

CULTURA NACIONAL E CULTURA ORGANIZACIONAL EM HOSPITAIS Um estudo exploratório das subculturas dos hospitais no Brasil e nos EUA

REED ELLIOT NELSON

UNINOVE – Universidade Nove de Julho
renelson@siu.edu

AUGUSTO CARLOS PATTI DO AMARAL

UNINOVE – Universidade Nove de Julho
augusto.amaral@kroton.com.br

Área temática: Estudos Organizacionais

Título: CULTURA NACIONAL E CULTURA ORGANIZACIONAL EM HOSPITAIS
Um estudo exploratório das subculturas dos hospitais no Brasil e nos EUA

Resumo

Neste trabalho utilizamos uma abordagem para o diagnóstico da cultura organizacional em hospitais que lida explicitamente com os conflitos entre as relações humanas, eficácia gerencial e capacidade técnica para aprender como nove hospitais - quatro nos Estados Unidos e cinco no Brasil - gerenciam os serviços de saúde.

Palavras-chave: cultura organizacional, hospitais, gestão da saúde.

Abstract

In this paper we use an approach for diagnosing organizational culture in hospitals that explicitly deals with the conflicts between human relationships, managerial efficiency and technical capacity to learn how to nine hospitals - four in the U.S. and five in Brazil - manage health services.

Keywords: organizational culture, hospitals, health management

1. Introdução

A gestão dos cuidados de saúde em geral e em hospitais em particular, é especialmente difícil nas sociedades modernas devido aos conflitos entre valores contraditórios que repercutem nesses contextos (Goss, 1963; Stevenson, 2000). Por um lado, ao longo do tempo, as sociedades têm dado valor à vida humana em escalas cada vez maiores e a maioria das sociedades modernas tenta garantir a satisfação de certas necessidades básicas de todos os cidadãos. Por outro lado, as sociedades modernas valorizam a racionalidade e a eficiência econômica, o que se volta à gestão de oferta e demanda por meio de mecanismos impessoais que ignoram as necessidades e preferências individuais.

Essas demandas conflitantes se unem de forma particularmente desafiadora em ambientes de saúde. Com o avanço constante da ciência e tecnologia que tem ocorrido ao longo dos últimos dois séculos, a capacidade de curar ferimentos e doenças aumentou dramaticamente. Este progresso, no entanto, é muito caro. Atualmente, cuidar da saúde é algo altamente intensivo em capital, tanto em termos de capital humano e financeiro, resultando em custos cada vez mais elevados para os pacientes e para a sociedade. Como profissionais de saúde lutam para implementar e manter equipamentos e técnicas que reduzem o sofrimento e prolongam a vida, eles também devem obter os recursos financeiros necessários para continuar a prestar esse serviço. Além dessas questões puramente científicas e econômicas, a saúde em geral e hospitais em particular, envolvem dor, medo e incerteza para os pacientes e seus familiares, e as falhas humanas podem causar dificuldades mesmo quando os resultados clínicos e financeiros são bons (Bellou, 2007).

Acreditamos que essas dificuldades sejam expressas e resolvidas (se é que são resolvidas de alguma forma) na cultura das organizações que proporcionam cuidados de saúde (Scott, Mannion, Davies & Marshall, 2003). Neste trabalho utilizamos uma abordagem para o diagnóstico de cultura organizacional em hospitais que lidam explicitamente com os conflitos entre as relações humanas, a eficácia gerencial e capacidade técnica para aprender como 9 hospitais - 4 nos Estados Unidos, e 5 no Brasil ó lidam com a prestação de serviços de saúde.

2. História dos Hospitais e Dilemas atuais

Hospitais, como a palavra de origem "hospitalidade" sugere, foram originalmente criados como locais para receber os viajantes que não tinham parentes próximos ou amigos em uma determinada área. Se alguém viajasse para um lugar onde se tinha amigos próximos ou parentes, estes ofereciam desde um lugar para ficar, interação social, e ajuda em caso de doença. Dado o estado da tecnologia médica durante a maior parte da história humana, o papel mais importante do hospital era oferecer um local onde estranhos pudessem morrer ou se recuperar (geralmente morrer), onde eles não representavam uma ameaça para a comunidade e onde, idealmente, poderiam ser humanamente tratados (Foucault, 1979, 1994). Como o cristianismo e outras ordens religiosas cresceram e evoluíram, eles passaram naturalmente a ser responsáveis pelos cuidados de estranhos e doentes. Especialmente no oeste, os hospitais passaram a ser associados com as tradições espirituais de caridade e humanistas. A nascente comunidade de saúde também aceitou a melhoria do sofrimento como central para sua identidade como pode ser visto desde o Juramento de Hipócrates, na Grécia.

Como o renascimento e a revolução científica começavam a dar frutos na forma de práticas sanitárias e médicas, aqueles que cuidavam dos doentes precisavam adquirir o capital intelectual necessário para aplicar as tecnologias emergentes, e a educação e socialização dos membros das profissões de cura passaram cada vez mais a ser baseadas na capacidade intelectual e a enfatizar o desapego e a racionalidade como principais atributos. Até certo ponto, a racionalidade fria necessária para lidar com a doença tornou-se função de médicos, e alimentar e cuidar com foco nas necessidades imediatas do paciente se tornou função de

enfermeiras, que eram, em sua grande maioria, mulheres. O hospital moderno ainda reflete este legado histórico (Farias & Vaitsman, 2002).

Com a revolução científica, o conhecimento e as ferramentas necessárias de profissionais de saúde aumentou radicalmente no volume, custo e sofisticação e no início do século 20, a medicina tornou-se algo exclusivo da elite. Somente pessoas com os recursos intelectuais e financeiros se submetiam a um treinamento formal, longo e exigente para se tornarem médicos, e eles se tornaram cada vez mais ricos e influentes. Com a passagem do século 20, os requisitos de capital de saúde aumentaram muito, de modo que, hoje, um hospital de ponta contém milhões de dólares de bens de capital em equipamentos que devem ser constantemente renovados e reaprendidos por causa do progresso acelerado na ciência médica e tecnologia. As exigências do alto capital e pessoal altamente treinado que lidam com questões de vida e morte resultaram em uma explosão de custos. As pessoas precisam de saúde para sobreviver e vão pagar o que possuem para tê-lo. Assim, como qualquer negócio complexo com um produto muito procurado e alta complexidade tecnológica e de capital, os hospitais desenvolveram uma necessidade de gestores racionais - profissionais capazes de olhar para a instituição de uma perspectiva prática e econômica e garantir que os recursos sejam aplicados e coordenados de modo a maximizar a eficiência ou, pelo menos minimizar o desperdício e número de erros.

3. Opções culturais em Saúde

É claro que as diferentes forças sugeridas acima, como a humanista e de caridade, científica e tecnológica e gerencial e administrativa - são todas necessárias em instituições de saúde, como também estão inerentemente em desacordo (Bastos, 2001). Cremos que a cultura de um hospital fornece uma maneira pela qual essas forças díspares sejam ordenadas e equilibradas, e que as diferentes instituições de saúde atinjam diferentes equilíbrios entre essas forças concorrentes. Acreditamos também que as tensões entre a racionalidade administrativa e científica e a ênfase humanística geram forças subculturais nos hospitais que devem ser efetivamente gerenciadas se as instituições de atenção a saúde estão efetivamente implementando com sucesso suas estratégias escolhidas. No entanto, nossa revisão da literatura de cultura organizacional em sistemas de saúde não revelou quaisquer estudos da cultura organizacional que incidiu sobre essas tensões, nem aliás, sobre a dinâmica subcultural em organizações de saúde (Bellou, 2007; Farias e Vaitsman, 2002; Scott et ali, 2003; Stevenson, 2000). Com efeito, o estudo da cultura organizacional em saúde está ainda na sua infância relativa. Poucos grandes estudos apareceram até hoje, principalmente a aqueles que lidam com a relação de perfis culturais com certos resultados clínicos ou com a seleção de instrumentos adequados para o estudo da cultura organizacional no contexto de saúde (Bastos, 2001; Silva & Fadul, 2010).

Na ausência de estudos formais das subculturas em hospitais e considerando a longa história e importância da divisão entre racionalidade administrativa e a orientação humanista, realizamos um estudo exploratório de cultura organizacional em 4 hospitais americanos e 5 hospitais brasileiros para gerar conhecimento preliminar sobre o assunto e sua relação possível com resultados gerenciais e estratégicos. Nós estamos particularmente interessados em identificar manifestações subculturais das tensões fundamentais no campo da saúde. Nossa descoberta principal (que será explicado em detalhes a seguir), é que a maioria dos hospitais desenvolveu facções variadas e numericamente equilibradas de pessoas com visões radicalmente diferentes de suas culturas organizacionais onde cuidados assistenciais e racionalidade ficaram em flagrante oposição. Em uma minoria de hospitais foi identificado fortes grupos culturais dominantes que favoreceram a racionalidade ou o cuidado assistencial. Ambos os tipos de orientação subcultural estavam presentes tanto nos Estados Unidos quanto

no Brasil, e nos dois países, os hospitais que apresentavam uma subcultura dominante tinham um foco estratégico mais forte e uma melhor satisfação do paciente.

Para ilustrar e explorar como as culturas de hospitais mediam entre essas contradições aplicamos a Ferramenta de Análise de Cultura e Valor (Nelson & Gopalan, 2003) em vários hospitais dos EUA e do Brasil e identificamos uma série de diferentes perfis culturais e subculturais que estão associados a diferentes clínicas e estilos gerenciais.

3.1 A Relação entre Cultura e Efetividade

Embora não existam estudos sistemáticos sobre as subculturas nas organizações de saúde, a importância das tensões culturais para o desempenho organizacional é largamente conhecida). Bennett, Fadil & Greenwood (1994) reconhecem a relação entre cultura e estratégia afirmando que a cultura organizacional tem sido largamente considerada como fator que influencia a habilidade da organização em implementar estratégias com sucesso. Segundo o autor, independentemente do ímpeto da mudança, a necessidade de alinhar todos os aspectos da organização às novas estratégias é de vital importância para uma performance efetiva, assim como para a sobrevivência. Diferenças culturais podem afetar a interpretação de assuntos estratégicos e a resposta às mudanças estratégicas necessárias. Efetividade organizacional tipicamente requer algum grau de aderência entre cultura organizacional e estratégia.

Entretanto, tal efetividade não é alcançada pela simples administração linear dos valores da organização. De acordo com Martin (1998) as organizações normalmente tem uma cultura dominante e numerosos conjuntos de subculturas. Aliás, este autor ressalva que, mesmo que a cultura organizacional tenha propriedades comuns ainda possa haver subculturas dentro de qualquer cultura dada. Podemos entender então que as subculturas tendem a desenvolver-se nas organizações para refletir problemas, situações ou experiências comuns que os membros enfrentam, e que seja mais provável encontrar subculturas associadas a uma gama de critérios profissionais, demográficos, designações de departamentos e de locais separados geograficamente. Essas subculturas por sua vez impactam processos estratégicos e administrativos (Robbins, 1999).

A complexidade da análise é menos aparente do que se poderia imaginar, pois além da presença da especialização em si, em que as organizações são fragmentadas em vários grupos de profissionais, há os interesses e as concepções de mundo particulares a cada um de seus membros, gerando especificidades próprias a cada subcultura organizacional.

4. Instrumento, Local, e Metodologia.

Há uma série de maneiras de abordar o estudo das culturas de organização e uma riqueza de orientações teóricas que podem ser utilizadas. A maior divisão metodológica reside entre abordagens qualitativas ou *emic* e abordagens quantitativas que são muitas vezes *etic* ou fechadas. Abordagens qualitativas ou mais abertas são utilizadas quando se sabe muito pouco sobre o assunto. Em nosso caso particular sentimos que a tensão racionalidade/cuidados assistenciais é fortemente estabelecida na área da saúde na pesquisa e na prática. Nós também somos cientes de um instrumento quantitativo, o PVA (perfil de valores agregados), que contém dimensões e quadrantes relacionados a comparações organizacionais com ênfase sobre as relações, controle administrativo, inovação e flexibilidade e outros fatores que devem ser associados a tensão em saúde. Selecionamos, portanto, uma abordagem mais *etic* que considera o choque entre dimensões que estabelecemos a priori.

Na expectativa de que as culturas nacionais são suscetíveis a se posicionar diferentemente, confrontando racionalidade administrativa versus ênfase humanística de formas diferentes, optamos por tirar partido dos nossos contatos internacionais para procurar dados de hospitais nos Estados Unidos e Brasil, que em virtude de suas diferenças culturais e

econômicas seria provável uma abordagem de maneira diferente para lidar com questões fundamentais. No final, conseguimos apurar os dados de quatro instituições americanas e cinco instituições brasileiras que estão descritos a seguir.

Devido ao nosso desejo de identificar os conflitos e dilemas que acreditamos ser típicas na área de saúde, foi utilizado um instrumento com uma abordagem um pouco diferente. O perfil de Valor Agregado, que é um dos instrumentos da Ferramenta de Análise de Cultura e Valor, dá ao entrevistado quatro frases que representam valores conflitantes, e pede um ranking entre os valores (Nelson e Gopalan, 2003). Por exemplo, um item se lê:

Nessa organização o esforço é valorizado.

Essa organização planeja tudo com muito cuidado.

Essa organização valoriza a criatividade

Essa é uma organização amigável e solidária.

Enquanto o entrevistado pode concordar que tudo (ou nenhuma) das afirmações acima descreve sua organização, ele é forçado a decidir qual frase melhor a descreve. Acreditamos que esse processo de escolha entre alternativas concorrentes é muito próximo dos processos que ocorrem nas organizações de saúde, que fazem a sua cultura organizacional, escolhendo entre valores concorrentes. O Perfil de Valor Agregado identifica quatro quadrantes ou esferas da vida: Trabalho, Relacionamentos, Controle e Pensamento e coloca quatro sub dimensões relacionadas a cada quadrante. Para o quadrante Trabalho são: esforço, tempo ou pontualidade, tarefas cumpridas e qualidade. Para Relacionamentos há afeto, empatia, sociabilidade e lealdade. Para Controle há domínio, status, política e liderança. Para Pensamento, há abstração, planejamento, organização, exposição e flexibilidade ou criatividade. O instrumento é estruturado de forma que cada entrevistado classifique ou priorize a relação entre cada sub dimensão umas com os outras exatamente uma vez, resultando em escalas que variam entre 5 e 20 para cada dimensão.

Aplicou-se o perfil de valor agregado em hospitais de diferentes idades e histórias, mas tamanhos semelhantes que pareciam desenvolver formas distintas de lidar com os conflitos e dilemas que existem na indústria da saúde. Foram coletados dados dos três primeiros níveis hierárquicos de cada hospital, distribuindo questionários a todos os funcionários nestes níveis. As respostas variaram de 50 a 100%, com a taxa média de resposta um pouco abaixo de 85%. Foi realizada uma série de análises estáticas nos questionários obtidos, mas neste artigo vamos discutir somente os resultados das análises de conjuntos de cada hospital individualmente (quadros estatísticos detalhados destes resultados estão disponíveis com os autores).

4.1Estratégia Analítica *Cluster Analysis*

Para detectar a existência, força, e tamanho das subculturas na nossa amostragem, empregamos a técnica da análise de clusters. Segundo (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1998), a análise de cluster, também conhecida como análise de conglomerados, é um conjunto de técnicas estatísticas cujo objetivo é agrupar objetos segundo suas características, formando grupos ou conglomerados homogêneos. Os objetos em cada conglomerado tendem a ser semelhantes entre si, porém diferentes dos demais objetos dos outros conglomerados. Os conglomerados obtidos devem apresentar tanto uma homogeneidade interna (dentro de cada conglomerado), como uma grande heterogeneidade externa (entre conglomerados). Portanto, se a aglomeração for bem sucedida, quando representados em um gráfico, os objetos dentro dos conglomerados estarão muito próximos, e os conglomerados distintos estarão afastados. Logo, a análise de agrupamento pode ser usada para descobrir estruturas em dados sem fornecer uma explicação ou interpretação. Em outras palavras, a análise de agrupamento simplesmente descobre as estruturas de dados sem explicar por que eles existem.

A fim de garantir uma visão sistemática das tendências subculturais em nossa amostra optamos por concentrar em uma análise de cluster simples de duas partições. Como estamos tentando demonstrar que as tensões surgem basicamente entre dois polos opostos: racionalidade e eficiência econômica, versus assistência e cuidados ao paciente, entendemos que a determinação de dois clusters pode representar adequadamente este dilema. Colocar duas forças dominantes em dois clusters faria mais sentido do que múltiplos clusters de nove organizações, além do que seria difícil para o leitor interpretar e compreender em um artigo deste tamanho.

4.2 Características dos Hospitais Pesquisadas

Antes de discutirmos as nossas conclusões, será útil fornecer uma breve descrição dos hospitais estudados para que o leitor tenha conhecimento das semelhanças e diferenças das diversas instituições da nossa amostra. Esta descrição irá ajudar o leitor a compreender o significado dos resultados quantitativos por vir e sua relação com as questões teóricas apresentadas em nossa introdução.

Nós descrevemos primeiramente os hospitais norte-americanos estudados:

Hospital A - foi fundado por médicos independentes há 65 anos e passou por períodos de oscilação entre a comunidade e a propriedade privada até que foi comprado por uma grande empresa 10 anos antes que os dados foram coletados. O administrador atual tem um passado militar e administra o hospital de forma extremamente burocrática. Nós suspeitamos que a ambiguidade na identidade e mudanças de propriedade ao longo do tempo do hospital tornou difícil chegar a um consenso cultural sobre quais valores devem predominar. Os médicos fundadores, obviamente, estavam interessados na viabilidade financeira e profissional da instituição, mas em algum momento tornaram-se suficientemente desapontados para transmitir a instituição para a comunidade local, que por sua vez o vendeu para corporações com outros interesses. Estatísticas do paciente recolhidas anualmente pelo departamento de saúde americano indicam uma menor satisfação do que hospitais do mesmo nível.

Hospital B - foi concebido como uma empresa lucrativa por uma empresa de administração agressiva e teve que superar uma resistência considerável a partir de interesses locais na comunidade de saúde para obter a sua licença inicial para operar. Ele tem nove anos. Além de especialidades intensivas moderadas, tem um pavilhão psiquiátrico para tratar casos agudos de saúde mental e de dependência de drogas. O administrador atual gastou bastante energia e dinheiro na construção da equipe e capacitação dos trabalhadores. Talvez pelo fato de ser mais jovem e ter um estilo de gestão progressista, esse hospital tenha menos camadas hierárquicas do que os três outros. São apenas três níveis hierárquicos contra quatro dos outros. A satisfação do paciente com este hospital é alta. As estatísticas do órgão federal americano e as instituições de saúde do mercado avaliam como tendo um impulso estratégico claro em torno da eficiência e inovação.

Hospital C - foi fundado há 85 anos por um médico considerado carismático. Apesar de ter sido adquirido por uma grande rede corporativa na última década, a sua história tem sido bem estável e ainda é administrado pelo filho do fundador. Este hospital mantém um ambiente familiar e muito mais informal do que os outros três. Ele está localizado em uma área de operários da cidade e mantém laços estreitos com a vizinhança, tanto em termos de pacientes, pessoal e envolvimento da comunidade. Este hospital também é bem avaliado em pesquisas de satisfação do paciente.

Hospital D - foi fundado no início do século 20 por membros da comunidade local que estavam ansiosos para ter um hospital disponível para uma pequena cidade bastante isolada. Financiamento e apoio adequados para o próprio crescimento sempre foram um problema no início, o que o levou a criar algumas dinâmicas culturais interessantes. Durante

um período de dificuldade financeira, o hospital não possuía fundos suficientes para apoiar uma equipe administrativa, então os enfermeiros assumiram a administração do hospital por conta própria por muitos anos. Isso criou um ambiente em que os enfermeiros são mais assertivos e influentes do que na maioria dos hospitais. Por ser de propriedade da comunidade e ser localizado em uma pequena cidade a cerca de um século, a instituição está sujeita a intrigas locais e influências políticas, talvez em um grau maior do que seria um hospital privado de tamanho similar em uma cidade maior. Este hospital não é bem avaliado em pesquisas do governo e não tem um foco estratégico claro, talvez por esta razão esteja sujeito a pressões políticas.

Nossa amostra brasileira é um pouco mais variada do que a amostra dos EUA.

Um dos hospitais foi um hospital universitário que teve origens filantrópicas e que estava prestes a falir quando a universidade resolveu aderir. Dois hospitais eram maternidades ou hospitais neonatais sem outras especialidades. Destes, um era privado e outro filantrópico. Outro hospital era público e tratava principalmente casos do SUS, e a última instituição hospitalar era considerada a mais exclusiva da região, fundada por um grupo de médicos, cada um com uma participação significativa de investimento em uma especialidade diferente. Vamos resumir os principais atributos de cada um brevemente:

Hospital E é privado e foi fundado em 1983. Todos os parceiros são médicos, e um médico detém 65% de todas as ações. O acionista majoritário é atualmente o secretário de saúde municipal. As especialidades mais proeminentes do Hospital E são maternidade e pediatria, mas outras especialidades são praticadas em menor volume. As receitas são divididas, mas vêm principalmente do setor privado. Dez por cento dos pacientes pagam do próprio bolso. Oitenta e cinco por cento das receitas vêm de seguro de saúde e os 5% restantes vêm de cirurgia cardíaca pediátrica de alta complexidade em pacientes do sistema público de saúde (SUS). O hospital tem 90 leitos e 290 funcionários, sem contar o pessoal clínico. Esse hospital é a primeira escolha das classes média e alta para partos e doenças da infância. As avaliações deste hospital não estão entre os melhores avaliados, e parece que o direcionamento estratégico não é bem definido.

Hospital F é uma organização sem fins lucrativos fundada em 1940, e é a segunda mais antiga do estado. Quando ela começou a falhar financeiramente cerca de uma década atrás, foi comprada por uma universidade privada local e agora é um hospital de ensino. Seu foco está em funções clínicas básicas (emergência, obstetrícia / ginecologia e pediatria), mantendo-se alguns serviços de diagnóstico. Apesar da ênfase na maternidade e pediatria, oferece diversas outras especialidades, a fim de atender às necessidades de ensino da universidade. Oitenta e cinco por cento de suas receitas são provenientes do sistema público de saúde (SUS) e os restantes 15% vem de planos de saúde onde a faculdade de medicina têm participações financeiras. Hospital F tem 75 leitos e 380 funcionários.

Hospital G é filantrópico e foi fundado na década de 50. Ele pertence a uma empresa de três parceiros, todos da mesma família. Todas as receitas vêm de saúde pública (SUS). Hospital G tem 150 leitos e 102 funcionários. Ele enfatiza a maternidade, mas oferece outras especialidades. Considerando o público e recursos do hospital, o atendimento dele é considerado excepcional.

Hospital H pertence ao governo do estado, mas é operado por uma organização social de saúde sem fins lucrativos (OSS). Foi inaugurado em 2012 e é pago 100% a partir de fundos públicos. É especializado em ortopedia, com 65 leitos e 87 funcionários. É a primeira OSS no estado financiado por fundos públicos e, como resultado tem sido fonte de polêmicas consideráveis na mídia local.

Hospital I é um hospital privado de propriedade de quatro médicos. Foi inaugurado em 1997 e é considerado o melhor hospital do estado, com cerca de 400 funcionários e 130 leitos. Ele tem todas as especialidades e atende exclusivamente o seguro de saúde (80%) e

(20%) beneficiários privados com nenhum caso de saúde pública. Sem dúvida é o hospital mais procurado da região, e investe em tecnologia e capacitação de seus funcionários. Ele é credenciado por uma associação de destaque nacional.

5. Principais Resultados

Dado o grande número de casos e nosso interesse em subculturas é possível ter um grande número de manipulações e análises estatísticas. Depois de analisar uma série de diferentes resultados estatísticos, optou-se por utilizar o nosso espaço limitado para descrever os resultados da comparação entre os mais diferentes hospitais na amostra dos EUA e analisar os seus pontos de acordo e desacordo. Em seguida, apresentamos o mesmo tipo de narrativa para nossa amostra brasileira e refletimos sobre as semelhanças e diferenças entre todos os hospitais nos dois países. Nosso esclarecimento segue abaixo.

Ao estudar a cultura organizacional, uma das primeiras coisas que aprendemos é que as instituições humanas não são conhecidas por seu consenso ou homogeneidade (Martin, 1992). Na verdade, temos chegado à conclusão de que as culturas são definidas pelo que as pessoas lutam e não sobre o que concordam. Os entrevistados que trabalham lado a lado em três principais níveis hierárquicos das mesmas organizações (nós examinamos todos os gestores nos três níveis superiores de cada organização) tem, no entanto, diferentes percepções da cultura da instituição. Para descrever essa dinâmica dissensual em detalhe, nós analisamos os questionários para cada hospital e discutimos, a seguir, os dois primeiros agrupamentos identificados pelo algoritmo mecânico usado. Esta abordagem identificou dois hospitais em cada país com dinâmicas subculturais semelhantes, mas com culturas dominantes radicalmente diferentes. Os conflitos entre as relações e racionalidade administrativa identificados em nossa introdução acima são muito aparentes.

No Hospital B o algoritmo de *cluster* gerou dois grupos, com 19 e 11 membros, respectivamente, que tinham pontos de vista bastante diferentes da instituição. O grupo maior (Grupo 1) definiu o hospital como orientado para trabalho árduo (Dimensão A=15,5) e focado em Qualidade (Dimensão D=18) com uma forte Liderança (Dimensão L=16) e Flexibilidade considerável (Dimensão P=13,6). O grupo menor (Grupo 2) identificou Pontualidade (Dimensão B), Sociabilidade (Dimensão G), Domínio (Dimensão I), Status (Dimensão J) e Política (Dimensão K) como as principais forças na cultura da instituição --- valores que se poderia esperar encontrar em um partido político ou órgão do governo, em vez de um hospital. Os únicos pontos que ambos os grupos concordaram foi que havia níveis moderados de interesse em Terminar Tarefas e em pensamento analítico.

Hospital C, com a sua história mais longa (duas gerações administrado pela mesma família) e conexões históricas com a comunidade, apresenta mais homogeneidade, mas ainda está longe de ter qualquer acordo sobre a natureza fundamental da cultura. Houve um acordo geral de que a Qualidade (Dimensão D) era o valor mais importante (16 para o grupo 1 e 16,5 para o grupo 2) e que o trabalho árduo foi importante enquanto Tempo (B), Sociabilidade (G), Política (K) e Flexibilidade (P) não eram importantes. No entanto, em outras dimensões houve dissenso considerável. Um grupo de 24 classificou como importantes: Afeto (E), Empatia (F), Lealdade (H), e Cumprimento das Tarefas (C), enquanto um grupo menor de 10 considerou Liderança (L), Abstração (M), Controle (I) e Planejamento (N) como valores centrais.

No hospital C, a percepção da cultura sugere duas soluções distintas para conflitos. Grupo 1 descreve uma cultura que enfatiza afeto, empatia e lealdade como os valores principais da organização. O grupo 2, muito menor, enfatiza o controle, liderança, intelecto (abstração) e planejamento. Assim, o grupo maior vê a instituição como pertencente à tradição de cuidar, que começa com as origens antigas do hospital. O pequeno grupo enfatiza o planejamento, controle e racionalidade - o aspecto mais recente e racional do hospital. O lado

afetivo é dominante no hospital C. O Grupo 1 é grande e envolve um maior número de valores. No entanto, a combinação de liderança, abstração e planejamento fornece um forte contraponto que, sem dúvida, afeta a forma como as questões são vistas e enfrentadas na organização. Considere, por exemplo, como os funcionários com diferentes percepções do hospital podem responder a pedidos de sistemas gerenciais avançados ou investimentos em novas tecnologias de diagnóstico, em oposição ao aumento dos níveis de pessoal de enfermagem. As propostas e pontos de vista sobre questões concretas são, sem dúvida, influenciados por onde se destaca em questões culturais.

Hospital B, com apenas 9 anos de história, provavelmente tem menos capital cultural tanto para restringir a ação e fornecer uma maneira consistente de enfrentar os conflitos e avaliar a ação. Comparado ao hospital C, com 24 gerentes do grupo dominante e 10 em uma facção subcultural mais fraca, o grupo dominante do hospital B é um pouco menor (19) e seu grupo externo proporcionalmente maior (11). O grupo dominante enfatiza o Trabalho Árduo (A) e de alta Qualidade (D) impulsionado por uma forte Liderança (L) e Flexibilidade (P), e pelo Planejamento (N) moderado e Abstração (N). Esta abordagem racional é mitigada no entanto, pela forte ênfase em Afeto (A) reconhecido por ambos os grupos. O grupo menor vê Pontualidade (B), Sociabilidade (G), Controle (I), Status (J) e Política (K), como as características dominantes da cultura. A imagem vista aqui sugere que as forças centrífugas são tão fortes que a maioria da energia cultural na organização é dedicada a disputa pelo controle e status entre os grupos de hierarquia em detrimento do trabalho afetivo, intelectual e de alta qualidade alto exigido pela missão da instituição de curar pessoas doentes.

Assim, enquanto as forças subculturais no hospital C são ambas produtivas - um enfocando as relações afetivas com os pacientes e outro a liderança racional enfatizando e atividade conceitual (abstração) - no hospital B as forças subculturais são divididas entre a qualidade, a gestão racional e inovação por um lado, e as atividades que visam a assegurar o cumprimento através de meios políticos e administrativos. Assim, os processos de tomada de decisão no hospital C são susceptíveis de ser dominados pela tensão entre a qualidade de vida emocional dos pacientes e funcionários contra excelência e planejamento técnico. No hospital B, por outro lado, os conflitos surgem entre os valores de gestão racional contra critérios mais políticos. Pode-se esperar, então, que uma decisão no hospital B será provavelmente discutida sobre o mérito da qualidade do clima social em relação à produtividade e excelência técnica, enquanto no hospital C debates surgirão entre critérios técnicos e políticos ó por exemplo, se os departamentos vão ganhar poder e status através da adoção de uma medida.

Se hospital B está em desvantagem em relação ao hospital C por causa da invasão política em seus processos organizacionais, parece que os hospitais D e A enfrentam desafios ainda maiores. Em ambos os casos, o tamanho de agrupamentos subculturais é mais equilibrado - hospital D com grupos de 10 e 7, e o hospital A com grupos de 14 e 12, em comparação com os grupos dominantes que são duas vezes maiores que os outros grupos, no caso dos hospitais B e C.

5.2 Cultura é Específica ou Universal?

O espaço não permite uma discussão mais detalhada sobre os conflitos subculturais e a dinâmica dos quatro hospitais norte-americanos citados acima por causa do nosso interesse em considerar se e como os padrões observados acima variam de um contexto nacional para outro, ou têm relevância universal. No início desse trabalho foram mencionados os conflitos entre os relacionamentos, capacidade técnica e racionalidade administrativa com amplos antecedentes históricos, científicos e econômicos, sem qualquer consideração de como o desenvolvimento idiossincrático de diferentes países ou culturas podem impactar as culturas organizacionais. No entanto, a questão de como a cultura organizacional pode variar de acordo com a cultura nacional é um passo importante que está longe de ser resolvido na

pesquisa contemporânea. Dependendo da orientação teórica, pode-se esperar que culturas organizacionais variassem mais pela indústria do que pela nação, ou de acordo com as personalidades dos fundadores e eventos históricos de desenvolvimento institucional do que pela cultura nacional (Guillen 1994). Na ausência de pesquisas empíricas claras ou até mesmo uma forte orientação teórica sobre essa questão, considerou-se válido comparar os resultados dos EUA com um estudo semelhante de hospitais em uma comunidade brasileira.

Encontramos semelhanças e diferenças entre as culturas dos hospitais brasileiros, em comparação com a amostra dos EUA. Em um claro paralelo com a amostra norte-americana, dois de nossos hospitais brasileiros contou com grandes grupos dominantes com maiorias claras. Um desses hospitais (G) enfatizou o trabalho e os relacionamentos enquanto reduziu a importância de controle, planejamento, abstração e flexibilidade assim como o Hospital C na amostra dos EUA. Este hospital continha um grupo dominante de 19 dos vinte e cinco gerentes com pontuação de: 14 para o Trabalho Árduo (A), 15 por Tempo (B), 16 para a Qualidade (D), 14 para a Empatia (F) e 15 para a Sociabilidade (G) e lealdade (H), mas apenas 8 para o Status (J), 11,6 para o Controle (I), e 9,4 para a Política (K). A área de pensamento foi baixa, exceto para o Planejamento (N), que foi moderada (13).

O outro hospital, (I) com um grande grupo dominante (12 em um total de 16) foi semelhante ao hospital B dos EUA em que seu grupo dominante reduziu a importância de relacionamentos (9 em Afeto (E), 9 em Empatia (F), 12 em Sociabilidade (G) e 12 em Lealdade (H) e enfatizou Liderança (15) e Flexibilidade (13,8). Ele também reconheceu um forte componente de controle (14 para Domínio, 15 para o Status, e 14 para a Política), como o Hospital B dos EUA. No entanto, ele também enfatizou Abstração (14), Planejamento (14), e Exposição (13). Assim, a ênfase técnica e racional que o hospital C dos EUA tem em seu subgrupo estava presente, junto com o Status, Domínio e Política, no grupo dominante do hospital I.

Similar à nossa amostra dos EUA, os três hospitais restantes apresentaram ainda mais números (11 contra 10 para H, 9 contra 7 para E, e 10 contra 5 para o hospital de ensino (F), indicando menos consenso cultural e uma probabilidade mais forte de conflito baseado em cultura. Assim como os hospitais dos Estados Unidos, as diferenças na percepção da cultura tendem a centrar-se em Controle versus Relacionamentos, além de outras dinâmicas mais complexas que devido ao curto espaço nos impedem de discutir em detalhes aqui. O que parece bem claro é que tanto os hospitais brasileiros quanto os americanos exibem fortes forças subculturais, especialmente na área de Relacionamentos e Trabalho versus Controle, mas nenhum dos dois países exibiram maior ou menor homogeneidade nas culturas dos hospitais estudados. Em cada país havia um hospital com uma forte orientação de Relacionamentos e outro com forte orientação racional.

Além dessas semelhanças gerais, observamos características estruturais semelhantes em relação à dinâmica cultural nos dois países. Foram coletados e analisados os dados sociométricos sobre contatos verbais frequentes de todos os hospitais estudados e utilizamos esses dados para identificar os funcionários que eram centrais e periféricos na rede informal das instituições. Observou-se que no Hospital C e G, que davam grande importância a Relacionamentos, os enfermeiros eram proeminentes na rede informal do hospital, enquanto no hospital B eles foram relegados para a periferia da rede. Também agrupamos percepções de cultura por posição de rede e descobrimos que, em todos os hospitais estudados, cada posição na rede verbal é estreitamente relacionada com a percepção da cultura da organização, sugerindo que em ambos os países, subculturas são transmitidas e alinhadas com as redes sociais. Por exemplo, os membros dos pequenos grupos subculturais, tanto em G e I tendem a ser localizados na periferia da rede informal; 3 em cada 4 do grupo no hospital I foram localizados na periferia e 3 em cada 6 do grupo no hospital G ocuparam posições de rede periféricas.

Tabela1: Relação de Hospitais Americanos

	A		B		C		D	
	<u>14</u>	<u>12</u>	<u>19</u>	<u>11</u>	<u>24</u>	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>7</u>
A=Trab	12,8	11,8	15,5	11,5	13,5	10,0	13,9	11,4
B=Prazo	12,0	13,0	9,8	13,9	10,1	12,5	10,7	11,4
C=Terminar	12,7	13,6	11,3	12,0	12,9	11,2	11,5	12,1
D=Qualidade	17,6	12,1	18,0	12,0	16,0	10,8	16,5	12,0
E=Afeto	15,0	12,0	14,6	13,0	15,3	11,2	14,0	12,0
F=Empatia	13,0	10,0	11,6	10,8	14,5	10,2	12,0	13,5
G=Sociavel	12,6	14,8	12,0	14,5	11,5	11,7	11,0	14,0
H=Lealdade	11,0	8,7	12,2	11,0	11,6	10,9	15,9	11,0
I=Dominio	11,0	12,0	9,5	14,8	10,3	13,1	12,0	12,6
J=Status	11,0	16,6	10,6	16,0	11,8	12,5	13,0	14,0
K=Politica	8,0	17,0	9,0	16,0	10,2	10,5	10,0	17,9
L=Liderança	15,0	12,0	16,0	12,0	14,5	17,0	12,7	17,0
M=Abstrato	11,5	10,5	12,5	10,0	10,2	14,0	12,4	9,7
N=Plan.	13,6	10,4	12,6	9,0	12,2	14,5	11,0	10,0
O= Expo.	11,0	13,7	11,0	11,0	10,6	12,6	10,5	14,0

Fonte: Elaborado pelos autores

Tabela 2: Relação de Hospitais Brasileiros

	E		F		G		H		I	
	<u>9</u>	<u>7</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	<u>19</u>	<u>6</u>	<u>10</u>	<u>11</u>	<u>4</u>	<u>12</u>
A=Trabalho	13,7	10,0	13,5	10,0	14,0	15,0	14,6	9,0	12,0	10,0
B=Prazo	12,0	12,0	13,8	11,0	15,0	12,0	13,0	12,0	13,0	11,0
C=Terminar	13,0	12,0	13,3	10,0	13,0	16,0	12,0	11,0	16,0	11,0
D=Quali.	15,0	10,0	15,8	12,0	16,0	11,0	15,0	13,0	12,0	13,0
E=Afeto	11,0	13,0	12,0	12,0	11,0	9,0	10,0	12,0	13,0	9,0
F=Empatia	13,0	11,0	15,0	11,0	14,0	13,0	12,0	11,0	15,0	9,0
G=Social.	16,0	12,0	14,0	13,0	15,0	13,0	15,0	11,6	12,0	12,0
H=Lealdade	12,0	13,0	15,0	13,0	15,0	13,0	13,0	12,0	15,0	12,0
I=Domin.	11,0	14,0	13,0	16,0	11,6	13,5	11,0	14,0	11,0	14,0
J=Status	10,0	15,0	9,0	14,6	8,0	11,5	11,4	13,0	12,0	15,0
K=Politica	11,0	13,0	10,0	15,0	9,4	14,5	11,0	15,0	14,0	14,0
L=Lider.	12,0	15,0	12,0	13,0	13,0	15,0	14,5	14,5	13,0	15,0
M=Abstra.	12,0	12,0	12,0	12,0	10,0	11,0	11,0	15,0	13,0	14,0
N=Plan.	13,0	13,0	12,0	11,0	13,0	11,0	13,0	11,5	9,0	14,0
O=Expos.	13,0	11,0	10,0	13,0	11,0	12,0	11,5	12,6	11,0	13,0
P=Flex.	13,0	12,0	10,0	13,6	11,0	12,0	11,0	12,0	9,5	13,8
	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P
	<u>11</u>	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>12</u>	<u>16</u>	<u>11</u>	<u>7</u>	<u>18</u>	<u>20</u>	<u>5</u>
	0,50	0,04	0,85	0,40	0,53	0,43	0,81	0,49	0,43	0,22
	0,29	0,10	0,45	0,28	0,18	0,13	0,36	0,37	0,11	0,15

Fonte: Elaborado pelos autores

6. Conclusões

Os detalhes e nuances de agrupamentos subculturais para 9 hospitais distribuídos em dois países são, obviamente, grandes e até mesmo um trabalho mais longo não faria jus a eles. No entanto, é possível fazer algumas observações teóricas e práticas e sugerir orientações para investigação futura com base em alguns dos temas mais óbvios e gerais que observamos neste estudo preliminar:

1. Em ambos os EUA e o Brasil, os hospitais com as culturas mais fortes (indicado por um grande grupo com percepções homogêneas contra um pequeno grupo com diferentes percepções da cultura) foram aqueles que focaram principalmente em trabalho, qualidade e relacionamentos e davam menos importância aos meios de controle. Outra possibilidade para uma cultura forte parecia ser a ênfase em liderança, abstração, planejamento e flexibilidade com ênfase mínima sobre as relações em geral, mas esta opção parece variar mais pela cultura nacional do que a cultura orientada de relacionamento.

2. Em contra partida, as instituições que deram maior importância a relacionamentos e controle, pareciam gerar grandes subculturas opostas, cada um com uma ênfase e percepções diferentes. Estas culturas mais conflitantes foram comuns nos dois países.

3. Nos hospitais norte-americanos alta sociabilidade foi associada com pouco trabalho e altas percepções de status de domínio, política e exposição enquanto que no Brasil ela foi muitas vezes associada a muito trabalho e lealdade e baixo controle. Isto sugere que a cultura dos EUA, com sua ênfase individualista pode desenvolver uma reação adversa a organizações que enfatizam os valores e atividades coletivas. Talvez uma alusão a que (DaMatta, 1987) afirma, de que em toda cadeia de relacionamentos sociais em nível latino-americano e em especial no Brasil, vige a premissa na qual uma vez de que as pessoas estejam posicionadas em uma teia de elos pessoais, elas passam a ser automaticamente tratadas como amigas e podem ser uma fonte potencial de recursos de poder como meios de manipulação social e política pelo favor.

4. No Brasil, a alta dominância, status e política poderiam ser alinhados com uma forte ênfase cognitiva, isto é, abstração, planejamento e flexibilidade, bem como uma forte liderança. Mais uma vez, na amostra dos EUA, este não foi o caso. Alta liderança, planejamento e flexibilidade não foram associados com status, política ou domínio. Nos hospitais dos Estados Unidos controle e pensamento parecem funcionar de forma contraditória com a exceção de liderança. 5. Embora a evolução histórica dos hospitais parecesse ter começado com ênfase em relacionamentos e, em seguida incluir preocupações técnicas e por fim, administrativas, o principal eixo de tensão cultural nos EUA e hospitais brasileiros parece ser relacionamentos versus controle, particularmente status e política, em vez de relações versus pensamento ou relações versus trabalho e planejamento). Em apenas um caso (hospital C nos EUA) houve conflito subcultural entre relacionamentos e racionalidade (reflexão e planejamento). A maior tensão era geralmente entre trabalho e relacionamentos por um lado, e controle por outro.

Sem dúvida a nossa exploração preliminar das subculturas em hospitais levanta mais perguntas que que responde. A nossa amostragem é pequena e trata somente dos altos escalões organizacionais. Não examinamos aqui a composição das subculturas em termos demográficos, tempo de casa ou profissionais. Temos ainda pouca noção dos impactos da estratégia, liderança, história, localização e outras variáveis no desenvolvimento das subculturas e os seus efeitos recursivos no desempenho e qualidade de vida da instituição. Acreditamos, no entanto ter ilustrado a importância das tensões fundamentais operando na gestão da saúde e os seus desdobramentos subculturais. Esperamos que os nossos resultados provoquem maior interesse sobre esta problemática importante.

Referências

- Bastos, M. A. R. (2001). A temática cultura organizacional nos estudos na área da saúde e da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(4), 68-74.
- Bellou, V. (2007). Achieving long term customer satisfaction through organizational culture: evidence from health care. *Managing Service Quarterly* 17 (5): 510-522.
- Bennett, R. H., Fadil, P. A., & Greenwood, R. T. (1994). Cultural alignment in response to strategic organizational change: New considerations for a change framework. *Journal of Managerial Issues*. Winter v.6, n.4, p.474.
- DaMatta, R. (1997) *A Casa & A Rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*. 5. ed. Rio de Janeiro: Rocco.
- Farias, L.O., & Vaitsman, J. (2002). Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(5): 1229-1241.
- Foucault, M. (1979). *Power and Knowledge*. Brighton: Harvester Press.
- Foucault, M. (1994). *O nascimento da clínica*. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Goss, M. E. (1963). Patterns of bureaucracy among hospital staff physicians. *The hospital in modern society*, 170-194.
- Guillen, MF. (1994). *Models of management, work authority, and organization in comparative perspective*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hair J.F., Anderson R.E., Tatham R.L., & Black W.C. (1998) *Multivariate Data Analysis*. New Jersey: Prentice Hall.
- Martin, J. (1992). *Cultures in Organizations: Three Perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Nelson, R.E., & Gopalan, S. (2003). Do organizational cultures replicate national cultures? *Organization Studies* n.24, p. 115-152
- Robbins, S.P (1999). *Comportamento Organizacional*. 8ª ed. Rio de Janeiro: LTC.
- Scott, T., Mannion, R., Davies, H., & Marshall, M. (2003). The quantitative measure of organizational culture in health care. *Health Services Research* 38 (3): 923-945.
- Silva, L. D., & Fadul, É. (2010). A produção científica sobre cultura organizacional em organizações públicas no período de 1997 a 2007: um convite à reflexão. *Revista de Administração Contemporânea*, 14(4), 651-669.
- Stevenson, K. (2000). Are your practices resistant to changing their clinical culture? *Primary Care Report* 2(5): 19-20.