Hofstede visando a um estudo do funcionamento administrativo e das relações de liderança existentes na instituição hospitalar.

2. OBJETIVOS

Diante dos problemas encontrados no sistema de saúde no Brasil e sabendo-se da importância da liderança e cultura organizacional para uma melhor eficiência da organização como um todo, esse trabalho teórico faz relações entre dimensões culturais de Hofstede, Teoria Organizacional e Liderança no ambiente hospitalar, enfatizando as relações humanas.

3. METODOLOGIA/MÉTODOS DE PESQUISA

A maioria dos hospitais brasileiros ainda é da rede pública, apesar das privatizações ocorridas nas últimas décadas. Segundo Couttolene e Forgia (2009), no Brasil, em 2005: 38% dos hospitais eram públicos, 25% eram privados, porém, sem fins lucrativos e 37% privados, com fins lucrativos.

Por outro lado, segundo Kessler e McClellan (2001), os hospitais com fins lucrativos e os sem fins lucrativos são socialmente indistinguíveis quando consideradas a gestão e a propriedade. Um estudo realizado por Calvo (2002) também concluiu que o desempenho produtivo entre hospitais de gestão pública e privada no Brasil são semelhantes. Portanto, a discussão proposta neste trabalho direciona-se a hospitais públicos e privados.

A relevância do estudo consiste na importância do conhecimento sobre Liderança e sua relação com as Dimensões de Hofstede e Teoria Organizacional. A partir dessas relações, obtém-se mais êxito no relacionamento com a equipe de trabalho, e então, a resolução de problemas assistenciais na área da saúde ocorrerá de forma mais rápida, direcionada e precisa. As equipes multiprofissionais, como um todo, dispendo de um setor organizado e trabalhando com um líder que privilegie a gerência de equipe, se sentirão mais satisfeitas e motivadas no desenvolvimento de suas atividades.

Conceitos como teoria organizacional, liderança empresarial, práticas de liderança, dentre outros, serão abordados de maneira sucinta. Também serão trazidos conceitos referentes às Dimensões Culturais de Hofstede com algumas associações com o tema Liderança e Teoria Organizacional.

Para isso, serão realizadas pesquisas nos principais periódicos nacionais e internacionais, além da busca por referências em livros que já são consagrados e amplamente reconhecidos nestas áreas.

A escolha do modelo teórico de Mintzberg (2003) baseia-se no fato de apresentarem as estruturas organizacionais através de modelos predominantes e por apresentarem um elevado nível de detalhamento sobre as características de cada configuração organizacional.

As dimensões culturais que serão usadas são as propostas por Hofstede, uma vez que elas dominam os estudos da área. Não só ao menos uma das dimensões de Hofstede aparece em 60% dos estudos que abordam o tema, como também esta porcentagem vem crescendo nos últimos anos (ENGELEN e BRETTEL, 2011, p.518).

Espera-se que o resultado deste estudo permita identificar determinadas características-chave nas organizações hospitalares, de forma a ampliar o conhecimento da evolução que tem ocorrido nos hospitais, em relação à liderança e estrutura organizacional. A construção teórica que será proposta tem por objetivo contribuir com outros estudos que associam a organização do trabalho nos hospitais com a teoria organizacional e práticas de liderança, baseando-se também em trabalhos que se utilizaram de observações empíricas, de modo a respaldar conceitos e relacionamentos apresentados.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1. Organização e tipos de estruturas organizacionais

Vive-se em uma sociedade composta por organizações, as quais apresentam as mais variadas características. Silva (2001, p. 44) menciona que as organizações são complexas e afetam fortemente cada aspecto da vida humana: nascimento, crescimento, desenvolvimento, educação, trabalho, relacionamento social, saúde e mesmo a morte. Assim, é necessário descobrir como se define uma organização.

Bateman e Snell (1998, p. 41) afirmam que a organização pode ser definida como um sistema administrado, projetado e operado para atingir determinado conjunto de objetivos e que sua composição não corresponde a um grupo aleatório de pessoas que estão juntas por acaso. A organização é estabelecida, consciente e formalmente, visando a certos objetivos cujos membros não estariam capacitados para os atingirem por si mesmos.

Segundo Chandler (1996), para que uma organização obtenha sucesso, cada elemento pertencente a sua estrutura tem que ser cuidadosamente desenhado, sempre alinhado às estratégias organizacionais.

De acordo com Mintzberg (2003, p. 12), dentre os vários elementos da estrutura que devem ser arquitetados, dois são de basilar importância: a divisão do trabalho em tarefas distintas e a forma como estas tarefas são coordenadas.

A partir desse pressuposto teórico, o referido autor dividiu a organização em cinco partes principais e a forma como as tarefas são dirigidas, em cinco mecanismos de coordenação (Figura 1). Conforme Duarte (2006, p.4) e Mintzberg (2003, p.22), essas cinco partes que compõem uma organização são:

- Vértice Estratégico/Cúpula Estratégica – constituído pelos gestores de topo, nos quais se incluem os conselhos de administração, de gerência e o seu pessoal de apoio. Tendo como objetivo proporcionar a todos os colaboradores as necessidades necessárias para que a organização atinja os seus objetivos;
- Linha Hierárquica Média/Linha Intermediária – constituída pelos gestores intermédios, diretores funcionais e operacionais, chefes de serviço, etc., que têm como principal função fazer a ligação entre o vértice estratégico e o centro operacional, através de uma hierarquia;
- Centro/Núcleo Operacional – constituído por todos os operacionais que executam os trabalhos de base relacionados com a produção de bens ou serviços. Dos quais se

incluem a transformação de *input's* em *output's*, a respectiva distribuição e venda de *output's*, e ainda, o controle de estoques;

- Tecnoestrutura – constituída por analistas, engenheiros, contabilistas, responsáveis pelo planeamento e pela organização de métodos, os quais visam obter sistemas de trabalho que permitam a standardização da organização;
- Logística/Assessoria de Apoio – constituída por pessoas que têm a seu cargo serviços de apoio, serviços jurídicos, relações públicas e laborais, investigação, entre outros.



Figura 1 – Interação das partes de uma organização

Fonte: Adaptado de Duarte (2006, p.4)

Segundo Mintzberg (2003), existem basicamente cinco tipos de estruturas organizacionais: Estrutura Simples, Burocracia Mecanizada, Burocracia Profissional, Forma divisionalizada e Adhocracia, as quais serão detalhadas a seguir.

4.1.1. Estrutura Simples

A Estrutura Simples tem pequena ou nenhuma estrutura, poucos assessores de apoio, divisão do trabalho não rigorosa, diferenciação mínima entre suas unidades e pequena hierarquia gerencial (MINTZBERG, 2003, p. 179).

Segundo Mintzberg (2003, p. 178-182), dentre os fatores situacionais, pode-se encontrar uma organização jovem, pequena, sistema técnico sem sofisticação, ambiente

simples e dinâmico, possibilidade de hostilidade extrema ou forte necessidade de poder do executivo principal.

A Estrutura Simples é pouco elaborada, apresenta uma baixa complexidade e reduzida centralização. A tecnoestrutura ou é inexistente ou então reduzida, sendo quase inexistente o planejamento, bem como o apoio logístico (DUARTE, 2006, p.4).

A seguir tem-se a Figura 2. Simbolicamente, neste logo, há uma grande amplitude de controle na cúpula estratégica, nenhuma nas unidades de assessoria e insignificante na linha intermediária (MINTZBERG, 2003, p.180).

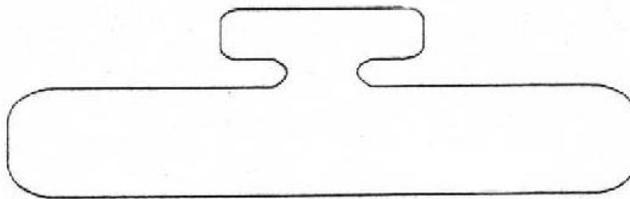


Figura 2 – Representação gráfica de uma Estrutura Simples

Fonte: Mintzberg (2003, p.180)

4.1.2. Burocracia Mecanizada

A Estrutura Burocrático-Mecânica ocorre em organizações geralmente de maior dimensão que as referidas anteriormente. As características dominantes fundam-se numa “organização por funções”, muito estruturada e baseada numa separação clara entre o pessoal de concepção e o pessoal de execução (DUARTE, 2006, p.5).

Esta estrutura é ainda caracterizada por uma elevada divisão do trabalho, existindo diferenciação vertical e horizontal do trabalho, diferença entre os funcionais e os operários, diferença entre os vários níveis hierárquicos, entre as funções e entre o estatuto dos membros (DUARTE, 2006, p.5).

Conforme Mintzberg (2003, p.185), a Burocracia Mecanizada é uma estrutura com responsabilidades, qualificações, canais de comunicação e normas de trabalho padronizadas, além da hierarquia de autoridade claramente definidas. Ainda conforme o autor, uma mentalidade de controle permeia a organização de cima para baixo.

Entre os exemplos, pode-se considerar um correio nacional, um órgão de segurança, uma siderúrgica, uma empresa automobilística, um banco, entre outras (URBANAVICIUS JÚNIOR, 2008, p.43).

A Figura 3 a seguir mostra simbolicamente uma estrutura administrativa e de apoio plenamente elaborada. Ambas as assessorias da organização estão focadas no núcleo operacional e as grandes unidades operacionais, na linha intermediária para refletir a hierarquia da autoridade vertical (MINTZBERG, 2003, p.193).

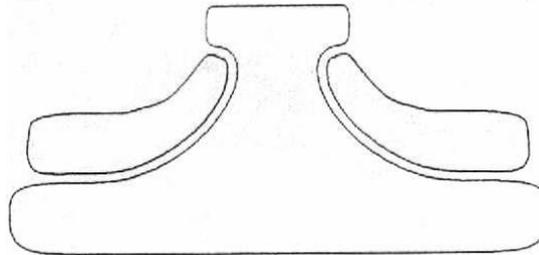


Figura 3 – Representação gráfica de uma Burocracia Mecanizada

Fonte: Mintzberg (2003, p.193)

4.1.3. Burocracia Profissional

A Burocracia Profissional opõe-se à Burocracia Mecânica, pois substitui a autoridade da posição fundada na autoridade hierárquica pela autoridade de competência que se baseia no profissionalismo. Passou-se da padronização dos processos de trabalho à padronização das qualificações dos intervenientes (DUARTE, 2006, p.6).

Baseia-se na coordenação da padronização das habilidades e em seus parâmetros de design associados, o treinamento e a doutrinação. Contrata profissionais especializados para o núcleo operacional e, depois, concede-lhes considerável controle sobre seu próprio trabalho (MINTZBERG, 2003, p.213).

O controle sobre seu próprio trabalho significa que o profissional age independentemente de seus colegas, mas diretamente com os clientes que serve (MINTZBERG, 2003, p.213).

Enquanto a Burocracia Mecanizada gera seus próprios padrões, os padrões da Burocracia Profissional tem sua origem fora de sua própria estrutura, nas associações autogovernadas que seus operadores reúnem-se com colegas de outras Burocracias Profissionais (MINTZBERG, 2003, p.215).

O surgimento deste tipo de organizações deveu-se à procura de uma estrutura que pudesse valorizar profissionais altamente qualificados e especializados em detrimento da especialização funcional. Pretendeu-se dar mais relevo à especialização das qualificações individuais do que na divisão de trabalho (DUARTE, 2006, p.7).

Pode se citar como exemplo: empresas de auditorias, hospitais, universidades, sistemas escolares, artesãos, manufatura de vidros finos, fotografia artística, cozinha gastronômica, entre outros (URBANAVICIUS JÚNIOR, 2008, p.44).

A Burocracia Profissional possui uma estrutura achatada, uma linha intermediária estreita e uma assessoria de apoio plenamente elaborada (MINTZBERG, 2003, p.218).

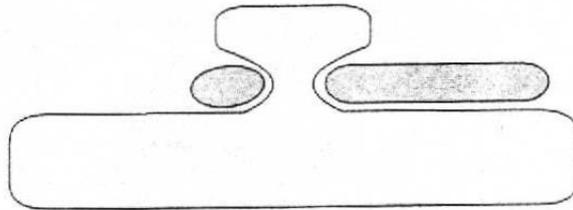


Figura 4 – Representação gráfica de uma Burocracia Profissional

Fonte: Mintzberg (2003, p.218)

4.1.4. Forma Divisionalizada

A Forma Divisionalizada é composta por unidades semiautônomas que se encontram acoplada mediante uma estrutura administrativa comum (DUARTE, 2006, p.7).

A padronização dos processos de trabalho não é utilizada pelo escritório central como mecanismo de coordenação, porque interferiria na autonomia divisional (MINTZBERG, 2003. p.242).

Na Forma Divisionalizada, cada unidade tem a sua estrutura. Usualmente, as unidades assumem a configuração da Burocracia Mecânica. A sede é responsável, dentre outras coisas, pela coordenação das diferentes divisões, o que possibilita uma extensa amplitude do vértice estratégico (DUARTE, 2006, p.8).

Apresenta vários departamentos, com grande autonomia, uns em relação aos outros. Cada unidade possui o seu próprio conjunto de regras e regulamentos para o seu correto funcionamento, sem estar sujeito a regras e regulamentos impostos pela direção central (DUARTE, 2006, p.8).

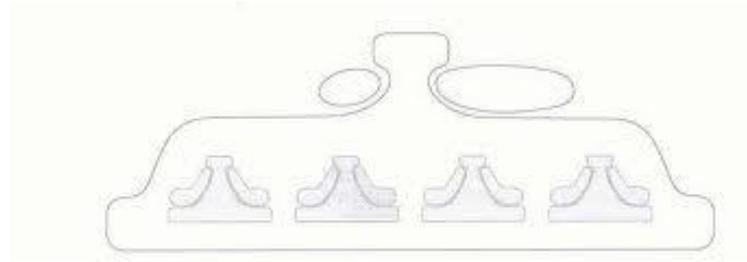


Figura 5 – Representação gráfica de uma Forma Divisionalizada

Fonte: Mintzberg (2003, p.250)

4.1.5. Adhocracia

Nenhuma das configurações até aqui discutidas é capaz de inovação sofisticada (MINTZBERG, 2003, p.281).

A Adhocracia deve contratar e dar poder aos especialistas. Entretanto, diferente da Burocracia Profissional, a Adhocracia não pode confiar apenas nas habilidades padronizadas desses especialistas para obter a coordenação (MINTZBERG, 2003, p.283).

Nas Adhocracias, os diferentes especialistas devem unir esforços em equipes multidisciplinares, cada uma formada em torno de um projeto de inovação específico (MINTZBERG, 2003, p.284).

A Adhocracia é uma estrutura altamente orgânica, que possui pouca formalização, apresenta especialização do trabalho na sua dimensão horizontal, baixa diferenciação vertical, é descentralizada, e ainda, apresenta elevada flexibilidade. (DUARTE, 2006, p.10)

A formalização é reduzida, pelo fato de os seus quadros apresentarem níveis de competência elevados e também porque a formalização origina uma diminuição da flexibilidade. As qualificações e competências dos profissionais permitem também, uma elevada diferenciação horizontal. A baixa diferenciação vertical resulta dos serviços de administração ser mínimos (DUARTE, 2006, p.10).

Conforme Urbanavicius Júnior (2008, p.46), esta configuração é o mais novo dos modelos e o que menos se conhece, apresentando os conceitos de forma menos ordenadas. A sua especialização do trabalho é altamente horizontalizada de maneira complexa. De todas as configurações, a Adhocracia é a que demonstra menor reverência aos princípios clássicos da administração, especialmente as unidades de comando.

Os fatores situacionais apresentam ambiente complexo e dinâmico, sistema técnico sofisticado e, frequentemente automatizado. Como exemplos deste modelo, encontramos uma

agência espacial, uma empresa cinematográfica, uma fábrica que produz protótipos complexos, entre outras (URBANAVICIUS JÚNIOR, 2008, p.46).

De acordo com Duarte (2006, p.10), o poder de decisão é descentralizado vertical e horizontalmente, porque a administração pode não apresentar qualificações suficientes para a tomada de decisão.

A tecnoestrutura é inexistente, pois esta configuração baseia-se nas qualificações e competências profissionais ao invés da cadeia hierárquica (DUARTE, 2006, p.10).

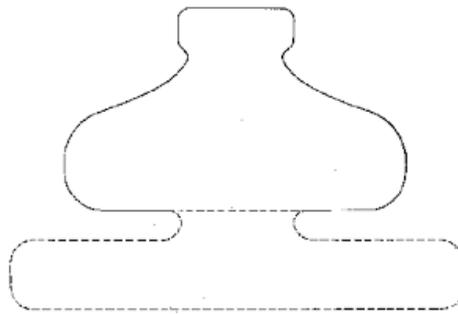


Figura 6 – Representação gráfica de uma Adhocracia

Fonte: Mintzberg (2003, p.291)

Segue abaixo o Quadro 1, no qual são explicitadas as vantagens e as desvantagens de cada um dos quatro modelos de organizações supracitados.

Quadro 1 – Comparação entre as configurações organizacionais propostas por Mintzberg (2003)

Modelo de Organização	Vantagens	Desvantagens
Estrutura Simples	Estratégicas refletem o centro operacional, favorecendo a flexibilidade e adaptabilidade da resposta estratégica (apenas uma pessoa precisa atuar).	Possibilita confusões entre questões estratégicas e operacionais; Pouca força e preparo para lidar com mudanças externas.
Burocracia Mecanizada	Elevada eficiência alcançada com a estandardização da produção.	Coordenação de vários departamentos ou unidades o que pode gerar conflitos devido a forte especialização (cada setor tem o seu próprio objetivo, o qual pode ser diferente dos demais setores); Reagem mal a mudanças (rigidez).
Burocracia Profissional	Elevado desempenho em tarefas aonde intervêm, pois resulta da qualificação e competência dos profissionais em questão; Maior flexibilidade a mudanças, pois os profissionais apresentam melhores capacidades, autonomia e poder de decisão.	Surgimento de conflitos em unidades lideradas por diferentes profissionais.

Forma Divisionalizada	A administração central se encontra liberta dos problemas diários, permitindo à organização concentrar-se essencialmente nos problemas de médio, longo prazo. Tal vantagem, surge da estrutura se encontrar dividida por unidades que não representam mais do que outras pequenas organizações.	Elevados custos organizacionais devido a possibilidades de duplicação de funções, o que inerentemente diminui a eficiência da organização. Como existem várias unidades, esta estrutura tem tendência a gerar conflitos entre as unidades que a constituem.
Adhocracia	Grande adaptação a mudanças e possibilidade de eficiente coordenação dos profissionais	Como não existe clara definição de líderes e responsabilidades, pode acarretar em conflitos entre os profissionais, pois os mesmos trabalham em grupo e têm objetivos comuns.

Fonte: Duarte (2006, p. 4-10)

Ainda conforme Mintzberg (2003), é importante destacar que uma organização sempre irá ter um modelo de gestão predominante, embora este modelo possa ter variável de outros modelos, podendo ainda, uma organização transitar de um modelo para o outro. O referido autor destaca que a consistência organizacional e sua harmonia interna dependem dos elementos selecionados especificamente para atender a uma configuração específica à sua estrutura.

Neste trabalho, foi feito um estudo mais aprofundado dos seguintes modelos organizacionais: Estrutura Simples, Burocracia Mecanizada, Burocracia Profissional e Adhocracia. A Forma Divisionalizada poderá ser incluída em um estudo posterior, devido à complexidade do tema. Dessa forma, considerando-se a necessidade de um tempo maior de pesquisa e para evitar que os itens fossem relacionados superficialmente com a conjectura hospitalar, optou-se em detalhar melhor as quatro estruturas supracitadas.

4.2. Evolução dos hospitais no Brasil

A medicina é uma das áreas do conhecimento ligada à manutenção e à restauração da saúde. Em um sentido amplo, o seu escopo de trabalho inclui a prevenção e a cura das doenças humanas.

Segundo Mezzomo (2003, p.20), a Organização Mundial de Saúde (OMS) declara que o hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência médica, preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda um centro de formação dos que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais.

Os hospitais no Brasil tiveram sua origem nas Santas Casas da Misericórdia, sendo que a primeira foi fundada na cidade de Santos, Estado de São Paulo, em 1543 e o fundador foi Brás Cubas. Além disso, foi considerado o segundo hospital das Américas (BORBA e LISBOA, 2006, p.32).

A assistência hospitalar à população brasileira, desde o início da colonização, era oferecida basicamente pelas Santas Casas e pela filantropia em geral. Os hospitais militares surgiram no país a partir do século XVIII, ocupando os edifícios dos jesuítas, recém expulsos do país, e oferecendo assistência somente aos componentes das tropas. Até o final do século XIX, o problema principal no que tange a saúde da população eram as pestes, principalmente varíola e febre amarela (MORAES, 2005).

A organização dos serviços era precária e os conhecimentos científicos estavam baseados nas concepções miasmáticas das doenças. Para combater as doenças e proteger a população, as ações públicas se preocupavam com o espaço urbano e com a circulação do ar e da água. Até este momento estas questões eram de responsabilidade de autoridades locais que tomavam medidas contra sujeira das ruas e das casas (MORAES, 2005).

Os indigentes e os pobres eram assistidos em instituições filantrópicas ligada à igreja católica, ou em entidades ligadas às colônias de imigrantes. O restante da população ou procurava um médico particular ou outros profissionais como cirurgiões, barbeiros, sangradores, curandeiros, parteiros e curiosos (MORAES, 2005).

O ciclo de desenvolvimento deste setor do domínio médico e social, embora considerado como tendo corrido parelha com o progresso da Medicina e com a própria marcha da civilização, encerra fases áureas e períodos negros; evolução e paradas, e até involuções repetidas, em vários países e em todos os tempos (MORAES, 2005).

Motivos políticos e de religiões, e preconceitos antigos, tiveram decisiva influência nesses avanços e recuos na vida do hospital, como instituição, mesmo nos tempos mais modernos (MORAES, 2005).

Os surtos epidêmicos (que se ampliaram em meados do século XIX com as epidemias de febre amarela e cólera) encontraram o Império Brasileiro completamente desprovido de leitos hospitalares, para atendimento à enorme demanda de doentes. Como os poucos leitos privados não estavam sendo usados para este fim, os hospitais filantrópicos ficaram repletos, até que o Estado Imperial, a partir de 1850, inaugurou os primeiros hospitais de isolamento e enfermarias destinados à atenção e segregação dos enfermos das epidemias na corte. Muitos desses hospitais e enfermarias, inaugurados em caráter campanhistas, passadas as epidemias, continuaram suas atividades durante todo século XX (ARAÚJO, 1982). Os hospitais de

isolamento, criados por diversas instâncias do Estado, as clínicas privadas, voltadas para o público mais abastado e os hospitais das ordens religiosas ou de entidades filantrópicas eram o que existiam de oferta de assistência hospitalar a população brasileira neste período (MORAES, 2005).

A atuação do Estado na oferta de assistência médica a população, principalmente a hospitalar, até a década de 1920 era quase inexistente. A exceção foram os estabelecimentos de assistência aos “alienados” que, do total de 32 existentes no país em 1912, 16 eram mantidos pelo governo federal, estadual ou municipal (IBGE, 2002).

O modelo de intervenção do Estado brasileiro na área social data das décadas de 1920 e 1930, quando os direitos civis e sociais foram vinculados à posição do indivíduo no mercado de trabalho (THE LANCET, 2011, p.14).

O sistema de proteção social brasileiro se expandiu durante o governo do Presidente Getúlio Vargas (1930 - 1945) e dos governos militares (1964 - 1984). O processo de tomada de decisão e a gestão do sistema eram realizados sem participação da sociedade e estavam centralizados em grandes burocracias. O sistema de proteção social era fragmentado e desigual. O sistema de saúde era formado por um Ministério da Saúde subfinanciado e pelo sistema de assistência médica da previdência social, cuja provisão de serviços se dava por meio de institutos de aposentadoria e pensões divididos por categoria ocupacional (por exemplo, bancários, ferroviários, entre outros) cada um com diferentes serviços e níveis de cobertura (THE LANCET, 2011, p. 16).

As pessoas com empregos esporádicos tinham uma oferta inadequada de serviços, composta por serviços públicos, filantrópicos ou serviços de saúde privados pagos do próprio bolso. Após o golpe militar de 1964, reformas governamentais impulsionaram a expansão de um sistema de saúde predominantemente privado, especialmente nos grandes centros urbanos. Seguiu-se uma rápida ampliação da cobertura, que incluiu a extensão da previdência social aos trabalhadores rurais (THE LANCET, 2011, p.17).

A implementação do SUS começou em 1990, mesmo ano da posse de Fernando Collor de Mello que seguiu uma agenda neoliberal e não se comprometeu com a reforma sanitária. Ainda assim, em 1990, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que especificava as atribuições e a organização do SUS (THE LANCET, 2011, p. 19).

O projeto da reforma sanitária foi retomado em 1992, após o impeachment do presidente por corrupção. A descentralização aumentou e foi lançado o Programa de Saúde da Família (PSF). Um novo plano de estabilização econômica (Plano Real) foi introduzido em

1994, trazendo políticas de ajuste macroeconômico e projetos de reforma do Estado (THE LANCET, 2011, p. 19).

Fernando Henrique Cardoso foi eleito em 1994 (e reeleito em 1998), promovendo novos processos de ajuste macroeconômico e de privatização. Luiz Inácio Lula da Silva (eleito em 2002 e reeleito em 2006) manteve alguns aspectos da política econômica de seu antecessor, mas suspendeu as privatizações e, em seu segundo mandato, promoveu um programa desenvolvimentista (THE LANCET, 2011, p. 19).

Diante dessa conjectura, pode-se concluir que os hospitais ao longo da história passaram de instituições pequenas e estruturalmente simples para instituições mais complexas.

4.3. Características gerais dos hospitais

O ambiente hospitalar atual é um local em que possui uma grande quantidade de desafios e variáveis envolvidas no processo.

Além da atividade de assistência médica/paramédica que se desdobra no hospital, funcionam ali setores que poderiam desenvolver-se isoladamente fora dele, como a hotelaria, farmácia, lavanderia e restaurante, sendo que cada um individualmente já tem a necessidade de uma gestão eficiente (CUNHA e RUTHES, 2007, p.2).

Assim, a gestão de um hospital é um desafio à medida que deve colocar todos estes segmentos em funcionamento simultâneo, harmonioso, eficiente e economicamente viável. Os hospitais são fornecedores de um tipo de serviço caracterizado tanto pela sua variabilidade como pelo processo de atendimento e resultados obtidos em cada caso (CUNHA e RUTHES, 2007, p.2).

A obstetrícia e a ginecologia, por exemplo, formam um departamento relativamente rotinizado, como algo que lembra uma linha de montagem, a diferença é que para mãe, o nascimento é único, mas para o médico e os outros funcionários não, pois eles fazem o mesmo trabalho de parto muitas vezes ao dia (PERROW, 1970).

No caso dos Postos de Saúde, busca-se o atendimento da população local quanto às questões simples da área da saúde, já que as situações mais graves devem ser encaminhadas para um hospital capacitado para um atendimento adequado.

A seguir, serão apresentadas as opiniões de alguns pesquisadores. Segundo Sznelwar et al. (2004, p.45):

O sistema de produção de serviços em ambiente hospitalar reveste-se de uma complexidade ímpar, principalmente quando estes serviços incluem desde atendimentos ambulatoriais até cirurgias de alta complexidade. Ao analisarmos a estrutura organizacional, o processo de produção e de trabalho, a diversidade de insumos e materiais, fica patente que os desafios para que este sistema produza serviços de qualidade e garanta a promoção da saúde de seus trabalhadores são de alta monta. Questões ligadas aos trabalhadores, à logística, à organização do trabalho, à infraestrutura básica (utilidades, insumos...), entre outras, revelam as imensas dificuldades para que se garanta um bom funcionamento do sistema.

O desenvolvimento de conhecimento mais aprofundado sobre os hospitais e sobre o trabalho desenvolvido nestas instituições é estratégico, uma vez que as melhorias poderão ter reflexos significativos na qualidade de atendimento à população e, também, com relação à diminuição de custos para o sistema público de saúde. Esta economia pode ser não apenas direta, com redução de custos operacionais, mas também indireta, na medida em que poderá haver reflexos positivos para a saúde da população trabalhadora, reduzindo doenças e acidentes ligados ao trabalho.

Aliado à questão da qualidade dos serviços e à questão da eficiência e eficácia do sistema, há desafios significativos no que concerne à saúde das pessoas que trabalham neste ambiente. Acidentes de trabalho, doenças profissionais e sinais significativos de sofrimento são resultados frequentemente encontrados nos hospitais (TONNEAU et al., 1996; ESTRYN-BEHAR et al., 1992).

A assistência é impessoal e fragmentada. Essa fragmentação já é verificada pela organização das jornadas de trabalho dos profissionais e se dá, de maneira geral, por plantões de 12 horas. O usuário não consegue saber quem é o responsável pelo seu cuidado (ROLLO e MERHY, 1997, p. 321).

O paciente geralmente é avaliado cada dia por um médico, um enfermeiro e um técnico diferente, e até em um mesmo plantão, é comum que diferentes médicos o avaliem. (RATES e CAMPOS, 2008).

Ainda de acordo com Rates e Campos (2008):

Um serviço de saúde organizado exclusivamente no poder dos profissionais e sem estabelecimento de vínculos tende a gerar descompromisso, fragmentação do trabalho, insatisfação dos trabalhadores e não são potentes para enxergar a singularidade dos sujeitos e estabelecer a integralidade da assistência. Essa organização do trabalho em hospitais de urgência nem sempre possibilita assegurar a reabilitação da saúde do usuário e provoca alienação aos profissionais da saúde que não vislumbram os resultados do seu trabalho.

As corporações com maior representação nos hospitais são: dos médicos, da enfermagem e do corpo administrativo.

Segundo Cecílio (1997, p.321), a corporação dos médicos possui uma relação de autonomia em relação à organização, rejeitando qualquer processo gerencial que coloque em risco seu status quo. Ainda de acordo com Cecílio (1997, p.321):

O corpo médico funciona como cliente do hospital, no sentido de que vê tanto a enfermagem como o corpo administrativo como fornecedores de insumo para o trabalho. As enfermeiras são as gerentes efetivas das unidades assistenciais, embora as “chefias” sejam, em geral, dos médicos. E o corpo administrativo que detém os recursos estratégicos para o cotidiano da vida da organização.

Rates e Campos (2008) complementam:

Não se pode negar os conflitos advindos dos interesses e poderes diferenciados e a conseqüente fragmentação da assistência ainda que, contraditoriamente, todas as categorias defendam a missão de prestar assistência humanizada e de qualidade.

Dessa forma, em uma instituição hospitalar, existem muitos conflitos considerando-se as relações humanas como um todo. Pode-se inferir que uma das causas dessa situação é a falta de liderança apropriada. Partindo desse pressuposto, torna-se imperioso estudar mais detalhadamente a liderança e suas relações com o meio hospitalar.

4.4. Liderança

A definição de liderança está longe de ser pacífica e consensual. “Existem quase tantas definições de liderança como quantos a tentaram definir” (STODGILL, 1974, p.259).

Há muitos conceitos e definições distintos acerca do tema Liderança. Vejamos algumas definições feitas por estudiosos do passado e da atualidade.

Segundo Chiavenato (2006, p. 446), "A liderança é, de certa forma, um tipo de poder pessoal. Através da liderança uma pessoa influencia outras pessoas em função dos relacionamentos existentes (...)".

De acordo com Stoner (1999, p. 344), "liderança é o processo de dirigir e influenciar as atividades relacionadas às tarefas dos membros de um grupo".

A liderança é uma ferramenta criada para nos assessorar em um dilema humano específico: como fazer os indivíduos trabalharem em conjunto para gerar resultados coletivos (MCCAULEY, 2011, p.3).

Essas são apenas algumas, dentre as muitas definições existentes. Embora não seja possível encontrar um consenso sobre o tema, a maioria dos autores concorda que dentre outras coisas, o líder é o agente que viabiliza o cumprimento de determinado objetivo. Seja esse a otimização dos lucros de uma empresa, a busca pela melhoria das condições de

trabalho em uma organização pública ou privada, ou mesmo, a gestão de uma nação ou ambiente familiar.

A primeira característica universal da liderança é que não há local certo para realizá-la. Pode-se liderar em qualquer lugar, como afirma Lencioni (2011):

A liderança pode acontecer em qualquer lugar, a qualquer momento. Ela pode acontecer em uma empresa grande ou pequena. Pode acontecer no setor público, privado ou no terceiro setor. Pode acontecer em qualquer função. Pode acontecer em casa, na escola ou na comunidade.

Para Chiavenato (2006, p.18-19), "A liderança é necessária em todos os tipos de organização humana, seja nas empresas, seja em cada um de seus departamentos. Ela é essencial em todas as funções da Administração: o administrador precisa conhecer a natureza humana e saber conduzir as pessoas, isto é, liderar".

Ainda segundo Lencioni (2011), há “cinco práticas que definem uma liderança exemplar”, conforme se segue:

- Definir o Caminho;
- Inspirar uma visão compartilhada;
- Desafiar o Processo;
- Capacitar as Pessoas a agir; e
- Encorajar o Entusiasmo.

A seguir, tem-se o Quadro 2, o qual apresenta mais detalhadamente as cinco práticas propostas por Lencioni (2011).

Quadro 2 – Práticas que definem uma liderança exemplar, propostas por Lencioni (2011)

Prática	Compromisso
Definir o Caminho	1 - Esclarecer os valores ao encontrar a sua voz e afirmar ideais compartilhados.
	2 - Dar o exemplo, alinhando ações com os valores compartilhados.
Inspirar uma Visão Compartilhada	3 - Visualizar o futuro imaginando possibilidades empolgantes e enobrecedoras.
	4 - Mobilizar os outros para uma visão comum, apelando para as aspirações compartilhadas.
Desafiar o Processo	5 - Buscar oportunidades, aproveitando a iniciativa, e buscar, externamente, formas inovadoras de melhorar.
	6 - Experimentar e assumir riscos ao gerar constantemente pequenas vitórias e aprender com a experiência.
Capacitar as Pessoas a Agir	7 - Promover a colaboração através da construção da confiança e a promoção de relacionamentos.
	8 - Fortalecer os outros, aumentando a autodeterminação e o

	desenvolvimento de competências.
Encorajar o Entusiasmo	9 - Reconhecer as contribuições, mostrando apreço pela liderança individual.
	10 - Comemorar os valores e as vitórias mediante a criação de um espírito de comunidade.

Fonte: Kouzes & Posner (2007)

O líder possui significativa importância na construção de uma equipe e possui os deveres (destacados em negrito) apresentados na Figura 7 a seguir:

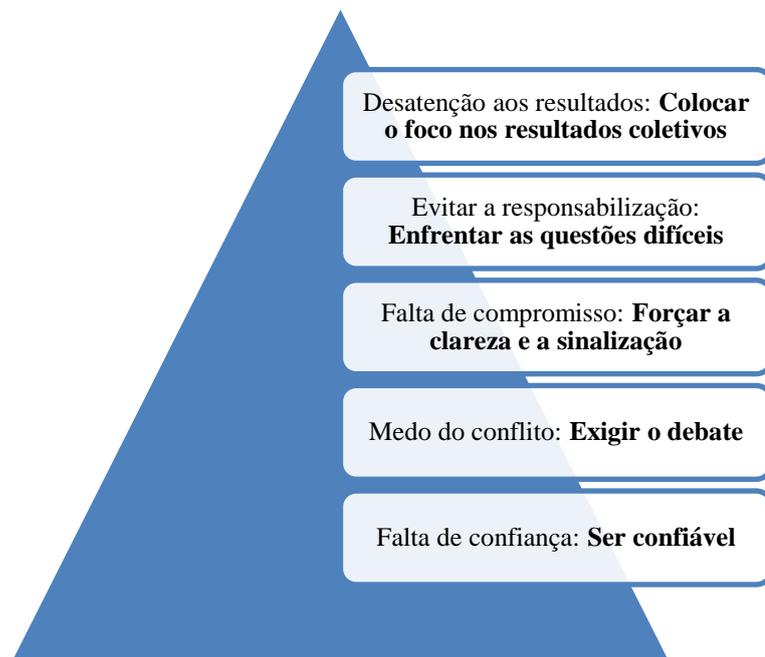


Figura 7 – Deveres de um Líder

Fonte: Adaptado de Lencioni (2011)

Segundo Kotter (2011, p.92), há oito passos a serem seguidos para se realizar uma liderança eficaz:

- 1- Estabelecer um senso de prioridade;
- 2- Criar uma equipe de trabalho;
- 3- Desenvolver uma visão e estratégia;
- 4- Comunicar a visão;
- 5- Capacitar os funcionários;
- 6- Gerar vitórias em curto prazo;
- 7- Consolidar ganhos e gerar mais mudança; e

8- Consolidar as novas abordagens na cultura.

Nota-se que, embora haja algumas diferenças, existem muitas características semelhantes nas abordagens de Lencioni (2011) e Kotter (2011, p.92) sobre como realizar uma liderança eficaz. É possível constatar que a motivação das pessoas envolvidas e o foco no resultado são dois fatores fundamentais para uma liderança bem sucedida. Assim, a seguir serão apresentados os tipos de Liderança abordados neste trabalho.

4.4.1. Tipos de Liderança

Lippit e White (1952) *apud* Chiavenato (2006), fizeram uma pesquisa para analisar o impacto provocado por três diferentes estilos de liderança em meninos orientados para a execução de tarefas.

Os meninos foram divididos em quatro grupos e a cada seis semanas a direção de cada grupo era desenvolvida por líderes que utilizavam três estilos diferentes: a liderança autocrática, a liberal (*laissez-faire*) e a democrática.

O experimento de Lippit e White permitem as conclusões expostas a seguir.

4.4.1.1.Liderança autocrática

Segundo Lippit e White (1952), o líder centraliza as decisões e impõe suas ordens ao grupo. O comportamento dos grupos mostrou forte tensão, frustração e agressividade, de um lado, e, de outro, nenhuma espontaneidade, nem iniciativa, nem formação de grupos de amizade.

Embora aparentemente gostassem das tarefas, não demonstraram satisfação em relação à situação. O trabalho somente se desenvolvia com a presença física do líder. Quando ele se ausentava, as atividades paravam e os grupos expandiam seus sentimentos reprimidos, chegando a explosões de indisciplina e agressividade (LIPPIT e WHITE, 1952).

4.4.1.2.Liderança liberal

O líder delega totalmente as decisões ao grupo e deixa-o completamente à vontade e sem controle algum. Embora a atividade dos grupos fosse intensa, a produção foi medíocre. As tarefas se desenvolviam ao acaso, com muitas oscilações, perdendo-se tempo com

discussões por motivos pessoais e não relacionados com o trabalho. Notou-se forte individualismo agressivo e pouco respeito ao líder (LIPPIT e WHITE, 1952 *apud* CHIAVENATO, 2006).

4.4.1.3. Liderança democrática

O líder conduz e orienta o grupo e incentiva a participação democrática das pessoas. Houve formação de grupos de amizade e relacionamentos cordiais entre os meninos. Líder e subordinados desenvolveram comunicações espontâneas, francas e cordiais.

O trabalho mostrou um ritmo suave e seguro, sem alterações, mesmo quando o líder se ausentava. Houve um nítido sentido de responsabilidade e comprometimento pessoal além de uma impressionante integração grupal dentro de um clima de satisfação (LIPPIT e WHITE, 1952).

4.4.2. Comparação entre os três tipos de Liderança

Os grupos submetidos à liderança autocrática apresentaram maior quantidade de trabalho produzido. Sob a liderança liberal não se saíram bem quanto à quantidade e qualidade. Com a liderança democrática, os grupos apresentaram um nível quantitativo de produção equivalente à liderança autocrática, com uma qualidade de trabalho surpreendentemente superior (CHIAVENATO, 2006, p.147).

A seguir, tem-se o Quadro 3, o qual compara os três tipos de Lideranças anteriormente apresentados.

Quadro 3 – Tipos de Liderança

Autocrática	Democrática	Liberal (Laissez-Faire)
O líder fixa as diretrizes, sem qualquer participação do grupo.	As diretrizes são debatidas e decididas pelo grupo, estimulado e assistido pelo líder.	Há liberdade total para as decisões grupais ou individuais, e mínima participação do líder.
O líder determina as providências para a execução das tarefas, cada uma por vez, na medida em que se tornam necessárias e de modo imprevisível para o grupo.	O grupo esboça as providências para atingir o alvo e pede aconselhamento do líder, que sugere alternativas para o grupo escolher. As tarefas ganham novas perspectivas com os debates.	A participação do líder é limitada, apresentando apenas materiais variados ao grupo, esclarecendo que poderia fornecer informações desde que as pedissem.
O líder determina a tarefa que cada um deve executar e o seu companheiro de trabalho.	A divisão das tarefas fica a critério do grupo e cada membro tem liberdade de escolher seus companheiros de trabalho.	A divisão das tarefas e escolha dos colegas fica totalmente a cargo do grupo. Absoluta falta de participação do líder.
O líder é dominador e é “pessoal” nos elogios e nas críticas ao trabalho de cada membro.	O líder procura ser um membro normal do grupo, em espírito. O líder é “objetivo” e limita-se aos “fatos” nas críticas e nos elogios.	O líder não avalia o grupo nem controla os acontecimentos. Apenas comenta as atividades quando perguntado.

Fonte: Chiavenato (2006, p.125)

4.4.3. Liderança nos hospitais atualmente

O mundo e a economia estão cada vez mais competitivos. A longevidade aumentou significativamente nos últimos anos e a globalização está influenciando cada vez mais nas organizações.

O hospital, não está à margem do cenário de tendências e mudanças mundiais, e qualidade, competitividade são palavras de ordem. Assim, como as organizações, o hospital também sofre de escassez de liderança. Sua estrutura organizacional foi influenciada fortemente pela administração científica que hierarquizada e burocratizada, desenvolveu chefes com grande enfoque nos processos internos e não em pessoas (TREVIZAN e LOURENÇO, 2002, p.48).

Em um hospital, 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). Já nas áreas mais administrativas (operacionais), a participação dos subordinados nas rotinas e decisões são maiores (VENDERMATTI et al., 2007, p.9).

A atuação da liderança pode atuar de forma a estabelecer relações mais cooperativas e solidárias capazes de potencializar procedimentos administrativos que viabilizassem maior eficiência organizacional (VENDERMATTI et al., 2007, p.12).

A liderança contribui para que o envolvimento, satisfação e motivação transformem a atividade profissional em uma atividade prazerosa, pois a jornada de trabalho e a remuneração são fatores relevantes para o descontentamento dos profissionais da área da saúde (SANTOS e CASTRO, 2008, p.2).

De acordo com Santos e Castro (2008), a integração entre o papel de liderança e o exercício da função de gerência pelo médico e enfermeiro são desejadas por influenciar o cumprimento de normas e rotinas, a previsão e provisão de recursos materiais e ambientais e contribuir para a eficiência da gerência do profissional da saúde.

Para que sejam atingidos os objetivos propostos acima, é imperiosa a interferência de uma liderança forte e centrada em um objetivo em comum, visando ao aperfeiçoamento do ambiente hospitalar como um todo.

É importante que haja a formação de equipes multidisciplinares, com a presença de uma liderança capaz de direcionar as pessoas, objetivando a uma melhoria das condições de trabalho dos funcionários da rede de saúde.

4.5. Dimensões culturais

4.5.1. Cultura organizacional

As pessoas interferem diretamente e indiretamente na organização, moldando e sendo moldadas pelo ambiente em que vivem, podendo impactar positiva ou negativamente nas prioridades organizacionais, em função de seus propósitos particulares (AHMED, 1998). Diretamente ligado a esse conceito está a cultura. A cultura organizacional consiste na manifestação coletiva sobre a filosofia, a missão, os valores e as políticas gerais que configuram o comportamento empresarial da organização. Normalmente esses aspectos não são perceptíveis, mas influenciam profundamente todo o comportamento organizacional, tendo em vista que as atitudes dos funcionários derivam da forma como esses percebem a empresa (SENTANIN, 2012).

Segundo Hofstede (1980, p.25), cultura é “[...] programação coletiva da mente que distingue os membros de um grupo ou categorias de pessoas face ao outro”. Hofstede (2001, p.10) também define ainda que “[...] cultura é para o coletivismo Humano o que a personalidade é para um indivíduo”.

Conforme Kotter (2008), cultura organizacional é um conjunto de normas que mostram como são feitas as coisas em uma organização. O conceito de cultura é algo de complexo e dinâmico. Desde o início dos estudos antropológicos, várias correntes e conceptualizações têm competido entre si. O debate sobre matérias como a definição das categorias do conceito e a sua relevância para a compreensão e explicação dos comportamentos humanos, tem sido objeto de análise por diversas áreas do saber (BOYACIGILLER et al., 2003).

4.5.2. Dimensões culturais de Hofstede

Um dos autores mais referenciados no assunto é Geert Hofstede (2001). Como psicólogo da IBM, teve oportunidade de utilizar como fonte de pesquisa os funcionários da empresa em mais de 50 países, obtendo 116.000 questionários respondidos. Assim, delineou o que chamou de “culturas nacionais”, caracterizando os países relativamente uns aos outros, a partir de uma mesma empresa. Trabalhando estatisticamente os dados, ele chegou a algumas dimensões culturais bi polarizadas; alguns países apresentaram índices mais altos e outros mais baixos, caracterizando, dessa forma, sua cultura segundo aquelas dimensões.

As dimensões propostas por Hofstede são:

- Distância do Poder;
- Individualismo versus Coletivismo;
- Aversão à Incerteza;
- Masculinidade *versus* Feminilidade; e
- Orientação a longo prazo versus a curto prazo.

Distância do Poder

Primeiramente, deve-se conceituar o termo Distância do Poder. Conforme Mulder et al. (1977 apud HOFSTEDDE, 2001, p.55), a definição de Distância do Poder está relacionada à extensão que os membros menos poderosos das organizações e instituições aceitam e esperam que o poder seja distribuído de forma desigual.

O Quadro 1 apresenta as diferentes características da organização do trabalho relacionadas à dimensão cultural de Distância do Poder

Dessa forma, caracteriza-se a distância ao poder como a medida da influência entre o chefe e seu subordinado, de acordo com a visão do subordinado (HOFSTEDDE, 2001).

Abaixo, segue o Quadro 4, o qual apresenta as principais diferenças entre culturas com baixa e alta Distância ao Poder, respectivamente.

Quadro 4 – Comparação entre culturas com baixa e alta Distância ao Poder, respectivamente

Baixa Distância do Poder	Alta Distância do Poder
Estruturas de decisão descentralizada; menor concentração de autoridade;	Estruturas de decisão centralizada; maior concentração de autoridade
Hierarquia nas organizações significa desigualdade de papéis, estabelecida por conveniência	Hierarquia nas organizações reflete a desigualdade entre os níveis hierárquicos superiores e inferiores
Abertura com informação, também para os níveis hierárquicos não superiores	Informação é limitada pela hierarquia
Chefe ideal é democraticamente solícito. Enxerga-se	Chefe ideal é um coerente autocrata ou “bom pai”.

com prático, organizado e é retribuído com apoio;	Enxerga-se como benevolente tomador de decisão;
Trabalho manual possui o mesmo status que o trabalho de escritório;	Trabalho administrativo é mais valorizado do que o operacional.
Pequena diferença salarial entre os níveis superiores e inferiores da organização;	Grande diferença salarial entre os níveis superiores e inferiores da organização;
Gerentes se apoiam em sua experiência pessoal e em seus subordinados	Gerentes se apoiam em regras formais
Pequena porção de pessoal de supervisão	Grande porção de pessoal de supervisão
Organizações Horizontais	Organizações com muitos níveis hierárquicos
Subordinados esperam ser consultados	Subordinados esperam ser ditos o que fazer
Liderança que consulta e orienta funcionários leva à maior satisfação, desempenho e produtividade	Liderança autoritária e supervisão próxima levam à maior satisfação, desempenho e produtividade
Inovações precisam de “bons campeões”	Inovações precisam de apoio da hierarquia

Fonte: Adaptado de Hofstede (2001, p.107-108)

Culturas com alta Distância do Poder tendem a aceitar o poder centralizado e dependem bastante dos superiores para definir estrutura e direção, porém, culturas com baixa Distância do Poder não toleram poder altamente centralizado e os funcionários esperam ser ao menos consultados na tomada de decisão (HOFSTEDÉ, 2001).

4.5.2.1. Individualismo versus Coletivismo

A dimensão cultural de Individualismo/Coletivismo está relacionada ao grau em que pessoas são orientadas para agir como indivíduo versus agir como parte de um grupo. Guirdham (2005) propõe que esta dimensão cultural está diretamente relacionada às relações humanas. A lealdade e o trabalho em equipe tem uma grande importância na construção do ambiente corporativo. Por outro lado, em uma cultura individualista, o trabalho em equipe assemelha-se mais a uma competição. Ainda segundo Hofstede (2001, p.69):

O individualismo caracteriza as sociedades nas quais os laços entre os indivíduos são poucos firmes; cada um deve ocupar-se de si mesmo e da família mais próxima. O Coletivismo, pelo contrário, caracteriza as sociedades nas quais as pessoas são integradas, desde o nascimento, em grupos fortes e coesos, que as protegem para toda a vida em troca de uma lealdade inquestionável.

Abaixo, segue o Quadro 5, apresentando as principais diferenças entre culturas com baixo e alto individualismo, respectivamente.

Quadro 5 – Comparação entre culturas com baixo e alto individualismo, respectivamente

Baixo Individualismo	Alto Individualismo
Gestão é gestão de grupos	Gestão é gestão de indivíduos
Sucesso organizacional é atribuído ao compartilhamento de informações, ao comprometimento declarado dos indivíduos e às alianças políticas	Sucesso organizacional é atribuído à retenção de informações, sem o compromisso declarado e evitando alianças
Funcionários tem melhor desempenho em grupos	Funcionários tem melhor desempenho como indivíduos
Crença das decisões coletivas	Crença nas decisões individuais

Em negócios, relacionamentos interpessoais prevalecem sobre a tarefa e a empresa	Em negócios, a tarefa e a empresa prevalecem sobre relacionamentos interpessoais
Mais importância é dada ao treinamento e uso de habilidades no trabalho	Mais importância é dada à liberdade e desafio no trabalho
Decisões de contratação e promoção levam em consideração a capacidade de trabalhar em grupo	Decisões de contratação e promoção são baseadas somente em habilidades e regras
Treinamento é mais efetivo quando focado no grupo	Treinamento é mais efetivo quando focado nos indivíduos
Desempenho insatisfatório justifica mudança para outras tarefas	Desempenho insatisfatório é razão para demissão
Incentivos são dados aos grupos	Incentivos são dados aos indivíduos

Fonte: Adaptado de Hofstede (2001, p.244-245)

4.5.2.2. *Masculinidade versus Feminilidade*

No caso desta dimensão cultural, pode-se afirmar que os valores masculinos são diferentes dos femininos. O masculino apresenta características tais como: competitividade, assertividade, heroísmo e recompensa material, enquanto que os valores femininos se assemelham a: modéstia, compaixão e preocupação com o próximo (HOFSTEDE, 2001). De acordo com Barros e Prates (1996, p. 64), “toda sociedade constrói socialmente uma divisão de papéis entre homens e mulheres, atribuindo-lhes responsabilidades distintas nas várias funções sociais”. Conforme Hofstede (2001, p.101), “Os comportamentos considerados masculinos ou femininos são diferentes não só nas sociedades tradicionais, mas também nas sociedades modernas. Isto é evidenciado quando é considerada a distribuição dos homens e das mulheres em certas profissões”.

Abaixo, segue o Quadro 6, o qual compara as diferenças culturais existentes entre a baixa e a alta Masculinidade, respectivamente.

Quadro 6 – Comparação entre culturas com baixa e alta Masculinidade, respectivamente

Baixa Masculinidade	Alta Masculinidade
Pequena diferença entre os gêneros na cultura	Grande diferença entre os gêneros na cultura
Maior participação das mulheres no trabalho profissional e técnico	Menor participação das mulheres no trabalho profissional técnico
Menor diferença de salários entre os gêneros	Maior diferença de salários entre os gêneros
Gerentes menos preparados para desligar de suas famílias por razões de carreira	Gerentes mais preparados para desligar de suas famílias por razões de carreira
Espera-se que os gerentes usem intuição, tratem as pessoas com sentimento e procurem consenso	Espera-se que os gerentes sejam decisivos, firmes, assertivos, agressivos, competitivos e justos

Gerentes são funcionários como os outros	Gerentes são heróis da cultura
Humanização do trabalho por meio da criação de grupos	Humanização do trabalho por meio da colocação de desafio de tarefas
Significado do trabalho para trabalhadores: relações e condições de trabalho	Significado do trabalho para trabalhadores: segurança, remuneração e trabalho interessante
Resolução de conflitos por meio da resolução de problemas, acordos e negociação	Resolução de conflitos por meio de sua negação ou lutando até que o “homem mais forte” vença
Menos tensão no trabalho	Maior tensão no trabalho

Fonte: Adaptado de Hofstede (2001, p.318)

4.5.2.3. Aversão à Incerteza

Esta dimensão cultural remete à intensidade com a qual as pessoas se sentem confortáveis ou não em situações que não estão muito bem definidas e que precisam de tomada de decisão (HOFSTEDÉ, 2001).

Resumidamente, considera-se que Incerteza é uma experiência subjetiva, podendo, muitas vezes, adquirir conotação não pessoal ou ser apreendida e adquirida culturalmente. A incerteza busca combater ambiguidades, auxiliando na formação de regras e leis (HOFSTEDÉ, 2001).

Abaixo, segue o Quadro 7, o qual apresenta as diferenças entre uma cultura com baixa e alta Aversão à Incerteza, respectivamente.

Quadro 7 – Comparação entre culturas com baixa e alta Aversão à Incerteza, respectivamente

Baixa aversão à incerteza	Alta aversão à incerteza
Alta administração envolvida principalmente na estratégia	Alta administração envolvida principalmente nas operações
Destaque e preferência por líder transformador	Destaque e preferência pelo papel do controle hierárquico
Decisões individuais, administração autoritária e competição entre os empregados são aceitáveis	Preferência ideológica por decisões em grupo, administração consulta empregados e competição entre empregados não é aceitável
Tolerância com ambiguidade em estruturas e	Concepções altamente formalizadas de gestão

procedimentos	
Cultura orientada pelos relacionamentos	Cultura orientada pela tarefa
Preferência por tarefas com resultados incertos a serem atingidos, riscos calculados e exigência de problema a resolver	Preferência por tarefas com resultados certos a serem atingidos, nenhum risco e instruções a serem seguidas
Inovadores sentem-se dependentes das regras	Inovadores sentem-se restringidos pelas regras
Fraca lealdade ao empregador; baixa média de duração de emprego	Forte lealdade ao empregador; alta média de duração de emprego
Superiores são otimistas em relação às ambições dos empregados e às capacidades de liderança	Superiores são pessimistas em relação às ambições dos empregados e às capacidades de liderança
Atitudes favoráveis em relação às pessoas mais jovens; menos disparidade entre gerações	Críticas em relação às pessoas mais jovens; maior disparidade entre gerações
Menor resistência à mudança	Maior resistência à mudança
Maiores ambições por promoções e posições gerenciais	Ambições menores por promoções e preferência por posições de especialistas

Fonte: Adaptado de Hofstede (2001, p.169-170)

4.5.2.4. Orientação a longo prazo versus a curto prazo

Segundo Kluckhohn e Stodtbeck (1961) as tendências culturais podem valorizar o futuro, o presente ou o passado, sendo que normalmente, enfatiza-se um, em detrimento dos demais.

A última dimensão cultural de Hofstede pode ser associada a valores como perseverança e persistência no caso de Orientação a longo prazo e a valores como respeito pela tradição, com as obrigações imediatas e interesses individuais o no caso de Orientação a curto prazo (HOFSTEDE, 2001).

Abaixo, segue o Quadro 8, o qual apresenta as principais diferenças entre as culturas de Orientação a curto e a longo prazos, respectivamente.

Quadro 8 – Comparação entre culturas de Orientação a curto e a longo prazos, respectivamente

Orientação de Curto Prazo	Orientação de Longo Prazo
Resultados rápidos são esperados	Persistência e perseverança
Status não é uma questão importante no relacionamento profissional	Relacionamentos são priorizados pelo status e pela importância observada
Vergonha não é um sentimento comum	Vergonha é um sentimento comum
Respeito às tradições	Adaptação de tradições a novas circunstâncias
Tempo de lazer é importante	Tempo de lazer não é tão importante
Eventos mais importantes da vida ocorreram no passado ou ocorrem no presente	Eventos mais importantes da vida ocorreram no passado ou ocorrerão no futuro

Conviver com as leis é um problema	Conviver com as leis não é um problema
Nos negócios, o mais importante são os resultados de curto prazo da linha operacional	Nos negócios, o mais importante é a construção de relacionamentos e posição de mercado
Pensamento analítico	Pensamento sintético
Pensamento probabilístico	Total ou nenhuma confiança

Fonte: Adaptado de Hofstede (2001, p.360)

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Estágios evolutivos da Teoria Organizacional associados aos estilos de Liderança

O Modelo utilizado foi proposto por Mintzberg (2003). Considerando-se as exposições anteriormente mencionadas, bem como as tendências futuras, é possível estabelecer uma linha evolutiva com os quatro modelos organizacionais estudados, assim como realizar um paralelo com os três estilos de lideranças proposto por Lippit e White (1952).

5.1.1. Estrutura Simples

Visto que este é o início do processo de evolução da organização (ou um modelo estrutural inicial), além de resultar, em muitos casos, de uma “gestão doméstica”, podem-se definir os três estilos atuantes de liderança (autocrático, liberal e democrático). O fator determinante para o estabelecimento do estilo predominante será a característica pessoal do líder.

5.1.2. Burocracia Mecanizada

Dado que o principal mecanismo de coordenação é a padronização dos processos de trabalho, o estilo *Liderança autocrático* estará mais presente na Burocracia Mecanizada, pois esse estilo atua de acordo com a necessidade de definir todas as ações, sendo orientado por tarefas e controlador. Assim, por possuir origem na Estrutura Simples, a Burocracia Mecanizada constitui-se como uma das evoluções desse modelo inicial.

5.1.3. Burocracia Profissional

Como há grande liberdade para tomada de decisões e pouco controle efetivo sobre o trabalho efetuado em si, a burocracia profissional pode ser relacionada com a liderança liberal.

A Burocracia profissional também se origina na Estrutura Simples, e constitui-se outra de suas evoluções.

5.1.4. Adhocracia

A Adhocracia pode ser caracterizada como mantenedora de uma direção participativa e democrática, centrada na pessoa e na tarefa, e com uma supervisão genérica e ampla. Dessa forma, é possível associá-la à liderança democrática, pois este tipo de liderança é voltado às pessoas e há participação dos liderados no processo decisório. Nesse caso, a responsabilidade do líder é dirigir essas opiniões para que, na prática, atinjam os objetivos esperados.

Segundo Toffler (1970), “Estamos, na verdade, testemunhando a irrupção de um novo sistema organizacional, que desafiará, num grau cada vez mais constante, a burocracia e que, em última instância a suplantará. Esta é a organização do futuro. Eu a chamo AD-HOCRACIA”.

Abaixo, segue um esquema que ilustra o exposto acima (Figura 8).

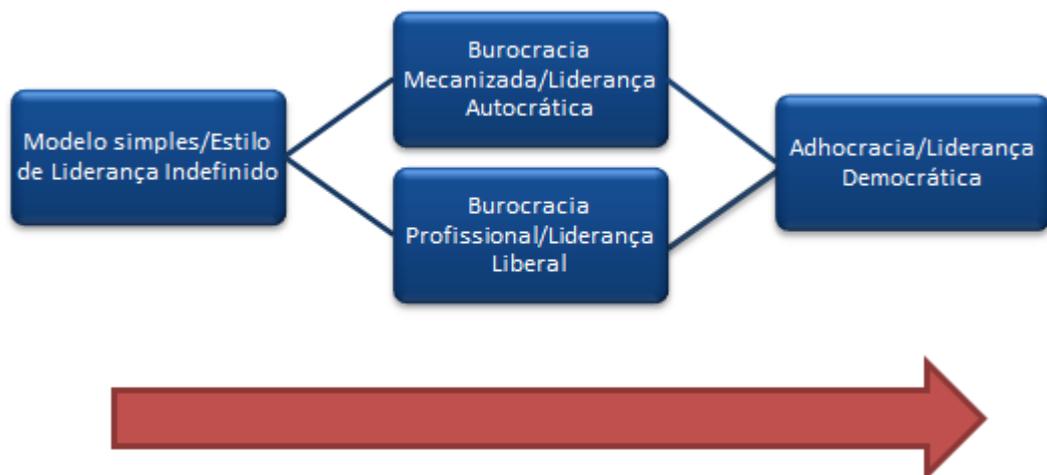


Figura 8 – Sugestão de evolução das estruturas organizacionais ao longo do tempo

Segundo Chiavenato (2006, p.125)

Na prática, o líder utiliza os três processos de liderança de acordo com a situação, com as pessoas e com a tarefa a ser executada. O líder tanto manda cumprir ordens, como consulta os subordinados antes de tomar uma decisão, como sugere a maneira de realizar certas tarefas: ele utiliza a liderança autocrática, democrática e liberal. O desafio da liderança é saber quando aplicar qual estilo, com quem e em que circunstâncias e atividades.

5.2. O modelo de Mintzberg e as dimensões culturais de Hofstede

Baseando-se no modelo proposto por Mintzberg na, relacionaram-se as dimensões culturais de Hofstede apresentadas respectivamente nas seções 4.1 e 4.5.

Dessa forma, buscaram-se referências de autores que balizaram a construção do modelo e de outros que abordaram os temas de liderança e teoria organizacional.

5.2.1. Dimensões culturais na Estrutura Simples

No caso da Estrutura Simples, não é possível concluir sobre as dimensões culturais vigentes, pois segundo Duarte (2006, p.4), esse tipo de estrutura tem como principal mecanismo de coordenação a supervisão direta. Usualmente, trata-se de empresas pequenas, relativamente simples de gerenciar.

A administração é constituída unicamente pelo proprietário que acompanhado por pessoas de confiança na área de administração e gestão corrente e, muitas vezes, alguém de confiança para a área de produção, efetua uma supervisão direta (DUARTE, 2006, p.4).

Diante do exposto acima, pode-se concluir que as características pessoais dos dirigentes definirão a cultura e o comportamento da organização.

5.2.2. Dimensões culturais na Burocracia Mecanizada

Segundo Santos (2010, p.11), a Burocracia Mecanizada possui uma alta distância do poder.

Nesse caso, líderes incisivos e com alto poder de decisão são muito mais esperados (LAGROSEN, 2002).

Oportunidades de aprendizagem são restritas aos membros com alto *status*, desencorajando o acesso livre à informação (FLYNN e SALADIN, 2006).

Além disso, espera-se que a alta administração assuma responsabilidades, dê ordens e saiba o que é certo (LAGROSEN, 2002).

Neste arranjo organizacional, a cultura é individualista (SANTOS, 2010, p.11).

Vários autores corroboram a afirmação supracitada, como se segue:

Os valores dos gerentes individualistas levam a um excesso de confiança na capacidade dos executivos liderarem a empresa. Líderes podem não pretender corrigir políticas a fim de evitar assumir a incoerência de decisões anteriores (FLYNN e SALADIN, 2006).

Gerentes tendem a rotular rapidamente eventos que acontecem dinamicamente no ambiente, sem antes considerar informações relevantes. Considera-se que o desempenho organizacional deve ser mais atribuído à liderança executiva do que a um efetivo planejamento estratégico (MUKHERJI e HURTADO, 2001).

Líderes baseiam-se em informações subjetivas, particularmente as decorrentes de seu próprio julgamento (WACKER e SPRAGUE, 1998).

É possível constatar uma cultura com Aversão à Incerteza (SANTOS, 2010, p.12).

Funcionários aceitam mais as regras e políticas do líder porque elas fornecem regras claras (WHEELER, 2001).

Gestão de processos de negócios enfatiza mais procedimentos e rotinas (LAGROSEN, 2002).

Com o objetivo de reduzir a incerteza da tomada de decisão, a alta gerência baseia-se em dados e informações de várias fontes, antes de tomar decisões baseadas somente em seu julgamento e intuição (FLYNN e SALADIN, 2006).

A cultura na Burocracia Mecanizada é predominantemente masculina (SANTOS, 2010, p.12).

O tipo de informação usada para apoiar a tomada de decisão depende da eficácia esperada em ganhar vantagem competitiva sobre os concorrentes (WACKER e SPRAGUE, 1998).

Como a tomada de decisão está centralizada nos níveis organizacionais superiores, esse é considerado o local mais apropriado para concentrar informação. Gerentes não se comunicam bem com os níveis inferiores, o que exige que eles obtenham informações sobre operações de outras fontes e não dos trabalhadores. Assim, enfatizam-se os métodos formais para coletar e analisar informações externas (FLYNN e SALADIN, 2006).

Responsabilidade pela tarefa é o mais importante e tem maior relevância do que relacionamentos sociais. Sucesso material é altamente valorizado (WHEELER, 2001).

Por fim, analisa-se a Burocracia Mecanizada como orientada a longo prazo pois, segundo Delloite (2005, p.1), há um planejamento detalhado e abrangente, envolvendo uma série de políticas, procedimentos, regras e regulamentos.

5.2.3. Dimensões culturais na Burocracia Profissional

“A Burocracia Profissional é uma estrutura altamente descentralizada, tanto na dimensão vertical quanto na horizontal” (MINTZBERG, 2003, p.218).

Segundo Lagrosen (2002), em culturas onde a dimensão de distância ao poder é forte, são esperados líderes fortes e decisivos e há um maior desgaste da liderança e do papel do líder do que em culturas com baixa distância ao poder.

Como visto anteriormente, a liderança na burocracia profissional é predominantemente liberal, então é possível concluir que há uma baixa distância ao poder.

Pode-se citar predominantemente como uma cultura individualista, pois grande parte do poder situa-se na base da hierarquia, cada profissional trabalha com os seus clientes e submete-se apenas ao controlo dos seus colegas que o formaram e socializaram; são eles que têm o direito de censurar em caso de erro profissional (MONTEIRO, 1999, p.318).

Em culturas com alta aversão à incerteza, as pessoas são mais propensas a aceitar as decisões de seus líderes (WHEELER, 2001).

A Burocracia Profissional tornou-se uma estrutura descentralizada quer na horizontal quer na vertical, originando uma maior autonomia individual. Essa autonomia assenta essencialmente na formação dos profissionais, permitindo-lhes uma grande liberdade de controle do seu trabalho.

Essa liberdade e possibilidade de controle do próprio trabalho possibilita uma baixa aversão à incerteza.

Pode-se citar ainda o fato de em uma instituição hospitalar (exemplo de burocracia profissional), por exemplo, não há um padrão nos atendimentos médicos, pois devido ao enorme número de variáveis e incertezas envolvidas nesse processo, é necessária uma cultura de baixa Aversão à Incerteza para aumentar a eficiência nesse meio.

Porém, não é possível concluir de maneira absoluta sobre a aversão a incerteza, pois em instituições hospitalares, por exemplo, a estrutura organizacional, como um todo, também pode contribuir para uma alta aversão a incerteza, pois a proposta de mudanças de rotinas e procedimentos em um hospital pode levar não aceitação e resistência por parte de alguns colaboradores, uma vez que é natural que o novo cause estranhezas, medos e inseguranças.

De acordo com Fletcher (1999) e Eagly e Johnson (1990), em uma cultura feminina, adota-se uma abordagem relacional para a liderança, enfatizando as relações e o fortalecimento mútuo dessas relações. Em contrapartida, uma organização mais masculina favorece um estilo de liderança de comando e controle.

Devido a uma maior aproximação com o cliente final no oferecimento dos serviços profissionais, e pelo exposto acima, pode-se concluir que a Burocracia Profissional possui uma cultura predominantemente feminina.

Não foi possível concluir com base na literatura existente se há predomínio de uma cultura orientada a curto ou a longo prazos, pois em determinados aspectos existentes em uma mesma Burocracia Profissional, predomina-se uma orientação a curto prazo. Em contrapartida, em outras situações, prevalece a orientação a longo prazo.

5.2.4. Dimensões culturais na Adhocracia

De acordo com Santos (2010, p.12), a Adhocracia possui uma cultura de baixa distância ao poder.

Treinamento é bastante enfatizado porque os papéis desempenhados pelos funcionários estão sempre mudando, e não são pré-determinados (LAGROSEN, 2002).

Um elemento chave é ouvir clientes com o objetivo de aprender com suas demandas mais importantes. A construção e gestão do relacionamento com cliente são relevantes para aprender como satisfazer e exceder às necessidades dos clientes (FLYNN e SALADIN, 2006).

Visto que o *empowerment* implica em compartilhamento de autoridade, ele reflete os valores de cultura com Distância do Poder mais baixa, o que naturalmente envolve a ideia de que pessoas na base da hierarquia organizacional têm conhecimento primordial para algumas decisões (ROBERT et al., 2000).

Além disso, Santos (2010, p.13) também afirma que a Adhocracia é uma cultura coletivista.

A alta gerência baseia-se em dados e informações e de diversas fontes, mais do que tomar decisões baseadas em seu julgamento e intuição (FLYNN e SALADIN, 2006). Essa relação também está ligada à cultura com alta Aversão à Incerteza.

Há mais uso e confiança em fontes de informação do que na individualidade. Elas incluem sistemas de informação, colegas de trabalho e clientes (FLYNN e SALADIN, 2006).

Planejadores de estratégia e tomadores de decisão preferem ambientes que podem ser analisados com o envolvimento amplo da organização (MUKHERJI e HURTADO, 2001), o que facilita a análise do ambiente e a estruturação do planejamento estratégico.

A expectativa dos funcionários está mais fortemente alinhada com o real desempenho de seus grupos (FLYNN e SALADIN, 2006).

Ainda de acordo com os autores, os membros do grupo buscam atingir metas porque sua autoestima aumenta o reconhecimento dado ao grupo.

A Adhocracia possui uma cultura com baixa Aversão à Incerteza (SANTOS, 2010, p.13).

Gerentes sentem-se mais à vontade com a instabilidade, são menos avessos às novidades e mais abertos à experimentação com iniciativas novas e ainda não testadas (FLYNN e SALADIN, 2006).

Gestão de processos de negócios é provavelmente mais focado na inovação e experimentação (FLYNN e SALADIN, 2006).

Há uma incidência maior de indivíduos que apresentam capacidade individual de controle e inovação (MULLER e THOMAS, 2001).

Gerentes buscam mais informação do que a somente necessária para ganhar vantagem competitiva sobre seus concorrentes. Há vontade para coletar tipos de informação mais variados, seja ela objetiva ou subjetiva (WACKER e SPRAGUE, 1998).

Ainda conforme Santos (2010, p.13), a Adhocracia possui uma cultura feminina.

Enfatiza-se a comunicação (LAGROSEN, 2002) e o desenvolvimento de fortes relacionamentos e cooperação no trabalho (HOFSTEDE, 1980; HOFSTEDE, 2001).

Negociação é importante na resolução de conflito e líderes tendem a ter grandes habilidades em facilitar relacionamentos (FLYNN e SALADIN, 2006).

A Adhocracia é uma organização cuja proposta é ser flexível, emergente, temporária, composta por grupos-tarefa, reunida para projetos específicos. Sua estrutura organizacional é temporária, descartável e criada para fins temporários e específicos. As pessoas que nela trabalham têm habilidades e competências diversas, poucas gerências e pouca normatização (CHINELATO, 2012, p.5).

Por fim, não é possível concluir sobre a orientação a curto ou a longo prazos, pois a formação de equipes multidisciplinares para a resolução de problemas, por exemplo, pode buscar atender aos objetivos de curto prazo, devido à praticidade e à rapidez. Paralelamente, devido à significativa capacidade de adaptação a diferentes situações, a Adhocracia contribui para a sobrevivência da organização a longo prazo.

Abaixo, segue o Quadro 9, o qual apresenta uma síntese do exposto neste item.

Quadro 9 – Síntese das relações entre os modelos organizacionais de Mintzberg e as dimensões culturais encontradas

Modelo Organizacional de Mintzberg	Dimensões Culturais Encontradas
Estrutura Simples	Não Conclusivo

Burocracia Mecanizada	Alta Distância do Poder; Individualismo; Alta Aversão à incerteza; Masculinidade; Orientação a longo prazo
Burocracia Profissional	Baixa Distância do Poder; Individualismo; Inconclusivo sobre Baixa/Alta Aversão à Incerteza; Feminilidade, Inconclusivo sobre Orientação Curto/Longo Prazo
Adhocracia	Baixa Distância do Poder; Coletivismo; Baixa Aversão à Incerteza; Feminilidade; Inconclusivo sobre Orientação a Curto/Longo Prazo

5.3. Evolução da estrutura organizacional nos hospitais

Os hospitais evoluíram desde pequenos grupos estruturados informalmente até as grandes e complexas organizações dos dias atuais; as modificações observadas buscaram sempre a racionalização dos esforços humanos, procurando atingir os objetivos definidos inicialmente (GONÇALVES, 1998, p.81).

Ainda conforme o autor, as estruturas que habitualmente tem sido utilizada pelos hospitais brasileiros, enfatiza-se muito à atividade profissional, na qual cada unidade, serviço ou departamento tem um conjunto de deveres e responsabilidades diferenciados.

Esse modelo serviu muito bem a seus propósitos nos trinta ou quarenta anos que se passaram, quando as rotinas hospitalares caracterizavam-se por um desempenho estável desejado pelos administradores hospitalares, enfatizando apenas como fazer uma tarefa específica. Em condições pouco modificáveis o modelo propiciava atingir os objetivos limitados pela própria tarefa; contudo, num cenário de contínuas mudanças das necessidades da clientela, dos processos disponíveis para serem empregados e dos resultados desejados, a estrutura funcional, [...] vem se mostrando insatisfatória, principalmente em relação à expectativa de cooperação entre os diversos segmentos da instituição, com vistas a atingir o objetivo no qual o hospital encontra sua própria razão de existir, o melhor atendimento do doente que o procura (GONÇALVES, 1998, p.83).

“Em geral, as organizações estruturadas através da atividade profissional apenas, apresentam dificuldades para atender às necessidades dos usuários. Já a abordagem de construção do trabalho por processos, permeados pelos apoios administrativos e logísticos, potencializam resultados mais eficientes, no caso, a promoção à saúde” (RATES e CAMPOS, 2008).

“Um processo de trabalho construído e desenvolvido por equipes multiprofissionais e não mais por um agrupamento de profissionais pode melhorar positivamente o resultados para

os usuários e melhorar a satisfação dos trabalhadores que passam a enxergar os frutos de seu trabalho.” (RATES e CAMPOS, 2008).

Rates e Campos (2008) afirmam ainda que:

Os hospitais com desenhos mais verticais e centralizadores não estimulam a capacidade de construir um pensar e agir coletivo com cada uma das pessoas envolvidas e inseridas no processo social, político e subjetivo. Tendem a trabalhar com os interesses individuais e desconsideram os desejos, desautorizam iniciativas não previsíveis.

“O reconhecimento e respeito pelos conhecimentos do usuário e o encontro harmonioso dos saberes das diferentes categorias profissionais, atividade aparentemente simples, exigem disponibilidade para repensar e recriação de toda a clínica.” (RATES e CAMPOS, 2008).

“O caminho que se vislumbra é o da construção coletiva que potencialize a integralidade da rede com ações claras e transparentes para o objetivo maior que é a produção de saúde e vida.” (RATES e CAMPOS, 2008).

Assim como em outros tipos de empresas, os hospitais também procuram utilizar cada vez mais a tecnologia.

Além disso, os hospitais tendem a proporcionar ao paciente uma satisfação cada vez maior, os ambientes deixarão de tratar o paciente como um paciente e sim como um hóspede, o ambiente terá vários aspectos holísticos sempre com o paciente como o centro das atenções. O investimento nas equipes será constante, formando profissionais cada vez mais bem capacitados com um atendimento ao paciente cada vez melhor. O hospital criará uma “atmosfera” de bem-estar que trará mudanças significativas para a satisfação de seus pacientes, além de uma recuperação mais rápida e um atendimento cada vez mais individual e humano (POSTAI, 2008, p.1).

Além de acesso, os hospitais tendem a se tornar cada vez mais eficazes, com o investimento em TI, os médicos obterão informações mais seguras sobre os pacientes e formularão diagnósticos mais eficazes, e, além disso, a estrutura será mais organizada e informatizada, tornando o processo mais rápido e seguro. O atendimento será feito em um tempo muito menor e ao mesmo tempo mais eficaz (POSTAI, 2008, p.1).

“Uma burocracia profissional pode evoluir para a Adhocracia, se a tecnologia se tornar mais complexa e exigir maior multidisciplinaridade e interdependência entre profissionais” (MONTEIRO, 1999, p.319).

Em um estudo feito pelo Departamento de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, em 2001, o qual visou descrever e avaliar a estrutura, o processo e o resultado do cuidado do paciente diabético em postos de saúde, concluiu-se que apenas 3% dos médicos trabalhavam exclusivamente no posto de saúde (ASSUNÇÃO; SANTOS e GIGANTE, 2001).

Esse fato sugere que há alta rotatividade dos profissionais no posto de saúde e que o poder concentra-se mais nas mãos dos outros funcionários do posto.

No caso da enfermagem, a chefia assume um papel administrativo voltado aos interesses da instituição; a vontade do enfermeiro se sobrepõe a dos demais trabalhadores, caracterizando um processo de dominação, impessoalidade, relações hierárquicas e ênfase na comunicação formal (KURGANT, 1991).

Além disso, nota-se que as ações são voltadas ao cumprimento de normas rotinas e de tarefas, reproduzindo aquilo que outros profissionais e a instituição esperam, deixando, muitas vezes, de priorizar as necessidades do doente e gerando descontentamento e desmotivação nos trabalhadores de enfermagem. O poder de decisão é centralizado no enfermeiro/a, enfatiza-se a disciplina desconsiderando as pessoas e as relações interpessoais (COLLET; GOMES e MISHIMA, 1994).

Esse estilo de liderança, típico do estilo autocrático, sugere a existência de uma burocracia mecanizada nos postos de saúde. Porém, são necessários estudos complementares que atestam a hipótese anteriormente citada.

6. CONCLUSÕES

Conforme exposto nos itens 4, 5.1, 5.2 e 5.3, foi possível traçar uma linha evolutiva da estrutura organizacional hospitalar ao longo do tempo, como se segue na Figura 9.

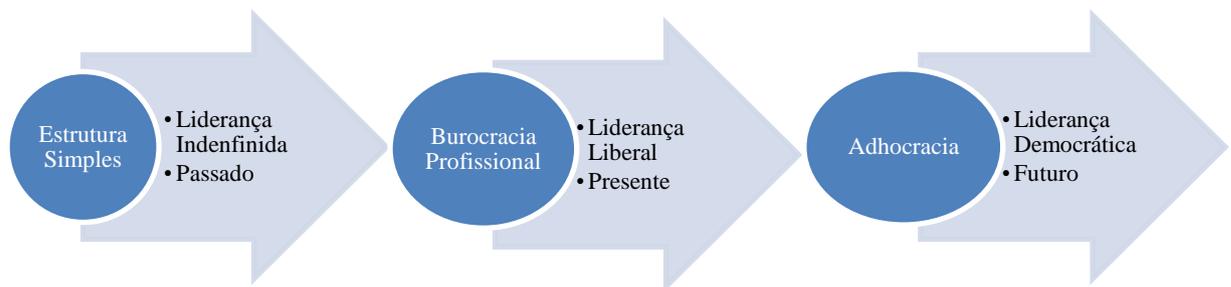


Figura 9 – Sugestão de linha evolutiva da estrutura organizacional hospitalar ao longo do tempo

É importante destacar que não significa necessariamente, que esses estágios evolutivos irão dar-se dessa forma. A figura 9 mostra apenas uma tendência encontrada. Pois poderá haver evolução e retrocessos, dependendo do modo de gerenciar e da conjectura externa.

Deve-se atentar ainda que como qualquer entidade prestadora de serviços o hospital está, mais do que qualquer outra organização, na dependência do comportamento de seus recursos humanos. E, tal como em qualquer organização, o desempenho das pessoas que atuam no hospital dependem de sua motivação (GONÇALVES, 1998, p.90).

A afirmação acima confirma as conclusões de Lencioni (2011) e Kotter (2011) vista no tópico 4.4 sobre a importância da motivação para se atingir uma liderança eficaz.

Abaixo, a Figura 10 apresenta uma síntese dos relacionamentos dos estágios evolutivos da organização hospitalar e das estruturas organizacionais com as dimensões culturais e o estilo de liderança correspondente. Cada dimensão cultural apresenta os termos que definem seus dois extremos de representação. Cada estágio evolutivo é relacionado ao “extremo” de representação da dimensão cultural predominante.

	Estilo de Liderança			Distância do Poder		Individualismo /Coletivismo		Aversão à Incerteza		Masculinidade /Feminilidade		Orientação de Prazo	
	Autoc.	Liberal	Democ.	Baixa	Alta	Indiv.	Coletiv.	Baixa	Alta	Max.	Fem.	Corto	Longo
Estrutura Simples	Inconclusivo												
Burocracia Mecanizada	Red				Yel	Yel			Yel	Yel			Yel
Burocracia Profissional		Red		Grn		Grn		Inconclusivo			Grn	Inconclusivo	
Adhocracia			Red	Blu			Blu	Blu			Blu	Inconclusivo	

Figura 10 – Síntese das relações entre liderança, estrutura organizacional e dimensões culturais de Hofstede encontradas.

Cor Utilizada	Legenda Explicativa
Blue	Não foi possível concluir nenhuma relação na Estrutura Simples.
Red	Relações entre os Tipos de Estruturas Organizacionais com os estilos de Liderança.
Yellow	Relação entre a Burocracia Mecanizada e as Dimensões Culturais de Hofstede.
Green	Relação entre a Burocracia Profissional e as Dimensões Culturais de Hofstede.
Dark Blue	Relação entre a Adhocracia e as Dimensões Culturais de Hofstede.

Figura 11 – Legenda do quadro de síntese das relações entre liderança, estrutura organizacional e dimensões culturais de Hofstede.

Resumidamente, pode-se inferir conforme a Figura 9 que, no caso da Estrutura Simples, não é possível concluir sobre os estilos de liderança e dimensões culturais, pois como visto nos tópicos 5.1.1 e 5.2.1, trata-se de um modelo de “gestão doméstica”, no qual predomina a supervisão direta, o que implica que essa classificação depende em grande parte das características pessoais do administrador.

Na Burocracia Mecanizada, conforme os tópicos 5.1.2 e 5.2.2, a liderança autocrática impera, bem como Alta Distância do poder, Individualismo, Alta Aversão à Incerteza, Masculinidade e Orientação a longo prazo.

A Burocracia Profissional, de acordo com os tópicos 5.1.3 e 5.2.3, destaca-se a liderança liberal, bem como uma cultura com baixa Distância do poder, Individualismo e Feminilidade. Conforme visto, não é possível concluir sobre Aversão à Incerteza e Orientação a curto/longo prazo.

Na Adhocracia, designada como o futuro das organizações hospitalares, é possível constatar um estilo de liderança democrático e uma cultura com baixa Distância do Poder, Coletivista, baixa Aversão à Incerteza e Feminilidade. Não foi possível concluir sobre a orientação curto/longo prazo, conforme exposto no tópico 5.2.4.

Além disso, pode-se concluir que não está havendo mudanças significativas ao comparar-se Burocracia Profissional (estrutura organizacional predominante na atualidade no setor hospitalar) e Adhocracia (tendências do futuro) em relação à Distância do poder e Masculinidade/Feminilidade.

Porém, há uma tendência de mudança no Individualismo/Coletivismo, ou seja, os hospitais estão deixando de serem organizações predominantemente individualistas e estão se tornando coletivistas.

Corroborar-se tal fato observando-se a tendência de Mudança do estilo de Liderança Liberal para Liderança Democrático. Conforme as características do estilo Democrático, é possível associá-lo a uma característica coletivista.

Membros de uma cultura coletivista têm maiores expectativas em relação aos resultados (TRIANDIS, 2001), o que é consistente com a melhoria de processos, uma das características chaves da Adhocracia.

Dessa forma, o presente estudo contribuiu para a construção teórica acerca da estrutura organizacional enquanto construto que interfere e sofre interferência no setor hospitalar. Novas perspectivas de pesquisa configuram-se nos temas sobre o relacionamento das dimensões culturais com setores mais específicos da estrutura hospitalar, estudo da

Orientação a curto/longo prazo da Burocracia Profissional e da Adhocracia, além de pesquisas quanto à Aversão à incerteza na Burocracia Profissional.

Recomenda-se que sejam feitos estudos empíricos que possam não só comprovar na prática a presença dos relacionamentos sugeridos – uma vez que as informações utilizadas já estão baseadas em observações de campo dos autores citados – mas que também possam aprofundar e detalhar particularidades que surgem em organizações de diferentes ramos, tamanhos e que estão inseridas em ambientes variados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AHMED, P. K. Culture and climate for innovation. **European Journal of Innovation Management**, v.1, n.1, p.30-43, 1998.
- ARAÚJO, L. C. G. **Mudança organizacional na administração pública federal brasileira**. São Paulo: EAESP/FGV, 1982.
- ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S.; GIGANTE, D. P. **Atenção primária em diabetes no sul do Brasil: Estrutura, processos e resultados**. Rev. Saúde Pública, p.88-95, 2001.
- BATEMAN, T. S.; SNELL, S. **Administração: Construindo Vantagem Competitiva**. São Paulo, Ed. Atlas, 1998.
- BORBA, V.; LISBOA, T. **Teoria Geral de Administração Hospitalar: Estrutura e Evolução do Processo de Gestão Hospitalar**. Brasil: Qualitymark, 2006.
- BOYACIGILLER, N. A.; KLEINBERG, J.; PHILLIPS, M. E.; SACKMANN, S. A. **Conceptualizing culture: Elucidating the streams of research in international cross cultural management**. In B.J. Punnet & Shenkar O., (Eds.), Handbook for International Management Research, Second Edition, University of Michigan Press, p.99-167, 2003.
- CALVO, M. C. M. **Hospitais Públicos e Privados no Sistema Único de Saúde do Brasil: O Mito da Eficiência Privada no Estado de Mato Grosso**. Florianópolis, 2002. p.1-223.
- CECÍLIO, L. C. O.; **O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos**. Agir em saúde. São Paulo, p. 293-319, 1997.
- CHANDLER, A. **Strategy and structure**. Nova York, Anchor Books, 1996.
- CHIAVENATO, I. **Introdução a Teoria Geral da Administração**. Brasil: Elsevier, 2006.
- COLLET, N.; GOMES, E. L. R.; MISHIMA, S. M. **Método funcional na administração em enfermagem: relato de experiência**. Revista Bras. Enfermagem, p. 258-64, 1994.
- CHINELATO, J. F. **Da Burocracia à Adhocracia: Uma Revisão de Paradigmas**. p.1-5, 2012

- COUTTOLENE, F. B.; FORGIA G. M. L. **DESEMPENHO HOSPITALAR NO BRASIL: Em busca da excelência**. Brasil: Singular, 2009.
- CUNHA, I. C. K. O.; RUTHES, R. M. **Os Desafios da Administração Hospitalar na Atualidade**. v.9, n.36, p.93-101, 2007.
- DELOITTE. **Adhocracia x Burocracia**. *Jornal do Comércio*, 2005, p.1.
- DUARTE, N. **Teoria de Mintzberg: Mintzberg e o Desenho Organizacional**. Coimbra, p. 1-13, 2006.
- EAGLY, A. H.; JOHNSON, B. T. **Gender and leadership styles: A meta-analysis**. *Psychological Bulletin*, 108, 233-256, 1990.
- ENGELEN, A.; BRETTEL, M. **Assessing cross-cultural marketing theory and research**. *Journal of Business Research*, v.64, n.5, p.516-523, 2011.
- ESTRYN-BEHAR; M. GADBOIS, C.; POTTIER, M. **Actes du colloque international L'ergonomie à l'hôpital**, Octares Editions, France, 1992.
- FLETCHER, J. K. **Disappearing Acts Gender, Power and Relational Practice at Work**. 1999.
- FLYNN, B. B.; SALADIN, B. **Relevance of Baldrige constructs in an international context: a study of national culture**. *Journal of Operations Management*, v.25, n.5, p.583-603, 2006.
- GONÇALVES, E. L. **Estrutura Organizacional do Hospital Moderno**. *Revista de Administração de Empresas São Paulo*, v. 38, n. 1, p. 80-90 Jan./Mar. 1998.
- GUIRDHAM, M. **Communicating across Cultures at Work**. Palgrave Macmillan. 2ª edição. Nova Iorque, 2005.
- HOFSTEDE, G. **Motivation, leadership and organizations: do American theories apply abroad?** *Organizational Dynamics*, v.9, n.1, p.42-63, 1980.

HOFSTEDE, G. **Culture's consequences: comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations**. 2.ed. Thousand Oaks: Sage, 2001.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde**. Rio de Janeiro: O Instituto; 2013. http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/default.shtm. Acesso em 13/04/2013.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada: **O SUS na visão dos usuários**. Jornal O Estado de São Paulo, p.1, 2010.

KESSLER, D; McCLELLAN, M. **The Effects of Hospital Ownership on Medical Productivity**. Cambridge, National Bureau of Economic Research, 2001.

KLUCKHOHN, C.; STRODTBECK, F. **Variations in Value Orientations**. Evanston: Row, Peterson, 1961.

KOTTER, J. A. Liderando a Mudança: Uma Conversa com John Kotter. In. BIECH, E. **Manual de Liderança da ASTD – American Society Training and Development: a melhor fonte de informação sobre a arte de liderar**. Estados Unidos: Elsevier, 2011, p. 91-104.

KOTTER, J. A. **Sense of Urgency: an interview with John Kotter**. p.1-5, 2008.

KOUZES, J. M.; POSNER, B. Z. (2007). **Leadership Practices Inventory: Facilitator's guide**. Third Edition. San Francisco: Pfeiffer.

KURGANT. P. **Coordenadora. Administração em enfermagem**. São Paulo (SP): EPU; 1991

LAGROSEN, S. **Quality management in Europe: a cultural perspective**. The TQM Magazine, v. 14, n. 5, p.275–283, 2002.

LENCIONI, P. M. **Liderança para a Formação de Equipes**. In. BIECH, E. **Manual de Liderança da ASTD – American Society Training and Development: a melhor fonte de informação sobre a arte de liderar**. Estados Unidos: Elsevier, 2011, p. 36-44.

LIPPIT, R.; WHITE, R. K. **An Experimental Study of Leadership and Group Life**. In Readings in Social, 1952.

- MCCAULEY, C. D. **Conceitos sobre Liderança**. In. BIECH, E. **Manual de Liderança da ASTD – American Society Training and Development**: a melhor fonte de informação sobre a arte de liderar. Estados Unidos: Elsevier, 2011, p.1-11.
- MEZZOMO, A. A. **Fundamentos da Humanização Hospitalar: uma versão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003.
- MINISTÉRIO PÚBLICO. **A Saúde no Brasil: estatísticas essenciais 1990-2000**. p.1-51, 2001.
- MINTZBERG, H. **Criando Organizações Eficazes: Estruturas em Cinco Configurações**. 2º Edição: Canadá: Atlas, 2003.
- MONTEIRO, I. P. **Análise Psicológica: Hospital, uma organização de profissionais**. p.317-325. 1999.
- MORAES, M. F. D. **Algumas Considerações sobre a História dos Hospitais Privados no Rio de Janeiro: o caso Clínica São Vicente**. Dissertação (Mestrado) - CASA DE OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2005.
- MUKHERJI, A.; HURTADO, P. **Interpreting, categorizing and responding to the environment: the role of culture in strategic problem definition**. *Management Decision*, v. 39, n. 2, p 105-112, 2001.
- MULLER, S. L.; THOMAS, A. S. **Culture and entrepreneurial potential: a nine-country study of locus of control and innovativeness**. *Journal of Business Venturing*, v.16, n.1, p.51-75, 2001.
- PAGELL, M. **Understanding the factors that enable and inhibit the integration of operations, purchasing and logistics**. *Journal of Operations Management*, v. 22, n. 5, p.459-487, 2004.
- PERROW, C. **Is business really changing? Organizational analysis: a sociological review**. Belmont, Calif.; Wadsworth, 1970.
- POSTAI, V. **Tendências Hospitalares**. *Administradores: O portal da administração*, 2008, p.1.

- PRATES, M. A. S.; BARROS, B. T. **O estilo brasileiro de administrar: Sumário de um Modelo de Ação Cultural Brasileiro com base na Gestão Empresarial.** São Paulo: Atlas; 2006.
- RATES, S. M. M.; CAMPOS, G. W. S. **Segredos e Impasses na gestão de um hospital público.** Revista médica de Minas Gerais, p.279-283, 2008.
- ROBBINS, S. P. **Administração: mudanças e perspectivas.** São Paulo: Saraiva, 2002.
- ROBERT, C.; PROBST, T. M.; MARTOCCHIO, J. J.; DRASGOW, F.; LAWLER, J. J. **Empowerment and continuous improvement in the United States, Mexico, Poland and India: predicting fit on the basis of the dimensions of power distance and individualism.** Journal of Applied Psychology , v.85, n.5, p.643-658, 2000.
- ROLLO, A. A., MERHY, E. E. **É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público?** Agir em saúde. São Paulo, p. 321-39, 1997.
- SANTOS, F. C. A. **Relações entre dimensões culturais de Hofstede e configurações organizacionais de Mintzberg.** XVII SIMPEP, Bauru. 2010.
- SANTOS, I. D.; CASTRO, C. B. **Estilos e Dimensões da Liderança: iniciativa e investigação no cotidiano do trabalho de enfermagem hospitalar.** p.1-8, 2008.
- SENTANIN, O. F. **Dimensões estratégicas de recursos humanos e gestão de desempenho em uma empresa pública de pesquisa e desenvolvimento.** 2012, Dissertação (Doutorado) – Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2012.
- SILVA, R. O. D. **Teórico da administração.** Pioneira Thomson Learning. 2001.
- STODGILL, R. M. (1974). **Handbook of leadership.** New York: Free Press
- STONER, J. A. F. **Administração.** LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora, Rio de Janeiro, 1999.
- SZNELWAR, L. I.; LANCMAN, S.; WU, M. J. **Análise do Trabalho e Serviço de Limpeza Hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho.** v.14, n.3, p.45-57, 2004.

- TEIXEIRA, L. H. G. **Cultura organizacional e projeto de mudança em escolas públicas: um estudo de escolas da rede estadual de Minas Gerais.** p.1-398, 1998. Dissertação (Doutorado em Educação) - Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, 1998.
- THE LANCET. **Saúde no Brasil**, p.1-108, 2011.
- TOFFLER, A. **Choque do futuro.** Lisboa: Edição Livros do Brasil, 1970.
- TONNEAU, D.; BONHOURS, S.; GALLET, A.; PÉPIN, M. **L'Organisation du travail dans les services de soins.** Lyon, Ed. ANACT, 1996.
- TREVIZAN, M. A.; LOURENÇO, M. R. **Liderança Situacional: análise de estilo de enfermeiros-líderes.** v.15, n.1, p.48-52, 2002.
- TRIANDIS, H. C. **Individualism-collectivism and personality.** Journal of Personality, v. 69, n. 6, p.907-924, 2001.
- URBANAVICIUS JÚNIOR, V. **Parâmetros Organizacionais de Mintzberg: Análise da Estrutura Organizacional de um Programa Interinstitucional de Pré-incubação de Empresas no Município de Itajubá, MG.** Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração. 138 f. 2008.
- VENDERMIATTI, M.; SIQUEIRA, E. L.; FILARDI, F.; BINOTTO, E.; SIMIONI, F. J. **Conflito na Gestão Hospitalar: O papel da liderança.** p.1-12, 2007.
- WACKER, J. G.; SPRAGUE, L. G. **Forecasting accuracy: comparing the relative effectiveness of practices between seven developed countries.** Journal of Operations Management, v.16, n.2-3, p.271-290, 1998..
- WHEELER, K. G. **Cultural values in relation to equity sensitivity within and across cultures.** Journal of Managerial Psychology, v. 17, n. 7, p.612-627, 2001.