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

NELSON TEIXEIRA LACERDA NETO

As dimensões culturais de Hofstede e a Política Nacional de Humanização do Sistema Único
de Saúde: estudo de caso em um hospital universitário

São Carlos
2017

NELSON TEIXEIRA LACERDA NETO

As dimensões culturais de Hofstede e a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde: estudo de caso em um hospital universitário

Dissertação apresentada à Escola de Engenharia de São Carlos da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestrado no Programa de Pós Graduação de Engenharia de Produção

Orientador:
Prof. Dr. Fernando César Almada Santos

São Carlos
2017

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.

L128a Lacerda Neto, Nelson Teixeira
As dimensões culturais de Hofstede e a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde: estudo de caso em um hospital universitário / Nelson Teixeira Lacerda Neto; orientador Fernando César Almada Santos. São Carlos, 2017.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção e Área de Concentração em Economia, Organizações e Gestão Conhecimento -- Escola de Engenharia de São Carlos da Universidade de São Paulo, 2017.

1. Dimensões culturais de Hofstede. 2. Cultura organizacional. 3. Política Nacional de Humanização. 4. Gestão hospitalar. 5. Estudo de caso em instituições de saúde. I. Título.

FOLHA DE JULGAMENTO

Candidato: Engenheiro **NELSON TEIXEIRA LACERDA NETO.**

Título da dissertação: "As dimensões culturais de Hofstede e a política nacional de humanização do sistema único de saúde: estudo de caso em um hospital universitário".

Data da defesa: 22/03/2017.

Comissão Julgadora:

Resultado:

Prof. Associado **Fernando César Almada Santos**
(Orientador)
(Escola de Engenharia de São Carlos/EESC)

Aprovado

Prof. Dr. **Celeste José Zanon**
(Universidade Federal de São Carlos/UFSCar)

Aprovado

Profa. Dra. **Vivian Ramos Melhado**
(Universidade Federal de São Carlos/UFSCar)

Aprovado

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de
Produção:
Prof. Associado **Aldo Roberto Ometto**

Presidente da Comissão de Pós-Graduação:
Prof. Associado **Luís Fernando Costa Alberto**

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, pela oportunidade da vida.

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 pós-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 querida namorada e companheira Aline por todo apoio, compreensão e carinho.

Ao meu cachorrinho, Lilico, por tanto carinho e companhia, alegrando meus dias.

A minha turma de graduação, especial aos meus grandes amigos de sala: Guilherme, Gualter, Luís, Mariana, Paula e Renato pelo carinho, amizade e auxílio dispensado durante todos esses anos.

Aos meus amigos do Paz e Harmonia e do Eurípedes pela importante contribuição emocional e moral durante meus anos de graduação e pós-graduação.

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

À Professora Dra Vivian e ao Professor Dr. Celeste pelas orientações no exame de qualificação e apoio para a realização do trabalho prático no hospital.

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

EPÍGRAFE

*“Todo o nosso conhecimento se
inicia com sentimentos”*

Leonardo da Vinci

RESUMO

LACERDA NETO, N. T. **As dimensões culturais de Hofstede e a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde: estudo de caso em um hospital universitário.** São Carlos, 2017. 145p. Dissertação de Mestrado. Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo. São Carlos, 2017.

A Política Nacional de Humanização (PNH) basicamente direciona quanto à relação e aos processos de atenção ao usuário. A eficiência da PNH depende da forma como a instituição está estruturada, de quais são seus valores, hierarquias, objetivos, ou seja, da cultura da organização, a qual pode ser considerada conforme as dimensões culturais de Hofstede. Assim, foram elaborados pressupostos que relacionavam as diretrizes da PNH com as características das dimensões culturais de Hofstede, inferindo-se que houvesse: baixa distância ao poder; baixa aversão à incerteza; coletivismo; orientação a longo prazo; feminilidade; e indulgência. Desse modo, para validar essa inferência, primeiramente, caracterizou-se a cultura organizacional de um hospital universitário quanto às dimensões culturais de Hofstede, por meio de dados secundários, aplicação do questionário de Hofstede e de questionário de apoio, com questões abertas, elaborado pelo autor e aplicado para os níveis hierárquicos da gerência e da divisão do hospital. Assim, identificou-se, conforme percepções das gerências, que as dimensões culturais de Hofstede da unidade eram: baixa distância ao poder; baixa aversão à incerteza; coletivismo; orientação a longo prazo; feminilidade; e indulgência. A convergência de resultados indicou a busca da instituição em seguir as diretrizes da PNH, e certa uniformidade cultural, devido, principalmente, ao momento da coleta de dados que foi na transição de gestão, diminuindo a influência de subculturas. Os resultados indicaram uma possibilidade de mensuração da implementação da PNH em uma instituição, a partir da identificação das características culturais de Hofstede, por meio do questionário padrão. No entanto, sugerem-se ajustes para verificar a replicabilidade do pressuposto deste trabalho, como a aplicação do questionário aos usuários e demais funcionários, o estudo em diversas instituições hospitalares e o emprego de outros modelos culturais.

Palavras-chave: Dimensões culturais de Hofstede; Cultura organizacional; Política Nacional de Humanização; Gestão hospitalar; Estudo de caso em instituições de saúde.

ABSTRACT

LACERDA NETO, N. T. **The cultural dimensions of Hofstede and the National Humanization Policy of the Unified Health System: a case study in a university hospital.** São Carlos, 2017. 145p. Master Thesis. Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo. São Carlos, 2017.

The National Humanization Policy (NHP) basically addresses the relationship and processes of attention to the user. The efficiency of NHP depends on the way the institution is structured, what its values, hierarchies, objectives, namely, the culture of the organization, which can be considered according to the cultural dimensions of Hofstede. Thus, assumptions were made that related the guidelines of the NHP with the characteristics of the cultural dimensions of Hofstede, inferring that there was: low distance to power; low aversion to uncertainty; collectivism; long-term orientation; femininity and indulgence. Thus, to validate this inference, we first characterized the organizational culture of a university hospital regarding the cultural dimensions of Hofstede by means of secondary data, the application of the Hofstede questionnaire and a questionnaire of support, with open questions, elaborated by author and applied for the hierarchical levels of hospital management. Thus, it was identified, according to management's perceptions, that Hofstede's cultural dimensions of hospital unit were: low distance to power; low aversion to uncertainty; collectivism; long-term orientation; femininity and indulgence. The convergence of results indicated the institution's pursuit of the NHP guidelines and a cultural uniformity, due mainly to the moment of data collection that was in the management transition, reducing the influence of subcultures. The results showed a possibility of measuring the implementation of the NHP in an institution, from the identification of the cultural characteristics of Hofstede, through the standard questionnaire. However, adjustments are suggested to verify the replicability of the assumption of this work, such as the application of the questionnaire to users and other employees, a study in several hospital institutions and the handling of other cultural models.

Keywords: Cultural dimensions of Hofstede; Organizational culture; National Humanization Policy; Hospital management; Case study in health institutions.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Níveis relacionados à cultura.	23
Figura 2 – Modelos de anéis de cebola de Hofstede.	27
Figura 3 – Posição do Brasil, em relação aos 104 países analisados, quanto à dimensão cultural alta distância ao poder <i>versus</i> baixa distância ao poder.	46
Figura 4 – Posição do Brasil, em relação aos 76 países analisados, quanto à dimensão cultural individualismo <i>versus</i> coletivismo.	47
Figura 5 – Posição do Brasil, em relação aos 76 países analisados, quanto à dimensão cultural masculinidade <i>versus</i> feminilidade.	49
Figura 6 – Posição do Brasil, em relação aos 76 países analisados, quanto à dimensão cultural alta aversão à incerteza <i>versus</i> baixa aversão à incerteza.	51
Figura 7 – Posição do Brasil, em relação aos 93 países analisados, quanto à dimensão cultural orientação a curto prazo <i>versus</i> orientação a longo prazo.	53
Figura 8 – Posição do Brasil, em relação aos 93 países analisados, quanto à dimensão cultural indulgência <i>versus</i> restrição.	54
Figura 9 – Interdependência entre trabalho (T), formação (F) e avaliação (A). Fonte: Brasil (2010a).....	68
Figura 10 – Interação do contexto social imediato do local de trabalho com fatores contextuais mais amplos.	89
Figura 11 - Estrutura Organizacional básica. Fonte: Documentos internos pertencentes à instituição analisada.	95
Figura 12 - Gerência de Atenção à Saúde para hospitais de médio porte. Fonte: Documentos internos pertencentes à instituição analisada.	96
Figura 13 - Gerência de Ensino e Pesquisa para hospitais de médio porte. Fonte: Documentos internos pertencentes à instituição analisada.	97
Figura 14 - Gerência Administrativa para hospitais de médio porte. Fonte: Documentos internos pertencentes à instituição analisada.	98

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Valores do índice de distância ao poder para 76 países baseados nos dados da IBM e dados encontrados posteriormente por outros pesquisadores	44
Tabela 2 – Valores do índice de individualismo para 76 países baseados nos dados da IBM e dados encontrados posteriormente por outros pesquisadores	46
Tabela 3 – Valores do índice de masculinidade para 76 países baseados nos dados da IBM e dados encontrados posteriormente por outros pesquisadores	48
Tabela 4 – Valores do índice de aversão à incerteza para 76 países baseados nos dados da IBM e dados encontrados posteriormente por outros pesquisadores	50
Tabela 5 – Valores do índice de orientação a longo prazo para 93 países baseados nos dados da IBM e dados encontrados posteriormente por outros pesquisadores	51
Tabela 6 – Valores do índice de indulgência e restrição para 93 países baseados nos dados da IBM e dados encontrados posteriormente por outros pesquisadores	53
Tabela 7 – Comparação do resultado teórico e do resultado obtido por dados primários sobre as dimensões culturais de Hofstede	113
Tabela 8 – Características da cultura organizacional da unidade hospitalar inferidas conforme resultado prático das dimensões culturais de Hofstede	114

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características de distância do poder nas relações familiares, na escola e no local de trabalho ..	30
Quadro 2 – Características de distância do poder em relação a políticas e ideias	31
Quadro 3 – Características de aversão à incerteza nas relações familiares, na escola e no local de trabalho .	32
Quadro 4 – Características de aversão à incerteza em relação a políticas e ideias	33
Quadro 5 – Características de coletivismo e individualismo nas relações familiares, na escola e no trabalho	34
Quadro 6 – Características de coletivismo e individualismo em relação a políticas e ideias	35
Quadro 7 – Características de feminilidade e masculinidade nas relações familiares, na escola e no trabalho	36
Quadro 8 – Características de feminilidade e masculinidade em relação a políticas e ideias	37
Quadro 9 – Características de orientação de curto <i>versus</i> longo prazos baseadas nos dados da CVS: Normas gerais e família	39
Quadro 10 – Características de orientação de curto e longo prazos baseadas nos dados da CVS para políticas e ideias	40
Quadro 11 - Características de indulgência e restrição em relação às normas gerais, sentimentos pessoais e saúde	42
Quadro 12 - Características de indulgência e restrição em relação à vida privada, comportamento do consumidor, sexualidade e política.....	42
Quadro 13 – Dados secundários requeridos pela presente pesquisa.....	107
Quadro 14 – Processo de aplicação do questionário 1 com questões estruturadas de Hofstede	107
Quadro 15 – Processo entrevista para aplicação do questionário 2 com questões abertas e dissertativas à gerência e divisão do hospital.....	109
Quadro 16 – Correspondência entre as questões formuladas pelo autor, as dimensões culturais de Hofstede e princípios e diretrizes da PNH.....	110
Quadro 17 – Correlação das características nas respostas das questões abertas do questionário complementar e das dimensões culturais de Hofstede conforme gestores da GAS	115
Quadro 18 – Correlação das características nas respostas das questões abertas do questionário complementar e das dimensões culturais de Hofstede conforme gestores da GA	117
Quadro 19 – Correlação das características nas respostas das questões abertas do questionário complementar e das dimensões culturais de Hofstede conforme gestores da GEP.....	119
Quadro 20 – Resumo da proposta de trabalho com os resultados obtidos por meio dos dados primários coletados.....	123

LISTA DE SIGLAS

CF: Constituição Federal

CIB: Comissão Intergestores Bipartite

CIT: Comissão Intergestores Tripartite

COFINS: Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

CSLL: Contribuição sobre o Lucro Líquido

CVS: Chinese Value Survey

EBSERH: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

GA: Gerência administrativa

GAS: Gerência de atenção à saúde

GEP: Gerência de ensino e pesquisa

IAI: Índice de Aversão à Incerteza

IBM: International Business Machines

IDH: Índice de Distância Hierárquica

IDV: Índice de Individualismo

INR: Índice de Indulgência e Restrição

MAS: Índice de Masculinidade

OCDE: Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OLP: Índice de Orientação a Longo Prazo

OMS: Organização Mundial da Saúde

OSS: Orçamento da Seguridade Social

PIASS: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PNH: Política Nacional de Humanização

RVS: *Rokeach Value Survey*

SUS: Sistema Único de Saúde

UFSCar: Universidade Federal de São Carlos

WVS: *World Value Survey*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
2. OBJETIVOS.....	20
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
3.1. Cultura	21
3.1.1. Cultura organizacional.....	22
3.2. Dimensões culturais de Hofstede	26
3.2.1. Alta Distância ao Poder <i>versus</i> Baixa Distância ao Poder.....	29
3.2.2. Alta Aversão à Incerteza <i>versus</i> Baixa Aversão à Incerteza	31
3.2.3. Individualismo <i>versus</i> Coletivismo	34
3.2.4. Masculinidade <i>versus</i> Feminilidade	36
3.2.5. Dimensões culturais mais recentes	37
3.2.6. Cálculo dos valores das dimensões de Hofstede	43
3.3. História, características gerais e culturais dos Hospitais	55
3.4. Sistema Único de Saúde (SUS)	59
3.5. Política Nacional de Humanização (PNH)	66
3.5.1. Princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).....	71
3.6. Dimensões culturais de Hofstede no contexto da Política Nacional de Humanização (PNH)	78
3.6.1. Alta Distância ao Poder <i>versus</i> Baixa Distância ao Poder no contexto da PNH	78
3.6.2. Individualismo <i>versus</i> Coletivismo no contexto da PNH.....	80
3.6.3. Masculinidade <i>versus</i> Feminilidade no contexto da PNH.....	81
3.6.4. Alta Aversão à Incerteza <i>versus</i> Baixa Aversão à Incerteza no contexto da PNH.....	82
3.6.5. Orientação de Curto <i>versus</i> Orientação de Longo Prazo no contexto da PNH	84
3.6.6. Indulgência <i>versus</i> Restrição no contexto da PNH.....	85
3.7. Desenvolvimento de pesquisa com análises qualitativa e quantitativa.....	86
3.7.1. Análise quantitativa	87
3.7.2. Análise qualitativa	89
4. ESTUDO DE CASO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO	92
4.1. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)	92
4.1.1. Estrutura organizacional de hospitais gerenciados pela EBSERH	93
4.1.2. Objetivo e Missão	99

4.1.3.	Principais instâncias organizacionais	99
5.	METODOLOGIA.....	106
5.1.	Dados secundários	106
5.2.	Aplicação do questionário padrão de Hofstede	107
5.3.	Entrevista com aplicação de questionário aberto elaborado pelo autor deste trabalho.....	108
5.4.	Protocolo do estudo de caso	111
6.	RESULTADOS	113
6.1.	Dimensões culturais de Hofstede no hospital analisado.....	113
	Alta distância ao poder <i>versus</i> baixa distância ao poder	113
	Alta aversão à incerteza <i>versus</i> baixa aversão à incerteza.....	113
	Individualismo <i>versus</i> coletivismo	113
	Masculinidade <i>versus</i> feminilidade	113
	Alta Distância ao Poder <i>versus</i> Baixa Distância ao Poder.....	114
	Alta Aversão à Incerteza <i>versus</i> Baixa Aversão à Incerteza	114
	Individualismo <i>versus</i> Coletivismo	114
	Masculinidade <i>versus</i> Feminilidade	114
6.2.	Dimensões culturais de Hofstede nas entrevistas abertas.....	114
6.2.1.	Resultados encontrados nas Gerências	114
6.2.2.	Discussão dos resultados	121
7.	CONCLUSÃO.....	124
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125
	ANEXO A – Questionário de Hofstede	136
	ANEXO B – Questões Norteadoras para identificação das características da PNH	142
	ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE.....	143
	ANEXO D – Autorização Comitê de Ética da UFSCar	145

1. INTRODUÇÃO

Durante toda a história, considera-se a saúde como uma das maiores preocupações das pessoas e, conseqüentemente, sempre foram muito importantes o conhecimento e a percepção que as pessoas têm sobre o trabalho que pacientes, médicos, enfermeiros, farmacêuticos e hospitais realizam (WENDT; MARMOR, 2012).

No cenário atual, devido às mudanças que têm ocorrido, as instituições de saúde têm tido que buscar novas formas de crescimento a fim de possibilitarem a própria sobrevivência nesse ambiente competitivo (ZAREI et al., 2014).

Além disso, as reformas na área saúde têm sido a prioridade da maioria dos governantes, pois há crescente demanda por serviços e enfrentam restrição orçamentária cada vez maior (HUJALA; LAULAINEN; LINDBERG, 2014).

Alguns estudos sobre os gastos em saúde para o período de 2002 a 2020, de acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, demonstram que em países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) estes crescerão de U\$ 2,7 trilhões (8,5% do PIB) para U\$ 10 trilhões (16% do PIB). Nos Estados Unidos da América, as projeções são de gastos superiores a 20% do PIB americano em 2020 (CONASS, 2015)

No Brasil, o Sistema Único de Saúde foi instituído pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, logo após o advento da Constituição Brasileira de 1988. Transferiram-se 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. Além disso, pertence à esfera federal o financiamento e a normatização do funcionamento dos serviços de saúde, inclusive do atendimento básico e das vigilâncias sanitária e epidemiológica (BRASIL, 2001).

Nos últimos vinte anos, algumas iniciativas para a diminuição das desigualdades em saúde envolvendo várias dimensões (financiamento, uso, acesso, qualidade) foram realizadas como, por exemplo, um maior repasse de recursos financeiros oriundos do governo federal para as esferas estaduais e municipais. Porém, ainda persistem no Brasil muitas desigualdades a serem diminuídas e/ou sanadas (FIOCRUZ, 2012).

Além disso, as necessidades em saúde não são apenas necessidades médicas ou problemas de saúde como doenças, sofrimentos ou riscos, mas se relacionam também a carências ou vulnerabilidades que expressam modos de vida e identidades (HINO et al., 2009).

Os hospitais, desde o final da década de 1990, têm passado por grandes mudanças para encarar a crescente demanda dos serviços oferecidos (VIITALA, 2014), e o setor de saúde está sob grande pressão para reduzir custos e aumentar a qualidade e o acesso dos serviços prestados (DANIELS et al., 2013).

Direcionar a política nacional para a redução das desigualdades necessita de um planejamento de longo prazo, com investimentos expressivos por parte do governo federal, associados a políticas regionais e à mudança dos propósitos e do modelo de regulação estatal sobre os agentes privados (FIOCRUZ, 2012).

No contexto de reforma da saúde, tem sido cada vez mais necessária a gestão da cultura organizacional. O estudo de cultura nas organizações está cada vez mais presente (SMIROICH, 1983; SCHEIN, 2010), porém, pouco se tem escrito sobre estudos envolvendo o ambiente dos hospitais (PALMEIRA, 2010). Segundo Scott et al. (2003), a gestão da cultura também pode ser vista como um fator que aumenta o desempenho das organizações da saúde. Além disso, o conhecimento e o diagnóstico da cultura organizacional da instituição têm sido associados com os resultados alcançados no setor (HARTMANN et al., 2009).

Portanto, um dos aspectos a serem considerados nesse processo de reestruturação da saúde é a cultura do hospital, o qual é uma instituição constituída de inúmeras especialidades de profissionais e, portanto, com muitas variações culturais (PALMEIRA, 2010).

As reformas na área da saúde, muitas vezes, implicam reestruturação da organização e do financiamento dos cuidados de saúde e, portanto, nova compreensão e abordagem da gestão médica (MARTINUSSEN; MAGNUSSEN, 2011). Ressalta-se a importância da mudança nos valores culturais da instituição de saúde a fim de se obter um cuidado mais centrado no paciente (DAVIES et al., 2007). Além disso, essa mudança é difícil de ser aceita pelos profissionais de saúde, uma vez que estes desejam manter a própria autonomia no local de trabalho (MARTINUSSEN; MAGNUSSEN, 2011).

Assim, para adotar estratégias que promovam a assistência, a equipe de saúde deve estar capacitada e comprometida, esforçando-se em direção aos objetivos propostos e almejando à conscientização da sua importância e do valor de suas ações (FERREIRA, 2007).

No entanto, o sistema de assistência médica atual continua direcionado para tratamento e reparação, com pouco foco em prevenção e promoção da saúde das pessoas (LOEPPKE, 2008).

Para auxiliar esse processo, em 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), cujo propósito é qualificar as práticas de gestão e atenção em saúde no Brasil, o que

implica o desenvolvimento de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho (BRASIL, 2010a).

Como os gestores de serviços de saúde não têm as habilidades necessárias para avaliar e responder às prioridades organizacionais que os cuidados da saúde contemporaneamente exigem (SORENSEN et al., 2013), em parte se justifica o incentivo ao desenvolvimento de pesquisas ligadas à administração, à cultura organizacional e a hospitais com a atuação dos profissionais provenientes da área da saúde que, por muitas vezes, são responsáveis pela gestão das instituições (PALMEIRA, 2010).

Dessa forma, de acordo com as considerações apresentadas, o conhecimento da cultura organizacional implica bons resultados na área da saúde, além de ser um aspecto que contribui diretamente na qualidade do relacionamento entre equipe de saúde e paciente. Na conjectura da saúde pública brasileira, uma estratégia de implementação de melhorias concentra-se na Política Nacional de Humanização (PNH). Assim, a presente dissertação teve dois objetivos principais: 1- caracterizar um hospital segundo abordagem cultural proposta por Hofstede G., Hofstede G. J. e Minkov (2010) e Hofstede (2001), a qual considera as seguintes dimensões culturais: Alta Distância ao Poder *versus* Baixa Distância ao Poder, Alta Aversão à Incerteza *versus* Baixa Aversão à Incerteza, Individualismo *versus* Coletivismo, Masculinidade *versus* Feminilidade, Orientação a Curto Prazo *versus* Orientação a Longo Prazo, e Indulgência *versus* Restrição. A caracterização foi realizada mediante aplicação de questionário proposto por Hofstede G., Hofstede G. J. e Minkov (2010) e Hofstede (2001) para a gerência e a divisão do hospital; e 2- identificar de que forma as diretrizes contidas na PNH seguem as dimensões culturais de Hofstede, também por meio de aplicação de questionário para a gerência e a divisão do hospital.

Optou-se por essa abordagem cultural, pois, conforme pesquisa bibliográfica, constatou-se que essa abordagem tem sido priorizada por estudos acadêmicos. Segundo Engelen e Brettel (2011), uma das dimensões de Hofstede aparece em 60% dos estudos que abordam o tema e essa porcentagem vem crescendo nos últimos anos. Além disso, as dimensões culturais de Hofstede, apesar de terem surgido no contexto industrial, são igualmente relevantes para a área médica e para os cuidados com a saúde (MEEUWESEN; BRINK-MUINEN; HOFSTEDE, 2009).

2. OBJETIVOS

Os objetivos da pesquisa de mestrado são apresentados a seguir.

- Analisar os documentos que caracterizam a Política Nacional de Humanização (PNH) frente às dimensões culturais de Hofstede G., Hofstede G. J. e Minkov (2010) e Hofstede (2001), resultando em um pressuposto teórico de relação entre ambas;
- Coletar dados secundários institucionais como normas, regimentos, organogramas, quadro de funcionários, valores, missão, visão, objetivos e metas definidos pela gerência do hospital. Os dados secundários auxiliam na caracterização cultural da instituição;
- Caracterizar a cultura organizacional do hospital em relação às dimensões culturais de Hofstede, por meio da aplicação do questionário de Hofstede para a gerência e a divisão do hospital;
- Correlacionar PNH e características culturais de Hofstede, por meio de aplicação de questionário aberto, elaborado pelo autor desta dissertação, para a gerência e a divisão. De forma geral, essa correlação prática pode ser comparada com os resultados obtidos do pressuposto teórico; e
- Verificar de que maneira a cultura organizacional, em relação às dimensões culturais de Hofstede, contribui para melhor eficiência da PNH.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1. Cultura

Há diversas definições para o termo “cultura”. Kroeber e Kluchohn (1963) encontraram cento e cinquenta definições para o termo. De acordo com os autores, “cultura” deriva-se do alemão “kulture”. A palavra apareceu pela primeira vez no dicionário alemão em 1793. Ainda, o termo pode ser descrito em relação a diversas abordagens, tais como: histórica, psicológica e normativa.

A abordagem histórica possui mais ênfase nos aspectos históricos e de herança cultural. A seguir, apresentam-se as definições da abordagem histórica:

- “A soma total dos bens e as formas padronizadas de comportamento que se tornaram parte da herança de um grupo”; e
- “Elementos abstraídos de ação e reação, que pode ser atribuída a influência de uma ou mais estirpes sociais da hereditariedade” (KROEBER; KLUCHOHN, 1963).

A abordagem normativa possui uma ênfase nas regras e nas leis a serem seguidas. Dentre as inúmeras definições encontradas pelos autores, destacam-se as seguintes:

- “Crenças e procedimentos seguidos por uma comunidade” e;
- “Maneiras como um elemento de determinado grupo atuam em relação a outros grupos” (KROEBER; KLUCHOHN, 1963).

A abordagem psicológica enfatiza os aspectos psicológicos. Assim:

- “Cultura consiste em padrões de pensamento transmitidos por imitação ou intuição (...)”; e
- “Cultura é todo comportamento aprendido pelos indivíduos em relação a um grupo em específico” (KROEBER; KLUCHOHN, 1963).

Schein (2010) conceitua “cultura” nos seguintes termos:

“Um conjunto de pressupostos básicos que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender como lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna e que funcionou bem o suficiente para serem considerados válidos e ensinados a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir, em relação a esses problemas”.

Segundo Hampden-Turner e Trompenaars (1996), “a cultura não é uma ‘coisa’, ou uma substância com uma realidade física própria”; a cultura é formada por pessoas que interagem, e suas diferenças podem ser distinguidas através dos significados compartilhados que eles esperam e atribuem ao ambiente em que vivem. Dessa forma, a cultura está relacionada com a maneira de agir das pessoas, assim como o pensamento coletivo pertencente a determinado grupo de pessoas (DAVIES et al., 2007).

Ralph Linton (2000) *apud* Gorzoni (2010) e Oliven (2009) menciona em seu livro “O Homem: uma introdução à antropologia”, que a cultura é uma resposta às necessidades da sociedade, pois corresponde ao conjunto de padrões e ideias de comportamento habituais que são adquiridos através da instrução e imitação, os quais têm a participação em maior ou menor grau de seus membros.

Portanto, para Carlstrom e Olsson (2014), a cultura é um fenômeno coletivo. Nesse sentido, Fleury (1987) afirma que o indivíduo percebe que existe correspondência entre os significados por ele atribuídos ao objeto e os significados atribuídos pelos outros, pois, existe o “compartilhar” de um senso comum sobre a realidade.

Por fim, é importante ressaltar que as barreiras culturais, que mostram a heterogeneidade cultural de determinada organização ou sociedade, precisam ser interpretadas como permeáveis, ao invés de serem consideradas intransponíveis ou imutáveis, além de serem capazes de levar a segregação cultural (JACOB, 2005).

3.1.1. Cultura organizacional

De acordo com Gorzoni (2010), as pesquisas que relacionam cultura com organizações, iniciaram-se com Elliot Jacques, em 1951, com a publicação do livro “The changing culture of a culture”, na qual o autor analisou uma metalúrgica inglesa, estudando as relações entre cultura e organização e de que forma o processo de mudança dentro da referida metalúrgica ligava-se com a cultura presente na organização.

Porém, o termo “cultura organizacional” é relativamente recente, pois apareceu efetivamente na literatura acadêmica com o artigo de Pettigrew (1979) *apud* Hofstede et al. (1990), intitulado de “On Studying Organizational Cultures”.

Gorzoni (2010) ainda destaca que, a partir da década de 1980, a temática da cultura organizacional ganhou destaque não apenas no meio acadêmico, mas também nas publicações voltadas para o mundo de negócios.

Segundo Jelinek, Smircich e Hirsch (1983), é importante relacionar cultura e organização com os aspectos subjetivos intrínsecos existentes dentro da própria organização. A cultura pode ser entendida e modificada, analisando a interação e o significado comportamental que os membros de determinada organização compartilham entre si.

Na literatura sobre cultura organizacional existem mais de cem dimensões que podem ser identificadas e associadas com a cultura organizacional (JUNG et al., 2009).

Schein (1983; 2010) e Hampden-Turner e Trompenaars (1996) elaboraram um modelo que mostra os diferentes níveis existentes em relação à cultura (Figura 1), os quais serão detalhados a seguir.

Figura 1 – Níveis relacionados à cultura.

Fonte: Adaptado de Hampden-Turner e Trompenaars (1996)

- **Artefatos e produtos**

A cultura organizacional pode ser analisada em diferentes níveis, começando com os artefatos visíveis (SCHEIN, 1983). A primeira camada, denominada artefatos e produtos, consiste basicamente no que é observável, por exemplo: idioma, culinária, arte, arquitetura. São todos os fenômenos que são possíveis de ver, ouvir e sentir ao encontrar um grupo de pessoa com características familiares distintas.

- **Normas e valores**

A camada intermediária, conhecida como Normas e Valores, é aquilo que um grupo considera como certo e errado. Normas podem ser desenvolvidas em um nível formal, citando como exemplo, as leis escritas. Valores é a “definição de bem e mal” e está intimamente relacionada com as ideias compartilhadas pelo grupo. A cultura é relativamente estável quando as normas refletem os valores de um grupo. Caso isso não ocorra, poderão surgir tensões e instabilidades.

Os valores de acordo com Kroeber e Kluckhohn (1963) podem ser definidos como uma concepção explícita ou implícita, capazes de distinguir as características individuais de um indivíduo ou de um grupo com habilidades para influenciar a maneira, o propósito e a execução das atividades e ações a serem realizadas. Os valores servem como critério para determinar as escolhas entre alternativas possíveis.

Hampden-Turner e Trompenaars (1996) fornecem o seguinte exemplo: “Em uma cultura que as pessoas acreditam que o trabalho duro é essencial para uma sociedade próspera, mas a norma comportamental sancionada pelo grupo é de que não se deva trabalhar mais do que os outros membros do grupo para não gerar atrasos e esperas no trabalho. Essa diferença entre a cultura e o comportamento do grupo acarretará em um conflito nas relações de trabalho”.

- **Suposições básicas**

É necessário refletir sobre um dos aspectos principais da existência humana: As pessoas lutam por sobrevivência. As formas, que diferentes civilizações encontraram para resolver os problemas da vida cotidiana, são as suposições básicas referidas pelo autor. Esse conceito envolve o relacionamento com a natureza, a percepção e avaliação de si e de outras pessoas, além da forma como essa percepção se reflete no relacionamento com as outras pessoas e comunidades. Relaciona-se com o “eu” profundo das pessoas, como a personalidade dos indivíduos pertencentes a determinado grupo.

As pessoas se sentirão extremamente confortáveis se conviverem com outros que compartilham dos mesmos ideais e passarem por situações que necessitam agir conforme os seus valores. Porém, em situações em que atitudes diferentes necessitam ser tomadas, gera-se um profundo desconforto, e as pessoas, em geral, não entendem o que está acontecendo ou o que precisa ser feito (SCHEIN, 2010).

Para entender totalmente o que ocorre dentro da organização como um todo, é necessário entender o macro contexto em que a organização se encontra (SCHEIN, 2010).

Fleury (1987) mostra que “a cultura, concebida como um conjunto de valores e crenças compartilhados pelos membros de uma organização, deve ser consistente com outras variáveis organizacionais como estrutura, tecnologia, estilo de liderança”.

As organizações, por possuírem estruturas muitas vezes complexas, formam o que Schein (2010) denomina de subculturas.

De acordo com Hatch (2013), subcultura é um subconjunto de membros que se identifica como um grupo distinto dentro da organização, com base na similaridade de ideias ou na familiaridade.

Hatch (2013) ainda menciona que subculturas não são nem boas nem más em si. Seu valor para a organização depende da maneira em que se apresenta na organização. Podem auxiliar na criatividade de resolução de problemas da organização como um todo, ou podem prejudicar a comunicação e a coordenação.

As organizações não possuem culturas totalmente homogêneas, pelo contrário, são compostas por subculturas, cujos membros compartilham valores com interesses em comum, mas que, ao serem confrontados, podem causar a desagregação da cultura dominante (MARTIN; SIEHL, 1983)

A relação entre a subcultura e cultura principal é complexa. As subculturas incorporam os principais elementos da cultura principal, incluindo alguns valores fundamentais, ou práticas e comportamentos. No entanto, também devem conter elementos que são distintos, incluindo valores e particulares específicos (LOK; WESTWOOD; CRAWFORD, 2005).

Davies et al. (2007) afirmam que:

“Qualquer análise da cultura organizacional, portanto, precisa identificar e avaliar as subculturas dominantes, bem como suas influências e suas interações. Algumas dessas subculturas aprimoram e ampliam a cultura dominante de diferentes formas (por exemplo, equipes multidisciplinares bem sucedidas; centros de excelência), enquanto outras podem simplesmente tolerar a cultura organizacional, mas deixar muitos dos seus valores e crenças de fora (por exemplo, as subespecialidades médicas)”.

As subculturas influenciam as atitudes e o comportamento dos funcionários de determinada organização. O comportamento pode ser afetado pelo conflito gerado entre a cultura organizacional e as subculturas (GREGORY, 1983 *apud* LOK; WESTWOOD; CRAWFORD, 2005).

As subculturas proporcionam um contexto de trabalho mais imediato e acessível para as pessoas, uma vez que determinados valores e atitudes se formam e são rotineiramente reforçados pela subcultura vigente (LOK; WESTWOOD; CRAWFORD, 2005).

Argumenta-se que as culturas de apoio e as subculturas, por engendrar um ambiente colaborativo, harmonioso e confiável, induzem a atitudes positivas dos funcionários (WALLACH, 1983).

No caso específico dos hospitais, as subculturas, como parte da cultura organizacional, afetam mais a maneira como são fornecidos os serviços de saúde, do que a cultura geral como um todo (LOK; WESTWOOD; CRAWFORD, 2005).

Além disso, uma organização que valoriza a diversidade cultural consegue explorar os recursos criativos oriundos das diversas culturas e pensamentos, a fim de obter uma maior originalidade na resolução de problemas, o que aumenta o potencial de cada pessoa para adicionar um valor significativo para as organizações (CANEN; CANEN, 2008).

3.2. Dimensões culturais de Hofstede

Hofstede (2001) define “cultura” como sendo uma programação coletiva da mente e aquilo que distingue os membros de um grupo ou categoria de pessoas.

De acordo com Sondergaard (1994), muitos estudos têm sido desenvolvidos utilizando as dimensões de Hofstede, bem como as diferenças e as características principais têm sido confirmadas.

Corbitt et al. (2004) afirmam que as dimensões culturais exploradas pelos pesquisadores são variadas, porém, há predomínio das dimensões culturais de Hofstede.

Hofstede é um dos mais autores mais citados em Ciências Sociais, e por mais de quarenta anos, o seu trabalho vem se expandindo, evidenciando o interesse incansável do autor em ampliar as suas pesquisas (MINKOV; HOFSTEDE, 2011), pois Hofstede já inspirou milhares de estudos empíricos baseados em suas dimensões culturais (TARAS; STELL; KIRMAN, 2010).

Antes do trabalho de Hofstede, a cultura era tratada de forma unidimensional, pois muitos autores perceberam que não era possível tratá-la de forma dimensional. Contudo, Hofstede

mostrou como a cultura poderia ser dividida em dimensões independentes (MINKOV; HOFSTEDE, 2011).

Assim, os resultados oriundos da análise e da relação das dimensões de Hofstede são muito relevantes para a organização (TARAS; STELL; KIRMAN, 2010).

De acordo com Hofstede (2001, 2003), a cultura é adquirida, e não herdada, provendo do ambiente social do indivíduo, e não dos genes. A cultura deve ser distinguida da natureza e da personalidade de cada um, mesmo que as fronteiras entre esses três conceitos envolvam discussão entre especialistas de diferentes Ciências Sociais.

Para o autor, os três níveis de programação mental têm suas características específicas, como apresentadas a seguir:

- Personalidade: é específica do indivíduo, herdada e aprendida;
- Cultura: é específica ao grupo ou categoria, sendo ela aprendida; e
- Natureza humana: é universal e pode ser transmitida.

Nesse contexto, Turner e Trompenaars (1996, p.6) afirmam que “a cultura apresenta-se em camadas, como uma cebola. Para entendê-la, você tem que descascá-la, uma de cada vez”.

De acordo com Hofstede (2001, 2003), de modo semelhante ao modelo de Schein (2010) e Turner e Trompenaars (1996), as diferenças culturais podem ser subdivididas em diferentes níveis de profundidade. A Figura 2 mostra o modelo dos anéis de cebola, desenvolvido por Hofstede.

Figura 2 – Modelos de anéis de cebola de Hofstede.

Fonte: Hofstede (2001)

Os símbolos são palavras, gestos, figuras ou objetos que transportam um significado específico que é reconhecido apenas pelas pessoas que partilham a cultura. Novos símbolos aparecem constantemente, ao mesmo tempo em que os antigos desaparecem.

O autor destaca ainda que os símbolos são frequentemente copiados por outros, por isso, localizam-se na camada mais superficial. Exemplos de símbolos: vestuário, estilo de cabelo, bandeiras, entre outros.

Os heróis são pessoas, vivas ou falecidas, reais ou imaginárias, que possuem características altamente valorizadas em uma determinada cultura. Essas pessoas servem de modelo de comportamento.

Os rituais são atividades coletivas, tecnicamente supérfluas para se atingir os fins desejados, mas considerados como essenciais em uma determinada cultura. Exemplos: forma de cumprimentar as outras pessoas, cerimônias religiosas, entre outros.

Ainda de acordo com a Figura 2, símbolos, heróis e rituais foram agrupados sob o termo “práticas” por serem visíveis ao observador externo.

O núcleo da cultura, formado pelos valores, pode ser definido como a tendência para se preferir certo estado de coisas em relação a outro.

Hofstede (2001) indica que os valores constituem o núcleo da cultura (no modelo de “camadas de cebola”) e são relacionados às tendências e às preferências, envolvendo sentimentos dos membros de uma cultura; não são diretamente perceptíveis, porém, podem ser inferidos através do comportamento das pessoas diante de situações diversas.

De acordo com Sondergaard (1994), muitos estudos têm sido feitos utilizando as dimensões de Hofstede supracitadas e as diferenças e as características principais têm sido confirmadas.

A pesquisa sobre as dimensões culturais tem abordado, predominantemente, a questão da construção de identidades multiculturais individuais e em grupo (CANEN; CANEN, 2008).

Dale (1997) mostra que a gestão da diversidade com o estudo das questões multiculturais contribui para mudança da estrutura de poder da organização, pois aborda questões estruturais profundas e desafia o *status quo* que reforça as desigualdades.

Além disso, ainda há necessidade de mais estudos que discutam a diversidade cultural e a liderança em um quadro multicultural para a resolução de conflitos organizacionais (CANEN; CANEN, 2008).

De acordo com Hofstede (2001), a cultura é uma programação mental, produzida na sociedade em que a pessoa cresce e adquire suas experiências. A cultura também inclui um conjunto de valores relacionado ao que os indivíduos gostam (“bom”) e ao que não gostam (“ruim”) (HOFSTEDE, 1982). Além disso, vale ressaltar que a diferença entre valores e cultura é que o primeiro se relaciona com indivíduos, enquanto que o último com sociedades (HOFSTEDE, 2001, p.15).

Entre 1967 e 1973, Hofstede realizou uma pesquisa, dentro dos escritórios da IBM pelo mundo inteiro, sobre exames das atitudes dos empregados, utilizando um único tipo de questionário. Ele conseguiu compilar 116.000 questionários, em mais de 50 países, que incidiam essencialmente sobre os valores pessoais relacionados com a situação do trabalho. Os resultados dessas pesquisas foram publicados no livro *“Culture’s consequences: international differences in work”*, em 1980.

Para evitar que outros fatores interferissem nos resultados, Hofstede agrupou as pessoas a serem pesquisadas com base nos seguintes elementos: ocupação na empresa (cargo), nível de escolaridade, idade, e gênero, a fim de que cada agrupamento tivesse como fator de análise principal a cultura advinda do país em que trabalhavam (HOFSTEDE, 2001).

Hofstede (2001) primeiramente encontrou quatro dimensões culturais: Alta *versus* baixa distância ao Poder; Alta *versus* baixa aversão à Incerteza; Individualismo *versus* Coletivismo; e Masculinidade *versus* Feminilidade.

É importante notar que as diferenças nacionais em programação mental tornaram-se cada vez mais importantes, porque um número crescente de atividades no mundo exige a cooperação de pessoas de diferentes nações (HOFSTEDE, 1982).

A seguir, são apresentadas cada uma das dimensões culturais definidas por Hofstede.

3.2.1. Alta Distância ao Poder *versus* Baixa Distância ao Poder

Hofstede (2001, pag.98) conceitua distância ao poder como “a medida do grau de aceitação, por aqueles que têm menos poder nas instituições e organizações de um país, de uma repartição desigual do poder”.

Instituições são os elementos básicos da sociedade, tais como a família, a escola e a comunidade; organizações são os locais onde as pessoas trabalham (MINKOV; HOFSTEDE, 2011).

Hofstede ainda classifica a distância ao poder como a medida da influência entre o chefe e seu subordinado, de acordo com a visão do subordinado (HOFSTEDÉ, 2001).

Em organizações, o nível de distância ao poder está relacionado com o grau de centralização da autoridade e de uma liderança autocrática (HOFSTEDÉ, 1982).

Hofstede (2003) mostra de maneira sucinta as diferenças fundamentais entre as sociedades de alta e baixa distância ao poder.

Em relação às relações familiares, na escola e no local de trabalho, podem ser encontradas as seguintes características apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Características de distância do poder nas relações familiares, na escola e no local de trabalho

Baixa Distância ao Poder	Alta Distância ao Poder
As desigualdades entre as pessoas devem ser minimizadas	As desigualdades entre as pessoas devem existir e são desejáveis
Deve existir, e existe até certo ponto, uma interdependência entre quem tem mais poder e quem tem menos.	Quem tem menos poder deve depender de quem tem mais; na prática, as pessoas com menos poder oscilam entre a dependência e a contradependência.
Os pais tratam os filhos como iguais	Os pais ensinam os filhos a obedecer
Os filhos tratam os pais como iguais	Os filhos tratam os pais com respeito
Os professores esperam que os alunos tenham iniciativa na sala de aula	Os professores devem tomar todas as iniciativas na sala de aula
Os professores são especialistas que transmitem verdades impessoais.	Os professores são “gurus” que transmitem uma sabedoria pessoal
Os alunos tratam os seus professores como iguais	Os alunos tratam os seus professores com respeito
As pessoas com maior grau acadêmico têm valores menos autoritários que as pessoas de grau acadêmico inferior	As pessoas com maior grau acadêmico e as com menor mostram valores autoritários idênticos.
A hierarquia nas organizações pressupõe uma desigualdade de papéis, estabelecida por conveniência.	A hierarquia nas organizações reflete uma desigualdade existencial entre indivíduos de maior e menor nível.
A descentralização é comum	A centralização é comum
Diferenças salariais reduzidas entre a cúpula e a base da organização	Diferenças salariais elevadas entre a cúpula e a base da organização
Os subordinados esperam ser consultados	Os subordinados esperam que os chefes lhes digam o que fazer
O chefe ideal é um democrata dotado e competente	O chefe ideal é um autocrata benevolente
Os privilégios e símbolos de estatuto são mal vistos	Os privilégios e símbolos de estatuto devem existir para a direção e são bem vistos.

Fonte: Hofstede (2003, p.53).

Em relação a políticas e ideias, podem ser encontradas as seguintes características apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Características de distância do poder em relação a políticas e ideias

Baixa Distância ao Poder	Alta Distância ao Poder
O uso do poder deve estar legitimado e submeter-se a critérios de bom e mau	O poder prevalece sobre o direito: quem tem o poder tem razão e atua bem.
Competências, riqueza, poder e estatuto, não estão necessariamente juntos.	Competências, riqueza, poder e estatuto devem estar juntos.
Todos devem ter direitos iguais	Os poderosos têm privilégios
As pessoas com poder tratam de parecer menos poderosas do que de fato são	As pessoas com poder tratam de impressionar o mais possível.
O poder baseia-se no cargo formal, na experiência e na capacidade de recompensas.	O poder baseia-se na família e nos amigos, no carisma e na capacidade para fazer uso da força
A forma de mudar um sistema político é mudando as regras (evolução)	A forma de mudar um sistema político é derrubando quem está no poder (revolução)
É raro o uso da violência na política interna	Os conflitos políticos internos dão muitas vezes lugar a violência
As religiões e os sistemas filosóficos dominantes acentuam a igualdade	As religiões e sistemas filosóficos dominantes acentuam a hierarquia e a estratificação
As ideologias políticas dominantes acentuam e praticam a repartição do poder	As ideologias políticas dominantes acentuam e praticam a luta pelo poder.

Fonte: Adaptado de Hofstede (2003, p.59).

Dessa forma, considerando-se o contexto em que há pequena distância ao poder, subordinados e chefes consideram-se iguais por natureza, o sistema hierárquico constitui-se uma desigualdade de papéis estabelecidos por conveniência. Por outro lado, em uma sociedade com alta distância ao poder, há maior desigualdade entre subordinados e chefes e um sistema hierárquico mais formal e centralizador (HOFSTEDE, 2001, 2003).

3.2.2. Alta Aversão à Incerteza *versus* Baixa Aversão à Incerteza

Esta dimensão procura analisar a extensão da ansiedade e da inquietação que as pessoas sentem ao encarar situações inesperadas ou incertas. É o grau em que a sociedade reduz a incerteza pelo uso das invenções sociais face às situações desconhecidas (FERREIRA, 2008).

O termo aversão à incerteza foi emprestado da Associação Americana de Sociologia. O termo foi desenvolvido pelo economista James March, em 1976. Para o autor, a gestão da incerteza está presente em todas as pessoas, em todos os países. “Todo ser humano precisa encarar o fato de que nós não sabemos o que irá acontecer amanhã: o futuro é incerto, mas temos que viver de qualquer maneira” (HOFSTEDE, 2010).

A incerteza sobre o futuro é uma característica básica do ser humano. A maneira encontrada para conviver com esse sentimento é através dos domínios da tecnologia, das leis e da religião (HOFSTEDE, 2001, p.145).

Nas organizações, a maneira encontrada para lidar com a incerteza consiste no uso da tecnologia, regras e rituais. O medo da mudança não deve ser confundido com a prevenção de riscos.

Segundo Hofstede (1982), a segurança pode ser criada de três formas, como se segue:

- **Tecnologia**

A tecnologia auxilia na prevenção de guerras e intempéries da natureza, além de proporcionar conforto e comodidade, gerando grande sensação de segurança.

- **Leis e normas**

Configuram-se como agentes de prevenção quanto à imprevisibilidade do comportamento humano. Um local com muitas normas e leis significa que há maior intolerância a comportamentos diferentes e imprevisíveis. Quando se lida com especialistas em determinado assunto, como um médico, há uma forte tendência de se aceitar as suas palavras e opiniões como leis ou regras, pois se presume que eles estão além das incertezas inerentes à determinada questão.

- **Religião**

Toda sociedade humana tem a sua religião, pois que esta contém uma mensagem que auxilia as pessoas a aceitarem as imprevisibilidades inerentes às questões transcendentais.

Para as relações familiares, na escola e no local de trabalho, podem ser descritas as seguintes características em relação à aversão à incerteza (Quadro 3).

Baixa Aversão à Incerteza	Alta Aversão à Incerteza
A incerteza é inerente à vida e vive-se dia a dia.	A incerteza inerente a vida é percebida como uma ameaça que se deve combater diariamente.
Pouco stress, sentimento subjetivo de bem-estar.	Stress elevado, sentimento subjetivo de ansiedade.
As emoções e a agressão não devem mostrar-se	As emoções e a agressão podem ser exteriorizadas em público, no momento e lugar apropriado.
Confortável com situações ambíguas e riscos não familiares.	Aceitação de riscos familiares; medo de situações ambíguas e riscos poucos familiares.
O poder baseia-se no cargo formal, na experiência e na capacidade de recompensas.	O poder baseia-se na família e nos amigos, no carisma e na capacidade para fazer uso da força
Deve existir o menor número possível de regras.	Necessidade emocional de regras, mesmo que sejam ineficazes.
O tempo constitui apenas um marco de referência	Tempo é de ouro
Por vezes é bom não fazer nada; trabalha-se muito apenas quando é necessário.	Necessidade emocional de estar constantemente ocupado; necessidade interior para trabalhar duramente.
A precisão e pontualidade devem ser aprendidas	Precisão e pontualidade surgem naturalmente.
Tolerância face a ideias e comportamentos divergentes	Repúdio pelos comportamentos e ideias divergentes; resistência à inovação.
Motivação pela necessidade de realização, de estima e pertença	Motivação pela necessidade de segurança, de estima ou pertença.

Fonte: Adaptado de Hofstede (2003, p.150).

Para políticas e ideias, Hofstede (2003) encontrou as seguintes características apresentadas no Quadro 4.

Quadro 4 – Características de aversão à incerteza em relação a políticas e ideias

Baixa Aversão à Incerteza	Alta Aversão à Incerteza
Leis e normas pouco numerosas e gerais	Leis e regras numerosas e precisas
Se leis não podem ser respeitadas, devem ser modificadas	Se as normas não podem ser respeitadas, somos pecadores e devemos nos arrepender
As emoções e a agressão não devem mostrar-se	As emoções e a agressão podem ser exteriorizadas em público, no momento e lugar apropriado.
Os cidadãos têm o direito de protestar	Os protestos devem ser reprimidos
Os funcionários públicos têm uma opinião positiva do sistema político	Os funcionários públicos têm uma opinião negativa acerca do governo
Tolerância, moderação	Conservadorismo, extremismo, lei e ordem
Confiança nos generalistas e no senso comum	Confiança nos especialistas e na especialização
Muitos enfermeiros, poucos médicos	Muitos médicos, poucos enfermeiros

A verdade de um grupo não deve ser imposta aos demais	Só existe uma verdade e nós possuímo-la
Direitos do homem: ninguém deve ser perseguido pelas suas crenças	Fundamentalismo e intolerância religiosa, política e ideológica
A oposição ao nível das ideias não impede a amizade	A amizade entre cientistas de ideias opostas não é possível

Fonte: Adaptado de Hofstede (2003, p.161).

Assim, pode-se considerar que a incerteza é uma experiência subjetiva, pois pode adquirir conotação não pessoal ou ser apreendida e adquirida culturalmente. A incerteza procura combater as ambiguidades, contribuindo para a formação de regras e leis (HOFSTEDE, 2001).

3.2.3. Individualismo *versus* Coletivismo

Hofstede (2003, p. 69) define esta dimensão da seguinte forma:

“O individualismo caracteriza as sociedades nas quais os laços entre os indivíduos são pouco firmes; cada um deve ocupar-se de si mesmo e da sua 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”.

A questão fundamental envolvida nesta dimensão é a proximidade do relacionamento entre as pessoas (HOFSTEDE, 1982), pois, nas sociedades individualistas, predomina-se o interesse do indivíduo sobre o interesse do grupo. Nas coletivistas, por sua vez, predomina-se o interesse do grupo sobre o do indivíduo. Portanto, é possível inferir que o individualismo é uma oposição ao coletivismo. (HOFSTEDE, 2001, 2003).

No Quadro 5, têm-se as seguintes características desta dimensão para as relações familiares, na escola e no trabalho.

Quadro 5 – Características de coletivismo e individualismo nas relações familiares, na escola e no trabalho

Sociedades Coletivistas	Sociedades Individualistas
As pessoas nascem em famílias alargadas ou outros grupos, que as protegem em troca de lealdade	Cada um deve ocupar-se de si próprio e da sua família mais próxima
A identidade é função do grupo social a que cada um	A identidade está baseada no indivíduo

pertence	
A criança aprende a pensar em termos de “nós”	A criança aprende a pensar em termos de “eu”
Há que manter sempre a harmonia formal e evitar os confrontos diretos	Dizem o que se pensa é característico das pessoas honestas
A finalidade da educação é aprender como fazer	A finalidade da educação é aprender como aprender
Os títulos e diplomas permitem o acesso a grupos de estatuto mais elevado	Os títulos e diplomas aumentam o valor económico e/ou amor próprio
A relação empregador-empregado é percebida em termos morais como um vínculo familiar	A relação empregador-empregado constitui um contrato que presumivelmente se baseia em vantagens mútuas
O recrutamento e a promoção têm em conta o grupo de pertença	O recrutamento e a promoção baseiam-se unicamente nas competências e regras
Pratica-se uma gestão de grupos	Pratica-se uma gestão de indivíduos
A relação prevalece face à tarefa	A tarefa prevalece face à relação

Fonte: Hofstede (2003, p.87).

Para ideias e políticas, foram encontradas as seguintes características (Quadro 6):

Quadro 6 – Características de coletivismo e individualismo em relação a políticas e ideias

Sociedades Coletivistas	Sociedades Individualistas
Os interesses do coletivo estão acima dos interesses individuais	Os interesses individuais estão acima dos interesses do coletivo
O grupo invade a vida privada	Todos têm direito a uma vida privada
As opiniões são predeterminadas pelo grupo	Supõe-se que cada um tenha a sua própria opinião
Papel dominante do Estado no sistema económico	Papel restrito do Estado no sistema económico
Poder político exercido por grupos de interesse	Poder político exercido pelos eleitores
O ideal de igualdade prima sobre o da liberdade	O ideal de liberdade prima sobre o da igualdade
A harmonia e o consenso social constituem metas fundamentais	A auto realização do indivíduo constitui uma meta fundamental

Fonte: Adaptado de Hofstede (2003, p.94)

Portanto, pode-se sintetizar esta dimensão com a seguinte explanação de Hofstede (2003, p. 88):

“Para uma cultura individualista, temos:
Tempo pessoal: usufruir de um trabalho que proporcione tempo suficiente para a vida pessoal e familiar;

Liberdade: desfrutar de considerável liberdade para organizar o trabalho como se entender;

Desafio: trabalhar em um local estimulante, que proporcione um sentimento de realização pessoal.

Por sua vez, do lado oposto (coletivismo):

Formação: vivenciar oportunidades de aprender ou de se aperfeiçoar;

Condições de trabalho: necessárias boas condições físicas de trabalho (ventilação, iluminação, espaço de trabalho adequado, etc.);

Utilização de competências: possibilidade de utilizar plenamente as competências possuídas no trabalho.”

3.2.4. Masculinidade *versus* Feminilidade

A questão fundamental envolvida é a divisão de papéis entre os sexos em uma sociedade, e em particular, o papel padrão atribuído aos homens (HOFSTEDE, 1982).

Há uma diferença entre os valores femininos e masculinos. Dentre as características do masculino, podem-se citar: competitividade, assertividade, heroísmo e recompensa material. Para os valores femininos, têm-se como características principais: modéstia, compaixão e preocupação com o próximo (HOFSTEDE, 2001).

Para Hofstede (2003), há uma tendência comum na maior parte das sociedades, modernas ou tradicionais, no que diz respeito à distribuição dos papéis do sexo. Quanto maior a diferença de papéis entre os dois sexos, maior será o índice de masculinidade.

Para relações familiares, na escola e no trabalho, temos as seguintes características principais (Quadro 7).

Quadro 7 – Características de feminilidade e masculinidade nas relações familiares, na escola e no trabalho

Sociedades Femininas	Sociedades Masculinas
Valores dominantes: atenção e cuidado pelos outros	Valores dominantes: o sucesso e progresso material
Importância das pessoas e das relações calorosas	A importância do dinheiro e das coisas
Todos devem ser modestos	Os homens mostram autoconfiança, ambição e rigidez nas atitudes
Os homens e as mulheres podem ser ternos	As mulheres devem ser ternas e ocupar-se das relações
Na família, tanto o homem como a mulher se ocupam dos fatos e dos sentimentos	Na família, os fatos são do domínio do pai e os sentimentos do domínio da mãe
Simpatia pelos mais fracos	Simpatia pelos mais fortes
Trabalha-se para viver	Vive-se para trabalhar
Os gestores apelam para a intuição e procuram o consenso	Os gestores devem ser decisivos e autoafirmativos.
Acentua-se a igualdade, a solidariedade e a qualidade de	Enfatiza-se a equidade, a competição entre colegas e a

vida no trabalho	performance
Os conflitos são resolvidos através da negociação e do compromisso	Os conflitos são resolvidos através do confronto

Fonte: Adaptado de Hofstede (2003, p.119).

Em relação às ideias e políticas, foram encontradas as seguintes particularidades, conforme o Quadro 8.

Quadro 8 – Características de feminilidade e masculinidade em relação a políticas e ideias

Sociedades Femininas	Sociedades Masculinas
Ideal da sociedade de bem-estar.	Ideal da sociedade de sucesso e desempenho
Deve-se ajudar os necessitados	Deve-se apoiar os mais fortes
Sociedade permissiva	Sociedade corretiva
Número relativamente grande de mulheres eleitas para cargos políticos	Número relativamente pequeno de mulheres eleitas para cargos políticos
As religiões dominantes insistem na complementariedade dos sexos	As religiões dominantes insistem na prerrogativa masculina
A libertação das mulheres significa a partilha equitativa das tarefas, tanto no trabalho como em casa	A libertação das mulheres significa que sejam admitidas para funções que outrora eram reservadas aos homens

Fonte: Adaptado de Hofstede (2003, p. 127).

Portanto, é possível sintetizar esta dimensão como sendo uma medida do quanto as tarefas e as características femininas são compartilhadas pelos homens de uma sociedade. Além disso, as culturas masculinas, no extremo, esperam que as mulheres sirvam e se importem com a qualidade de vida não material, com as crianças e com os oprimidos. Enquanto que em sociedades femininas, há uma maior igualdade entre os sexos e espera-se que tanto em relação aos sentimentos ternos, quanto à competitividade e assertividade, ocorra uma maior igualdade e paridade entre os sexos.

3.2.5. Dimensões culturais mais recentes

Logo após a publicação dos primeiros resultados da pesquisa sobre cultura nacional, realizada em funcionários da IBM em 1980, foi publicado outro estudo sobre valores interculturais. De acordo com Hofstede e Bond (1988), Rokeach desenvolveu, em 1973, o *Rokeach Value Survey* (RVS), utilizado para medir a importância que os entrevistados atribuíam a trinta e seis características diferentes, dentre as quais continham características “físicas” e de

valores pessoais. Esse instrumento não foi originalmente designado para uma análise de cultura nacional e essa pesquisa foi realizada apenas nos Estados Unidos.

Os resultados dos estudos da IBM e da RVS não se podiam comparar diretamente, pois os seus dados foram analisados de forma muito diferente. Porém, um grupo de investigadores de nove países da Ásia e do Pacífico aplicaram uma versão modificada do questionário de valores de Rokeach. Eles seguiram a mesma abordagem, que havia sido utilizada com os dados do estudo da IBM, aplicada para cem estudantes de psicologia (50 homens e 50 mulheres) pertencentes a dez grupos étnicos ou de nacionalidades diferentes.

Essa nova análise produziu cinco dimensões, das quais quatro estavam correlacionadas com as quatro dimensões deduzidas do estudo da IBM nos seis países que faziam parte dos estudos. A quinta dimensão não pode ser interpretada.

Em 1971, Michael Bond montou um questionário com quarenta perguntas (o mesmo número que o estudo da RVS), na China. O novo questionário foi chamado de Questionário de Valores Chineses ou *Chinese Value Survey* (CVS), e incluía uma série de valores presentes na sociedade chinesa. O questionário foi, em seguida, respondido por cem estudantes (cinquenta de cada sexo), em 23 países.

Após análise estatística dos estudos do CVS, observou-se que as dimensões distância ao poder, masculinidade *versus* feminilidade, e individualismo *versus* coletivismo estavam correlacionadas. Porém, não havia correlação para a dimensão aversão à incerteza, presente no estudo da IBM com os resultados do CVS, sendo que o CVS apresentava uma nova dimensão não encontrada nos estudos com a IBM (HOFSTEDE, 2003). Michael Bond chamou a dimensão presente no CVS de “dinamismo confuciano”, em referência aos ensinamentos de Confúcio. Na prática, essa dimensão opõe uma orientação a longo prazo na vida face a uma orientação a curto prazo (HOFSTEDE, 2003). Portanto, surgiu a quinta dimensão de Hofstede, denominada Orientação a curto prazo *versus* orientação a longo prazo.

3.2.5.1. Orientação Curto Prazo *versus* Orientação de Longo Prazo

Minkov e Hofstede (2011) definem esta dimensão nos seguintes termos:

“Orientação a longo prazo significa a promoção de virtudes voltadas para recompensas futuras - em particular, perseverança e parcimônia. O seu polo oposto, orientação a curto prazo, significa a promoção de virtudes

relacionadas com o passado e apresenta, em particular, o respeito à tradição, a preservação da "face", e o cumprimento das obrigações sociais”.

Segundo Kluckhohn e Strodtbeck's (1961) *apud* Hills (2002), as tendências culturais podem valorizar o futuro, o presente ou o passado sendo que, normalmente, enfatiza-se um, em detrimento dos demais.

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

O Quadro 9 indica as diferenças encontradas para essa dimensão, baseando-se nos dados da CVS: Normas gerais e família.

Quadro 9 – Características de orientação de curto *versus* longo prazos baseadas nos dados da CVS: Normas gerais e família

Orientação de Curto Prazo	Orientação de Longo Prazo
Esforços devem produzir resultados rápidos	A perseverança gera resultados lentos
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
Conviver com as leis é um problema	Conviver com as leis não é um problema
Humildade é para mulheres somente	Humildade é para homens e mulheres
A terceira idade é considerada uma fase infeliz da vida, embora se inicie mais tarde	A terceira idade é considerada uma fase feliz da vida e inicia-se mais cedo
As crianças na pré-escola podem ser cuidadas por outras pessoas	As mães deveriam ter tempo para cuidar das crianças pequenas
Crianças recebem presentes por amor ou diversão	Crianças recebem presente visando ao próprio desenvolvimento ou educação
Estudantes atribuem sucesso ou fracasso à sorte	Estudantes atribuem sucesso à esforços e fracassos à falta de esforços
Respeito pelas obrigações sociais e de estatuto, independentemente do seu custo	Respeito pelas obrigações sociais dentro de certos limites
Pressão social para “não ser menos que o vizinho”, mesmo que isso implique gastos excessivos.	Austeridade, economia de recursos.

Fonte: Adpatado de Hofstede (2003) e Hofstede, G., Hofstede, G. J. e Minkov (2010).

Em relação às ideias e políticas, foram encontradas as seguintes características, baseadas nos dados da CVS (Quadro 10).

Quadro 10 – Características de orientação de curto e longo prazos baseadas nos dados da CVS para políticas e ideias

Orientação de Curto Prazo	Orientação de Longo Prazo
Serviços para os outros é um objetivo importante	Crianças devem aprender a economizar dinheiro e pertences pessoais
Orgulho do próprio país	Maior aprendizado oriundo dos outros países
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
Preocupação em possuir a verdade	Preocupação com o respeito pelas exigências da virtude.
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
Nenhum ou baixo crescimento econômico em países pobres	Rápido crescimento econômico em países pobres
Pressão social para “não ser menos que o vizinho”, mesmo que isso implique gastos excessivos.	Austeridade, economia de recursos.
Preocupação em possuir a verdade	Preocupação com o respeito pelas exigências da virtude.

Fonte: Adaptado de Hofstede (2003) e Hofstede G., Hofstede G. J. e Minkov (2010).

3.2.5.2. Indulgência *versus* Restrição

Em 2010, Hofstede e Minkov escreveram o livro “Culturas e Organização, Software da mente”, em que aparece uma nova dimensão cultural chamada Indulgência *versus* Restrição.

Essa dimensão surgiu, em 2007, em decorrência de uma minuciosa análise, por Minkov, da grande base internacional de dados chamada *World Value Survey* (WVS), coordenada pelo cientista político Ronald Inglehart (MINKOV; HOFSTEDE, 2011).

De acordo com o website da WVS, o surgimento da mesma ocorreu em 1981 e basicamente consiste em um grande estudo que envolve a análise da população de quase cem países, utilizando-se a aplicação de um questionário comum a todos, cujo objetivo foi auxiliar os cientistas e formuladores de políticas a entender as mudanças que ocorrem nas crenças, valores e motivações de pessoas em todo o mundo. Milhares de cientistas políticos, sociólogos, psicólogos sociais,

antropólogos e economistas têm usado esses dados para analisar temas como desenvolvimento econômico, a democratização, a religião, a igualdade de gênero, capital social, e bem-estar subjetivo (WebSite WVS). Além disso, esses dados também têm sido amplamente utilizados por funcionários do governo, jornalistas e estudantes, e os grupos de o Banco Mundial ter analisado as ligações entre fatores culturais e de desenvolvimento econômico.

A análise de Inglehart da grande base de dados da WVS produziu dois fatores estatísticos. Um deles, denominado *secular-rational versus traditional authority*, foi associado com a dimensão de baixa e alta distância ao poder de Hofstede, respectivamente (HOFSTEDE, G.; HOFSTEDE, G. J.; MINKOV, 2010). O outro, denominado *well-being versus survival*, foi correlacionado com individualismo, feminilidade e baixa distância ao poder (HOFSTEDE, G.; HOFSTEDE, G. J.; MINKOV, 2010).

A segunda dimensão, denominada de *well-being versus survival* pode ser dividida em dois componentes (MINKOV; HOFSTEDE, 2011). O primeiro componente consiste de itens denominados de polo positivo e de polo negativo. O polo positivo refere-se a características que demonstram uma maior coesão interna de determinado grupo e exclusão de pessoas oriundas de outros grupos.

No polo negativo, têm-se características que demonstram tolerância e respeito por todo mundo. O primeiro componente foi denominado *exclusionism versus universalism*.

Segundo Hofstede G., Hofstede G. J. e Minkov (2010), o primeiro componente é uma variante do individualismo *versus* coletivismo, portanto não foi necessário incluí-la em seu modelo cultural.

O segundo componente da dimensão *well-being versus survival* deu origem a dimensão cultural *indulgence versus restraint*, que não constava no modelo tradicional das 5 dimensões de Hofstede.

Hofstede G., Hofstede G. J. e Minkov (2010) definem essa dimensão da seguinte maneira:

“Indulgência representa uma tendência das pessoas permitirem um livre fruir dos desejos humanos básicos e naturais relacionados com a diversão e o “aproveitar a vida”. O seu polo oposto, a contenção, reflete a convicção de que tal gratificação necessita ser controlada e regulada por normas sociais rígidas”.

O estudo realizado pela *World Value Survey* (WVS), abrangendo a dimensão supracitada, estendeu-se por noventa e três países diferentes e explicou, por exemplo, por que algumas nações pobres continham uma grande porcentagem de pessoas com altos níveis de felicidade.

As diferenças encontradas em relação às normas gerais, sentimentos pessoais e saúde estão indicadas no Quadro 11.

Quadro 11 - Características de indulgência e restrição em relação às normas gerais, sentimentos pessoais e saúde

Indulgência	Restrição
Alta porcentagem de pessoas altamente felizes	Baixa porcentagem de pessoas muito felizes
Maior percepção de controle sobre a própria vida	Percepção de desamparo: os fatos que acontecem não são realmente decorrentes da própria atitude da pessoa
Maior importância ao tempo de lazer	Menor importância ao tempo de lazer
Muito importante ter amigos	Pouco importante ter amigos
Economia não é muito importante	Economia é muito importante
Mais provável a lembrança de bons momentos	Menos provável a lembrança de bons momentos
Atitude mais otimista	Atitude menos otimista
As pessoas são mais extrovertidas	As pessoas são menos extrovertidas
Grande porcentagem das pessoas sente que estão saudáveis	Menor porcentagem das pessoas sente que estão saudáveis
Baixas médias de mortes decorrentes de doenças cardio-vasculares	Altas taxas de mortes devido a doenças cardio-vasculares

Fonte: Hofstede G., Hofstede G. J. e Minkov (2010).

Para comportamentos envolvendo vida privada, comportamento do consumidor, sexualidade e política, têm-se as seguintes diferenças encontradas pelos autores (Quadro 12).

Quadro 12 - Características de indulgência e restrição em relação à vida privada, comportamento do consumidor, sexualidade e política

Indulgência	Restrição
Alta aprovação de músicas e filmes estrangeiros	Baixa valorização de filmes e músicas estrangeiros
Maior satisfação na vida em família	Menos satisfação na vida em família
As tarefas domésticas devem ser realizadas por homens e mulheres	Distribuição desigual das tarefas domésticas é comum
Pessoas são ativamente envolvidas com esportes	Pessoas estão raramente envolvidas com esportes
E-mail e internet são mais usadas para contatos privados	Menor utilização da internet e e-mail para contatos pessoais
Maior contato pela internet com estrangeiros	Menor contato pela internet com estrangeiros

Em países ricos, há maior porcentagem de pessoas obesas	Em países ricos, há menor porcentagem de pessoas obesas
Sorrir é comum e algo positivo	Sorrir é sinal de algo errado
Manter a ordem na nação não é algo de extrema prioridade	Manter a ordem na nação é a mais alta prioridade
Baixo número de policiais a cada 100.000 pessoas	Alto número de policiais a cada 100.000 pessoas.

Fonte: Adaptado de Hofstede G., Hofstede G. J. e Minkov (2010).

3.2.6. Cálculo dos valores das dimensões de Hofstede

O cálculo dos valores das dimensões de Hofstede segue a classificação de todos os países pesquisados até 2010. Nesses dados, incluem-se as pesquisas feitas originalmente com os dados dos funcionários da IBM e de outros estudos realizados posteriormente por diversos pesquisadores. Os valores, inicialmente variavam entre 0 e 100, porém, outros países foram adicionados à lista, após o desenvolvimento da fórmula e para que não precisasse mudá-la constantemente, alguns países começaram a apresentar índices superiores a 100 (HOFSTED, 2003).

Um procedimento estatístico (análise fatorial) permitiu classificar as perguntas do questionário em grupos para os quais os resultados médios ou as porcentagens variavam da mesma forma. Assim, um país que obtivesse um resultado elevado para uma das questões do grupo, deveria igualmente obter um resultado elevado para as outras questões ou, um valor baixo, para questões que tivessem um significado oposto. As fórmulas para obtenção dos valores são diferentes para cada dimensão cultural.

Após a coleta de dados, obtém-se um número mostrando a quantidade encontrada de cada um dos itens, de cada questão proposta. Calcula-se, então, a frequência relativa de cada uma das questões, cujos valores serão utilizados para calcular os índices propostos na instituição analisada. Assim, é possível verificar se há semelhança ou diferença em relação aos índices encontrados no Brasil, considerando-se que é um país de dimensões continentais com significativo número de subculturas e divergências culturais locais.

Exemplificando, tem-se que as vinte e quatro questões de conteúdo permitem escores do índice a ser calculado em seis dimensões de sistemas de valores nacionais como componentes de culturas nacionais: distância ao poder (alta *versus* baixa), individualismo *versus* coletivismo, masculinidade *versus* feminilidade, aversão à incerteza (alta *versus* baixa), orientação a longo prazo *versus* orientação a curto prazo. Todas as questões de conteúdo são pontuadas em escalas de cinco pontos (1-2-3-4-5). Programas de computador com estatística padrão podem calcular as

médias em escalas de cinco pontos, mas o cálculo também pode ser feito simplesmente com a mão.

Ainda, supondo que um grupo de 57 entrevistados produza as seguintes pontuações na questão número 4 (importância da estabilidade do emprego):

$$10 \times \text{resposta 1} = 10$$

$$24 \times \text{resposta 2} = 48$$

$$14 \times \text{resposta 3} = 42$$

$$5 \times \text{resposta 4} = 20$$

$$1 \times \text{resposta 5} = 5$$

Resultam-se 54 respostas válidas e o total do cálculo ponderado foi de 125. Três dos 57 entrevistados deram uma resposta inválida: Deixou em branco (sem resposta) ou múltipla (mais de uma resposta). Respostas inválidas devem ser excluídas do cálculo.

O resultado principal é $125/54 = 2.31$. Assim, essa foi a pontuação principal encontrada, por exemplo, para a questão número 4.

3.2.6.1. Índice de distância ao poder

Os resultados médios de amostra de empregados da IBM para um país, relativamente a quatro questões, permitiram calcular um índice de distância hierárquica (IDH) para esse país:

$$IDH = 35(p07 - p02) + 25(p20 - p23)$$

Sendo que p07 significa o resultado principal a ser encontrado para a questão nº 7, e assim por diante. Pode ser somada uma constante (positiva ou negativa) que depende da natureza da amostra e que não irá afetar a comparação entre os resultados encontrados para diferentes países.

A seguir, é apresentada a Tabela 1, na qual são indicados os valores do Índice de distância ao poder para setenta e seis países.

Tabela 1 – Valores do índice de distância ao poder para 76 países baseados nos dados da IBM e dados encontrados posteriormente por outros pesquisadores

Posição	País	Índice	Posição	País	Índice	Posição	País	Índice
1-2	Malásia	104	27-29	Hong Kong	68	55	Hungria	46
1-2	Eslováquia	104	27-29	Polônia	68	56	Jamaica	45

3-4	Guatemala	95	30-31	Bélgica Francesa	67	57	Letônia	44
3-4	Panamá	95	30-31	Colômbia	67	58	Lituânia	42
5	Filipinas	94	32-33	El Salvador	66	59-61	Estônia	40
6	Rússia	93	32-33	Turquia	66	59-61	Luxemburgo	40
7	Romênia	90	34-36	África Occidental	64	59-61	Estados Unidos	40
8	Sérvia	86	34-36	Tailândia	64	62	Canadá	39
9	Suriname	85	34-36	Peru	64	63-64	Holanda	38
10-11	México	81	37-38	Chile	63	63-64	Austrália	38
10-11	Venezuela	81	37-38	Portugal	63	65-67	Costa Rica	35
12-14	Países Árabes	80	39-40	Bélgica Holandesa	61	65-67	Alemanha	35
12-14	Bangladesh	80	39-40	Uruguai	61	65-67	Grã Bretanha	35
12-14	China	80	41-42	Grécia	60	68	Finlândia	33
15-16	Equador	78	41-42	Coreia do Sul	60	69-70	Noruega	31
15-16	Indonésia	78	43-44	Irã	58	69-70	Escócia	31
17-18	Índia	77	43-44	Taiwan	58	71	Irlanda	28
17-18	África Oriental	77	45-46	República Tcheca	57	72	Suíça Alemã	
19	Singapura	74	45-46	Espanha	57	73	Nova Zelândia	26
20	Croácia	73	47	Malta	56	74	Dinamarca	18
21	Eslovênia	71	48	Paquistão	55	75	Israel	13
22-25	Bulgária	70	49-50	Canadá – Quebec	54	76	Áustria	11
22-25	Marrocos	70	49-50	Japão	54			
22-25	Suíça Francesa	70	51	Itália	50			
22-25	Vietnã	70	52-53	Argentina	49			
26	Brasil	69	52-53	África do Sul	49			
27-29	França	68	54	Trinidad	47			

Fonte: Adaptado de Hofstede G., Hofstede G. J. e Minkov (2010).

Representativamente, podemos observar a posição do Brasil na escala abaixo:

Figura 3 – Posição do Brasil, em relação aos 104 países analisados, quanto à dimensão cultural alta distância ao poder *versus* baixa distância ao poder.

Fonte: Autor.

Portanto, o Brasil possui uma distância ao poder relativamente alta, o que pressupõe uma desigualdade hierárquica nas relações de poder entre uma instituição. O que justifica líderes mais autocráticos e um maior formalismo nas relações de trabalho.

3.2.6.2. Índice de individualismo

Os resultados médios de amostra de empregados da IBM para um país, relativamente a quatro questões, permitiram calcular um índice de individualismo (IDV) para esse país:

$$IDV = 35(m04 - m01) + 35(m09 - m06)$$

A seguir, é apresentada a Tabela 2, na qual são indicados os valores do Índice de individualismo para setenta e seis países.

Tabela 2 – Valores do índice de individualismo para 76 países baseados nos dados da IBM e dados encontrados posteriormente por outros pesquisadores

Posição	País	Índice	Posição	País	Índice	Posição	País	Índice
1	Estados Unidos	91	28	República Tcheca	58	55-56	Hong Kong	25
2	Austrália	90	29	Áustria	55	55-56	Sérvia	25
3	Grã Bretanha	89	30	Israel	54	57	Chile	23
4-6	Canadá	80	31	Eslováquia	52	58-63	Bangladesh	20
4-6	Hungria	80	32	Espanha	51	58-63	China	20
4-6	Holanda	80	33	Índia	48	58-63	Singapura	20
7	Nova Zelândia	79	34	Suriname	47	58-63	Tailândia	20
8	Bélgica Holandesa	78	35-37	Argentina	46	58-63	Vietnã	20
9	Itália	76	35-37	Japão	46	58-63	África	20

							Oriental	
10	Dinamarca	74	35-37	Marrocos	46	64	El Salvador	19
11	Canadá Quebec	73	38	Irã	41	65	Coréia do Sul	18
12	Bélgica Francesa	72	39-40	Jamaica	39	66	Taiwan	17
13-14	França	71	39-40	Rússia	39	67-68	Peru	16
13-14	Suécia	71	41-42	Países Árabes	38	67-68	Trinidad	16
15-16	Irlanda	70	41-42	Brasil	38	69	Costa Rica	15
15-16	Letônia	70	43	Turquia	37	70-71	Indonésia	14
17-18	Noruega	69	44	Uruguai	36	70-71	Paquistão	14
17-18	Suíça Alemã	69	45	Grécia	35	72	Colômbia	13
19	Alemanha	67	46	Croácia	33	73	Venezuela	12
20	África do Sul	65	47	Filipinas	32	74	Panamá	11
21	Suíça Francesa	64	48-50	Bulgária	30	75	Equador	8
22	Finlândia	63	48-50	México	30	76	Guatemala	6
23-26	Estônia	60	48-50	Romênia	30			
23-26	Lituânia	60	51-53	África Ocidental	27			
23-26	Luxemburgo	60	51-53	Portugal	27			
23-26	Polônia	60	51-53	Eslovênia	27			
27	Malta	59	54	Malásia	26			

Fonte: Adaptado de Hofstede G., Hofstede G. J. e Minkov (2010).

Representativamente, podemos visualizar a posição do Brasil na escala abaixo:

Figura 4 – Posição do Brasil, em relação aos 76 países analisados, quanto à dimensão cultural individualismo *versus* coletivismo.

Fonte: Autor.

Conclui-se que o Brasil possui um baixo valor de individualismo, o que mostra a presença de uma sociedade coletivista e portanto, o interesse coletivo, predomina em detrimento do individual em organizações, de um modo geral.

3.2.6.3. Índice de masculinidade

Os resultados médios de amostra de empregados da IBM para um país, relativamente a quatro questões, permitiram calcular um índice de masculinidade (MAS) para esse país:

$$MAS = 35(m05 - m03) + 35(m08 - m10)$$

A seguir, é apresentada a Tabela 3, na qual são indicados os valores do Índice de masculinidade para setenta e seis países.

Tabela 3 – Valores do índice de masculinidade para 76 países baseados nos dados da IBM e dados encontrados posteriormente por outros pesquisadores

Posição	País	Índice	Posição	País	Índice	Posição	País	Índice
1	Eslováquia	110	28-29	Argentina	57	55-58	Bulgária	40
2	Japão	95	28-29	Índia	56	55-58	Croácia	40
3	Hungria	88	30	Bangladesh	56	55-58	El Salvador	40
4	Áustria	79	31-32	Países Árabes	55	55-58	Vietnã	40
5	Venezuela	73	31-32	Marrocos	53	59	Coréia do Sul	39
6	Suíça Alemã	72	33	Canadá Total	53	60	Uruguai	38
7	Itália	70	34-36	Luxemburgo	52	61-62	Guatemala	37
8	México	69	34-36	Malásia	50	61-62	Suriname	37
9-10	Irlanda	68	34-36	Paquistão	50	63	Rússia	36
9-10	Jamaica	68	37	Brasil	50	64	Tailândia	34
11-13	China	66	38	Singapura	49	65	Portugal	31
11-13	Alemanha	66	39-40	Israel	48	66	Estônia	30
11-13	Grã Bretanha	66	39-40	Malta	47	67	Chile	28
14-16	Colômbia	64	41-42	Indonésia	47	68	Finlândia	26
14-16	Filipinas	64	41-42	África Oriental	46	69	Costa Rica	21
14-16	Polônia	64	43-45	Canadá Quebec	46	70-71	Lituânia	19
17-18	África do Sul	63	43-45	Taiwan	45	70-71	Eslovênia	19
17-18	Equador	63	43-45	Turquia	45	72	Dinamarca	16
19	Estados Unidos	62	46	Panamá	44	73	Holanda	14

20	Austrália	61	47-50	Bélgica Holandesa	43	74	Letônia	9
21	Bélgica Francesa	60	47-50	França	43	75	Noruega	8
22-24	Nova Zelândia	58	47-50	Irã	43	76	Suécia	5
22-24	Suíça Francesa	58	47-50	Sérvia	43			
22-24	Trinidad	58	51-53	Peru	42			
25-27	República Tcheca	57	51-53	Romênia	42			
25-27	Grécia	57	51-53	Espanha	42			
25-27	Hong Kong		54	África Ocidental	41			

Fonte: Adaptado de Hofstede G., Hofstede G. J. e Minkov (2010).

Representativamente, podemos inferir a posição do Brasil na escala abaixo:

Figura 5 – Posição do Brasil, em relação aos 76 países analisados, quanto à dimensão cultural masculinidade *versus* feminilidade.

Fonte: Autor.

O valor mostra que o Brasil situa-se medianamente nesta dimensão, o que mostra um equilíbrio entre os valores masculinos e femininos nos funcionários de uma organização.

3.2.6.4. Índice de aversão à incerteza

Os resultados médios de amostra de empregados da IBM para um país, relativamente a quatro questões, permitiram calcular um índice de aversão à incerteza (IAI) para esse país:

$$IAI = 40(m18 - m15) + 25(m21 - m24)$$

A seguir, é apresentada a Tabela 4, na qual são indicados os valores do Índice de aversão à incerteza para setenta e seis países.

Tabela 4 – Valores do índice de aversão à incerteza para 76 países baseados nos dados da IBM e dados encontrados posteriormente por outros pesquisadores

Posição	País	Índice	Posição	País	Índice	Posição	País	Índice
1	Grécia	112	28	Israel	81	55	Holanda	53
2	Portugal	104	29-30	Colômbia	80	56	África Ocidental	52
3	Guatemala	101	29-30	Croácia	80	57-58	Austrália	51
4	Uruguai	100	31-32	Brasil	76	57-58	Eslováquia	51
5	Bélgica Holandesa	97	31-32	Venezuela	76	59	Noruega	50
6	Malta	96	33	Itália	75	60-61	Nova Zelândia	49
7	Rússia	95	34	República Tcheca	74	60-61	África do Sul	49
8	El Salvador	94	35-38	Áustria	70	62-63	Canadá Total	48
9-10	Bélgica Francesa	93	35-38	Luxemburgo	70	62-63	Indonésia	48
9-10	Holanda	93	35-38	Paquistão	70	64	Estados Unidos	46
11-13	Japão	92	35-38	Suíça Francesa	70	65	Filipinas	44
11-13	Sérvia	92	39	Taiwan	69	66	Índia	40
11-13	Suriname	92	40-41	Países Árabes	68	67	Malásia	36
14	Romênia	90	40-41	Marrocos	68	68-69	Grã Bretanha	35
15	Eslovênia	88	42	Equador	67	68-69	Irlanda	35
16	Peru	87	43-44	Alemanha	65	70-71	China	30
17-22	Argentina	86	43-44	Lituânia	65	70-71	Vietnã	30
17-22	Chile	86	45	Tailândia	64	72-73	Hong Kong	29
17-22	Costa Rica	86	46	Letônia	63	72-72	Suécia	29
17-22	França	86	47-49	Bangladesh	60	74	Dinamarca	23
17-22	Panamá	86	47-49	Canadá Quebec	60	75	Jamaica	13
17-22	Espanha	86	47-49	Estônia	60	76	Singapura	8
23-25	Bulgária	85	50-51	Finlândia	59			
23-25	Coreia do Sul	85	50-51	Irã	59			
23-25	Turquia	85	52	Suíça Alemã	56			

26-27	Hungria	82	53	Trinidad	55			
26-27	México	82	54	África Oriental	54			

Fonte: Adaptado de Hofstede G., Hofstede G. J. e Minkov (2010).

Representativamente, podemos perceber a posição do Brasil na escala abaixo:

Figura 6 – Posição do Brasil, em relação aos 76 países analisados, quanto à dimensão cultural alta aversão à incerteza *versus* baixa aversão à incerteza.

Fonte: Autor.

O Brasil caracteriza-se por uma aversão à incerteza relativamente alta, o que implica em uma menor propensão à inovação e a situações desconhecidas que as organizações possam vivenciar.

3.2.6.5. Índice de orientação a longo prazo

Os resultados médios de amostra de empregados da IBM para um país, relativamente a quatro questões, permitiram calcular um índice de orientação a longo prazo (OLP) para esse país:

$$OLP = 40(m13 - m14) + 25(m19 - m22)$$

A seguir, é apresentada a Tabela 5, na qual são indicados os valores do Índice de orientação a longo prazo para noventa e três países.

Tabela 5 – Valores do índice de orientação a longo prazo para 93 países baseados nos dados da IBM e dados encontrados posteriormente por outros pesquisadores

Posição	País	Índice	Posição	País	Índice	Posição	País	Índice
1	Coréia do Sul	100	28-32	Azerbaijão	61	63	Chile	31
2	Taiwan	93	33	Áustria	60	64	Zâmbia	30
3	Japão	88	34-35	Croácia	58	65-66	Portugal	28
4	China	87	34-35	Hungria	58	65-66	Islândia	28
5	Ucrânia	86	36	Vietnã	57	67-68	Burkina Faso	27

6	Alemanha	83	37	Suécia	53	67-68	Filipinas	27
7-9	Estônia	82	38-39	Sérvia	52	69-71	Uruguai	26
7-9	Bélgica	82	38-39	Romênia	52	69-71	Argélia	26
7-9	Lituânia	82	40-41	Grã Bretanha	51	69-71	Estados Unidos	26
10-11	Rússia	81	40-41	Índia	51	72-73	Peru	25
10-11	Bielorrússia	81	42	Paquistão	50	72-73	Iraque	25
12	Alemanha Ocidental	78	43	Eslovênia	49	74-76	Irlanda	24
13	Eslováquia	77	44	Espanha	48	74-76	México	24
14	Montenegro	75	45-46	Bangladesh	47	74-76	Uganda	24
15	Suíça	74	45-46	Malta	47	77	Austrália	21
16	Singapura	72	47	Turquia	46	78-80	Argentina	20
17	Moldávia	71	48	Grécia	45	78-80	Mali	20
18-19	República Tcheca	70	49	Brasil	44	78-80	El Salvador	20
18-19	Bósnia	70	50	Malásia	41	81	Ruanda	18
20-21	Bulgária	69	51-54	Finlândia	38	82-83	Jordânia	16
20-21	Letônia	69	51-54	Geórgia	38	82-83	Venezuela	16
22	Holanda	67	51-54	Polônia	38	84	Zimbábue	15
23	Quirguistão	66	51-54	Israel	38	85-86	Marrocos	14
24	Luxemburgo	64	55-56	Canadá	36	85-86	Irã	14
25	França	63	55-56	Arábia Saudita	36	87-90	Colômbia	13
26-27	Indonésia	62	57-58	Dinamarca	35	87-90	República Dominicana	13
26-27	Macedônia	62	57-58	Noruega	35	87-90	Nigéria	13
28-32	Albânia	61	59-60	Tanzânia	34	87-90	Trinidad	13
28-32	Itália	61	59-60	África do Sul	34	91	Egito	7
28-32	Armênia	61	61	Nova Zelândia	33	92	Gana	4
28-32	Hong Kong	61	62	Tailândia	32	93	Porto Rico	0

Fonte: Adaptado de Hofstede G., Hofstede G. J. e Minkov (2010).

Representativamente, podemos observar a posição do Brasil na escala abaixo:

Figura 7 – Posição do Brasil, em relação aos 93 países analisados, quanto à dimensão cultural orientação a curto prazo *versus* orientação a longo prazo.

Fonte: Autor.

O Brasil possui um valor intermediário na dimensão de curto e longo prazo, o que demonstra certo equilíbrio nas organizações na obtenção de resultados rápidos, atendendo aos objetivos de curto prazo e os alcançáveis a longo prazo, objetivando a sobrevivência da organização no longo prazo.

3.2.6.6. Índice de indulgência e restrição

Os resultados médios de amostra de empregados da IBM para um país, relativamente a quatro questões, permitiram calcular um índice de indulgência e restrição (INR) para esse país:

$$INR = 35(m12 - m11) + 40(m17 - m16)$$

A seguir, é apresentada a Tabela 6, na qual são indicados os valores do Índice de indulgência e restrição para noventa e três países.

Tabela 6 – Valores do índice de indulgência e restrição para 93 países baseados nos dados da IBM e dados encontrados posteriormente por outros pesquisadores

Posição	País	Índice	Posição	País	Índice	Posição	País	Índice
1	Venezuela	100	32	República Dominicana	54	63-64	Argélia	32
2	México	97	33	Uruguai	53	63-64	Geórgia	32
3	Porto Rico	90	34-35	Uganda	52	65	Hungria	31
4	El Salvador	89	34-35	Arábia Saudita	52	66	Itália	30
5	Nigéria	84	36	Grécia	50	67-69	Coréia do Sul	29
6	Colômbia	83	37-38	Taiwan	49	67-69	República Tcheca	29
7	Trinidad	80	37-38	Turquia	49	67-69	Polônia	29
8	Suécia	78	39-40	França	48	70-72	Eslováquia	28
9	Nova Zelândia	75	39-40	Eslovênia	48	70-72	Sérvia	28

10	Gana	72	41-43	Peru	46	70-72	Zimbábue	28
11	Austrália	71	41-43	Etiópia	46	73	Índia	26
12-13	Chipre	70	41-43	Singapura	46	74	Marrocos	25
12-13	Dinamarca	70	44	Tailândia	45	75	China	24
14	Grã Bretanha	69	45-46	Bósnia	44	76	Azerbaijão	22
15-17	Canadá	68	45-46	Espanha	44	77-80	Rússia	20
15-17	Holanda	68	47-48	Jordânia	43	77-80	Montenegro	20
15-17	Estados Unidos	68	47-48	Mali	43	77-80	Romênia	20
18	Islândia	67	49-51	Zâmbia	42	77-80	Bangladesh	20
19-20	Suíça	66	49-51	Filipinas	42	81	Moldávia	19
19-20	Malta	66	49-51	Japão	42	82	Burkina Faso	18
21-22	Andorra	65	52-53	Alemanha	40	83-84	Hong Kong	17
21-22	Irlanda	65	52-53	Irã	40	83-84	Iraque	17
23-24	África do Sul	63	54	Quirguistão	39	85-87	Estônia	16
23-24	Áustria	63	55-56	Tanzânia	38	85-87	Bulgária	16
25	Argentina	62	55-56	Indonésia	38	85-87	Lituânia	16
26	Brasil	59	57	Ruanda	37	88-89	Bielorrússia	15
27-29	Finlândia	57	58-59	Vietnã	35	88-89	Albânia	15
27-29	Malásia	57	58-59	Macedônia	35	90	Ucrânia	14
27-29	Bélgica	57	60	Alemanha Ocidental	34	91	Letônia	13
30	Luxemburgo	56	61-62	Portugal	33	92	Egito	4
31	Noruega	55	61-62	Croácia	33	93	Paquistão	0

Fonte: Adaptado de Hofstede G., Hofstede G. J. e Minkov (2010).

Representativamente, podemos analisar a posição do Brasil na escala abaixo:

Figura 8 – Posição do Brasil, em relação aos 93 países analisados, quanto à dimensão cultural indulgência *versus* restrição.

Fonte: Autor.

Percebe-se no país uma ligeira propensão à indulgência, o que mostra que as pessoas em uma organização buscam ter um maior controle sobre o próprio trabalho, um maior índice de felicidade e motivação intrínseco e uma maior sensação de liberdade.

3.3. História, características gerais e culturais dos Hospitais

A origem da palavra “hospital” vem do latim “hospitalis”, que significa hospitaleiro, acolhedor, adjetivo derivado de “hospes”, que significa hóspede, estrangeiro, conviva, viajante, significando, ainda, o que dá agasalho, que hospeda. Os termos “hospital” e “ospedale” surgiram do primitivo latim e se difundiram por vários países (BORBA; LISBOA, 2006).

O hospital tem sua origem muito anterior à era cristã. Nos primórdios da civilização, a assistência médica continha um forte componente religioso e místico e as doenças eram ligadas ao sobrenatural. O médico fazia também o papel de religioso (ROSEN, 1958).

Textos médicos ou para médicos dos tempos assírio-babilônios, os mais remotos da história da medicina, oferecem documentos sobre a atividade médica na Mesopotâmia, desde três mil anos antes da era cristã (ALMEIDA, 1965).

Porém, foi em Roma que primeiro surgiram os hospitais com a finalidade de atender e acolher os doentes. A razão principal da criação desses estabelecimentos foi de ordem econômica e militar, relacionada à estrutura e aos propósitos da sociedade romana (TAPPAN, 1976).

O advento do Cristianismo traz uma nova visão humanística, alterando a organização social e as responsabilidades do indivíduo. Desenvolve-se mais rapidamente o conceito de serviços gerais de assistência aos menos favorecidos e aos enfermos, idosos, órfãos, viúvas, da mesma forma que aos viajantes e peregrinos, sustentados pela contribuição dos cristãos, desde os tempos apostólicos (BORBA; LISBOA, 2006).

O decreto de Milão (313 d.C.), proclamado pelo imperador Constantino, liberando a Igreja Cristã para exercer suas atividades e o Concílio de Nicéia (325 d.C.), fixando a obrigatoriedade do atendimento assistencial aos menos favorecidos, o que deu um grande impulso para o aperfeiçoamento dos hospitais (BORBA; LISBOA, 2006).

No ocidente, as constantes guerras, a peste negra e a fome na idade média fizeram com que os hospitais se desenvolvessem nos mosteiros e o cuidado passou a ser predominantemente realizado por ordens religiosas, voltadas à diminuição do sofrimento e miséria humana, mais da alma o que do corpo (BORBA; LISBOA, 2006).

As cruzadas muito contribuíram para a ascendência religiosa nas casas de assistência médica e para o desenvolvimento de hospitais, principalmente a partir de 1096 (ALMEIDA, 1965).

Devido a doenças infecto contagiosas como a Hanseníase, as localizações dessas instituições era fora da cidade, vilas e burgos. Esse problema acelerou a construção hospitalar pela necessidade de defesa pública sanitária (ALMEIDA, 1965). Como não podiam deixar o recinto do hospital, a vida interna dos “leprosos” era organizada como uma autêntica sociedade, incentivada pelas congregações religiosas que se dedicavam especificamente a esse tipo de doente (BORBA; LISBOA, 2006).

Com o advento do Estado Absolutista e o renascimento, houve uma maior separação entre o Estado e a Igreja, e fazendo com que os hospitais aos poucos, fossem submetidos à direção das cidades modernas que estavam se formando (BORBA; LISBOA, 2006).

O surgimento das primeiras grandes cidades industriais a partir do século XVIII aliado ao rápido desenvolvimento da medicina alteraram os padrões de utilização hospitalar. O hospital começou a exigir uma gestão mais eficiente e uma divisão organizacional do trabalho mais explícita (BORBA; LISBOA, 2006).

Porém, até o século XIX, os hospitais ainda eram locais aonde as pessoas iam para morrer (HEALY; McKEE, 2002, p.14).

No século XIX, o Estado começou a ter uma atuação mais incisiva na área da saúde, através do desenvolvimento de parcerias com pessoas e organizações, promovendo o voluntariado, no cuidado de pessoas pobres e doentes, durante o rápido crescimento das cidades na época (HEALY; McKEE, 2002).

Na segunda metade do século XIX, houve um crescimento da medicina como profissão, o aumento dos especialistas em determinadas patologias e o estabelecimento de hospitais especializados (HEALY; McKEE, 2002).

Durante o século XX, houve uma mudança de paradigma e o hospital passou a ser visto como símbolo dos modernos cuidados de saúde (HEALY; McKEE, 2002, p.14).

Consoante com essa mudança de paradigma, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o hospital, em 1957, em seu Informe Técnico número 122, como:

“Parte integrante de um sistema coordenado de saúde cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto

preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio, e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para pesquisas biossociais”

Couto e Pedrosa (2007) informam que a Comissão de Especialistas que elaborou o Informe Técnico número 122 fixou as funções de um hospital, de acordo com a definição dada anteriormente:

- Prevenir doenças;
- Restaurar a saúde;
- Exercer funções educativas; e
- Promover a pesquisa.

Para cumprir essas funções, os hospitais modernos se organizaram internamente em estruturas hierárquicas e de poder, compostas de diversas áreas e subáreas, em que um grande número de profissionais técnicos e não técnicos executa atividades extremamente diversificadas (COUTO; PEDROSA, 2007).

Atualmente, os hospitais estão se tornando cada vez maiores, utilizando mão de obra mais diversificada e os usuários do sistema de saúde estão se tornando mais críticos, além de imersos em um ambiente altamente competitivo (SAMBEEK et al., 2010).

Diante da competitividade existente nos tempos atuais, os administradores de saúde procuram limitar os aumentos de custos para manter os gastos em cuidados de saúde dentro de limites sustentáveis (SORENSEN et al., 2013).

Machline et al. (1983) *apud* Abbas (2001) indicam as diferenças entre as organizações hospitalares e outros tipos de organizações, considerando que as atividades hospitalares possuem características próprias:

- Serviços de atenção e tratamento personalizado a pacientes individuais;
- Dependência das necessidades e demandas de seus clientes;
- Definição das responsabilidades dos diferentes membros e pouca tolerância a erros;
- Trabalho diversificado e com pouca padronização em que pessoas cuidam de pessoas, participando ativamente do processo de produção;
- Pouco controle sobre seus trabalhadores (principalmente os médicos) e sobre os pacientes;

- Organização não baseada em uma linha única de autoridade, pois o administrador hospitalar detém menos autoridade e poder em relação a outras organizações; e
- Organização formal, até certo ponto burocrática e autoritária, cuja operacionalidade repousa no arranjo do trabalho convencionalmente hierarquizado e em regras rígidas e impessoais. É, porém, uma organização altamente especializada, departamentalizada e profissionalizada que não pode funcionar efetivamente sem uma coordenação interna, motivação, autodisciplina e ajustes informais e voluntários de seus membros.

Em relação à cultura organizacional, conforme mencionado anteriormente, uma das maneiras de se destacar os problemas e as particularidades da organização é através da análise das subculturas organizacionais.

De acordo com Bittar (2004), “a cultura admite subdivisões, subculturas. Cada área/subárea de um hospital possui sua própria cultura, cria seus próprios mitos, suas maneiras peculiares de relacionamento”.

Além disso, segundo Wilson et al. (2005) o ato de identificar as subculturas é essencial para identificar as características principais da organização e implementar qualquer processo de mudança.

Dessa forma, é relevante para a gestão e a organização dos hospitais o conhecimento das culturas e subculturas, uma vez que a eficiência na implementação das melhorias depende da adesão e do empenho de cada trabalhador e da equipe como um todo.

Portanto, diante dessa diversidade cultural que pode ser encontrada, se as pessoas do hospital quiserem melhorar a prestação de serviços, deverão prestar muita atenção às mudanças culturais e alterarem os seus serviços em conformidade com o ambiente e a situação que estão vivenciando (POLSA et al., 2013).

Quanto ao modelo de gestão hospitalar, o que se vê, em geral, são organizações burocráticas, autoritárias e centralizadoras, com um diretor geral e o corpo clínico organizado em departamentos (GONÇALVES, 1983 *apud* RATES; CAMPOS, 2008).

Segundo Rates e Campos (2008), as três corporações com maior representação nos hospitais são:

- Os médicos;
- A enfermagem e;
- Corpo administrativo.

De acordo com Gonçalves (1998), no hospital ocorrem tensões de natureza grupal e profissional, envolvendo, por exemplo, o corpo clínico, os médicos que trabalham no hospital. Frequentemente, esses profissionais precisam tomar decisões que envolvem a vida e a morte das pessoas. Isso pode gerar dificuldades em compartilhar o seu próprio poder, aceitar normas de disciplina coletiva e ouvir sugestões ou recomendações.

A organização formal de uma instituição hospitalar, muitas vezes, é representada por um organograma convencional. Porém, tal representação será sempre incompleta, pois nem todas as relações existentes poderão ser demonstradas por meio de traços indicando autoridade, responsabilidade e deveres (GONÇALVES, 1998).

A estrutura formal mostra a responsabilidade que cabe a cada unidade dentro da organização, o nível em que se encontra dentro da organização e a autoridade que lhe é delegada, bem como algumas linhas formais de comunicação. Porém, é necessário considerar que ao lado da autoridade formal, existe a informal, que decorre de relações interpessoais que se desenvolvem entre os integrantes de qualquer grupo humano (GONÇALVES, 1998).

É importante considerar que a disposição sistemática da estrutura organizacional não é estática, como eventualmente se poderia depreender do estudo superficial de sua representação gráfica, que é o organograma. Ao contrário, as linhas estruturais devem indicar relações dinâmicas que ocorrem entre os componentes do grupo. Esse dinamismo se verifica, muitas vezes, nas modificações decorrentes das diferentes experiências e necessidades que ocorrem ao longo do tempo. Esse processo acaba introduzindo modificações na estrutura organizacional e, por conseguinte, no organograma que tenta representá-la (GONÇALVES, 1998).

O poder que a administração do hospital exerce sobre os serviços prestados aos pacientes e familiares envolvidos no processo de internação é significativo, visto que as decisões tomadas repercutem nos usuários do hospital.

3.4. Sistema Único de Saúde (SUS)

Até meados do século XX, não existia sistema de saúde no Brasil. Os trabalhadores apenas tinham acesso a clínicas e hospitais dos sindicatos e os mais abastados ficavam em instituições privadas e pagavam por suas próprias despesas. Além disso, os trabalhadores com menos recursos

financeiros precisavam procurar ajuda em instituições filantrópicas superlotadas ou públicas que aceitavam indivíduos em estado de indigência. Nas áreas rurais, camponeses e meeiros tinham de confiar em curandeiros ou cuidadores leigos não treinados para suas necessidades de saúde (THE LANCET, 2011).

Após a abolição da escravidão, intensificou-se a entrada de imigrantes no país, o que facilitou o aparecimento de grandes epidemias nas principais cidades brasileiras, no início do século XX (RIO GRANDE DO NORTE, 2015).

Segundo Polignano (2006), em 1903, Rodrigues Alves que era o presidente do Brasil, nomeou Oswaldo Cruz como diretor do Departamento Federal de Saúde Pública com a proposta de erradicar a febre amarela e outras doenças endêmicas. Contudo, a ignorância da população aliada à arbitrariedade dos agentes da saúde desencadeou a “Revolta da Vacina”, em 1904.

Na década de 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, introduzindo a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, contrapondo-se com a técnica utilizada por Oswaldo Cruz (POLIGNANO, 2006).

De acordo com Lima, Silva e Pereira (2011), na década seguinte, tem-se o surgimento das políticas sociais nacionais, pois as questões de saúde tornaram-se questões políticas, com a criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as populações do campo.

No final dos anos 1940, no governo de Eurico Gaspar Dutra, surgiu o Plano Salte, que envolvia as áreas de saúde, alimentação, transporte e energia, sendo que a saúde foi posta como uma de suas finalidades principais (LIMA; SILVA; PEREIRA, 2011).

Conforme Lima e Pinto (2003), nos anos 1950, devido ao aumento populacional e à mudança da conjectura política vigente no país, acentuou-se o círculo vicioso pobreza *versus* doença. Iniciou-se um debate sobre a questão administrativa em relação à necessidade em torno da centralização ou descentralização da estrutura sanitária. Discutia-se se os serviços de saúde deveriam ser municipalizados, administrados pelas comunidades locais ou se deveriam seguir um modelo único, vertical e centralizado.

Durante o regime militar, iniciou-se um processo de mudança que possibilitou o surgimento das bases que propiciaria o aparecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1990.

Em 1975, foi criado o Sistema Nacional de Saúde, com divisões e competências de saúde específicas para cada um dos entes federativos. Dentre as principais diretrizes gerais, destacavam-se a elaboração de planos de proteção de saúde e de combate às doenças transmissíveis (BRASIL, 1975).

No ano seguinte, instituiu-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), cujo objetivo era, dentre outros, a organização de uma estrutura básica de saúde nos Municípios com até 20 mil habitantes, utilizando trabalhadores da própria comunidade. Tratava-se de um programa de interiorização do atendimento, objetivando a redução de custos e uma maior eficiência na prestação de serviços de saúde (PUGIN; NASCIMENTO, 1996). Porém, ainda eram necessárias algumas mudanças para que o sistema de saúde torna-se efetivamente universal.

A partir de 1983, a sociedade civil organizada saiu às ruas para reivindicar, além de um Congresso firme e atuante, novas políticas sociais que pudessem assegurar plenos direitos de cidadania aos brasileiros, inclusive o direito à saúde. Pela primeira vez na história do país, a saúde era vista socialmente como direito universal e dever do Estado, isto é, como dimensão social da cidadania (LUZ, 1991).

No auge da redemocratização, foi promulgada a atual Constituição da República Federativa do Brasil em 5 de outubro de 1988, a qual é considerada uma Constituição dirigente. Isso significa que, além de cuidar da estruturação do Estado e do exercício do poder, também estabeleceu expressamente os objetivos que devem ser alcançados pelo Estado brasileiro (PAULO; ALEXANDRINO, 2014).

A República Federativa do Brasil adotou como forma de Estado o federado, integrado por diferentes centros de poder político:

- I – União (Poder político central);
- II – Estados (Poder político regional);
- III – Municípios (Poder político local); e
- IV – Distrito Federal (Acúmulo dos poderes regional e local).

O artigo 1.º da Constituição Federal (CF) de 1988, inciso III, afirma que um dos fundamentos da República Federativa do Brasil é promover a dignidade da pessoa humana.

De acordo com o artigo 196 da CF, a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante ações econômicas e sociais objetivando a redução do risco de doença e o acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (PAULO; ALEXANDRINO, 2014).

Ao afirmar que a saúde “é um dever do Estado e direito de todos”, a CF de 1988 tornou-se um marco na história da saúde pública brasileira.

Além disso, no artigo 198, a CF afirma que as ações e serviços de saúde, constitui-se no meio pelo qual o Poder Público executa as ações e os serviços públicos de saúde, sendo organizado com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e
- III - participação da comunidade.

Para cumprir os imperativos supracitados, em 1990, foi sancionada a Lei Federal n.º 8080, pelo presidente Fernando Collor. Esta lei, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, instituiu oficialmente o Sistema Único de Saúde (SUS).

O atendimento pelo SUS acontece em três níveis de atenção. No primeiro, existem as Unidades Básicas ou Postos de Saúde, conhecidos como a “porta de entrada” ao SUS, em que são marcados exames e consultas, além da realização de procedimentos menos complexos, como vacinação e curativos. No segundo nível, estão presentes as Clínicas, Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais Escolas, que dão conta de alguns procedimentos de intervenção, bem como tratamentos a casos crônicos e agudos de doenças, cujos procedimentos de tratamento/intervenção são de média complexidade. No terceiro, de alta complexidade, estão os Hospitais de Grande Porte, onde são realizadas manobras mais invasivas e de maior risco à vida (FIOCRUZ, 2016).

O SUS agrega os serviços estatais de saúde – das esferas federal, estadual e municipal – e os serviços privados (desde que contratados ou conveniados) e que é responsabilizado, ainda que sem exclusividade, pela concretização de alguns princípios constitucionais, tais como a promoção da dignidade humana.

Conforme Brasil (1990a), o artigo 9º da Lei nº 8080/90 diz que a direção do SUS é única, sendo exercida em cada esfera do governo pelos seguintes órgãos:

- I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
- III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

A Lei nº 8.080/1990 também define que a União, Estados, Distrito Federal e Municípios exercerão, na esfera administrativa, as seguintes atribuições (BRASIL, 1990a):

- Elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- Elaboração da proposta orçamentária do SUS, de conformidade com o plano de saúde; e
- Promoção da articulação da política e dos planos de saúde.

A direção do Sistema Único de Saúde (SUS), em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b).

A articulação entre os gestores, nos diferentes entes federativos, ocorre em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (BRASIL, 1996).

A CIT consiste em um fórum de negociação, integrados pelos gestores do SUS nas esferas municipais, estaduais e federais. Por sua vez, a CIB é um fórum composto por gestores estaduais e municipais (BRASIL, 1996).

Nesses fóruns, analisam-se as composições dos sistemas municipais de saúde e as programações entre gestores e integradas entre as esferas de governo. Além disso, são pactuados os tetos financeiros possíveis, dentro das disponibilidades orçamentárias dos recursos das três esferas de governo, capazes de viabilizar a atenção às necessidades assistenciais e às exigências ambientais. O pacto e a integração das programações constituem, fundamentalmente, a consequência prática da relação entre os gestores do SUS (BRASIL, 1996).

De acordo com a Portaria nº 399 de 2006 (BRASIL, 2006):

“O processo de descentralização ampliou o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores a frente de desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde através da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão”.

O Decreto nº 7.508/2011 regulamenta alguns aspectos da Lei nº 8.080/1990, tais como: a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (BRASIL, 2011b).

É o dispositivo legal que está, atualmente, sendo observado pelos gestores na organização do SUS.

De acordo com o artigo 2º do Decreto nº 7058/2011, uma região de saúde é definida como sendo um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

A Constituição Federal dispõe que a Saúde será financiada por meio do Orçamento da Seguridade Social (OSS), que engloba a saúde, a previdência e a assistência social e, no caso da saúde, as principais fontes de recursos são a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), pagas pelas empresas à União (CONASS, 2015).

O artigo 7º da Lei nº 8080/90, mostra os princípios pertencentes ao SUS.

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Além disso, o SUS instituiu uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, ao aumento da equidade e à incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes. Porém, através dos avanços e da gestão descentralizada, alguns problemas ainda persistem (BRASIL, 2004a), como se segue:

- Fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;
- Fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência;
- Precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção;
- Sistema público de saúde burocratizado e verticalizado;
- Baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe;
- Desrespeito aos direitos dos usuários;
- Formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde;
- Controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS; e
- Modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.

Para resolver esses problemas, idealizou-se a Política Nacional de Humanização (PNH). Foi utilizada a humanização como política pública no SUS devido à necessidade de afirmá-la como valor do cuidado e da gestão em saúde, tornando-se, dessa forma, um conceito orientador das práticas de saúde (PASCHE, 2009, p.1).

3.5. Política Nacional de Humanização (PNH)

Criada em 2003, tem por objetivo qualificar as práticas de gestão e atenção em saúde no Brasil. A PNH busca facilitar o desenvolvimento de novas atitudes e hábitos por todos os envolvidos no sistema de saúde, incluindo trabalhadores, gestores e usuários. É importante o desenvolvimento de uma atitude ética no trabalho, respeitando os usuários do sistema e conhecendo os deveres que cada um dos envolvidos possui. Através dessa mudança de atitude, procura-se superar os problemas e desafios existentes no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2010a).

O projeto da PNH foi afirmar a saúde não como valor de troca, mas como valor de uso (CAMPOS, 2000).

A PNH procura fortalecer os vínculos entre os diversos agentes do sistema, visando também a corresponsabilidade entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde. Desse modo, busca-se fortalecer o SUS como uma política pública (BRASIL, 2010a).

Pasche (2009, p.2) afirma que a PNH possui o seguinte propósito:

“(...) contribuir para a construção de modos de fazer para que o universo da rede SUS, seu enorme contingente de usuários, trabalhadores e trabalhadores investidos da ‘figura de gestor’, experimente novas possibilidades de manejo das tensões e alegrias do trabalho em saúde, alterando modos de gerir e modos de cuidar. Sua tarefa é tornar homens e mulheres mais capazes de lidar com a heterogeneidade do vivo, de reinventar a vida, criando as condições para a emergência do bem comum. Esta é a aposta ética da humanização da saúde”.

Apostar numa Política Nacional de Humanização do SUS é definir a humanização como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde (PASSOS; BARROS, 2005).

A humanização também depende da mudança das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de transformação do trabalho na área da saúde em algo criativo e prazeroso (CAMPOS, 2005).

Segundo Brasil (2010b), a PNH valoriza o trabalho coletivo, através da formação em redes, pela relação existente entre a transformação das práticas e na transformação das relações estabelecidas entre sujeitos e grupos, o que envolve mudança de atitudes e a subjetividade dos relacionamentos.

A humanização é vista não como um programa, mas como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS e implica (BRASIL, 2004a):

- Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
- Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
- Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente; e
- Contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

Para a implantação das diretrizes da PNH, é oferecido cursos para as instituições de saúde, com os seguintes objetivos (BRASIL, 2010a):

- Formar trabalhadores e gestores como “apoiadores institucionais”, capazes de analisar, disparar e consolidar processos de mudança nos modelos de atenção e nos modos de gestão em saúde;
- Construir um processo de formação que resulte em práticas concretas e coletivas de intervenção nos espaços de trabalho; e

- Permeando esses objetivos, almeja-se a formação de equipes que produzam e fomentem redes capazes de aumentar os graus de transversalidade da PNH, ampliando a integração de novos representantes das instituições e serviços do SUS.

De acordo com Brasil (2010a), os cursos de formação da PNH pautam-se em três aspectos principais: Trabalho (T), Formação (F) e Avaliação (A), altamente interdependentes, conforme exposto na Figura 9.

Figura 9 – Interdependência entre trabalho (T), formação (F) e avaliação (A). Fonte: Brasil (2010a)

No vértice da formação (F), deve-se considerar o contexto de formação-intervenção como sendo uma compreensão dos “sujeitos/trabalhadores da saúde no contexto do processo de trabalho”, esse compreendido como espaço de aprendizagem, no sentido de espaço para se “fazer-aprendendo” e “aprender-fazendo”.

A formação não se restringe ou se foca na aquisição de ‘conhecimento’, ‘atitudes’ e ‘habilidades’ de uma forma abstrata, mas se desenvolve como um processo embasado na realidade e vivências de trabalho, contribuindo com referenciais conceituais e métodos para sua reflexão, o que aumenta a capacidade de análise e de intervenção na realidade.

No vértice de trabalho (T), que está relacionado com o trabalho em saúde na PNH, existe a transversalidade como um aumento de comunicação entre os diferentes sujeitos/grupos. Essa concepção diz de uma participação ativa e inventiva de atores, saberes e instituições, voltados para o enfrentamento de problemas que emergem nos cotidianos de trabalho.

A pessoa se constrói/forma-se como trabalhador na medida em que enfrenta (coletivamente) as situações de trabalho. Aprende a enfrentar situações (repetidas e diferentes) com a própria situação. O trabalho é visto como produção/invenção de serviços, de produtos, de si mesmo e do mundo (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007 *apud* BRASIL, 2010a).

Por sua vez, a avaliação (A) deve ser compreendida através de uma perspectiva participativa, pois os processos de implementação de projetos/intervenções estão sob constante análise. Busca-se observar o desempenho da situação vivenciada, corrigindo ou ratificando determinadas práticas, conforme as diferentes situações vão ocorrendo. O objetivo é proporcionar um maior protagonismo e corresponsabilização de todos os envolvidos no processo. Afasta-se de uma avaliação punitiva e fiscalizatória, visando a uma maior participação e transparência de uma forma geral, nos serviços de saúde.

A PNH aposta na subjetividade e no coletivo. De acordo com Barros e Passos (2005, p. 405), há uma inseparabilidade entre o processo de produção de saúde e processo de produção de subjetividade, o que deve sustentar uma política de humanização do SUS. Portanto, a humanização é uma prática coletiva que só constrói as suas metas com o auxílio e participação de todos os agentes e participantes do sistema de saúde.

Além disso, outra proposta da política de humanização é a democratização da gestão, o que implica na ampliação do grau de transversalização entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidado em saúde (BRASIL, 2009).

O documento “Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS” (BRASIL, 2004b), afirma que a PNH e a nova gestão do SUS buscam consolidar quatro metas específicas:

- 1 - Redução das filas e do tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco;
- 2 - Possibilidade de os usuários do SUS saberem quem são os profissionais sob os quais estão sob cuidados;
- 3 - Garantia de informações aos usuários, bem como a acompanhamentos e os direitos do código de direitos do SUS; e
- 4 - A gestão participativa aos trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.

O documento ainda cita as diretrizes gerais necessárias para a implantação da PNH (BRASIL, 2004b):

- Ampliar o diálogo entre profissionais, entre profissionais e a população, entre profissionais e a administração, promovendo a gestão participativa;
- Implantar, estimular e fortalecer grupos de trabalho de humanização com plano de trabalho desenvolvido;
- Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias;
- Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Sensibilizar as equipes de saúde do problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos;
- Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável;
- Viabilizar participação dos trabalhadores nas unidades de saúde através dos colegiados gestores;
- Implementar sistema de comunicação e informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde; e
- Promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS.

É muito importante, além do estudo dos princípios teórico-metodológicos da PNH, os movimentos de intervenção dos apoiadores nos sistemas/serviços. Dentre algumas estratégias que o curso da PNH possibilitou criar, pode-se citar (BRASIL, 2010a):

- Articulação de iniciativas de humanização do SUS, até então isoladas;
- Mapeamento do processo de trabalho nos serviços de saúde;
- Identificação dos pontos críticos e elaboração de estratégias de superação;
- Criação de rodas de conversas, incluindo trabalhadores, gestores e usuários para reflexão acerca do processo de trabalho nos serviços de saúde;
- Organização dos fluxos de atendimento; e

- Fortalecimento de uma política de formação permanente dos trabalhadores do campo da Saúde.

Portanto, a humanização do SUS pode ser visto como uma política pública que busca desenvolver um modo de fazer, uma atitude de corresponsabilidade, de protagonismo e de autonomia na realidade concreta dos trabalhadores e usuários de saúde (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009).

3.5.1. Princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH)

Segundo Benevides e Passos (2005), a PNH busca qualificar o atendimento dispensado aos usuários, trabalhadores e familiares e resgatar o prestígio do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, é necessário diminuir a tendência de idealização do homem, colocando-o em um plano comum, a partir de experiências concretas de vida. Assim, a humanização pode ser considerada como uma estratégia de interferência nestas práticas levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo.

Para proporcionar essa transformação de realidades, a PNH estabeleceu alguns princípios e diretrizes para facilitar o desenvolvimento de novas atitudes e hábitos por todos os envolvidos no sistema de saúde, incluindo trabalhadores, gestores e usuários.

Os ‘princípios’ são o que impulsiona as ações no plano das políticas públicas. No caso da PNH, o maior objetivo dos princípios é a mudança dos modelos de atenção e gestão existente atualmente. Esse modelo atualmente é fragmentado, hierarquizado, centrado na doença e no atendimento hospitalar (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

3.5.1.1. Princípios da PNH

A PNH apresenta-se como um dispositivo de potencialização da política pública de saúde e está assentada em três princípios (PASCHE; PASSOS, 2008):

- Transversalidade;
- Indissociabilidade entre atenção e gestão; e

- Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

A seguir, os princípios da PNH serão detalhados.

a) Transversalidade

A PNH se faz como uma política transversal, pois objetiva atravessar as práticas de produção de saúde, implicando mudança ética frente aos movimentos de burocratização e desvalorização da vida (MUDJALIEB, et al. 2009).

Transversalizar é “reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A PNH, com esse princípio, passou a consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Com isso, busca-se atingir a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada. (BRASIL, 2010c).

b) Indissociabilidade entre atenção e gestão

As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde (BRASIL, 2010c).

Pasche e Passos (2008) afirmam que as práticas de gestão são relacionadas com a forma de condução das organizações de saúde e a definição dos processos de trabalho. Por sua vez, a atenção à saúde relaciona-se mais com o trabalho técnico e operacional.

As duas práticas são inseparáveis, pois ao alterar um deles, o outro necessariamente sofrerá mudanças também (PASCHE; PASSOS, 2008).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010c) afirma que:

“Esse princípio tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder”.

c) Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos

A mudança desempenhada pelo princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão é mais efetiva se “construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Pasche e Passos (2008) afirmam que esse princípio aposta no papel transformador dos sujeitos do mundo, que o produzem criando a si próprios.

A PNH acredita no reposicionamento dos sujeitos, ou seja, no seu protagonismo, na potência do coletivo e, ainda, na importância da construção de redes de cuidados compartilhados (PASCHE e PASSOS, 2008).

“Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Portanto, é possível concluir que a “transversalização das práticas; a inseparabilidade entre a gestão e a atenção; e a inclusão de sujeitos, coletivos e analisadores são os elementos centrais que conformam o modo como a PNH compreende a ação transformadora da política pública de saúde” (PASCHE, PASSOS, 2008).

3.5.1.2. Diretrizes da PNH

As ‘diretrizes’, por sua vez, são as diretrizes gerais da PNH e se expressam no método da inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços de saúde (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009). Assim, as diretrizes são os conceitos que são os ‘norteadores’ da PNH e há seis diretrizes principais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013):

- Acolhimento;
- Gestão participativa e cogestão;
- Ambiência;
- Clínica ampliada e compartilhada;
- Valorização do trabalhador; e
- Defesa dos direitos dos usuários.

a) Acolhimento

Acolher significa “oferecer ou obter refúgio, proteção ou conforto físico; proteger(-se), abrigar(-se), amparar-se” (HOUAISS, 2001).

O acolhimento surge junto com as propostas de reorientação da atenção à saúde. Trata-se de uma estratégia fundamental na reorganização da assistência em diversos serviços de saúde no país (HENNINGTON, 2005).

Schneider et.al (2008) afirma que o acolhimento é “escuta, valorização das queixas do paciente/família, a identificação das suas necessidades, o respeito às diferenças, enfim, é uma tecnologia relacional permeada pelo diálogo”

O acolhimento implica reconhecer que a outra pessoa traz uma necessidade de saúde única e singular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O Ministério da Saúde (2013) traz as seguintes características para o acolhimento:

“O acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva”.

Para atender a essa diretriz, é necessário que o profissional da saúde exerça a escuta empática, em relação ao usuário do sistema de saúde, buscando ainda, assegurar o acesso adequado às tecnologias adequadas para a solução do seu problema pessoal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

b) Gestão participativa e cogestão

O artigo 198 da Constituição Federal de 1988, no inciso III, afirma que a ‘participação da comunidade’ é uma das diretrizes das ações e serviços públicos de saúde no Brasil.

Para regulamentar essa diretriz, em 1990, surgiu a Lei Complementar nº 8142. De acordo com o Art. 1º, § 2, desta Lei, os Conselhos de Saúde, surgidos no âmbito do SUS, serão compostos por um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, e atuará na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente (BRASIL, 1990b).

Porém, essa participação social, não pode estar restrita a essas instâncias formalizadas para a participação cidadã em saúde. Esta deve ser valorizada e incentivada no dia-a-dia dos serviços do SUS, nos quais a participação tem sido ampliada gradativamente (BRASIL, 2010d)

Portanto, a cogestão expressa a inclusão de novos sujeitos na tomada de decisão e na ampliação das tarefas de gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A cogestão pode ser entendida, portanto, como a criação de um espaço coletivo de gestão, conciliando os interesses e necessidades dos gestores, trabalhadores e usuários. Além disso, a participação ativa de usuários e familiares nos processos de saúde também pertence ao conceito de cogestão no âmbito da PNH (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

c) Ambiência

De acordo com Brasil (2010e), a ambiência na saúde refere-se ao espaço físico incluindo os aspectos sociais, profissionais e considerando as relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

O conceito de ambiência, portanto, vai além do espaço físico, pois considera as situações construídas vivenciadas por um grupo de pessoas com valores culturais e relacionamentos interpessoais distintos (BRASIL, 2010e).

O conceito de ambiência segue três eixos principais (BRASIL, 2010e):

▪ Confortabilidade

São os componentes que contribuem para que haja um maior conforto no ambiente, tais como: luz, cheiro, som, dentre outros.

▪ Espaço de encontro entre os sujeitos

Esse espaço deve proporcionar a possibilidade do processo reflexivo, garantindo a construção de ações a partir da integralidade e da inclusão, na perspectiva da equidade. Isso ajuda a tornar o espaço de trabalho mais prazeroso.

▪ A arquitetura como ferramenta facilitadora de mudança no processo de trabalho

A ambiência pode ser um instrumento de construção do espaço a que aspira aos trabalhadores de saúde e os usuários. Os trabalhadores e usuários participam do processo de discussão e construção do projeto.

d) Clínica ampliada e compartilhada

A clínica ampliada e compartilhada pode ser descrita como uma ferramenta cujo objetivo é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, respeitando as singularidades existentes em cada pessoa. Permite lidar com os problemas da fragmentação do conhecimento e da ineficácia das ações de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A proposta da clínica ampliada abrange os seguintes eixos fundamentais (BRASIL, 2010f):

- **Compreensão ampliada do processo saúde-doença**

Significa um modo diferente de fazer a clínica, pois amplia o objeto de trabalho e busca constante por resultados mais eficientes, com a inclusão de novos instrumentos.

- **Construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas**

Muitas vezes, devido a complexidade dos processos de saúde envolvidos, é necessário o compartilhamento dos diagnósticos de problemas e as propostas de solução. Essa abordagem serve tanto para os agentes de saúde, como para os usuários do sistema. Compartilhar as experiências em conjunto torna o aprendizado muito mais eficiente do que uma abordagem individualista e pontual.

- **Ampliação do ‘objeto de trabalho’**

Em lugar de profissionais de saúde que são responsáveis por pessoas, tem-se muitas vezes uma responsabilidade limitada sobre “diagnósticos”, “doenças”. Isso gera individualização e desresponsabilização do trabalho. A mudança desse paradigma é a proposta desse eixo. As pessoas devem se responsabilizar por pessoas.

- **A transformação dos ‘meios’ ou instrumentos de trabalho**

É necessário privilegiar uma comunicação transversal na equipe e entre equipes e são necessárias técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada. Por exemplo, estimulando

a capacidade de ‘ouvir’, a capacidade de lidar com problemas sociais e subjetivos, a percepção de identificar condutas automatizadas e avaliar criticamente, dentre outros.

▪ **Suporte para os profissionais de saúde**

Necessários para que esses profissionais possam lidar com suas próprias dificuldades, com identificações positivas e negativas e com diversos tipos de situação.

As dificuldades pessoais no trabalho em saúde refletem, na maior parte das vezes, problemas do processo de trabalho, ausência de ‘espírito de equipe’, conflitos, dificuldades de vislumbrar os resultados do trabalho em decorrência da fragmentação, etc.

e) Valorização do trabalhador

O conceito de humanização abrange a valorização dos diferentes sujeitos implicado no processo de produção de saúde, incluindo os trabalhadores (BRASIL, 2008).

Como visto anteriormente, os valores que norteiam a PNH são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, além da corresponsabilidade entre eles, incluindo os vínculos criados (BRASIL, 2008). E os trabalhadores estão envolvidos nesse processo.

Portanto, é necessário destacar a experiência dos profissionais e confiar na capacidade profissional dos mesmos. Além disso, é imperioso assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

f) Defesa dos direitos dos usuários

Os usuários têm direitos assegurados por lei e os serviços de saúde devem proporcionar aos usuários o conhecimento de tais direitos, além de assegurar que esses direitos sejam efetivamente respeitados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde (2012), foi elaborada uma “carta dos direitos dos usuários da saúde em 2009” e publicada na Portaria nº. 1820, de 13 de agosto de 2009. A carta trouxe os seguintes direitos:

“Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde”.

“Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde”.

“Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, acolhedor e acessível a todas as pessoas”.

“Toda pessoa deve ter seus valores, sua cultura, crença e seus direitos respeitados na relação com os serviços de saúde”.

“Toda pessoa é responsável para que seu tratamento e sua recuperação sejam adequados e sem interrupção”.

“Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e as diversas formas de participação da comunidade”.

“Toda pessoa tem direito a participar dos conselhos e das conferências de saúde e de exigir que os gestores federal, estaduais e municipais cumpram os princípios desta carta”.

3.6. Dimensões culturais de Hofstede no contexto da Política Nacional de Humanização (PNH)

Neste tópico, construíram-se pressupostos quanto às principais características da PNH que podem ser associadas às dimensões culturais de Hofstede: alta distância ao poder *versus* baixa distância ao poder, alta aversão à incerteza *versus* baixa aversão à incerteza, individualismo *versus* coletivismo, masculinidade *versus* feminilidade, orientação a curto prazo *versus* orientação a longo prazo, e indulgência *versus* restrição, apresentadas anteriormente.

3.6.1. Alta Distância ao Poder *versus* Baixa Distância ao Poder no contexto da PNH

Os hospitais são organizações complexas incorporadas em um contexto organizacional e social (GLOUBERMAN; MINTZBERG, 2001 *apud* CARLSTROM; OLSSON, 2014).

De acordo com Isaac (2011), as instituições de saúde foram construídas sobre rígidas estruturas de autoridade e poder. Polska et al. (2013) identificaram que a alta distância ao poder é evidente nos ambientes hospitalares e que os prestadores de serviços de saúde são agentes poderosos. Para Kreindler et al. (2014), os médicos são, indiscutivelmente, os agentes mais poderosos do sistema de saúde. Além disso, esses profissionais têm sido vistos, frequentemente, como relutantes em participarem de equipes multidisciplinares (WELLER et al., 2010). Por outro lado, atualmente, a questão da liderança na área médica tem sido debatida e demonstrada a sua

importância para a eficiência do sistema hospitalar como um todo (WARREN; CARNALL, 2011).

Segundo Meeuwesen, Brink-Muinen e Hofstede (2009), em culturas com uma alta distância ao poder, esperam-se:

- Consultas médicas mais curtas;
- Menor diálogo entre médicos e pacientes;
- Maior rigidez de papéis; e
- Expectativa uniforme dos pacientes em relação à postura geral dos médicos.

No contexto brasileiro, dentre muitos problemas da gestão do SUS, destaca-se o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Além disso, outro aspecto que se destaca é a presença de modelos de gestão centralizados e verticais desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho (BRASIL, 2004a).

No entanto, com o auxílio da PNH, verifica-se que, no SUS, inicia-se maior abertura para os trabalhadores e usuários decidirem com os gestores sobre o fazer, o gerir a saúde, e isso causa certo estranhamento para todas as partes: Os gestores estão acostumados a mandar; os trabalhadores, por sua vez, são habituados a seguirem determinações vindas de cima; e, por fim, os usuários, que acreditam que, depois da entrada no SUS, estão livres para fazerem o que quiserem. No entanto, os trabalhadores da saúde afirmam que os usuários, além de possuírem direitos, também possuem obrigações (BRASIL, 2010a).

Para que a PNH tenha sucesso na busca por uma política de qualificação do SUS, a humanização não pode ser entendida como apenas um ‘programa’ a ser aplicado, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede do SUS (BRASIL, 2004a).

Se a humanização for vista apenas como mais um ‘programa’, ou um conjunto de normas a serem seguidas, as relações verticalizadas de poder irão se fortalecer, afastando-se de uma das premissas básicas da PNH: a construção coletiva (BRASIL, 2004a).

A humanização busca o aumento do grau de corresponsabilidade dos diferentes integrantes do sistema de saúde, o que implica mudança na cultura de atenção dos usuários e na gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2004a).

Portanto, a humanização pressupõe uma constante troca de conhecimentos, diálogos entre os participantes e trabalho em equipe.

Assim, é possível ocorrer uma mudança nos modelos de atenção e gestão da saúde, pois, se antes, as decisões eram vindas de cima, agora as decisões são tomadas conjuntamente. Humanizar é incluir a diversidade, o conflito (BRASIL, 2010a).

Em vista das características supracitadas, pode-se inferir que o primeiro pressuposto é a de que a Política Nacional de Humanização necessita de uma cultura de baixa distância ao poder para que sejam atingidos seus objetivos.

Além disso, em uma cultura com baixa distância ao poder, há maior incentivo à inovação e à mudança, o qual pode facilitar uma maior aprendizagem organizacional (GOH; CHAN; KUZIEWSKY, 2013).

3.6.2. Individualismo *versus* Coletivismo no contexto da PNH

Quando existem os lugares de criação, planejamento coletivo, esses refletem em atividades preventivas que envolvem a todos, ficando evidente o fortalecimento das equipes. Por outro lado, nos locais em que é exigido do profissional um atendimento individual, solitário e repetitivo, sem possibilidade de trocas, termina por contribuir para o adoecimento das pessoas (BRASIL, 2010a).

A formação geral de cada profissional de saúde é ainda fortemente pautada pelo individualismo, o que dificulta o trabalho em equipe cotidianamente, com a consequente divisão de poder e a tomada de decisões em conjunto (BRASIL, 2010a).

Portanto, faz-se necessário criar condições para que a transdisciplinariedade realmente aconteça nos serviços de saúde através da participação de todos da equipe, incluindo a gestão de seus respectivos postos de trabalho (BRASIL, 2010a).

Em um hospital com uma cultura mais fortemente orientada para o grupo (uma cultura coletivista), o trabalho em equipe e a resolução de problemas são incentivados e proporcionam um clima de maior segurança para o paciente (GOH; CHAN; KUZIEWSKY, 2013).

Segundo Saame, Reino e Vadi (2011), há uma correlação positiva entre satisfação dos pacientes e cultura organizacional hospitalar que valoriza o trabalho em equipe.

É importante criar rodas - espaços coletivos (CAMPOS, 2006, p. 93), onde o trabalhador possa falar de sentimentos, lidar com os conflitos e aprender com as diferenças. E isso não é uma tarefa fácil, pois a tendência do ser humano é projetar as dificuldades no outro e não encarar o problema de frente, o que acarreta em sintomas que se manifestam através do clima institucional (BRASIL, 2010a).

Há uma tendência de os grupos que estão subordinados aos médicos buscarem e alcançarem uma maior autonomia e controle sobre as condições da sua classe, pois o trabalho em equipe tem evoluído como um modelo de relações mais igualitárias (COTT, 1997).

No âmbito da humanização do SUS, o qual proporciona um espaço para que os trabalhadores aprendam a se cuidar enquanto grupo, o profissional é reconhecido e se reconhece como alguém que também precisa de cuidado e encontra apoio e parceiros para o desempenho da tarefa que lhe compete (BRASIL, 2010a).

Portanto, diante das características mencionadas, tem-se como pressuposto que a humanização do SUS traz o coletivismo como uma de suas características.

3.6.3. Masculinidade *versus* Feminilidade no contexto da PNH

Em culturas masculinas, nas quais o gênero tem um papel social claramente distinto, há diferenças na percepção dos usuários de determinado serviço, ou seja, se é fornecido por um homem ou por uma mulher. Homens são mais assertivos, rígidos e focados no sucesso material, ao passo que as mulheres são mais modestas, cuidadoras e preocupadas com a qualidade de vida. Durante o usufruto dos serviços médicos, por exemplo, os clientes irão esperar que os homens sejam mais profissionais do que as mulheres. Por outro lado, espera-se que as mulheres sejam mais atenciosas e empáticas do que os homens (FURRER; LIU; SUDHARSHAN, 2000).

Além disso, as mulheres são mais suscetíveis ao estresse do que os homens. Uma razão para isso é a carga de trabalho doméstica adicional a que as mulheres normalmente estão sujeitas (MACDONALD; PHIPPS; LETHBRIDGE, 2005).

De acordo com Meeuwesen, Brink-Muinen e Hofstede (2009), em culturas com uma maior masculinidade, esperam-se:

- Uma comunicação entre médico e paciente centrada na doença;
- Pouca atenção às questões psicossociais e emocionais do paciente; e
- Predomínio de médicos do sexo masculino.

Conforme exposto no item 3.2.4., para os valores masculinos têm-se: competitividade, assertividade, heroísmo e recompensa material. Por outro lado, em relação à feminilidade, têm-se

como características principais: modéstia, compaixão e preocupação com o próximo (HOFSTEDE, 2001).

De acordo com Campos (2005), no contexto do SUS, estava havendo um processo de burocratização e, em muitos casos, um enrijecimento das relações interpessoais no SUS, quer sejam nas relações entre profissionais, quer seja nas relações destes com os usuários. A solução para esses problemas seria a sensibilização dos trabalhadores para que adotassem posturas e comportamentos ‘cuidadores’. Campos (2005) afirma ainda que a humanização também depende de mudanças das pessoas e da ênfase em valores ligados à defesa da vida, o que transforma o trabalho em processo criativo e prazeroso.

A Política Nacional de Humanização está relacionada a princípios que afirmam que a produção da saúde não se dá sem a produção de sujeitos e coletivos capazes de cuidar de si e dos outros, buscando sempre ampliar o grau de autonomia e protagonismo nas práticas coletivas de fazer saúde (BRASIL, p 59, 2010a).

De acordo com Brasil (2010b):

“A tarefa da Política Nacional de Humanização é contribuir para a construção de modos de fazer para que o universo da rede SUS, seu enorme contingente de usuários, trabalhadores e trabalhadores investidos da ‘figura de gestor’, passasse a experimentar novas possibilidades de manejo das tensões e alegrias do trabalho em saúde, alterando modos de gerir e modos de cuidar”.

Segundo Pasche (2009), a humanização como política pública no SUS proporcionou um valor do cuidado e da gestão, contribuindo para uma nova ética na saúde: a valorização das pessoas, seus interesses, desejos e necessidades.

Portanto, pode-se constatar a importância do cuidado que os profissionais da saúde devem dispensar aos pacientes. Essa aproximação reflete em uma maior preocupação com o bem estar, o que significa um pressuposto de alta feminilidade na PNH.

3.6.4. Alta Aversão à Incerteza *versus* Baixa Aversão à Incerteza no contexto da PNH

De acordo com Furrer, Liu e Sudharshan (2000), no caso da aversão à incerteza, é necessário distinguir se a situação que está acontecendo é frequente ou se raramente ocorre. Na prestação de serviços frequentes e comuns, o cliente conhece o processo e o papel que o serviço

desempenha. A situação muda quando o cliente está usufruindo de um serviço que não é comum ou frequente para ele. Em situações não comuns, as incertezas e ambiguidades devido à situação incomum tendem a ser reduzidas. Já em situações em que o serviço é comum, a sensação de incerteza devido a falhas no serviço prestado tende a ser diminuída.

Portanto, em culturas com alta aversão à incerteza, é esperado que a percepção da importância relativa dos diferentes serviços irá variar de acordo com os dois tipos de serviços supracitados (FURRER; LIU; SUDHARSHAN, 2000).

Segundo Meeuwesen, Brink-Muinen e Hofstede (2009), em culturas com uma mais forte aversão à incerteza, esperam-se:

- Uma conversa mais técnica e instrumental entre médicos e pacientes;
- Uma menor afetividade nos relacionamentos; e
- Uma maior relação de ‘troca’ entre médicos e pacientes.

A comunicação da equipe de saúde para os pacientes exerce um papel fundamental na percepção de segurança dos mesmos em relação ao tratamento que estão recebendo (LA; LESLIE; TRENA, 2013).

Conforme Lokke e Madsen (2014), outra característica de ambientes com alta aversão à incerteza é o maior nível de estresse que as pessoas vivenciam.

As organizações de saúde precisam buscar a excelência em atender às necessidades de seus pacientes como a cura, a qualidade centrada e a segurança do meio ambiente (CARNEY, 2002 *apud* CARNEY, 2011).

Hartmann et al. (2009) encontraram muitas correlações positivas entre hospitais com uma maior cultura de inovação e, portanto, baixa aversão à incerteza, e melhores resultados encontrados na promoção ao cuidado.

Portanto, embora o tipo de tratamento e a frequência com que já foi submetido influenciem na percepção do usuário do sistema de saúde em relação à segurança e ao nível de certeza existente no processo como um todo, a PNH traz um novo paradigma de cuidado.

Assim, a aproximação com os usuários do sistema de saúde e a preocupação com o bem estar constituem um dos pilares da humanização e contribuem para que a percepção dos usuários em relação às incertezas existentes no processo de internação e/ou cuidado médico diminua.

Confirmando o exposto acima, Carney (2011) afirma que há uma exigência para os médicos profissionais de saber e compreender a missão da organização, e para ter clara e focada estratégia de direção. Por isso, é muito importante que os profissionais conheçam bem a PNH e suas diretrizes para diminuir a aversão à incerteza existente na organização como um todo.

No processo de mudança em busca de uma maior eficiência na área da saúde, os líderes e gerentes facilitadores precisam estar cientes da importância da emoção envolvida nesse processo e fornecer o apoio necessário (SEBRANT, 2014).

Coyle e Williams (2001) indicam que o processo de mudança pode ser prejudicado por subculturas dentro do hospital que resistem às mudanças propostas.

A prática de humanização implica necessariamente inclusão (BRASIL, 2010b), o que contribui para diminuir a influência das subculturas resistentes ao processo de mudança. Consequentemente, uma cultura de baixa aversão à incerteza poderá se tornar mais comum e preponderante na instituição hospitalar e, por conseguinte, na PNH como um todo.

3.6.5. Orientação de Curto *versus* Orientação de Longo Prazo no contexto da PNH

Em culturas com uma orientação de longo prazo, os relacionamentos de longo prazo com fornecedores de serviços são esperados. Nessas culturas, confiabilidade, capacidade de resposta, e empatia são extremamente importantes, resultado de uma estreita relação com os prestadores de serviços (FURRER; LIU; SUDHARSHAN, 2000).

As atividades do trabalho humano, além dos modos operatórios definidos pelas normas prescritas para as diferentes tarefas, implicam, também, imprevisto, antecipação (HECKERT, NEVES, 2007).

A ampliação do diálogo participativo entre os profissionais da saúde e a população promove e estimula diferentes práticas terapêuticas no processo de produção de saúde. Além disso, é importante uma adequação dos serviços de saúde à cultura local da comunidade, o que facilita o processo de implantação da PNH (BRASIL, 2004a).

Esse processo de inclusão dos usuários do sistema de saúde facilita a construção de relacionamentos duradouros e confiáveis entre eles e os profissionais da área da saúde. Isso pode significar uma cultura de longo prazo vigente na PNH, pois conforme analisado anteriormente, uma cultura de longo prazo está relacionada com valores como perseverança e persistência.

3.6.6. Indulgência *versus* Restrição no contexto da PNH

Quanto à dimensão cultural Indulgência *versus* restrição, existem poucas citações na literatura, pois esta dimensão surgiu recentemente. Conforme analisado anteriormente, a indulgência representa uma tendência das pessoas permitirem um livre fluir dos desejos humanos básicos e naturais relacionados à diversão e ao ‘aproveitar a vida’. Por outro lado, a restrição reflete a convicção de que tal gratificação necessita ser controlada e regulada por normas sociais rígidas.

Analisando as principais características da PNH, tem-se que o acolhimento do usuário do sistema de saúde constitui-se em uma atitude bastante presente. Teixeira (2003) comenta que a integração entre os trabalhadores e os usuários é mais do que a construção de um vínculo e responsabilização, pois se trata de uma ‘efetiva mudança na relação de poder técnico-usuário’.

Em relação à liberdade de atuação dos profissionais no ambiente hospitalar, enquanto em alguns os espaços de autonomia são amplos, para outros – a maioria –, a força do poder administrativo e de seus instrumentos de controle e submissão são a principal forma de interação com a organização (BRASIL, 2011a).

A problematização dos modos de organização dos serviços de saúde, dos hospitais em particular, principalmente devido aos efeitos negativos que produzem nos sujeitos e nas práticas de cuidado, tem propiciado o surgimento de novas concepções sobre a gestão em saúde, que passa a ser vista como um campo de experimentação de novos processos de comunicação e de interação entre sujeitos, facilitando a construção de um plano comum de ação (BRASIL, 2011a).

Segundo Brasil (1990a), o inciso III, da Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, mostra que uma das diretrizes do SUS é a “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”, ou seja, a liberdade de atuação dos profissionais da área da saúde e dos usuários do sistema de saúde é um dos pressupostos para uma melhor eficiência do SUS e do sistema de saúde pública, como um todo.

A PNH tem como valores norteadores (BRASIL, 2004a):

- A autonomia e o protagonismo dos sujeitos;
- A corresponsabilidade entre eles;
- O estabelecimento de vínculos solidários; e
- A participação coletiva no processo de gestão.

Portanto, devido à valorização da autonomia do trabalhador e do usuário (respeitando as regras e diretrizes existentes), pode-se ter como pressuposto a presença de um clima de indulgência conforme as diretrizes da PNH.

3.7. Desenvolvimento de pesquisa com análises qualitativa e quantitativa

Conforme Hair Júnior et al. (2005), o processo de pesquisa, em geral, compreende-se de três fases: formulação, execução e análise dos dados. Em relação à última fase, os dados podem analisados de forma i) Qualitativa, por exemplo, para verificar características gerais das dimensões de Hofstede existentes na PNH, por meio do depoimento dos gerentes e da divisão do hospital e ii) Quantitativa, por exemplo, para aplicação do questionário de Hofstede.

A seguir, serão detalhadas cada fase do presente processo de pesquisa definidas por Hair Júnior et al. (2005).

- **Formulação**

Nesta fase, deve ser desenvolvida a teoria, as questões de pesquisas e as hipóteses a serem investigadas. O referencial teórico é um filtro para que o pesquisador possa enxergar, com exatidão, a realidade (ROSA; ARNOLDI, 2008).

O próximo passo é a formulação dos pressupostos a serem investigadas na pesquisa. De acordo com Gil (1991), os pressupostos são proposições que podem ser declaradas verdadeiras ou falsas ao final da pesquisa e são pressupostos que pode vir a ser a solução do problema a ser analisado.

Após a formulação dos pressupostos, ocorrerá a segunda fase do processo de pesquisa que é a execução do projeto.

- **Execução do projeto**

Nesta etapa, os dados serão coletados e armazenados. Eventuais erros são identificados e descartados. Pode-se codificar os dados, buscando preservar o anonimato dos entrevistados. Após a coleta e tratamento adequado dos dados, segue-se à terceira etapa que é a fase do processo de pesquisa, chamada de Análise dos dados.

- **Análise dos dados**

Os dados serão analisados e comparados com as questões de pesquisa levantadas anteriormente. Além disso, os pressupostos, descritos anteriormente, serão ou não validadas.

Por fim, identifica-se as limitações do estudo com sugestões de estudos futuros que visam complementar o atual.

3.7.1. Análise quantitativa

Os dados quantitativos são mensurações em que números são usados diretamente para representar as propriedades de algo (HAIR JR. et al., 2005).

Segundo Jung (2009) *apud* Carlstrom e Olsson (2014), a decisão de utilizar um método quantitativo foi baseada na hipótese de que um limitado número de dados qualitativos coletados não pode fornecer uma visão ampla da cultura organizacional em uma instituição hospitalar como um todo.

O caráter descritivo tem como principal objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno (GIL, 1991). Por fim, o estudo transversal descreve e avalia a situação de uma população em um determinado momento ou em um intervalo de tempo, não se preocupando com acontecimentos passados ou futuros (BASTOS; DUQUILA, 2007).

Há duas maneiras principais em que os pesquisadores utilizaram as dimensões culturais de Hofstede ao longo das últimas três décadas (KIRKMAN; LOWE; GIBSON, 2006). Na primeira maneira, os valores a serem encontrados são muitas vezes avaliados com dados primários (ou seja, os dados que são coletados dos participantes do estudo reais, na maioria das vezes com inquérito de base em auto relatos). Os dados primários são coletados com o propósito de completar o projeto de pesquisa (HAIR JÚNIOR et al., 2005). Na segunda maneira, os valores culturais são, por vezes, atribuídos aos participantes de acordo com a pontuação de país de Hofstede (2010) no banco de dados original.

O poder preditivo dos valores culturais será mais forte para a investigação quando são empregados dados primários, ao invés de secundários, pois há variações culturais dentro do próprio país. Conforme demonstraram os pesquisadores Lenartowicz, Johnson e White (2003), apesar de haver uma certa uniformidade cultural dentro do país, poderá haver diferentes subculturas dentro de um mesmo país, o que implica diferentes valores culturais (TARAS; STELL; KIRMAN, 2010).

Além disso, os valores culturais mudam ao longo do tempo. Portanto, os valores culturais encontrados em determinada época podem não mais corresponder à realidade no futuro (TARAS; STELL; KIRMAN, 2010).

Em um país de dimensões continentais como o Brasil, as dimensões culturais de Hofstede encontradas para o país, na pesquisa de Hofstede (2010) não são homogêneas dentro do mesmo, pois conforme nos ensina Jacob (2005, p.3):

“Não existe pureza cultural, o que precisa ser destacado é que os países possuem uma grande diversidade cultural e as pessoas tendem a serem “híbridas” pertencendo a diferentes grupos culturais simultaneamente”

Portanto, diante da diversidade cultural existente dentro de um mesmo país, sobretudo no Brasil, com dimensões continentais e uma grande diversidade cultural, justifica-se avaliar a instituição hospitalar através das dimensões de Hofstede, utilizando dados primários de pesquisa.

Para a obtenção de dados mais detalhados e específicos em uma determinada instituição, Jepson (2009) mostrou que outras variáveis, além da cultura, podem influenciar as relações interpessoais, de liderança e o comportamento das pessoas em determinada situação. É importante perceber que essas variáveis estão inter-relacionadas e não podem ser avaliadas individualmente para contextualizar, como um todo, um ambiente.

A pesquisa desenvolvida por Jepson (2009) indica como o contexto social imediato do local de trabalho procura interagir dinamicamente com fatores contextuais mais amplos (EDWARDS, 2011).

O grupo denominado “Social imediato”, relaciona-se às características mensuráveis presentes em um local ou organização. Como exemplo, pode-se citar a Tecnologia, Hierarquia, Fluxo de informação. No grupo chamado de “Institucional”, relacionam-se os fatos históricos e a educação que um grupo de pessoas foi submetido ao longo do tempo. Por fim, no grupo chamado de “Cultura”, há indicação das culturas nacional e organizacional presentes em determinada população e/ou empresa. A intersecção desses três pontos caracteriza com mais propriedade um contexto em específico (Figura 10).

Figura 10 – Interação do contexto social imediato do local de trabalho com fatores contextuais mais amplos.

Fonte: Adaptado de Jepson (2009)

3.7.2. Análise qualitativa

Nas últimas décadas, o tema “cultura organizacional em hospitais” vem sendo pesquisado em várias áreas do conhecimento, o que atesta a complexidade e natureza interdisciplinar dessa questão. Dentre as pesquisas, aquelas de caráter qualitativo se mostram fontes ricas de conhecimento sobre a experiência humana, pois se configuram como possibilidade de compreensão dos significados e dos sentidos que o homem vivencia no mundo com as outras pessoas (BARBOSA; MELCHIORI; NEME, 2011).

Desse modo, na presente pesquisa, utiliza-se a entrevista com questões abertas norteadoras, objetivando identificar as dimensões culturais de Hofstede, de forma qualitativa, nas práticas da política nacional de humanização vigente no hospital analisado (Anexo B).

A entrevista, segundo Rosa e Arnoldi (2008), é uma técnica de coleta de dados capaz de dirigir com eficácia um conteúdo sistemático de conhecimentos, de maneira completa.

Conforme Bardin (2009), a análise do conteúdo das questões é realizada por três pólos:

- i. Pré-análise;
- ii. Exploração do material; e

iii. Tratamento dos resultados.

O tipo de entrevista semiestruturada, isto é, as questões deverão ser formuladas de forma a permitir que o sujeito discorra e verbalize seus pensamentos, tendências e reflexões sobre os temas apresentados (ROSA; ARNOLDI, 2008).

Interessante destacar que, muitas vezes, as questões levam a uma avaliação de crenças, sentimentos, valores, atitudes, razões e motivos acompanhados de fatos e comportamentos (ROSA; ARNOLDI, 2008).

De acordo com Dias da Silva *apud* Rosa e Arnoldi (2008):

“Nesta entrevista, questões gerais são levantadas. As questões, nesse caso, são abertas e devem evocar ou suscitar uma verbalização que expresse o modo de pensar ou de agir das pessoas face aos temas focalizados. Devem visar, também, facilitar as lembranças dos informantes e que eles principiemos a falar sobre o tema, para que se instalem, aí, noções que melhor lhe convier. Tornam-se entrevistas longas, que irão permitir tanto a análise quantitativa das respostas às questões que abordam pontos objetivos, quanto, e em especial, uma análise qualitativa do discurso dos informantes”

A utilização de um método qualitativo é mais apropriada para descobrir as causas mais sutis e profundas das divergências culturais existentes dentro de uma instituição de saúde (BERLIN; CARLSTROM, 2010 *apud* CARLSTROM; OLSSON, 2014).

A finalidade principal de uma pesquisa desse tipo é a possibilidade do instrumento de coleta de dados mostrar as condições de uma determinada configuração de saúde e com isso alcançar melhorias nos serviços de saúde prestados, como um todo (CARLSTROM; OLSSON, 2014).

O tamanho do hospital pode influenciar nos resultados estatísticos (CARLSTROM; OLSSON, 2014). Além disso, a complexidade da organização do hospital e o número de diferentes tipos de processos envolvidos tornam extremamente difícil de se chegar a uma solução simples para o que está sendo pesquisado, portanto, frequentemente, não é necessário focar no hospital inteiro (SAMBEEK et al., 2010).

O principal propósito deste trabalho foi analisar qualitativamente, por meio das respostas da gerência e a divisão do hospital, as principais características encontradas na análise do discurso, bem como analisar se os resultados encontrados adequam-se aos pressupostos estabelecidos para a PNH na construção teórica.

4. ESTUDO DE CASO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO

O hospital universitário analisado está em transição em relação ao tamanho. Atualmente, ele é considerado ainda, como de pequeno porte e já se encontra sob a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), porém, a meta final do hospital é tornar-se de médio porte, com 66 leitos até julho de 2017. Portanto, a análise que será feita terá como referência um hospital de médio porte, pois o tempo para conclusão das obras e o aumento do número de leitos é relativamente curto.

Optou-se por manter o anonimato dessa instituição, portanto, não será mencionado o nome da instituição e/ou de fontes que possam identificá-la. As informações desse item foram retiradas de documentos específicos pertencentes à instituição analisada.

4.1. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)

A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) foi autorizada pela lei nº 12.550, em 2011. Ela possui personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, pertencente a categoria de empresa pública. De acordo com o artigo 2º desta lei, o capital social da empresa será integralmente de propriedade da União.

A EBSERH possui como missão e visão, respectivamente (EBSERH, 2016a):

“Aprimorar a gestão dos Hospitais Universitários Federais e congêneres, prestar atenção à saúde de excelência e fornecer um cenário de prática adequado ao ensino e pesquisa para docente e discente”.

“Ser referência na gestão de Hospitais Universitários Federais e congêneres, prestando atenção à saúde de excelência e fornecer um cenário de prática adequado à formação profissional e à geração de conhecimento em saúde”.

A Ebserh passou a ser responsável pela gestão dos hospitais escolas federais. Dentre as atribuições assumidas pela empresa, estão a coordenação e avaliação da execução das atividades dos hospitais; o apoio técnico à elaboração de instrumentos de melhoria da gestão e a elaboração da matriz de distribuição de recursos para os hospitais. (EBSERH, 2016b)

O estatuto da EBSERH foi aprovado pelo Decreto nº 7661, de 2011. O Artigo 8º do presente Decreto traz como finalidades da EBSERH:

I - administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, integralmente disponibilizados ao Sistema Único de Saúde;

II - prestar, às instituições federais de ensino superior e a outras instituições públicas congêneres, serviços de apoio ao ensino e pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, em consonância com as diretrizes do Poder Executivo;

III - apoiar a execução de planos de ensino e pesquisa de instituições federais de ensino superior e de outras instituições públicas congêneres, cuja vinculação com o campo da saúde pública ou com outros aspectos da sua atividade torne necessária essa cooperação, em especial na implementação de residência médica ou multiprofissional e em área profissional da saúde, nas especialidades e regiões estratégicas para o SUS;

IV - prestar serviços de apoio à geração do conhecimento em pesquisas básicas, clínicas e aplicadas nos hospitais universitários federais e a outras instituições públicas congêneres;

V - prestar serviços de apoio ao processo de gestão dos hospitais universitários e federais e a outras instituições públicas congêneres, com a implementação de sistema de gestão único com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas; e

VI - exercer outras atividades inerentes às suas finalidades.

4.1.1. Estrutura organizacional de hospitais gerenciados pela EBSEH

Em relação à estrutura organizacional, ela é composta de duas partes. A primeira, mostrada na Figura 11, é a estrutura organizacional básica e independe do porte (grande, médio ou pequeno) do hospital. A estrutura organizacional básica está mostrada na Figura 11. Nesta Figura, pode-se destacar a superintendência em cujo comando há três gerências:

- a) Gerência de Atenção à Saúde;
- b) Gerência de Ensino e Pesquisa; e
- c) Gerência Administrativa.

O porte do hospital irá determinar a estrutura organizacional de cada uma das gerências supracitadas. Neste trabalho, como visto, foi analisado um hospital projetado para ser de médio

porte, ainda em fase de finalização e as estruturas organizacionais de cada uma das gerências para esse porte de hospital, encontram-se nas Figuras 11 a 14, exibidas a seguir.

Figura 11 - Estrutura Organizacional básica. Fonte: Documentos internos pertencentes à instituição analisada.

Figura 12 - Gerência de Atenção à Saúde para hospitais de médio porte. Fonte: Documentos internos pertencentes à instituição analisada

Figura 13 - Gerência de Ensino e Pesquisa para hospitais de médio porte. Fonte: Documentos internos pertencentes à instituição analisada

Figura 14 - Gerência Administrativa para hospitais de médio porte. Fonte: Documentos internos pertencentes à instituição analisada

Das Figuras 11 a 14, foi possível inferir que, desconsiderando-se as áreas de apoio, a hierarquia interna dos hospitais de médio porte está estruturada nos seguintes níveis:

- 1º - O conselho consultivo;
- 2º - Superintendente;
- 3º - Gerência;
- 4º - Divisão;
- 5º - Chefia de Setor; e
- 6º - Unidades.

A estrutura organizacional proposta para os hospitais, que constituem o sistema EBSERH, parte de vários pressupostos, sendo o principal a busca pela garantia de uma maior coerência entre os objetivos, os processos de trabalho e a coordenação entre as instâncias e as pessoas que vão desempenhar as tarefas.

4.1.2. Objetivo e Missão

As ações prioritárias foram delineadas através de um planejamento estratégico, cujo objetivo foi otimizar os recursos para garantir a eficiência e eficácia dos serviços prestados, além de proporcionar melhorias nas atividades de Ensino, Pesquisa e Assistência integral e Humanizada à população, visando a garantia da qualidade destes serviços.

O objetivo geral definido para essa instituição foi: “prestar assistência à saúde com excelência e constituir-se em ambiente de formação profissional de qualidade e de geração de conhecimento científico”.

Por sua vez, a missão foi explicitada como: “a prestação de serviços gratuitos de atenção hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como constituir-se em ambiente de formação profissional de qualidade para os cursos universitários, bem como caracterizar-se como “locus” de geração de conhecimento científico”.

4.1.3. Principais instâncias organizacionais

A seguir são detalhadas as principais instâncias organizacionais existentes no hospital analisado.

4.1.3.1. Gestão Central

A Gestão Central é composta por Superintendência e Unidades de apoio à Gestão. A Superintendência possui como competências a prática dos atos de gestão orçamentária, financeira, contábil, patrimonial, documental e de gestão de recursos humanos necessários ao funcionamento

das Unidades Hospitalares sob sua responsabilidade. Para que seja possível realizar esses atos, várias unidades de apoio foram estruturadas, tais como:

a) Ouvidoria

Considera-se como o órgão responsável pelo relacionamento com a sociedade. Contribui para uma comunicação eficaz com a sociedade. Ele recebe e avalia sugestões e/ou reclamações dos colaboradores e usuários. Até novembro de 2015, foram contabilizadas 259 demandas.

b) Unidades de planejamento

Órgão de assessoria do superintendente e da equipe de governança na elaboração, implementação, monitoramento e avaliação do planejamento. Esse órgão foi o responsável pela coordenação da elaboração dos planos estratégicos e operacionais em consonância com as diretrizes da EBSERH.

c) Unidade de apoio corporativo

Comissão cujo objetivo é melhorar continuamente a qualidade do cuidado prestado, com a garantia da segurança do paciente, do monitoramento e avaliação das ações em saúde.

d) Setor Jurídico

Representa o hospital judicialmente e extrajudicialmente, participa nos processos de licitação, disciplinares e assuntos concernentes aos recursos humanos.

e) Setor de gestão de processos e tecnologia da informação

É o órgão responsável pelo gerenciamento das ações de planejamento, desenvolvimento, aquisição e manutenção de todos os sistemas de informação, infraestrutura e segurança da informação e gestão de processos, além do suporte técnico aos setores do hospital.

4.1.3.2. Gerência Administrativa

A Gerência Administrativa é responsável por gerenciar e implementar as políticas de gestão administrativa, orçamentária, financeira, patrimonial, contábil e gestão da logística/infraestrutura, bem como a gestão de pessoas.

As ações e resultados da Gerência Administrativa serão descritas segundo as seguintes áreas: Divisão de Gestão de Pessoas, Divisão Administrativa Financeira, Setor de Infraestrutura Logística e Hospitalar e Setor de Infraestrutura Física.

a) Divisão de Gestão de Pessoas

O objetivo dessa divisão é fazer cumprir a legislação pertinente à administração de pessoal, orientando e divulgando os procedimentos referentes aos deveres e direitos dos servidores, empregados e integrantes da força de trabalho.

b) Setor de Infraestrutura Logística e Hospitalar

Gerencia infraestrutura física, equipamentos médicos e laboratoriais e insumos para o hospital, sendo orientada na ampliação e na qualificação do seu parque tecnológico, na incorporação e no uso racional de insumos e novas tecnologias.

c) Divisão Administrativa Financeira

Coordena a implementação das políticas de gestão administrativa, orçamentária, financeira e contábil no âmbito da instituição.

4.1.3.3. Gerência de Atenção à Saúde

Compete a essa gerência: o cuidado em saúde, coordenando o planejamento, a organização e a administração dos serviços assistenciais, sendo composta pelas seguintes divisões:

a) Divisão Médica

Composta pelos médicos pertencentes à instituição.

b) Divisão de Enfermagem

Composta pelos enfermeiros pertencentes à instituição.

c) Divisão de gestão de cuidado.

Envolve todos os demais setores envolvidos no cuidado com o paciente. Como exemplos, citam-se: farmácia hospitalar, setor de apoio diagnóstico e terapêutico, dentre outros. Há uma intensa interação com as divisões médica e de enfermagem.

4.1.4. Comissão de Humanização no Hospital Universitário analisado

O hospital analisado possui um regimento interno que normatiza a constituição, o funcionamento e define as competências da Comissão de Humanização do Hospital Universitário, segundo as diretrizes do Programa Nacional de Humanização.

No Artigo 1º, é mencionado que a Comissão de Humanização constitui um instrumento empreendedor formado por uma equipe transdisciplinar, com gestão participativa, com o propósito de apresentar, difundir, divulgar, publicar, informar e promover ações no sentido de resgatar valores e princípios humanitários que favoreçam a vida e a dignidade do ser humano nas dimensões dos usuários e dos colaboradores. Os objetivos dessa Comissão são apresentados a seguir:

- a) Coordenar ações de humanização para construção de uma cultura organizacional pautada pelo respeito, pela solidariedade e pelo desenvolvimento da cidadania dos profissionais envolvidos e dos usuários; e
- b) Buscar a conscientização da melhoria do trato nas relações humanas interpessoais dos profissionais entre si e com os usuários, para o pleno exercício dos direitos humanos, da constituição nacional e da democracia plena.

Além disso, a comissão tem por competências:

- a) Reunir periodicamente para tratar de ações dirigidas aos usuários e colaboradores, buscando a sua satisfação;
- b) Estabelecer estratégias e mecanismos que tornem os serviços mais humanizados;
- c) Analisar e deliberar propostas, projetos ou ações que contribuam para o aperfeiçoamento das relações interpessoais, voltados para a humanização e aprovar o plano operativo para humanização;
- d) Assessorar chefes de unidades e setores, bem como à ouvidoria em relação às propostas e denúncias sobre assuntos pertinentes às relações interpessoais no estabelecimento;
- e) Liderar o processo de humanização;
- f) Buscar estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores da instituição
- g) Promover a interligação da instituição com outras instituições de saúde e outras entidades da sociedade civil;
- h) Promover o fluxo de propostas e deliberações;
- i) Apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento;
- j) Avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda serão desenvolvidos, de acordo com os parâmetros de humanização propostos;
- k) Organizar e coordenar o trabalho voluntário;
- l) Buscar parcerias permanentes e flutuantes buscando atender as necessidades dos clientes internos e externos;
- m) Promover o processo de mudança cultural de atendimento à saúde, visando a satisfação do cliente; e
- n) Buscar e promover a participação no prêmio “Humaniza SUS”.

A composição da comissão abrangerá os seguintes membros:

- a) 06 representantes indicados pelas chefias imediatas:

- 01 representante da equipe psicossocial;
- 01 representante da equipe de reabilitação;
- 01 representante da unidade de internação de criança;
- 01 representante da unidade de urgência e emergência; e
- 01 representante do setor de apoio diagnóstico e terapêutico.

b) 02 representantes indicados pela gerência administrativa

- 01 representante da divisão de gestão de pessoas;
- 01 representante administrativo-financeiro, que assumirá a função de secretário

c) 01 representante indicado pela superintendência, preferencialmente da ouvidoria.

O mandato dos membros será de 2 (dois) anos, sendo permitida apenas uma recondução.

O artigo 8º do regimento traz as seguintes competências pertencentes a cada um dos membros da comissão:

- a) Divulgar o processo de humanização no hospital e comunidade;
- b) Organizar e propor o desenvolvimento das atividades de humanização;
- c) Elaborar projetos de ação humanizada;
- d) Desenvolver e implantar o sistema de informação aos clientes;
- e) Promover cursos de capacitação permanente aos profissionais de saúde, em conjunto com a Educação Continuada;
- f) Organizar e promover eventos educativos, cultural, esportivo e de lazer aos clientes;
- g) Promover intercâmbio com a comunidade, visando parcerias para realização de ações que promova o ser humano de forma integral;
- h) Negociar com o secretário os recursos necessários para as ações propostas, e auxiliar na coordenação e controle das atividades orçamentárias e financeiras;

- i) Articular-se com as diferentes formas de divulgação das ações de humanização;
- j) Realizar atividades educativas e culturais aos usuários;
- k) Articular-se com a rede municipal de saúde, entidades da sociedade civil organizada para participarem das ações de humanização;
- l) Consolidação de relatórios das atividades desenvolvidas; e
- m) Exercer outras atividades inerentes e relacionadas a esta comissão.

As reuniões ordinárias ocorrerão a cada 15 dias e os projetos desenvolvidos pelos membros dessa comissão serão validados em conjunto durante as reuniões.

5. METODOLOGIA

Os objetivos desta pesquisa, de forma geral, visaram à caracterização da cultura organizacional do hospital analisado, de acordo com as dimensões culturais propostas por Hofstede (2001) e Hofstede, G., Hofstede, G. J. e Minkov (2010). Além disso, elaboraram-se pressupostos quanto às dimensões culturais presentes nas diretrizes da PNH, sendo um dos objetivos verificar se esses pressupostos constituíam-se em ações da instituição analisada.

Os instrumentos para mensurar os objetivos definidos compõem-se de três momentos:

1) Levantamento de dados institucionais secundários gerais do hospital universitário, tais como: organograma atualizado, missão e visão; dentre outros;

2) Aplicação do questionário de Hofstede com questões de múltipla escolha para as pessoas pertencentes aos primeiros níveis hierárquicos: A gerência e a divisão. Apesar de a superintendência ser o primeiro nível hierárquico, não foi possível entrevistar o superintendente do hospital. Além disso, alguns integrantes dos membros da divisão do hospital também não foram entrevistados por razões de disponibilidade dos mesmos.

3) Aplicação de questionário aberto para as mesmas pessoas do questionário anterior, com questões dissertativas por meio de entrevista, cujo áudio foi gravado, com as pessoas pertencentes aos primeiros níveis hierárquicos: A gerência e a divisão. Esse questionário tem como objetivo verificar se as percepções acerca da PNH são convergentes ou divergentes com os pressupostos teóricos propostos nesta dissertação.

O primeiro passo para a coleta de informações foi a autorização do campo em que a pesquisa foi realizada. Assim, foi necessário elaborar um pedido à Comissão de ética do hospital solicitando a autorização para a pesquisa. Após obtê-la, pode-se iniciar os levantamentos dos dados secundários e a aplicação dos questionários. O número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) é 56251716.2.0000.5504.

A seguir, cada instrumento de pesquisa será detalhado.

5.1. Dados secundários

Os dados secundários fornecem elementos para identificar, *a priori*, aspectos da cultura geral do Hospital, e são compostos de normas, diretrizes, valores e metas definidos pela gerência para que a instituição tenha sucesso.

Vale mencionar que a Unidade está em processo de transição administrativa. Assim, a partir de outubro de 2015, novos funcionários estão sendo contratados por meio de concurso público e a gestão foi atribuída à Ebserh. Portanto, uma caracterização da atual gestão é importante para que a nova gerência se direcione melhor.

Dessa forma, os dados secundários requeridos por esta pesquisa são apresentados no Quadro 13. Os dados serão pedidos à Ebserh.

Quadro 13 – Dados secundários requeridos pela presente pesquisa

Dados secundários
História do hospital
Organograma
Missão, valores, objetivos e metas
Número de funcionários
Número de leitos atual e o previsto no futuro
Tempo de vigência da PNH na instituição

5.2. Aplicação do questionário padrão de Hofstede

Este questionário é padronizado internacionalmente (VSM 2013) e foi desenvolvido por Hofstede e Minkov (2013). De acordo com as respostas, será obtido um valor numérico para cada dimensão cultural de Hofstede, sendo possível classificá-la em “alta” ou “baixa”. No Quadro 14, são definidos os objetivos deste questionário, o público alvo, o período de aplicação, dentre outros.

Quadro 14 – Processo de aplicação do questionário 1 com questões estruturadas de Hofstede

Objetivo	Classificar cada dimensão cultural de Hofstede de acordo com a cultura organizacional do Hospital.
Público alvo	Gerência e divisão
Período de aplicação	Início: agosto/2016 Término: outubro/2016 Frequência: uma vez por semana
Forma de aplicação	O pesquisador entregará pessoalmente os questionários às pessoas a serem entrevistadas.
Linguagem	O questionário já está traduzido para a língua portuguesa, o que mantém as características originais estabelecidas por Hofstede.
Formato das respostas	Respostas fechadas, com escala numérica de 1 a 5.

Formato estético	Os questionários serão impressos em folha A4, frente e verso, preto e branco, com tamanho de letra 12, na fonte Times New Roman.
Duração estimada de preenchimento	10 minutos.

5.3. Entrevista com aplicação de questionário aberto elaborado pelo autor deste trabalho

Neste instrumento, visou-se apreender as características gerais da cultura organizacional do Hospital, relacionada com a PNH, por meio da percepção dos entrevistados, a qual será detectada com a aplicação de questionários abertos elaborados pelo próprio autor desta pesquisa.

Para a elaboração dos questionários, seguiram-se os métodos adotados por diversos autores que modificaram ligeiramente as estruturas das perguntas do questionário de Hofstede (2013), de modo a identificar as principais características a ser pesquisadas em um contexto específico. No entanto, não houve um método específico para a elaboração das perguntas modificadas. Basicamente, os autores utilizaram a sua própria discricionariedade para a elaboração e modificação das perguntas. Assim, todas as perguntas foram formuladas tendo como referência a revisão teórica utilizada neste trabalho.

Machado, Santos e Pinto (2009) adaptaram algumas questões do questionário de Hofstede relativas às dimensões culturais: alta distância ao poder *versus* baixa distância ao poder; alta aversão à incerteza *versus* baixa aversão à incerteza; masculinidade *versus* feminidade; e individualismo *versus* coletivismo, objetivando encontrar tais características em dois contextos específicos:

- Organização militar do Exército Brasileiro; e
- Órgão público do Poder Judiciário.

Zonatto et al. (2012) também utilizaram um questionário modificado de Hofstede para realizar uma análise da cultura organizacional de Hofstede em uma Instituição de Ensino Superior privada no Rio Grande do Sul.

As respostas do questionário nº2 são abertas e dissertativas, possibilitando maior liberdade aos respondentes e proporcionando comentários e esclarecimentos nas respostas. Desse modo, a análise dos questionários é qualitativa e busca-se identificar elementos que permitam caracterizar, de modo geral, a cultura da instituição, conforme a percepção de cada um dos envolvidos. A análise foi feita considerando as diretrizes em Bardin (2009).

Confrontando-se a percepção de cada envolvido, foi possível verificar os aspectos convergentes e divergentes, o porquê das divergências, se houver, além do que pode ser melhorado no relacionamento entre os usuários do sistema único de saúde imerso na PNH.

Quadro 15 – Processo entrevista para aplicação do questionário 2 com questões abertas e dissertativas à gerência e divisão do hospital

Objetivo	Colher características gerais da organização cultural do Hospital bem como da PNH de acordo com as percepções da gerência e a divisão do hospital.
Público alvo	Gestores com pelo menos seis meses de trabalho no hospital pertencente à gerência e à divisão do hospital.
Período de aplicação	Início: setembro/2016 término: outubro/2016 Frequência: uma vez por semana
Forma de aplicação	O pesquisador entrevistou pessoalmente os envolvidos, administrando a aplicação do 2º questionário e gravando o áudio das entrevistas.
Linguagem	Perguntas com linguagem clara e simples, evitando ambiguidades e palavras pouco utilizadas.
Formato das respostas	Respostas abertas.
Formato estético	Os questionários foram impressos em folha A4, frente e verso, preto e branco, com tamanho de letra 12, na fonte Times New Roman.
Duração estimada da entrevista	20 minutos.

Quanto ao público alvo, entrevistaram-se oito gestores pertencentes aos níveis de gerência e de divisão, os quais foram esquematizados nas Figuras 11 a 14 apresentadas anteriormente.

a) Divisão da Gerência de Atenção à Saúde

As divisões médica, de enfermagem e de gestão do cuidado pertencem a essa divisão. No entanto, foi possível entrevistar somente o integrante da divisão de enfermagem.

b) Divisão da Gerência de Ensino e Pesquisa

Composta pelo setor de gestão da pesquisa e inovação tecnológica e pelo setor de gestão do ensino, cujos gestores de ambos os setores foram entrevistados.

c) Divisão da Gerência Administrativa

Compõem-se pelas divisões administrativa, financeira e de gestão de pessoas, sendo que ambos os gestores foram entrevistados.

A seguir, será detalhado o questionário, enfatizando a correspondência entre as dimensões culturais de Hofstede e as questões formuladas pelo autor, tendo como base a revisão teórica deste trabalho.

Quadro 16 – Correspondência entre as questões formuladas pelo autor, as dimensões culturais de Hofstede e princípios e diretrizes da PNH

Questões para análise das dimensões culturais de Hofstede na PNH	Dimensões culturais de Hofstede analisadas:	Princípios e diretrizes da PNH presentes:
1. Como se dá a participação dos seus gestores nos processos de sua área?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alta distância ao poder <i>versus</i> baixa distância ao poder; e ▪ Individualismo <i>versus</i> coletivismo ▪ Indulgência <i>versus</i> restrição 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indissociabilidade entre atenção e gestão; ▪ Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos; ▪ Gestão participativa e cogestão; e Valorização do trabalhador
2. Como ocorre a interação dos seus gestores com os gestores das áreas que utilizam seus serviços?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alta distância ao poder <i>versus</i> baixa distância ao poder; e ▪ Individualismo <i>versus</i> coletivismo ▪ Orientação curto prazo <i>versus</i> orientação longo prazo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transversalidade; ▪ Indissociabilidade entre atenção e gestão; ▪ Acolhimento; e ▪ Ambiência
3. Qual sua opinião sobre as especificidades do trabalho em equipe na sua área e no HU?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alta distância ao poder <i>versus</i> baixa distância ao poder; e ▪ Individualismo <i>versus</i> coletivismo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transversalidade; ▪ Ambiência; ▪ Clínica ampliada e compartilhada; e ▪ Valorização do trabalhador
4. Como se estabelece o processo de criar espaços acolhedores, saudáveis e confortáveis para trabalhadores e usuários?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Masculinidade <i>versus</i> feminilidade; e ▪ Indulgência <i>versus</i> restrição 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acolhimento; ▪ Ambiência; ▪ Clínica ampliada e compartilhada; e ▪ Defesa dos direitos dos usuários
5. Quais são as características	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Masculinidade <i>versus</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acolhimento;

de um atendimento bem sucedido neste hospital? Quais os fatores mais importantes?	feminilidade; ▪ Alta aversão à incerteza <i>versus</i> baixa aversão à incerteza ▪ Orientação curto prazo <i>versus</i> orientação longo prazo; e ▪ Indulgência <i>versus</i> restrição	▪ Ambiência; ▪ Clínica ampliada e compartilhada; e ▪ Defesa dos direitos dos usuários
6. Como situações imprevistas são tratadas?	▪ Alta aversão à incerteza <i>versus</i> baixa aversão à incerteza ▪ Indulgência <i>versus</i> restrição	▪ Transversalidade; e ▪ Clínica ampliada e compartilhada
7. Como o usuário auxilia a melhoria dos processos da sua área?	▪ Orientação curto prazo <i>versus</i> orientação longo prazo; e ▪ Individualismo <i>versus</i> coletivismo ▪ Alta distância ao poder <i>versus</i> baixa distância ao poder	▪ Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos; ▪ Acolhimento; ▪ Gestão participativa e cogestão; e ▪ Defesa dos direitos dos usuários
8. De que maneiras os usuários podem externar suas percepções relativas ao atendimento?	▪ Alta aversão à incerteza <i>versus</i> baixa aversão à incerteza; ▪ Indulgência <i>versus</i> restrição ▪ Alta distância ao poder <i>versus</i> baixa distância ao poder	▪ Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos; ▪ Acolhimento; ▪ Gestão participativa e cogestão; e ▪ Defesa dos direitos dos usuários.

5.4. Protocolo do estudo de caso

O presente trabalho foi iniciado após a aprovação na Comissão de Pesquisa Interna do Hospital Universitário e do Comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Primeiramente, foram requeridos, junto à Superintendência, os dados secundários da instituição hospitalar, tais como: normas internas gerais e específicas de cada setor; organograma; missão, valores, objetivos e metas; e número de funcionários. Tais informações possibilitaram descrição mais detalhada para compor a caracterização da instituição.

Em relação à coleta de dados, conforme explicitado anteriormente, houve a aplicação de dois questionários distintos: o primeiro (Anexo A) trata-se do questionário de Hofstede, cuja duração de preenchimento foi de aproximadamente 10 minutos. Para responder a esse questionário, os entrevistados simplesmente utilizaram a própria experiência pessoal e

profissional. Neste caso, como instrumentos de coleta de pesquisa, citam-se a aplicação de questionários e a visita técnica ao hospital para a distribuição e recolhimento dos mesmos.

Em relação ao segundo questionário, as perguntas tiveram como subsídio a revisão teórica deste trabalho. Entrevistaram-se, presencialmente, a gerência e a divisão, sendo que o próprio pesquisador anotou as respostas por escrito. Além disso, o áudio das entrevistas foi gravado. Optou-se pelo instrumento de pesquisa constituído pela entrevista pessoal devido à possibilidade de observação direta dos entrevistados.

O preenchimento do questionário nº. 1, padrão de Hofstede, teve duração estimada de 10 minutos. A duração da entrevista de aplicação do questionário 2, elaborado pelo autor, teve duração estimada de 20 minutos e foi agendada previamente, conforme a disponibilidade dos entrevistados. Assim, o tempo total estimado para a coleta de dados foi de, aproximadamente, 30 minutos por participante. Portanto, como instrumentos de coleta de pesquisa, utilizaram-se a entrevista pessoal e a visita técnica ao hospital.

6. RESULTADOS

6.1. Dimensões culturais de Hofstede no hospital analisado

Por meio das respostas do questionário aplicado (Anexo A) e das equações apresentadas nos itens 3.2.6.1 a 3.2.6.6, foi possível encontrar um valor numérico para cada dimensão cultural de Hofstede no contexto da unidade hospitalar analisada. Cada valor obtido pode ser comparado com o resultado teórico previsto para o Brasil e, assim, é possível inferir se a instituição está seguindo a cultura organizacional típica do país.

Tabela 7 – Comparação do resultado teórico e do resultado obtido por dados primários sobre as dimensões culturais de Hofstede

Dimensão cultural	Resultado teórico para o Brasil	Resultado do hospital analisado
Alta distância ao poder <i>versus</i> baixa distância ao poder	69	8,75
Alta aversão à incerteza <i>versus</i> baixa aversão à incerteza	76	-76,25
Individualismo <i>versus</i> coletivismo	39	21,88
Masculinidade <i>versus</i> feminilidade	50	0,00
Orientação curto prazo <i>versus</i> orientação de longo prazo	44	-4,55
Indulgência <i>versus</i> restrição	59	40,00

Verificou-se que essa instituição hospitalar não segue o resultado teórico esperado para o Brasil, pois devido às dimensões continentais e a expressiva variabilidade cultural, são prováveis as divergências em relação ao resultado teórico. Assim, a obtenção de dados primários, permitindo o cálculo direto das dimensões culturais de Hofstede, mostrou um resultado mais direto e consoante com a realidade do hospital analisado.

Segundo a análise dos dados primários, que foram coletados das dimensões culturais de Hofstede, o hospital analisado apresenta as características indicadas na Tabela 8.

Tabela 8 – Características da cultura organizacional da unidade hospitalar inferidas conforme resultado prático das dimensões culturais de Hofstede

Dimensão cultural de Hofstede	Valor encontrado	Característica marcante
Alta Distância ao Poder <i>versus</i> Baixa Distância ao Poder	8,75	Cultura de baixa distância ao poder
Alta Aversão à Incerteza <i>versus</i> Baixa Aversão à Incerteza	-76,25	Cultura de aversão à incerteza extremamente baixa
Individualismo <i>versus</i> Coletivismo	21,88	Cultura coletivista
Masculinidade <i>versus</i> Feminilidade	0,00	Cultura de alta feminilidade
Orientação Curto Prazo <i>versus</i> Orientação de Longo Prazo	-4,55	Orientação de curto prazo bem acentuada
Indulgência <i>versus</i> Restrição	40,00	Ligeira tendência a uma cultura de indulgência

A seguir, serão analisadas as principais características presentes nas entrevistas utilizando as perguntas constantes no Anexo B deste trabalho.

6.2. Dimensões culturais de Hofstede nas entrevistas abertas

Os resultados encontrados para cada Gerência (Atenção à Saúde, Administrativa e Ensino e Pesquisa) foram analisados separadamente e segmentados de acordo com as oito perguntas abertas propostas neste trabalho. As perguntas foram transcritas nos Quadros 17, 18 e 19 ou no Anexo B. Ratifica-se que o anonimato foi assegurado.

6.2.1. Resultados encontrados nas Gerências

A transcrição das respostas das questões abertas foi realizada a partir da metodologia de Bardin (2009). Nos Quadros 17, 18 e 19 a seguir, seguem-se as principais características identificadas nas respostas que têm relação com as dimensões culturais de Hofstede.

Quadro 17 – Correlação das características nas respostas das questões abertas do questionário complementar e das dimensões culturais de Hofstede conforme gestores da GAS

Questão	Principais características encontradas	Características de Hofstede correspondentes
Nº 1	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de um colegiado de gestão atenção à saúde responsável pela tomada de decisões e propostas de melhorias • Cada setor da GAS possui o seu próprio colegiado • Presença de equipes multiprofissionais no atendimento aos pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa distância ao poder devido à presença de colegiado para tomada de decisões nos setores • Equipes multiprofissionais e presença de colegiado denota uma cultura coletivista
Nº 2	<ul style="list-style-type: none"> • Ocorrem falhas na comunicação entre setores, pois algumas vezes a informação não chega tempestivamente aos outros setores • Não há um hábito entre os trabalhadores em comunicação inter-setorial • Trabalhos mais relevantes são realizados em conjunto 	<ul style="list-style-type: none"> • Falhas na comunicação denotam problemas de ordem estrutural, não permitindo verificar uma dimensão cultural em específico • Trabalhos em conjunto implica uma cultura coletivista
Nº 3	<ul style="list-style-type: none"> • Busca aplicar a clínica ampliada • Presença de reuniões para discussão de casos específicos ocorridos no hospital • Visitas multiprofissionais 2x por semana aos pacientes • A maioria dos trabalhadores são receptíveis ao trabalho em equipe, embora existam pessoas resistentes • O trabalho de assistência à saúde da enfermagem é feito em conjunto com os técnicos de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação da clínica ampliada e presença de reuniões para discussão demonstram uma baixa distância ao poder • Trabalho realizado em conjunto remete a uma cultura coletivista
Nº 4	<ul style="list-style-type: none"> • A criação de espaços acolhedores é um objetivo do hospital como um todo • Presença de sala de ginástica laboral para os trabalhadores • Salas decoradas na área da pediatria 	<ul style="list-style-type: none"> • A criação de espaços acolhedores denota feminilidade e indulgência • Salas decoradas e de ginastica laboral demonstra preocupação com o bem estar dos trabalhadores e usuários: cultura de indulgência
Nº 5	<ul style="list-style-type: none"> • Busca-se a satisfação dos usuários e a minimização do seu problema de saúde • Presença de pacientes que querem apenas o 	<ul style="list-style-type: none"> • Busca da satisfação do usuário e acolhimento dos pacientes: Feminilidade, indulgência

	<p>acolhimento, sem nenhum problema de saúde em específico</p> <ul style="list-style-type: none"> • O paciente deve sair melhor do que quando entrou • Os equipamentos estarem funcionando adequadamente e cumprimento dos horários de visitas dos familiares e amigos aos pacientes (ininterruptamente das 7:00 às 21:00) 	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupação com a melhoria dos pacientes: feminilidade, indulgência
Nº 6	<ul style="list-style-type: none"> • Presença do registro de ocorrências • Preocupação com situações potenciais de risco (não levaram a um dano, mas podem desencadear) • Registro do “quase erro” (O erro seria cometido, mas foi evitado no último instante) • Ocorre capacitação (orientação e treinamento) para que o erro não se repita novamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupação com prevenção dos riscos e capacitação das pessoas para lidar com o erro e evitá-los: cultura de baixa aversão a incerteza
Nº 7	<ul style="list-style-type: none"> • Serviço de ouvidoria com prazo de 10 dias para responder a cada ocorrência • Busca ativa de pesquisa e entrevista de satisfação aos usuários do hospital (3x por ano) • Essa interface com o usuário do hospital é vista como um canal de mudança para o hospital de uma forma geral 	<ul style="list-style-type: none"> • Prazos sistemáticos e definidos para respostas: Orientação a curto prazo • Interface com o usuário para promover mudanças: Orientação a longo prazo
Nº 8	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilidade de comunicação direta entre os gestores e os usuários do hospital • Reuniões mensais entre os enfermeiros e técnicos de enfermagem • Grupos de WhatsApp para comunicação direta entre os trabalhadores e seus gestores diretos 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação direta entre gestores e usuários: Baixa distância ao poder • Grupos de comunicação informal: Indulgência e Baixa distância ao poder

De forma geral, na Gerência de Atenção à Saúde, as dimensões culturais de Hofstede são:

- Baixa distância ao poder;
- Coletivismo;
- Feminilidade;
- Baixa aversão à incerteza;
- Orientação a curto prazo *versus* orientação a longo prazo – inconclusivo; e
- Cultura de indulgência.

Quadro 18 – Correlação das características nas respostas das questões abertas do questionário complementar e das dimensões culturais de Hofstede conforme gestores da GA

Questão	Principais características encontradas	Características de Hofstede correspondentes
Nº 1	<ul style="list-style-type: none"> • Processos administrativos definidos e mapeados • Buscam-se falhas nos processos antes de culpados • Está em processo de implantação a gestão por competência para colaboradores e gestores do hospital • Realizado levantamento das necessidades de capacitação • Reuniões semanais para pautas específicas em cada setor administrativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupação com a capacitação das pessoas e definição dos processos: Coletivismo e indulgência • Reuniões semanais: Baixa distância ao poder
Nº 2	<ul style="list-style-type: none"> • Divisão gestão de pessoas com interface para as três gerências – A questão é levada para os gerentes que dão as diretrizes para que a divisão de pessoas entre em contato com os demais colaboradores do hospital • Presença de “pontos de controle” (Reuniões para trocar informações com outros gestores em tempo real) • O foco das ações está nos resultados esperados 	<ul style="list-style-type: none"> • Presença dos pontos de controle: Baixa distância ao poder • Foco nos resultados: Orientação a longo prazo
Nº 3	<ul style="list-style-type: none"> • A interação entre as diferentes áreas está presente • Presença de equipes transdisciplinares (envolve trabalhadores e gestores de todas as áreas e funções do hospital) 	<ul style="list-style-type: none"> • Interação entre diferentes áreas: baixa distância ao poder e coletivismo • Equipes transdisciplinares: coletivismo

Nº 4	<ul style="list-style-type: none"> • Importância de valorizar o acolhimento dos pacientes, alunos e docentes • Evita-se excessos de informações e avisos aos usuários. Busca-se a gestão do cuidado, ouvindo e cuidando das pessoas • Presença da comissão de Qualidade de Vida no Trabalho, objetivando a uma melhoria das condições de trabalho de forma geral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorização do acolhimento: feminilidade e indulgência • Comissão de qualidade de vida: feminilidade e indulgência
Nº 5	<ul style="list-style-type: none"> • Importância de o paciente recomendar o hospital para seus familiares e amigos – visto como um grande índice de satisfação • Atendimento no qual “o paciente não volta” • Preocupação em informar os pacientes sobre o atendimento e o tempo de espera para o atendimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento para paciente não voltar: Orientação longo prazo • Preocupação com a informação do paciente: indulgência
Nº 6	<ul style="list-style-type: none"> • Gerência Administrativa recebe relatórios da ouvidoria e de outras áreas do hospital • Presença de canal direto de investigação com possibilidade de contato direto com o cliente • Questões de grande relevância são levadas aos gerentes para ações necessárias 	<ul style="list-style-type: none"> • Canal direto de investigação dos imprevistos e contato direto com o paciente; indulgência e baixa aversão a incerteza
Nº 7	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboradores do hospital possuem um canal informatizado oficial de informações. Reclamações vão para a sede da EBSEH e depois volta para o hospital, sendo distribuída para as áreas relacionadas. A meta é criar um canal informatizado direto com os gestores do próprio hospital, objetivando a economia de tempo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de canal direto informatizado: orientação longo prazo
Nº 8	<ul style="list-style-type: none"> • Registro da ouvidoria • Presença de contato com os usuários nas redes sociais 	<ul style="list-style-type: none"> • Contato direto com o usuário: baixa distância ao poder e indulgência

Assim, verificou-se que, de forma geral, para a Gerência Administrativa, as dimensões culturais de Hofstede são:

- Baixa distância ao poder;

- Coletivismo;
- Feminilidade;
- Baixa aversão à incerteza;
- Orientação a longo prazo; e
- Cultura de indulgência.

Quadro 19 – Correlação das características nas respostas das questões abertas do questionário complementar e das dimensões culturais de Hofstede conforme gestores da GEP

Questão	Principais características encontradas	Características de Hofstede correspondentes
Nº 1	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões sistemáticas com os membros da equipe de ensino e pesquisa • Está sendo feito o planejamento estratégico da gerência de ensino e pesquisa (Reuniões uma vez por semana). Esse planejamento irá definir de modo mais exato as atribuições de cada membro da equipe de ensino e pesquisa • As ações de ensino, pesquisa e inovação são mapeadas e documentadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões sistemáticas com membros da equipe: baixa distância ao poder
Nº 2	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões sistemáticas com os demais gestores • Há interface entre as diferentes áreas e gerências do hospital quando diferentes projetos de pesquisa chegam até o departamento e são encaminhados para as áreas relacionadas com o projeto de pesquisa • A interface com a área assistencial aos pacientes ocorre principalmente com a troca de documentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões sistemáticas com outros gestores: baixa distância ao poder • Interface com diferentes áreas: baixa distância ao poder, coletivismo
Nº 3	<ul style="list-style-type: none"> • A cultura de trabalho em equipe está sendo construída • Busca-se uma comunicação eficaz • Falta capacitação em gestão e para análise e avaliação de indicadores: Estão sendo realizado um treinamento em um grande hospital privado na cidade de São Paulo 	<ul style="list-style-type: none"> • Construção de cultura em equipe: coletivismo • Busca de comunicação eficaz: baixa distância ao poder, coletivismo
Nº 4	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação da ambiência 	<ul style="list-style-type: none"> • O acolhimento dos alunos e docentes e a implantação da ambiência: feminilidade e

	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento dos alunos e docentes e realização de reuniões sistemáticas • Gestores de ensino e pesquisa deixam a porta das salas nas quais eles trabalham sempre abertas para que as pessoas possam ter um maior acesso a eles • Busca-se conscientizar as pessoas das causas de se adotar alguma prática ou conduta no hospital • Presença de projetos de extensão que visam melhorar as condições de vida dos trabalhadores. 	<p>indulgência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Busca da conscientização das pessoas dos processos: indulgência • Projeto de extensão para melhorar vida dos trabalhadores: feminilidade e indulgência
Nº 5	<ul style="list-style-type: none"> • Importância de se fornecer um aprendizado profissional prático para os alunos • Reconhece a importância de uma equipe qualificada de profissionais de ensino e pesquisa para melhor atender aos alunos e docentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento da importância de aprendizado prático: orientação a longo prazo.
Nº 6	<ul style="list-style-type: none"> • As ocorrências imprevistas são resolvidas com a conversa: Não há registro informatizado de ocorrências imprevistas nessa gerência • Comitê de gestão de riscos mapeia os riscos potenciais e as circunstâncias externas • Há um núcleo de pessoas para realizar a prevenção de danos 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização da prevenção de danos: baixa aversão à incerteza
Nº 7	<ul style="list-style-type: none"> • Ocorre reuniões entre os alunos e docentes • Presença de relatório final do estágio dos alunos. Esse relatório auxilia a identificar falhas e contribui com sugestões de melhorias • Presença do conselho constitutivo composto pelos docentes, usuários, gestor de saúde local da cidade e funcionários. Esse conselho visa avaliar o cumprimento das metas, além de propor melhorias para o atendimento e o serviço hospitalar de forma geral • Usuário auxilia ao enviar bons projetos de pesquisa para o hospital (Algumas melhorias podem ser implantadas com o auxílio desses projetos de pesquisa) 	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões entre alunos e docentes: baixa distância ao poder • Conselho constitutivo: coletivismo, baixa distância ao poder • Participação do usuário na melhoria do hospital com as pesquisas: coletivismo e baixa distância ao poder

Nº 8	<ul style="list-style-type: none"> • Há um pronto atendimento das demandas dos alunos e docentes. • Busca-se horizontalizar a tomada de decisões • Reconhece a importância de se manter relações estreitas com os diferentes setores de ensino e pesquisa da área da saúde pertencentes às Universidades • Pesquisadores e alunos recebem email ou ligações dos membros da equipe de ensino e pesquisa, objetivando uma comunicação mais eficaz 	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento das demandas alunos e docentes: baixa distância ao poder • Tomada de decisões horizontais: baixa distância ao poder • Relações estreitas entre os diferentes setores: baixa distância ao poder, coletivismo, indulgência • Contato direto por email ou ligações: baixa distância ao poder
------	---	--

Pelos resultados acima verificou-se de forma geral para a Gerência de Ensino e Pesquisa:

- Baixa Distância ao Poder;
- Coletivismo;
- Feminilidade;
- Baixa Aversão à Incerteza;
- Orientação a Longo Prazo; e
- Indulgência.

Logo, percebe-se a convergência entre as características das dimensões culturais de Hofstede conforme a percepção dos responsáveis por cada gerência, o que demonstra alinhamento de cada setor, quanto a atividades, valores, serviços, entre outros aspectos, à unidade hospitalar como um todo.

6.2.2. Discussão dos resultados

Da análise teórica da PNH em relação às dimensões culturais de Hofstede, a cultura organizacional da instituição baseia-se em: descentralização hierárquica (baixa distância ao poder);

valores mais centrados na atenção e no cuidado com o próximo e busca por consenso, relações harmônicas no ambiente de trabalho e resolução de conflitos pautando-se na negociação e no comprometimento, ao invés do confronto (feminilidade); preocupação com os interesses da equipe (coletivismo); tendência à moderação e à tolerância quanto a situações não familiares (baixa aversão à incerteza); promoção de virtudes voltadas para recompensas futuras - em particular, perseverança e parcimônia (orientação a longo prazo); e valorização da sinceridade nos relacionamentos, bem como da autorrealização (indulgência). Assim, o pressuposto teórico indicou que a instituição prioriza a construção de um ambiente de trabalho mais acolhedor tanto aos profissionais como aos pacientes e seus acompanhantes.

Os dados secundários indicaram que o organograma do hospital possui diversos níveis hierárquicos, sendo que os três níveis mais elevados são superintendência, gerência e divisão. Além disso, verificou-se que a instituição possui uma Comissão de Humanização; portanto, inferiu-se que há uma busca por seguir o modelo da PNH.

A classificação das dimensões culturais de Hofstede presentes no hospital foi obtida a partir da análise quantitativa das respostas do questionário padrão de Hofstede, conforme a visão dos gestores entrevistados, a qual indicou que a cultura organizacional nessa instituição é norteadas por baixa distância ao poder, baixa aversão à incerteza, coletivismo, feminilidade, orientação a curto prazo e indulgência.

Quanto ao questionário aberto, esse instrumento permitiu uma investigação mais detalhada acerca da cultura organizacional do hospital, pois foram descritas as situações vivenciadas na instituição, tais como reuniões periódicas, horizontalização das decisões, acolhimento a docentes e estudantes, bem como utilização de e-mails e ligações como instrumentos de comunicação, presença do conselho constitutivo composto pelos docentes, usuários, gestor de saúde local da cidade e funcionários, visando avaliar o cumprimento das metas, além de propor melhorias para o atendimento e o serviço hospitalar de forma geral, entre outras situações descritas anteriormente. Tais informações possibilitaram identificar características culturais que nortearam a classificação das dimensões culturais de Hofstede. Assim, obteve-se um retrato cultural adicional àquele encontrado por meio do questionário padrão de Hofstede. Analisando-se a classificação obtida por ambos os questionários, houve convergência, exceto quanto à dimensão de orientação a curto prazo *versus* orientação a longo prazo, sendo de curto prazo por meio do questionário padrão, e de longo prazo conforme as respostas dos gestores da GA e da GEP. Tal incongruência pode ser justificada pela necessidade de se preocupar e implementar práticas que valorizem o curto prazo e o longo

prazo, já que ambos são importantes para uma correta manutenção das atividades das instituições hospitalares, de uma forma geral.

Ainda em relação ao questionário aberto, o qual foi aplicado para representantes de três gerências (GA, GAS e GEP), é importante destacar que a presença de subculturas não foi expressiva, o que, de certa maneira, garantiu que os resultados encontrados pudessem ser generalizados para a instituição. Provavelmente, a uniformidade cultural decorreu do momento em que a coleta de dados foi realizada, pois o hospital estava no processo de troca de gestão e, modo geral, as subculturas formam-se ao longo do tempo a partir dos vínculos criados entre os funcionários.

Quanto à relação entre a classificação das dimensões culturais de Hofstede e os princípios e diretrizes da PNH, o pressuposto teórico indicou a presença das seguintes dimensões: baixa distância ao poder, coletivismo, feminilidade, baixa aversão à incerteza, orientação a longo prazo e indulgência. Comparando-se esse resultado com aquele obtido do questionário aberto, e considerando-se que o questionário fechado converge com o questionário aberto, observou-se que, de fato, tal classificação cultural está em consonância com o proposto pela PNH. Assim, por meio dessa relação, infere-se que, provavelmente, ao se aplicar o questionário padrão de Hofstede ou conhecendo-se a cultura organizacional da instituição, será possível averiguar de que forma a PNH está sendo vivenciada.

A comparação entre os resultados obtidos pelo pressuposto teórico e por ambos os questionários é apresentada no Quadro 20 a seguir.

Quadro 20 – Resumo da proposta de trabalho com os resultados obtidos por meio dos dados primários coletados

Pressuposto para a PNH	Resultado da aplicação do questionário de Hofstede	Resultado da aplicação do questionário aberto	Convergência entre os resultados
Baixa distância ao poder	Baixa distância ao poder	Baixa distância ao poder	Sim
Coletivismo	Coletivismo	Coletivismo	Sim
Feminilidade	Feminilidade	Feminilidade	Sim
Baixa aversão à incerteza	Aversão à incerteza extremamente baixa	Baixa aversão à incerteza	Sim
Orientação a longo prazo	Orientação a curto prazo	Inconclusivo	Não
Indulgência	Ligeira Indulgência	Indulgência	Sim

7. CONCLUSÃO

A Política Nacional de Humanização é um instrumento que, para ser empregado, requer mudanças culturais nas instituições hospitalares. Nesse sentido, este trabalho pode contribuir, de maneira inicial, para a abertura de um ramo de pesquisa envolvendo a mensuração da eficiência da implementação da PNH por meio da análise da cultura organização que, neste caso, foi realizada considerando-se o modelo de Hofstede. Assim, para verificar se uma instituição segue a PNH, bastaria aplicar o questionário padrão de Hofstede e, se o resultado fosse próximo daquele obtido no pressuposto teórico: baixa distância ao poder, coletivismo, feminilidade, baixa aversão à incerteza, orientação de longo prazo e indulgência, seria possível considerar que a instituição estava seguindo as diretrizes e os princípios norteadores da PNH.

O questionário aberto foi um instrumento interessante para reforçar os resultados obtidos da análise teórica dos documentos da PNH e do próprio questionário padrão, além de fornecer elementos mais detalhados sobre a cultura organizacional.

No entanto, é importante salientar que este trabalho apresentou algumas limitações, tais como: i. Coleta de dados no período de transição da gestão, dificultando a identificação de subculturas e de verificação dos resultados práticos dos objetivos traçados pela nova gestão; ii. Em relação à congruência cultural, seria necessário analisar a visão dos usuários e dos demais funcionários, mas como estava em período de transição, essa coleta se tornou inviável; iii. Para averiguar o potencial de replicabilidade quanto à correlação entre análise da cultura organizacional e implementação da PNH, seria indicado considerar diversas instituições hospitalares; e iv. Considerando-se o universo da engenharia de produção e da cultura organizacional, também seria interessante o estudo de outros modelos culturais, embora, como mencionado na Revisão Bibliográfica, o modelo de Hofstede seja o mais utilizado internacionalmente.

Destaca-se, por fim, a interdisciplinariedade incorporada neste trabalho ao relacionar as áreas de enfermagem, administração e engenharia de produção. A interface entre as áreas do conhecimento pode promover inovações significativas, principalmente, quando se trata de relações interpessoais em ambiente altamente multicultural e que exige a melhor coordenação de atividades em virtude do risco associado à prestação de seus serviços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAS, K. **Gestão de custos em organizações hospitalares**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, 2001, 155p.

ALMEIDA, T. D. **História e evolução dos hospitais**. Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Saúde, Divisão de Organização Hospitalar. 2. Ed. 1965.

BARBOSA, C, G.; MELCHIORI, L, E.; NEME, C. M. B. Morte, família e compreensão fenomenológica: revisão sistemática de literatura. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p. 363-377, 2011.

BARDIN, L.; **Análise de Conteúdo**. 70 ed. 2009.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. Humanização da saúde: um novo modismo? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, mar./ago. 2005.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. Réplica. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, [S.l.], v. 9, n. 17, p. 404-406, mar./ago. 2005b.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**. Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, 2007.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, 2005, p.389-406.

BITTAR, O. J. N. **Cultura e qualidade em hospitais. Hospitais**: administração da qualidade e acreditação de organizações complexa. Porto Alegre: Da Casa, 2004.

BORBA, V. R.; LISBOA, T. C. **Teoria Geral de Administração Hospitalar – Estrutura e Evolução do Processo de Gestão Hospitalar**. Rio de Janeiro: Qualimark, 2006. 240 p.

BRASIL. **A Saúde no Brasil**: estatísticas essenciais 1990-2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 51p.

BRASIL. **Caderno HumanizaSUS**. Volume 1 – Formação e intervenção. 1 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a, p.242.

BRASIL. **Caderno HumanizaSUS**. Volume 2 – Atenção básica. 1 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b, p.256.

BRASIL. **Caderno HumanizaSUS**. Volume 3 – Atenção hospitalar. 1 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a, p.268.

BRASIL. **Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011**. Aprova o Estatuto Social da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, e dá outras providências.

BRASIL. **Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.** Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/missao-e-visao>

BRASIL. **Lei nº 6229, de 17 de julho de 1975.** Dispõe sobre a Organização do Sistema Nacional de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1975.

BRASIL. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990.** Estabelece as diretrizes e bases do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**/Ministério da Saúde. – 1. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – 1. ed. 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. 64 p

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH.** 1º edição, 2013, p.1-16, Brasília-DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010e. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – 1º Edição – Brasília, p.56, 2010d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – 1. ed.– Brasília : Ministério da Saúde, 2010f. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Trabalho e redes de saúde:** valorização dos trabalhadores da saúde /

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 32 p.

BRASIL. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 56 p.

BRASIL. Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria - Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a, 60p.

BRASIL. Política Nacional de Humanização: humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b, 16p.

BRASIL. Portaria n.º 2.203 de 5 de novembro de 1996. Redefine e detalha a gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1996, 36 p.

BRASIL. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Dispõe sobre o pacto de saúde de 2006. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões acerca do sujeito e o mundo da vida. In: PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (Org.). **Formação de Apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção do SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n.17, 2005, p. 398-403.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos:** a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. Hucitec, São Paulo, 2000.

CANEN, A. G.; CANEN, A. Multicultural leadership. **International Journal of Conflict. Management**, v. 19, n.1, p. 4-19, 2008.

CARLSTROM E.; OLSSON, L. The association between subcultures and resistance to change: in a Swedish hospital clinic. **Journal of Health Organization and Management**, v. 28, n.4, p. 458-476, 2014.

CARNEY, M. Influence of organizational culture on quality healthcare delivery. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 24, n.7, p. 523-539, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE – CONASS. **A gestão do SUS.** Brasília, 133p, 1 ed, 2015.

CORBITT, B. J.; PESZYNSKI, K. J.; INTHANOND, S.; HILL, B.; THANASAKIT, T. Cultural differences, information and code systems. **Journal of Global Information Management**, v. 15, p. 65-85, 2004.

COTT, C. We decide, you carry it out: a social network analysis of multidisciplinary longterm care teams. **Social Science & Medicine**, v. 45, n. 9, p. 1411-1421, 1997.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G. **Hospital acreditação e gestão em saúde**, 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

COYLE, J.; WILLIAMS, B. Valuing people as individuals: development of an instrument through a survey of person-centredness in secondary care. **Journal of Advanced Nursing**, v. 3, n. 36, p. 450-459, 2001.

DALE, K. Book review: successful diversity management initiatives: a blueprint for planning and implementation, Managing diversity: human, resource strategies for transforming the workplace. **Industrial Relations Journal**, v. 29, p. 92-93, 1997.

DANIELS, T.; WILLIAMS, I.; ROBINSON, S.; SPENCE, K. Tackling disinvestments in health care services: the views of resource allocators in the English NHS. **Journal of Management Studies**, v. 27, n. 5, p. 762-780, 2013.

DAVIES, H. T. O.; MANNION, R.; JACOBS, R.; POWELL, A. E.; MARSHALL, M. N. Exploring the relationship between senior management team culture and hospital performance. **Medical Care Research and Review**, v. 64, n. 1, p. 46-65, 2007.

Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

EBSERH – Hospitais Universitários Federais. **Estrutura Organizacional dos Hospitais sob Gestão da EBSERH**: Diretrizes Técnicas. Versão 1.0, 2013. P.1-71. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/relacao-com-a-ebserh>> Acesso em 23 de fevereiro de 2016

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Dimensionamento de Serviços Assistenciais**. 2014. p.1-30.

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Missão e Visão**. 2016a. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/missao-e-visao>> Acesso em 25 de Março de 2016

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Relação com a ebserh**. 2016b. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/relacao-com-a-ebserh>> Acesso em 25 de Março de 2016

EDWARDS, G. Concepts of community: a framework for conceptualising distributed leadership. **International Journal of Management Reviews**, v. 13, n. 3, p. 301-312, 2011.

ENGELN, A.; BRETTEL, M. Assessing cross-cultural marketing theory and research. **Journal of Business Research**, v.64, n.5, p.516-523, 2011.

FERREIRA, A. C. **Dimensões da cultura organizacional no modelo de Hofstede: estudo em uma instituição financeira nos estados do Paraná e Santa Catarina**. Dissertação de Mestrado. Universidade Regional de Blumenau. 2008.

FERREIRA, J. C. O. A. **Caracterização do perfil de capacitação profissional do enfermeiro de um complexo hospitalar de ensino**. Dissertação de mestrado. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

FLEURY, M. T. L. Estórias, mitos, heróis- cultura organizacional e relações do trabalho. **Revista Administração de Empresas**, v. 27, n. 4, p. 7-18, out./dez. 1987.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A Saúde do Brasil em 2030**: Diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro, 2012. 324p.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Atendimento**. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/atendimento>>. Acesso em: 06 de janeiro de 2016.

FURRER, O.; LIU, B.; SUDHARSHAN, D. The relationships between culture and service quality perceptions. **Journal of Service Research**, v. 2, n. 4, p. 355-371, 2000.

GIL, A. C. (1991). **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 3 ed., 1991.

GOH, S. C.; CHAN, C.; KUZIEMSKY, C. Teamwork, organizational learning, patient safety and job outcomes. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 26, n.5, p. 420-432, 2013.

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.

GORZONI, P. M. **Cultura organizacional e qualidade de vida no trabalho: um estudo com funcionários de um restaurante fast-food**. 2010. Dissertação (Mestrado em Economia, Organizações e Gestão do Conhecimento) – Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/18/18157/tde-25112010-091200/pt-br.php>>. Acesso em: 19/01/2015.

HAIR JÚNIOR, J. F.; BABIN, B.; MONEY, A. H; SAMOUEL, P. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, p.1-471. 2005.

HAMPDEN-TURNER, C.; TROMPENAARS, F. **Riding the waves of culture: understanding cultural diversity in business**. London: Nicholas Brealey, 1996.

HARTMANN, C. W.; METERKO, M.; ROSEN, A. K.; ZHAO, S.; SHOKEEN, P.; SINGER, S.;

GABA, D. M. Relationship of hospital organizational culture to patient safety climate in the veterans health administration. **Medical Care Research and Review**, v. 66, n. 3, p. 320-338, 2009.

HATCH, M. J. **Organization theory: modern, symbolic and postmodern perspectives**. 3 ed. Oxford: Oxford University Press, 2013.

HEALY, J.; McKEE, M. **Improving performance within the hospital**. Hospitals in a Changing Europe, Open University Press, Buckingham. 2002.

HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS: UERJ: ABRASCO, 2007.

HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E.; BARROS, M. E. B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface comunicação. saúde e educação.**, [S. l.], v. 13, n.1, p. 493-502, 2009.

HILLS, M. D. Kluckhohn and Strodtbeck's Values Orientation Theory. **Online Readings in Psychology and Culture**. 2002.

HINO P.; CIOSEK, S. I.; FONSECA, R. M. G. S.; EGRY, E. Y. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n.2, p. 1156-1167, 2009.

HOFSTEDE, G. **Culture's Consequences: comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations**. 2. ed. Londres: Sage Publications Ltd. 2001.

HOFSTEDE, G. **Culture's consequences**: International difference in work-related values. Beverly Hills, CA: Sage, 1980.

HOFSTEDE, G. **Culturas e organizações**: compreender a nossa programação mental. p.308, 2003.

HOFSTEDE, G. **Cultures and organizations**: software of the mind. London: McGraw-Hill, 1991.

HOFSTEDE, G. Intercultural co-operation in organisations. **Management Decision**, v. 20, n.5, p. 53-67, 1982.

HOFSTEDE, G.; BOND, M. H. The confucius connection: from cultural roots to economic Growth. **Organizational Dynamics**, v. 16, n.4, p. 5-21, 1988.

HOFSTEDE, G.; HOFSTEDE, G. J.; MINKOV, M. **Culture and organizations. Software of the mind: intercultural cooperation and its importance for survival**, 3 ed. 2010.

HOFSTEDE, G.; MINKOV, M. **Values survey module 2013 manual**. 2013. Disponível em: <www.geerthhofstede.eu>. Acesso em: 25/02/2015.

HUJALA, A.; LAULAINEN, S.; LINDBERG, K. Powerless positions, silenced voices: critical views on health and social care management. **Journal of Health Organization and Management**, v. 28, p. 590-601, 2014.

ISAAC, C. Women leaders: the social world of health care. **Journal of Health and Organization and Management**, v. 25, n. 2, p. 159-175, 2011.

JACOB, N. Cross-cultural investigations: emerging concepts. **Journal of Organizational Change Management**, v. 18, n.5, p. 514-528, 2005.

JELINEK, M.; SMIRCICH, L.; HIRSCH, P. Introduction: a code of many colors. **Administrative Science Quarterly**, v.28, n.3, p.331-338, 1983.

JEPSON, D. Leadership context: the importance of departments. **Leadership and Organization Development Journal**, v. 30, n.1, p. 36-52, 2009.

JUNG, T.; SCOTT, T.; DAVIES, H. T. O.; BOWER, P.; WHALLEY, D.; MCNALLY, R.; MANNION, R. Instruments for exploring organization culture: A Review of Literature. **Public Administration Review**, v.60, n.6, p. 1087-1096, 2009.

KIRKMAN, B. L.; LOWE, K. B.; GIBSON, C. B. A quarter century of culture's consequences: A review of empirical research incorporating Hofstede's cultural values framework. **Journal of International Business Studies**, v. 37, n.3, p. 285-320, 2006.

KREINDLER, S. A.; LARSON, B. K.; WU, F. M.; GBEMUDU, J. N.; CARLUZZO, K. L.; STRUTHERS, A.; CITTERS, A. D.; SHORTELL, S. M.; NELSON, E. C.; FISHER, E. S. The rules of engagement: physician engagement strategies in intergroup contexts. **Journal of Health Organization and Management**, v. 28, n.1, p. 41-61, 2014.

KROEBER, A. L.; KLUCKHOHN, C. **Culture: A critical review of concepts and definitions**. New York: Random House, First Vintage Edition. 1963.

LA, V. D.; LESLIE, Z.; TRENA, B. What constitutes a good hand offs in the emergency department: a patient's perspective. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 26, n.8, p. 760-767, 2013.

LENARTOWICZ, T.; JOHNSON, J. P.; WHITE, C. T. The neglect of intracountry cultural variation in international management research. **Journal of Business Research**, v. 56, n.12, p. 999-1008, 2003.

LIMA, A. N. G. L.; PINTO, M. M. S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, v. 10, n.3, 2003, p. 1037-1051.

LIMA, K. R. B.; SILVA, J. A.; PEREIRA, L. A. **Uma análise sobre a política pública de saúde no Brasil enfatizando o contexto neoliberal**. Campina Grande: 2011, p.1-12.

LOEPPKE, R. The value of health and the power of prevention. **International Journal of Workplace Health Management**, v. 1, n.2, p. 95-108, 2008.

LOK, P.; WESTWOOD, R.; CRAWFORD, J. Perceptions of organisational subculture and their significance for organisational commitment. **Applied Psychology**, v. 54, n. 4, p. 490-514, 2005.

LOKKE, A. K.; MADSEN, H. Public sector managers and work stress. **International Journal of Workplace Health Management**, v. 7, n.2, p. 105-120, 2014.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “Transição Democrática” – anos 80. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, 1991.

MACDONALD, M.; PHIPPS, S.; LETHBRIDGE, L. Taking its toll: the influence of paid and unpaid work in women’s well-being. **Feminist Economics**, v. 11, n. 1, p. 63-94, 2005.

MACHADO, D. D. P; N.; SANTOS, A. F.; PINTO, V. M. **Dimensões da cultura organizacional no modelo de Hofstede**: Aplicações em uma organização militar do exército brasileiro e um órgão público do poder judiciário. Universidade Regional de Blumenau, 2009, p.1-17.

MARTIN, J.; SIEHL, C. Organizational cultures and counter-culture: an uneasy symbiosis. **Organizational Dynamics**, v.12, n.2, p. 52-64, 1983.

MARTINUSSEN, P. E.; MAGNUSSEN, J. Resisting market-inspired reform in healthcare: The role of professional subcultures in medicine. **Social Science and Medicine**, p. 193-200, 2011.

MEEUWESSEN, L.; BRINK-MUINEN, A.; HOFSTEDE, G. Can dimensions of national culture predict cross-national differences in medical communication? **Patient Education and Counseling**, v. 75, n.1, p. 58-66, 2009.

MINKOV, M.; HOFSTEDE, G. The evolution of Hofstede’s doctrine. **Cross Cultural Management**, v. 18, n.1, p. 10-20, 2011.

MUDJALIEB, A. A; NEVES, C. E. A. B.; COSTA, G. C.; RAMOS, J. F. C.; RAPOSO, L. P.; PROCESSI, V. D. Construção de uma metodologia de acompanhamento do cuidado na Emergência de um Hospital Universitário. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.4, n. 2, p. 53-58, 2009;

OLIVEN, R. G. Metabolismo social da cidade e outros ensaios [online]. Rio de Janeiro: **Centro Edelstein de Pesquisas Sociais**, 2009.

PALMEIRA, E. D. S. **Cultura Organizacional: estudo em uma instituição hospitalar**. Dissertação de Mestrado em Administração. Universidade Regional de Blumenau, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Blumenau. 2010. 123p.

PASCHE, D. F. Seminário Nacional de Humanização da Saúde, 2, 2009, Brasília. **Anais do 2º SNH**. Brasília: 05 de agosto de 2009. Disponível em: <http://www.sispnh.com.br/anais/mesa_pnh1.asp>. Acesso em: 11 de novembro de 2015.

PASCHE, D. F.; Humanização e os Hospitais Brasileiros: experimentando a construção de novos paradigmas e novas relações entre usuários, trabalhadores e gestores. **Revista Médica de Minas Gerais**, 2009, p.1-80.

PASCHE, D. F; PASSOS, E. A importância da humanização a partir do sistema único de saúde. **Revista de Saúde Pública**. Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 92-100. jan./jun. 2008.

PAULO, V.; ALEXANDRINO, M. **Direito constitucional descomplicado**. 12. ed. Rio de Janeiro: Método, 2014.

POLIGNANO, M. V. **Histórias das políticas de saúde no Brasil**: Uma pequena revisão. Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.

POLSA, P.; FUXIANG, W.; SÄÄKSJÄRVI M.; SHUYUAN, P. Cultural values and health service quality in China. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 26, n.1, p. 55-73, 2013.

PUGIN, S. R.; NASCIMENTO, V. B. **Principais Marcos das Mudanças Institucionais no Setor Saúde**. Centro de Estudos de Cultura Contemporânea – CEDEC, dezembro de 1996, p.1-32, Série Didática, n. 1.

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.

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO RIO GRANDE DO NORTE. **Blog Sociedade Ativa**. Disponível em: <http://www.sociedadeativa.net/2011/08/e-bom-saber.html>, 2015. Acesso em: 20 de janeiro de 2016.

ROSA, M. V. F. P. C; ARNOLDI, M. A. G. C. **A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismo para validação dos resultados** Belo Horizonte: Autêntica, 2008..

ROSEN, G. **A history of public health**. New York: Muffler Digest Publications, 1958.

SAAME, I.; REINO, A.; VADI, M. Organizational culture based on the example of an Estonian hospital. **Journal of Health Organization and Management**, v. 25, n. 5, p. 526-548, 2011.

SAMBEEK, J. R. C.; CORNELISSEN, F. A.; BAKKER, P. J. M.; KRABBENDAM, J. J. Models as instruments for optimizing hospital processes: a systematic review. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 23, n.4, p. 356-377.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface: comunicação, saúde, e educação**. v.13, n.1, p.603-613, 2009.

SCHEIN, E. H. **Organizational culture and leadership**. 4 ed. San Francisc: John Wiley & Sons, 2010.

SCHEIN, E. H. **Organizational culture**: a dynamic model. [S.l.] MIT, 1983.

SCHNEIDER, D. G.; MANSCHEIN, A. M. M.; AUSEN, M. A. B.; MARTINS, J. J.; ALBUQUERQUE, G.L. **Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana**. Texto e contexto de enfermagem, v.7, n.1, p. 81-89, 2008.

SCOTT, T.; MANNION, R.; MARSHALL, M.; DAVIES, H. Does organisational culture influence health care performance? **Journal Health Service Research and Policy**, v. 8, n.2, p. 105-17, 2003.

SEBRANT, U. Emotion, power and identity: emotional display of envy when taking on management roles in a professional hierarchy. **Journal of Health Organization and Management**, v. 28, n.4, p. 548-561, 2014.

SMIROICH, L. Concepts of culture and organizational analysis. **Administrative Science Quarterly**, v. 28, n.3, p. 339-358, 1983.

SONDERGAARD, M. Research note: Hofstede's consequences: a study of reviews, citations and replications. **Organization Studies**, v. 15, n.3, p. 447-456, 1994.

SORENSEN, R.; PAULL, G.; MAGANN, L.; DAVIS, J. Managing between the agendas: implementing health care reform policy in an acute care hospital. **Journal of Health Organization and Management**, v. 27, n.6, p. 698-713, 2013.

TAPPAN, F. M. **Administração hospitalar**. Editora da Universidade de São Paulo. 1976.

TARAS, V.; STELL, P.; KIRKMAN, B. L. Examining the impact of culture's consequences: a three-decade, multilevel, meta-analytic review of Hofstede's cultural value dimensions. **Journal of Applied Psychology**, v. 95, n. 3, 405-439, 2010.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, Abrasco, 2003, p. 89-111.

THE LANCET. **Saúde no Brasil**, 2011, 108p.

VIITALA, R. Leadership in transformation: a longitudinal study in a nursing organization. **Journal of Health Organization and Management**, v. 28, n.5, p. 602-618, 2014.

WALLACH, E. Individuals and organisation: the cultural match. **Training and Development Journal**, v. 12, n.2, p. 28-36, 1983.

WARREN, O. J.; CARNALL, R. Medical leadership: why it's important, what is required, and how we develop it. **Postgraduate Medical Journal**, v. 87, n.1023, p. 27-32, 2011.

WELLER, J.; THWAITES, J.; BHOOPATKAR, H.; HAZELL, W. Are doctors team players, and do they need to be? **New Zealand Medical Journal**, v. 123, n. 1310, p. 109-117, 2010.

WENDT, C.; MARMOR, T. Conceptual frameworks for comparing healthcare politics and policy. **Health Policy**, v.107, n.1, p. 11- 20. 2012.

WILSON, K. A.; BURKE, C. S.; PRIEST, H. A.; SALAS, E. Promoting health care safety through training high reliability teams. **Quality and Safety in Health Care**, v. 14, n.4, p. 303-309, 2005.

ZAREI, E.; Arab, M.; TABATABAEI, S. M. G.; RASHIDIAN, A.; FORUSHANI, A. R.; KHABIRI, R. Understanding patients behavioural intentions. **Journal of Health Organization and Management**, v. 28, n.6, p. 795-810, 2014.

ZONATTO, V. C. S.; MACHADO, D. D. P; N.; LOURENSI, A.; BOGONI, N. M. Cultura organizacional em uma instituição de ensino superior: um estudo de caso sob as perspectivas propostas por Hofstede. **Revista Eletrônica de Administração e Turismo**, v. 1, n. 1, p.1-24, 2012.

ANEXO A – Questionário de Hofstede
QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL (VSM 2013) - página 1

Desconsiderando o seu emprego atual, pense no emprego ideal, o quanto é importante para você (por favor, assinale apenas uma resposta):

1 = extremamente importante

2 = muito importante

3 = importante

4 = pouco importante

5 = nada importante

1. Ter tempo suficiente para a vida pessoal e doméstica

1 2 3 4 5

2. Ter um chefe (superior direto) que você respeite

1 2 3 4 5

3. Ter reconhecimento pelo bom desempenho

1 2 3 4 5

4. Ter estabilidade no emprego

1 2 3 4 5

5. Trabalhar com pessoas agradáveis

1 2 3 4 5

6. Trabalhar em algo que ache interessante

1 2 3 4 5

7. Ser consultado (a) pelo seu chefe em decisões que envolvem o seu trabalho

1 2 3 4 5

8. Viver num lugar agradável

1 2 3 4 5

9. Ter um emprego que a família e amigos respeitem

1 2 3 4 5

10. Ter a oportunidade de ser promovido(a)

1 2 3 4 5

Pensando em sua vida pessoal, o quanto é importante para você (por favor, assinale apenas uma resposta):

11. Ter tempo livre para se divertir

1 2 3 4 5

12. Ter moderação: se controlar para evitar excessos

1 2 3 4 5

13. Ser generoso com as outras pessoas

1 2 3 4 5

14. Simplicidade: não gastar mais do que o necessário

1 2 3 4 5

15. Com que frequência você se sente nervoso ou tenso?

1. Sempre

2. Frequentemente

3. Às vezes

4. Raramente

5. Nunca

16. Você é feliz?

1. Sempre

2. Frequentemente

3. Às vezes

4. Raramente

5. Nunca

17. As outras pessoas ou circunstâncias impedem que você faça o que você realmente deseja fazer?

1. Sim, sempre

2. Sim, quase sempre

3. Às vezes

4. Não, raramente

5. Não, nunca

18. Como você descreveria seu estado de saúde nestes dias?

1. Excelente

2. Bom

3. Razoável

4. Ruim

5. Péssimo

19. O quanto você se orgulha de ser brasileiro?

1. Muito orgulhoso

2. Razoavelmente orgulhoso

3. Um pouco orgulhoso

4. Não muito orgulhoso

5. Nada orgulhoso

20. No seu ponto de vista, com que frequência os subordinados sentem medo de contradizer o chefe (ou estudantes o professor?)

1. Nunca

2. Raramente

3. Às vezes

4. Frequentemente

5. Sempre

Em que medida você concorda ou discorda das afirmações abaixo (por favor, circule apenas uma resposta):

1 = Concordo fortemente

2 = Concordo

3 = Não sei

4 = Discordo

5 = Discordo fortemente

21. Uma pessoa pode ser um bom gestor sem ter uma resposta precisa para toda pergunta que um subordinado pode fazer a respeito de seu trabalho

1 2 3 4 5

22. Persistência é o melhor caminho para alcançar resultados

1 2 3 4 5

23. Uma estrutura organizacional em que os subordinados têm dois chefes deve ser evitada a qualquer custo

1 2 3 4 5

24. As regras de uma organização nunca devem ser quebradas – mesmo quando o empregado achar que a quebra da regra é em benefício da organização

1 2 3 4 5

Algumas informações sobre você (para fins estatísticos):

25. Gênero:

1. Masculino

2. Feminino

26. Idade:

1. Menos de 20 anos

2. 20-24 anos

3. 25-29 anos

4. 30-34 anos

5. 35-39 anos

6. 40-49 anos

7. 50-59 anos

8. Mais de 60 anos

27. Contando com a escola primária, quantos anos de educação formal (ou equivalente) você tem?

1. Menos de 10 anos
2. 11 anos
3. 12 anos
4. 13 anos
5. 14 anos
6. 15 anos
7. 16 anos
8. 17 anos
9. Mais de 18 anos

28. Se você já teve ou tem um trabalho remunerado, qual tipo de trabalho foi ou é?

1. Nunca tive trabalho remunerado (estudante/estagiário)
2. Operário não especializado ou semiespecializado
3. Trabalho administrativo ou secretariado
4. Artista plástico, tecnólogo, especialista de TI, enfermeira ou equivalente.
5. Cargo onde é necessária formação acadêmica (graduação) ou equivalente (excluindo gestores com subordinados)
6. Gestor de um ou mais subordinados (subordinados que não possuem gestores sob o seu comando)
7. Gestor de um ou mais gestores

29. Qual é a sua nacionalidade?

30. Em que país você nasceu (se diferente da sua nacionalidade)?

ANEXO B – Questões Norteadoras para identificação das características da PNH

1. Como se dá a participação dos seus gestores nos processos de sua área?
2. Como ocorre a interação dos seus gestores com os gestores das áreas que utilizam seus serviços?
3. Qual sua opinião sobre as especificidades do trabalho em equipe na sua área e no HU?
4. Como se estabelece o processo de criar espaços acolhedores, saudáveis e confortáveis para trabalhadores e usuários?
5. Quais são as características de um atendimento bem sucedido neste hospital? Quais os fatores mais importantes?
6. Como situações imprevistas são tratadas?
7. Como o usuário auxilia a melhoria dos processos da sua área?
8. De que maneiras os usuários podem externar suas percepções relativas ao atendimento?

ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE

Esse termo de consentimento livre e esclarecido foi elaborado de acordo com as normas do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em seres humanos e a Resolução 466/2012 (do Conselho Nacional de Saúde).

O CEP tem por atribuição cumprir e fazer cumprir as determinações da Resolução 466/12, no que diz respeito aos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, tendo como referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. O contato do CEP está ao final desse termo.

As disposições deste TCLE são as seguintes:

1. Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do estudo intitulado: As dimensões culturais de Hofstede e a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde: estudo de caso em um hospital universitário.
2. Você foi selecionado a partir do atendimento aos requisitos para o preenchimento dos questionários presentes nesse estudo: Participar do corpo administrativo desse hospital escola universitário e/ou ser representante da corporação dos médicos e enfermeiros.
3. Sua participação não é obrigatória.
4. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento.
5. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição onde trabalha.
6. O objetivo geral desse trabalho é caracterizar a cultura organização desse hospital com as dimensões culturais de Hofstede e confrontar com a teoria a respeito das dimensões supracitadas com a Política Nacional de Humanização.
7. Sua participação consistirá em responder a dois questionários. O primeiro é o padrão de Hofstede e o segundo foi elaborado pelo autor desse estudo. O tempo estimado para responder ao primeiro é de 10 minutos. O segundo questionário será aplicado juntamente com o autor da pesquisa, em forma de entrevista, cujo áudio será gravado e tem duração estimada de 20 minutos. O total da coleta de dados será de 30 minutos.
8. Dentre os riscos de participação, pode-se citar a interrupção das atividades normais dos entrevistados, além do desconforto oriundo das reflexões das questões abordadas nos questionários. Reforça-se que nenhuma pergunta é obrigatória bem como a própria participação.
9. Caso haja algum desconforto durante a resposta aos questionários, pedimos que nos informe para que possamos corrigi-lo ou, se desejar, interromper o preenchimento do questionário e/ou entrevista.
10. Embora a entrevista não represente nenhum benefício direto ao participante, a sua participação contribuirá para o conhecimento científico a respeito da cultura organizacional hospitalar e para o diagnóstico da Política Nacional de Humanização vigente neste hospital.
11. Você terá como benefícios indiretos a participação na melhoria do ambiente de trabalho, conforme preconiza as diretrizes da Política Nacional de Humanização.
12. As informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.
13. Você receberá uma via assinada e rubricada deste termo com o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

14. A participação nessa pesquisa não prevê nenhuma forma de compensação financeira.
15. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Nelson Teixeira Lacerda Neto
Av. Trabalhador São-carlense, 400 CEP 13566-590, São Carlos - SP/Brasil
Telefone: (16) 3373-8126
E-mail: nelson.lacerda.neto@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Dados do participante da pesquisa	
Nome:	

Local, ____ de ____ de ____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do Pesquisador

ANEXO D – Autorização Comitê de Ética da UFSCar

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: As dimensões culturais de Hofstede e a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde: estudo de caso em um hospital universitário

Pesquisador: Nelson Teixeira Lacerda Neto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56251716.2.0000.5504

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 06 de Julho de 2016

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)