

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Dissertação de Mestrado em Comportamento Organizacional

HDE, Uma Burocracia Profissional?
Estudo monográfico de um hospital distrital

(Volume II – Anexos)

Aluna: Ileana Androniu Monteiro

Orientador: Albino Lopes

Lisboa, Setembro de 1995

9374

ÍNDICE

I - Introdução	1
II - Enquadramento teórico	4
1. O hospital, organização burocrática	4
2. As características do sistema técnico	10
3. As características do meio envolvente	12
4. O hospital como burocracia profissional	18
5. O hospital, sistema baseado no conhecimento	20
6. O hospital, organização matricial	21
7. O hospital, sistema imperfeitamente conectado	24
8. O conflito	27
9. A cultura organizacional	33
III - Caracterização do sistema de saúde	42
IV - Metodologia	53
1. Um estudo monográfico	53
2. O contexto organizacional	53
3. Caracterização da unidade	55
4. Caracterização da amostra	57
5. Instrumentos de recolha de informação	58
6. Tratamento dos dados	64
7. Procedimentos	67
V - Resultados	68
1. Análise das entrevistas	68
2. Análise dos questionários	112
3. Análise das reclamações dos utentes	119
4. Síntese dos resultados no HDP	123
VI - Discussão	129
VII - Conclusão	137
Referências	139

ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

Figura 1 - Relação entre o poder, o envolvimento e o tipo de organização, segundo Etzioni	6
Figura 2 - Modelo tridimensional do meio envolvente, Robbins	17
Figura 3 - Caracterização do sistema de saúde em Portugal	47
Quadro 1 - Distribuição do pessoal do HDP, por profissão	56
Quadro 2 - Caracterização da amostra	57
Quadro 3 - Conhecimento/desconhecimento dos outros serviços	68
Quadro 4 - Identidade profissional / organizacional	70
Quadro 5 - Problemas de poder hierárquico	71
Quadro 6 - Existência de duas hierarquias distintas	73
Quadro 7 - Diferenciação	77
Quadro 8 - Estilo de liderança	81
Quadro 9 - Indicadores de conflito	86
Quadro 10 - O papel do vértice estratégico	90
Quadro 11 - Formas de integração	91
Quadro 12 - Mecanismos de coordenação e parâmetros de concepção	96
Quadro 13 - O meio envolvente externo	102
Quadro 14 - A boa imagem do serviço por profissionais	112
Quadro 15 - Causas da má imagem do serviço	113
Quadro 16 - Estrutura de decisão no HDP	113
Quadro 17 - Estrutura de decisão	114
Quadro 18 - Qualidade das comunicações com a Administração	115
Quadro 19 - Qualidade das comunicações com as chefias	115
Quadro 20 - Qualidade das comunicações entre os serviços	115
Quadro 21 - Existência de conflitos de coordenação	116
Quadro 22 - Qualidade da formação	117
Quadro 23 - Reclamações por categoria e por ano	119
Quadro 24 - Reclamações por serviço e por ano	121
Quadro 25 - Síntese dos resultados das entrevistas	122

I

INTRODUÇÃO

No nosso país, a instituição hospitalar tem merecido pouca atenção por parte dos investigadores. Por isso, poucos são os estudos que se debruçaram sobre este tema, até à data. Este estudo pretende dar um contributo (necessariamente limitado) à compreensão destas organizações.

A necessidade de reduzir as despesas dos Estados e as alterações demográficas das populações, nos países industrializados, com o prolongamento da vida, por um lado, e a diminuição da população activa, por outro lado, têm contribuído para a falência do modelo de solidariedade social em que assentava a prestação dos cuidados de saúde. Exige-se hoje uma maior racionalidade na gestão do sistema, lado a lado com o aumento, sempre necessário da qualidade da prestação dos cuidados.

Assim, o tema da gestão das organizações de saúde começa a agora a despertar o interesse dos investigadores. Com efeito, a crise do sistema de saúde vem motivar um olhar mais atento sobre a sua eficácia e eficiência. Procuram-se hoje soluções alternativas em termos de financiamentos, de propriedade e de gestão das organizações.

A estrutura do hospital não se apresenta ao utente como uma estrutura clara e transparente, pelo contrário, a sua opacidade é motivo de incompreensão e mesmo desvalorização pelo trabalho dos prestadores. Trata-se de uma instituição complexa, onde exercem a sua actividade diferentes especialistas e diferentes profissionais levando-nos a prever a existência de interesses que se cruzam e a suspeitar da existência de um conjunto de forças centrífugas relativamente à organização. Pode questionar-se então como conseguir que actores tão diversificados se entendam para prosseguir objectivos comuns. Esta questão remete-nos para o problema da gestão hospitalar.

Partimos de uma revisão de literatura ao longo da qual procurámos abordar as diferentes teorias privilegiando, sempre que possível, a ordem cronológica. Deste modo a organização dos serviços de saúde foi surgindo como uma organização burocrática de características específicas. Mesmo os autores clássicos, como Weber (1949) descrevem esta especificidade ao considerar que nestas burocracias os "funcionários" são diferentes. Etzioni (1974) através dos conceitos de poder e envolvimento, descreve o hospital como uma organização normativa. Vários autores salientam a impossibilidade de efectuar nestas organizações uma gestão assente nos princípios da burocracia mecanicista. O elevado nível de qualificação dos profissionais dificulta, ou impossibilita, a supervisão hierárquica. Mintzberg (1982), entre outros, descreve o hospital como uma burocracia profissional, organização caracterizada pela preponderância do centro operacional, em que os profissionais manifestam tendência para a autonomia. Trata-se pois de uma organização muito diferenciada profissional e funcionalmente (Baldwin, 1978). Uma tal diferenciação requer formas de integração adequadas (Lawrence e Lorsch, 1973) pois favorece a eclosão de conflitos. Orton e Weick (1990) com a sua conceptualização de sistemas imperfeitamente conectados contribuem com um modelo integrador que poderá contribuir para o estudo da organização hospitalar e um encontrar de soluções que permitam aumentar a eficácia e eficiência do sistema.

Questionámo-nos acerca do modelo de gestão proposto pela legislação, no nosso país. Assim, após uma breve caracterização do sistema de saúde, e da legislação que o enquadra, procuramos analisar até que ponto a lei de gestão hospitalar exerce uma influência determinante sobre a estrutura organizacional do hospital.

Escolhemos como terreno de investigação empírica um pequeno hospital distrital do barlavento algarvio. Nesta região o turismo constitui o principal recurso razão pela qual questões como a segurança e a saúde revestem-se de interesse estratégico. Se quisermos assegurar um turismo de qualidade no Algarve, há que garantir a existência de serviços de saúde que respondam à

necessidades dos utentes nacionais e estrangeiros dentro dos padrões a que estão habituados nas suas regiões.

A escolha da unidade revelou-se difícil e atribulada. No capítulo da metodologia relatamos os problemas que enfrentámos, quando tentámos implementar este estudo em dois hospitais diferentes. Mesmo no hospital onde se desenrolou o estudo a dificuldade em obter dados representativos, obrigou-nos a rever o "design" da investigação e a orientar-nos para um estudo monográfico, trabalhando dados essencialmente qualitativos.

Assim a unidade estudada é um pequeno hospital que evoluiu de hospital da Misericórdia, com funções de hospital de retaguarda, para hospital distrital e que denominamos HDE (hospital distrital em estudo). Tem por missão a prestação de cuidados diferenciados à população da zona, assumindo simultaneamente funções de hospital de retaguarda, devido à falta de camas na região, e funções de prestação de cuidados primários e consultas de especialidade.

Este estudo permitiu-nos mostrar que o enquadramento legal não impossibilita a emergência de uma burocracia profissional e que o centro operacional do hospital estudado apresenta a maioria das características desta configuração estrutural.

II ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. O HOSPITAL, ORGANIZAÇÃO BUROCRÁTICA

Para analisar a estrutura organizacional dos hospitais, os teóricos das organizações, adoptando uma abordagem positivista, descrevem-na como um conjunto de relações estruturadas. O seu objectivo consiste na compreensão da natureza da organização (Morgan, Calnan e Manning, 1985: 141).

É neste sentido que os trabalhos clássicos de Weber (1949) definem a burocracia como um sistema hierárquico de autoridade. A legitimidade da autoridade pode basear-se na tradição, no carisma ou em normas racionais. Weber considera que o seu modelo de burocracia se aplica às várias organizações, incluindo aos hospitais, embora com algumas variantes relativamente ao modelo puro:

1. Compara o hospital às igrejas ou ao exército, considerando que são organizações burocráticas mas geridas por funcionários com características diferentes.
2. A autoridade segue os princípios mais puros da burocracia através do sistema de concursos (não havendo eleições, por exemplo), não estando o subordinado dependente da avaliação do seu superior para progredir na carreira.
3. A nomeação é feita livremente por contrato.
4. A importância das qualificações técnicas está a aumentar. Obtêm-nas através de uma formação escolar consubstanciada na obtenção de um diploma.
5. O oficial recebe um salário mensal pago em dinheiro e aquilo a que hoje chamamos regalias sociais.
6. O seu trabalho é a sua única ocupação ou ocupação principal.

7. Há separação entre a propriedade da organização e a sua administração, tanto na Administração pública como no sector privado.
8. A importância dos corpos colegiais (ou profissionais) diminui, havendo necessidade de dar respostas mais rápidas, claras e livres dos compromissos decorrentes da existência de opiniões diferentes.
9. O oficial (do exército moderno) rejeita as marcas de estatuto ou classe.

Contudo este universalismo da burocracia tem sido muito questionado e posto em causa por vários autores. Este modelo, ao excluir da sua análise a componente sócio-cognitiva, centrando-se na abordagem racionalista, não abarca a dualidade existente na estrutura hospitalar e decorrente dos diferentes posicionamentos face às regras.

Etzioni (1974) considera que a organização é essencialmente um sistema social e, mais do que caracterizar as normas da organização, preocupa-se em saber como elas são aceites pelos membros. Subdivide o conceito weberiano de poder em 2 variáveis: o poder e o envolvimento. Através destas duas dimensões pode controlar-se o comportamento dos membros da organização face às regras. Do cruzamento destas duas dimensões resulta a complacência. Considera três tipos de poder:

- o poder coercivo (baseado em ameaças e castigos)
- o poder económico (que recompensa através da remuneração)
- o poder social ou moral (que fomenta o reconhecimento, a aceitação e o envolvimento moral)

O envolvimento é caracterizado em termos de intensidade (baixo ou elevado) e direcção (positivo ou negativo). Se for positivo e elevado, é chamado empenhamento, se for baixo e negativo é alienação.

Etzioni considera que as pessoas podem aceitar ou rejeitar o tipo de poder a que estão sujeitas: quem rejeita o poder está numa situação de coerção, quem aceita o poder está sujeito ao poder económico e quem adere, voluntariamente, está sujeito ao poder normativo. Desenvolvem, assim, três tipos de compromissos emocionais distintos (negativo, neutro ou positivo), dando origem a três formas de envolvimento: alienante se o empenhamento for negativo, calculista se for neutro e empenhado se positivo. (figura 1)

O modelo de Etzioni pode ser esquematizado da seguinte forma:

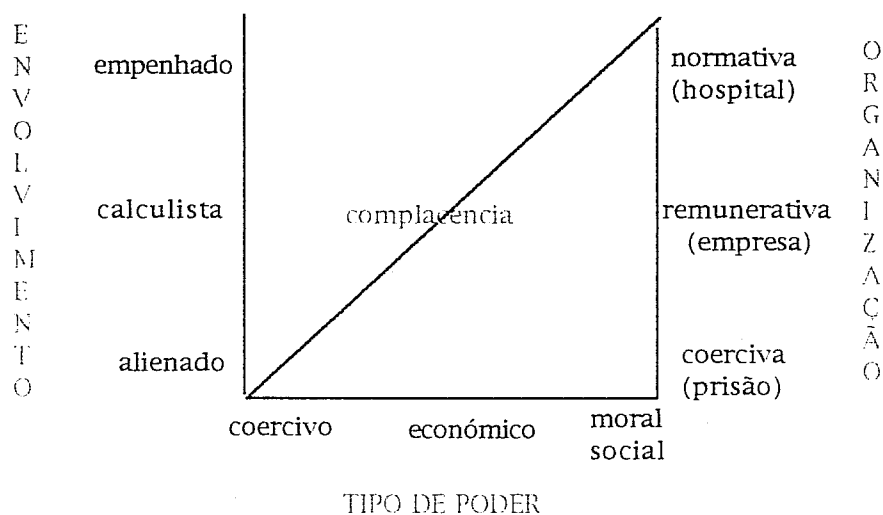


Figura 1: as relações entre o poder, o envolvimento e o tipo de organização, segundo Etzioni. Adaptado de House¹

Nas organizações normativas o poder social exerce-se fundamentalmente através de sanções informais (por exemplo o isolamento ou aprovação social), da manipulação de símbolos de prestígio (estatuto social), da influência pessoal quer do líder, quer de grupos (por exemplo os médicos) ou através da manipulação do clima de opinião dos pares. No hospital, como organização normativa, os principais mecanismos de controlo dos profissionais

¹ Abstract de House, R. Amitai Etzioni's "a comparative analysis of complex organizations" in Tosi, H. (1984) *Theories of Organization*. New York: John Wiley and Sons.

residem numa formação prolongada na universidade seguida de um período de estágio durante a qual será adquirido o sistema de valores profissionais. O poder social encontra-se formalizado através do código deontológico e das associações profissionais. Nos hospitais, reconhece-se a existência de uma dupla linha de autoridade: uma em que predomina o poder económico ou remuneração e outra proveniente dos profissionais em que predominam as normas do grupo profissional. Enquanto os médicos obedecem essencialmente ao controlo moral ou social, os enfermeiros submetem-se a ambos os sistemas de autoridade, moral e económico. No hospital verifica-se uma satisfação intrínseca por parte dos profissionais e que estaria associada a um empenhamento voluntário relativamente ao trabalho e à profissão, e não relativamente à organização.

Este autor, no seu modelo, considera que o papel da administração é um papel secundário, de simples elo de ligação entre os profissionais e a tutela. Veremos adiante que os administradores no hospital podem ter um papel activo e tornar-se realmente importantes para o bom funcionamento da instituição.

Stelling e Bucher (1972: 445) consideram que as organizações em que os profissionais dominam não podem ser entendidas como burocracias pois os conceitos burocráticos de autoridade da hierarquia e de supervisão não se podem aplicar, devendo antes ser substituídos pelos conceitos de

- "autonomia elástica" capacidade do profissional controlar o seu próprio trabalho. Analisa o problema e determina a solução adequada. Esta autonomia não é fixa nem inerente, é "elástica" porque depende do desempenho e da competência do actor;
- responsabilidade pelas decisões e pelas acções desenvolvidas; o profissional pode ser chamado a responder pelas suas acções;
- e de "monitoragem" que implica uma relação diferente da de supervisor pois ambos podem estar ao mesmo nível hierárquico e o

responsável último não é o supervisor mas o actor. O monitor verifica a competência do actor.

Os autores retomam os trabalhos de Schatzman e Bucher (1964) que estudaram o modo como os profissionais de um hospital psiquiátrico estatal negociam as tarefas que desempenham ou seja como desenvolvem uma ordem institucional que garanta simultaneamente a prestação de cuidados aos pacientes e a prossecução dos seus objectivos profissionais. Concluem que os membros dos serviços devem ter em conta os aspectos contextuais que influenciam a negociação, são eles a carreira profissional, a filosofia de tratamento e as exigências organizacionais. Os autores consideram que, perante o aumento das qualificações dos profissionais e a proliferação das escolas, surgem novos modelos e novas filosofias de tratamento. Os profissionais terão tendência a reivindicar mais insistentemente, embora com diferentes graus de sucesso. Aumenta, assim, substancialmente a negociação entre eles, particularmente à medida que as condições de trabalho se tornam mais complexas e fomentam trabalho interdependente.

Assim, concluem Stelling e Bucher, a autonomia deve ser negociada por cada pessoa e cada profissão. Tratar-se-ia, portanto, mais do que obedecer a regras, de processar informação. Nesta perspectiva o hospital poderia ser definido em termos de ordem negociada.

O conceito de ordem negociada foi introduzido por Strauss ² que mostrou como as regras e normas são inespecíficas, não podendo servir de guia para as interações diárias do membros da organização. O autor sugere que o dia a dia do hospital se organiza em torno de negociações, o que pressupõe processos de reivindicação e luta. Um dos aspectos mais importantes desta teoria é mostrar como as pessoas dos níveis mais baixos da organização (incluindo os

² Strauss, A. e all (1963). The hospital and its negotiated order, in E. Friedson (ed.) *The hospital in modern society*, New York: Free Press, citado por Morgan, Calnan and Manning (1985: 150)

pacientes, nomeadamente em internamentos de longa duração, os visitantes e os paramédicos) conseguem influenciar a organização formal. Mostra-se que as pessoas situadas em níveis inferiores têm muito mais poder que o previsto pela organização formal e a cadeia hierárquica.

Contudo, a teoria da ordem negociada tem sido posta em causa por sobrevalorizar a natureza fluida da negociação, centrando-se na análise das interacções aos níveis mais baixos da organização e minimizando os aspectos organizacionais mais gerais (Morgan, Calnan e Manning, 1985: 151).

Tal não é, contudo, a perspectiva de Carapinheiro (1994: 94) ao afirmar que nos hospitais são as regras informais que introduzem flexibilidade ao sistema e permitem solucionar de forma eficiente os problemas do doente, realçando o facto de os profissionais "saberem estar de uma forma que não é burocrática, que é estratégica e que dota essa organização da maior plasticidade possível. ... é no hospital que se desenvolveu a teoria da ordem negociada" porque foi aí que se verificou que os grupos profissionais desenvolviam negociações entre si, "no sentido de dificilmente poderem estabelecer domínios fixos de autonomia profissional, ou seja de essas autonomias serem elásticas", de variarem com as situações e o sistema de alianças.

Verificamos que a maioria dos autores reconhece que o hospital apresenta uma estrutura burocrática com características específicas, nomeadamente devido ao seu sistema dual de autoridade (Goss, 1963), à existência de uma ordem negociada (Strauss, 1963; Carapinheiro, 1990) que impedem a aplicação dos princípios de coordenação hierárquica vigentes nas burocracias.

A investigação empírica realizada nos anos sessenta vem chamar a atenção para alguns factores de contingência, nomeadamente, o

meio envolvente (Emery e Trist, 1965; Lawrence e Lorsch, 1973), a tecnologia (Grupo de Aston, 1969, Woodward, 1965, Thompson, 1967), a estratégia (Chandler, 1962). Sendo a tecnologia e o meio envolvente os factores de contingência relevantes para as burocracias profissionais, de acordo com Mintzberg (1982) parece-nos importante caracterizar a instituição hospitalar tendo em conta os conceitos teóricos de alguns desses autores.

2. AS CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA TÉCNICO

Thompson (1967) fala de núcleo tecnológico ("technical core") entendido como o conjunto de conhecimentos que permitem alcançar os objectivos organizacionais. Este autor distingue três tipos de tecnologias:

- tecnologia em elos sequenciais, caracterizada por uma série de acções interligadas que necessitam padronização;
- tecnologia mediadora, onde a organização estabelece a ligação entre clientes e utilizadores que desejem ser interdependentes e necessitem de padronizações;
- tecnologia intensiva, quando existe uma diversidade de especialidades técnicas para atingir um mesmo objectivo.

O hospital pode ser caracterizado como possuindo uma tecnologia intensiva que permite a conjugação de serviços e técnicas diversificadas sobre um determinado cliente. Este tipo de tecnologia permite combinar sobre um único indivíduo um conjunto diversificado de técnicas, por exemplo, um internamento hospitalar para cirurgia exige o recurso aos serviços de imagiologia, bloco operatório, farmácia, internamento, dietética, fisioterapia.

Thompson considera vários tipos de interdependências entre as unidades organizacionais:

- a justaposição ("pooled interdependence") em que cada um dos grupos dá um contributo separado à organização que apoia cada um deles. A coordenação, neste caso, pode conseguir-se através da standardização.
- na interdependência sequencial, há uma sequência imposta - uma unidade orgânica deve produzir antes de outra. O planeamento é um modo adequado de coordenação.
- o terceiro tipo de interdependência considerado é a recíproca em que os resultados de uma unidade constituem os "inputs" de outra. Neste caso a coordenação mais adequada será o ajustamento mútuo e a negociação.

Thompson (1967: 55) considera estes três tipos de interdependência podem coexistir na mesma organização. Procurando caracterizar o hospital, adiantaríamos que os serviços de pediatria e de medicina podem ser considerados como apresentando um tipo de interdependência justaposta; o serviço de urgência pode apresentar uma interdependência sequencial quer com o serviço de cirurgia, quer com os serviços de internamento. O resultado de um exame médico, no serviço de medicina, pode indicar a necessidade de uma cirurgia.

O sistema técnico, não é sofisticado ou automatizado ou regulador pois isso seria incompatível com a grande autonomia profissional. A complexidade e sofisticação reside essencialmente nos conhecimentos utilizados. Se o sistema técnico fosse sofisticado, obrigando o profissional a trabalhar mais com os colegas, afastando-se do cliente, a estrutura cairia na adocracia. A tecnologia mais sofisticada pode reduzir a autonomia do profissional obrigando-o a trabalhar em equipas multidisciplinares, como na adocracia. Esse tipo de tecnologia sendo muitas vezes automatizada, pode despersonalizar a relação médico-doente.

3. AS CARACTERÍSTICAS DO MEIO ENVOLVENTE

A teoria dos sistemas sociotécnicos considera que, ao longo da história o meio envolvente das organizações se tem modificado. Emery e Trist (1965)³ identificaram quatro tipos de meios envolvente com que uma organização se pode confrontar:

- 1) meio estável e aleatório, em que as exigências do meio envolvente externo são ocasionais e imprevisíveis e a mudança é lenta;
- 2) meio estável e segmentado: a mudança é lenta as ameaças são provenientes de agrupamentos (grupos de empresas concorrentes, de fornecedores ou clientes), exigindo da empresa maior atenção ao seu meio envolvente; este torna-se pois mais visível e previsível, permitindo o planeamento de longo prazo;
- 3) meio turbulento e reactivo: com o aumento da industrialização, grandes empresas procuram dominar o mercado muito competitivo. Há necessidade de desenvolver estratégias e táticas contra a concorrência. A organização deve garantir uma certa flexibilidade;
- 4) meio turbulento e segmentado, é um meio de mudança constante e onde o nível de incerteza é elevado.

Embora Emery e Trist (1965) não tenham descrito o tipo de estrutura adequada a cada tipo de meio envolvente externo, algum apoio tem sido dado à ideia por eles desenvolvida de que as mudanças do meio envolvente devem conduzir às mudanças estruturais adequadas, facilitando a sobrevivência da organização. Uma estrutura mecânica poderia ser bem sucedida num meio envolvente de tipo 1 ou 2, enquanto que os tipos 3 e 4 exigiriam estruturas orgânicas.

³ citados por Miner J. (1988).

Procurando caracterizar o meio envolvente externo dos hospitais poderíamos desde já adiantar que nos parece situar-se no tipo 2. Com efeito, pode ser caracterizado como complexo ou segmentado, pois requer aprendizagens longas e formação contínua, é estável para permitir o planeamento e transmissão dessas mesmas aprendizagens, ou seja, a estandardização das qualificações. (Mintzberg, 1983).

Cremadez (1992: 34) considera o hospital, uma organização fechada ao seu meio envolvente ao referir "o hospital, instituição pública, comporta-se como um monopolista. Não procura conhecer os seus concorrentes ou estudar o seu desempenho. Não se preocupa com a satisfação dos clientes, considerando que restabelecer a saúde, independentemente do modo como o faz, constitui desempenho satisfatório... Não dispõe de instrumentos para identificar as características ou a evolução da sua zona de influência, desconhecendo assim o seu mercado". O meio envolvente é percebido como estável e segmentado.

DIFERENCIAÇÃO E INTEGRAÇÃO

Lawrence e Lorsch (1967) no seu estudo foram mais longe que Emery e Trist (1965) ao considerar que as organizações se estruturam de modo diferente consoante as pressões do meio envolvente externo a que estão sujeitas. Demonstram que essas pressões não são necessariamente uniformes em toda a organização; os departamentos podem diferir em termos da maior ou menor incerteza de conhecimentos e informação que possuem sobre o meio envolvente o que determina uma estrutura diferente em cada um deles ou seja, cada subsistema ao confrontar-se com a sua sub-envolvente vai desenvolver competências, tarefas e estruturas próprias e, possivelmente, diferentes dos outros subsistemas.

A diferenciação diz respeito à divisão do trabalho e à especialização. Para Lawrence e Lorsch o conceito de diferenciação refere diferenças de atitude e comportamentos e não apenas o fraccionamento e a especialização. A diferenciação varia consoante as pressões do meio envolvente específico do departamento em questão.

Os autores deste estudo definem integração como a qualidade da colaboração existente entre os departamentos que devem unir os seus esforços para satisfazer as exigências do meio envolvente.

Constatam que diferenciação e integração são dois factores opostos e que, à medida que a diferenciação aumenta, nos diferentes departamentos vão-se instituindo objectivos, métodos de trabalho, sistemas de valores que não se conformam necessariamente com os objectivos e valores de toda a organização. Há pois necessidade de integração interdepartamental. Constatam que os mecanismos de coordenação devem ser os adequados ao seu meio envolvente e ao seu nível de diferenciação. Assim concluem, se o meio for estável, a integração faz-se através da hierarquia, centralizada no vértice da organização, enquanto se o meio envolvente for mais dinâmico a organização recorre a departamentos de integração, grupos ou integradores individuais.

Este estudo vem chamar a atenção para a importância do meio envolvente externo, como factor crítico de sucesso. Saliencia ainda que o meio envolvente não é uniforme para toda a organização; uma organização pode ter diversos meios cada um deles com um grau de incerteza diferente. Os departamentos bem sucedidos são aqueles que vão ao encontro das exigências da sua sub-envolvente. Por outro lado, tendo em conta que diferenciação e integração constituem forças opostas, a organização bem sucedida será aquela que consegue compatibilizá-las

Lawrence e Lorsch (1967) comprovam a importância do meio envolvente externo na determinação da estrutura das organizações bem sucedidas.

Baldwin (1978) retomou o estudo de Lawrence e Lorsch, procurando aplicá-lo à estrutura hospitalar. Procura assim testar a hipótese de que o sucesso do hospital se deve a um grau de diferenciação desejável e à necessária integração. Estudou 16 hospitais da Florida, procurando diferenças entre os vários grupos profissionais: médicos; o grupo profissional (enfermeiros, radiologistas, técnicos de laboratório); o grupo não profissional (dietistas, pessoal da manutenção e limpeza); um grupo de administrativos, o grupo fiscal (contabilistas, responsáveis pelo provisionamento, pelas admissões de pessoal); e, finalmente, um quinto grupo, composto pela administração (os administradores e seus assistentes).

O autor conclui que quanto à formalização da estrutura são os médicos que constituem o grupo menos formal, seguidos dos grupos de staff fiscal e não profissional. O grupo mais formalizado é o staff profissional.

Para medir a orientação para os resultados, o autor recorre a três critérios diferentes: a preocupação pelas questões científicas (em que se destacam os médicos), a preocupação pelo bem estar do paciente (o grupo da administração destaca-se dos restantes) e a preocupação pelos custos e eficiência (o grupo dos profissionais é quem mais se preocupa com este aspecto, afastando-se das preocupações pelo bem estar do paciente). Quanto à orientação temporal a administração é o grupo cujo horizonte temporal é de mais longo prazo. É seguido pelos médicos, apresentando os restantes uma perspectiva de curto prazo. Baldwin analisou a orientação interpessoal destes vários grupos através da escala LPC,

concluindo que enquanto os médicos são mais orientados para a tarefa, o grupo da administração é mais orientado para as relações. Assim, no que se refere à diferenciação o autor conclui que os hospitais melhor sucedidos são aqueles cujos 5 grupos profissionais estudados menos se desviam das características acima enunciadas pois "contribuiriam mais para os objetivos organizacionais que os grupos que não conseguem uma diferenciação apropriada quanto a estas características" (171).

Quanto à integração, Baldwin não encontra unidades orgânicas especificamente responsáveis por uma integração mais permanente dos vários subsistemas. Afirma serem as formas processuais de integração as mais generalizadas na sua amostra, o que significa que são as comissões, grupos menos permanentes que asseguram esta importante missão nos hospitais.

A investigação de Baldwin (1978) confirmando o estudo de Lawrence e Lorsch, mostrou que também nos hospitais dos Estados Unidos da América existe uma relação entre o grau de diferenciação, a qualidade da integração e o desempenho organizacional. Baldwin refere ainda que "podemos assumir que existem diferenças no tipo de concorrência existente entre o mercado industrial e o mercado dos serviços hospitalares ... Enquanto nas áreas urbanas ainda existe alguma concorrência, ela é muito pouco evidente nas áreas rurais ... levando a pensar que é o grau de mudança o factor mais importante do meio envolvente"(177). O estudo mostrou finalmente que a diferenciação parece ser um factor mais significativo que a integração na determinação do desempenho organizacional. A integração deve ser adequada ao grau de diferenciação atingido. Assim, a tarefa principal dos administradores é garantir que o grau de diferenciação adequado seja atingido. O gestor deverá ter em conta os dados de outro estudo que mostram que à medida que a diferenciação aumenta, tornando-se a estrutura maior e mais

complexa, embora fornecendo mais cuidados aos pacientes, a eficácia diminui (Starkweather, 1978).

Robbins (1993: 526,527) referindo os trabalhos de Dess e Beard ⁴ acrescenta uma terceira dimensão que considera relevante para caracterizar o meio envolvente a abundância ou escassez dos recursos: um meio envolvente rico e em crescimento gera excesso de recursos. No seu esquema integrador associa as três dimensões estudadas pelos vários autores:

1. estabilidade - dinamismo (Emery e Trist)
2. simplicidade - complexidade (Lawrence e Lorsch)
3. abundância - escassez de recursos (Dess and Beard)

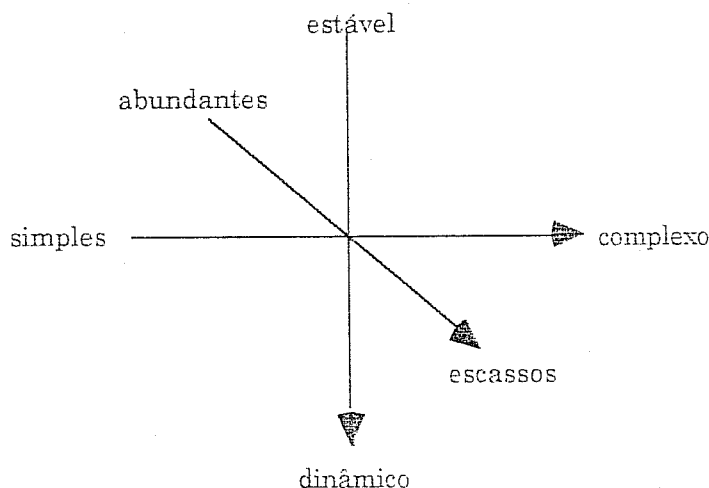


figura 2: modelo tridimensional do meio envolvente. In Robbins (1993: 527)

Robbins (1993), com este esquema (figura 2) pretende mostrar a associação das três dimensões, indicando com as setas o sentido da crescente incerteza. Este autor conclui que quanto mais escassos os recursos e maior o dinamismo e a complexidade mais a estrutura organizacional deve ser orgânica; pelo contrário, se o meio

⁴ Dess, G. and Beard, D. (1984). Dimensions of organizational task environments. *Administrative Science Quarterly* (March), 52-73.

envolvente for estável, simples e os recursos abundantes, uma estrutura mecânica poderá ser mais adequada.

O meio envolvente dos hospitais pode ser caracterizado, tendo em conta este esquema, como sendo estável, complexo e com recursos escassos. O problema da escassez dos recursos na saúde é hoje de plena actualidade. Com efeito, a crise económica e o recente pôr em causa do Estado Providência têm vindo a demonstrar a necessidade de mudança na organização hospitalar.

4. O HOSPITAL COMO BUROCRACIA PROFISSIONAL

Mintzberg descreve o hospital como uma burocracia profissional, estrutura descentralizada vertical e horizontalmente, ou seja em que o centro operacional constitui a parte mais importante da organização. O apoio logístico desenvolve-se apenas para servir as necessidades do centro operacional, a hierarquia e a tecnoestrutura são quase inexistente.

No centro operacional, o principal mecanismo de coordenação das actividades é a estandardização das qualificações e os parâmetros de concepção correspondentes são a formação e a socialização. Recruta os profissionais devidamente formados e socializados e confere-lhes autonomia no controlo do seu próprio trabalho. O médico é quase independente dos seus colegas, está próximo do cliente (descentralização horizontal). A coordenação das actividades realiza-se através da estandardização das qualificações (cada profissional sabe aquilo que pode esperar dos outros porque aprendeu).

Assim o hospital difere substancialmente das burocracias mecânicas na medida em que os profissionais obedecem a valores, a normas

éticas e códigos profissionais (deontológico) e não a uma hierarquia. Esta cultura profissional é transmitida durante a longa formação e prática supervisionada, pelos professores e colegas e ainda pelas associações profissionais.

Grande parte do poder situa-se na base da hierarquia, cada profissional trabalha com os seus "clientes" e submete-se apenas ao controlo dos seus colegas que o formaram e socializaram; são eles que têm direito de censurar a sua actividade em caso de erro profissional.

O poder dos profissionais tem duas razões: a primeira, reside no facto do seu trabalho ser demasiado complexo para ser controlado por um superior hierárquico (não profissional) ou estandardizado pelos analistas. A segunda razão reside no facto dos seus serviços serem muito solicitados, o que lhes permite grande autonomia. A progressão na carreira obedece a critérios profissionais, correspondendo à capacidade de resolver problemas cada vez mais complexos. O poder é o da competência profissional

Paralelamente, o autor descreve a área administrativa como uma configuração burocrática, seguindo os princípios da burocracia mecânica. O estatuto e o lugar na carreira estão associados à função desempenhada. Existem regras e procedimentos definidos que são respeitados

Estas duas hierarquias são independentes e tendem a manter-se separadas até ao nível do vértice estratégico.

Quanto aos factores de contingência, o autor refere um meio envolvente complexo mas estável e um sistema técnico pouco sofisticado e não regulador.

5. O HOSPITAL, ORGANIZAÇÃO BASEADA NO CONHECIMENTO

Miner (1988) identificou quatro sistemas organizacionais:

- o sistema hierárquico ou burocrático, que segue os princípios da autoridade racional e legal de Weber
- o sistema de tarefa ou empreendimento, sistema baseado no indivíduo que estabelece os seus próprios objectivos. O sucesso individual está ligado ao sucesso empresarial.
- o sistema grupal ou sócio-técnico caracteriza os grupos autónomos: existem objectivos e normas de grupo e também a avaliação é uma avaliação grupal.
- o sistema profissional ou baseado no conhecimento que vale a pena aprofundar um pouco mais.

No sistema baseado no conhecimento, o profissional submete-se a normas, valores, ética e códigos profissionais, transmitidos durante a sua formação pelos colegas e associações profissionais. Os profissionais tanto trabalham em regime de actividade liberal como estabelecem uma relação de assalariados numa instituição. Quando se integram numa organização, assumem muitas das tarefas desempenhadas pelos gestores nos sistemas hierárquicos. A estrutura destas organizações tem poucos níveis hierárquicos e o estatuto assenta na experiência e competência profissionais. Podem ser contratados não profissionais para os serviços de apoio, mas subordinados à componente profissional. A eficácia do sistema exige a participação, o empenhamento e tem de respeitar as normas profissionais. Estes devem ter o poder.

Miner refere ainda que se na sua forma mais pura estes sistemas são pequenos e colegiais, à medida que a organização cresce ela tende a instituir uma administração que terá tendência a funcionar hierarquicamente. Põem-se problemas de indefinição de poderes e

de delimitação de áreas. Esta dualidade da estrutura aumenta as probabilidades de conflito.

Mais recentemente, a temática das organizações baseadas no conhecimento foi retomada. Blacker, Reed e Whitaker (1993) constataam que à medida que as qualificações vão aumentando, o conhecimento e o trabalho baseado no conhecimento desempenham um papel cada vez mais importante nas teorias do desenvolvimento das sociedades industriais. O conhecimento começa a ser considerado como um recurso estratégico. Levanta-se a questão de a perícia se tornar numa vantagem competitiva. Em termos organizacionais, esta perspectiva obrigaria a uma mudança, passando-se do enfoque na gestão dos peritos para a gestão das qualificações ou da perícia. Starbuck (1992) situa-se nesta perspectiva ao falar de "knowledge intensive firms, KIF" (organizações de conhecimentos intensivos) à semelhança da designação de empresas de capital intensivo.

Se a descrição de Miner se aproxima da configuração de burocracia profissional de Mintzberg, a descrição de Starbuck está próxima da adocracia. Mas a burocracia profissional pode evoluir para a adocracia se o seu sistema técnico se tornar mais complexo, de modo a requerer a multidisciplinaridade.

6. O HOSPITAL, ORGANIZAÇÃO MATRICIAL

A estrutura organizacional constitui um factor que influencia em grande parte o desempenho da organização. Tradicionalmente o hospital tem assumido uma estrutura hierárquica, burocrática. Esta estrutura, como demonstraram os já citados estudos contingenciais, foi eficaz em tempos de estabilidade e simplicidade

do meio envolvente. Nos últimos vinte anos, tem vindo a aumentar a complexidade e a instabilidade do meio envolvente externo em todos os domínios. Também o hospital deve fazer face às mudanças registadas no seu meio envolvente, tais como, por exemplo, a mudança tecnológica, o aumento da intervenção governamental, a escassez de recursos e dificuldades que o Estado Providência atravessa que vêm tornar mais complexo o reembolso das despesas, o envelhecimento da população e o aumento do nível educacional dessa mesma população, o aparecimento de novas doenças. Estas pressões têm motivado a procura de novas soluções organizacionais.

Neuhauser (1978) considera que a estrutura matricial, possibilitando uma grande participação dos profissionais e assumindo que essa participação é apropriada ao desempenho de tarefas complexas, constitui a forma ideal de organizar um hospital. Refere que a equipa prestadora de cuidados ao paciente constitui talvez a base de coordenação mais importante no hospital. Esta equipa, dirigida por um médico e incluindo técnicos (por exemplo, o técnico de farmácia, de serviço social, o dietista) e enfermeiros, forma-se quando o paciente entra no hospital e dissolve-se quando sai. As equipas estão em permanente constituição / dissolução e talvez raramente incluem as mesmas pessoas. Na estrutura tradicional o médico é o responsável pelos seus próprios doentes, não sendo exigida grande coordenação entre médicos que não fazem parte da equipa de cuidados ao paciente. O aumento das qualificações do pessoal não médico irá pôr em causa este tipo de estrutura hierarquizada, centrada no médico e que talvez apenas se mantém devido ao facto de a maioria do pessoal de enfermagem ser feminino, aceitando o domínio masculino. Já não se pode esperar que o médico especifique todas as tarefas, a equipa é constituída por profissionais qualificados e competentes. Neuhauser (1978) considera que a matriz permitirá coordenar as actividades do hospital através da departamentalização e da cadeia de comando formal e simultaneamente da equipa de cuidados de saúde. Assim o

trabalhador pode ter dois chefes: um enfermeiro, por exemplo, responde perante o seu superior e perante o médico. O papel dos administradores também deve mudar neste tipo de organização para assumir os dois tipos de gestão: uma gestão hierárquica na área administrativa e de apoio e uma gestão participativa na área operacional.

Na organização matricial, os trabalhadores, organizados funcionalmente nas respectivas especialidades, são agrupados por paciente, projecto ou programa em que trabalham em dado momento.

Allcorn (1990), após uma revisão de literatura sobre as estruturas matriciais em organizações de saúde, põe em evidência as vantagens, referindo as competências comportamentais que devem ser desenvolvidas nas pessoas como garante do bom funcionamento da matriz, e os problemas que podem surgir. Contudo, este autor, ao constatar que a maioria dos investigadores não acredita na possibilidade da matriz poder vir a constituir uma forma dominante de organização, procura pôr em evidência soluções para estes problemas. Afirma que o futuro da organização matricial para os hospitais passa por uma melhor compreensão dos fenómenos grupais requerendo "um comportamento esclarecido por parte dos administradores de topo e, do estabelecimento de relações interpessoais autónomas e de grande qualidade entre as pessoas que trabalham ao nível operacional" (p.588). Allcorn, reforçando esta ideia, chama a atenção contra os jogos de poder que iriam pôr em causa este tipo de estrutura.

Verificamos pois que as várias soluções estruturais identificadas remetem para uma organização dual, na qual se encontram associados duas hierarquias bem distintas a dos profissionais (assente na ética e na deontologia profissionais) e a dos administrativos (assente em normas burocráticas, da administração

pública, no caso de Portugal). Esta duplicidade é causa da conflitualidade que, em maior ou menor grau, se faz sentir nestas organizações.

7. O HOSPITAL, SISTEMA IMPERFEITAMENTE CONECTADO

O hospital tem sido descrito como uma organização muito diferenciada. Nunes (1994: 22-23), numa revisão de literatura sobre esta matéria, refere que essa diferenciação existe aos vários níveis de análise habitualmente considerados: a infra-estrutura, a sócio-estrutura e a super-estrutura. Ao nível infraestrutural, a impossibilidade de standardização das actividades, bem como a sua urgência, favorecendo uma gestão casuística, fomentam essa diferenciação. Estas características "permitem, ao nível da sócio-estrutura a apropriação das ambiguidades por parte dos profissionais que, ao dominarem o processo da tomada de decisão através dos quais a tecnologia se concretiza, assumem um papel determinante tanto na concepção como na gestão corrente" das organizações de serviços de saúde. O autor salienta ainda a este nível o paradoxo decorrente da necessidade de coordenação entre profissionais que contraria fortemente a sua tendência para a autonomia. Quanto ao nível da super-estrutura, estas organizações "tendem a orientar-se pouco para o meio envolvente, a desenvolverem culturas pouco marcadas e pouco consensuais, apresentando uma vez mais diferenciação assinalável, podendo ser considerada uma verdadeira fragmentação identitária"

Orton e Weick (1990) fazem uma extensa revisão de literatura sobre os sistemas imperfeitamente conectados que definem como uma situação em que os elementos respondem em conjunto, embora preservando a sua diferenciação e identidade.⁵ A conexão

⁵ Definição de Weick (1976), citada por Orton e Weick (1990: 203).

imperfeita numa organização sugere a existência de elementos interdependentes, relacionados entre si mas capazes de um certo nível de independência. "Daí resulta um sistema simultaneamente aberto e fechado, indeterminado e racional, espontâneo e deliberado (p. 204-205)

Adoptando a sua perspectiva podemos identificar três causas da conexão imperfeita:

- o indeterminismo causal que se refere a relações ambíguas entre os meios e os fins. Os processos cognitivos impondo algumas limitações à racionalidade permitem a formação de mundos idiossincráticos e dificultam a coordenação das acções e a partilha de informação. Estamos pois a um nível infra-estrutural.
- o meio envolvente interno fragmentado, ao nível sócio-estrutural, manifesta-se pela tendência dos profissionais para a autonomia
- o meio envolvente externo fragmentado, caracterizado, ao nível da super-estrutura, por estímulos dispersos, que se manifesta, através dos diferentes tipos de clientes e patologias e pela existência de expectativas incompatíveis ou contraditórias, tais como as pressões institucionais para uma redução dos custos e as pressões dos profissionais para o aumento da qualidade dos cuidados.

Os autores identificam na literatura oito tipos de conexão imperfeita, dos quais salientam apenas alguns mais relevantes para o nosso trabalho. No hospital, ao nível individual, a conexão imperfeita pode manifestar-se através da autonomia do médico face aos colegas. Ao nível da subunidade a conexão imperfeita foi descrita entre os serviços clínicos que agrupam os médicos e os enfermeiros e os serviços técnicos onde actuam os paramédicos⁶. A conexão imperfeita no hospital foi identificada igualmente entre níveis hierárquicos: os enfermeiros-directores eficientes adoptam sucessivamente "a máscara do orçamento", para comunicar com os

⁶ Leatt e Schneck (1984) citado por Orton e Weick (1990: 208).

administradores hospitalares, e a linguagem profissional ou "máscara do clã" para comunicar com os enfermeiros. Este estudo de Covaleski e Dirmith sugere que existe conexão imperfeita sempre que as pessoas falam linguagens diferentes para diferentes níveis hierárquicos.⁷ Também vários autores identificaram a conexão imperfeita entre intenções e acções, como por exemplo, entre a estrutura formal e a ordem negociada.⁸

Para compensar a conexão imperfeita, Orton e Weick identificam três tipos de estratégias, a liderança, a focalização ou a partilha de valores. A liderança deve ser subtil e individualizada, procurando que a visão central esteja sempre presente de modo a conseguir a integração do sistema. Quanto à focalização, ela implica a possibilidade do líder mudar os comportamentos dos subordinados desde que se centre apenas nos comportamentos essenciais e controláveis, e lhes proporcione a liberdade de adaptação às situações. Relativamente à partilha de valores, perante as características da organização hospitalar, podemos considerar a perspectiva de Ouchi (1986) que considera que a perda de controlo é compensada por uma orientação clânica.

Nunes (1994: 23) refere que a focalização, nas organizações de serviços de saúde, "poderia centrar-se nos comportamentos directamente relacionados com os utentes e ser guiada não por um controlo directo, mas por um sistema de informação permanente sobre os utentes e o contexto. Dado que o trabalho requer um esforço de coordenação acrescido, o qual contrasta com a necessidade de independência dos profissionais, a liderança neste contexto obriga à transformação dos valores dos liderados, o que corresponde ao exercício de uma liderança transformacional", tal como é definido por Burns e retomado mais tarde por Bass (1985).

⁷ Covaleski e Dirmith (1983) citado por Orton e Weick (1990: 208-209).

⁸ Thomas (1983,1984), citado por Orton e Weick (1990: 209).

Como resultados organizacionais, Orton e Weick (1990) consideram que os sistemas imperfeitamente conectados tendem a apresentar maior persistência (estabilidade ou resistência à mudança), a amortecer os problemas, reduzindo o seu impacto e não os deixando atingir toda a organização, resultado que pode ou não ser benéfico para a organização. Também estes sistemas apresentariam maior adaptabilidade, fomentando a experimentação (ou desejo de aprender, parecendo ser um sistema adequado para responder a problemas complexos), o juízo colectivo (através da pertença a grupos ou associações voluntárias), e a preservação do desacordo (garantindo a influência da minoria). Estas organizações proporcionariam maior satisfação aos seus membros e seriam mais eficazes.

Este conceito de sistema imperfeitamente conectado revela-se pois muito útil para a compreensão da dinâmica da estrutura da organização hospitalar.

8. O CONFLITO

Da análise desenvolvida, verifica-se que as conceptualizações da organização hospitalar são unânimes em definí-la como organização dual, altamente diferenciada, como um sistema imperfeitamente conectado, o que nos leva a prever que se trata de um local de elevada conflitualidade aberta ou não. Tal justifica, em nosso entender, uma abordagem mais aprofundada desta matéria.

Mintzberg (1982) salienta que a burocracia profissional, sendo uma estrutura controlada pelos profissionais, suscita problemas de ordem vária - problemas de coordenação, de controlo da autonomia dos profissionais e de inovação. Deixando de parte as dificuldades

que possam advir da ausência de inovação, pretende-se aqui salientar os conflitos que este tipo de organização enfrenta.

Os problemas de coordenação surgem porque o único mecanismo de coordenação possível é a standardização das qualificações. Há necessidade de coordenação entre profissionais e o pessoal de apoio funcional ou logístico. Tradicionalmente, para o médico a questão não se punha: ele dava ordens. A necessidade de obedecer a uma dupla hierarquia - a que resulta da cadeia de comando e a do profissional - vem coloca-lo em situações conflituais.

A grande especialização da medicina não permite que se trate o corpo humano globalmente como um todo integrado, pelo contrário ele tende a ser visto como uma justaposição de órgãos independentes. A falta de coordenação entre os serviços e os profissionais poderá ser gravosa para o paciente cuja patologia não se enquadre perfeitamente num dos programas-padrão existentes e que exija a intervenção de diferentes especialistas.

A grande autonomia de que gozam os profissionais pode constituir um sério problema em caso de incompetência ou negligência, sendo a burocracia profissional impotente. Se esta autonomia e independência permite aos profissionais ignorar as necessidades dos seus "clientes" também os pode encorajar a ignorar as necessidades da organização.

Estes problemas tendem a ser equacionados pelos não profissionais, e nomeadamente clientes, administradores, tutela governamental e sociedade em geral, como decorrentes da ausência de controlo sobre os profissionais e a profissão. Por isso procuram controlar o trabalho através de outros mecanismos de coordenação, como a supervisão hierárquica ou a standardização do trabalho ou do produto. Mintzberg (1989: 194) afirma que estas pressões conduzem por vezes os profissionais a sindicalizarem-se. O sindicato procura então

impôr as suas exigências à organização em nome dos seus membros.

Seguindo ainda a caracterização de Mintzberg (1989: 247) a burocracia profissional dispende de um sistema de autoridade fraco ao lado de um potente sistema de competências, tende a ter uma estrutura de poder difusa e distribuída por um elevado número de indivíduos. Trata-se pois de um terreno propício aos jogos de poder e influência que envolveriam os diferentes grupos em estratégias de diferenciação intergrupala (Tajfel, 1982). Este autor salientou a importância das variáveis sócio cognitivas (como a identidade social e a percepção do conflito) para os comportamentos adoptados pelos vários grupos. Monteiro, Lima e Vala (1994: 90) estudaram a problemática da diferenciação entre médicos (grupo dominante) e enfermeiros (grupo dominado) de um hospital de Lisboa "Nesta situação organizacional é mais apropriado falar de *conflito implícito* entre estes dois grupos, conflito esse que aparece de forma recorrente, nas exigências mútuas de uma mais clara repartição de competências e responsabilidades no quadro hospitalar". O estudo realizado confirma a importância do estatuto do grupo nas estratégias de discriminação intergrupala, mas não confirmam a existência de uma relação com a intensidade do conflito percebido.

O estudo referido analisou apenas dois grupos; seria interessante analisar a existência de discriminação relativamente aos restantes grupos que existem no hospital e que, como o já citado estudo de Baldwin (1978) evidenciou têm percepções diferentes relativamente a vários aspectos da organização.

Os teóricos das organizações consideram hoje o conflito como um factor de saúde organizacional e, numa perspectiva interaccionista, realçam que não só o conflito é positivo num grupo, mas que ele é indispensável ao seu desempenho efectivo. Mas se o conflito é importante para a organização, isso significa que o gestor deverá

assumir um papel importante na sua gestão. Rahim (1992: 12-13), afirma que se é verdade que o estudo e investigação sobre o conflito tem vindo a interessar cada vez mais investigadores de várias disciplinas, também é um facto que nas organizações ainda é mal tolerado e raramente é encorajado. "Parece que os gestores de organizações com ou sem fins lucrativos vêm de modo diferente os efeitos do conflito. Os gestores das organizações sem fins lucrativos associam alta qualidade, à percepção de níveis elevados de conflito, enquanto que os gestores de organizações com fins lucrativos associam o conflito a baixa qualidade".

Se, no nosso país estes dados se podem aplicar, será de esperar que as administrações dos hospitais aceitem elevados níveis de conflito e os procurem gerir adequadamente.

Lawrence e Lorsch (1967) consideram que a integração das actividades está intimamente ligada aos mecanismos de resolução de conflitos e aos problemas do poder. As diferenças existentes no meio envolvente e na diferenciação (analisada em termos de objectivos, de orientação temporal, de orientação interpessoal e grau de formalização entre as unidades funcionais), condicionam as diferenças na repartição interdepartamental do poder. O modo como a organização lida com o conflito é determinante do sucesso organizacional. São os agentes de integração que de acordo com a investigação destes autores, têm a seu cargo a gestão dos conflitos organizacionais.

Thomas (1992: 653) define o conflito como "o processo que começa quando uma das partes percebe que a outra parte a afectou negativamente ou está prestes a fazê-lo". Considera que esta definição tem a vantagem de ser simples, de mostrar que existe alguma interacção para além de uma relação de incompatibilidade e de ser suficientemente ampla para cobrir uma vasta gama de comportamentos (desde a discussão, à violência). O autor elabora um modelo de conflito que o situa dentro de um sistema mais

amplo, por exemplo, uma organização (figura 3). O conflito é considerado como uma sequência de eventos.

Thomas (1992), contestando os modelos económicos que ainda prevalecem na literatura sobre conflito e negociação, procura aliar aos aspectos cognitivos uma dimensão social e normativa (moral e ética) bem como uma dimensão emocional. O resultado é conceptualizado relativamente ao grau de satisfação que cada uma das partes obtém. Thomas refere quatro resultados possíveis que o indivíduo percebe - possíveis acordos *salientes*:

- solução ganha-perde ou perde-ganha que resulta da satisfação total de uma das partes e a consequente frustração da outra
- solução ganha-ganha ou solução integrativa que resulta da satisfação de ambas as partes
- solução de compromisso, em que ambas as partes vêm parcialmente satisfeitas as suas pretensões. O aumento da satisfação de uma far-se-á à custa da satisfação da outra parte.
- solução perde-perde: o conflito é insolúvel, há frustração para ambas as partes.

Do modo como os indivíduos percebem e sentem o problema e antevêm as soluções possíveis, resultam as intenções de cada uma das partes. Assim, procurando integrar no seu modelo as forças motivacionais, resultantes do pensamento racional-instrumental e normativa e das emoções, Thomas (1992), após uma extensa revisão de literatura sobre a matéria, elabora um modelo taxonómico das intenções estratégicas (definidas como intenções mais gerais) que as classifica segundo duas dimensões ortogonais: a assertividade (tendência para satisfazer os seus próprios interesses) e a cooperação (tendência para satisfazer os interesses da outra parte). Da conjugação destas duas dimensões resultam 5 intenções estratégicas

- competição que resulta do desejo de satisfazer os seus próprios interesses independentemente do impacto na outra parte;
- colaboração em que se procura satisfazer todas as partes envolvidas;
- evitação, ambas partes procuram fugir ao conflito;
- acomodação que resulta do desejo de uma das partes dar prioridade ao interesse da outra parte;
- compromisso ambas as partes estão dispostas a ceder algo para uma resolução do conflito.

Estas intenções estratégicas constituem um guia de acção global para os vários eventos e orientam as intenções tácticas ou intenções mais específicas. A investigação mostrou que, embora as intenções possam variar ao longo da história de um conflito, as pessoas têm uma predisposição dominante relativamente à forma de solucionar os conflitos (Sternberg e Soriano, 1984 e Baron, 1989)⁹, podendo assim concluir-se que as intenções individuais se podem prever. Haveria assim uma relativa estabilidade quanto às estratégias seguidas.

Na sequência das intenções estratégicas emerge o comportamento; o conflito torna-se visível. Após o comportamento de uma das partes segue-se a reacção da outra parte. Esta interacção será mais ou menos prolongada consoante as situações concretas e a intensidade do conflito (que pode variar de um simples desentendimento até à agressão física e destruição).

Retomando a ideia de que o conflito é útil à organização e melhora a qualidade da tomada de decisão e incentiva a criatividade e a inovação, Thomas (1992) procura evidenciar uma relação entre

⁹ Vejam-se os estudos de Sternberg, R.J. and Soriano, L.J. (1984). Styles of conflict resolution. *Journal of Personality and Social Psychology* (July), 115-26; e Baron R.A. (1989). Personality and organizational conflict: effects of type A behavior pattern and self monitoring. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, (october), p. 281-98. Citação de Robbins (1993: 453).

uma intenção estratégica de colaboração e a qualidade da decisão, proporcionando soluções mais integrativas.

9. A CULTURA ORGANIZACIONAL

Falar hoje de cultura organizacional parece ser uma obrigação de tal modo o conceito, extravasando as fronteiras da investigação empírica se popularizou e ganhou adeptos entre todos quantos têm preocupações na área da gestão. E, se é um facto que já nos anos cinquenta alguns autores se referiam à cultura das organizações (Homans, 1950; Kroeber e Kluckhorn, 1952; Jacques, 1951)¹⁰, foi a partir do best seller de Peters e Waterman, "Na Senda da Excelência", publicado nos Estados Unidos em 1982 que o tema ficou na moda. A proliferação de publicações sobre esta matéria, nomeadamente nos Estados Unidos, procurando responder às expectativas dos gestores, referem-se à gestão pela cultura como a melhor forma de gerir eficazmente as empresas e propõem-lhes manuais de "receitas" para melhorar a eficácia e a eficiência organizacionais (Peters, 1990, em "Chaos management" propõe precisamente 9 receitas para uma boa cultura). Nos meios académicos, contudo tem-se posto a questão se se trata apenas de uma moda, ou se estamos perante uma verdadeira mudança de paradigma (Lopes e Reto, 1989 e 1990):

"Às organizações hipermodernas "já não basta gerir a partir do racionalismo (Taylor), da afectividade (Mayo), da racionalidade estratégica (Simon) mas têm que integrar um novo parâmetro, que é da ordem do simbólico o qual transforma a organização em local de

¹⁰ Veja-se a evisão de literatura de Rousseau (1988) e Denisson (1990)

Um dos primeiros autores a falar de cultura organizacional foi Elliot Jacques que definia: "a cultura de uma fábrica é o seu modo habitual de pensar e fazer as coisas, partilhada em maior ou menor grau por todos os membros e que os novos membros devem aprender e, pelo menos parcialmente, aceitar de modo a serem aceites na empresa ... A cultura é em parte uma segunda pele daqueles que já pertencem à organização há alguns anos". Citado por Denison (1990: 28)

produção de sentido e de valor. A sociedade mais geral perde assim o exclusivo da produção de ideologia passando esse papel a ser desempenhado preferencialmente pelo micro-social - a empresa"

e concluem:

"este novo paradigma de que a gestão pela cultura se reclama equivale a uma reformulação do problema da gestão a partir do *conhecimento técnico-científico do meio, da complexidade cognitiva dos actores sociais e da necessidade da organização se tornar o novo local de uma identidade simultaneamente individual e colectiva*".¹¹ (Reto e Lopes, 1989: 187).

daí a importância do estudo da cultura organizacional para uma melhor compreensão das representações dos diversos actores organizacionais.

As várias definições de cultura encontradas na literatura são relativamente constantes, remetendo para um sistema organizador das percepções e do modo de compreensão da realidade, ou seja um sistema de crenças.

O que atrás ficou dito não significa que a cultura organizacional seja homogénea. Schein (1985), recorre às teorias da dinâmica e crescimento dos grupos ao considerar a possibilidade de coexistirem diferentes sub-culturas no seio de uma organização, "cobertas" por uma "cultura-chapéu".

Quanto às origens das diferentes sub-culturas vários autores (Gomes, 1991; Lopes e Reto, 1990; Morgan, 1986) equacionaram-nas em termos de "locus da cultura". Lopes e Reto (1990: 63-64) identificaram os "loci" mais frequentemente citados na literatura:

- "1. Cultura de elite versus sub-culturas de base (no sentido que lhes dá Van den Hove quando se refere a organizações do tipo das burocracias profissionais: a sub-cultura de direcção é dominante face às outras sub-culturas);
2. Sub-culturas resultantes da divisão departamental da empresa, como produto da burocracia e da racionalidade técnica (Mintzberg, 1982)

¹¹ em itálico no original.

3. Sub-culturas resultantes da divisão horizontal e das categorias profissionais (Sainsaulieu); esta distinção parece particularmente importante nos países com uma tradição de forte estratificação social, ou seja países em que as castas continuam a estar presentes na sociedade, apesar da igualitarização política actual;
4. Sub-culturas resultantes das unidades autónomas (descentralização das empresas ou fusões). Este problema quando colocado ao nível transcultural deu origem a que se encarassem as culturas nacionais como se de verdadeiras sub-culturas se tratasse no interior de uma mesma empresa multinacional. (Hofstede);
5. Sub-culturas derivadas da modernização tecnológica (Van Maanen e Bradley);
6. Sub-culturas resultantes da diferença ideológica (Van Maanen, Bradley e Morgan);
7. Sub-culturas resultantes do ciclo de vida das organizações (Schein)"

Sem querer aprofundar muito a temática da cultura organizacional na instituição hospitalar, considera-se importante aprofundar duas perspectivas teóricas.

Ouchi (1986), ao comparar as diferenças entre os modelos de gestão norte americanos e japoneses, salienta a importância da cultura nacional. Adianta que a cultura japonesa dotou as empresas daquele país de uma cultura organizacional que as conduziu à eficácia e eficiência. Considera que as empresas americanas bem sucedidas são aquelas que desenvolveram culturas semelhantes à japonesa. Partiu da teoria X e Y de McGregor que desenvolveu para formular a teoria Z. A cultura Z implica a adopção de políticas de gestão de recursos humanos semelhantes às japonesas. Interessa-nos aqui salientar apenas os três mecanismos de integração que o autor distingue:

1. O controlo hierárquico ou controlo de tipo burocrático, é característico das organizações mecânicas. O trabalhadores não têm a noção do valor do seu trabalho, quem decide é a hierarquia. As relações que se estabelecem são de desconfiança, havendo necessidade de recorrer a contratos escritos e a

organizações sindicais para garantir a equidade nas relações laborais.

2. O controlo pelo clã fomenta a criação de um sentimento de cooperação entre os membros da organização que constituem uma comunidade de iguais e pretendem alcançar objectivos comuns. Fomenta-se o trabalho de equipa e a cooperação. Há pois que criar um sentimento de pertença, favorecer a emergência de um clima de confiança antes de procurar avaliar os desempenhos individuais.
3. O controlo pelo mercado, fomenta a adaptação da organização ao meio envolvente. As relações entre as pessoas e os grupos são de tipo competitivo, sendo o contributo individual directamente recompensado. Assim procura-se que o indivíduo assuma como seus os objectivos organizacionais.

Os três mecanismos podem coexistir na mesma organização, sendo a dominância de um deles que determinará o tipo de cultura vigente.

Uma outra perspectiva teórica refere a importância dos ciclos de vida das organizações. O modelo cultural de Quinn, que a seguir explicitamos, insere-se neste quadro teórico.

Para Quinn (Quinn, R., 1988; Quinn, R e Cameron, K.,1983; Quinn, R. e Rorhbauh, 1983), a cultura organizacional pode ser definida como o conjunto das crenças colectivas que se desenvolvem relativamente aos vários aspectos da vida organizacional (objectivos, critérios de eficácia, autoridade, liderança, tomada de decisão, motivação...).

O modelo dos valores contrastantes propõe uma grelha conceptual em torno de três dimensões:

- 1 - Flexibilidade/Controlo;
- 2 - Interno/Externo;
- 3 - Meios/Fins

O Modelo das Relações Humanas valoriza a flexibilidade e o enfoque interno, e tem como finalidade a coesão e o moral através do desenvolvimento dos recursos humanos. Realça a importância do consenso, do trabalho de equipa e da decisão participativa. O papel do líder é facilitar as relações interpessoais, gerir o conflito e permitir o desenvolvimento dos indivíduos.

O Modelo dos Sistemas Abertos caracteriza-se pela flexibilidade e a adaptabilidade à envolvente externa. Neste quadrante as empresas podem ser apelidadas de adocráticas ou inovadoras. O líder deve ser inovador e um mediador para conseguir os recursos necessários do meio envolvente externo.

O Modelo dos Objectivos Racionais preconiza o controlo e o enfoque para o meio externo. O planeamento e o estabelecimento de objectivos constituem meios para atingir a produtividade e eficiência. O sistema é definido como um instrumento económico racional que valoriza fundamentalmente o lucro. As funções do gestor são de direcção e planeamento da produção.

O Modelo Burocrático, ou do processo interno, tem como finalidade a estabilidade e o controlo que pretende conseguir através da comunicação e informação. Os papéis estão bem definidos e o sistema dispõe de regras que determinam o conteúdo das tarefas. As funções do gestor são essencialmente de controlo das regras e quotas de produção e de coordenar a estrutura e o fluxo do sistema.

O modelo dos valores contrastantes não preconiza uma boa cultura para atingir a eficiência. Pelo contrário, para Quinn cada organização contém em maior ou menor grau cada um dos quatro modelos; embora eles pareçam contraditórios, cabe ao gestor gerir o paradoxo, compatibilizando os opostos, tendo o cuidado de não se deixar arrastar por um fenómeno paradoxal onde os valores

positivos se transformam em negativos e a eficiência gera ineficiência. Só através do equilíbrio entre estes quatro modelos se poderá atingir a eficiência

Quinn e Cameron (1983) dão particular importância ao ciclo de vida das organizações, que seria explicativo da predominância de determinados valores. A organização, numa primeira fase de empreendimento, adopta os valores relativos aos sistemas abertos, de inovação, adaptação ao meio envolvente externo e procura obter recursos e apoio exterior. Numa segunda fase a organização orienta-se para as relações humanas, valorizando o envolvimento, a cooperação, a satisfação e o moral elevado dos membros da organização. Segue-se uma fase de formalização, dando ênfase ao controlo, à produtividade; num primeiro tempo, a organização procura o reforço dos processos internos, estabelecendo um conjunto de regras e regulamentos para mais tarde, na quarta fase do seu ciclo de vida, a maturidade organizacional, voltar para o polo externo, para renovar a sua estrutura.

O hospital apresentaria, tendo em conta o modelo dos valores contrastantes, uma orientação para o polo interno, valorizando as relações humanas e manifestando poucas preocupações para as necessidades dos utentes.

Cremadez (1992) insere-se numa perspectiva europeia ao adoptar o conceito de identidade. Conceptualiza a identidade como produto de certos factores políticos e organizacionais e produz modos de funcionamento específicos. Segrega um imaginário colectivo, isto é, uma percepção partilhada por todos os membros da organização. A identidade inspira-se e constrói paradigmas que condicionam a vida dos indivíduos na organização e constitui o fundamento do contrato psicológico do indivíduo com a organização.

A identidade na organização hospitalar teria por base três paradigmas, todos eles sofrendo actualmente grandes modificações.

O paradigma da medicina: o hospital, assente tradicionalmente em valores caritativos e humanitários, foi catapultado para o mundo do progresso científico e tecnológico obrigado a uma crescente especialização, obrigando os médicos a deixarem o exercício liberal da profissão para integrarem as instituições e a aumentar a interdependência. Passa-se de uma medicina organicista e positivista para uma concepção mais ecológica que procura integrar o indivíduo no seu meio envolvente. E por seu lado o médico tem de deixar a perspectiva individualista do exercício da profissão para aceitar as interdependências e a solidariedade entre os diferentes actores organizacionais.

O paradigma de serviço público está também a mudar. O reconhecimento da ineficácia dos serviços públicos que se transformaram em monopólios, e a constatação de que um sistema inicialmente pensado para servir a justiça social, acabou por ser fonte de desigualdade social, obrigam à procura de novas soluções. Os funcionários devem trocar o seu universo pouco satisfatório mas certo, por um universo de maior incerteza no qual podem contribuir de forma activa.

O paradigma do profissional, também sofre a influência das mudanças tecnológicas. A experiência profissional mantendo-se um factor importante da competência deixou de ser exclusiva. Assiste-se ao aumento da especialização e à regressão da autonomia das especialidades.

Estas mudanças sociais seriam responsáveis pela crise de identidade que o autor identificou nos hospitais franceses.

Cremadez (1992) considera o hospital como uma organização fechada ao seu meio envolvente. Refere que a identidade nos serviços de saúde assenta em factores políticos pouco claros. O poder da tutela está fragmentado devido à influência dos factores tecnocráticos e políticos. O líder da organização não consegue compensar esta falta de clareza nas directrizes, pois o seu poder é frágil – o seu mandato é temporário e corre o risco de ser posto em causa pelos seus seguidores. Este autor descreve a estrutura hospitalar como uma organização sem transparência e sem um simbolismo próprio. Estas características implicam um funcionamento isolado numa justaposição de células elementares e, conseqüentemente, uma representação extremamente pobre da organização e uma grande solidão por parte dos actores. Nestas condições, as bases do contrato psicológico com a organização são extremamente frágeis. indivíduos e organização exigindo pouco uns dos outros.

A ruptura do contrato psicológico, sendo justificada pelas recentes medidas de contenção orçamental, são interpretadas pelo autor como resultante do imaginário colectivo que impediria a percepção dos acréscimos de produtividade.

Em síntese, os vários modelos teóricos aqui abordados remetem-nos para uma organização muito diferenciada apresentando uma estrutura dual de autoridade (Goss, 1963), de ordem negociada (Strauss, 1963) e descrita como burocracia profissional (Mintzberg, 1982). A grande diferenciação requer estratégias de integração e de resolução dos conflitos adequadas. Os profissionais por seu lado procuram manter a sua autonomia e geram uma identidade organizacional fraca e fragmentada (Cremadez, 1992). A crescente necessidade de interdependência a que a sofisticação tecnológica vai obrigando os profissionais vem contrariar a marcada tendência para a

autonomia. Orton e Weick (1990), ao caracterizar os sistemas imperfeitamente conectados, referem como eles tendem a criar pressões no sentido da integração e referem como o líder pode desempenhar um papel determinante nesse sentido, nomeadamente através da focalização nos comportamentos controláveis e essenciais, deixando aos participantes uma grande margem de autonomia e liberdade no seu trabalho.

Constata-se uma grande semelhança nas descrições dos diversos autores analisados. Antes de analisar uma unidade hospitalar portuguesa, procurando as semelhanças ou diferenças com os vários modelos teóricos, parece-nos importante caracterizar o sistema de saúde nacional.

III

CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE EM PORTUGAL

Após a II Grande Guerra, o sistema de saúde na Europa pautou-se pela preocupação de generalizar a todos os cidadãos a prestação de cuidados de saúde. Nos anos sessenta, fase de expansão económica que marcou o auge do Estado-Providência, a quase totalidade da população estava coberta por um sistema de segurança social (sistema de saúde-doença ou serviço nacional de saúde). Durante os "30 gloriosos" anos de desenvolvimento económico, melhorou-se a prestação de cuidados não só quantitativamente, mas qualitativamente.

Portugal, devido ao atraso no seu desenvolvimento, ainda agravado pelo regime totalitário a que esteve submetido, só nos anos sessenta, inicia o desenvolvimento da área da saúde. Em 1971, Marcelo Caetano, aprova uma política de saúde que favorece os cuidados primários, e em 1974, a revolução de Abril proclama a instituição do Serviço Nacional de Saúde, que é confirmada pelos textos constitucionais posteriormente aprovados.

Em Portugal, a evolução do sistema de saúde desde os anos trinta foi marcada pela ideologia corporativa que imprimiu em toda a legislação uma concepção de assistência médico-sanitária, predominantemente caritativa. A filosofia subjacente preconizava a não intervenção do Estado nos problemas de saúde; o seu papel era meramente supletivo às iniciativas particulares do assistido ou de outras instituições, nomeadamente da Previdência Social. Este organismo, de acordo com os princípios corporativos, era financiado pelos sindicatos e pelos grémios. (Campos, 1983 e Ferreira, 1986)

A partir de 1946 e até ao início dos anos sessenta, o hospital foi considerado o elemento central do sistema de saúde. Teve início nesta data a ideia da "regionalização hospitalar, segundo a qual os hospitais deviam agregar-se em circunscrições de 3 níveis: o concelho, a região (o distrito) e a zona (conjunto de distritos) cooperando entre si e ampliando as suas responsabilidades no sentido ascendente. Também se previa a existência de «centros de convalescência e readaptação», «hospícios e brigadas móveis de assistência, socorro e colocação de doentes»" o que nunca chegou a funcionar (Campos, 1983: 38). É neste período que são construídos dois grandes hospitais escolares de Lisboa e Porto e os pequenos hospitais sub-regionais (hoje concelhos)

Vale a pena realçar o papel assumido pelas Misericórdias, fundadas no século XV, que constituíram verdadeiros centros de assistência a pobres, mendigos, vagabundos e doentes que proliferaram, perdurando até aos nossos dias, por todo o país, com uma missão caritativa, a cargo das ordens religiosas. As Misericórdias possuíam, nos anos quarenta a maioria dos hospitais regionais e sub-regionais e ainda um grande hospital central no Porto. Assumiram, assim, um importante papel na coordenação entre as actividades ligadas à assistência social e aos cuidados de saúde. Contudo a articulação com a previdência (dependente do Ministério das Corporações) só foi possível mais tarde, com a efectivação de acordos segundo os quais os fundos da previdência podiam suportar as despesas de saúde dos seus beneficiários.

Nos anos sessenta procurou-se a integração de todas as actividades de saúde, passando o hospital, a ser considerado uma estrutura superior, mas não central do sistema. O Estado intervém claramente na definição da política de saúde e no planeamento e assume a responsabilidade da execução. Procura-se minorar as assimetrias regionais e sociais, com o reconhecimento do direito à saúde por parte de todos os cidadãos.

Contudo a cobertura integral de todos os cidadãos só virá a realizar-se após a revolução do 25 de Abril de 1974.

Em 1974, para tentar suprir a falta de equipamentos e obedecendo à ideologia maioritária, os Hospitais das Misericórdias foram nacionalizados, vindo a ser devolvidos alguns anos mais tarde. A partir de 1985 assiste-se à construção de hospitais, até ao sobre-equipamento em certas regiões. Campos (1994) refere a existência de excesso de camas em alguns distritos, resultantes das pressões locais e partidárias.

Nos anos pós-revolução procura-se recuperar o atraso em termos quantitativos. Mas em matéria de qualidade de cuidados a população portuguesa ainda é prejudicada. Antes de analisar as causas desta situação, referir-se-á a organização actual dos serviços de saúde.

O Estado assume-se, portanto, como responsável pela concretização do direito à protecção e saúde previsto na Constituição e, em 1979, publica a Lei do Serviço Nacional de Saúde. O Estado assume o financiamento das instituições através do orçamento geral do Estado, e afirma, numa primeira fase a total gratuitidade do sistema (serão introduzidas posteriormente as taxas moderadoras para racionalizar a utilização das prestações¹¹ e com a publicação da Lei de Bases da Saúde, considerar-se-á a prestação de cuidados tendencialmente gratuita¹²).

A Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24/8), regulamentada pelo Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro, define as entidades intervenientes no sistema de saúde. Assim, a administração do sistema de saúde compete ao Estado, através do governo que define a política do Ministério da Saúde que propõe a definição dessa política, promove e vigia a sua execução. A administração do Serviço Nacional de Saúde

¹¹ Artigo 7º da Lei nº 56/79, de 15 de Setembro

¹² Base XXIV, alínea C, da Lei de Bases da Saúde, Lei nº 48/90, de 24 de Agosto

é cometida às cinco Administrações Regionais de Saúde recentemente criadas.

Quanto aos prestadores do sistema nacional de saúde, a lei refere que o Serviço Nacional de Saúde abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde e dependentes do Ministério da Saúde (hospitais e grupos de centros de saúde personalizados, que serão coordenados por unidades de saúde, a criar); as entidades públicas que desenvolvem actividades na área da saúde (promoção, prevenção e tratamento) dependentes ou não do Ministério da Saúde; e entidades privadas e profissionais livres que acordem com o Serviço Nacional de Saúde a prestação de cuidados ou actividades de saúde.

Assim, verifica-se que o Estado administra todo o sistema promovendo e fiscalizando a sua qualidade.

A responsabilidade pelo financiamento do Serviço Nacional de Saúde foi atribuída, a partir de Janeiro de 1995, às Administrações Regionais de Saúde descentralizadas e regionalizadas. Anteriormente, o financiamento das instituições integradas no Serviço Nacional de Saúde era da responsabilidade do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (resultante da integração do Instituto de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde e do Serviço de Informática do Ministério da Saúde, em Setembro de 1993).

Antes da descentralização, a ARS administrava as instituições prestadoras de cuidados de saúde primários. Compete-lhe igualmente a recolha de todas as receitas e o pagamento de todas as despesas dos serviços nela integrados.¹³

O Estatuto do Serviço Nacional de Saúde afirma a necessidade de acabar com a dicotomia entre os cuidados primários e os cuidados diferenciados, procurando integrar os cuidados de saúde em unidades de saúde e fixando normas de articulação provisórias entre os hospitais e os centros de saúde.

¹³ artigos 12º, 13º do decreto-lei nº 254/82, de 29 de Junho

Estas recentes alterações legislativas não vêm contudo modificar a tutela do Estado a todos os níveis. O Estado é proprietário, o Estado administra, o Estado financia através do seu orçamento geral, o Estado impõe as normas de gestão através da regulamentação do funcionalismo público.

O Serviço Nacional de Saúde não detém o monopólio da cobertura à população. Existem outros subsistemas como a ADSE (que cobre os funcionários públicos), os serviços sociais do Ministério da Justiça, a ADME (para as forças armadas e militarizadas), o SAMS (do sector bancário) e subsistemas privados como os seguros que cobrem cerca de um terço dos portugueses.

É, no entanto, o Estado, como faz notar Campos (1994), que decide da construção de novos hospitais públicos, da remodelação ou ampliação dos existentes ou do encerramento de serviços. As autarquias locais apenas intervêm para conceder os terrenos e infra-estruturas necessários. As entidades privadas, como as empresas ou as organizações não governamentais, (por exemplo, as misericórdias) não intervêm no processo.

Quanto aos prestadores retomaremos a tradicional caracterização relativa aos cuidados de saúde, pesem embora as críticas dos profissionais a esta nomenclatura, por considerarem a saúde indivisível. Assim, distinguir-se-ão cinco níveis na prestação de cuidados à população:

1. Prevenção
2. Cuidados de saúde primária
3. Cuidados diferenciados
4. Cuidados diferenciados de ponta
5. Cuidados de retaguarda

O actual sistema prevê que os centros de saúde assegurem a prevenção e os cuidados de saúde primários, através dos médicos de família e, dos Serviços de Atendimento Permanente (SAPs) onde prestam serviço clínicos gerais. Estes serviços funcionam quer em

permanência quer até às 20 horas, dando resposta a situações de urgência para os casos mais frequentes que não requerem cuidados mais diferenciados.

As situações que exigem a intervenção de especialistas ficam a cargo do hospital. Os hospitais distritais diferenciam-se consoante o número de valências médicas ou serviços. O grau de diferenciação é o critério essencial para a concessão do financiamento.

Os hospitais centrais constituem a estrutura mais pesada de todo o sistema, assegurando todas as especialidades médicas e aceitando os casos agudos ou requerendo tratamentos de ponta quando o hospital distrital não tem meios para dar resposta.

Finalmente para assegurar a convalescência ou o isolamento imposto por determinadas doenças, existem os hospitais de retaguarda, que requerem essencialmente cuidados de enfermagem e uma assistência médica mínima.

A figura 3 procura resumir a organização do sistema de saúde:

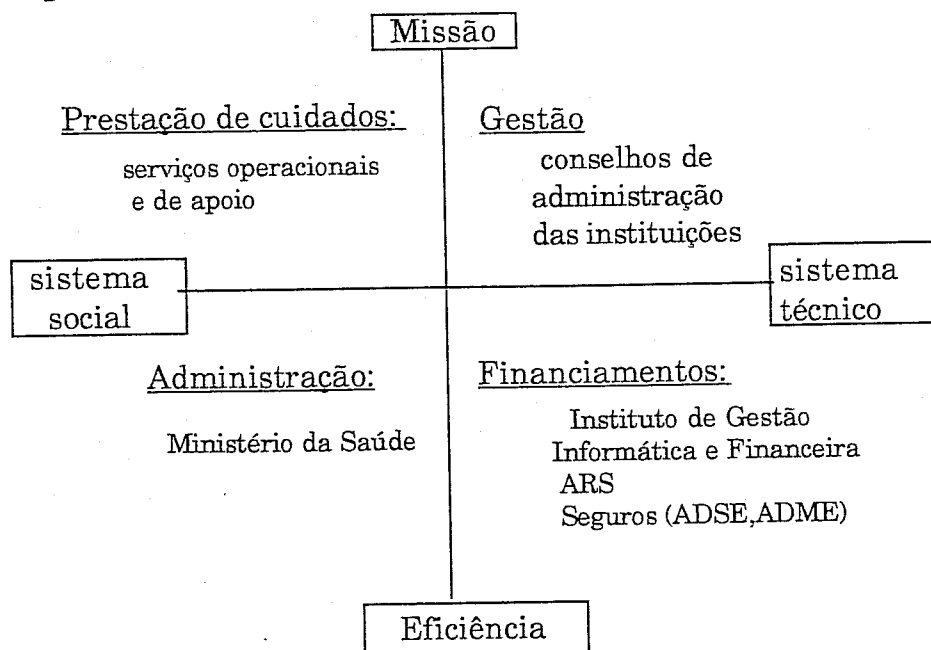


Figura 3: caracterização do sistema de saúde em Portugal
(esquema adaptado de Lopes, A., em documentação fornecida nas aulas)

O sistema social, ou seja o cidadão, influencia, através do sufrágio ou eventualmente de outras formas de consulta pública, a tomada de decisão do promotor, do legislador, bem como a sua avaliação de todo o sistema. Vimos atrás que é ao Estado que cabem as decisões, não havendo mecanismos que permitam a participação, do poder local, das organizações não governamentais, ou de associações e empresas privadas.

Os prestadores de cuidados, ou seja a componente que trabalha está em contacto com o sistema social, representado pelo cliente da organização. Note-se que em Portugal não existe a perspectiva do cliente. O cidadão doente é um utente dos serviços que se comportam como tendo o monopólio dos cuidados de saúde. A própria concepção de serviço público tem favorecido o sentimento de que é inútil um conhecimento mais aprofundado do cliente. Esta tendência é ainda mais acentuada fora dos grandes centros urbanos onde a medicina privada, ou seja uma hipotética capacidade de escolha por parte do cliente, é verdadeiramente insipiente.

Quanto à componente técnica ela caracteriza-se pelo financiador, fornecedor de recursos, garante do funcionamento do sistema. Como se referiu, os financiadores são o utente (directamente, através das taxas moderadoras e indirectamente através do pagamento das prestações sociais e dos impostos), o Estado, e os outros subsistemas públicos ou privados. Toda a população está coberta pelo Serviço Nacional de Saúde mas mais de metade (51,8%) dos cuidados de saúde são prestados por entidades privadas (Ramos, 1994: 72-73). Contudo o Serviço Nacional de Saúde dispensa também serviços, nomeadamente hospitalares, aos beneficiários dos outros subsistemas. Ainda segundo o mesmo autor, os hospitais absorvem 49,1% dos recursos financeiros para a saúde. Os cuidados de saúde primários recebem apenas cerca de 21% das verbas.

É pois de salientar que apesar dos responsáveis afirmarem o primado dos cuidados de saúde primária, estes números mostram um reforço de uma opção "hospitalocêntrica", explicada em parte por imperativos tecnológicos e por razões de visibilidade eleitoral (Ramos, 1994: 71)

Quanto à gestão do sistema, é concedida autonomia administrativa e financeira aos prestadores de cuidados, e nomeadamente aos hospitais.

Carapinheiro (1993: 22), realçando a posição central do hospital, salienta,

"é como se as políticas hospitalares, em todos os seus vectores de acção, ... determinassem, em última instância, as orientações fundamentais das políticas de saúde em geral, conduzindo as trajectórias dos profissionais não hospitalares e as trajectórias dos doentes".

justificando-se, assim a opção de aprofundar apenas o sistema de gestão hospitalar.

Constatando-se que em Portugal se confia na alteração do quadro legal para implementar a mudança, há pois necessidade de analisar a lei de gestão hospitalar que consubstancia a estrutura funcional e as relações de poder entre os vários intervenientes.

A Lei nº 19/88, de 21 de Janeiro, regulamentada pelo Decreto Regulamentar nº 3/88, de 22 de Janeiro, afirma a intenção de gerir os estabelecimentos hospitalares em moldes empresariais para o que prevê a criação de centros de responsabilidades (ou centros de custo) e a desconcentração da tomada de decisão. O órgão de gestão do hospital é o conselho de administração, composto pelo director do hospital, o administrador delegado, o director clínico e o enfermeiro director dos serviços de enfermagem.

O Director do Hospital é nomeado pelo Ministro da Saúde de entre individualidades de reconhecido mérito, experiência e perfil e tem funções de assegurar o cumprimento das normas e regulamentos

aplicáveis ao hospital e representar o hospital. O Ministro da Saúde escolhe o director que por sua vez escolhe o administrador e os restantes membros do conselho de administração. Cria-se assim "uma pirâmide de confiança pessoal e política que percorre todos os membros da administração" (Delgado, 1989), garantindo o cumprimento integral da política do governo em matéria de saúde. Os critérios de competência técnica que poderiam advir da nomeação de profissionais de administração hospitalar, conhecedores da especificidade organizacional, são ignorados.

Ao invés da lei anterior (Decreto Regulamentar nº 30/77, de 20 de Maio) que previa a eleição de um médico e de um enfermeiro para o então denominado conselho de gerência e o provimento do lugar de administrador por concurso público, a lei actual prevê a nomeação do director do hospital que, por sua vez, propõe os restantes elementos. Os cargos de director do hospital e de administrador delegado deixam, portanto, de ser atribuídos exclusivamente aos profissionais, (respectivamente médico e administrador hospitalar) passando a sua nomeação a obedecer a critérios de confiança política.

Delgado (1989), analisou as modificações introduzidas na gestão hospitalar pela legislação nos últimos 20 anos, e conclui que com esta lei de gestão hospitalar a liderança do médico na gestão dos hospitais terminou. As principais características desta lei são a concessão ao ministro da tutela do poder discricionário na nomeação do director do hospital e dos restantes elementos do conselho de administração, referindo-se um perfil pouco preciso e retirando ao médico a prerrogativa de ser o presidente do conselho de administração, bem como a garantia dos médicos e enfermeiros nomeados pertencerem ao hospital.

Considera Delgado (1989: 53) menos correcta a inclusão dos titulares de órgão de direcção técnica (director clínico e enfermeiro director) no conselho de administração:

"este órgão que define a estratégia do hospital e traça os principais objectivos deve perspectivar as suas decisões tendo em conta as necessidades da comunidade que serve e as formas globalmente mais adequadas e eficientes para as satisfazer.

Estas questões colocam-se necessariamente acima da correcção técnica do actos praticados no âmbito da Medicina e Enfermagem."

... correr-se-iam "riscos de se perderem ou pelo menos desvalorizarem os aspectos estratégicos e globais da organização e se sobrevalorizarem aspectos de natureza técnica e corporativa".

A participação activa dos profissionais ao nível estratégico, tendo em consideração a caracterização do hospital enquanto burocracia profissional, parece fundamental, nomeadamente quando a lei define um perfil profissional de tal forma amplo e vago que não garante um director conhecedor da especificidade do papel que lhe está reservado. Como teremos oportunidade de referir, é impossível gerir um hospital sem o apoio do centro operacional.

O Decreto Regulamentar nº 3/88, de 22 de Janeiro, prevê igualmente a existência de órgãos de apoio técnico com o objectivo de coadjuvar o conselho de administração e os órgãos de direcção técnica, dando pareceres técnicos e integrar as actividades dos profissionais. São eles o conselho técnico, a comissão médica, a comissão de enfermagem e a comissão de farmácia e terapêutica. Constituem pois instância de coordenação importante das actividades do centro operacional.

Os serviços de acção médica são geridos pelos directores de serviço – médico do quadro, que possua o grau mais elevado na carreira (podendo ter o grau de assistente hospitalar ou chefe de serviço). Caso exista mais de um médico nestas condições, o lugar será provido por nomeação. Os cuidados de enfermagem do serviço serão supervisionados por um enfermeiro-chefe, grau da carreira de enfermagem. Deixaremos a análise deste nível hierárquico, pois constitui objecto do trabalho agora apresentado.

Podemos pois concluir que se continua, em Portugal, a apostar num sistema de saúde "hospitalocêntrico". Trata-se por outro lado de um sistema que é gerido, financiado, executado e controlado pela mesma entidade, o proprietário, o Estado. Não existe regulação do sistema, não existe competição. A organização alimenta-se a si própria, crescendo como burocracia que é. Não introduzindo a lógica do mercado e da competição acaba por ser um sistema que não se aperfeiçoa.

Face ao exposto, parece-nos oportuno perguntar se o Estado não acaba por impor um modelo de gestão mais próximo da burocracia mecânica que da burocracia profissional, embora a lei não constitua, como vimos, factor condicionante da estrutura organizacional. Procurar-se-á, através do estudo de um pequeno hospital distrital da região algarvia, que apresentamos seguidamente, por em evidência a estrutura emergente.

IV METODOLOGIA

1. UM ESTUDO MONOGRÁFICO

As dificuldades com que nos defrontámos no decorrer deste trabalho, e que adiante relatamos, fragilizaram a nossa base empírica, impossibilitando-nos a formulação de uma hipótese de investigação a testar. Encontramo-nos assim perante um estudo monográfico, ao longo do qual não deixaremos de procurar, com o rigor que se impõe a um trabalho desta natureza, por em evidência algumas das características mais marcantes da unidade hospitalar escolhida.

Assim, procuramos analisar a estrutura do HDE, um pequeno hospital, criado como hospital de retaguarda pela Misericórdia local e que evoluiu, sendo hoje um hospital distrital. Perguntámo-nos se a estrutura emergente apresenta as principais características enunciadas pelos vários autores, e nomeadamente as da burocracia profissional descrita por Mintzberg (1982). Se a lei de gestão hospitalar de 1988 não impõe, mas não impede inequivocamente, como atrás referimos, esta configuração estrutural, consideramos pertinente verificar em que medida a estrutura emergente apresenta as características de uma burocracia profissional.

2. O CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO

Este trabalho foi inicialmente delineado numa perspectiva mais ampla, procurando encontrar uma resposta para os casos que começaram a surgir no nosso país relativamente a incidentes que remetiam para negligência dos profissionais.

Colocou-se assim como pergunta de investigação: poderá uma burocracia profissional, caracterizada por uma grande diferenciação horizontal e grande autonomia dos profissionais, fazer face eficazmente a problemas de rotina?

Elaborou-se um questionário dividido em duas partes: numa primeira parte procurava-se confirmar a configuração estrutural da burocracia profissional (Mintzberg, 1982; Miller e Friesen, 1984) e numa segunda parte, utilizando a técnica dos incidentes críticos (Flanagan, J., 1954), procurou recolher-se um conjunto de eventos que demonstrassem a hipótese de que se tratava de acontecimentos essencialmente rotineiros.

Escolheram-se dois hospitais para implementar o estudo: o Hospital Distrital de Faro e o Hospital Garcia de Orta, em Almada. Contudo dificuldades de ordem vária impediram a recolha de dados em ambos e obrigaram à reformulação de todo o trabalho e das hipóteses de investigação.

O trabalho de campo teve início em Setembro de 1993, no Hospital Distrital de Faro. Foi efectuado o pré-teste do questionário e no mês seguinte iniciou-se o estudo.

O clima social neste hospital era de grande tensão e desconfiança. A maioria das pessoas temia que as suas respostas fossem identificadas e lidas pelo Conselho de Administração. Em Dezembro, verificou-se que o conflito profissionais administração estava de tal forma agudizado, que se tornava impossível realizar o estudo naquela instituição. (Os médicos exigiam então a demissão da administração, ao que esta respondeu de forma autoritária, o que apenas contribuiu para a agudização do conflito).

No Hospital Garcia de Orta, hospital de grandes dimensões, as razões do insucesso devem-se possivelmente ao não

acompanhamento do estudo pessoalmente. Apenas se efectuaram algumas reuniões com directores de serviço e chefias de enfermagem. A pessoa encarregue de acompanhar o preenchimento do questionário, embora muito esforçada, não dispunha do tempo necessário a uma tal tarefa. Um outro conjunto de razões prende-se certamente com a marcada tendência para a autonomia dos profissionais.

Em Janeiro de 1994, o estudo foi reiniciado no HDE . Tendo em conta a experiência anterior, adoptaram-se procedimentos diferentes de modo a garantir uma imagem de completa confidencialidade aos respondentes. A fraca percentagem de respostas obrigou-nos a reformular a hipótese inicial.

3. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

O presente estudo desenvolveu-se num pequeno hospital do Sul do País. Foi construído em finais da década de sessenta, como hospital da misericórdia, ou seja um hospital de retaguarda. Após a revolução de 1974 foi nacionalizado e integrado no Serviço Nacional de Saúde, sendo hoje um hospital distrital.

Em 1973, tinha 70 camas, e desenvolvia as suas actividades em três pisos. Um piso para mulheres, um piso para homens e uma maternidade. Contava ainda com um serviço de urgência quase inexistente, um pequeno bloco operatório, uma farmácia e alguns órgãos de apoio. Atendia nessa altura cerca de vinte doentes por dia, dos quais grande parte apenas necessitava de cuidados de enfermagem. Desempenhava, pois, funções de hospital de retaguarda. A partir de 1977 as administrações sucessivas empreenderam um esforço de transformação, criando as valências médicas diferenciadas e autonomizando os serviços. Hoje o HDE tem 140 camas e 20 berços e camas de pediatria. O serviço de

urgência atende cerca de 170 doentes por dia, número que triplica nos meses de verão, com o afluxo de turistas à região.

Quanto à estrutura, o HDE tem no vértice estratégico um órgão colegial, o Conselho de Administração, presidido pelo Director do Hospital. O Administrador Delegado superintende as áreas de apoio administrativo e de apoio logístico enquanto o Director Clínico e o Enfermeiro Director são responsáveis pelos serviços operacionais, respectivamente das áreas médicas e técnicas e da área de enfermagem. (Veja-se para mais pormenores o organograma, em anexo nº 1).

O número de profissionais e outros trabalhadores aumentou muito, contando hoje 374 pessoas, assim distribuídas:

PROFISSÃO	QUADRO		ALÉM QUADRO		TOTAL
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	
Administração	3	1			4
Administrador hospit	2	1			3
Administrativo	6	24	1	24	55
Técnico superior	2		3	2	7
Médico	30	21	14 (*)		65
Enfermeiro	13	71	6	9	99
Técnico	6	22	2	7	37
Auxiliar e operário	20	52	11	21	104
TOTAL	82	192	37	63	374

(*) o sexo não discriminado

Quadro 1: distribuição do pessoal do HDE por profissão

4. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Foram realizadas entrevistas aos quatro membros do Conselho de Administração (Director do Hospital, Administradora-Delegada, Director Clínico, Enfermeiro Director), aos dois adjuntos do Director Clínico (o Director do Serviço de Urgência e o Director da Consulta Externa). Foram ainda entrevistados os Directores de Serviço de Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina, Oftalmologia, Pediatria, Laboratório e Farmácia; a Enfermeira Supervisora e os enfermeiros chefes efectivamente nomeados para o cargo (enfermeiros chefes de Cirurgia, Esterilização, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina e Pediatria).

O questionário foi distribuído a médicos, enfermeiros, técnicos das áreas operacional e administrativa e a administrativos, pertencentes ou não ao quadro do hospital, num total de 220 pessoas. O número de respondentes não ultrapassou 77 (cerca de 35%), assim distribuídos:

16 médicos

37 enfermeiros

4 técnicos da área operacional

6 técnicos da área administrativa (incluindo administradores hospitalares)

14 administrativos

Quanto ao sexo a amostra pode ser caracterizada do seguinte modo:

Médicos		Enfermeiros		Técnicos operacionais		Técnicos administrativos		Administrativos		Total	
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
10	6	10	27	4	0	3	3	2	12	29	48

Quadro 2: caracterização da amostra, por profissão e sexo

Quanto às habilitações académicas, têm licenciatura os médicos e 5 enfermeiros (14% da amostra), 1 técnico da área operacional e os 6

da área administrativa. 22 enfermeiros (59,5% da amostra) e 2 técnicos da área operacional possuem o bacharelato. Com o ensino complementar a amostra conta 5 enfermeiros, 1 técnico da área operacional e 7 administrativos (50%). 5 enfermeiros e 7 administrativos possuem habilitações inferiores.

Exercendo funções de chefia a amostra conta 22 pessoas (4 médicos, 10 enfermeiros, 1 técnico da área operacional, 4 técnicos da área administrativa e 3 administrativos) e 75% pertencem ao quadro do Hospital (11 médicos, 32 enfermeiros, 3 técnicos da área operacional, 2 da área administrativa e 10 administrativos).

5. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

5.1. O guião de entrevista

Pretendeu-se com as entrevistas caracterizar a estrutura do HDE e avaliar em que medida dela emergem as características da burocracia profissional de Mintzberg (1982). O guião de entrevista procura assim cobrir as principais dimensões desta configuração estrutural (itens 7 a 9, 15 a 20, 22 a 28). Incluíram-se igualmente algumas das dimensões consideradas por Cremadez (1992) procurando integrar o hospital no seu meio envolvente (itens 3 a 6, 10, 12 a 14 e 29). O item 21 procura analisar as relações entre os médicos e enfermeiros, postulando-se a existência de diferenciação entre estas duas profissões. Assim o guião de entrevista (anexo 2) integra os seguintes aspectos:

- A estrutura do hospital: centralizada ou descentralizada

- A diferenciação da estrutura, analisada através da avaliação das especialidades existentes. Análise da identidade dos participantes
- Os conflitos no seio do centro operacional, do centro operacional com serviços de apoio administrativo ou com os sindicatos.
- Integração das actividades inter serviços (qualidade das relações entre os vários serviços do centro operacional, deste com serviços de apoio técnico, serviços de apoio logístico e Conselho de Administração)
- O planeamento ou estabelecimento de objectivos.
- Negociação de objectivos no seio do centro operacional. A eficiência
- As relações com o meio envolvente, as relações com os utentes, definição dos concorrentes, dos fornecedores, as relações com a tutela.

5.2. O questionário

O questionário (anexo 3) é composto por três partes distintas. Numa primeira parte procuramos confirmar a estrutura, como burocracia profissional, numa segunda parte pretendia-se analisar o modo como a organização soluciona os seus conflitos, e finalmente numa terceira parte, procurava-se recolher incidentes críticos de modo a confirmar que a maioria dos incidentes surge em relação a problemas rotineiros.

Relativamente à primeira parte baseámo-nos na operacionalização que Miller e Friesen (1984) fazem a partir das configurações de Mintzberg (1982). Os itens 1 a 3, 7 a 9, 15, 21, 23 e 26 constituem uma adaptação do trabalho de Miller e Friesen. Os itens 12 a 14, 16, 20 e 22 relacionam-se mais directamente com a descrição que Mintzberg (1982) faz

da burocracia profissional. Incluímos igualmente algumas questões relativas às condições do exercício da profissão e ao clima organizacional, por solicitação das pessoas que responderam ao pré-teste (nomeadamente os itens 10, 11, 24, 25, 27 e 28)

Tendo em consideração o desconhecimento da organização hospitalar aquando do início do trabalho e o receio de viciar o estudo devido a desvios ou teorias implícitas, optámos por um questionário de resposta aberta, o que, de certo modo, constituiu a razão da fraca representatividade da amostra.

A primeira parte do questionário aborda assim como dimensões:

- Meio envolvente, procurando caracterizá-lo em termos de dinamismo/estabilidade e pretendendo avaliar a possível hostilidade através da imagem que o utente tem dos serviços, diferenciando o utente residente do turista nacional e estrangeiro.
- Estrutura organizacional, procurando pôr em evidência a descentralização vertical e a participação das pessoas.
- Controlo. Procurava avaliar em que medida os profissionais se consideram autónomos, bem como a qualidade do controlo e a avaliação do desempenho.
- Trabalho de equipe: procura pôr em evidência o trabalho interdependente e o modo como são coordenadas as actividades.
- Aprofundaram-se um pouco mais as questões da coordenação inter-serviços e da possibilidade de surgirem conflitos de coordenação.
- Conflito: Procuramos também pôr em evidência até que ponto existe concordância dos trabalhadores relativamente à orientação do vértice estratégico.

- Comunicações internas aos vários níveis - avaliação da qualidade das comunicações.
- Existência de recursos suficientes (recursos materiais e humanos)
- Formação proporcionada pelo hospital. Reconhecendo-se a importância da formação neste tipo de organizações incluiu-se uma questão sobre a matéria.
- Sucesso organizacional, para avaliar o acordo com a estratégia seguida.
- Avaliação das condições de trabalho, do clima organizacional e do problema da humanização dos serviços, foram questões incluídas para responder às solicitações dos inquiridos no pré-teste.

Na segunda parte do questionário abordava-se a questão da resolução dos conflitos. Tendo em consideração que o hospital é uma organização com grande diferenciação horizontal e que os profissionais gozam de considerável autonomia, poderá ser interessante analisar como são solucionados os conflitos. Lembre-se que Lawrence e Lorsch (1973) concluíram que as organizações com melhores resultados adoptaram os procedimentos adequados para a resolução dos conflitos interdepartamentais.

Pretendia-se avaliar o modo como as pessoas percebem a forma de resolução de conflitos no Hospital. Para tal, e procurando evitar a desejabilidade social que podem ser suscitadas pelas cinco "intenções estratégicas" de Thomas (1992), elaborou-se um questionário de vinte provérbios (à semelhança da metodologia adoptada por Lawrence e Lorsch, 1973: 221). Procurou-se retratar as cinco intenções estratégicas de Thomas (1992): a competição, acomodação, colaboração, compromisso e evitação do conflito.

COMPETIÇÃO (ganha-perde)

1. A razão do mais forte é a melhor
6. Onde há força, direito se perde
11. Fraco uma vez, fraco sempre
19. Olho por olho, dente por dente

ACOMODAÇÃO CONFLITO (perde-ganha)

2. Mata os teus inimigos com bondade
7. É com palavras amáveis que se ganham os corações mais duros
10. A simpatia facilita a vida
15. Se te atirar pedras, responde com flores

COLABORAÇÃO (ganha-ganha)

3. Há que falar muito para conseguir descobrir a verdade
8. Procura até encontrar, não terás perdido tempo
14. A boa decisão advém do conhecimento do assunto, mais que da razão da maioria
20. A verdade ainda que amarga se traga

COMPROMISSO OU NEGOCIAÇÃO (ganha e perde - ganha e perde)

4. Mais vale um pássaro na mão que dois a voar
9. Ajuda-me que eu te ajudarei
13. De dois males, escolhe o menor
16. Mais vale pouco que nada

EVITAÇÃO OU FUGA AO CONFLITO (perde-perde)

5. Numa discussão, louvado seja quem primeiro se cala
12. É mais fácil não combater que parar a batalha
17. Na discussão, perde menos quem calar sabe
18. Quanto mais se mexe na porcaria, mais ela cheira mal

Para avaliar a possível satisfação das pessoas relativamente ao modo como são geridos os conflitos no hospital, o questionário de conflito compreendia duas partes: uma em que se lhes perguntava como são habitualmente solucionados os conflitos e outra pedia-lhes que dissessem como desejariam ver solucionados os conflitos.

Como hipótese, considera-se que os grupos profissionais se diferenciam, quer quanto ao modo como percebem que os conflitos, quer relativamente à resolução desejável.

Foi impossível tratar esta parte do questionário por inconsistência interna. Seria necessário dispormos de uma amostra maior para proceder a esta análise. Os factores competição e evitação obtêm os alfa de Cronbach mais elevados (respectivamente .48 e .50), inviabilizando a prossecução desta parte do estudo.

A terceira parte do questionário – destinada à recolha de incidentes críticos – permitiria testar a hipótese inicial deste trabalho, a saber que os incidentes ocorriam essencialmente em resposta a problemas rotineiros. Contudo os incidentes recolhidos foram poucos, e desses só uma ínfima parte referia situações concretas de trabalho, inviabilizando assim o design de investigação inicial.

O questionário termina pela caracterização do inquirido. Dos dados sociológicos recolhidos, apenas a profissão se revelou pertinente, tendo em conta a fraca representatividade da amostra. Fraccionou-se a amostra em quatro grupos – médicos, enfermeiros, técnicos e administrativos e pessoal de apoio logístico.

A natureza do vínculo à organização, variável com dois níveis, (elemento pertencente ao quadro da instituição ou em regime de prestação de serviço) poderia explicar diferenças nas percepções dos inquiridos. O regime de trabalho poderia explicar alguma variabilidade dos dados. Do mesmo modo se pretendeu analisar a antiguidade na organização. Estas variáveis acabaram contudo por não poderem ser consideradas, devido à falta de representatividade dos dados.

5.3. As reclamações

No sentido de obter o ponto de vista do utente, e ainda esperando poder obter alguns incidentes críticos, analisaram-se as reclamações dos últimos dois anos (1993 e 1994). Verificamos contudo que da maioria das reclamações não nos permitia também testar a hipótese inicial. Poderemos analisar, com estas reclamações, a opinião de alguns utentes.

6. TRATAMENTO DOS DADOS

6.1. As entrevistas

As entrevistas foram submetidas a uma análise de conteúdo temática, em que as categorias foram sendo definidas por aproximações sucessivas. (Bardin, 1977; Vala, 1986).

Escolheu-se o tema como unidade de registo, procurando os "núcleos de sentido" (Bardin, 1977: 104) integrantes do discurso dos entrevistados e cuja presença é significativa tendo em conta o objecto de investigação.

Definimos como unidade de contexto a entrevista individual, para podermos trabalhar um corpus suficiente e por outro lado, tendo em conta que o entrevistado não enuncia o tema de uma só vez, regressa, por vezes, ao assunto, alguns minutos depois.

Como unidade de enumeração, escolhemos a frequência com que o tema é referido. Contamos para isso o número de frases

referentes ao tema em cada uma das entrevistas. Partimos assim do princípio de que a importância que cada um dos indivíduos atribui ao tema é função da sua frequência de aparição.

Obtivemos deste modo um conjunto de categorias, que após sucessivas aproximações, reduzimos a dezoito e que comparamos com o modelo da burocracia profissional procurando as semelhanças e diferenças significativas.

Assim, definimos a profissão como variável independente e sujeitámos as categorias definidas, variável dependente, a um teste t de Student. Por se tratar de uma amostra pequena não se justificavam técnicas estatísticas mais sofisticadas. O teste t de Student para duas amostras não relacionadas permite determinar se as diferenças entre as médias de dois grupos é devida ao acaso (ou a outros factores não analisados) ou se essa diferença reflecte um comportamento significativamente diferente relativamente à variável em estudo.

6.2. O questionário

As respostas a cada uma das questões do questionário, tendo em conta o pequeno número de respondentes, não nos permitiram estabelecer categorias mais finas ou diversificadas. Optámos por dicotomizar as respostas, e tratá-las como resposta sim/não, submetendo-as ao teste de qui-quadrado, na maioria das vezes com correcção de Yates para pequenas amostras.

O teste do qui-quadrado é o único que nos permite analisar variáveis categóricas. A sua principal desvantagem é necessitar de um número mínimo de casos, o que nos obrigou a considerar apenas duas categorias para cada variável. Este

teste compara as frequências observadas, numa dada tabela de contingência, com as frequências esperadas. A hipótese nula neste teste é de que as diferenças observadas são devidas ao acaso. Se as frequências observadas forem inferiores a cinco, os dados devem ser examinados com cautela pois os resultados podem ser afectados. Neste caso, há que introduzir uma correcção – a correcção de Yates – indicada para evitar uma aparente relação entre grupos, apenas devida à exiguidade das amostras.

Tendo em consideração a não representatividade da amostra não se trataram todos os itens do questionário. Os resultados apresentados referem-se apenas as respostas que permitem tirar algumas conclusões, confirmando ou contradizendo os as entrevistas, devendo contudo ser interpretados com a devida cautela.

6.3. As reclamações

As reclamações foram analisadas sob três aspectos que nos parecerem mais significativos:

- o tipo de problema levantado
- a profissão visada (quando se justifique)
- o serviço visado

A natureza dos dados não nos pareceu justificar outro tipo de análise, pelo que apenas referimos as frequências e respectivas percentagens.

7. PROCEDIMENTOS

No HDE o questionário foi distribuído aos enfermeiros, por intermédio dos enfermeiros chefes, após uma reunião em que foram explicados os objectivos do estudo. Na área administrativa, sendo mais fácil o contacto individual, o questionário foi distribuído pessoalmente a cada funcionário.

Relativamente aos médicos, realizaram-se contactos mais individualizados com uma parte dos médicos e solicitou-se o apoio dos directores de serviço para a sua distribuição. Mais tarde, face à pequena percentagem de respostas destes voltou a tentar-se o contacto individual, no serviço de urgência, procurando através de um novo contacto individual motivar estes profissionais para a resposta.

As respostas foram recolhidas em envelope fechado, para garantir o máximo de confidencialidade.

Realizaram-se 19 entrevistas semi-directivas com os quatro membros do Conselho de Administração, nove directores de serviço e seis enfermeiros chefes. As entrevistas foram gravadas (como consentimento dos entrevistados) e a maioria realizou-se no gabinete dos entrevistados.

V OS RESULTADOS

Procurámos no discurso dos entrevistados e no questionário ver se emergiam as características de uma burocracia profissional. Analisámos, pois, em primeiro lugar, as entrevistas, depois, os dados do questionário e finalmente, para incluir mais directamente a perspectiva do cliente, analisámos as reclamações.

1 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

A partir das dezoito entrevistas efectuadas procuramos pôr em evidência as principais características da burocracia profissional, nomeadamente ao nível do centro operacional.

1.1. Descentralização horizontal dos serviços.

Os serviços constituem unidades independentes uns dos outros. Todos os directores dos serviços clínicos entrevistados afirmam, com maior ou menor intensidade, não saber o que se passa nos outros serviços, e apenas considerarem relevantes as questões relacionadas com o seu próprio serviço. O quadro 3 mostra-nos, por presença ou ausência de elementos no discurso dos indivíduos que parece existir uma diferença entre os directores dos serviços clínicos e os restantes entrevistados, relativamente ao conhecimento do funcionamento do hospital.

	<i>Conselho de Administração</i>				<i>Directores de Serviço</i>								<i>Enfermeiros</i>					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
conhecimento do hospital do serviço	1	1			4	1	4	1	2	1		1		1	1			1

Quadro 3: conhecimento ou desconhecimento do que se passa nos outros serviços

Salientem-se alguns exemplos:

"os objectivos do HDE , eu não os conheço. Não sou gerente. Apenas posso dar algumas opiniões" (nº 5, note-se contudo que se trata de um dos adjuntos do director clínico).

Relativamente ao plano de actividades e às propostas de investimento dos serviços

"Não temos nada a ver com os outros serviços." (nº 7) *"eu não sei o que se passa nos outros serviços"* (nº 8).

Conteúdos idênticos são referidos pelos directores de serviços 9 e 10 e pelo outro adjunto do director clínico do hospital. E será de salientar:

"A maioria dos doentes chegam ao hospital já referenciados e estudados, ou pela consulta externa ou pela urgência" (nº 6)

Note-se que o termo hospital é aqui empregue no sentido de serviço, uma vez que tanto a consulta externa como a urgência são serviços do mesmo hospital. Esta restrição do termo hospital pode ser revelador da grande descentralização horizontal.

"Os próprios serviços clínicos têm dinâmicas diferentes. Uns têm uma boa dinâmica, têm iniciativas próprias, dedicam-se, por exemplo, a fazer trabalho de investigação ou a corrigir dados de serviços, de movimento. Outros limitam-se às rotinas, ao ram-ram do dia a dia. ... Há serviços melhores outros piores, somos todos diferentes" (nº 1)

As chefias de enfermagem, pelo contrário, manifestam um bom conhecimento do funcionamento dos outros serviços do hospital, o que pode ser explicado pela rotação existente entre os vários serviços:

"Cada unidade tem um determinado estilo. Eu já corri todos os serviços do hospital e sei que é assim, não sei porquê..." (nº 14)

Procurando confirmar a diferença entre os médicos e os outros profissionais (incluindo os médicos do Conselho de Administração no segundo grupo), efectuámos um teste t entre a variável conhecimento do hospital como um todo e a profissão (directores de serviço ou outros).

Os resultados obtidos (separate variances $T = 2.365$ $DF = 15.4$ $Prob = 0.032$), mostram que existe uma diferença significativa entre os médicos e os restantes entrevistados relativamente ao conhecimento do que se passa nos outros serviços. Não pudemos repetir a mesma análise para a variável conhecimento do serviço por insuficiência de dados.

Contudo, este melhor conhecimento dos diferentes serviços do hospital não é suficiente para garantir uma identificação com os objectivos da organização. Os profissionais identificam-se com a sua profissão e prosseguem objectivos profissionais, como podemos ver no quadro 4.

	Conselho de Administração				Directores de Serviço								Enfermeiros						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
identificação com a organização a profissão		1																	
			1	2	2	3	1	3	2	2	1	2	3	1	2	2	2	2	1

Quadro 4: identidade por entrevistado

"É uma (organização) complexa porque é composta de grupos profissionais que firmaram os seus estatutos e os seus regulamentos próprios. Há uma grande defesa dos seus estatutos; há corporativismo. Uns são mais diferenciados que outros, mas lutam pelos seus direitos profissionais. Por vezes torna-se difícil conjugar esforços e atingir objectivos que para nós são comuns. Falo pelos administradores. Nós somos os gestores desta complexidade toda ... existem conflitos: sou médico, sou enfermeiros, sou técnico - são afirmações profissionais." (nº 2)

As outras entrevistas vão no mesmo sentido, esta é aquela que melhor explicita o sentir das chefias operacionais.

Perante esta quase unanimidade dos entrevistados podemos afirmar que se verifica uma grande descentralização horizontal, no HDE .

1.2. O poder sobre o trabalho situa-se no centro operacional

O médico trabalha sózinho com os seus clientes, apenas submetido ao controlo colectivo dos colegas que o formaram, socializaram e podem criticar em caso de erro profissional.

	Conselho de Administração				Directores de Serviço								Enfermeiros					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Problemas de poder			7		2	3	8		1									

Quadro 5: problemas de falta de poder hierárquico, por entrevistado

No HDE , tratando-se de um hospital pequeno com poucos lugares de topo de carreira, previstos no quadro, nem todos os directores de serviço nomeados possuem o grau de chefe de serviço o que origina algumas dificuldades na gestão dos serviços. Com efeito, a legislação preconiza a nomeação, por parte do Conselho de Administração, de um assistente hospitalar, para o cargo de director de serviço, na ausência de um chefe de serviço. Este facto, quebrando a hierarquia profissional vem aumentar os problemas de controlo destes profissionais.

"O cargo de director de serviço é um cargo de nomeação administrativa, não um cargo de carreira. Eu fui nomeado como poderia ter sido outro colega. ... Imagine que eu estou numa direcção administrativa e apanho um colega que só faz asneiras, não trabalha, é indisciplinado, falta, eu poderia tomar uma atitude para o por na ordem. Eu aqui não tenho possibilidades. Posso dar-lhe uma

palavrinha ou marcar-lhe falta, mas se ele não quiser ligar nenhuma não liga e continua. Só me resta fazer queixas sistemáticas à administração. Mas ele está no quadro. Pouco se consegue. Somos todos iguais" (nº7)

Um outro problema levantado, prende-se com o facto de os directores de serviço não terem controlo sobre profissionais menos conscienciosos ou competentes.

"Tenho um quadro pequeno, não tendo chefes de clínica, não tenho hipóteses de escolha dos directores de serviço. É o Conselho de Administração que os nomeia, mas se formos atender ao que tem sido prática e que, no meu entender, é correcto fazer ... na maioria dos serviços o mais graduado é o director nomeado. Não o posso substituir por outro. ...

Põe-se o problema do director de serviço não poder escolher a sua equipe. É mais, a equipe sabe que se não fizer nada, não lhe acontece nada, desde que não roube e conheça todos os truques dos atestados". E ainda: "Eu faço a gestão dos conflitos. Já houve alturas em que teria gostado de tomar atitudes mais rígidas, havia pessoas que mereciam. Mas eu iria cair num erro, porque não tenho instrumentos para administração de sanções. E conclusão, eu é que iria ficar com o papel de parvo" (nº3).

Um outro exemplo da tendência para a autonomia que os médicos manifestam foi apresentado por um director de serviço da consulta externa ao relatar as suas dificuldades aquando do lançamento de um inquérito sobre o funcionamento do serviço, sendo obrigado a reunir individualmente com cada um dos colegas para obter as informações desejadas e procurar novas soluções.

Estas entrevistas mostram bem como a standardização das qualificações é um mecanismo de coordenação que dificulta o controlo do desempenho dos médicos. A concessão da grande autonomia e capacidade de decisão é adequada para profissionais competentes e conscientes. Se tal não acontecer, os superiores hierárquicos sentem-se impotentes perante o colega.

A legislação parece apontar para uma coordenação hierárquica das actividades dos serviços, o que prova ser totalmente inadequado. Dos três mecanismos, a coordenação por objectivos não funciona, verificando-se que apenas a coordenação clânica se mantém.

Vários entrevistados referem igualmente um episódio da história recente do HDE que demonstra bem o poder do centro operacional: a administração anterior centralizava todas as decisões, não permitindo a participação dos profissionais. Criou-se uma situação de conflito que terminou com a substituição dos membros do Conselho de Administração.

1.3. Existência de duas hierarquias distintas

No centro operacional existem as duas hierarquias paralelas, independentes uma da outra, independência esta que se mantém separada até ao vértice estratégico, tal como afirma Mintzberg (1982: 322). No HDE esta independência é marcada. Todos os directores de serviço afirmam que a enfermagem é autónoma. E por vezes esta autonomia levanta alguns problemas:

"No ano passado tivemos um problema com a enfermagem, uma coisa completamente anacrónica: o director de enfermagem mudou os enfermeiros sem dar cavaco ao director de serviço. Ele tem de olhar aos interesses do hospital, mas tem de atender à especificidade dos serviços ... modificaram de um dia para o outro metade dos enfermeiros, inclusive o enfermeiro chefe. ... o serviço andou tremido"
(nº8)

	Conselho de Administração				Directores de Serviço								Enfermeiros					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Independência das 2 hierarquias	2	1		2		1	1	5					2	1		1	3	2

Quadro 6: existência de duas hierarquias bem distintas

O Quadro 6 mostra que a maioria dos dirigentes entrevistados refere a existência de uma dupla hierarquia – uma hierarquia médica e uma hierarquia de enfermagem. Por insuficiência de dados não nos é possível verificar estatisticamente. Julgamos estas afirmações contudo paradigmáticas da existência desta dupla hierarquia.

Os enfermeiros chefes, responsáveis pelo trabalho dos enfermeiros e dos auxiliares de acção médica ao nível dos serviços têm como superior funcional, o director de serviço e como superior hierárquico, a enfermeira supervisora que coordena os serviços. O enfermeiro director é o responsável pela enfermagem junto do Conselho de Administração. Existe portanto uma hierarquia mais formal ao nível da enfermagem.

Esta dupla hierarquia coloca, em alguns serviços, problemas de falta de coordenação, dentro de um mesmo serviço entre a chefia de enfermagem e o director de serviço. São os enfermeiros chefes que manifestam esse desejo de reuniões entre as duas profissões:

"Não há reuniões formais entre médicos e enfermeiros. Seria necessário uma por mês porque há problemas que se arrastam. Por exemplo, não temos médico de presença física ao fim de semana. Estamos aqui sozinhas. É uma grande responsabilidade, podem ocorrer problemas. É para discutir assuntos desta natureza que sentimos necessidade de uma reunião por mês." (nº16)

Um único serviço tem reuniões formais entre médicos e enfermeiros:

"Temos reuniões, não são periódicas, mas pelo menos duas vezes por ano reunimos. Se eu tiver uma queixa a fazer de um médico, faço na reunião. Se qualquer coisa não está bem, digo. E eles também dizem." (nº18)

A carreira de enfermagem¹⁴ prevê que o acesso aos lugares de enfermeiro chefe se processa por concurso de entre enfermeiros especialistas. No HDE os problemas surgem quando os enfermeiros não possuem o grau, pois tal como no caso dos médicos é reconhecida a hierarquia profissional, assente na formação.

"Tenho tido dificuldades de gestão porque dos sete enfermeiros chefes previstos no quadro só dois têm o grau. Os cuidados de enfermagem estão a ser geridos por enfermeiros que não são chefes o que provocou alguns problemas" (n^o4).

Obtida a especialidade, os enfermeiros especialistas podem concorrer a um lugar de enfermeiro chefe para unidades de outras especialidades: ou seja, o enfermeiro chefe não chefia necessariamente um serviço da sua especialidade.

"Tenho um enfermeiro de reabilitação a chefiar um serviço de cirurgia. As pessoas tiram a sua especialidade e vão trabalhar noutras áreas. Isto acontece porque o parque de enfermeiros chefes é pequeno e temos de nos socorrer dos enfermeiros especialistas."(n^o4)

Médicos e enfermeiros têm carreiras distintas que obedecem às suas próprias regras. Os directores dos serviços, sendo embora os responsáveis do serviço (como um todo) não interferem na gestão do pessoal de enfermagem ou dos auxiliares de acção médica, a cargo dos enfermeiros chefes. Cada um gere uma parte dos recursos do serviço e efectua o seu próprio plano de acção (coordenando ou negociando o seu conteúdo, para evitar contradições). Adiante veremos que os enfermeiros implementaram um conjunto de políticas que fomentam a coesão e o espírito de corpo.

¹⁴ - aprovada pelo decreto-lei nº 178/85, de 23 de Maio.

1.4. A diferenciação

No hospital, cada um dos serviços lida directamente com os seus doentes e o seu próprio meio científico e técnico, ou seja lida com uma fracção específica do meio envolvente. Aos elementos do Conselho de Administração compete assegurar a ligação com os organismos de tutela. Assim, cada serviço lida com a sua sub-envolvente, o que irá determinar formas próprias de organização do trabalho e poderá explicar as diferenças de relações e comportamentos.

No HDE , e certamente por se tratar de um hospital pequeno, com falta de recursos humanos, a totalidade das chefias operacionais, directores de serviço e enfermeiros chefes, não assume apenas as tarefas de gestão, mas continua a prestar cuidados de saúde, participando inclusivamente nas escalas do serviço de urgência. Por outro lado, alguns destes directores de serviço mantêm uma actividade profissional privada. Estes factores acrescidos do facto de alguns dos directores de serviço não possuírem o grau de chefe de serviço, não lhes conferindo autoridade sobre os colegas, poderão contribuir para um reforço das forças centrífugas relativamente à organização, e logo de comportamentos de diferenciação não apenas entre os serviços mas entre os vários profissionais.

Procurou pôr-se em evidência no discurso dos indivíduos esta diferenciação, recorrendo às categorias que segundo Lawrence e Lorsch (1973), expressam a diferenciação:

- a) - a natureza dos objectivos - quantitativos ou qualitativos
- b) - o horizonte temporal - de curto, médio ou longo prazo
- c) - o comportamento dos indivíduos - orientados para a tarefa
ou para as relações
- d) - o estilo de liderança: centralização / descentralização da
tomada de decisão

	Conselho de Administração				Directores de Serviço								Enfermeiros					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Objectivo quantitativo	22	9	11	14	2			8	1	5	16	3						
qualitativo	9	8	10	11	16	10	7	7	10	19	4	2	1	10	1	12	7	1
Objectivo curto prazo	5	4	4	1	3	1	3		2	4	3	1		2	1	8	1	2
médio prazo	4		1	3	1												1	
Orientação para tarefa para as relações	13	4	2	2	2	1	3	5		2	1			3		7	7	

Quadro 7: a diferenciação por profissão

O quadro 7 sintetiza o número de referências encontradas no discurso dos indivíduos, para cada uma destas categorias.

a) - A natureza dos objectivos

Verifica-se que os membros do Conselho de Administração e a maioria dos directores de serviço referem objectivos quantitativos, enquanto que esta dimensão está totalmente ausente do discurso das chefias de enfermagem que focalizam essencialmente os aspectos qualitativos da sua prestação.

Contudo é o órgão de gestão que melhor evidencia os objectivos quantitativos. A seguinte citação parece-nos ser uma das mais significativas, mas constitui apenas um exemplo, quanto a esta questão

"O nosso plano de acção vem de um instrumento de trabalho que é o orçamento. ... é o condensado dos planos de acção (dos serviços) ... eu indico as possibilidades, que geralmente são impossibilidades. ... Nós podemos crescer, mas depois não temos para cobrir o déficit. Não queria falar de subfinanciamento, mas há de facto financiamentos desajustados. O hospital tem todas as dívidas pagas. Mas é financiado tardiamente.. Mas de maneira geral, temos renovado alguns sectores; há que assegurar a constante manutenção ... além do apoio clínico, saber se se devem introduzir determinadas técnicas, determinados tratamentos ... tudo deve ser planeado e financiado" (nº1).

Mas também os directores de serviço reconhecem a necessidade de racionalizar e planear as despesas. O entrevistado nº 8 afirma a necessidade de estabelecer objectivos e financiá-los, quer ao nível estratégico, mas igualmente ao nível dos serviços. Um dos directores dos serviços de apoio técnico pronuncia-se no mesmo sentido, considerando a necessidade de racionalizar os gastos e promover a consciencialização dos médicos quanto aos custos dos tratamentos prescritos.

A diferença entre os membros do conselho de administração e os médicos é significativa relativamente aos objectivos quantitativos (separate variances $T = 2.797$ $DF = 5.8$ $Prob = 0.032$), isto é, os membros do Conselho de Administração referem mais objectivos quantitativos que os restantes dirigentes entrevistados.

Quanto aos objectivos de carácter qualitativo, são preocupação de todos os membros da organização que procuram melhorar o nível dos tratamentos e dos cuidados ministrados aos doentes. Os profissionais salientam a necessidade de melhorar a qualidade a dois níveis. A um nível interno do hospital, aumentando o número de valências (objectivos referidos essencialmente pelos médicos) ou melhorando as condições hoteleiras (objectivos referidos pela enfermagem), e, a um nível externo, melhorando o funcionamento das unidades de cuidados de saúde primários ou de retaguarda, permitindo assim melhorar a eficiência interna.

Refere-se aqui apenas um exemplo relativo ao nível interno do hospital, pois o nível do sistema de saúde será abordado separadamente mais adiante.

"Ao longo destes 11 anos e com a ajuda de todos os serviços profissionalizados e de pessoas capazes, altamente capazes, a imagem do HDE deixou de ser a de um albergue para passar a ser de um verdadeiro hospital. Os bons profissionais desejam sempre mais valências, o melhor para a instituição. ... Mas é verdade que precisaríamos de mais valências para resolver o que mais frequentemente chega à urgência e como defesa dos profissionais que lá trabalham. " (nº 6)

"Os objectivos pretendem a melhoria das condições hoteleiras e a humanização dos cuidados. ... Para a humanização há três pontos: uma das primeiras é em relação à família ... planeamos outra (uma segunda) visita para um familiar. Não somos rígidos. ... Em segundo lugar, conseguimos um telefone portátil para levar à cabeceira dos doentes e, em terceiro lugar, o principal passa pela nossa abordagem ao doente, vê-lo como uma pessoa semelhante a nós" (nº 14).

Estatisticamente verifica-se não existirem diferenças significativas entre os três grupos em análise. (Por exemplo, entre os membros do conselho de administração e os directores de serviços, separate variances $T = 0.059$ $DF = 8.3$ $Prob = 0.955$). Podemos pois concluir que todos os dirigentes manifestam preocupações relativas à qualidade dos cuidados. Enquanto o Conselho de Administração seria o garante da racionalidade e da eficiência interna.

b) - O horizonte temporal

O horizonte temporal ao nível do Conselho de Administração não pode ultrapassar o médio prazo, uma vez que o HDE irá ser substituído por um hospital de maiores dimensões. Os profissionais consideram que serão integrados na nova estrutura.

"A partir do momento em que o ministério disse que ia construir o novo hospital nós estamos a manter este para x tempo, sem enfiar aqui coisas exageradamente, mas investir o mínimo necessário,

para formar pessoal, de modo a haver pessoal habilitado e capaz de pôr um hospital maior a funcionar. Para concretização disso, existem objectivos anuais e objectivos por cada período de mandato do Conselho de Administração" (nº 3)

E efectivamente verifica-se que a quase totalidade das chefias se refere aos objectivos anuais que traçaram para os seus serviços. Uma única voz discordante, relativamente ao planeamento:

"Existe um plano da direcção. Um plano de actividades global, não existe em lado nenhum. Os serviços funcionam de acordo com as directrizes dos directores de serviço" (nº6).

A análise estatística não evidencia diferenças significativas quanto a estas variáveis, podemos portanto considerar que o HDE, vivendo uma fase de transição, não pode deixar de gerir apenas a curto prazo.

- c) - O comportamento: orientação para a tarefa ou para as relações

Quanto à análise do comportamento ou focalização individual, foi muito difícil pôr em evidência no discurso dos entrevistados uma clara orientação para a tarefa. Registámos essencialmente a orientação para as relações. Talvez se possa explicar esta ausência pelo facto de o HDE apenas assegurar tarefas de maior rotina no tocante às especialidades médicas.

A existência de casos mais críticos ou mais difíceis é de facto relatada, não em termos de orientação comportamental para tarefa, mas em termos deontológicos da postura do médico face ao risco. Esta problemática será retomada mais adiante, quando se analisarem as relações

com os utentes, pois estes casos são-nos referidos apenas no âmbito da actual mudança da relação médico-doente.

A orientação para as relações é patente aos vários níveis de chefia, veja-se um exemplo:

"Com mais pessoal, as pessoas(os enfermeiros) teriam alguma disponibilidade para estar com o outro (o doente). Ajudar as pessoas a sentirem-se mais satisfeitas e aprender a prestar cuidados de determinada maneira. Mas os enfermeiros são obrigados a seleccionar e por isso sentem-se frustrados. Gostariam de trabalhar de outra forma" (nº17).

d) - Estilo de liderança, centralização ou descentralização

O estilo de liderança, será analisado através da centralização ou participação e também através da forma como as chefias operacionais percebem o modo como são distribuídos os recursos pelos diferentes serviços.

	Conselho de Administração				Directores de Serviço								Enfermeiros					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
decisão centralizada			5			3	1	6	3		2				2			
decisão participada	6	3	5	7		1							5	2		5		1
distribuição de recursos																		
arena política		2	1	2	2	4	1	4	2	1	1	3						
/igualitária			5	1				1										

Quadro 8: estilo de liderança

O quadro 8 parece confirmar a opinião dos elementos da direcção de enfermagem que consideram os enfermeiros (e nomeadamente os enfermeiros chefes) mais participativos na tomada de decisão para a classe de enfermagem no HDE :

"O nosso sector de enfermagem é descentralizado, contrariamente ao sector médico. O director do hospital e o director clínico centralizam mais. Nos outros sectores as pessoas participam. Os médicos não, ... mesmo dentro da sua unidade de internamento. No sector de enfermagem não. Os enfermeiros chefes têm um papel muito activo, eles é que gerem a unidade. ... Há determinadas competências que eu deleguei, ... por exemplo a requisição de material, ... os pedidos de férias." (nº4)

Mas verificamos que por seu lado os directores de serviço afirmam ter pouca autonomia, nomeadamente em termos financeiros, embora reconheçam que a sua opinião é ouvida pelos elementos do Conselho de Administração.

"Eu como director de serviço não tenho muita autonomia. ... Não tenho possibilidade de adquirir equipamento, a não ser que alguém mo ofereça, uma firma qualquer ou a junta de freguesia. Não posso tomar essa decisão. O que eu faço é determinar objectivos dentro da especialidade e funcionar como intermediário entre o serviço e o Conselho de Administração." (nº7).

Os membros do Conselho de Administração apresentam algumas divergências relativamente a esta questão:

"Uma das razões pelas quais eu e outros colegas estivemos em desacordo com a administração anterior foi por ela ser extremamente centralizadora. Portanto eu tentei descentralizar mais. Mas às vezes infelizmente isso não é possível porque implica também a noção de alguma responsabilidade. ... Eu poderia descentralizar mais, mas infelizmente nem todos respondem. Eu gostaria de descentralizar a parte orçamental, fazer repercutir os gastos nos serviços. Mas não posso" (nº3)

Analisando os dados quantitativos obtidos pelas entrevistas verificamos que a diferença entre as chefias de enfermagem e os directores de serviço não é estatisticamente significativa. O que se verifica é uma diferenciação dos membros do Conselho de Administração relativamente às chefias operacionais. O teste t da variável descentralização para estes dois grupos dá-nos como

resultado, relativamente às variâncias tomadas separadamente, $t = 4.338$ a $.007$, com 5.1 graus de liberdade. Este resultado significa que os membros do órgão de gestão consideram, pois, que a sua gestão é descentralizada, não recebendo contudo pleno acordo dos profissionais.

A distribuição dos recursos, consubstanciada pelo investimento quer em equipamentos que permitam diversificar melhorar a qualidade dos cuidados ministrados ao doente, é percebida como fruto da pressão que cada director de serviço faz junto do Conselho de Administração. Estes dados vêm, em certa medida, confirmar a falta de participação dos médicos, na tomada de decisão relativa ao hospital como um todo.

"Tudo tem de ser pedido ao Conselho de Administração, temos de regatear tudo. Esta administração já vai no 2º mandato, já lá vão 4-5 anos que pedimos para fazer ... Portanto mesmo que se planeie." (nº 8)

Algumas pessoas reconhecem também que os recursos são distribuídos com a preocupação de não preterir ninguém. Todos os serviços devem receber investimentos, se não num ano, no ano seguinte, de acordo com as disponibilidades.

Poder-se-á concluir também que não dispendo os serviços de orçamento próprio, o financiamento real efectuado em cada um deles não obedece a critérios de produtividade.

"Tem havido o cuidado de dar sempre algo de investimento a todos os serviços ou a praticamente todos. Infelizmente há alturas em que um serviço é alvo de investimento maior e outro é alvo de investimento menor. Tenta-se compensar no ano seguinte. Nos últimos três anos todos tiveram obras" (nº 3)

Saliente-se, contudo a este respeito que um membro (não médico) do Conselho de Administração afirma o contrário, considerando que os serviços mais activos e produtivos recebem investimentos maiores que os serviços menos activos. Uma explicação provável seria que os serviços mais activos reivindicam e pressionam mais.

"Os serviços que trabalham mais e têm mais doentes são aqueles onde temos de investir mais, em termos de espaço físico, de equipamento, pois a equipa de médicos é activa. "

Mas, refere ainda:

"Aqueles que não são contemplados num ano, são-no no ano seguinte, porque não vamos investindo sempre nas mesmas pessoas."

E ainda:

"Por vezes é o serviço desenvolvido pelo director de serviço que não consegue sensibilizar, não são activos ... esquecemo-nos dele" (nº4)

O tratamento estatísticos destes dados mostram não existirem diferenças significativas entre os membros do Conselho de Administração e os directores de serviço, quanto à forma como os recursos são distribuídos; todos reconhecem que a pressão dos directores de serviço é um factor determinante da alocação dos recursos.

Registe-se também a aparente contradição dos médicos directores de serviço que afirmam não terem autonomia e ter o HDE uma estrutura decisional muito centralizada e em simultâneo reconhecem que as suas reivindicações e pressões influenciam efectivamente o Conselho de Administração quanto à distribuição dos recursos e que a sua opinião é tida em conta pelos membros do órgão de gestão.

Recorde-se que quer o director do hospital, quer o director clínico são médicos e pertencem ao quadro da instituição,

constituindo assim por certo um importante factor de apaziguamento dos conflitos no HDE . A recente situação de ruptura vivida nesta organização e relatada por vários entrevistados, veio chamar a atenção para a importância do diálogo com os vários grupos profissionais. Os directores de serviço, na sua grande maioria, consideram que presentemente as relações com o Conselho de Administração são boas, pois as pessoas conhecem-se e dialogam.

Resumindo, existe uma marcada diferenciação entre o conselho de administração e as chefias operacionais (e nomeadamente as chefias médicas no que concerne aos objectivos do hospital, mostrando que os médicos estão mais preocupados com a qualidade dos cuidados que com as questões orçamentais. E verifica-se que procuram obter recursos através da pressão junto do órgão de gestão. Por outro lado, ou na sequência disto, verifica-se que as chefias operacionais diferem significativamente do Conselho de Administração na sua percepção do funcionamento da estrutura decisional: enquanto ao nível estratégico se considera o HDE uma estrutura descentralizada e participada, ao nível operacional, as chefias consideram essa descentralização ainda insuficiente. Existirá uma representação diferente de uma organização descentralizada? Também a ideia de que alguns directores de serviço não querem responsabilidades não dificultará o entendimento e fomentará a verbalização de insatisfação nesta matéria?

Podemos concluir que o Conselho de Administração é o órgão que gere todos os recursos do hospital e decide sobre a sua distribuição. Esta decisão parece procurar o equilíbrio das diferentes forças em presença.

O que atrás se expôs, demonstrando a diferenciação horizontal e vertical deste hospital, permite-nos supor que o HDE será local de conflitos de coordenação.

1.5. Os conflitos no HDE

Procurámos, no discurso das chefias entrevistadas, conteúdos de diferenciação intergrupos, consubstanciada por propósitos com valor negativo "nós-eles", que pudessem ser interpretados como indicadores de conflito. O quadro 9 mostra-nos a presença ou ausência de referências à diferenciação intergrupar. Procuramos este tipo de conteúdos entre os próprios profissionais (médicos - enfermeiros) e entre os profissionais e os serviços de apoio.

	<i>Conselho de Administração</i>				<i>Directores de Serviço</i>								<i>Enfermeiros</i>						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
médico - enfermeiro			2	10		3	8	1	1									15	
profissionais - apoio técnico											3		1						6
profissionais - apoio logístico		4	1					4				5					5	1	6

Quadro 9: indicadores de conflitos por entrevistado

A relação entre médicos e enfermeiros é referida pela totalidade das chefias como uma boa relação, existindo espírito de equipe nos serviços clínicos. O principal factor explicativo é a pequena dimensão do HDE que facilita a comunicação entre as pessoas. Há contudo a registar alguns problemas cuja causa varia de serviço para serviço. Esta diferenciação não é suficiente para apresentar diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Pensamos que vale a pena mostrar como surge esta

diferenciação no discurso dos indivíduos, dando alguns exemplos

"A relação médico enfermeiro é boa. Os médicos tentam ter uma boa relação com os enfermeiros devido ao tipo de quadro de pessoal que temos. Infelizmente, nalguns pontos, os médicos vêem alguns vícios na enfermagem que não são ultrapassados. São hábitos adquiridos ainda no tempo do hospital da Misericórdia. Implica um grande esforço de formação. Mas o hospital é pequeno e as pessoas conhecem-se todas. Os conflitos com os enfermeiros são casos pontuais. Nós comemos juntos, vamos ao bar." (nº3)

"Aqui no serviço existe um bom relacionamento com o pessoal de enfermagem, existe interajuda. Mas penso que existe um certo sentido de subalternidade dos enfermeiros em relação aos médicos e isso dá-lhes complexos ... tenho essa sensação (as especialistas) pensam que fazem a mesma coisa que o médico ... mas há uma grande diferença. A sensação que tenho é que nos damos muito bem pela frente, mas que por detrás a enfermagem junta..." (nº 7)

Verificamos que há no discurso sobre a relação médico enfermeiro uma preocupação de realçar a proximidade e, em grande parte dos casos, a confiança. O tamanho do hospital é frequentemente invocado como argumento para a ausência de conflitos importantes.

A enfermagem ao aumentar o seu nível de formação, efectuou uma mudança de paradigma – passou do paradigma biológico para o paradigma humanista. Esta mudança pode não ser totalmente compreendida, o que justificaria a insatisfação de um dos enfermeiros chefe:

"Há uma grande clivagem entre as duas profissões e aqui é significativo. Depende das especialidades. ... O médico é um sector profissional que se preocupa pouco que a enfermagem cresça como profissão autónoma e quer sempre ter o domínio sobre os outros profissionais, ser a única voz, o único poder de decisão no hospital. Neste momento ... estamos num período de mudança ... as duas classes comunicam mais ... o trabalho e as técnicas são mais complexos." (nº17)

O aumento das qualificações dos enfermeiros, e a conseqüente mudança de paradigma, é também fonte de alguns conflitos intra grupo, explicitado como um conflito de gerações entre enfermeiros mais jovens e os mais velhos, o que faz com que o enfermeiro chefe seja chamado a desempenhar um papel de agente de mudança,

"Tem sido muito difícil mudar as coisas, os problemas residem na relação com as utentes. Encontram-se muitas resistências. As pessoas estavam muito arreigadas a vícios. ... Aqui no serviço há pessoas mais velhas, mas viram-se obrigadas a mudar, a actualizar-se e acompanhar a evolução da profissão." (nº16).

Esta problemática tem merecido uma particular atenção por parte da direcção de enfermagem, fomentando a formação permanente, a rotação do pessoal de enfermagem por todos os serviços do hospital e da nomeação de jovens chefias de enfermagem.

Relativamente aos serviços de apoio técnico, surgem problemas pontuais, como se pode ver no quadro 9. Embora não generalizáveis os dois excertos que seguidamente se reproduzem mostram a existência de diferenciação

"Com os serviços técnicos as relações são um bocado mais difíceis. Eles não compreendem o nosso trabalho e nós não compreendemos o deles. Cada um em sua casa. ... Com o laboratório põe-se o problema das colheitas de sangue. Normalmente as colheitas são feitas pelo laboratório, mas no caso do meu serviço, ... pedem-nos para colher sangue, já é quase rotina. Até que um dia eu disse que não podia porque tinha muito trabalho. Não é fácil eles compreenderem que não é fácil estar sempre disponível para fazer as colheitas deles." (nº 18)

Os serviços técnicos estão incluídos no centro operacional, e, embora não sejam prestadores, nota-se uma tentativa de disputa do poder ao nível da prescrição que se manifesta

quando o director da farmácia refere a necessidade de racionalizar os custos, reduzindo o tempo de administração da medicação ao estritamente indispensável, ou quando a directora do laboratório avalia a pertinência de determinada técnica de diagnóstico.

Relativamente aos serviços de apoio logístico, salientaremos apenas os problemas que surgem com os serviços de alimentação, únicos referidos pelos entrevistados. Este serviço, prestado em regime de subcontratação, estará possivelmente organizado de um modo mais mecanicista, prosseguindo objectivos de rentabilidade, ou seja objectivos diferentes dos que identificámos no centro operacional.

"Com a hotelaria há muitas dificuldades. ... É a comida que não chega a horas, é a sopa que vem sem colher, são os suplementos do meio da manhã que chegam ao meio dia quando o almoço é servido às 12H30, ... Respondemos a um inquérito da administração sobre o assunto." (nº18)

Mais importante parece ser a diferenciação dos profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos) relativamente aos serviços administrativos:

"O estrangulamento é a nível administrativo. Na urgência estamos a lidar com um doente, não é a mesma coisa que estar sentado à secretária. Eles não entendem isso. O papel não é despachado hoje, é despachado amanhã, não é na 6ª feira é na 2ª feira. São três ou quatro dias que podem prejudicar um doente. As pessoas não entendem isso. As coisas encaham assim." (nº8)

O discurso de diferenciação não é estatisticamente significativo, o que poderá ser indicador de que as chefias de enfermagem procuram aliar-se ao poder médico, não o contestando, e diferenciar-se das áreas de apoio técnico e administrativas.

Estes conflitos remetem-nos para problemas de coordenação entre os vários serviços. Adiante abordaremos a questão da integração dos serviços, que permitirá compreender como o HDE soluciona este tipo de conflito.

Procuramos também eventuais problemas de relacionamento com o Conselho de Administração. A maioria das chefias entrevistadas refere não haver quaisquer problemas de relacionamento a este nível. A comunicação com o órgão de gestão é feita por escrito, formalmente, mas todos referem que habitualmente falam com os membros do Conselho de Administração. A dimensão do hospital e o facto dos elementos da administração pertencerem ao quadro do HDE , como atrás se referiu, vem facilitar certamente uma maior comunicação informal.

1.6. O papel do vértice estratégico a nível interno

	<i>Conselho de Administração</i>				<i>Directores de Serviço</i>								<i>Enfermeiros</i>					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Gestor de conflitos	5	3	5															

Quadro 10: o papel do vértice estratégico

Uma das missões dos membros do Conselho de Administração é gerir os conflitos internos; o quadro 10, mostra que é exclusiva deste órgão. Directores de serviço e enfermeiros chefes não fazem quaisquer referência a esta questão, pelo contrário, vimos como os primeiros se sentem impotentes para solucionar problemas que surjam com os colegas. Parece-nos relevante dar aqui dois exemplos deste importante papel:

"O papel da administração é encaminhar, canalizar os anseios, direccioná-los. A reivindicação de um sector pode ser totalmente

contrária à de outro. Temos de estar vigilantes para que isso não aconteça" (nº 1)

"Eu sinto que, no capítulo da gestão, o único campo onde eu tenho total liberdade é na gestão de conflitos; porque na gestão de recursos humanos, o quadro limita; na gestão de investimentos, o orçamento limita. Na gestão de conflitos, nada limita." (nº 3).

O vértice estratégico tem pois um papel de gestão de conflitos, de modo a garantir um bom funcionamento interno, mas não se assume como de interventor directo no centro operacional.

Assim, tratando-se, como vimos, de uma organização descentralizada horizontalmente, em que os serviços tendem a funcionar autonomamente, e muito diferenciada, onde podem surgir conflitos entre profissionais e entre serviços, justifica-se analisar o modo como o HDE integra as actividades.

1.7. Integração

No quadro 11 resumimos os principais mecanismos de coordenação que pudemos identificar a partir das entrevistas. Podemos assim verificar a presença de um leque diversificado de instrumentos de integração; do ajustamento mútuo, às comissões com ou sem existência legal, à hierarquia.

	Conselho de Administração				Directores de Serviço								Enfermeiros					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
ajustamento mútuo		1	1		2	2	3	3	3	4	2	4			2			2
comissões ad hoc		1	7		1													
Comissões previstas na lei			1	1		-1				-2	-2		2	4	1	1	1	3
comissões: total		1	8	1	1	1				2	2		2	4	1	1	1	3
hierarquia				1									3					

Quadro 11: as formas de integração

A integração entre os serviços realiza-se essencialmente por ajustamento mútuo dos médicos. Este mecanismo de coordenação revela-se pouco potente para fazer face a situações em que, por exemplo, o médico não identifique as necessidades do doente:

"Tem havido problemas em relação a alguns doentes. O doente entra para ser operado a uma hérnia, ou qualquer outra coisa, e pode ter problemas médicos. Não tem havido articulação entre os serviços cirúrgico e de medicina interna. Ou é para não dar o braço a torcer, que eles também são capazes de resolver problemas médicos. É mais entre os serviços cirúrgicos e de medicina. Com a enfermagem não tem havido problemas." (nº4)

Verifica-se uma diferença significativa entre os directores dos serviços (médicos) e os restantes entrevistados (separate variances $T = -5.518$ Df = 13.9 Prob = .001). Os médicos não sentem de facto grande necessidade de coordenação, a não ser quando o trabalho do dia a dia exige a intervenção de diferentes especialidades:

"Problemas de coordenação entre serviços clínicos não há. As pessoas acabam por se coordenar entre elas. É automático." (nº 3)

"Há problemas de coordenação entre serviços, cada um funciona por si, não há grandes ligações. A coordenação faz-se com base no contacto pessoal entre colegas. ... Se for um doente acidentado que precise de qualquer coisa especial, tudo bem. Mas se for uma coisa por sistema, é conveniente estar bem definido, estruturado e institucionalizado para não haver conflitos." (nº9)

Para obviar aos problemas enunciados pelo entrevistado nº 9, quando há uma maior necessidade de coordenação, os médicos, e nomeadamente os directores de serviços implicados nos problemas, reúnem-se em grupos de trabalho (que referimos aqui como comissões ad hoc):

"Reuniões com os directores de serviço, faço quando há problemas específicos. De início, porque o hospital vinha de uma situação difícil havia reuniões mensais. Depois estive afastado 8 meses e quando voltei a comissão médica reuniu-se mas não com a mesma

periodicidade. ... Portanto para além da comissão médica que reúne com alguma regularidade, não mensalmente, mas regularmente. Existem depois reuniões pontuais para resolver problemas específicos dos diversos serviços e que substituem a comissão médica". (nº3)

O que pensam os directores de serviço?

"Existe um conselho médico, reuniões em que participam todos os serviços e o conselho de administração, que não se tem realizado, ou tem-se realizado muito pouco. Seria uma reunião para ser efectuada todos os meses, mas fazem-se duas ou três por ano e por pressão dos directores de serviço" (nº10)

Os técnicos sentem problemas acrescidos:

Embora refira "Nós temos facilidade de coordenação entre os serviços. É um hospital pequeno. Eu vou, falo e resolve-se no momento." Mas mais adiante acrescenta "eu estou sozinho. Enquanto os outros têm reuniões dos directores de medicina, o conselho médico, o conselho de enfermagem, eu estou lá em cima no meu canto"

"Existe no que respeita aos medicamentos, legislação que institui a Comissão de Farmácia e Terapêutica, composta por médicos e farmacêuticos. Se um director de serviço ou um médico propõe um medicamento diferente isso é analisado para ver se se justifica em termos de vários parâmetros"

Estas reuniões dos técnicos não médicos com os médicos permitem ao grupo dominante reforçar o seu poder; é o médico quem propõe as alterações de medicamentos a comprar. Estas comissões previstas na lei não permitem controlar o trabalho deste grupo.

Verifica-se portanto que os médicos recorrem menos, no HDE , às reuniões das comissões de integração que as restantes chefias. Para analisar esta questão construímos uma variável única resultante do somatório das comissões previstas pela lei e das comissões ad hoc a que chamamos comissão.

Verificamos que os médicos são significativamente diferentes dos restantes profissionais face a esta variável (as variâncias separadas dos dois grupos são significativamente diferentes para o valor de $T = 2.192$, com uma probabilidade de $.047$ e 13.4 graus de liberdade). Os médicos referem de modo muito negativo o funcionamento (ou melhor o reduzido funcionamento) da comissão médica (opinião negativa assinalada no quadro 11 pelo sinal menos)

Quanto aos enfermeiros, verificamos que, embora afirmando que a comissão de enfermagem não funciona, os enfermeiros chefes reúnem uma vez por mês com a direcção de enfermagem, com um duplo objectivo: a coordenação das actividades entre os serviços clínicos e a formação. As atribuições legais desta comissão são mais restritivas¹⁵, e provavelmente por isso alguns enfermeiros chefes afirmam que a comissão de enfermagem não está em funcionamento.

"Entre enfermeiros chefes temos reuniões regulares, uma por mês. ... Agenda-se um determinado tema preparado e apresentado por um de nós. Depois aproveita-se e apresentam-se dois ou três temas que digam respeito a todo o funcionamento e articulação entre os serviços." (nº 14).

Estas reuniões permitem aproximar os enfermeiros chefes dos diferentes serviços, aumenta a coesão do grupo e pode diminuir substancialmente os problemas de coordenação, e os conflitos.

"Problemas de coordenação, por vezes surgem com o serviço de urgência, devido à falta de espaço e de camas" (nº17)

¹⁵ As atribuições legais da Comissão de Enfermagem são "dar parecer e colaborar na regulamentação interna para o sector de enfermagem; colaborar na realização dos planos de actualização profissional dos enfermeiros; dar parecer sobre assuntos submetido à sua apreciação pelos órgãos de administração e direcção técnica" As actividades de planeamento da formação encontram-se atribuídas a um grupo de trabalho específico. A regulamentação interna será abordada quando da análise da standardização dos procedimentos.

A coordenação das actividades pela hierarquia, no centro operacional é pouco significativa. A hierarquia é reconhecida se baseada na competência, sendo os critérios de promoção e acesso aos graus de chefia estabelecidos por organizações exteriores ao hospital. As carreiras profissionais e sua hierarquização estão publicadas em Diário da República e a progressão na carreira corresponde à aquisição de competências profissionais. No caso da enfermagem, há contudo maior controlo hierárquico que no caso dos médicos, como vimos, mais autónomos.

"Dentro do sector de enfermagem temos vários órgãos de participação: a direcção de enfermagem, composta pelo director, depois temos a enfermeira supervisora, depois o conselho de enfermagem, o conselho dos enfermeiros chefes ..." (n.º 4)

A enfermeira supervisora afirma que coordena os serviços. A seguir veremos que a direcção de enfermagem enquanto hierarquia implementou formas de tornar mais efectivo a coordenação das actividades no sector da enfermagem.

Resumindo, a integração entre os serviços do centro operacional faz-se essencialmente por ajustamento mútuo, sendo a hierarquia pouco significativa nesta área da organização. O centro operacional recorre também a grupos de trabalho para solucionar problemas concretos e para, no caso da enfermagem permitir uma maior coesão de grupo.

1.7. Mecanismos de coordenação

O HDE , no seu centro operacional possui, como vimos, um leque importante de instrumentos de integração. Consideramos interessante aprofundar um pouco mais esta questão e integrar na nossa análise as referências das chefias de enfermagem relativamente à forma como este sector procura exercer a

integração hierárquica. Assim, propomo-nos analisar mais pormenorizadamente aquilo a que Mintzberg (1982) chamou de mecanismos de coordenação. Analisaremos a standardização dos procedimentos, como podemos ver no quadro 12, presente no sector de enfermagem, e a standardização das qualificações através dos parâmetros de concepção que lhe são próprios, a formação e socialização.

	Conselho de Administração				Directores de Serviço								Enfermeiros					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Standardização dos procedimentos				8									7	2	2	2	2	
Formação		4				1	1			1			5	9		5		6
Integração longa / rápida				4									2	4		2		4
Avaliação desempenho		2	1			1	2	2	1			1			1		1	1
				3										1		1	1	2

Quadro 12: mecanismos de coordenação e seus parâmetros de concepção

A standardização dos procedimentos constitui um mecanismo de coordenação que embora não seja determinante no centro operacional, existe, nomeadamente, no sector de enfermagem. O enfermeiro director e a enfermeira supervisora assumem no HDE as funções de uma verdadeira tecnoestrutura através da elaboração de padrões de procedimentos e da implementação e adaptação à especificidade do hospital de sistemas tendentes à melhoria da qualidade das prestações dos enfermeiros. Estes sistemas, elaborados a nível nacional são o sistema de classificação de doentes que pretende classificar o doente por grau de dependência, visando facilitar a alocação dos recursos de enfermagem, o sistema de avaliação do desempenho em triénio, assente em objectivos individuais negociados com o enfermeiro chefe e enfermeira supervisora.

"Estamos a implementar o sistema de classificação de doentes; vieram enfermeiros de fora para nos apoiar e fazer formação ... dividimos os enfermeiros em dois grupos e... a partir daí começamos com o sistema de classificação de doentes. ... Introduzimos também nos serviços impressos para registos de enfermagem, aproveitando esta dinâmica toda. Houve grupos que se debruçaram sobre isso ...

Estamos a fazer um bom trabalho" ... relativamente ao plano de actividades, "tínhamos um impresso que era igual para os médicos e os enfermeiros ... havia muita coisa que não interessava à enfermagem, em termos de custos de equipamentos e outras coisas ... Então fizemos uma acção de formação. Dois enfermeiros prepararam um instrumento novo que foi discutido."

"Há problemas de coordenação. Um dos problemas que temos estado a debater é o problema da articulação da urgência com os outros serviços. Fizemos uma coisa bem feita: quando os doentes são transferidos para o serviço começou a ir acompanhado de um enfermeiros para passar as ocorrências". (nº13)

Não dispomos de dados suficientes para comprovar estatisticamente estas afirmações, embora o quadro 12 mostre que apenas os enfermeiros se referem a este mecanismo de coordenação. Esta temática está por completo ausente do discurso dos médicos.

A enfermagem também atribui considerável importância à formação e socialização dos profissionais. Existem programas de formação em serviço, e de formação contínua. A formação em serviço é incentivada pelo enfermeiro chefe, de acordo com as necessidades detectadas; a formação contínua pode ser ministrada no hospital, através do núcleo de formação ou no exterior. As chefias de enfermagem referem-se muito mais a estes aspectos que os directores de serviço, existindo uma diferença significativa entre os dois grupos (SEPARATE VARIANCES T = -2.599 DF = 5.2 PROB = 0.047).

No sector médico, não há standardização de procedimentos. Já mostramos que estes profissionais gozam de uma considerável autonomia. Por isso, também não existe qualquer sistema de avaliação do desempenho, nem foi sentida por esta classe profissional a necessidade de institucionalizar qualquer mecanismo mais formal de integração dos novos profissionais no HDE . Os hospitais recrutam os seus profissionais

devidamente formados e socializados, abrindo concursos para as várias categorias.

"as pessoas são integradas normalmente, são pessoas já formadas, que já tinham trabalhado noutros lugares, já sabem como as coisas funcionam. Não há problemas" (nº9).

Não tem internos, à excepção do serviço de cirurgia que, recentemente,

"foi considerado como tendo capacidade para formar cirurgiões ... temos de preparar novos cirurgiões. A pessoa que está a aprender não tem destreza, tem de aprender lentamente os gestos, os tempos, a maneira de estar, a postura perante o doente que está a operar pela primeira vez. "

Nos restantes serviços os seus directores asseguram a organização e participação dos médicos em congressos e outras acções de formação dos médicos.

Desde já será de referir que os médicos se referem mais à formação externa (com a participação em reuniões científicas da sua área) enquanto os enfermeiros têm vindo a dar especial atenção à formação interna (nomeadamente ao nível dos enfermeiros chefes).

Também para o sector de enfermagem, como já referimos, está a ser implementado a nível nacional um sistema de avaliação do desempenho que incita ao estabelecimento de objectivos individuais, relacionados com os objectivos estabelecidos pelo enfermeiro chefe para a unidade. Para a classe médica não existe qualquer sistema de avaliação ou controlo; como vimos ela é autónoma.

Relativamente à integração de novos profissionais os enfermeiros instituíram um programa de integração com a duração de um mês:

"A integração dura quatro semanas em horários fixo. Depois a pessoa é integrada nos turnos e no final é feita a avaliação através de um questionário preenchido pelo enfermeiro integrado e pelo enfermeiro responsável da integração. Há também uma entrevista com a enfermeira chefe e a enfermeira supervisora." (nº 16)

Só as pressões de tempo, por falta de enfermeiros podem impedir o cumprimento destas normas de integração:

Quando um enfermeiro ou auxiliar de acção médica entra para o serviço, tenho o cuidado de correr o hospital com ele, e apresenta-se às pessoas. Isso é a política da enfermagem desde o princípio deste ano. A integração no serviço, às vezes é um bocado mais à pressão." (nº 16)

E os médicos referem quanto à integração dos profissionais

"A integração é fácil, isto é mais ou menos igual em toda a parte. ... A integração no serviço é a apresentação" (nº 7)

Embora os dados estatísticos não sejam suficientes, o quadro 12 mostra-nos que cada uma das classes integra os novos profissionais de forma diferente.

Pode considerar-se que todas estas políticas de gestão de recursos humanos visam a socialização dos profissionais de enfermagem, fomentando uma maior coesão do grupo. Quanto aos médicos não se nota uma especial preocupação em fomentar a coesão:

"Eu acho que consigo manter a coesão neste serviço. À medida que o número de pessoas aumenta vai sendo mais difícil." (nº 8)

Verificamos, no entanto, que os enfermeiros, tal como os médicos, atribuem grande importância à promoção pela competência, rejeitando a nomeação política:

"A lei de gestão hospitalar privilegia a política. Os lugares de chefia são cargos. Não fazem parte da carreira de enfermagem" (nº16)

1.8. A relação com o meio envolvente externo

Para analisar a questão das relações do HDE com o seu meio envolvente, convém voltar ao papel do vértice estratégico. Como foi referido atrás uma das missões é gerir os conflitos internos e, a outra, também de capital importância, é assegurar as relações com o exterior da organização. O Conselho de Administração situa-se pois na fronteira do hospital.

Um dos entrevistados exemplifica claramente esta questão:

" Assumi as funções de director de serviço da urgência, uma zona muito sensível onde podíamos ter problemas. A solução do serviço de urgência passava, não por resoluções do foro interno, mas por articulação com o exterior do hospital, nomeadamente o Ministério da Saúde e as Direcções Gerais, para termos mais médicos, financiamento e articulação com a direcção de cuidados primários, para articular melhor com os clínicos gerais, com o SAP. Era muita coisa que passava para fora da instituição. Eu era a pessoa com mais facilidade de acesso, por pertencer ao Conselho de Administração" (nº 3)

Os membros do Conselho de Administração têm pois como papel garantir as condições para que os profissionais desempenhem as suas funções com autonomia, sem sofrer as pressões do meio envolvente externo, nomeadamente as provenientes das instâncias governamentais, e sem necessitar de exercer ele próprio pressões junto das instâncias externas para obtenção dos financiamentos necessários.

E, com efeito, considerando a imagem do hospital, tal como os seus membros a percebem, poderemos afirmar que tanto os profissionais como a administração consideram que o hospital tem vindo a melhorar e a funcionar melhor. O HDE tem crescido, tem procurado equipar-se, e a maioria dos profissionais considera que, apesar das limitações que não

permitem responder por completo às necessidades da população, este hospital presta um serviço de qualidade razoável:

"Curiosamente a qualidade dos profissionais é boa. Tem alguns, e não tão poucos como isso, ... que está aqui porque quer, ... tinham lugar em qualquer hospital central. Isto dá origem a uma habilitação técnica por parte do corpo para fazer determinado tipo de terapias e tratamentos. Mas não há resposta por parte da estrutura. É claro que se tenta melhorar. Nós fazemos quase tudo, só do ponto de vista de estrutura é que não. Não é por acaso que Faro quando abre um serviço mais diferenciado vem pedir-nos a nós profissionais."
(nº3).

O HDE funciona bem, mas o meio envolvente dificulta a sua acção.

Vimos também que é o Conselho de Administração que faz a ligação entre o meio envolvente externo e o meio interno, sendo, por isso, de prever que o centro operacional e o vértice estratégico tenham um relacionamento diferente com o meio envolvente externo.

O quadro 13 mostra os aspectos referidos pelos entrevistados e que nos podem ajudar a compreender a dinâmica da organização na sua relação com o meio envolvente externo. Uma vez que as entrevistas foram realizadas na fase de transição relativamente à descentralização do sistema de saúde e à conseqüente transmissão de poderes do Ministério da Saúde para as Administrações Regionais de Saúde, só aparece a relação com a tutela (entenda-se, os serviços do Ministério da Saúde).

	Conselho de Administração				Directores de Serviço								Enfermeiros					
	7	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
A tutela: facilitador constrangedor	3	2 8	6	2 5	2		1	5		4								
O sistema de saúde facilitador / causa do insucesso	9	1	2	7	25	2		12	1	15	6	1	3				1	
Prestadores públicos concorrentes / complementares			1							5	1		1					1
Prestadores privados concorrentes / complementares			2	1			3	1	2	3	1	1						1
Percepção do utente como mal informado	1		1	1	2		7	2	1	9			2			7	1	1
Relação médico utente mudança positiva mudança negativa	1						2			1								
Sindicatos: cooperação / conflito		1		2	1	1	1		1		2							

Quadro 13: O meio envolvente externo

a) - As relações com a tutela

A tutela e as normas de funcionamento por ela emitidas são percebidas por alguns profissionais como elementos que dificultam a actividade do hospital, tornando morosos os processos de aquisições ou contratação de pessoal.

Quando eu falava de falta de autonomia referia-me a todo o enquadramento jurídico, não só ao ministério, aos decretos-leis ou às leis. São as Finanças, os departamentos do orçamento geral do estado ... O principal problema é a demora do processo, temos de abrir concursos que têm prazos e formalidades muito morosos."
(nº2)

Mas ao nível do Conselho de Administração verifica-se uma esperança de que, com a recente descentralização e reestruturação das administrações regionais de saúde, os procedimentos sejam mais céleres. Tanto mais que apostam numa maior facilidade de relacionamento com o Presidente

da Administração Regional do Algarve, simultaneamente Presidente do Conselho Geral do HDE .

"Nós temos alguma autonomia ... é no aspecto económico e financeiro que ... a tutela nos pode ... limitar. Neste momento houve uma grande revolução: o país está dividido em 5 regiões de saúde. A Administração Regional do Algarve vem substituir a ARS, privilegiando a maior proximidade com a região. É um órgão que fica a meio caminho entre a instituição e o governo. É composto por algarvios. O presidente é daqui, podemos entender-nos melhor ... Neste momento está-se a ... criar as unidades de saúde ... (o que) permite gerir os recursos com mais racionalidade" (nº 1).

Um parêntesis para comentar esta afirmação. Verifica-se de momento que a entidade financiadora é também prestadora, uma vez que ainda não foram criadas as unidades de saúde, figura jurídica prevista para dar mais autonomia aos centros de saúde. Esta duplicação e papeis está bem patente na nomeação do Presidente do Conselho Geral para Presidente da nova Administração Regional.

Embora não se verifique a existência de uma diferença significativa entre os membros do Conselho de Administração e os directores dos serviços, são os primeiros que referem a acção positiva da tutela, ao descentralizar os poderes do ministério da saúde para a Administração Regional do Algarve e ao instalar o Serviço de Atendimento Permanente (SAP) na cerca do hospital.

Os membros do Conselho de Administração diferem significativamente¹⁶ dos directores de serviço ao acentuarem as dificuldades provenientes do excesso de burocracia ao nível da realização de obras, da aquisição de materiais e da contratação de pessoal. Os directores de

¹⁶ SEPARATE VARIANCES T = 3.248 DF = 4.6 PROB = 0.026

serviço referem todos estes problemas mas com um grau de intensidade menor. Esta diferença estará possivelmente relacionada com o papel do Conselho de Administração de garante das fronteiras da organização, acima analisado.

b) - O sistema de saúde

Se as limitações da tutela são percebidas como uma das causas de insucesso organizacional, um outro factor é referido por grande parte dos entrevistados e com grande intensidade. Trata-se da inoperância das estruturas prestadoras de cuidados existentes na região . Conselho de Administração e directores de serviço não diferem significativamente na análise desta questão: a inexistência de um sistema integrado de saúde na região que obriga o HDE a prestar desde os cuidados primários aos cuidados atribuídos a hospitais de retaguarda. Por outro lado, a inexistência de um hospital central mais próximo obriga a enviar para Lisboa os doentes que necessitam de cuidados mais diferenciados.

Estas dificuldades são referidas pelos entrevistados nos seguintes termos:

"Tenho alguns indicadores sobre a saúde em Portugal comparado com o resto do mundo. Os rácios não são muito diferentes. O número de médicos por mil habitantes, o número de medicamentos por cem habitantes. O problema está na distribuição. Lisboa tem tudo. " (nº 1)

Acerca da insuficiência dos cuidados de saúde primários, na área de influência do HDE :

"A urgência do hospital está integrada num sistema complexo.... e só pode cumprir a sua missão se à volta existirem estruturas para dar apoio suficiente. ... Essas estruturas são uma filtragem dos

casos ... a missão da urgência não é fazer consultas, é tratar urgências e emergências. ... Os serviços de saúde primária falham porque o centro de saúde não tem médico", ... ou porque aos "doentes que estão aqui em turismo, a informação não lhes é dada adequadamente" (nº5)

O hospital é uma estrutura pesada, teoricamente pensada para dar resposta aos casos mais graves, mas, simultaneamente, tem de assegurar sozinho as consultas de especialidade, inexistentes nos centros de saúde, o que, em certas especialidades, provoca filas de espera para além do desejável,

"Isto é uma bola de neve, se tivéssemos 10 médicos haveria lista de espera porque em vez de virem mil pessoas por trimestre, viriam três ou quatro mil. Não há solução senão aumentar a oferta".
(nº9)

Nos centros de saúde, o clínico geral tem muitas dificuldades em pedir exames complementares de diagnóstico. Um dos médicos referia que o clínico geral, se suspeitasse de um problema cardíaco não podia mandar fazer um electrocardiograma, sendo obrigado a referenciar o doente para o hospital. A confirmação dessa suspeita só poderá, portanto, ser efectuada pelo especialista. E este é apenas um exemplo do modo como a grande maioria dos cuidados de saúde recai apenas sobre a estrutura hospitalar e vem simultaneamente desvalorizar o trabalho do clínico geral.

Outras dificuldades devem-se à inexistência de estruturas capazes de acolher os acamados de longa duração, obrigando o HDE a funcionar como hospital de retaguarda. Presentemente em que se assiste ao envelhecimento da população, e ao aparecimento, como referia um entrevistado, da quarta idade, este problema tem-se feito sentir com particular acuidade.

"Outro problema é o escoamento dos doentes tratados, desde os doentes que precisam de ser internados e os serviços estão superlotados, aos que necessitam de cuidados mínimos e não de cuidados hospitalares; mas à volta não há estruturas. Os hospitais concelhios não conseguem dar vazão a tudo o que precisamos de mandar para lá. Além do hospital não há centros de saúde com internamento" (nº5)

Vários directores de serviço referem igualmente, para resolução de casos crónicos, a necessidade de se prestarem cuidados em regime ambulatorio, permitindo aliviar o serviço de urgência e, nomeadamente o serviço de medicina.

Outra fonte de insatisfação referida pelos profissionais reside nas dificuldades do hospital de referência em acolher os casos mais graves que necessitem de valências médicas inexistentes no HDE . As evacuações têm de fazer-se para os hospitais centrais, em Lisboa, obrigando médicos e essencialmente enfermeiros a uma viagem de 600 km de ambulância:

"Faro não dá resposta, ... apesar de ser nomeado como hospital de referência deste hospital. Nós telefonamos para lá e acabam por não ter as valências. ... Quanto à neurocirurgia e cirurgia torácica não precisamos de um serviço no HDE , seria exagerar. Mas precisamos de um serviço de neurocirurgia ou cirurgia torácica que dê atenção ao Algarve e ao sul do Alentejo. ... Mas de momento a resposta é Lisboa que já está sobrecarregada com os casos de Lisboa. ... No sul do país tem de haver um hospital central. Neste momento não existe um sistema escalonado a funcionar como devia e esse é o problema". (nº5)

Atendendo a que o número de enfermeiro no HDE é manifestamente insuficiente para as actuais necessidade, sempre que há necessidade em efectuar mais que uma evacuação, os serviços são penalizados, e a qualidade da prestação de cuidados diminui.

Dadas as carências na organização do sistema, algumas situações acabam por ser solucionadas graças à relação informal entre os médicos das várias instituições:

"Nós queremos por exemplo seguir aqui doentes com problemas específicos. Faro não nos dá possibilidade de fazer os exames, os laboratórios particulares" também não. "Temos de os enviar para Lisboa. Nós conseguimos esse apoio em Lisboa porque quase todos nós viemos dos hospitais centrais e temos as nossas ligações a título pessoal e particular. ... É graças ao facto de dois ou três de nós que trabalhamos em Faro e quando é preciso alguma coisa recorremos às nossas amizades pessoais. É assim que se consegue resolver grande parte dos problemas" (nº10)

Verificamos assim que pese embora a boa qualidade dos profissionais o HDE não poderá ser eficaz se a região não se dotar de um sistema integrado de cuidados de saúde, assegurando os vários níveis de cuidados.

c) - Os concorrentes do HDE

Procurámos determinar a percepção das pessoas relativamente aos diferentes prestadores de cuidados de saúde. Verificamos que as unidades privadas não são percebidas como concorrenciais ao hospital, mas como complementares, ajudando em certas especialidades a aliviar listas de espera para as consultas.

"As pessoas podem optar pelas consultas ... privadas. Os consultórios não são concorrentes, são complementares. Se não existisse medicina privada, o hospital deveria ter 20 a 30 médicos." ... Esta especialidade "não existe nos centros de saúde, só nos hospitais. Exige muito equipamento, grandes instalações".
(nº9)

A concorrência dos hospitais privados faz-se em relação à admissão do pessoal, dada a dificuldade em admitir pessoal

para o quadro da instituição. O pessoal de enfermagem ou de apoio pode ser admitido em regime de prestação de serviços, ou seja sem vínculo à instituição.

"Faltam enfermeiros. "Não há meio de desbloquear as vagas, de admitir pessoal. É evidente que vão fugindo para lá (as clínicas privadas)" (nº10).

Mas em termos de qualidade da prestação de cuidados:

"A clínica tem outro sistema de hotelaria ... mas em termos de assistência está a quilómetros luz. É o hospital que faz concorrência à clínica. A clínica não tem condições" (nº 7)

Esta clínica entretanto fechou, não tendo conseguido fazer face à crise económica.

O reconhecimento da concorrência paradoxalmente não provém da actividade privada, mas dos outros hospitais públicos que têm mais meios e oferecem mais vantagens aos profissionais - note-se que a noção de concorrência numa perspectiva de cliente é inexistente.

" Concorrência a nível hospitalar, não há nada. ... A privada também não faz concorrência ao hospital. As próprias privadas e os médicos das seguradoras, se o caso necessita de hospitalização é para aqui que mandam. A principal concorrência vem da noção que se tem do hospital. Às vezes para uma coisa simplicíssima (como dar uns pontos) dizem — veja lá se não tem condições para tratar vou já para Lisboa. A concorrência é feita para essas zonas para instituições também do Estado." (nº5)

Verificamos pois que a noção de concorrência está ausente do discurso dos dirigentes do HDE . O quadro 13 mostra que nem mesmo os membros do Conselho de Administração se referem a este aspecto. Os restantes prestadores são percebidos como complementares vindo acolher os casos que de outro modo viriam engrossar ainda mais as listas de espera do hospital.

d) - Percepção do utente do HDE

Relativamente ao utente, todos os intervenientes referem a sua má informação, quer relativamente às estruturas de saúde existentes levando-os a acorrer desnecessariamente ao hospital – nomeadamente os turistas, nacionais e estrangeiros, na época de verão – quer relativamente à sua própria saúde, reconhecendo a necessidade de educação para a saúde.

Saliente-se a este propósito a intervenção do corpo de enfermagem que, em serviços tais como a pediatria ou a obstetrícia, procura ter junto das utentes uma acção pedagógica e de educação para a saúde. A sua actuação faz-se consoante as situações, individualmente ou em pequenos grupos. Noutros serviços, e como já referimos, a enfermagem procura, através da criação de uma relação afectiva com o utente, efectivar a mudança de paradigma. O entrevistado nº 17 constitui um bom exemplo, ao considerar que há ainda uma grande pressão social, do médico, e do próprio utente para a actuação do enfermeiro no quadro do paradigma biológico.

O médico refere a necessidade do utente tomar a responsabilidade da sua própria saúde, através do acompanhamento regular do estado de saúde e, conseqüentemente preconiza a introdução nos programas escolares de uma disciplina de educação para a saúde.

Da análise do discurso dos dirigentes médicos chamou-nos a atenção a referência destes profissionais à relação médico-doente. Verifica-se que a maioria dos médicos entrevistados considera que nos últimos seis anos essa relação mudou, por um lado de forma positiva, deixando o

médico de ser considerado um deus, para ser percebido como um técnico, mas por outro lado de forma negativa, ameaçando a relação de confiança necessária.

"A actuação da ministra da saúde veio criar a ideia que os médicos e os doentes estavam em campos opostos, eram inimigos. Isso pegou e é difícil de mudar. Esta imagem é melhor que a que existia antes, segundo a qual o médico era uma espécie de feiticeiro. Mas é melhor não eternizar a imagem do médico que abusa da sua profissão. É verdade que existe uma relação de dependência do doente face ao médico, mas isso não quer dizer abuso" (nº 3)

Note-se a referência à ministra da saúde, Dra Beleza, que aparece em várias entrevistas como responsável pela destruição do prestígio da classe médica. Consideram estes profissionais que se instaurou um litígio entre médicos e utentes, quebrando-se a relação de confiança indispensável ao processo de trabalho. Este problema coloca-se com maior acuidade na urgência, sendo-nos referido por alguns destes profissionais, o defensismo em que se fecham, para não serem acusados de erro ou negligência.

"Está-se a responsabilizar demasiado a classe médica, e isso vai causar que os médicos para se defenderem começam a ter mais medo de enfrentar determinadas situações. Por um lado é bom pois a pessoa actua com mais cuidado. Por outro lado ... há determinadas acções que são menos ortodoxas que poderiam salvar um doente. ... Temos isso todos os dias, por exemplo problemas do foro da neurocirurgia. É mais fácil mandar o doente para Lisboa, com todos os riscos inerentes à transferência. O cirurgião geral poderia fazer uma trepanação, mas não quer assumir a responsabilidade. Se as coisas correrem mal, como aqui não há TAC, ele não pode ver exactamente onde estava o problema. Ele não pode ser responsabilizado por não tentar salvar uma vida e no transporte para Lisboa tudo pode acontecer." (nº5)

Se referimos aqui esta opinião (comum a dois médicos entrevistados) é porque nos parece que esta questão pode

ilustrar a eventual procura do médico, habitualmente confrontado com casos mais rotineiros, de casos interessantes. Esta questão é particularmente referida no estudo de Carapinheiro (1993: 108).

e) - A relação com os sindicatos

Finalmente, a relação com os sindicatos de momento não põe grandes problemas ao HDE . A relação com os sindicatos é percebida essencialmente como uma relação não conflituosa, senão mesmo de cooperação pelos elementos do Conselho de Administração.

"...não tem havido problemas. Por vezes há legislação que nos passa ao lado e vem o delegado sindical chamar a atenção. ... Os conflitos entre os sindicatos e a instituição é mais em tempo de eleições" (nº 4)

Os Sindicatos não pressionam o hospital, enquanto entidades prestadora, as suas intervenções junto do Conselho de Administração relacionam-se com casos pontuais de cumprimentos da legislação. Um dos entrevistados relatou-nos um exemplo concreto, relativamente ao modo de contabilização das horas de trabalho para o sector de enfermagem.

As reivindicações sindicais são efectuadas junto da tutela que tem poder para decidir sobre as remunerações e carreiras dos seus associados.

ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS

Tendo em conta que o número de questionários respondidos não é representativo do HDE , analisámos apenas algumas questões qualitativas, por nos parecerem confirmar ou completar os resultados das entrevistas.

Como já foi referido anteriormente, as respostas qualitativas dos inquiridos foram dicotomizadas e foram submetidas ao teste do qui-quadrado. As não respostas foram eliminadas, razão pela qual o número total de respondentes varia nos diversos pontos. As análises estatísticas completas referentes a esta matéria estão presentes em anexo.

2.1. A imagem do HDE – representações dos profissionais

A maioria dos profissionais considera que se o seu serviço tem boa imagem tal se deve ao esforços das pessoas que lá trabalham. O teste do qui-quadrado, com correcção de Yates, visto estarmos em presença de uma pequena amostra, não nos permite rejeitar a hipótese nula de independência das variáveis.

Quadro 14: A boa imagem do serviço

	médicos	outros	Total
esforço dos profissionais:	9	54	63
não tem boa imagem	5	8	13
Total	14	62	76

TEST STATISTIC	VALUE	DF	PROB
PEARSON CHI-SQUARE	4.191	1	0.041
LIKELIHOOD RATIO CHI-SQUARE	3.615	1	0.057
YATES CORRECTED CHI-SQUARE	2.737	1	0.098

Quanto à má imagem que o serviço possa ter, não se identificaram diferenças significativas entre os dois grupos. Constatamos que os problemas referidos dizem essencialmente respeito à falta de condições físicas (instalações, falta de equipamentos) e à falta de recursos humanos.

Quadro 15: Causas da má imagem do serviço

	médicos	outros	Total
factores internos	8	39	47
factores externos	2	11	13
Total	10	50	60

O teste do qui-quadrado não nos permite rejeitar a hipótese nula de independência das duas variáveis. Ambos os grupos atribuem a factores internos, ou seja à falta de meios e de condições de trabalho, a má imagem do seu serviço.

2.2. O HDE uma organização centralizada

Confirmando os dados obtidos nas entrevistas podemos agora constatar que não são apenas as chefias operacionais que consideram o hospital uma estrutura centralizada, onde há pouca participação, também os restantes membros da organização (enfermeiros, técnicos e administrativos) consideram que a estrutura é muito centralizada e que há pouca participação.

Quadro 16: A estrutura do HDE

	médicos	outros	Total
centralização	14	47	61
descentralização	0	10	10
Total	14	57	71

O Quadro 16 mostra bem como 86% das pessoas que se pronunciaram sobre esta questão consideram a decisão muito centralizada.

Procurámos identificar o agente desta centralização. Do discurso de cerca de 60% dos inquiridos é possível distinguir duas fontes de centralização: o Conselho de Administração do HDE ou o Governo, a tutela. Destes, verificamos, no quadro 17, que pouco mais de metade considera que essa centralização é da responsabilidade do governo que dita normas sem conhecer a especificidade dos serviços, ou do hospital.

Quadro 17: A decisão é centralizada pelo conselho de Administração ou pela tutela

	médicos	outros	Total	%
Conselho Administração	8	11	19	41,3
Governo	4	23	27	58,7
Total	12	34	46	100%

Recorde-se, contudo, que nas entrevistas os profissionais já definiam o HDE como uma estrutura centralizada, atribuindo essa centralização ao Conselho de Administração.

2.3. A comunicação no HDE

Verificamos que na comunicação com o Conselho de Administração os médicos não se diferenciam dos restantes, considerando cerca de metade que as relações são boas ou fáceis enquanto a outra metade as considera difíceis, como se pode ver no Quadro 18:

Quadro 18: A comunicação com o Conselho de Administração

	médicos	outros	Total
Boa	8	29	37
Difícil	6	30	36
Total	14	59	73

A comunicação com as chefias directas também é considerada boa pela maioria dos respondentes (86%) como podemos verificar pelo quadro 19.

Quadro 19: Qualidade das comunicações com as chefias

	médico	enfermeiro	técnico	administrativo	Total	%
Boa	13	31	8	9	61	85,9
Difícil	1	4	1	4	10	14,1
Total	14	35	9	13	71	100%

O mesmo se pode dizer relativamente à comunicação entre os serviços, como mostra o quadro 20:

Quadro 20: qualidade da comunicação entre os serviços

	médico	enfermeiro	técnico	administrativo	Total	%
Boa	9	22	6	11	48	70,6
Difícil	4	11	3	2	20	29,4
Total	13	33	9	13	68	100%

Analisemos o que nos dizem os inquiridos relativamente à existência de problemas de coordenação entre os serviços. Como se pode ver no quadro 21, 62% das pessoas referem a existência de conflitos.

Quadro 21: existência de conflitos de coordenação

	médico	enfermeiro	técnico	administrativo	Total	%
Sim	8	22	7	10	47	61,8
Não	6	16	3	4	29	38,2
Total	14	38	10	14	76	100%

Daremos seguidamente alguns exemplos dos problemas de coordenação relatados:

Os problemas de coordenação devem-se à "falta de interligação com os serviços, havendo alguns serviços a funcionar quase autónomos" (administrativo/1).

"há falta de contactos frequentes entre eles; falta de trabalho conjunto; desconhecimento do serviço uns dos outros" (técnico/23).

"há dificuldades de colaboração e dificuldades no caso de haver áreas de trabalho sobrepostas" (médico/28).

Um exemplo de problemas que denota a dificuldade de coordenação entre os serviços e mesmo entre os profissionais é referido por três médicos, seis enfermeiros e um administrativo, e refere-se à mudança (repentina) de enfermeiros entre os serviços. Este aspecto foi-nos referido também por um dos directores de serviço entrevistado.

E cerca de 30% dos inquiridos atribuem essas dificuldades de coordenação a problemas de comunicação. Tendo em conta que não se registaram relações estatísticas significativas, daremos alguns exemplos qualitativos:

há conflitos de coordenação entre os serviços "por falta de serem ouvidos, nunca são ouvidos" (administrativo/12)

Os conflitos entre serviços "devem-se à falta de diálogo, de informação" (médico/29)

"devem-se à falta de diálogo" (técnico/21)

"à fala de comunicação entre serviços, chefias e outros trabalhadores"
(enfermeiro/45)

Verifica-se, pois, uma necessidade de maior participação na organização e um desejo de ser informado.

2.4. A formação

Recorde-se que a formação assume particular importância no HDE e que as chefias, e nomeadamente as chefias de enfermagem consideram que o hospital tem vindo a desenvolver um grande esforço no sentido de facultar formação a estes profissionais. Seria de prever que os enfermeiros se sentissem mais satisfeitos com a formação que o HDE lhes faculta. Para isso procurámos analisar apenas o que pensam os médicos e os enfermeiros relativamente a este assunto:

Quadro 22: A qualidade da formação

	médicos	enfermeiros	Total
boa	0	20	20
insuficiente	14	18	32
Total	14	38	52

TEST STATISTIC	VALUE	DF	PROB
PEARSON CHI-SQUARE	11.974	1	0.001
LIKELIHOOD RATIO CHI-SQUARE	16.719	1	0.000
YATES CORRECTED CHI-SQUARE	9.853	1	0.002

Assim, como se pode ver no quadro 22, enquanto a totalidade dos médicos considera que a formação proporcionada pelo HDE é insuficiente, referindo que têm de suportar os seus custos e manifestando grande insatisfação, cerca de metade dos

enfermeiros afirma que a formação boa. Quanto à outra metade, refere que o hospital não lhes facultava dispensa de serviço, ou ajudas de custo para frequentar as acções de formação no exterior. A formação externa representa pois um esforço acrescido para os profissionais.

Procurando confirmar esta análise qualitativa dos dados, verificamos que não podemos concluir pela dependência entre a profissão e a avaliação da formação pois o qui-quadrado calculado, com correcção de Yates é inferior ao valor de tabela. O que quer dizer que médicos e enfermeiro manifestam insatisfação perante a formação que lhes é facultada pelo HDE .

ANÁLISE DAS RECLAMAÇÕES DOS UTENTES

Neste trabalho procurámos um indicador da opinião dos utentes sobre o hospital. Para tanto analisámos os dois últimos anos de reclamações.

As reclamações dos utentes têm vindo a diminuir de ano para ano. Com efeito, em 1991 registaram-se 72 reclamações, em 1992, 42, nem 1993 foi de 53 e diminuiu substancialmente em 1994, ano em que se registaram apenas 19 reclamações.

O HDE procura responder a todas as reclamações dos utentes. Procura também averiguar as responsabilidades das pessoas implicadas em reclamações sobre a má qualidade de atendimento. Por esse motivo, algumas reclamações não foram ainda arquivadas. O quadro seguinte não abrange por isso a totalidade das reclamações (faltando 2 no ano de 1994 e 14 no ano de 1993).

Reclamações	1993	1994	Total	%
Demora nas consultas	3	3	6	10,7
Demora nas cirurgias	2	2	4	7,1
Problemas de atendimento:				
- médico	3	4	7	12,5
- enfermeiro	2	2	4	7,1
- administrativo	4		4	7,1
- seguranças	3		3	5,4
- bar	4		4	7,1
Falta de camas	1		1	1,8
Falta de técnicos de serviço social		2	2	3,6
Falta de higiene	3		3	5,4
Horário e número de visitas	4		4	7,1
Desaparecimento de haveres	4	3	7	12,5
Taxa moderadoras	6	1	7	12,5
TOTAL	39	17	56	
	%	69,6%	30,3%	100%

Quadro 23: reclamações por categoria e por ano

Verificamos, no quadro 23, que no ano de 1994 o número de reclamações decresceu sensivelmente para metade. Uma análise qualitativa das alterações mostra que desapareceram as reclamações relativas ao apoio logístico: parece haver um melhor atendimento por parte dos administrativos, dos empregados do bar e dos funcionários da vigilância.

Não se registam igualmente reclamações relativas aos horários das visitas, provavelmente devido à institucionalização de uma segunda visita, ao fim da tarde.

Quanto às reclamações dirigidas à má qualidade do atendimento (que agrupam problemas de um relacionamento menos correcto ou mesmo reclamações versando a negligência) verifica-se que o seu número se mantém estável. O mesmo acontece relativamente às listas de espera para as consultas de especialidade e para cirurgia.

Um outro problema que merece alguma atenção diz respeito ao desaparecimento de haveres dos utentes e que concerne essencialmente ao serviço de urgência. Embora o número de reclamações neste sentido não seja muito elevado ele representa 12,5% do total das reclamações.

Interessou-nos confirmar a opinião do entrevistado nº 3 quando diz

"toda a gente que utiliza o hospital na verdadeira acepção da palavra, ou seja que percorre o hospital todo considera que foi bem atendido,... entrou pela urgência, ou pela consulta externa, foi internado, foi operado. Se formos para o doente que apenas vai à consulta externa a percentagem diminui e na urgência diminui assustadoramente"

analisamos, para tanto, as reclamações por serviço, e como se pode ver no quadro nº 22 é de facto no serviço de urgência que se registam mais reclamações, seguido da consulta externa.

RECLAMAÇÕES POR SERVIÇOS	1993	1994	TOTAL	%
Urgência	12	5	17	30,4
<u>Consulta Externa:</u>				
cardiologia		1	8	14,3
oftalmologia	2	1		
ortopedia		2		
otorrinolaringologia	2			
Medicina	2	4	6	10,7
Serviços Administrativos	2		2	3,6
Serviços de apoio logístico (bar, vigilância)	6		6	10,7
Outras reclamações	13	4	17	30,4
TOTAL	39	17	56	100

Quadro 24: reclamações por serviço e por ano

Verificamos pois que cerca de 30% das reclamações incidem sobre o serviço de urgência e cerca de 15% sobre a consulta externa. Estes dois serviços foram objecto de reestruturação durante os anos de 1994 e 1995. seria interessante repetir esta análise no sentido de avaliar se o número de reclamações diminui, nomeadamente no serviço de urgência.

As reclamações relativas à consulta externa incidem sobretudo na demora para obtenção de consulta ou para cirurgia. As causas desta demora já foram identificadas, e prendem-se com a inexistência de consultas de especialidade fora do hospital. Será pois difícil diminuir substancialmente a demora média, fora de uma solução integrada para todas as organizações do serviço nacional de saúde.

Os utentes que reclamam da demora na cirurgia são incentivados a fazê-lo pelo próprio hospital, dado que existe uma disposição legal segundo a qual o doente que tenha uma demora superior a três meses pode optar por qualquer outro hospital. Assim, quando um utente reclama, o HDE remete-lhe um documento com uma previsão da demora que ultrapassa normalmente aquele prazo.

Com esse documento o utente pode, junto da ARS, invocar o cumprimento da legislação. Não há uma política de auscultação sistemática ao utente.

SINTESE DOS RESULTADOS O HDE

Categorias	somaário do número de vezes que cada categoria foi referida pelos entrevistados			
	Conselho de Administração	Directores de Serviços Clínicos	Directores de Serviços de Apoio	Enfermeiros Chefe
1. conhecimento de todo o hospital do serviço	2	13	1	3
2. identificação com a profissão a organização	3 1	13	3	11 2
3. Problemas de poder.	7	14		
4. Independência das hierarquias	5	7		9
5. Objectivo quantitativo	56	16	19	
qualitativo	38	69	6	32
6. Objectivo curto prazo	14	13	4	14
médio prazo	8	1		1
7. Orientação para a tarefa ou para as relações	2 20	1 13		
8. decisão centralizada	5	13	2	2
participação na decisão	21	1		13
9. recursos: arena política	5	12	4	
igualitarismo	5	1		
10. diferenciação: médico - enfermeiro	12	13		15
profissionais - apoio técnico			3	7
profissionais - apoio logístico	5	4	5	12
11. Integração: ajustamento mútuo	2	17	6	4
comissões ad hoc	8	1		
comissões legais	2	3	2	12
hierarquia	1			3
Estandardização de procedimentos	8			15
13. A tutela: facilitador	13	1		
limitador	13	11		
14.o sistema de saúde: facilitador				
causa do insucesso	19	55	7	4
15. Prestadores publicos				
concorrentes	1			1
complementares		5	1	1
16. Prestadores privados				
concorrentes				
complementares	3	9	2	1
17. O utente mal informado	3	21		11
Relação médico doente				
mudança positiva	1	2		
mudança negativa	1	9		
18. sindicatos: cooperação	3	3	2	
conflito		2		

Quadro 25: síntese dos resultados obtidos nas entrevistas.

O quadro 25 sintetiza os resultados obtidos das entrevistas, acima analisadas. Para facilitar a leitura, agrupamos os 18 entrevistados em quatro grupos – os membros do conselho de administração, os directores dos serviços clínicos, os directores dos serviços de apoio e os enfermeiros chefes. Em resultado da análise de conteúdo emergiram dezoito categorias. As frequências apresentadas respeitam ao somatório das intensidades de cada um dos respondentes em cada categoria. Reveladora é também a ausência de respostas em dada categoria.

4.1 - A descentralização horizontal e vertical no HDE

O HDE é uma organização descentralizada, em que cada uma das unidades é relativamente independente das outras. No centro operacional, os directores de serviço afirmam apenas conhecerem o que se passa no seu próprio serviço, e desconhecerem os restantes serviços. O director de serviço trabalha para a sua unidade procurando apetrechá-la independentemente das restantes. Existe uma diferença significativa entre os médicos e os enfermeiros que, dada a política de rotação entre os serviços, têm um bom conhecimento de todo o hospital.

Médicos e enfermeiros identificam-se com a sua profissão, não com a organização (o hospital).

Os profissionais gozam de autonomia individual e controlam o seu próprio trabalho. Os directores de serviço referem claramente algumas das dificuldades que se lhes colocam na gestão dos profissionais. O controlo hierárquico parece totalmente inadequado. Só é reconhecida a competência profissional.

No hospital existem duas hierarquias distintas e paralelas, a hierarquia médica e a de enfermagem.

O poder médico e a consequente descentralização vertical pode ser verificada através das referências à demissão da administração anterior, demasiado centralizadora.

4.2. O HDE, uma organização diferenciada

O HDE parece apresentar um certo nível de diferenciação. Os resultados mostraram que os membros do Conselho de Administração manifestam uma maior preocupação por objectivos quantitativos (o controlo dos custos, a gestão do orçamento) enquanto os profissionais, no centro operacional apresentam objectivos qualitativos (a qualidade da prestação de serviços, a aquisição de novos equipamentos). Note-se contudo que esta preocupação por objectivos qualitativos também está presente no vértice estratégico.

Não emergiram quaisquer outras diferenças significativas entre os profissionais e os membros do Conselho de Administração. Verifica-se que todos os membros do HDE apresentam objectivos essencialmente de curto prazo e uma maior orientação para as relações humanas.

Quanto ao estilo de liderança, enquanto os membros do Conselho de Administração consideram a sua gestão mais descentralizada (nomeadamente em comparação com a administração anterior), os profissionais, chefias ou não, discordam e consideram a organização muito centralizada. Verifica-se assim, quer através das entrevistas quer dos questionários, um desejo de maior participação ao nível do profissionais, no centro operacional.

No HDE verificam-se alguns indícios de diferenciação entre os serviços operacionais e os serviços de apoio, bem como entre os próprios profissionais (médicos - enfermeiros), embora o número de referências não seja estatisticamente significativo.

4.3. A integração no HDE

No centro operacional a integração faz-se essencialmente por ajustamento mútuo. A maioria dos entrevistados e dos inquiridos afirma não existirem problemas de comunicação. O tamanho do hospital explicaria este facto.

Paralelamente existem várias comissões que permitem, de um modo mais ou menos regular, assegurar a integração das actividades do hospital.

Quanto à integração pela hierarquia, no centro operacional, é no sector de enfermagem que a podemos encontrar. São implementados mecanismos de coordenação adequados à coordenação hierárquica – a standardização dos procedimentos através da instituição de padrões de actuação – lado a lado com os mecanismos adequados a uma coordenação clânica – a standardização das qualificações através de particular atenção atribuída à formação interna e externa.

4.4. O papel do vértice estratégico

Os membros do Conselho de Administração consideram que o seu papel, ao nível interno consiste na gestão dos conflitos e, ao nível externo, em assegurar as relações entre o HDE e o seu meio envolvente, nomeadamente a tutela.

4.5. O meio envolvente externo do HDE

No HDE, embora reconhecendo carências de recursos, (espaço físico, meios técnicos e humanos), os profissionais consideram que dispõe de médicos de qualidade, funcionando assim relativamente bem.

No meio envolvente externo residem as principais causas do insucesso organizacional. As unidades de saúde são consideradas inoperantes, dificultando assim o trabalho do HDE que tem de assegurar cuidados primários, que deveriam estar assegurados pelos centros de saúde, cuidados diferenciados e funções de hospital de retaguarda, mantendo durante mais tempo que seria necessário acamados e doentes crónicos que não necessitam de cuidados médicos permanentes.

O HDE não promove um sistema de auscultação sistemática do utente. Este pode reclamar, no gabinete do utente. Trata-se pois de um sistema de voz activa por iniciativa própria, sendo de prever que apenas reclama quem tem condições de acesso à saúde noutras instituições públicas ou privadas. Assim se explica o pequeno número de reclamações registado.

Em conclusão, as principais características do HDE são:

- Uma estrutura descentralizada horizontal e verticalmente, em que o poder se encontra no centro operacional
- Os profissionais gozam de autonomia e o principal mecanismo de coordenação é a standardização das qualificações. O hospital recruta profissionais devidamente formados e socializados.
- Podem surgir problemas de controlo, nomeadamente face a profissionais menos cumpridores ou menos competentes.

- Os profissionais tendem a identificar-se mais com a profissão que com a organização.
- No centro operacional surgem problemas de coordenação entre profissionais, entre os serviços do centro operacional e com os serviços de apoio logístico e administrativos.
- No HDE, instituição de reduzida dimensão, as pessoas fazem um esforço para manter boas relações interpessoais (o que não evita totalmente o conflito).
- O vértice estratégico desempenha um duplo papel – internamente gere os conflitos e assegura as relações com o meio externo, possibilitando ao profissional uma actuação liberta das pressões exteriores.
- Trata-se de uma organização que não se preocupa com a satisfação do cliente, procurando essencialmente a melhorar a qualidade interna.

VI DISCUSSÃO

Neste trabalho propusemo-nos estudar um pequeno hospital que evoluiu de uma estrutura familiar, de retaguarda, pertencente à Misericórdia, para hospital distrital. O HDE é actualmente um hospital distrital de reduzida dimensão, chamado a prestar além dos cuidados diferenciados, missão essencial dos hospitais distritais, cuidados de saúde primária através das consultas de especialidade e cuidados de retaguarda. Procurámos saber se evidencia, ao nível do seu centro operacional, a maioria das características apresentadas pelos vários autores para a organização hospitalar, ou se o enquadramento legal a que está sujeita, lhe impõe uma estrutura determinada.

Da análise dos dados, verificamos que o HDE apresenta uma estrutura descentralizada horizontalmente – constituída por diferentes serviços relativamente independentes uns dos outros, e por profissionais que actuam directamente junto dos seus pacientes, com autonomia – e verticalmente – os profissionais têm um poder considerável, influenciando as decisões do vértice estratégico.

A maioria dos autores realça a dificuldade dos profissionais em submeter-se ao controlo hierárquico e em seguir regras previamente fixadas. Neste sentido, Etzioni (1974) caracterizou o hospital como uma organização normativa, em que a autoridade resulta do poder social ou moral e do elevado envolvimento dos membros da organização. Os profissionais manifestam grande empenhamento no seu trabalho e profissão.

Numa abordagem diferente, Stelling e Bucher (1964) e, mais tarde, Carapinheiro (1994) recorrem ao conceito de ordem negociada para

demonstrar que, no hospital, o poder se encontra no nível operacional e que as relações estabelecidas entre os diversos actores não se regem pelo modelo hierárquico ou burocrático.

Outros autores (Miner, 1988, Blacker, Reed e Whitaker, 1993) partem do aumento das qualificações para referir os conhecimentos como recurso estratégico e a necessidade de dar poder aos profissionais ou peritos, exigindo a sua participação na gestão da organização. A caracterização que Miner (1988) faz das organizações baseadas no conhecimento, parece-se muito com a descrição da burocracia profissional realizada por Mintzberg (1982).

A inadequação do modelo de controlo pela hierarquia, transparecendo dos vários modelos teóricos analisados parece pois um facto comprovado, e verifica-se aos vários níveis: do Conselho de Administração para o centro operacional, e no interior deste entre o director dos serviços e os seus colegas de profissão. As entrevistas vão no mesmo sentido. Estaríamos, pois, em presença de um sistema que favorece a emergência de líderes em grupos de iguais, com base em critérios de competência profissional.

A lei de gestão hospitalar de 1988 não impõe o modelo de burocracia profissional, mas também não o impede. Ao preconizar, por um lado, a nomeação dos membros do Conselho de Administração pelo ministro da tutela, nomeando estes, por sua vez o director clínico e o enfermeiro director, e por outro lado, a nomeação os directores de serviço instituiu-se o critério da confiança política, aos vários níveis da organização. Esta forma de acesso aos cargos dirigentes do hospital vem contrariar os princípios de reconhecimento das qualificações profissionais. Compete ao líder nomeado compreender que o conflito com o vértice estratégico apenas poderá ser solucionado através da devolução do poder aos profissionais.

A história recente do HDE constitui um bom exemplo do poder dos profissionais e das dificuldades que uma tentativa de controlo pela

hierarquia tem de enfrentar. Vimos que uma administração muito centralizadora se viu impossibilitada de terminar o seu mandato. A contestação dos médicos obrigou o Ministério da Saúde a substituir o Conselho de Administração. Verifica-se, assim, que a intenção de centralização do poder, através de uma liderança política, faz surgir de imediato o conflito com o centro operacional. Este conflito só será apaziguado, voltando a dar o poder ao centro operacional.

A lei anterior, de 1977, sancionava uma maior participação dos profissionais ao preconizar a eleição do director clínico e do enfermeiro director. Contudo, quanto aos directores de serviço não solucionava a questão ao propor a nomeação de um médico em regime de exclusividade no hospital.

Ao nível da direcção dos serviços o problema do poder sobre os colegas não se afigura de fácil resolução. A lei de 1988, ao propôr a nomeação de um dos médicos mais graduados parece seguir os pressupostos da burocracia profissional. Mas num hospital pequeno, tal como o HDE, em que o quadro prevê poucos lugares para chefes de serviço, tal significa não permitir a rotação dos médicos no cargo, fazendo recair sobre uma única pessoa a gestão do serviço. Também não estando o quadro preenchido nos lugares de topo, assumem o cargo de director de serviço, assistentes, sem portanto um estatuto privilegiado em termos de competência, face aos colegas.

A lei actual preconiza a nomeação do mais graduado, à semelhança do que acontece nas estruturas universitárias. Mas, enquanto a universidade tem meios para controlar a subida na carreira, recebendo assistentes fora do quadro e só os contratando depois de provas dadas, no hospital os mecanismos de contratação e promoção são externos, assegurados pelo Ministério e pela Ordem dos Médicos. O hospital não tem intervenção na gestão das carreiras dos profissionais, e consequentemente está-lhe vedada a gestão das recompensas. Assim existe, ao nível interno, pouca pressão para o envolvimento pessoal dos

médicos, e reforçam-se a identidade profissional e a acção das forças centrífugas relativamente à organização.

Reconhecemos aqui a descrição que Mintzberg (1982) faz do mecanismo de coordenação dominante na burocracia profissional – a standardização das qualificações – que fomenta a identidade profissional e um menor empenhamento na organização.

Esta questão remete-nos para o papel do vértice estratégico. Etzioni (1974) afirmou que a direcção do hospital detinha um papel meramente secundário, de elo de ligação entre os profissionais e a tutela. Tal não se verificará em nossa opinião, se o director do hospital compreender a dinâmica das relações com os profissionais. Vimos que, no HDE, o Conselho de Administração está limitado na gestão dos recursos humanos, e que, ao nível da gestão do trabalho do centro operacional, deve respeitar o poder dos profissionais, deixando-lhes considerável espaço de manobra. Estamos perante um sistema imperfeitamente conectado (Orton e Weick, 1990), que não poderá ser gerido através do controlo hierárquico, que se revela totalmente inadequado. Dos restantes mecanismos referidos por Ouchi (1986), mantem-se apenas o controlo pelo clã, adequado a estas comunidades de iguais.

Vimos com Lawrence e Lorsch (1973) que quanto mais diferenciada é uma estrutura, maior a probabilidade de emergirem conflitos, o que nos remete para a questão da integração das actividades.

No HDE, os membros do vértice estratégico definem o seu papel como o de gestor dos conflitos internos, para além de assegurarem as relações com o exterior da organização. Podemos verificar que tal é o papel descrito por Mintzberg (1982) para o administrador profissional, o que poderá explicar em parte a existência de poucos conflitos na organização. Com efeito, não encontramos, neste hospital, posições de conflitualidade estatisticamente significativas. Os conteúdos de diferenciação estão presentes mas existe simultaneamente a

preocupação de reafirmar o bom entendimento entre as pessoas e a facilidade de comunicação aos vários níveis. Trata-se de um hospital pequeno, e esta característica é claramente enunciada para explicar o bom entendimento entre as pessoas.

Voltando ao modo como são integradas as actividades no centro operacional do hospital em estudo, verificamos que o ajustamento mútuo é o principal mecanismo de integração, extremamente facilitado pelo reduzido tamanho da organização. Mas outros meios são activados: a comissão de enfermagem que reúne mensalmente e a comissão médica, que reúne duas ou três vezes por ano. Os médicos optaram, não sem manifestações de descontentamento por parte de alguns adeptos de encontros periódicos, por reuniões menos formalizadas, efectuadas no âmbito de projectos específicos (mudanças nos programas standard, abertura de novas valências, alterações no funcionamento de alguns serviços, por exemplo). Para integração de actividades específicas estão previstas, embora actualmente sem actividade, outras comissões – as Comissões de Farmácia e Terapêutica, de Higiene Hospitalar, de Coordenação Oncológica, de Ética Médica e de Inutilização. Na área de enfermagem além da referida comissão, as actividades são integradas pela hierarquia, através da direcção de enfermagem composta pela enfermeira supervisora e o enfermeiro director. Existe, pois, uma grande diversidade de estruturas de integração, factor que inibe o desenvolvimento dos conflitos e pode favorecer a emergência de um clima de confiança, respeitando assim a coordenação clânica, adequado à especificidade destas organizações.

E com efeito, verificamos que grande parte dos profissionais afirma que o HDE está a trabalhar o melhor possível, pese embora um problema não negligenciável da falta de recursos físicos, materiais e humanos que impede a prestação de serviço de melhor qualidade.

A questão da qualidade merece ser considerada com mais pormenor. Vimos já que a perspectiva do cliente é ignorada pelos membros da

organização. O aumento das valências médicas e a melhoria do equipamento são percebidos essencialmente em termos da satisfação das necessidades de realização profissional. A instituição hospitalar não contém mecanismos de auscultação sistemática aos utentes. Se considerarmos com Hirschman que os sistemas que promovem as reclamações do utente são sistemas que se aperfeiçoam, podemos concluir que, estando os profissionais afastados da pressão do utente, não se impõe a institucionalização de mecanismos para melhoria da qualidade.

Esta problemática parece-nos de grande importância, pois se definirmos a organização hospitalar como um sistema imperfeitamente conectado, podemos dizer com Nunes (1994) e Reto (1994)¹⁷ que a única forma de gestão possível é através da implementação de um sistema de informação sistemática e permanente sobre os utentes e o contexto, permitindo colocar os profissionais e suas equipas em competição saudável. Nestas condições, caberia ao Conselho de Administração implementar um sistema capaz de devolver aos directores de serviço e aos médicos informações acerca dos custos, da demora média e outras julgadas pertinentes.

Esta partilha de informação permitiria aumentar um pouco a coordenação das actividades, modificar os valores dos profissionais e dotaria o líder de um instrumento adequado a uma gestão das recompensas. Estaríamos perante um líder transformacional (Bass, 1985), um agente de mudança da cultura organizacional. É importante referir que o HDE está numa fase de viragem do seu ciclo de vida, devido à construção do novo hospital para um futuro próximo. A mudança de instalações poderá significar o reinício de um novo ciclo de vida que, a verificar-se o modelo dos valores contrastantes (Quinn, 1988) se orientaria para o meio externo (o cliente, nomeadamente) momento privilegiado para se encontrarem as formas organizacionais que permitam melhorar a eficácia e a qualidade.

¹⁷ Moderador do debate sobre Gestão dos Serviços de Saúde in Revista Portuguesa de Saúde Pública, 3-4, 1994, 75-95.

Os profissionais referem como principal causa de insucesso, não tanto os problemas internos de falta de condições de trabalho, mas essencialmente, na inexistência de uma resposta integrada no sistema de saúde regional, do qual o HDE apenas seria um elemento intermédio.

A região Sul do país tem sido preterida em relação ao esforço de crescimento do sector hospitalar, a que outras zonas, de maior densidade populacional, têm assistido. E se podem ser referidos exemplos de sobre-equipamento, os profissionais do HDE são unânimes em considerar o sub-equipamento desta região: o hospital central mais próximo é em Lisboa, e o hospital de referência do HDE não consegue dar resposta às necessidades. Quanto às estruturas de retaguarda, elas são quase inexistentes.

Poder-se-ia pensar que tais carências serão solucionadas com a construção do novo hospital, situado a poucos quilómetros do HDE . Contudo, esta nova estrutura apenas virá melhorar as condições do actual hospital, levando-o possivelmente a responder melhor às actuais necessidades da população. O novo hospital será apenas um hospital distrital, sem as valências de hospital central e obrigando a recorrer a Lisboa.

Uma última questão deve ser ainda considerada. Nos últimos anos, embora afirmando a opção de privilegiar o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários, verifica-se que o investimento se tem concentrado quase exclusivamente nos equipamentos hospitalares. As pessoas que necessitem de um exame auxiliar de diagnóstico (desde um simples electrocardiograma às técnicas mais sofisticadas) têm de ser referenciadas para uma consulta de especialidade, no hospital (aguardando consulta em mais ou menos longa lista de espera), porque ao clínico geral está vedada a possibilidade de pedir exames mais diferenciados.

A resolução de alguns problemas da saúde no nosso país passaria também pelo abandono da perspectiva hospitalocêntrica e pela aproximação das unidades de cuidados de saúde primários das populações que pretendem servir. O reforço de cuidados diferenciados ao nível ambulatorio, incluindo as consultas de especialidade mais solicitadas pelas populações, viria certamente diminuir a pressão sobre os hospitais e melhorar o atendimento. Trata-se de levar os cuidados para junto da escola, da empresa ou do bairro. Trata-se de fomentar a educação para a saúde no sentido de criar hábitos que favoreçam uma melhor qualidade de vida.

O hospital é uma estrutura vocacionada para responder a situações mais graves e agudas, para tratar casos urgentes. Deveria estar inserido num sistema integrado de prestação de cuidados, de modo a estratificar os casos clínicos de acordo com a gravidade. Embora a legislação afirme tal intenção, no Algarve, um tal sistema ainda não foi implementado. Numa região cujo principal recurso é o turismo, a melhoria da qualidade dos serviços de saúde torna-se uma das questões que deveria merecer particular atenção.

Em suma, do estudo efectuado no HDE verificamos que, internamente, emergem a maioria das características da burocracia profissional tal como são enunciadas por Mintzberg (1982). Ao nível externo, poderíamos dizer com Cremadez (1992) "o hospital instituição pública, comporta-se como um monopolista" fechado sobre si próprio, não procura conhecer os seus concorrentes, pouco se preocupa com a satisfação dos seus pacientes e refere-se ao sistema em que está inserido (desde a tutela, aos outros prestadores) em termos de pressões e constrangimentos e não em termos de oportunidades.

VII CONCLUSÃO

Podemos assim concluir que a caracterização do hospital como uma burocracia profissional parece adequar-se à estrutura do hospital em estudo. O tamanho do HDE , facilitando as relações interpessoais e as comunicações, não constitui, contudo, factor de contingência para esta configuração estrutural, tal como o modelo de Mintzberg preconiza (1982).

A lei de gestão hospitalar se não favorece particularmente a emergência desta configuração, não a impede. Parece-nos que não impondo a lei um estilo de liderança participativo ou instâncias de concertação e participação, cabe ao líder compreender a especificidade destas instituições. Se o não fizer corre o risco de ser contestado (como aconteceu no HDE) ou ficar sem poder real, ocupando apenas um cargo nominal. Mas se o director desempenhar o papel de gestor dos conflitos internos e de garante das relações com o exterior, procurando obter os recursos necessários e protegendo o centro operacional das pressões exteriores, poderá ter grande influência no hospital.

A sofisticação crescente da tecnologia começou já a criar interdependências entre os profissionais. O tempo em que o médico actuava só junto do seus doentes tem tendência a desaparecer. Este facto virá provavelmente pôr em questão a presente estrutura organizacional, obrigando a uma maior orientação para o doente, favorecendo uma estrutura mais adocrática, e respeitando os princípios dos sistemas imperfeitamente conectados. Parecem pois, impôr-se mudanças na gestão da organização hospitalar.

O HDE é um pequeno hospital com poucas valências e pouca tecnologia. Seria necessário repetir este estudo em hospitais mais diferenciados, com um maior número de serviços e com valências e tecnologia de ponta, para avaliar se existem indícios de alguma mudança em curso.

A necessidade de reduzir as despesas no sector da saúde constitui presentemente um problema central das sociedades europeias. No nosso país, esta discussão também se iniciou. Pensamos que a instituição hospitalar deverá fomentar estudos que permitam compreender o seu funcionamento e encontrar soluções adequadas à sua especificidade. Constatamos que não existindo um quadro legal que preconize uma única solução estrutural, parece existir margem de manobra suficiente por parte das administrações hospitalares para uma mudança na organização hospitalar.

REFERÊNCIAS

- Allcorn, S. (1990). Using matrix organization to manage health care delivery organizations. *Hospital and Health Services Administration*, 35:4, 575-590.
- Baldwin, L. (1978). An empirical study: the effect of organizational differentiation and integration on hospital performance. In A. Kovner and D. Neuhauser (eds) *Health and Services Management, readings and commentary*. New York: Health Administration Press.
- Bardin, L. (1994). *Análise de Conteúdo*. Tradução portuguesa, Lisboa: Edições 70.
- Bass, B. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. New York: Free Press
- Beneveniste, G. (1987). *Professionalizing the Organization, reducing burocracy to enhance effectiveness*. San Francisco: Jossey Bass Inc, Publishers.
- Blacker, F., Reed, M., and Whitaker, A. (1993). Editorial introduction: knowledge workers and contemporary organizations. *Journal of Management Studies*, 30: 6, 851-862.
- Campos, A. (1994). Administração de Serviços de Saúde, gestão estratégica e competição gerida. *Revista Portuguesa de Gestão*, 3-4, 29-36.
- Campos, A. (1987). Público-privado em saúde em Portugal: articulação entre vários, ou competição em um só mercado? *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 5: 3-4 (Julho-Dezembro), 5-14.
- Campos, A. (1983). *Saúde, o custo de um valor sem preço*. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos.

- Carapinheiro, G. (1993). Saberes e Poderes no Hospital, uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Edições Afrontamento.
- Cremadez, M. (1992). *Le Management Stratégique Hospitalier*. Paris: Dunod.
- Delgado, M. (1989) Gestão Hospitalar em Portugal, a evolução dos últimos 20 anos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7: 2, 47-54.
- Denison, D. (1990). *Corporate Culture and Organizational Effectiveness*. New York: John Wiley & Sons.
- Etzioni, A. (1974). *Análise Comparativa das Organizações Complexas, sobre o poder, o engajamento e seus correlatos*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Flanagan, J. (1954). La technique de l'incident critique. *Revue de Psychologie Appliquée*, Avril, 166-185, et Juillet, 268-295.
- Ferreira, C. (1986). Administração da saúde em Portugal. Apontamentos para análise. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4: 1-2, 135-157
- Ghiglioni, R. Matalon, B. (1978). *Les Enquêtes Sociologiques, théories et pratique*. Paris: Armand Colin.
- Gomes, A. (1991). Cultura organizacional: estratégias de integração e de mudança. *Psicologia*, 5, 75-78.
- Gomes, A. (1988). cultura tecnológica e cultura organizacional. *Análise Psicológica*, (VI), 3/4, 475-491.
- Goss, M. (1963) Patterns of bureaucracy among hospital physicians, in Friedson, E. *The Hospital in Modern Society*. New York: Free Press.

- Hillier, S. (1989). Rationalism, bureaucracy, and the organization of health services: Max Weber contribution to understanding modern health care systems. In Scrambler, G. (ed.) *Sociological theory and medical sociology*. London: Tavistock.
- Lawrence, P. et Lorsch, J. (1973). *Adapter les Structures de l'Entreprise, integration ou differenciation*. Paris: Les Editions d'Organisation.
- Leal, A., Ramos, F., Carapinheiro, G., Pereira, M., Delgado, M. (1994). Debate: Gestão dos Serviços de Saúde. *Revista Portuguesa de Gestão*, 3-4, 75-95.
- Lopes, A. e Reto, L. (1990). *Identidade da Empresa e Gestão pela Cultura*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Lopes, A. (1991). *Approche Culturelle des Coopératives de Production au Portugal*. (tese de doutoramento).
- Miller, D. e Friesen, P. (1984). *Organizations, a quantum view*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Miner, -J- (1988). *Organizational Behavior, performance and productivity*. New York: Random House.
- Mintzberg, H. (1982). *Structures et Dynamique des Organisations*. Paris: Les Editions d'Organisation.
- Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on Management. Inside our strange world of organizations*. New York: The Free Press.
- Monteiro, M.B., Lima, L. e Vala, J., (1994). Relações entre grupos e gestão de conflitos, a retórica da discriminação. In J. Vala, M. B. Monteiro, L. Lima, A. Caetano. *Psicologia Social das Organizações, estudos em empresas portuguesas*. Oeiras: Celta Editora.
- Morgan, M., Calnan, M. and Manning, N. (1985). *Sociological Approaches to Health and Medicine*. London: Croom Helm.

- Neuhauser, D. (1978). The hospital as a matrix organization. In A. Kovner and D. Neuhauser (eds) *Health and Services Management, readings and commentary*. New York: Health Administration Press.
- Nunes, F. (1994). As Organizações de Serviços de Saúde, alguns elementos distintivos. *Revista Portuguesa de Gestão*, 3-4: 5-28.
- Orton, J.D. e Weick, K. (1990). Loosely Coupled Systems: a reconceptualization. *Academy of Management Review*, 15 (2): 203-223
- Ouchi, W. (1986). *Teoria Z, como as empresas podem enfrentar o desafio japonês*. Tradução brasileira, São Paulo: Nobel.
- Peters, T. (1990). *Gestão em Tempos de Mudança, uma revolução para gerir a empresa*. Lisboa: Editorial Presença.
- Pugh, D.S. (1990) *Organization Theory, selected readings*. London: Penguin Books (3ª edição; 1ª edição, 1971).
- Quinn, R. (1988). *Beyond Rational Management: mastering the paradoxes and competing demands of high performance*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- Quinn R., and Cameron, K. (1983) Organizational life cycles and shifting criteria of effectiveness: some preliminary evidence. *Management Science*, 29. (1): 33-51.
- Quinn, R. and Rohrbaugh, J. (1983) A spatial model of effectiveness criteria: towards a competing values approach to organizational analysis. *Management Science*, 29 (3): 363-377.
- Rahim, M. (1992). *Managing Conflict in Organizations*. Library of Congress (2ª edição).
- Ramos, F. (1994). O financiamento público do Sistema de Saúde. Caridade do Estado ou a busca da eficiência? *Revista Portuguesa de Gestão*, 3-4, 67-74

- Reto, L. e Lopes, A. (1989). A cultura organizacional para além da moda. *Análise Psicológica*, 1,2,3 (VII), 179-189.
- Robbins, S. (1993). *Organizational Behavior*. New Jersey: Prentice-Hall. (6ª ed., 1ª edição, 1979).
- Rousseau, D. (1988). The construction of climate in organizational research. In C.L. Cooper and I.T. Robertson (orgs) *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. New York: John Wiley and Sons.
- Stelling, J. e Bucher, R. (1972), Autonomy and monitoring on hospital wards, *The Sociological Quarterly*, 13 (Fall): 431-446.
- Schatzman, L and Bucher, R. (1964). Negotiating a division of labor among professionals in the State Mental Hospital, *Psychiatry*, 27 (August): 266-277.
- Schein, E. (1985). *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey Bass Publications
- Starbuck, W. (1992). Learning by Knowledge-Intensive firms. *Journal of Management Studies*, 29: 6, 713-740.
- Starkweather, D. (1978). The rationale for decentralization in large hospitals. In A. Kovner and D. Neuhauser (eds) *Health and Services Management, readings and commentary*. New York: Health Administration Press.
- Tajfel, H. (1982). *Grupos Humanos e Categorias Sociais*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Thévenet, M. (1986). *Audit de la Culture d'Entreprise*. Paris: Les Editions d'Organisation.

Thomas, K.W. (1992). Conflict and negotiation processes in organizations. In Dunnette, M. and Hough, L. (eds) *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Paolo Alto: Consulting Psychologist Press.

Thompson, J. (1967). *Organizations in Action*. New York: McGraw-Hill.

Vala, J. Monteiro, M. e Lima, L. (1988). Culturas Organizacionais, uma metáfora à procura de teorias, *Análise Psicológica*, (XXIV), 2/3, 663-687.

Vala, J. (1986). A Análise de Conteúdo. Organizadores: Santos Silva, A., Madureira Pinto, J. (1986) *Metodologias das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.