

## Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança

### Hospital management conflict: the leadership role

Mariana Vendemiatti <sup>1</sup>  
 Elisabete Straditto Siqueira <sup>2</sup>  
 Fernando Filardi <sup>3</sup>  
 Erlaine Binotto <sup>4</sup>  
 Flávio José Simioni <sup>5</sup>

**Abstract** *This study analyzes the context of the hospital management professionalization process showing as the main challenges the leadership role to solve the conflict between the doctor, the nurse and the administrative sub-culture. This is a descriptive research and a field investigation based on the survey tools with interview and observation of thirty professionals from the hospital. The results show that the conflict between the various kinds of activities is derivate from the control rules within the hospital, the difference of social assistance and individual values. The conclusion points the need to change the leadership focus from total control to a more flexible kind of management, with emphasis in the dialog and negotiation between these activities in a hospital.*

**Key words** *Hospital management, Leadership, Organization culture*

**Resumo** *O estudo contextualiza o processo de profissionalização da gestão hospitalar e destaca os desafios para a atuação das lideranças para lidar com a dimensão do conflito existente entre as subculturas médica, de enfermagem e administrativa. Trata-se de pesquisa descritiva, quanto aos fins, e pesquisa de campo, quanto aos meios, e os instrumentos de investigação foram observação participante e entrevista. A amostra envolveu trinta profissionais da organização. Os dados indicam que os conflitos entre as subculturas são derivados das formas de controle do trabalho, divergência de interesses e desigualdade de tratamento social. Nesse sentido, a atuação da liderança deve deslocar-se de uma perspectiva do comando e controle para outra mais subjetiva, como a construção de relações de confiança, a mediação ou ainda a atribuição de significado para a ação dos liderados. A ênfase do processo de gestão estaria apoiada na construção de relações de alteridade, entre sujeitos, orientada por processos de diálogo e negociação.*

**Palavras-chave** *Gestão hospitalar, Liderança, Cultura organizacional*

<sup>1</sup> Hospital Nove de Julho.  
 Rua Peixoto Gomide 625,  
 Bela Vista. 01300-000 São  
 Paulo SP.  
 mavendemiatti@hotmail.com

<sup>2</sup> Universidade do Planalto  
 Catarinense.

<sup>3</sup> Departamento de Ciências  
 Sociais Aplicadas,  
 Universidade do Sul de  
 Santa Catarina.

<sup>4</sup> Faculdade de  
 Administração, Ciências  
 Contábeis e Economia,  
 Universidade Federal da  
 Grande Dourados.

<sup>5</sup> Universidade do Estado de  
 Santa Catarina.

## Introdução

O assistencialismo em saúde sofreu significativas mudanças no sentido de profissionalizar-se e buscar metas não antes desejadas como, por exemplo, o aumento da lucratividade, o que provoca, direta e indiretamente, mudanças na estrutura geral de um hospital.

De acordo com Matos<sup>1</sup>, as instituições de saúde, no ambiente de competitividade cada vez maior, assumem contornos empresariais, necessitando, em tal contexto, de uma gestão profissional.

Algumas vertentes, mais conservadoras, ainda relutam em assumir o hospital como parte integrante das empresas nos moldes mais capitalistas; entretanto, estes novos focos de trabalho são demonstrações de uma quebra de paradigma e de preocupação com uma nova forma de gestão da qualidade, como defendem os principais autores atuais na área de qualidade e hotelaria hospitalar, podendo ser citados Boeger<sup>2</sup>, Taraboulsi<sup>3</sup> e Dias<sup>4</sup>.

Considerando que a profissionalização dos processos gerenciais das instituições hospitalares constitui-se em uma necessidade tanto do ponto de vista da eficiência como da competitividade, elegeu-se como foco deste estudo o papel da liderança no tratamento dos conflitos derivados do processo de empresarização do hospital.

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

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

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

Nesse sentido, a estrutura organizacional dos hospitais abriga subculturas com peculiaridades que demarcam campos de poder que se constituem em desafios para o processo de gestão.

Van Maanen e Barley, citados por Hatch<sup>5</sup>, definem subcultura como sendo um subsetor dos

membros da organização que interagem regularmente entre si, se autoidentificam como um grupo distinto dentro da organização e, rotineiramente, orientam suas ações com base no entendimento coletivo do que é melhor para o grupo.

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

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

O objetivo deste artigo reside em caracterizar os dilemas existentes entre as subculturas de especialidades (médicas, enfermagem e administrativas), a fim de delimitar as possibilidades de atuação das lideranças na mediação dos conflitos derivados desse contexto.

## A organização hospitalar

As origens do sistema hospitalar, em seu perfil contemporâneo, remontam à Idade Média. Segundo Foucault<sup>6</sup>, a medicina, nesta época, não era uma prática hospitalar, bem como o hospital não era uma instituição médica, sendo até o século XVIII um local essencialmente de assistência aos pobres.

A introdução dos mecanismos disciplinares no espaço hospitalar atribuiu-lhe uma função econômica ao reduzir custos públicos gerados pela propagação das epidemias. A atuação médica, em tal contexto, foi fruto da transformação da prática médica, que amplia o plano de atendimento individualizado nas residências para tal instituição.

Contudo, essa disciplina suscitou mudanças de caráter mais profundo<sup>6</sup>. Até meados do século XVIII, quem detinha o poder era a parcela das lideranças religiosas, raramente leigas, destinadas a assegurar a vida cotidiana do hospital, bem

como a “salvação e a assistência alimentar das pessoas internadas”<sup>6</sup>. O médico estava, portanto, sob a dependência administrativa do pessoal religioso, podendo ser, inclusive, demitido.

Todavia, a partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar<sup>6</sup>. Neste raciocínio, considerando o regime alimentar, a ventilação, o ritmo das bebidas e medicações como fatores de cura e, considerando o médico como principal responsável pelo controle destes itens, tem-se que o médico passa a ser, direta e indiretamente, economicamente responsável pela viabilidade do hospital.

Foi este o contexto da época em que os hospitais foram criados, como hoje é conhecido, dando forma às relações socioeconômicas que se encontram atualmente nas instituições hospitalares.

A empresarização do hospital, segundo Graça<sup>7</sup>, é a fase da ruptura, tanto conceitual, como organizacional, com o passado do hospital cristão medieval e do hospital assistencial do século XIX.

A respeito da empresarização, Solè<sup>8</sup> compreende que esse fenômeno ocorre em decorrência daquilo que denomina de empresarização do mundo, que transforma as organizações (de natureza social ou filantrópica) em empresas, orientadas por princípios de lucratividade e competitividade, tornando-se similares, em seus valores, às empresas vinculadas ao mundo da produção, constituindo-se como modelo universal da atividade humana. Nesse sentido, a transformação do hospital como organização social em empresa decorre, além dos fatores históricos, de um processo mais amplo que envolveu as organizações.

Graça<sup>7</sup> explica que, depois da Segunda Guerra Mundial, em função do peso do desenvolvimento tecnológico, o hospital passa a ser dirigido como uma empresa, modificando todo o sistema técnico de trabalho que foi acompanhado por mudanças organizacionais, podendo ser expresso na criação de áreas antes inexistentes nesta estrutura como, por exemplo, a engenharia hospitalar acompanhada pela gestão da qualidade.

O hospital contemporâneo abandonou a prestação da assistência para assumir a produção dos cuidados com a saúde através da prestação de serviços<sup>7</sup>. O hospital passa a fazer parte do processo de atenção à saúde, enquanto subsistema de cuidados secundários (por exemplo, cura e tratamento) e terciários (reabilitação e reintegração), para além de lugar de ensino e de investigação biomédica.

Pelo fato do hospital ser uma instituição considerada imprescindível para o desenvolvimento da ciência e para a formação de recursos humanos, uma vez que possibilita descobertas de novos conhecimentos científicos, através da pesquisa, Trevisan<sup>9</sup> afirma a necessidade de refinamento profissional tanto assistencial como gerencial.

Gonçalves<sup>10</sup>, analisando a sociedade contemporânea, diz que é possível perceber o lugar de destaque que os hospitais vêm ocupando. O autor diz que são organizações complexas, que utilizam tecnologia sofisticada e precisam ter uma reação dinâmica às exigências de um meio ambiente em constante mudança. Pode-se, por esta passagem, firmar o entendimento da importância do papel da liderança neste cenário de quebra de paradigmas e adequação às novas necessidades do mercado.

### O contexto da liderança

O mundo do trabalho vem passando por diversas transformações ao longo dos anos e, conseqüentemente, estas refletem os diferentes modelos de gestão utilizados pelas organizações, como afirmam Heloani<sup>11</sup>, Morgan<sup>12</sup> e Goulart<sup>13</sup>.

Pode-se considerar como pioneiro no estudo dos estilos de liderança Max Weber<sup>14</sup>, que diferenciou em três tipologias o comportamento do líder: liderança autoritária, liberal e democrática. Weber<sup>14</sup> delimita a diferença entre esses três estilos, dizendo que a liderança autocrática possui sua ênfase centrada no líder, sendo ele quem fixa as diretrizes a serem seguidas e determina as técnicas a serem utilizadas, sem qualquer participação do grupo. Já a liderança democrática coloca sua ênfase tanto no líder como nos subordinados, sendo as diretrizes debatidas e as técnicas e processos escolhidos pelo grupo, assistidos pelo líder. Por sua vez, a liderança liberal coloca todo seu foco nos subordinados. Segundo Weber, neste caso, há liberdade completa, por parte dos colaboradores, para tomada de decisões.

Diversos autores, a exemplo de Koontz *et al.*<sup>15</sup>, destacam que os líderes foram agentes importantes nas mudanças ocorridas no contexto do trabalho, tendo em vista que eram os responsáveis pela difusão das práticas de gestão e pelo gerenciamento da força de trabalho.

De acordo com as mudanças ocorridas no ambiente, Heifetz<sup>16</sup> visualiza uma evolução no conceito de liderança aplicado às organizações. Durante décadas, o termo liderança referiu-se às pessoas que ocupavam posições de gerenciamen-

to no topo das organizações. Contemporaneamente, a discussão distingue liderança e gerência entendendo que líderes podem ocupar posições em níveis hierárquicos inferiores.

Sob esta perspectiva, o gerenciamento produz ordem e consistência através do desenvolvimento do planejamento em curto prazo, organização, controle e resolução de problemas; já a liderança produz mudança e movimento nas organizações através da criação de uma visão, desenvolvimento de estratégias, alinhamento das pessoas, bem como a responsabilidade de inspirar e motivar o grupo<sup>17,18</sup>.

É possível destacar abordagens relacionadas às teorias de liderança apresentadas pela literatura com enfoques diferenciados. Fleishman *et al.*<sup>19</sup> destacam a existência de aproximadamente 65 sistemas de classificação para sintetizar as dimensões da prática da liderança. Neste contexto, a primeira dificuldade encontrada em definir um conceito de liderança está situada na infinidade de enunciados, facilitando a confusão entre diferentes estilos e teorias de liderança.

Yukl<sup>18</sup> ressalta diferentes níveis das diversas teorias de liderança – processo individual (teorias centradas no líder, a exemplo da teoria dos traços); processo diádico (teorias focadas na relação entre líder e liderado, a exemplo da teoria da troca líder-liderado); e processo grupal (teorias focadas no grupo, entendendo-se que o líder contribui para a eficácia do grupo, a exemplo da teoria contingencial).

Há um consenso que a liderança é marcada por um complexo processo de inter-relações entre líder e liderados, em que ambos influenciam o processo e podem determinar o fracasso ou o sucesso dessa relação<sup>17</sup>.

Jung e Avolio<sup>20</sup> sugerem que a complexidade do processo de liderança deriva da confiança entre os envolvidos na relação.

Para Davel e Machado<sup>21</sup>, o centro da relação entre líderes e liderados é movido pelo poder, cognição e emoção. O equilíbrio desses fatores é desenvolvido pela liderança através do ordenamento de significados das demandas da organização e dos anseios dos envolvidos, que devem gerar processos de identificação. Nesse sentido, o processo não é orientado pela autoridade, mas primordialmente pela negociação dos limites possíveis entre os desejos individuais e os objetivos organizacionais, que geram consentimento e legitimam a atuação do líder.

Zand<sup>22</sup> afirma que “parte da tarefa do líder é trabalhar com as pessoas para identificar e solucionar problemas, mas o seu acesso ao conheci-

mento e ao pensamento criativo necessários para a resolução dos problemas vai depender do quanto as pessoas confiam nele”. A confiança e a credibilidade modulam o acesso do líder ao conhecimento e à cooperação.

Desta forma, cativar e conquistar a confiança dos seguidores apresenta-se também como um desafio, uma vez que esta se apóia na idoneidade da relação. Nesse sentido, a transparência e a ética constituem-se em fatores importantes, uma vez que indivíduos desonestos que buscam somente a satisfação de interesses individuais não sustentam tal perspectiva<sup>20,22</sup>.

Para Bergamini<sup>23</sup>, a liderança tem o papel de atribuição de significados às ações desenvolvidas pelos liderados; nessa perspectiva, o líder é um agente de mudança cultural. Sua capacidade de compreender a cultura organizacional permite administrar o sentido que é dado para as ações da organização pelos liderados. Tal processo é derivado de sua habilidade de estabelecer a sintonia das expectativas dos contribuintes individuais e grupais com as demandas organizacionais. A dificuldade de atuação da liderança estaria vinculada à resistência da organização em modificar seu *status quo*.

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

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

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

Nesse contexto, têm-se duas linhas de liderança, que nem sempre agem a partir da mesma lógica de gestão: a subcultura médica que realiza atividades em função do que julga correto para a situação e a administrativa que produz regras orientadas para o processo de profissionalização, em busca de controle de custos, aumento da produtividade e busca pela qualidade por meio de padronização das operações. É neste contexto que pode nascer o conflito entre essas duas subculturas: uma defende maior liberdade de atuação, prevendo que as situações não podem ser

catalogadas e, portanto, deixando de seguir protocolos, enquanto a outra não reconhece a influência histórica que a subcultura médica exerce no cotidiano de um hospital, tentando fazê-lo seguir regras impostas sem participá-lo previamente das decisões.

Entretanto, essas subculturas precisam coexistir dentro do ambiente hospitalar e, desta forma, a fim de gerir as instituições de saúde, Uribe Rivera<sup>24</sup> afirma que a comunicação e a negociação são instrumentos decisivos na gestão contemporânea em busca da governabilidade de uma organização de alto grau de complexidade, como a hospitalar.

Nesta linha de raciocínio encontra-se Matus<sup>25</sup>, discorrendo sobre o poder nas organizações de saúde, dizendo que este é compartilhado por vários núcleos de profissionais, reforçando a necessidade de aprimoramento constante na comunicação e na capacidade de negociação das lideranças.

Desta forma, ele conclui que a negociação é cooperativa quando os interesses são distintos; entretanto, o objetivo é comum, levando os profissionais a uma saudável disputa. Todavia, o autor diz que, quando os interesses são divergentes e a negociação é conflituosa, o resultado é nulo.

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

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

### **Cultura organizacional: uma variável para compreender a relação entre conflito e liderança no contexto brasileiro**

Os estudos de cultura organizacional nem sempre consideram as singularidades culturais e de alguma forma generalizam conceitos oriundos de outras culturas, principalmente a norte-

americana, para interpretar as ações do contexto organizacional brasileira. Tal processo gera uma distorção analítica, uma vez que hierarquiza visões de mundo como melhores ou piores, perdendo a compreensão do movimento de cada cultura<sup>26</sup>. No Brasil, uma série de estudos propõe uma análise relacional entre os traços da cultura brasileira e o perfil das organizações<sup>27-31</sup>.

Fleury<sup>32</sup> destaca que o estudo da cultura organizacional está permeado pela compreensão das relações de poder, do processo de trabalho e das práticas administrativas, que compreendem o tecido simbólico sobre o qual a dimensão interpessoal se constitui.

Em tal contexto, o estudo da cultura organizacional brasileira deve estar alicerçado em nossa realidade cultural, como matriz interpretativa.

Sobre esse estilo brasileiro de administrar, Prates e Barros<sup>27</sup> desenvolvem um sistema de análise que se baseia nos seguintes eixos:

- . líderes e liderados: apresentando uma concentração de poder por parte dos líderes e uma forte tendência paternalista, geram na dimensão dos liderados a falta de iniciativa, de um lado, e de outro, a tendência de evitar conflitos, como forma de não desenvolver um enfrentamento direto com as relações de poder, que articuladas atribuiriam ao liderado brasileiro grande flexibilidade para lidar com situações imprevistas e incertas;

- . institucional e pessoal: de um lado, as organizações são dotadas de grande institucionalidade, gerando um excesso de procedimentos formais, derivados de uma relação de autoridade muito centralizadora, e de outro, considerando que culturalmente as relações pessoais são valorizadas, tal situação geraria uma lealdade pessoal à pessoa do líder, o que traria problemas nos momentos sucessórios uma vez que as relações são pessoais.

Na intersecção desses dois eixos, teríamos como eixo sustentador de processos aparentemente contraditórios a impunidade, que geraria a flexibilidade necessária para a execução de sanções e definição de políticas.

Outro autor que realizou uma pesquisa sobre a influência dos traços nacionais na cultura organizacional foi Hofstede. Segundo Hatch<sup>5</sup>, ele realizou um estudo em uma empresa multinacional em quarenta países e, especificamente com relação ao Brasil, concluiu que a empresa brasileira analisada é avessa aos riscos, preza as relações pessoais, tem rígida estrutura hierárquica, visão negativa da competição e prefere as decisões por consenso.

Freitas<sup>30</sup> também realizou um estudo e define como traços centrais a hierarquia verticalizada,



personalismo, malandragem, sensualismo e espírito aventureiro (aversão ao trabalho rotineiro).

Ainda que os autores apresentem ênfases diferenciadas, dada sua perspectiva de análise, é possível verificar certa homogeneidade geral nos traços da cultura organizacional brasileira.

Outros autores, como Miguelis<sup>26</sup>, criticam essa visão estática da cultura ancorada em uma versão histórica de quinhentos anos; contudo, ainda que possamos concordar que tais traços não são fixos, uma vez que a cultura organizacional é singular, não podemos desconsiderar tendências mais gerais que certamente influenciam nossa visão de mundo enquanto população brasileira.

### **Conflito e as interfaces no uso do poder**

A temática do conflito foi tratada de forma diferenciada pelas várias abordagens de administração. Segundo Motta<sup>33</sup>, as escolas de administração podem ser divididas sob dois enfoques: o prescritivo e o explicativo. No primeiro grupo estariam localizadas a administração científica e a abordagem humanística; para elas, os conflitos eram inexistentes, pois ambas acreditavam em uma harmonia de interesses entre patrões e empregados. Para a primeira, essa harmonia era natural e, para a segunda, poderia ser alcançada por um processo de gestão compreensivo e terapêutico que eliminaria condutas individuais.

O segundo grupo, no qual o autor inclui o behaviorismo e o estruturalismo, admite a existência do conflito; contudo, enquanto a abordagem comportamental ainda procura resolvê-los através da negociação, os estruturalistas o tomam como inevitáveis e até mesmo desejáveis.

Portanto, são esses últimos que incluem na agenda da administração a dimensão do conflito enquanto um agente inerente ao processo organizacional e o consideram como elemento propulsor de desenvolvimento.

Ainda para Motta<sup>33</sup>, essa escola de administração procurou identificar as origens dos conflitos, tomando como referência dois autores: Marx, para o qual eles são gerados em função da ausência de propriedade dos meios de produção por parte dos trabalhadores, e Weber, que amplia a dimensão da propriedade para o controle, ou seja, os conflitos seriam gerados em função de um processo de controle exercido sobre o trabalho, que geraria divergência de interesses entre indivíduo e organização.

Portanto, a partir dos estruturalistas, a reflexão sobre esta temática organizacional passou a

fazer parte das preocupações dos teóricos da administração.

Robbins<sup>34</sup> também faz uma retrospectiva de como os conflitos foram tratados nas teorias organizacionais, categorizando-as em três visões: a tradicional (o conflito deve ser eliminado), a de relações humanas (o conflito é uma ocorrência natural) e a interacionista (um nível saudável de conflito deve ser estimulado).

Existe um consenso de que os conflitos são gerados pela divergência de interesses<sup>12,33,34</sup>; contudo, como o tratamento dessa questão reflete nas relações de poder é algo em que nos detemos um pouco mais.

Motta<sup>35</sup> sugere que o tratamento dos conflitos está relacionado, diretamente, com as formas de uso de poder. Em tal perspectiva, quanto mais hierarquizada é uma organização, mais a compreensão do conflito estará articulada a sua dimensão disfuncional e, portanto, passível de repressão.

Para o autor<sup>35</sup>, admitindo-se que o conflito tem como fonte a diversidade de interesses e a distribuição desigual de recursos, o enfrentamento positivo da questão poderia ocorrer através de processos de participação.

A participação nasce como instrumento para a cooperação e a solução de conflitos. Para os que admitem ser o conflito proveniente de fatores organizacionais e individuais, a participação é normalmente considerada uma forma eficaz de solução, acomodações ou equilíbrio entre grupos divergentes.

Neste contexto, a dimensão da política da organização é evidenciada e os processos de negociação passam a fazer parte de seu cotidiano. Uma ampliação da esfera de poder pressupõe, segundo o autor, uma perspectiva mais pluralista.

Essa abordagem está baseada em três premissas: os indivíduos são motivados e agem segundo interesses próprios, a ação individual é acompanhada por processos de coalizão e, finalmente, que a capacidade de influência está diretamente vinculada à luta pelo controle de processos<sup>35</sup>.

Portanto, a dimensão da participação, sob a ótica pluralista do poder, não é tomada de forma ingênua, mas se reconhece a organização como um campo de forças e disputas que se alinham ou divergem em função de contextos e interesses. Morgan<sup>12</sup>, também apoiado na perspectiva política das organizações, caracteriza os conflitos pela diversidade de interesses; contudo, faz uma diferenciação entre eles, o que por sua vez derivaria formas alternativas de tratamento.

O autor sugere que os interesses podem ser divididos em três categorias: da tarefa, vinculado

ao trabalho que se está desempenhando; de carreira, que inclui a personalidade, valores e preferências individuais e extramuro, que articula a dimensão do cargo e da carreira. Essas categorias não se desenvolvem isoladamente, mas se articulam a partir de situações que colocam em evidência uma ou outra, produzindo uma diversidade de comportamentos no enfrentamento do conflito.

A metáfora política, segundo Morgan<sup>12</sup>, demonstra como a organização lida com as relações entre interesses, conflito e poder e, portanto, como as coalizões são construídas para o enfrentamento dessa questão.

Em contraste com a visão de que as organizações sejam empreendimentos interligados e racionais que perseguem um objetivo comum, a metáfora política encoraja a ver as organizações como redes de pessoas independentes com interesses divergentes que se juntam em função da oportunidade. As organizações são compostas por coalizões e a construção da coalizão é uma importante dimensão de quase toda a vida organizacional.

Em tal perspectiva, o poder está relacionado diretamente com a capacidade de enfrentamento do conflito, pois seria a habilidade de conseguir que uma pessoa mudasse seu posicionamento diante de uma dada situação. Morgan<sup>12</sup> elenca uma diversidade de fontes de poder que poderiam ser utilizadas no enfrentamento dos conflitos, quais sejam: autoridade formal; controle de recursos escassos; uso da estrutura organizacional, regras e regulamentos; controle do processo de tomada de decisão; controle do conhecimento e da informação; controle dos limites; habilidade de lidar com a incerteza; controle da tecnologia; alianças interpessoais, redes e controle da organização informal; controle das contraorganizações; simbolismo e administração do significado; sexo e administração da relação entre os sexos; fatores estruturais que definem o estágio da ação; o poder que já se tem.

Morgan<sup>12</sup> também se alinha com a perspectiva do tratamento dos conflitos sob a ótica pluralista, ou seja, do reconhecimento da diversidade de interesses, intuítos e objetivos presentes na organização. Em tal contexto, o conflito faz parte de um jogo de poder e o papel do gestor é fazer com que esse jogo traga resultados para a organização. Trata-se de manter um nível adequado de conflito, que permita evitar a improdutividade, encorajando a complacência e letargia e, ao mesmo tempo, evitar que ele atinja patamares destrutivos e irreconciliáveis.

O autor não sugere um caminho único para o enfrentamento desta questão, mas propõe uma

diversidade de posicionamentos e estilo do gestor, definidos a partir de uma análise do contexto e dos comportamentos existentes na organização em uma situação específica.

Os estilos propostos por ele são: impeditivo, negociador, competitivo, acomodador e colaborador. Todos esses estilos estão no contexto da ação pluralista e a habilidade do gestor está, justamente, em sua capacidade de reconhecer as áreas latentes de conflito e saber como lidar com elas.

Pagès *et al.*<sup>36</sup> também reconhecem a organização como um *locus* de interesses contraditórios.

A organização e, se quisermos, uma vasta “zona intermediária” que se interpõe entre as contradições de classe, evita ou atenua conflitos, os absorve e os integra em um sistema social unificado, mas é, entretanto, constantemente sustentada e produzida por elas. Todos esses fenômenos não significam o desaparecimento das contradições, nem mesmo sua atenuação. Mas, antes a modificação do sistema de controle da sociedade e das empresas capitalistas, sua extensão a novas zonas, em face das mudanças do sistema produtivo e das condições de luta.

Em tal contexto, o autor sugere que o papel do gestor deva estar mais centrado na mediação, que, em tal situação, teria uma função de antecipação dos conflitos. Neste caso, sugere que o tratamento dessa problemática organizacional estaria vinculada à manutenção de condições favoráveis para os agentes organizacionais, ou seja, promoção de bem-estar para funcionários, satisfação dos clientes, boa reputação.

O diálogo com os autores parece indicar que a dimensão do conflito nas organizações ainda é algo a ser aprofundado; contudo, poderíamos traçar algumas tendências.

A primeira é a de que o conflito faz parte da dinâmica organizacional e, de uma forma ou de outra, vem sendo enfrentado pelos gestores na tentativa de potencialização de seus efeitos, seja para os sujeitos, seja para a organização.

A segunda relaciona o conflito a um processo de percepção e contextualização, ou seja, não é possível a definição de um modelo de tratamento dessa questão uma vez que conjunturas diferenciadas e comportamentos distintos exigem formas particulares de tratar a questão.

E a última está vinculada à relação íntima entre conflitos e poder, ou seja, na mesma medida que parte dos conflitos organizacionais são provocados por uma distribuição desigual do poder, este tem sido o instrumento fundamental para seu equacionamento no contexto empresa-

rial, exigindo dos gestores uma capacidade maior de compreensão e negociação da diversidade.

Diante da complexidade dessa questão, propomos um olhar em uma organização, no sentido de perceber em que medida a realidade organizacional se alinha ou não com as perspectivas aqui esboçadas.

### Metodologia do estudo

O hospital em que foi desenvolvido o estudo é uma instituição filantrópica de direitos privados, sem fins lucrativos, sendo o remanescente das receitas apuradas investido no próprio hospital, na aquisição de novos equipamentos e melhorias estruturais.

O organograma da instituição apresenta seis níveis hierárquicos, partindo da presidência, que é representante da mesa diretora da instituição mantenedora; administração, representada por um administrador hospitalar; coordenadores, que são responsáveis pelas grandes áreas; gestores, que têm a função de administrar as gestões de cada coordenação; supervisores, que gerenciam os setores que cada gestão engloba e colaboradores, que são os executores.

O presente estudo tem uma abordagem qualitativa. Trata-se de pesquisa descritiva, quanto aos fins, e pesquisa de campo, quanto aos meios, e os instrumentos de investigação foram observação participante e entrevista.

A amostra envolveu trinta profissionais da organização, sendo seis médicos, quatro lideranças de enfermagem, oito profissionais de enfermagem (operacional), quatro líderes administrativos e oito colaboradores administrativos. Os sujeitos foram escolhidos por acessibilidade de forma estratificada, procurando contemplar diversidade nas funções e níveis hierárquicos: estratégica (que engloba gestão de pessoas, gestão de controladoria e gestão financeira), operacional (que envolve as gestões de hotelaria, de suprimentos e de engenharia) e técnica (que diz respeito aos departamentos de enfermagem e médicos, divididos nas gestões de materno-infantil, clínico-cirúrgico, ambulatorial e SADT – serviços de apoio ao diagnóstico e terapia).

Para cada grupo hierárquico, foi elaborado um roteiro de investigação, adaptando situações específicas da área de atuação e posição no organograma. O instrumento de pesquisa abordava questões relacionadas ao conflito entre as subculturas, processo decisório e liderança.

As entrevistas foram gravadas e transcritas para análise interpretativa dos depoimentos. Se-

gundo Merriam<sup>37</sup>, trata-se de um processo de articulação de dados concretos e conceitos abstratos, orientado pelo raciocínio indutivo e dedutivo que possibilita a descrição e a interpretação.

As categorias de análise foram definidas a partir de eixos recorrentes nas falas: organograma, participação, conflito e liderança.

A observação participante foi realizada por um membro da equipe que trabalha no hospital. Durante seis meses (janeiro a julho de 2006), o pesquisador anotou suas impressões e depoimentos sobre a temática da pesquisa que subsidiou a elaboração do roteiro e a condução das entrevistas. As realizações das entrevistas ocorreram durante um mês (agosto de 2006).

### Resultados da pesquisa

#### Organograma

Para compreender em que medida a dimensão da tomada de decisão e os conflitos eram decorrentes do conhecimento mais amplo sobre a organização, algumas questões abordaram a percepção dos entrevistados sobre o organograma.

A dimensão formal da hierarquia, representada no organograma, não é amplamente conhecida. Os gestores, coordenadores e a administração sabem e conhecem quais são os níveis, o que eles representam e quem são os ocupantes de cada cargo.

Por outro lado, colaboradores e alguns supervisores dizem nunca ter visto o organograma da instituição. Eles sabem a quem devem se reportar, mas desconhecem a rede formal de autoridade existente. O mesmo ocorre com os médicos e membros do corpo clínico, com exceção do diretor clínico, cujo conhecimento é derivado de sua relação com o corpo administrativo, dada a função que exerce.

A ausência de uma divulgação mais ampla do organograma dificulta que os agentes envolvidos nos processos da organização compreendam as relações de autoridade. Do ponto de vista das ações administrativas, esse desconhecimento dificulta a percepção dos fluxos decisórios relativos às ações.

Questionados sobre os motivos que levam a esse desconhecimento, aqueles que ocupam cargos afirmam que o hospital está passando por fase de reestruturação e que este desenho é muito recente, não tendo havido tempo para sua divulgação.

Contudo, mesmo aqueles que conhecem a estrutura hierárquica confirmam que, pela pres-



sa de resolver determinada situação, acabam burlando os níveis propostos. É o caso de um coordenador que reconhece sua dificuldade em acatar a relação hierárquica proposta no organograma.

Em alguns casos, a hierarquia é apontada como um fator que dificulta a agilidade dos processos e, nesses casos, existe certa dificuldade em manter a proposição do organograma.

A dificuldade em compreender como se desenvolvem os fluxos decisórios pode se constituir em um dos fatores geradores de conflitos. Contudo, os relatos demonstram que a questão central não é o desconhecimento, mas primordialmente a emergência da situação, e a cultura organizacional que em outros momentos era receptiva a contatos diretos que ignoravam a hierarquia existente.

#### **Participação dos superiores e subordinados e médicos no processo de gestão**

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

Um dos coordenadores do hospital, caracterizando seu nível de autonomia, explica que os supervisores também concordam que existe autonomia restrita às atividades rotineiras; contudo, novas iniciativas ainda não são incentivadas.

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 é maior.

Da mesma forma, é a participação dos superiores dentro dos setores: nos departamentos de

enfermagem, a ligação entre os membros é vertical, seguindo a hierarquia proposta: coordenador – gestor – supervisor – colaborador, ligação que é mais maleável nos departamentos administrativos.

Ainda que os setores administrativos apresentem uma visão mais otimista, alguns depoimentos indicam que essa questão ainda não faz parte da cultura e depende, em alguma medida, do perfil de quem ocupa o cargo.

Nesta perspectiva, o contexto da enfermagem aproxima-se mais do administrativo, pois o envolvimento entre aqueles acima e abaixo dos cargos médicos não apresenta comunicação direta.

Já no que diz respeito às formas de relacionamento e canais de comunicação entre supervisores e subordinados, entende-se que a hierarquia da enfermagem apresentou-se mais rígida, podendo ser decorrência de uma forma histórica de trabalho e do escalonamento gradativo de saberes. Entretanto, no quesito envolvimento entre superiores e subordinados, tanto os grupos administrativos quanto os de enfermagem mostraram-se “engessados” e com hierarquias pouco flexíveis.

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

Entre os médicos, não há consenso nessa questão, pois ao mesmo tempo em que alguns afirmam não ter autonomia, em função da precariedade contratual, visto que não são funcionários do hospital, mas prestadores de serviço, outros afirmam que se sentem à vontade para tomar decisões; contudo, tal conduta não está vinculada à flexibilidade da gestão, mas a certa rebeldia do profissional com relação as regras.

O *status* que um médico tem, em uma instituição dessa natureza, permite atitudes como essa; por outro lado, é necessário considerar que esse comportamento, questionador à gestão, os coloca em conflito com o restante da equipe. Há uma exposição individual, mas principalmente dos outros membros da equipe, que são responsáveis pela atividade, passíveis de punição, gerando conflitos entre as subculturas.

A participação ocorre, portanto, por processo de pressão e não de espaços favorecedores do diálogo. O papel que o médico ocupa na dinâmica do hospital lhe confere poder que permite esse tipo de conduta.

Um dos coordenadores, quando questionado sobre a existência de influência dos grupos médicos na definição de procedimentos que vão contra os já propostos pela administração, ressaltou que cada médico segue sua própria agenda, não importando desta forma a rotina estabelecida pelo hospital, fala esta também ressaltada por um supervisor.

Diante da dificuldade de exercer poder de influência sobre os médicos, a administração reconstrói rotinas para evitar o constante descumprimento de procedimentos; contudo, como os canais de diálogo não funcionam, as limitações permanecem.

No entanto, esse posicionamento não é consensual, pois segundo um supervisor de enfermagem, os médicos não são consultados diante da elaboração de uma nova rotina. Esse relato demonstra que, para relativizar a dificuldade de exercer influência sobre o médico, o setor administrativo delega para a enfermagem procedimentos que inicialmente eram de responsabilidade dos médicos; contudo, dificultam a realização dessas atividades por parte da enfermagem, que de alguma forma passa a monitorar os médicos para proceder os registros.

Um representante do corpo clínico, por sua vez, quando perguntado sobre suas atitudes quando recebe a notícia de uma nova rotina com a qual não concorda, destaca que tenta entender os motivos da mudança da rotina, recorrendo ao supervisor da área; caso não haja compreensão, continua fazendo da mesma forma anteriormente traçada.

Novamente, percebe-se que a autonomia dos médicos não está relacionada a padrões de gestão, mas a mecanismos de pressão que escapam ao controle da área administrativa.

A classe médica expressa preocupação com os problemas enfrentados pela dimensão burocrática do hospital. Exemplo disso são os depoimentos recorrentes dos setores administrativos e de enfermagem acerca da falta de paciência por parte dos médicos em preencher as documentações necessárias. Quando perguntado a representantes da classe médica sobre essa assertiva, as respostas não desmentiram o já exposto.

A precariedade do vínculo, aliada à necessidade do médico em se relacionar com mais de um hospital, e ainda a cultura da profissão, que o coloca no papel de decidir entre a vida e a morte, situações em que a dimensão burocrática não faz o menor sentido, levam os médicos a tomarem posicionamentos que exercem pressão na estrutura administrativa e podem facilmente ser confundidos com autonomia.

Nesse contexto, se estabelece um relacionamento distante entre corpo médico e administração. Como amortecedor desses conflitos, o setor de enfermagem recebe pressão dupla, dos médicos e da administração, tornando-se prisioneiro dessa falta de diálogo.

### **Conflito entre as áreas médica, de enfermagem e administrativa**

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

Percebem-se atitudes orientadas pelo perfil individual e pela afinidade; ao mesmo tempo em que alguns relatos demonstram rigidez, outros vão demonstrando que as pessoas escolhem a intensidade dessa rigidez orientadas pelas relações pessoais, como foi visto anteriormente, característica presente no perfil cultural das organizações brasileiras.

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

Nos conflitos entre as subculturas médicas, de enfermagem e administrativa, cada grupo toma atitudes orientadas pela hierarquia, mas primordialmente, quando se trata de denunciar problemas, se orienta pelas afinidades pessoais. Fica subentendido que existe uma zona de atuação de cada área e, desde que uma não apresente riscos ao campo de outra, aquela pode proceder da forma como lhe convier. Ou seja, desde que um médico não cause danos à administração, ele pode montar sua rotina conforme preferir. Do mesmo modo, se um médico proceder de forma não protocolar, mas não interferir no trabalho da enfermagem, não haverá comoção.

Desta forma, os conflitos não existem abertamente, até mesmo em função da codependência entre as atividades de cada subgrupo.

Os coordenadores da área administrativa concordam que as diferenças e divergências não são debatidas.

A insatisfação e os desejos de mudança ficam velados e pouco discutidos, visto que a contratualização entre médicos e administradores é frágil. O médico não é funcionário do hospital, portanto, não se interessa por questões que não são de sua alçada. Da mesma forma, pela falta de vínculo empregatício, o hospital deixa de exigir maior participação e responsabilização, já que historicamente é assim que se procede.

A dificuldade que se coloca não apenas no plano formal da comunicação, mas principalmente no cultural, dificulta o aprimoramento dos processos e, por sua vez, geram outros conflitos com os níveis hierárquicos subordinados que enfrentam diariamente as dificuldades derivadas dessa ausência de discussão.

### Liderança

Quando perguntado aos diversos entrevistados o que consideravam um líder, os adjetivos mais usados foram: alguém que ajuda, que ouve, que colabora na rotina, que comanda bem.

Quando indagados sobre o que consideravam ser um chefe, os seguintes adjetivos sobressaíram: alguém que só manda, que faz cumprir regra, que ameaça, é decidido, autoritário, muito correto.

Para melhor compreender essa dicotomia de papéis indagou-se: um chefe pode ser líder e vice-versa? As respostas encontradas foram dicotômicas; alguns diziam que líder e chefe são duas coisas diferentes, enquanto outros diziam que sim.

Portanto, na compreensão dos entrevistados, a liderança tem um papel mais afetivo e compreensivo, enquanto o chefe está limitado ao comando e controle.

Tal interpretação indica que possivelmente as relações hierárquicas são conflituosas, sendo que aqueles que estão em cargos de comandos são considerados pejorativamente como chefes.

Por outro lado, também é possível indicar uma postura de expectador por parte daqueles que se consideram subordinados, uma vez que idealizam na liderança a total resolução dos problemas. Não há, nessa concepção, corresponsabilidade pela resolução dos problemas, mas uma postura passiva.

No que diz respeito à liderança da classe médica, alguns acreditam que o médico seja um líder até mesmo pela natureza de sua profissão; outros entendem que uma função em nada comunica-se com outra.

Contraditoriamente ao que já foi apresentado, esse médico afirma que só assume a liderança de processos quando os procedimentos formais não existem, pois de outra forma declara que seguiria as normas predefinidas.

Contraopondo o colega de profissão, um cirurgião-geral relata que o médico incorpora no seu dia a dia profissional a função de líder.

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

### Considerações finais

Como visto anteriormente, o papel da liderança deslocou-se da perspectiva do comando e controle para outra mais subjetiva; aquilo que alguns autores denominam como construção de relações de confiança<sup>20,22</sup>, outros trabalham com o conceito de mediação<sup>36</sup> ou ainda de atribuição de significado<sup>21,23</sup>. O ponto de encontro diz respeito a uma relação de alteridade, entre sujeitos, orientada por processos de diálogo e negociação.

A dinâmica hospitalar revelou que o processo de inter-relações é produzido por uma complexidade de agentes que negociam a partir de diferentes lugares de poder, de especialização e de identidade organizacional.

Enquanto as subculturas administrativa e de enfermagem têm vínculos formalizados com a organização e, portanto, sujeitos a relações de autoridade formal, a subcultura médica, dada a precariedade de seu vínculo de contratação, tem uma autonomia derivada da ausência da possibilidade de controle.

Por outro lado, entre as subculturas administrativas e de enfermagem, a primeira é orientada pela dinâmica da eficiência administrativa, com uma cadeia de comando relativamente clara, enquanto que a segunda está entre a autoridade médica e a administrativa.

A subcultura administrativa tem a responsabilidade de estabelecer e acompanhar processos de controle que necessitam responder à eficiência das atividades mas, ao mesmo tempo, devem ser adequados e compatíveis com o perfil cultural da subcultura médica, que só adota os procedimentos que considera compatíveis com o exercício de sua profissão.

Além dessa complexa rede, os processos administrativos ainda têm que contar com características próprias do perfil cultural brasileiro, em duas vertentes significativas: a postura de expectador de parcela dos funcionários, a orientação de conduta pelas relações pessoais e também uma estrutura vertical.

Esses fatores aliados são base suficiente para originar conflitos relativos ao controle do trabalho, divergência de interesses e a desigualdade de tratamento social. Ressalta-se também que esse cenário é fruto de uma construção histórica em que a organização hospitalar migrou de um perfil filantrópico, em que a dimensão administrativa estava colocada em um segundo plano, para um perfil empresarial, nesse caso associado a questões como competitividade.

Os depoimentos indicam que a confiabilidade das relações tanto na dimensão vertical como na horizontal da hierarquia são precárias.

Diante desse quadro, indaga-se como a atuação da liderança poderia amenizar esse quadro, de forma a estabelecer relações mais cooperativas e solidárias capazes de potencializar procedimentos administrativos que viabilizassem maior eficiência organizacional.

A atuação central da liderança parece estar em estabelecer um processo de mudança na cultura organizacional.

Um primeiro viés de atuação poderia estar vinculado à construção de identidade entre os colaboradores da organização, independente da subcultura a que pertencem, com a organização. Para que tal processo fosse possível, seria necessário um alinhamento entre os desejos setoriais de cada subcultura com os objetivos organizacionais. Não se trata de um processo de “vestir a camisa”, mas primordialmente da construção de ações significativas em que cada ator percebesse a importância de seu papel no contexto das relações com os demais, em uma interação mais sistêmica do que hierarquizada.

Tal perspectiva poderia ter como base fundamental a ampliação dos processos de participação efetiva dos diversos agentes através do aprimoramento dos espaços de comunicação e diálogo, capazes de estabelecer processos de ação negociada em que o produto final não fosse interpretado como resultado de jogos de pressão e poder, mas o avanço possível que o momento em questão foi capaz de produzir.

O reconhecimento da diversidade é parte central desse processo, pois caberá ao gestor a tradução das diferentes demandas entre as subculturas de forma que todas sintam-se pertencentes ao processo, minimizando possíveis processos de apatia que dificultam mudanças culturais.

Tal processo ofereceria bases para a reconstrução das relações hierárquicas e da dinâmica de construção de procedimentos técnicos e administrativos que afetam a gestão. Nesse sentido, uma atuação de construção de consensos na diversa e complexa rede de relacionamentos das organizações hospitalares não deixa imune a atual estrutura de poder de comando, uma vez que o processo de negociação das diferenças certamente levará a questionamentos acerca da atual hierarquia.

O pensamento complexo surge da falência do modelo assentado nos pilares da ordem e separabilidade<sup>38</sup>. A difusão do pensamento complexo parece ajudar na compreensão do papel das pessoas na construção da realidade, tendo em vista que este paradigma incorpora a subjetividade<sup>39</sup>. Desta forma, para compreender as mudanças ocorridas na prática da liderança, torna-se importante entender que o cenário atual é muito mais complexo, demandando o desenvolvimento de competências gerenciais para enfrentar as mudanças constantes.

A complexidade da organização hospitalar é um desafio para o processo de gestão, particularmente no que diz respeito à liderança. O arcabouço teórico desse campo, oferecido pelos autores contemporâneos, parece indicar saídas possíveis para minimizar a conflituosa dinâmica cotidiana desse tipo de organização.

## Colaboradores

M Vendemiatti e ES Siqueira trabalharam na concepção teórica, elaboração e redação final do texto. F Filardi, E Binotto, FJ Simioni participaram da organização na revisão bibliográfica e análise dos dados.

## Referências

1. Matos AJ. *Gestão de custos hospitalares*. São Paulo: STS; 2001.
2. Boeger M. *Hotelaria hospitalar*. São Paulo: Atlas; 2002.
3. Taraboulsi A. *Administração da hotelaria hospitalar*. São Paulo: Atlas; 2003.
4. Dias MA. O novo conceito na hospedagem do cliente. *Notícias Hospitalares* 2003; 42(4):36-37.
5. Hatch MJ. *Organization Theory*. New York: Oxford University Press Inc.; 1997.
6. Foucault M. *Power and Knowledge*. Brighton: Harvester Press; 1979.
7. Graça L. Evolução do sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica. [site da Internet] [acessado 2005 dez]. Disponível em: [http://www.ensp.unl.pt/lgraca/historia2\\_hospital.html](http://www.ensp.unl.pt/lgraca/historia2_hospital.html)
8. Solè A. *¿Qué es una empresa ? Construcción de un idealtipo transdisciplinario*. Work Paper. Paris; 2004.
9. Trevizan MA. *Enfermagem hospitalar: administração & burocracia*. Brasília: Universidade de Brasília; 1988.
10. Gonçalves E. *Administração de recursos humanos nas instituições de saúde*. São Paulo: Pioneira; 1987.
11. Heloani R. *Organização do trabalho e Administração: uma abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Cortez; 1994.
12. Morgan G. *Imagens da organização*. São Paulo: Atlas; 1996.
13. Goulart IB, Guimarães RN. Cenários contemporâneos do mundo do trabalho: In: Goulart IB, organizador. *Psicologia organizacional e do trabalho: teoria, pesquisa e temas correlatos*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
14. Weber M. *Economia Y Sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica; 1992.
15. Koontz O, O'Donnell W, Weihrich S. *Administração: fundamentos da teoria e da ciência*. 15ª ed. São Paulo: Pioneira; 1995.
16. Heifetz RA. *Leadership without easy answers*. Cambridge: Harvard University Press; 1994.
17. Northouse PG. *Leadership: theory and practice*. 3<sup>rd</sup> ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2004.
18. Yukl G. *Leadership in organizations*. 4<sup>th</sup> ed. New Jersey: Prentice Hall; 1998.
19. Fleishman EA, Mumford MD, Zaccaro SJ, Levin KY, Hein MB. Taxonomic efforts in the description of leader behavior: a synthesis and functional interpretation. *Leadership Quarterly* 1991; 2(4):245-287.
20. Jung DI, Avolio JB. Opening the black box: an experimental investigation of the mediating effects of trust and value congruence on transformational and transactional leadership. *J. Organ. Behav.* 2000; 949-964.
21. Davel E, Machado HV. A dinâmica entre liderança e identificação: sobre a influência consentida nas organizações contemporâneas. *Revista de Administração contemporânea* 2001; 5(3):107-126.
22. Zand DE. *The leadership trial: knowledge, trust, and power*. Nova York: Oxford Press; 1997.
23. Bergamini CW. Liderança: administração do sentido. *Rev. adm. empres.* 1994; 34(3):102-114.
24. Uribe Rivera FJ. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.



25. Matus C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1993.
26. Miguelis CP. O estudo da cultura organizacional: as dificuldades estão no objeto ou nas formas de defini-lo? **Cadernos do EBAPE** 2003; 1(2):1-16.
27. Prates MAS, Barros BT. O estilo brasileiro de administrar: sumário de um modelo de ação cultural brasileiro com base na gestão empresarial. In: Motta FP, Caldas M, organizadores. **Cultura organizacional e cultura brasileira**. São Paulo: Atlas; 2006.
28. Motta FCP. **Transformação organizacional: a teoria e a prática de inovar**. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1997.
29. Barbosa L. **O jeito brasileiro**. Rio de Janeiro: Campus; 2005.
30. Freitas ME. **Cultura organizacional: identidade, sedução e carisma**. Rio de Janeiro: FGV; 1999.
31. Cavedon NR. **Antropologia para administradores**. Porto Alegre: Editora UFRGS; 2003.
32. Fleury MTL. O desvendar a cultura de uma organização uma discussão metodológica. In: Fleury MTL, Fisher RM, organizadores. **Cultura e poder nas organizações**. São Paulo: Atlas; 1997.
33. Motta FCP. **Teoria geral da administração: uma introdução**. São Paulo: Pioneira; 1995.
34. Robbins SP. **Comportamento organizacional**. Rio de Janeiro: LTC; 1999.
35. Motta PR. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro: Record; 1999.
36. Pagès M, Bonetti M, de Gaulejac, Descendre D. **O poder das organizações**. São Paulo: Atlas; 1993.
37. Merriam SB. **Qualitative Research and Case Study Applications in Education**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1998.
38. Morin G. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 2001.
39. Serva M. O paradigma da complexidade e a análise organizacional. **Rev. adm. empres** 1992; 32(2):26-35.

---

Artigo apresentado em 25/06/2007

Aprovado em 13/09/2007

Versão final apresentada em 04/12/2007