

A · R · T · I · G · O · S

As Organizações de Serviços de Saúde: Alguns elementos distintivos

*Francisco Nunes**

As organizações que prestam serviços de saúde possuem algumas características que lhes conferem uma acentuada especificidade. O peso determinante dos profissionais que as integram, a natureza da sua tecnologia e o modo como os seus elementos pensam a realidade organizacional, constituem dimensões a partir das quais é possível analisar as suas particularidades. Neste trabalho pretende-se fazer uma breve leitura das organizações de serviços de saúde à luz da literatura relevante no comportamento organizacional, percorrendo três níveis: tecnologia e natureza das tarefas, sócio-estrutura e crenças e valores. Termina-se com um ensaio de conceptualização destas organizações como sistemas imperfeitamente conectados.

INTRODUÇÃO

De acordo com Kaluzny e Veney (1980), as organizações de saúde têm uma função social particular, na medida em que os seus valores básicos consistem na manutenção da estabilidade da comunidade, nomeadamente, garantindo que as doenças dos indivíduos tenham um impacto negativo mínimo na sociedade. Definido deste modo o seu objectivo, a medida da sua eficácia deve assentar não tanto na avaliação dos seus processos internos mas, antes, no plano do serviço que prestaram à comunidade. Isto não significa que é impossível calcular, por exemplo, o custo dos vários actos clínicos mas, antes, que é praticamente

impossível calcular o valor social destas organizações.

Ao nível do seu funcionamento, Kaluzny e Veney (1980), a partir da proposta teórica de Katz e Khan (1978), referem que as organizações de saúde, na sua essência, não se distinguem dos restantes tipos de organizações, na medida em que devem desenvolver mecanismos para lidar com cinco problemas básicos: a produção, a aquisição de recursos, a manutenção de um conjunto de valores e objectivos próprios, adaptação às mudanças da envolvente e gerir a sua globalidade.

* Consultor da SEMARTE, Consultoria, Formação e Marketing.

De acordo com Kaluzny e Veney (1980), a *produção* nestas organizações é dificilmente rotinizável, sendo concretizada, na maior parte dos casos, numa base de trabalho individual ou de «acto a acto». Quanto à *aquisição de recursos*, os clientes/doentes, verifica-se que, na maior parte dos casos, são as pessoas que buscam os cuidados de saúde em função da sua percepção da doença, o que constitui uma fonte de incerteza. A opção pelas listas de espera para resolver este problema, se bem que seja aconselhável, é uma medida que provoca grande insatisfação nos utentes. A manutenção da *coesão interna* é frequentemente ameaçada pelo facto de estas organizações integrarem grupos muito influentes que, em determinados contextos têm poder para pôr em causa, ou mesmo impedir a concretização de decisões de gestão às quais não adiram (Kaluzny e Veney, 1980). Esta questão encontra-se estritamente relacionada com a *adaptabilidade* deste tipo de organizações, usualmente reduzida, em virtude das condicionantes de natureza tecnológica e da dificuldade em conhecer, com rigor, as reais necessidades de saúde da população⁽¹⁾. Neste contexto, a *gestão geral* deste tipo de organizações constitui um grande desafio, uma vez que a necessidade de articular as várias actividades dos indivíduos num todo coerente depara-se, frequentemente, com estruturas de poder paralelas representantes de interesses mais ou menos corporativos nem sempre coincidentes com os da direcção.

Uma vez apresentadas algumas das características gerais do processo de funcionamento das organizações de saúde cabe, agora, analisar de forma mais pormenorizada três dimensões que parecem ser particularmente relevantes para explicar a dinâmica destas organizações: a sua tecnologia, a sua configuração estrutural e a sua cultura.

Com este objectivo, parte-se da concepção desenvolvida por Fombrum (1986), defensor de uma noção de estrutura mais compreensiva do que a usualmente proposta. Na sua perspectiva, qualquer estrutura social é composta por três tipos de estratos que determinam a acção organizacional e individual: 1 – uma infra-estrutura das actividades produtivas; 2 – uma sócio-estrutura de relações de troca; 3 – uma super-estrutura de valores partilhados. Deste modo, seria possível conceber as organizações como

um edifício que assenta na fundação infra-estrutural da solução tecnológica encontrada para o problema da produção, enquadrada por uma sócio-estrutura de interacções, em torno da qual se cristaliza um conjunto de normas e valores super-estruturais (p. 405).

Levando em consideração esta perspectiva, discute-se em seguida, de forma mais pormenorizada, a natureza das OSS a partir das três dimensões previstas: infra-estrutura, sócio-estrutura e super-estrutura. Posteriormente, a esta lógica, contrapõe-se uma visão processual das organizações, assente na abordagem sócio-cognitiva.

A TECNOLOGIA DAS ORGANIZAÇÕES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A infra-estrutura organizacional é a resultante dos constrangimentos tecnológicos e de mercado que delimitam o campo das soluções tecnológicas possíveis para resolver os problema da produção. Deste modo, a infra-estrutura formata o fluxo de trabalho e a natureza das tarefas a desempenhar (Fombrum, 1986).

A especificidade das organizações de saúde deriva, em parte, da tecnologia em que baseiam a sua actividade. Neste ponto, analisa-se esta dimensão a partir dos modelos mais difundidos sobre o impacto da tecnologia na dinâmica organizacional.

A noção de tecnologia aqui utilizada assenta no conceito de «tecnologia central» (*core thecnology*) proposto por Thompson (1967), o que significa entendê-la enquanto o conjunto «das criações e conhecimentos utilizados na produção de bens e serviços» (Hodge e Anthony, 1988, p. 427).

A proposta do grupo de Aston

De acordo com o modelo proposto pelo grupo de Aston (Hickson, Pugh e Pheysey, 1969), é possível chegar a uma caracterização da tecnologia organizacional a partir de três dimensões: a automação do equipamento, a rigidez do fluxo de trabalho e a especificidade da avaliação. Nas organizações de saúde, o equipamento é dirigido pelas pessoas, o fluxo de trabalho é medianamente rígido e, em termos da especificidade de avaliação, situam-se no lado da subjectividade, se bem que

permaneça a possibilidade de avaliar o seu desempenho no plano da eficiência, através de indicadores numéricos.

Em síntese, a partir desta perspectiva, as organizações de serviços de saúde caracterizam-se por terem um «fluxo de trabalho pouco integrado», por oposição, por exemplo, a organizações industriais automatizadas nas quais é maior a automação dos equipamentos, o fluxo de trabalho é mais rígido e há uma maior possibilidade de se realizar uma avaliação quantitativa dos resultados da actividade organizacional.

O modelo de Thompson

Thompson (1967) distingue três tipos básicos de tecnologia: tecnologia em elos sequenciais, na qual cada fase do trabalho necessita da anterior para poder ser concretizada como, por exemplo, a indústria automóvel; tecnologia mediadora, que consiste em facilitar a integração entre organizações com necessidades complementares, como é o exemplo dos bancos; tecnologia intensiva, em que um determinado objectivo é atingido através da conjugação de métodos e técnicas variados num dado período de tempo.

De acordo com esta tipologia, as organizações de saúde teriam uma forte componente de tecnologia intensiva (por exemplo, as intervenções cirúrgicas), mas é possível também, integrar muitas das suas actividades na tecnologia em elos sequenciais (por exemplo, os *check-up* de rotina).

A abordagem de Perrow

Seguindo o modelo de Perrow (1967), do ponto de vista tecnológico, há duas dimensões básicas para descrever as organizações: carácter excepcional e inteligibilidade dos problemas com os quais se confrontam. Na dimensão de excepção, as organizações podem ser colocadas num contínuo que vai da quase ausência de excepções — rotineira — até ao predomínio das excepções — variada. Na dimensão de inteligibilidade do problema, temos, num pólo, os problemas facilmente analisáveis e, no outro, os de análise difícil.

Perrow (1967) propõe uma taxonomia da tecnologia que traduz a combinação das duas dimensões consideradas. A figura 1 contém uma representação desta tipologia.

Figura 1
TIPOLOGIA DE TECNOLOGIA
SEGUNDO PERROW

	Poucas ←	Excepções →	Muitas
Não analisáveis	Tecnologia artesanal (vidros especiais)		Tecnologia de ponta (aero-espacial)
↑ Problemas			
↓ Analisáveis	Tecnologia rotineira (automóvel)		Tecnologia de engenharia (equipamentos pesados)

As organizações de serviços de saúde, a não ser que se tenham especializado fortemente, têm alguma dificuldade em integrar-se em qualquer dos quadrantes considerados uma vez que, se bem que as suas actividades sejam algo previsíveis, dada a variabilidade inter-individual, cada caso é um caso, pelo que o seu trabalho é muito variado. Por outro lado, e ainda na mesma óptica, os problemas têm um grau de inteligibilidade muito variável, pois os profissionais podem ser confrontados com situações complexas e que conhecem bem, com outras mais simples mas inesperadas, complexas e de resolução impossível, etc.

Do ponto de vista da tecnologia, os modelos até agora discutidos dão-nos das OSS uma imagem de forte diferenciação, uma vez que coexistem actividades assentes em tecnologias com princípios diferentes. Com efeito, a necessidade de responder às necessidades de cada caso, faz com que o sistema não possa ser mecanizado ou estandardizado. Por outro lado, uma parte das actividades a levar a cabo são urgentes, característica que facilita o desenvolvimento de abordagens à gestão destas organizações que se distanciam da gestão por objectivos ou planeadas, assumindo um carácter de gestão de crise (Georgopoulos, 1978). Este clima seria propício, ainda para este autor, à apropriação das ambiguidades por parte dos profissionais. Estes, ao dominarem os processos de tomada de decisão através dos quais a tecnologia central se concretiza, assumem um grau de influência determinante da dinâmica organizacional. As tarefas a realizar são levadas a cabo por profissionais com competências diferenciadas, o que requer um forte esforço de coordenação, já que a natureza da tecnologia força a uma interdependência funcional que não assenta em princípios de funciona-

mento mas sim na contribuição dos indivíduos. A interdependência, por seu turno, requer que os indivíduos tendam a subordinar os seus interesses pessoais aos colectivos, que se estabeleçam relações de confiança e compreensão e de ajustamento mútuo e cooperação (Georgopoulos, 1978).

De salientar que esta proposta, coloca directamente nas mãos dos profissionais a responsabilidade pela coordenação do trabalho, assentando esta em aspectos de natureza psicológica e psicossociológica. Estes aspectos parecem, igualmente, ser os que, em última instância, se encontram no cerne do problema quando se tenta responder à necessidade de coordenação através da constituição de equipas pluridisciplinares ou através da adopção de modelos organizacionais de tipo matricial, tal como adiante se analisará.

O breve percurso sobre a análise das organizações de serviços de saúde com base em modelos sobre a tecnologia, leva-nos a concluir que estamos perante um tipo organizacional muito peculiar, dificilmente enquadrável, pelo menos de forma directa, nas tipologias revistas. Contudo, este mesmo percurso leva-nos a colocar a hipótese de que uma boa parte da eficiência destas organizações deriva da integração correcta entre as várias actividades, de previsibilidade e complexidade diversas, que são levadas a cabo no seu interior.

Esta integração deveria traduzir-se, na prática, pela aplicação da tecnologia correcta, que é dominada por diferentes profissionais, no momento certo, o que obriga a uma grande confiança de cada um dos intervenientes na qualidade do trabalho dos restantes. Por outro lado, o carácter algo intensivo e sequencial (Thompson, 1967) e com um fluxo de trabalho pouco integrado (Hickson, Pugh e Pheysey, 1969), obriga a um esforço permanente de coordenação inter-profissionais.

Quando esta confiança não está presente, ou a coordenação é insuficiente, uma parte considerável da energia é usada para reparar as consequências destes disfuncionamentos. Logo, a competência profissional dos vários intervenientes, a confiança recíproca e a qualidade da coordenação do trabalho são determinantes da eficácia das organizações de saúde.

Imperativos tecnológicos e natureza das tarefas

O efeito da tecnologia sobre diversas variáveis organizacionais foi amplamente estudado no quadro dos modelos anteriormente discutidos. Contudo, as organizações têm sempre uma margem de liberdade quanto às modalidades concretas de aplicação das tecnologias, o que, por seu turno, possibilita uma maior ou menor integração dos elementos sociais e tecnológicos, com consequências evidentes no plano da eficácia organizacional (Trist et al., 1963), na qualificação dos indivíduos (Kovács, 1989) e na natureza das tarefas a desempenhar tanto individual como grupalmente (Hackman e Oldham, 1980).

As OSS parecem ser particularmente activas na adopção de estratégias que permitam configurar os postos de trabalho em função de alterações de natureza tecnológica. Os dois estudos que se apresentam de seguida constituem ilustrações desta afirmação.

Hernandez, Haddock e Quintana (1990) estudaram as relações entre a natureza da tecnologia utilizada por 314 enfermeiros em 52 unidades hospitalares e as características do trabalho e os princípios implementadores. Para tal, basearam-se no modelo de Hackman e Oldham (1980).

Hernandez et al. (1990), consideram que a tecnologia usada nestas organizações tem três atributos essenciais: grau de instabilidade — em que medida os elementos a serem processados apresentam variabilidade no decurso do processo de transformação (o estado de saúde dos doentes sofre alterações no decorrer das actividades de diagnóstico e terapia); o nível de incerteza — grau em que os materiais podem ser analisados e submetidos a procedimentos rotineiros, o que remete para a complexidade das patologias e a possibilidade de serem identificadas intervenções que melhorem, de facto, o estado de saúde dos doentes; nível de variabilidade — reflecte a semelhança entre os vários *inputs* a processar e o número de tarefas e regras de decisão a serem aplicados, ou seja, refere-se às diferentes condições que se observam nos pacientes e aos vários procedimentos a aplicar face a essas mesmas condições.

As características do trabalho consideradas por Hernandez et al. (1990) são as que integram o modelo de Hackman e Oldham (1980): variedade, identidade, significado, *feedback* e autonomia. São igualmente do mesmo modelo os princípios implementadores: combinação de tarefas, formação de unidades naturais de trabalho, estabelecimento de relações de cliente, enriquecimento vertical do trabalho e abertura de canais de *feedback*.

Os resultados obtidos confirmam parcialmente as hipóteses de partida quanto às relações entre a tecnologia e as características do trabalho: a incerteza relaciona-se positivamente com a variedade do trabalho e a instabilidade encontra-se positivamente associada à variedade e ao significado. Uma relação algo surpreendente foi a encontrada entre a variabilidade tecnológica e a identidade, pois é negativa (.30). A autonomia e o *feedback* não são explicados pela tecnologia. Os autores utilizaram os princípios implementadores como factores explicativos dos resultados encontrados, sem que apresentem os resultados entre estas variáveis e a tecnologia ou o conteúdo do trabalho, o que se presta a algumas interpretações de carácter especulativo. Como conclusão, para Hernandez et al. (1990), variáveis de natureza organizacional, histórica ou profissional poderão moderar a relação entre a tecnologia e as tarefas.

Os dados obtidos neste estudo sustentam a ideia segundo a qual as organizações desenvolvem modos próprios para lidar com as tecnologias. Assim, provavelmente, não se poderá estabelecer uma relação causal directa entre esta variável e a natureza do trabalho a realizar. Os dados do estudo que se apresenta de seguida suportam esta hipótese.

Sicotte e Lambert (1993), a partir de um estudo baseado na análise de documentos relativos a 6841 casos clínicos canadianos, testaram a hipótese de que a estrutura das equipas médicas que intervêm nos vários casos depende da dificuldade e variedade das tarefas, relação que é moderada pelo tipo de interdependência — de complementaridade (número de especialidades médicas diferentes que intervêm nos casos) ou de substituição (número de especialidades médicas menos o número total de médicos que intervieram) — que se desenvolve. Os resultados obtidos mostram que a interdependência, tanto de complementaridade como de substituição, é uma prática corrente em ambos os hospitais. O grau de interdependência varia forte-

mente de acordo com a natureza das patologias, o que mostra um efeito das tarefas sobre a estrutura das equipas: a interdependência de complementaridade é superior quando as patologias são mais complexas. Por outro lado, verifica-se que as equipas aumentam quando a incerteza das tarefas é mais elevada.

Ainda que não hipotetizado, um outro resultado foi obtido por Sicotte e Lambert (1993) cujo interesse é de assinalar: obteve-se um efeito significativo do hospital sobre as patologias e, o que é ainda mais relevante, sobre os dois tipos de interdependência, assumindo um poder explicativo da substituição e da complementaridade superior ao das variáveis relativas à incerteza da tarefa. Os autores interpretam este resultado afirmando que «os médicos se organizam de maneira diferente nas duas organizações» (p 124.), o que constitui um argumento em favor da organização enquanto lugar de decisão quanto às formas de lidar com a tecnologia (para um exame pormenorizado deste argumento ver Miguez e Keating, 1989).

A SÓCIO-ESTRUTURA DAS ORGANIZAÇÕES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A sócio-estrutura reflecte três dimensões básicas: a divisão do trabalho, ou diferenciação, no sentido que lhe é dado por Lawrence e Lorsh (1973); os sistemas formais concebidos para coordenar e controlar as actividades (integração); o padrão de relações sociais que se desenvolvem nas organizações, usualmente designado por organização informal, e que resulta das relações de poder e de troca entre indivíduos e grupos (Fombrum, 1986).

Serão estas as dimensões em torno das quais se estruturará este ponto relativo à caracterização das OSS.

A diferenciação e a integração nas organizações de serviços de saúde

Lawrence e Lorsh (1973), ao analisarem as relações entre as características das organizações e o contexto em que estas operam, evidenciaram que a viabilidade dos sistemas organizacionais se encontra associada à correspondência entre a integração e a diferenciação, por um lado, e a incerteza

da envolvente, por outro. Os ambientes complexos e dinâmicos requerem um esforço de maior diferenciação organizacional, à qual corresponde uma equivalente necessidade de integração.

A noção de diferenciação refere-se à divisão do trabalho em unidades distintas, com tarefas próprias e agindo face a um componente específico da envolvente. As suas dimensões básicas são a orientação da organização face aos objectivos (organização *versus* produto), face ao tempo (curto *versus* longo prazo), inter-pessoal (ênfase nas relações *versus* nas tarefas) e o grau de formalidade da estrutura.

A integração, cuja natureza é antagónica da diferenciação, corresponde ao conjunto dos esforços que as organizações realizam para coordenar as diferentes actividades (Lawrence e Lorsh, 1973). Os autores identificaram cinco factores cuja presença facilita a integração: coordenação formal; relacionamento directo com os gestores; hierarquia administrativa; grupos interfuncionais; relações especiais e departamentos de integração.

Baldwin (1978) levou a cabo um estudo cujo objectivo consistia em verificar se os resultados obtidos por Lawrence e Lorsh (1973) se verificavam igualmente nos hospitais norte-americanos. Tratava-se, pois, de testar a hipótese segundo a qual os hospitais mais eficazes eram os que tinham conseguido atingir um grau de integração e de diferenciação mais apropriados. O estudo incidiu sobre 16 hospitais, distinguindo o autor, em cada um, cinco subsistemas: 1 - médico; 2 - *staff* profissional, enfermeiros, radiologistas, técnicos de laboratório, etc.; 3 - *staff* não profissional, dietistas, manutenção, limpeza, etc; 4 - *staff* fiscal, contabilistas, compras, admissões, etc.; 5 - administração, administradores e seus assistentes.

Os resultados relativos à integração nos hospitais revelam que os vários subsistemas considerados se distinguem acentuadamente nas dimensões constituintes da diferenciação: os médicos são o grupo menos formal quanto à estrutura, seguidos dos grupos fiscal e *staff* não profissional, sendo o grupo do *staff* profissional o mais estruturado.

Quanto à orientação face aos objectivos, os dados mostram que o grupo dos médicos é o mais orientado para o conhecimento científico, distinguindo-se fortemente do grupo dos administradores. Este último grupo parece ser o mais orientado

para o bem-estar dos doentes, ao contrário do que era de esperar. O *staff* profissional é o mais orientado para o objectivo da eficiência, se bem que a diferença seja algo reduzida.

Os administradores são o grupo com uma perspectiva temporal de mais longo prazo, seguido dos médicos. Os restantes grupos revelam uma orientação de curto termo.

Para avaliar a orientação inter-pessoal foi utilizado o LPC. O grupo dos médicos surgiu como o mais orientado para as tarefas e o dos administrativos o mais orientado para as relações. Os restantes grupos situam-se numa posição intermédia.

Os resultados obtidos por Baldwin (1978) no capítulo da integração, concebida neste estudo como «o estado de colaboração existente entre departamentos entre os quais é suposto haver cooperação no sentido de se atingirem os objectivos organizacionais» (p. 171), mostram em primeiro lugar que a integração de natureza estrutural (por ex. uma unidade especialmente criada para integrar actividades) se encontra ausente nos hospitais analisados, com excepção de um caso. A integração é, predominantemente de natureza processual, ou seja, realiza-se através da criação de grupos menos permanentes cuja missão é a de assegurar a integração de actividades muito localizadas, o que impossibilitou a análise discriminada das diferentes facetas da integração. Para obviar esta dificuldade, Baldwin (1978) construiu um índice que reflecte o estado das relações entre 10 pares de unidades organizacionais. Os resultados obtidos revelam haver uma relação entre a integração global e o desempenho organizacional.

Conclui Baldwin (1978) afirmando que a administração dos hospitais deverá prestar uma particular atenção ao desenvolvimento de níveis de integração e diferenciação apropriados. Esta preocupação deverá ser tanto maior quanto maior a dimensão da unidade, uma vez que os dados disponíveis mostram que são os hospitais de maior dimensão e, logo, os mais complexos, os menos eficazes (Stakweather, 1978).

Em síntese, os resultados obtidos neste estudo mostram que os hospitais desenvolvem processo de diferenciação muito significativos e criam também processos de integração particulares. Estas duas variáveis encontram-se associadas ao desem-

penho organizacional. No seu conjunto, os resultados obtidos por Baldwin (1978) sustentam o modelo proposto por Lawrence e Lorsh (1973), no caso particular das OSS. Seria ainda pertinente analisar a relação entre o contexto e as variáveis estudadas, com vista a testar o modelo de uma forma mais abrangente.

Para além deste estudo inicial, a preocupação com a integração tem vindo a assumir particular importância no caso das OSS, sendo relacionada com um conjunto vasto de variáveis (ver Arndt e Bigelow, 1992; Brown e McCool, 1986 e Conrad e Dowling, 1990, para revisões), pelo que a integração surge como um conceito nuclear nos estudos relativos à reforma do sistema de saúde norte-americano. Num estudo recente desenvolvido a este propósito, Gillies et al. (1993) estabeleceram uma relação de similitude entre os conceitos de sistema de saúde integrados e organizados, postulando uma relação de causalidade entre estas variáveis e o desempenho organizacional. O estudo efectuado assentou no modelo apresentado na figura 2.

Distinguem os autores três tipos de integração: médico-sistema, funcional e clínica. A integração médico-sistema, define-se como o grau em que os médicos estão economicamente ligados ao sistema, usam os benefícios e serviços deste e participam activamente na sua gestão⁽²⁾. A integração funcional é a coordenação das actividades de suporte (gestão, financeiras, recursos humanos, marketing, etc.) e o modo como estas contribuem para o sistema. A integração clínica refere-se à medida em que os serviços que directamente intervêm

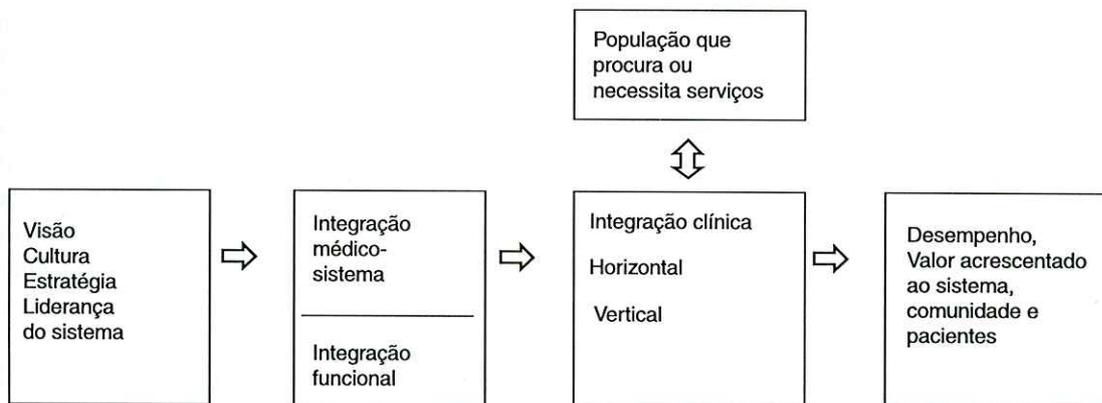
sobre os pacientes se encontram coordenados nas diversas unidades do sistema.

O estudo realizado por Gillies et al. (1993) incidiu sobre 112 unidades de cuidados de saúde, sendo os dados obtidos através de questionário ao qual responderam 933 sujeitos. Os resultados mostram que os níveis de integração são apenas moderados, sendo a integração médico-sistema e a clínica ainda mais baixas. Obteve-se um efeito significativo das áreas de trabalho consideradas: as áreas de gestão financeira, planeamento e cultura distinguem-se por percepcionarem um grau de integração funcional mais elevado; ao invés, as actividades relacionadas com os sistemas de informação e de suporte não clínico, percebem um grau de integração funcional inferior; os gestores não clínicos tendem a percepcionar maior integração do que os gestores operacionais. Por outro lado, há uma relação positiva entre a integração e a eficácia percebida.

Os resultados obtidos por este estudo no âmbito nacional norte-americano são, globalmente, consistentes com os obtidos por Lawrence e Lorsh (1973) e, mais especificamente com os de Baldwin (1978) no caso das OSS. Para além desta observação, parece importante a distinção proposta entre os diferentes tipos de integração considerados por Gillies et al. (1993), se bem que a noção de integração médico-sistema reflecta uma variável de natureza individual e não organizacional, próxima das variáveis de empenhamento e implicação ou do grau de inclusão nas organizações.

Figura 2

QUADRO DE REFERÊNCIA PARA A ANÁLISE DA INTEGRAÇÃO (Gillies et. al., 1993)



As organizações de serviços de saúde enquanto burocracias profissionais

Se utilizarmos o modelo de Mintzberg (1982) para caracterizar as organizações de saúde, facilmente as integramos na categoria das burocracias profissionais. Esta categorização permite não só compreender algumas das suas especificidades como também efectuar algumas predições, nomeadamente se tivermos em mente o empreendimento de mudanças em organizações deste tipo. Contudo, cabe a cada organização em particular decidir o grau de formalização que pretende instalar no modo como os indivíduos desempenham os seus papéis. Assim, uma organização pode, por exemplo, ser mais ou menos favorável ao trabalho em equipas ou à resolução de problemas de forma interdisciplinar. Deste modo, tenderá a criar condições para que a estrutura assuma uma configuração particular.

De acordo com Mintzberg (1982), quando o ambiente é estável e o trabalho a realizar é complexo, a burocracia profissional é a configuração estrutural mais adequada. Este tipo de configuração é descrito pelo autor da seguinte forma:

O facto de estas organizações desenvolverem um conjunto de actividades operacionais complexas, se bem que algo normalizadas, faz com que a coordenação do trabalho seja conseguida através da standardização das qualificações, o que equivale a dizer que a formação dos profissionais é o elemento central do funcionamento organizacional.

Os profissionais trabalham com uma grande independência, sendo o seu enquadramento hierárquico garantido por um número reduzido de gestores. A sua forte formação dispensa quase completamente a tecno-estrutura, ainda que o mesmo não seja verdade para o pessoal de apoio logístico, que tende a ser numeroso. Verifica-se a existência de descentralização tanto horizontal como vertical.

Este contexto de acentuada autonomia por parte do centro operacional, que convive com um grupo que garante o apoio logístico, favorece a emergência de duas hierarquias paralelas: uma democrática que enquadra os operacionais; outra autocrática dirigida ao pessoal de apoio.

O facto de se tratar de uma estrutura em que os profissionais assumem um papel de extrema

proeminência, faz com que estes actores determinem não apenas as actividades que são da sua responsabilidade directa, como também outras áreas que se encontram para além da sua competência técnica, como por exemplo a gestão geral da organização (Freidson, 1970). No caso particular dos médicos, e ainda de acordo com Freidson (1970), a sua mentalidade clínica, aliada à necessidade de intervir em casos desesperados (independentemente da eficácia da terapia), e à possibilidade de quebrar as regras instituídas em nome da declaração de uma emergência ou das regras deontológicas, dificultam, ou impossibilitam de facto, a garantia do desenvolvimento de uma actividade organizacional com um máximo de racionalidade.

No caso concreto dos hospitais, segundo Georgopoulos (1978), pode-se afirmar que os profissionais se encontram sujeitos a dois tipos básicos de fontes de *stress*: a organização espera que os seus membros estabeleçam entre si relações de natureza predominantemente formal, orientada para a tarefa, contratuais, enquanto que os pacientes esperam um tratamento discricionário, o que provoca, na linguagem de Katz et al. (1964) uma situação de conflito inter-emissores. Por outro lado, os profissionais mostram uma forte necessidade de independência, liberdade e autonomia na realização do seu trabalho, sendo que, por via da sua inserção organizacional, se confrontam com um conjunto de regras a cumprir, situação que, na terminologia de Katz et al. (1964) corresponde a um conflito pessoa-papel. Este tipo de conflito tende a instalar-se e a agudizar-se uma vez que os especialistas em gestão podem não ser especialistas em medicina ou enfermagem e vice-versa (Georgopoulos, 1978).

Na óptica de Mintzberg (1983), estas estruturas possuem algumas características que podem considerar-se no mínimo problemáticas em contexto de mudança. Por um lado, a normalização, se permite que os vários profissionais aperfeiçoem as suas especialidades, constitui, por seu turno, um entrave à mudança. Mintzberg (1983) afirma mesmo que estas estruturas estão particularmente vocacionadas para aperfeiçoarem o existente, não para inovarem. Por outro lado, a especialização tende para a compartimentação, o que causa problemas quando surgem necessidades difícil-

mente enquadráveis nos compartimentos existentes ou que sejam transversais.

Há um conjunto de factores que pressionam a especialização crescente nos hospitais: a população aumenta, torna-se mais exigente e tem um nível de vida melhor; os governos exigem cada vez mais qualidade no sistema de saúde; o conhecimento cresce consideravelmente, o que dificulta o seu acompanhamento em extensão. Estas condições forçam a uma interdependência crescente, pelo que o problema da coordenação adquire um papel preponderante na gestão das OSS: as desvantagens da especialização podem ser suplantadas por um esforço de coordenação acrescido, por uma comunicação eficaz e pela cooperação entre todos os elementos. Deste modo, a coordenação assentaria não tanto nos processos formais mas sim em processos de natureza comportamental, cultural e na compreensão aprofundada da realidade organizacional em que os indivíduos desenvolvem o seu trabalho. Esta preocupação está bem patente nas palavras de Georgopoulos (1978), para quem a coordenação nos hospitais depende

do grau em que os diferentes elementos compreendem o trabalho uns dos outros, os seus problemas e necessidades, do grau em que as expectativas, atitudes e valores relacionados com o trabalho são congruentes e complementares, do grau em que indivíduos e grupos que são interdependentes são guiados por normas informais de reciprocidade, confiança e ajuda mútua; o grau em que os membros podem satisfazer necessidades pessoais importantes no interior do sistema e não fora dele; na medida em que os participantes, para além do seu papel profissional e estatuto formal, estão disponíveis para cooperar e promover comportamentos relevantes para a organização com base na auto-disciplina, auto-controlo profissional, regulação pessoal da actividade e motivação altruísta internalizada (p. 59-60).

Uma concepção desta natureza a propósito da coordenação do trabalho tem, pelo menos, duas consequências principais para a gestão deste tipo de organizações: a primeira refere-se à natureza da liderança a exercer nestas organizações; a segunda remete-nos para as opções estruturais a considerar com vista a sustentar as necessidades de especialização e de coordenação crescentes.

Para além destas predições, infere-se da abordagem agora apresentada que, numa situação de

mudança, os profissionais admitirão com mais facilidade intervenções organizacionais que não interfiram, pelo menos aparentemente, com a sua autonomia na realização das tarefas. Assim sendo, os grupos profissionais são determinantes de toda a dinâmica organizacional, pelo que o conhecimento rigoroso do modo como concebem a organização e como encaram as possíveis mudanças a introduzir, se revela essencial para se poder estabelecer um plano de intervenção adequado no sentido de orientar a organização para uma lógica empresarial. Por este facto, o conhecimento rigoroso do modo como percebem a organização e como encaram possíveis mudanças a introduzir, se revela essencial para se poder estabelecer um plano de mudança adequado com vista a orientar a organização para uma lógica empresarial, flexível do ponto de vista estrutural e que possibilite uma resposta eficaz a situações padronizadas ou não. Do ponto de vista da configuração estrutural, há alguma evidência de que as burocracias profissionais, operando no domínio da formação profissional, têm a possibilidade de aprenderem a tornar-se uma *bureau-adhocracy*, um híbrido estrutural que permite responder à necessidade de, em simultâneo, proporcionar serviços inovadores e estandarizados com o mesmo pessoal (Bayley e Nielsen, 1992).

Quanto aos mecanismos de coordenação do trabalho, para além da comunicação eficaz e da cooperação entre os vários elementos, a criação de um sistema de informação de «gestão dos actos médicos», possibilitado pelas actuais tecnologias da informação, com *outputs* o mais próximo possível do tempo real, poderia constituir um meio de coordenação igualmente eficaz.

As organizações matriciais de saúde

Os estudos até agora revistos revelam a necessidade de se gerir cuidadosamente os processos de integração e de diferenciação nas OSS, unidades fortemente profissionalizadas que requerem, para serem eficazes, uma forte especialização acompanhada por um correspondente esforço de coordenação. As estruturas matriciais surgem como um tipo estrutural que visa, justamente, responder a questões desta natureza. No caso particular das OSS, esta opção estrutural foi já equacionada.

Nehuhauser (1978), considera as estruturas matriciais uma boa solução para os hospitais, desde que se atribua um papel determinante a uma equipa que dispense todos os cuidados necessários aos pacientes. De notar que, para este autor, a noção de matriz aplicada a um hospital se distancia das propostas convencionais, já que os médicos ocupam integralmente uma das duas dimensões da matriz, entrada usualmente ocupada por programas, projectos ou produtos (Davis e Lawrence, 1977), surgindo na outra dimensão a enfermagem, o serviço social, a fisioterapia, etc. Apesar desta imprecisão na conceptualização de um hospital enquanto matriz, Neuhauser (1978) está consciente da necessidade de se atender a alguns aspectos da vida hospitalar habitualmente pouco cuidados. O autor privilegia o esforço permanente para gerir as equipas e sublinha uma mudança cultural drástica: haveria que abandonar a tradição segundo a qual se espera que o médico especifique quais as tarefas a desempenhar pelos restantes elementos da equipa, o que obriga a que estes sejam altamente especializados.

Esta opção estrutural aplicada ao domínio das OSS teve uma acentuada popularidade nos EUA. De acordo com a figura 3, os indivíduos encontram-se organizados de modo funcional, segundo as suas especialidades ou unidades e integram grupos em função dos pacientes, de projectos ou programas (Allcorn, 1990).

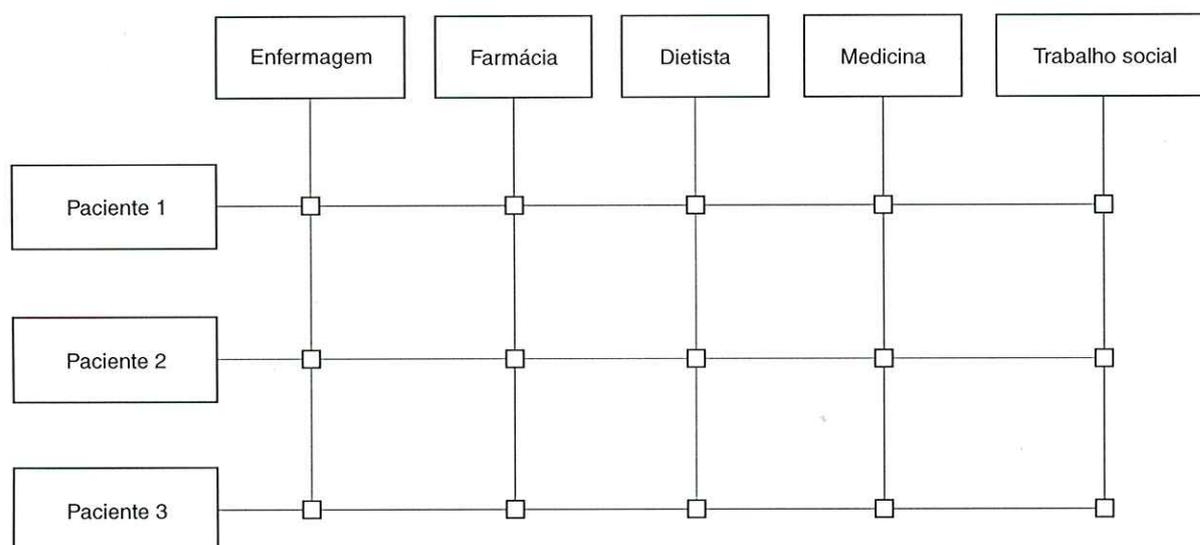
Allcorn (1990), faz uma extensa revisão de literatura sobre o uso das matrizes nas OSS, o que lhe possibilitou enumerar um conjunto de vantagens e de problemas associados à utilização de estruturas matriciais nestas organizações, bem como os requisitos comportamentais e de suporte. O autor chega mesmo a enunciar soluções para os problemas levantados. No entanto, como o próprio autor comenta,

a organização matricial é extraordinariamente dependente do comportamento esclarecido da gestão de topo e do grau em que os indivíduos dos níveis operacionais são autónomos e estabelecem entre si relações de elevada qualidade (p. 588).

Outras opções de natureza diferente têm vindo a ser ensaiadas nos hospitais. De entre elas pode destacar-se a introdução da noção de gestor de produto, conceito amplamente difundido no domínio da gestão de Marketing, no sentido de se coordenarem *inputs* de natureza muito diversificada e garantir a qualidade dos cuidados prestados (Bowers e Taylor, 1990). Para estes autores, a noção de gestor de produto pode ser aplicada, com adaptações circunstanciadas, aos hospitais, desde que se identifiquem elementos focais tão distintos como doenças, terapias ou *organ systems*. Contudo, para Bowers e Taylor (1990), o uso deste conceito nos hospitais é indissociável da equipa de produto, o que, tal como se verifica no caso das estruturas matriciais, implica colocar no centro da

Figura 3

ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR MATRICIAL (Allcorn, 1990)



discussão os aspectos comportamentais e gestio-nários. Tal como assinala Allcorn (1990) «se o lado irracional da organização se tornar activo, na busca e manutenção do poder, evitando o poder e a autoridade implicitamente, ou opondo-se a eles explicitamente, nenhuma forma organizacional será bem sucedida» (p. 588).

Esta observação de Allcorn (1990) remete-nos para a dimensão política das OSS, a tratar posteriormente, e que é fortemente determinante da sua dinâmica.

As organizações de saúde enquanto sistemas baseados no conhecimento

A preocupação com a conceptualização e gestão de organizações cuja actividade assenta no conhecimento tem vindo a adquirir relevo crescente, tendo dado lugar, recentemente, a um número do *Journal of Management Studies* (nº 6 de 1993) especialmente dedicado a esta temática. Uma contribuição importante neste domínio é a que nos proporciona Miner (1988).

Para Miner (1988), podem ser concebidos quatro sistemas organizacionais distintos: hierárquicos ou burocráticos; de tarefa ou de empreendimento; grupais ou sócio-técnicos; profissionais ou baseados no conhecimento. Seguindo a proposta de Mill et al. (1983), podemos caracterizar as organizações baseadas no conhecimento como se segue.

Os papéis são desempenhados a partir de normas, de elementos éticos e de códigos da profissão, e não tanto a partir da hierarquia. Os indivíduos aprendem estas pautas de conduta na formação de base que adquiriram, nas associações profissionais e através dos colegas. É usual existirem estruturas profissionais, ainda que os indivíduos possam estar integrados numa organização ou exercer uma prática privada.

Nos sistemas baseados no conhecimento são os profissionais que desenvolvem muitas actividades que por exemplo, nos sistemas burocráticos são exercidas pelos gestores aos vários níveis. A estrutura tem poucos níveis hierárquicos, sendo que a diferenciação entre profissionais assenta na experiência profissional e na especialização. Os indivíduos que atingiram um nível de qualificação determinado operam com elevada independência. É frequente tomarem-se decisões através de voto e recorrer-se a comités.

Estas organizações integram elementos não profissionais, tais como administrativos, responsáveis pelas finanças, especialistas de pessoal, etc., cuja actividade se encontra, quase sempre, subordinada à dos profissionais.

A eficácia das organizações assentes no conhecimento encontra-se associada à participação, implicação e suporte das normas organizacionais. O poder deverá estar nas mãos dos profissionais.

No plano prático, Oliver (1981), no seu guia de cotação do «Oliver Organization Description Questionnaire», dá-nos destas organizações a imagem constante na figura 4.

Figura 4

DESCRIÇÃO DOS SISTEMAS PROFISSIONAIS (Oliver, 1981)

1.	Um elevado número de funções são classificadas como <i>profissões</i>
2.	A satisfação no trabalho deriva do desempenho da <i>profissão</i>
3.	A formação profissional orienta-se para a aprendizagem de «como fazer o trabalho»
4.	A formação <i>on-job</i> visa essencialmente o desenvolvimento <i>profissional</i>
5.	É usual dedicar-se muito tempo à implicação <i>profissional</i>
6.	A comunicação diária faz-se predominantemente com colegas <i>profissionais</i> ou com clientes
7.	Os esforços individuais subordinam-se a objectivos <i>profissionais</i>
8.	Os resultados do trabalho destinam-se aos clientes ou a outros colegas <i>profissionais</i>
9.	As relações com os clientes assentam na confiança e no conhecimento <i>profissional</i>
10.	O desenvolvimento da carreira orienta-se para o desenvolvimento <i>profissional</i>
11.	A <i>profissão</i> é o principal objecto de investimento
12.	Os líderes são seleccionados com base na sua competência <i>profissional</i>
13.	A <i>profissão</i> é central na vida de cada um e é uma parte importante da identidade individual
14.	O conhecimento <i>profissional</i> é mais importante do que qualquer outro
15.	O estatuto assenta na competência <i>profissional</i>

Não se pode deixar de constatar a semelhança entre esta perspectiva e a que é defendida por Mintzberg (1983) para o caso das burocracias profissionais. Contudo, a noção de sistema assente no conhecimento é mais ampla, incluindo não só as burocracias profissionais, como também as

adhocracias e outras formas híbridas, uma vez que recobre todas as organizações que baseiam a sua actividade em conhecimentos complexos, dominados e desenvolvidos pelos operacionais.

O poder nas organizações de serviços de saúde

A descrição anteriormente realizada das OSS enquanto burocracias profissionais ou enquanto sistema baseados no conhecimento sublinharam, entre outros aspectos, a grande autonomia que caracteriza o desempenho dos profissionais. Estes são considerados o elemento chave deste tipo de organizações, pelo que constituem o grupo mais poderoso.

Seguindo a perspectiva de French e Raven (1953), podem considerar-se cinco tipos de poder cuja intensidade varia na razão directa da dimensão da base na qual assentam: poder de recompensa, baseado na capacidade de uma pessoa proporcionar a outra o que esta deseja ou valoriza; poder coercitivo, baseado na possibilidade de administrar punições; poder legítimo, baseado no reconhecimento de que uma pessoa tem o direito de exercer influência; poder de referência, baseado no desejo de identificação e de relação com outro, o que tende a gerar sentimentos de lealdade; poder de competência, baseado na medida em que o conhecimento de um indivíduo numa matéria relevante excede o de outro.

A complexidade da tecnologia utilizada nas OSS, a qual se encontra em grande parte incorporada nos elementos do centro operacional, leva a supor que o poder de competência seja a base de influência mais determinantes nestas organizações.

Para além destas fontes de poder enunciadas por French e Raven (1953), podemos enumerar outras que, tal como assinala Mintzberg (1983) são exteriores às organizações. De entre estas, contam-se as forças exercidas pelos proprietários, associados, público e associações de empregados. A dinâmica das OSS parece ser particularmente sensível à influência das associações profissionais. De salientar, a título de exemplo, que no nosso país, por imposição da Ordem dos Médicos, os médicos do trabalho se encontram impedidos de prescrever, o que não só provoca alterações consideráveis na estrutura da mão de obra das unidades que se dedicam à saúde ocupacional, como

também contribui para dificultar o desenvolvimento de uma intervenção mais integrada sobre os casos.

Apesar desta dominância esperada por parte dos operacionais, existe alguma evidência empírica no sentido de uma alteração ao nível do controlo percebido sobre a realidade. Pool (1991), num estudo longitudinal realizado entre 1978 e 1988 sobre cinco hospitais mostra como a evolução político-jurídica, económica, tecnológica e sócio-cultural registada durante aquele período na Holanda originou mudanças organizacionais (estruturais, culturais e de conhecimentos requeridos) que, por seu turno, deram lugar a alterações na capacidade de influência dos diferentes grupos organizacionais. Os principais resultados obtidos foram os seguintes: os trabalhadores de apoio ganharam influência ao nível das decisões táticas; os supervisores de primeira linha ganharam influência nas decisões táticas mas perderam nas decisões de rotina e estratégicas; os directores de departamento perderam influência nas decisões de rotina e ganharam nos domínios tático e estratégico; o conselho executivo manteve a sua influência nas decisões de rotina, perdeu nas táticas e aumentou nas estratégicas; o conselho de gestão perdeu influência aos três níveis; o conselho de trabalhadores exerce menos influência nas decisões táticas, manteve a influência nas decisões de rotina e aumentou nas decisões estratégicas; o grupo médico manteve a sua influência nas decisões de rotina, registando perdas tanto nas decisões estratégicas como táticas. Este último grupo mantém ainda um grande poder sobre as decisões relacionadas com o tratamento e a admissão dos pacientes, se bem que o grupo dos enfermeiros tenha vindo a obter uma maior capacidade de influenciar decisões desta natureza.

Este estudo mostra o carácter multidimensional e contingencial do exercício do poder que pode assentar em bases distintas, mais ou menos pertinentes consoante a situação. Por exemplo, pode supôr-se que a complexidade crescente da tecnologia da OSS tenha requerido uma maior especialização e, logo, uma maior dependência entre as diferentes valências sendo que, cada uma, perdeu poder em termos absolutos.

AS CRENÇAS E VALORES DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

No quadro da abordagem que tem vindo a ser seguida com vista à organização da literatura sobre as OSS, a super-estrutura das organizações refere-se ao que habitualmente se designa por cultura organizacional e evidencia a actividade simbólica das organizações que tende a ser mais ou menos partilhada pelos seus membros. Pertencem a este estrato as normas, os valores e as ideologias implícitas dos membros que se manifestam nas práticas culturais das organizações.

A abordagem cultural das organizações reveste-se de múltiplas facetas, sendo diversos os entendimentos que se fazem deste termo. Para Vala et al. (1988), trata-se de uma metáfora em busca de teorias. Na óptica de Lopes e Reto (1989), esta abordagem comporta elementos de moda, de metáfora e de paradigma, o que mostra a sua riqueza enquanto quadro de referência para a análise organizacional. De acordo com Sackmann (1992), a diversidade de conceitos associados à cultura organizacional inclui noções como ideologias, um conjunto coerente de crenças, pressupostos básicos, o ser colectivo, compreensão partilhada, programação colectiva da mente humana. Segundo a autora, no estado actual do desenvolvimento teórico não está claro que perspectivas serão mais adequadas para representar a cultura organizacional.

Sem pretender aqui discutir este problema, a cultura organizacional será apenas utilizada com vista a alargar a discussão em torno da natureza das OSS, nomeadamente ao nível da super-estrutura (Fombrum, 1986).

A cultura das organizações de serviços de saúde

A leitura das OSS a partir dos modelos da cultura organizacional que se enquadram na corrente da *corporate culture*, possibilita uma categorização e, logo, uma descrição da cultura das OSS. Esta categorização é certamente redutora na medida em que, usualmente, é feita a partir de duas dimensões com dois níveis cada. Constituem exemplo o grau de risco e a velocidade do *feedback* (Deal e Kennedy, 1982), institucionalização e centralização (Harrison, 1972), centração nas pes-

soas ou nas tarefas (Sethia e VonGlinow, 1985), lealdade e congruência (Jouve e Massoni, 1984). A utilização de duas dimensões com dois níveis leva a que se considerem tipologias com quatro quadrantes, o que conduziu Hampdon-Turner (1992) a designar este conjunto de abordagens como um verdadeiro síndrome dos quadrantes.

No plano operatório, é possível partir de algumas das tipologias disponíveis e, através delas, proceder à caracterização das OSS, beneficiando do seu valor instrumental, apesar das falhas em rigor conceptual de que estas enfermam (Lopes e Reto, 1989).

No quadro da proposta de Deal e Kennedy (1982), pode-se hipotetizar que as OSS tendem a desenvolver um padrão cultural com três dominantes, logo diferenciado: por um lado, são culturas de tipo «macho-viril», nomeadamente nas actividades de cirurgia, onde o risco é forte e o *feedback* é rápido, situação que conduz ao desenvolvimento de valores de individualismo, agressividade e rapidez; por outro lado, seriam culturas de procedimentos, perante actividades em que o risco é baixo e o *feedback* lento, dando lugar a valores relacionados com o «como fazer», com formalidade e títulos; finalmente, teriam também uma componente cultural de aposta, que se caracteriza por valores hierárquicos e de antiguidade enquanto fonte de poder, originados face a um risco elevado e um *feedback* lento.

Se no situarmos no modelo de Harrison (1972), as OSS tenderiam a desenvolver culturas de dois tipos: cultura de tarefa, institucionalizada e descentralizada, característica de situações em que há grupos inter-disciplinares organizados em torno de um trabalho (no caso vertente, o paciente); cultura atomista, descentralizada e não institucionalizada, em que predominam valores de respeito e afecto que ligam os indivíduos com interesses comuns.

Se olharmos para as OSS através da proposta de Jouve e Massoni (1984), assente nas práticas de recrutamento, somos levados a identificar nestas organizações duas dominantes culturais: tratar-se-ia de culturas prudentes, cujos principais valores são o rigor e a discrição e o recrutamento é efectuado com base no saber-fazer e nos concursos; corporativas, privilegiando valores de saber fazer tradicional e de cooperação, assentando o recrutamento na competência técnica.

O breve percurso pelas tipologias da cultura organizacional, apesar das suas limitações no plano conceptual, mostrou que, provavelmente, as OSS tendem a gerar culturas diferenciadas, nas quais coexistem valores de natureza diversa. Esta constatação havia sido já efectuada a propósito da intra-estrutura e da sócio-estrutura, níveis de análise que apontavam, igualmente, no sentido de uma forte diferenciação interna das OSS. Mais uma vez, coloca-se a questão dos processos de integração a utilizar por forma a gerir esta diferenciação cultural.

Se atendermos ao modelo proposto por Ouchi (1982), em que se distinguem três mecanismos básicos de integração, o clã, a hierarquia e o mercado, este último parece ser a via mais eficaz, na medida em que os dados sobre a sócio-estrutura deixam de lado a possibilidade da hierarquia e os dados relativos à super-estrutura até agora integrados na discussão permitem antever alguma ineficácia do clã. Se nos centramos na ideia de integração através do mercado, somos levados a salientar o possível papel a desempenhar pela informação, nomeadamente através da necessidade de estudar sistematicamente o meio, no sentido de aumentar a sua previsibilidade, sob pena de ser impossível ultrapassar a mera gestão casuística. Esta posição conduz, por outro lado, à necessidade de se distinguir claramente entre unidades orientadas para o grande público e unidades com campo de acção limitado, como é o caso das clínicas especializadas ou as unidades de saúde ocupacional de grandes organizações.

As organizações de serviços de saúde no modelo dos valores contrastantes

As tipologias culturais anteriormente revistas, após as hipóteses de caracterização realizadas, deram-nos uma imagem da OSS enquanto organizações culturalmente diferenciadas, privilegiando valores de natureza diversa. O modelo dos valores contrastantes (Quinn, 1988) permite situar esses valores num quadro de referência comum e, em simultâneo, explicar as razões pelas quais as OSS assumem uma determinada configuração de valores.

De acordo com Quinn (1988), as organizações ao longo do seu ciclo de vida tendem a desenvolver um conjunto de oito valores que podem ser

agrupados em quatro categorias: 1 – valores relacionados com os recursos humanos, como a implicação e uma moral elevada, ou a abertura relacional e a participação na tomada de decisão; 2 – valores relativos aos processos internos, que se traduzem pelo privilegiar a documentação e a gestão da informação, ou a estabilidade e o controlo; 3 – valores centrados nos objectivos, ou seja, a preocupação com a produtividade e a realização das tarefas, ou a direcção e a clareza de objectivos; 4 – valores orientados para os sistemas abertos, através da preocupação com a inovação e a adaptação ao meio, ou com a obtenção de suporte externo e a aquisição de recursos.

A designação de modelo dos valores contrastantes tem por base a ideia de que há valores que são competitivos entre si, pelo que o privilegiar de um determinado tipo de valores gera contradições noutros, o que coloca um grande desafio à gestão. Nomeadamente, são competitivas as focalizações nos valores relativos aos recursos humanos e os objectivos racionais e, por outro lado, nos processos internos e nos sistemas abertos.

O autor atribui um forte peso ao ciclo de vida das organizações enquanto factor explicativo da centração destas em determinados valores (Quinn e Cameron, 1983). Assim, as organizações passariam por uma fase de empreendimento, centradas nos valores dos sistemas abertos, seguindo-se uma fase, a de colectivismo, na qual a organização tenderia a privilegiar valores relacionais. A esta segue-se a fase de formalização e controlo, a que corresponde uma deslocação para os processos internos e para os objectivos racionais. Finalmente, na fase de maior maturidade, a da elaboração da estrutura, a organização, com a experiência anteriormente adquirida, tenderia a orientar-se novamente para o exterior, no sentido de se renovar. De salientar que uma parte do trabalho empírico que sustenta este modelo consistiu na observação da evolução de uma OSS, um centro de saúde mental (Quinn e Cameron, 1983).

No contexto dos traços distintivos que têm vindo a ser assinalados, a utilização do modelo dos valores contrastantes leva-nos a inferir que as organizações de saúde se encontrariam essencialmente orientadas para os aspectos internos, com uma reduzida preocupação quer com a consecução dos objectivos quer com a adaptação ao exterior. A articulação deste modelo com as conclusões dos

pontos anteriores permite antever uma grande dificuldade na criação de uma cultura forte por parte destas organizações, pelo menos no sentido que lhe é habitualmente conferido, ou seja uma partilha clara de valores.

Por outro lado, a literatura actual sobre a cultura organizacional das OSS assinala que estas organizações se encontram pouco orientadas para o

exterior. É neste sentido que, por exemplo, Albert (1989), reconhecendo a necessidade de se desenvolver uma cultura orientada para os serviços aos utentes, propõe os passos referidos na figura 5. Por seu turno James (1990) sublinha o papel da cultura organizacional enquanto factor inibidor da inovação nos hospitais.

Figura 5

DESENVOLVER UMA CULTURA DE CUIDADOS DE SAÚDE ORIENTADA PARA O SERVIÇO (Albert, 1989)

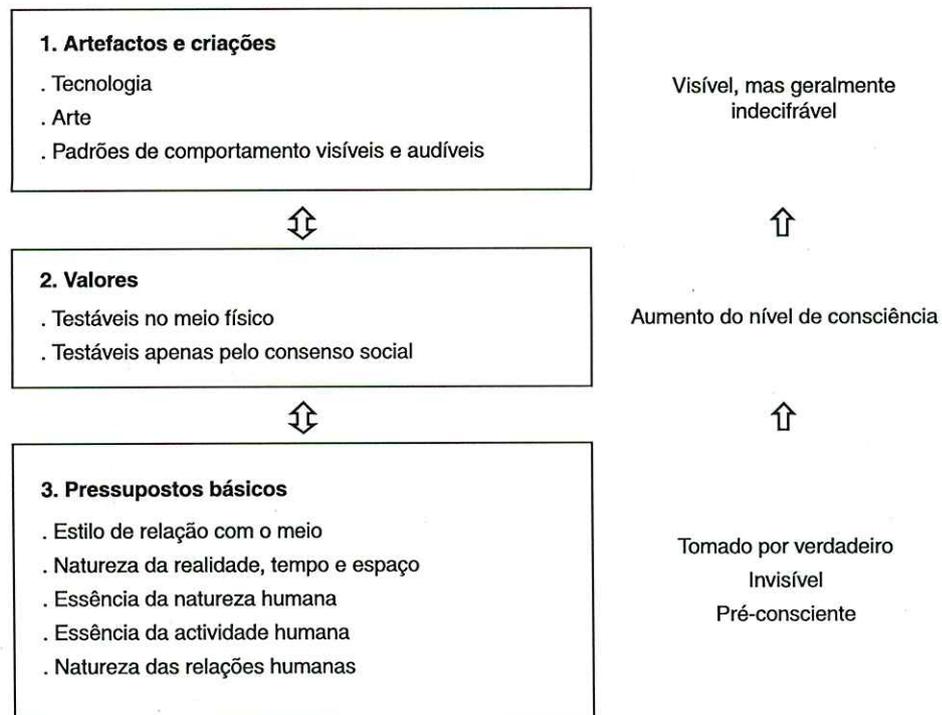
1.	Retraimento da gestão de topo
2.	Formulação/modificação da filosofia organizacional
3.	Formação de grupos de trabalho centrados no cliente e nos recursos humanos
4.	Comunicar as declarações da filosofia organizacional
5.	Traduzir a filosofia em comportamentos quotidianos
6.	Avaliar a discrepância cultural: recolha de dados
7.	Devolução dos dados
8.	Constituição de equipas com acção aos níveis dos clientes e dos recursos humanos
9.	Estabelecimento de prioridades em termos de planos de acção e programas
10.	Implementação do programa
11.	Permanente modelização e papéis por parte dos elementos-chave
12.	Avaliação- <i>feedback</i> : avaliação da discrepância cultural
13.	Avaliação/modificação dos sistema de recursos humanos
14.	Avaliação/modificação dos outros sistemas
15.	Avaliação- <i>feedback</i> : avaliação da discrepância cultural

Constitui, igualmente, um exemplo desta preocupação a proposta de Nelson e Niederberger (1990) no sentido de se estabelecerem programas de qualidade total assentes nos resultados dos inquéritos de satisfação dos pacientes, ainda que estes indicadores possam ser questionados quanto ao seu valor técnico, tal como sustenta Vuori (1987). Também Norling (1986), por exemplo, centrou no exterior o projecto de mudança estratégica a empreender no hospital que dirigia. Para Cremadez (1992), os hospitais franceses apresentam um verdadeiro fecho face à envolvente, facto que se deve, entre outros factores, à ausência de instrumentos que possibilitem identificar a sua zona de influência, conhecer o mercado e perspectivar a sua evolução.

O edifício cultural das organizações de serviços de saúde

As duas perspectivas culturais anteriormente utilizadas para hipotetizar os traços culturais das OSS concebiam a cultura como um conceito unidimensional. Contudo, é possível descrever as OSS a partir de modelos mais diferenciados e abrangentes, como é o caso da proposta de Schein (1985 a, 1985 b). Na sua perspectiva, a cultura organizacional tem três níveis:

Figura 6
NÍVEIS DE CULTURA ORGANIZACIONAL SEGUNDO SCHEIN (1985 a)



Para Schein (1985 a),

o termo cultura deverá ser reservado para o nível mais profundo dos pressupostos e crenças básicos, partilhados pelos membros de uma organização, operando inconscientemente, e que definem, sob a forma de pressupostos, a forma através da qual a organização se vê a si-mesma e à envolvente (p. 6).

A abordagem proposta por Schein (1985), se bem que muito utilizada nas revisões de literatura sobre a cultura organizacional, tem dado, contudo, lugar a pouca investigação. Constitui excepção o trabalho desenvolvido por Kinnunen (1990) que partiu deste modelo para estudar uma OSS finlandesa. A figura 7 (na página seguinte) contém uma síntese dos resultados obtidos pelo autor.

Os resultados constantes na figura 7 mostram uma considerável diferença cultural entre a medicina, a enfermagem e a gestão, o que confirma a tónica dos resultados que têm vindo a ser apresentados, ou seja, uma evidente diferenciação. Kinnunen (1990) salienta, para além das diferenças encontradas, alguma similitude entre as sub-culturas de gestão e médica: os seus pressupostos sobre

o trabalho, a organização e as relações com o meio são, em ambos os casos, paternalistas, proactivos, dominantes e privilegiam a lealdade à autoridade. A sub-cultura de enfermagem distingue-se das restantes por privilegiar a participação, a delegação, a tradição e a harmonia simbiótica no interior da organização.

A identidade das organizações de serviços de saúde

A noção de identidade organizacional, de origem europeia, por contraposição à de cultura organizacional, norte-americana, apesar da sua imprecisão (Lopes e Reto, 1990), tem revelado algum poder heurístico enquanto conceito integrador para o caso dos hospitais (Cremadez, 1992).

Para conceptualizar a identidade organizacional, Ramanantsoa et al. (1988) partem da definição seguinte:

A organização compõe-se de seres humanos, que têm uma certa permanência. A acção colectiva numa dada empresa encontra-se, geralmente, marcada por uma lógica coerente que a distingue de todas as

Figura 7

RESUMO DOS RESULTADOS OBTIDOS POR KINNUNEN (1990)

Sub-culturas da organização			
Pressupostos básicos	Sub-cultura médica	Sub-cultura de enfermagem	Sub-cultura de gestão
Relações com o meio			
Identidade básica	Peritos, especialistas	Ajudantes, apoiantes	Autoridades públicas
Envolventes relevantes	Científicos, técnicos	Sócio-cultural	Económicas, políticas
Posição face ao meio	Dominante	Harmoniosa e simbiótica	Dominante
Natureza da realidade			
Orientação básica	Física, externa	Física, social	Física
Critério de veracidade	Teste científico, autoridades	Tradições, dogmas morais	Autoridades, racional-legal
Orientação temporal	Passado e presente	Passado e presente	Passado e presente
Essência da natureza Humana			
Natureza básica	Neutral	Neutral	Neutral, compromisso dos empregados
Mutabilidade	Mutável no interior do grupo	Mutável no interior do grupo	Mutável no interior do grupo
Natureza da actividade humana			
	Proactiva, orientada para a acção	Harmonização, ser e tomar-se	Proactiva, mas com orientação externa
Natureza das relações humanas			
Relações entre as pessoas	Individualidade, competição	Colateralidade, consenso grupal	Colateralidade, autocracia
Relações entre as organizações	Paternalismo, colegiais	Participação, delegação	Paternalismo, consulta

outras. Esta lógica constitui-se e afirma-se no tempo. Ela confere à empresa uma certa continuidade; permite, a cada um, identificar a empresa e, em alguns casos, identificar-se com ela (p. 401).

É com base nesta concepção, que se caracteriza pela ambiguidade que advém da transposição de um conceito de nível individual para o nível organizacional, sem as precisões requeridas por este processo de adaptação, que Cremadez (1992) desenvolveu um quadro de leitura para os hospitais franceses (figura 8 na página seguinte).

Da figura 8 ressalta o peso de três paradigmas, o do serviço público, o do profissional e o da medicina, enquanto fontes de pressão para a mudança da identidade hospitalar.

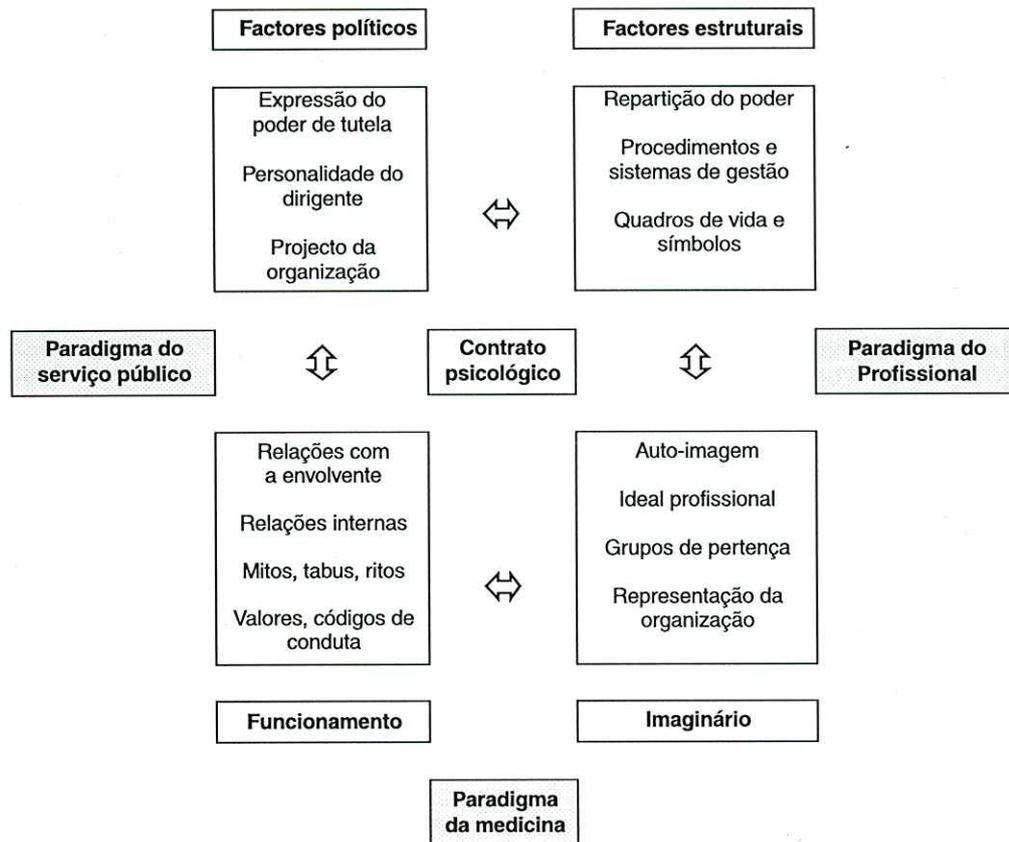
Segundo Cremadez (1992), as unidades hospitalares francesas caracterizam-se por uma acentuada fluidez nos determinantes políticos: o poder da tutela raramente consegue estabelecer directrizes claras e permanentes em virtude da influência de elementos políticos e tecnocráticos. Esta incerteza não pode ser reparada pelo líder, na medida em

que a sua permanência no cargo é limitada no tempo e o seu poder tem um alcance reduzido. No mesmo sentido, os factores de natureza estrutural originam uma estrutura pouco clara, algo difusa, sem dar lugar a um simbolismo próprio. Por outro lado, a representação da organização é pobre, pois assenta num desconhecimento considerável que os diferentes actores revelam uns dos outros. Neste contexto, a implicação recíproca entre o indivíduo e a organização é reduzida: quer um quer outra esperam receber e dar pouco.

A este quadro geral, acrescenta Cremadez (1992) um estado de crise de identidade generalizado das unidades hospitalares francesas, por efeito de alterações importantes ao nível dos paradigmas de base (profissional, serviço público e medicina) que estarão actualmente em curso na sociedade.

Quanto à noção de identidade, para além e proporcionar um quadro de referência integrador para a conceptualização das OSS, ao ter associado o conceito de focalização, permite, igualmente, fazer algumas previsões sobre a mudança destas

Figura 8
CONSTITUINTES DA IDENTIDADE HOSPITALAR SEGUNDO CREMADEZ
(1992)



organizações. A focalização da identidade⁽³⁾ consiste num

processo dinâmico através do qual as aspirações e as acções dos membros de uma mesma entidade económica e social convergem num mesmo elemento que constitui, assim, o esqueleto da identidade (Ramanantsoa et al., 1988, p. 499).

Assim, é de esperar que as OSS tendam a desenvolver uma focalização identitária na actividade, onde se encontra o saber fazer e o querer fazer. Segundo Ramanantsoa et al. (1988), a focalização na actividade, se é um trunfo quando se adoptam estratégias de especialização, constitui, no entanto, um obstáculo face a estratégias de diversificação.

AS ORGANIZAÇÕES DE SERVIÇOS DE SAÚDE ENQUANTO SISTEMAS IMPERFEITAMENTE CONECTADOS

O percurso até agora efectuado sobre alguma literatura relativa às OSS, dá-nos destas organizações uma imagem de elevada diferenciação. Esta diferenciação tem origem aos diversos níveis de análise seguidos como organizadores da literatura: infra-estrutura, sócio-estrutura e super-estrutura. Do ponto de vista infra-estrutura, a diferenciação surge na medida em que co-existem actividades assentes em tecnologias com princípios diferentes, o que impossibilita a estandardização. Por outro lado, uma parte das actividades a levar a cabo são urgentes, o que favorece o desenvolvimento de abordagens à gestão de carácter casuístico. Estas facetas das OSS do ponto de vista infra-estrutura

permitem, ao nível da sócio-estrutura, a apropriação das ambiguidades por parte dos profissionais que, ao dominarem os processo de tomada de decisão através dos quais a tecnologia central se concretiza, assumem um papel determinante tanto na concepção como na gestão corrente das OSS (Crozier e Friedberg, 1977). Ainda ao nível sócio-estrutural, é de salientar uma contradição fundamental que caracteriza as OSS: por um lado, a natureza da tecnologia obriga a uma forte coordenação entre profissionais que apenas pode ser concretizada pelo esforço de cada um, o que colide com a marcada tendência para a independência destes mesmos profissionais. No plano da super-estrutura, as OSS tendem a orientar-se pouco para o meio envolvente, a desenvolverem culturas pouco marcadas e pouco consensuais, apresentando uma vez mais uma diferenciação assinalável, podendo ser considerada uma verdadeira fragmentação identitária.

Esta imagem e disfuncionamento pode ficar a dever-se ao facto de os modelos organizacionais utilizados para dar conta das características distintivas das OSS apresentarem alguma dificuldade em integrar variáveis distintas, com relações complexas e, muitas vezes, imperfeitamente conectadas o que dificulta o desenvolvimento de estratégias correctas para a sua gestão. Se partirmos deste pressuposto, torna-se pertinente a observação de Schaeffer (1986) a propósito da gestão da mudança nas OSS segundo a qual, a complexidade destas organizações força ao desenvolvimento de um modelo de gestão inovador, pelo que as OSS poderão constituir um verdadeiro laboratório de gestão. A teoria das organizações enquanto sistemas imperfeitamente conectados pode constituir um quadro de referência adequado para conceptualizar estas especificidades.

O conceito de sistemas imperfeitamente conectados refere-se à noção segundo a qual existem acontecimentos conectados entre si que respondem em conjunto, ainda que os eventos se distingam na medida em que preservam a sua identidade ou diferenciação física e lógica (Weick, 1976). Perante a observação da existência de utilizações menos correctas deste conceito em contexto organizacional, para Orton e Weick (1990) a noção de sistemas imperfeitamente conectados integra uma dupla significação: por um lado, a ideia de conexão refere-se ao facto de as organizações conterem

elementos interdependentes entre si; por outro lado, estes mesmo elementos mantêm a sua capacidade de auto-determinação. A resultante é uma imagem de «um sistema que é simultaneamente fechado e aberto, indeterminado e racional, espontâneo e deliberado» (Orton e Weick, 1990, pp 204-205).

Enquanto causas da conexão imperfeita, Orton e Weick (1990) assinalam três factores: o indeterminismo causal, a fragmentação da envolvente externa e a fragmentação do ambiente interno. A revisão de literatura realizada sobre as OSS evidencia a presença destas causas. Assim, o indeterminismo causal relativo à ambiguidade nas relações entre causas e efeitos, parece estar presente na infra-estrutura. Estas organizações caracterizam-se, ainda, por um ambiente interno fragmentado, tal como sugere, ao nível sócio-estrutural, a tendência para a autonomia dos profissionais e, no plano da super-estrutura a forte diferenciação cultural e a fragmentação identitária assinaladas. Finalmente, a envolvente externa apresenta estímulos complexos (patologias) e, por vezes, apresenta expectativas contraditórias, como por exemplo os cuidados esperados pelos utentes e as políticas de redução de custos das estruturas governamentais.

Quanto às formas de compensar a conexão imperfeita, os autores destacam o papel da liderança, da focalização da atenção e da partilha de valores. Na sua perspectiva, a liderança em sistemas imperfeitamente conectados deverá ser discricionária e centrada numa permanente referência à visão central como pano de fundo integrador de todas as actividades. A conexão imperfeita pode ainda ser compensada através da focalização, ou seja, pela utilização de uma estratégia de mudança comportamental baseada na intervenção apenas sobre os comportamentos controláveis e nucleares, deixando um máximo de liberdade para que os indivíduos procedam a adaptações circunstanciadas. Por fim, a partilha de valores, mesmo perante um desacordo quanto aos meios a utilizar, pode constituir um meio de compensar a imperfeição das conexões.

Nas OSS, a focalização 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

nas OSS 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 formulado por Bass (1985).

A concepção de sistemas imperfeitamente conectados pode ter como resultados uma persistência acrescida, um efeito de redução da generalização do impacto num elemento de problemas ocorridos num outro, uma maior adaptabilidade, satisfação no trabalho e eficácia organizacional. Contudo, tal como salientam Orton e Weick (1990) estes resultados são mais ou menos apropriados e desejáveis em função da situação, pelo que os esforços de conexão deverão ser contextualizados.

A conceptualização das organizações enquanto sistemas imperfeitamente conectados coloca, para além da interpretação que se acaba de realizar, duas outras questões, uma relacionada com a tecnologia e outra com a criação de sentido (Weick, 1976).

A tecnologia das OSS é algo difusa, pelo que não constringe as opções quanto à estrutura, o que deixa em aberto quase todas as opções estruturais possíveis. As semelhanças encontradas na configuração das OSS poderia, assim, ficar a dever-se aos rituais de certificação e aos acordos realizados entre a organização e a sua envolvente (Weick, 1976). Estas observações são consistentes, por exemplo, com a standardização das qualificações enquanto mecanismo de coordenação do trabalho das burocracias profissionais (Mintzberg, 1982), com a influência das forças externas na dinâmica das organizações (Mintzberg, 1983), com a possibilidade de se desenvolverem estruturas matriciais (Allcorn, 1990), gestores de produto (Bowers e Taylor, 1990) ou equipas multidisciplinares tal como foi desenvolvido pela unidade em que incidiu o presente estudo.

Quanto à atribuição de sentido, na medida em que os sistemas imperfeitamente conectados se caracterizam por uma grande ambiguidade, verificando-se um considerável espaço para a auto-determinação dos actores, tendem a gerar uma acentuada pressão sobre os indivíduos por forma

a que estes negociem uma realidade organizacional na qual possam viver (Weick, 1976).

Neste sentido, pode-se formular a hipótese segundo a qual os sistemas imperfeitamente conectados originam conjuntos de crenças organizacionais, resultantes do processo de criação de sentido que, por surgirem como um processo compensatório para a desconexão, se caracterizam por serem consensuais.

Desta perspectiva resultam algumas consequências para a conceptualização das organizações. Tal como referem Orton e Weick (1990),

o conceito de conexão imperfeita, ao reconhecer a existência de dimensões estruturais múltiplas, ao enfatizar a conexão e desconexão simultâneas e a sua representação das estruturas como sendo moldáveis pela intervenção gestionária, força os investigadores a aprofundar a análise da actividade humana subjacente à estrutura organizacional. Do mesmo modo que a racionalidade limitada levou os investigadores a estudar o processo de tomada de decisão, mais do que os seus resultados, o conceito de conexão imperfeita pode levar os investigadores a estudar a estrutura *como algo que as organizações fazem, mais do que algo que elas, meramente, possuem* (p. 218) (sublinhado adicionado).

Esta afirmação acentua o carácter processual das estruturas organizacionais. A abordagem sócio-cognitiva das organizações pretende, justamente, constituir uma formulação teórica com ênfase nos aspectos processuais das organizações, pelo que esta perspectiva poderia constituir um quadro de referência adequado para a análise das organizações de serviços de saúde⁽⁴⁾.

CONCLUSÃO

Em síntese, há a referir que a organização da literatura sobre as OSS acentua a vertente diferenciação, e isto aos três níveis considerados: tecnológico, sócio-estrutural e crenças e valores. Perante esta situação, são propostas diferentes modalidades de fomento da integração, quase todas assentes em factores de natureza comportamental, sem que, contudo, seja evidenciados os factores que contribuem para o seu incremento.

A leitura da OSS no plano da tecnologia e natureza das tarefas, permite evidenciar, não apenas a co-existência de lógicas tecnológicas distintas como também a capacidade de estas organizações

desenvolverem modos próprios de lidar com a tecnologia (Hernandez et al., 1990; Sicotte e Lambert, 1993) e de interdependência entre os profissionais como resposta à variabilidade das patologias.

A análise de nível sócio-estrutural remeteu para primeiro plano o problema da integração nestas organizações (Gillies et al., 1993), perante a diferenciação profissional e funcional constatada (Baldwin, 1978). A integração médico sistema aparece como uma variável pertinente, o que implica situar o problema no domínio da elevada tendência para a autonomia que caracteriza os profissionais (Mintzberg, 1982; Friedson, 1970; Miner, 1988). Estes grupos possuem uma acentuada margem de poder baseado quer na competência (French e Raven, 1958), quer na influência exercida a partir do exterior através das organizações profissionais (Mintzberg, 1983). As soluções referidas na literatura com vista a lidar com esta diferenciação assentam, na sua essência, em factores de carácter psicossociológico, tais como a promoção de valores de cooperação e auto-controlo (Georgopoulos, 1978) ou opções estruturais de tipo matricial (Allcorn, 1990).

A leitura das OSS do ponto de vista das crenças e valores evidencia uma considerável diferenciação cultural, gerada pela co-existência de valores muito diversos (Deal e Kennedy, 1982; Harrison, 1972), ou pelo facto de os seus grupos profissionais desenvolverem pressupostos básicos distintos (Kinnunen, 1990) ou ainda por gerarem uma identidade fragmentada (Cremadez, 1992). Estas organizações mostram, também, uma evidente dificuldade de focalização no exterior (Albert, 1989; Nelson e Niedeberg, 1990; Cremadez, 1992) à qual se associa uma maior capacidade de optarem por estratégias de especialização por oposição à diversificação (Mintzberg, 1982; Ramanantsoa et al, 1988).

As soluções apontadas para a gestão desta diferenciação requerem, sobretudo, competências de natureza psicológica, como sejam o desenvolvimento de valores de cooperação ou o desenvolvimento das características inter-pessoais. Contudo, com excepção para o esforço realizado por (Orton e Weick 1990), a literatura não refere, de forma sistemática, os factores que contribuem para o necessário esforço de convergência entre os indivíduos.

Se se atender aos factores caracterizadores dos sistemas imperfeitamente conectados (Orton e Weick, 1990) — o indeterminismo causal, a fragmentação do ambiente interno e da envolvente organizacional — não pode deixar de constatar-se a similitude entre estes factores e as características enunciadas na literatura sobre as OSS. De acordo com Weick (1979) os sistemas imperfeitamente conectados tendem a gerar uma pressão considerável sobre os indivíduos no sentido de estes construírem uma realidade organizacional negociada, na qual possam viver. No plano da gestão, o exercício da liderança aparece como um elemento central no sentido de se obter um nível de integração mais acentuado. Como sustenta Jesuino (1991), (...) «se a realidade é socialmente construída, e se as organizações são sistemas de significações e crenças colectivas, estruturadas através de paradigmas partilhados, segue-se que uma das actividades importantes de gestão consiste em desenvolver consensos» (p. 10). No plano teórico, da visão das organizações enquanto sistemas imperfeitamente conectados decorre a necessidade de se perspectivar os elementos estruturais das organizações como um processo e não como algo possuído por estas (Orton e Weick, 1990). Este aspecto, a par da pressão para a negociação da realidade organizacional, constitui um elemento fundamental da perspectiva sócio-cognitiva das organizações a qual evidencia, ainda, o papel dos processos sociais na determinação dos processos cognitivos e políticos e destes na configuração das actividades organizacionais. Na medida em que, de acordo com Daft e Weick (1984), qualquer estudo organizacional tem por base um conjunto de pressupostos concretos relativos à natureza, funcionamento e estrutura das organizações, no caso concreto das organizações de serviços de saúde, a perspectiva cognitiva pode, pois, constituir uma hipótese adequada de fundamentação dos trabalhos de análise destas organizações.

NOTAS

- (1) Este problema, nomeadamente no que se refere ao conhecimento da população, encontra-se minimizado nas organizações de saúde que trabalham apenas para uma ou mais empresas. Nestes casos, a consecução de um conhecimento profundo das necessidades de saúde da população visada encontra-se mais facilitada dado serem correntes os exames periódicos e a população se encontrar claramente identificada.
- (2) Definido deste modo, o conceito de integração médica aproxima-se mais da noção de implicação instrumental (Hulin, 1993) das que das ideias de integração ligadas à estrutura que têm vindo a ser discutidas.
- (3) Não podemos deixar de notar as semelhanças conceptuais entre as noções de identidade e de representação social. São igualmente semelhantes as ideias de focalização da primeira e de núcleo central da segunda.
- (4) Ver, a este propósito, os trabalhos de Weick (1979) e Hosking e Morley (1991), as quais constituem propostas de conceptualização das organizações numa perspectiva cognitiva.

BIBLIOGRAFIA

- ALBERT, M. (1989). Developing a service-oriented health care culture. *Hospital and Health Services Administration*, 2: 167-183.
- ALLCORN, S. (1990). Using matrix organization to manage health care delivery organizations. *Hospital and Health Services Administration*, 4: 575-590.
- ARNDT, M., and BIGELOW, B. (1992). Vertical integration in hospitals: a framework for analysis. *Medical Care Review*, 49: 93-115.
- BAILEY, D. and NEILSEN, E. (1992). Creating a bureau-adhocracy: integration standardized and innovative services in a professional work group. *Human Relations*, 7: 687-710.
- BALDWIN, L. (1978). An empirical study: the effect of organizational differentiation and integration on hospital performance. In A. Kovner and D. Neuhauser (Eds). *Health services management: reading and commentary*. New York: Health Administration Press.
- BASS, B. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. New York: Free Press.
- BOWERS, M., and TAYLOR, R. (1990). Product line management in hospitals: an exploratory study of managing change. *Hospital and Health Services Administration*, 3: 365-375.
- BROWN, M., and MCCOOL, B. (1986). Vertical integration: exploration of a popular strategic concept. *Health Care Management Review*, 11: 7-19.
- CONRAD, D., and DOWLING, W. (1990). Vertical integration in health services: theory and managerial implications. *Health Care Management Review*, 15: 9-22.
- CREMADEZ, M. (1992). *Le management stratégique hospitalier*. Paris: Dunod.
- CROZIER, M. et FRIEDBERG, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Seuil.
- DAFT, R., and WEICK, K. (1984). Toward a model of organizations as interpretation systems. *Academy of Management Review*, 9: 284-295.
- DAVIS, S., and LAWRENCE, P. (1977). *Matrix*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- DEAL, T., and KENNEDY, A. (1982). *Corporate culture: the rites and rituals of corporate life*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- FOMBRUM, C. (1986). Structural dynamics within and between organizations. *Administrative Science Quarterly*, 31: 403-421.
- FREIDSON, E. (1970). *Professional dominance: The social structures of medical care*. New York: Atherton.
- FRENCH, J., and RAVEN, B. (1953). The bases of social power. In P. Cartwright, and A. Zander (Eds). *Group dynamics: research and theory*. New York: Harper & Row.
- GEORGOPOULOS, B. (1978). Distinguishing organizational features of hospitals. In A. Kovner and D. Neuhauser (Eds). *Health services management: reading and commentary*. New York: Health Administration Press.
- GILLIES, R., SHORTELL, S., ANDERSON, D. MORGAN, K. (1993). Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hospital and Health Services Administration*, 4: 467-489.
- GOMES, A. (1991). Cultura organizacional: estratégias de integração e de diferenciação. *Psicologica*, 6: 33-51.

- HACKMAN, J., and OLDHAM, G. (1980). *Work redesign*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- HAMPDEN-TURNER, C. (1992). *La culture d'entreprise: des cercles vicieux aux cercles vertueux*. Paris: Seuil.
- HARRISSON, R. (1972). Understanding your organization's character. *Harvard Business Review*.
- HERNANDEZ, S., HADDOCK, C. and QUINTANA, J. (1990). The relationship between technology and task design in hospital nursing units. *Health Services Management Research*, 2: 137-148.
- HICKSON, D., PUGH, D., and PHEYSEY, D. (1969). Operations technology and organizational structure: an empirical reappraisal. *Administrative Science Quarterly*, 14: 91-114.
- HODGE, B., and ANTHONY, W. (1988). *Organizational theory*. Boston: Allyn and Bacon, Inc.
- HOSKING, D., and MORLEY (1991). *The social psychology of organizing: people, processes and contexts*. London: Harvester Wheatsheaf.
- HULIN, C. (1993). Adaptation, persistence, and commitment in organizations. In M. Dunnette, and L. Hough (Eds). *Handbook of industrial and organizational psychology*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- JAMES, K. (1990). Process and cultural impediments to health care innovation. *Hospital and Health Services Administration*, 3: 395-407.
- JESUÍNO, J. (1989). O factor liderança nas organizações. *Revista de Gestão*, 8: 5-11.
- JOUVE, D., et MASSONI, D. (1984). La culture d'entreprise et le recrutement. *Revue Française de Gestion*, 2: 131-136.
- KALUZNY, A. and VENEY, J. (1980). *Health service organizations: a guide to research and assessment*. Berkley: McCutchan Publishing Corporation.
- KATZ, D. e KHAN, R (1978). *Psicologia social das organizações*. São Paulo: Atlas.
- KATZ, R., WOLFE, D., QUINN, R., SNOEK, J., AND ROSENTHAL, R. (1964). *Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity*. New York: Wiley.
- KINNUNEN, J. (1990). The importance of organizational culture on development activities in a primary health care organization. *International Journal of Health Planning and Management*, 5: 65-71.
- KOVÂCS, I. (1989). Tendências de transformação tecnológica e organizacional nas empresas. *Economia e Sociedade*, 1: 39-66.
- LAWRENCE, P., and LORSH, J. (1973). *As empresas e o ambiente: diferenciação e integração administrativas*. Petrópolis: Vozes.
- LOPES, A. e RETO, L. (1990). *Identidade da empresa e gestão pela cultura*. Lisboa: Sílabo.
- MARK, A. and SCOTT, H. (1991). Changing cultures: determining domains in the NHS. *Health Services Management Research*, 3: 193-205.
- MIGUEZ, J. e KEATING, J. (1989). *Automação e organização do trabalho*. Documento não publicado. Universidade do Porto.
- MILLS, P., HALL, J., and LEIDECKER, J., and MARGULIES, N. (1983). Flexiform: a model for professional service organizations. *Academy of Management Review*, 8:118-131.
- MINER, J. (1988). *Organizational behavior: performance and productivity*. New York: Random House.
- MINTZBERG, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Paris: Les Éditions d'Organisation.
- MINTZBERG, H. (1983). *Power in and around organizations*. New Jersey: Prentice-Hall.
- NELSON, C. and NIEDERBERGER, J. (1990). Patient satisfaction surveys: an opportunity for total quality improvement. *Hospital and Health Services Administration*, 3: 409-427.
- NEUHAUSER, D. (1978). The hospital as a matrix organization. In A. Kovner and D. Neuhauser (Eds). *Health services management: reading and commentary*. New York: Health Administration Press.
- NORLING, R. (1986). Networking for changing management strategies. In G. Parston (Ed). *Managers as strategists: health services managers reflecting on practice*. London: King Edward's Hospital Fund.
- OLIVER, J. (1981). *Scoring guide for the Oliver Organization Description Questionnaire*. New York: Organizational Measurement Systems Press.
- ORTON, J. and WEICK, K. (1990). Loosely coupled systems: a reconceptualization. *Academy of Management Review*, 15: 203-223.
- OUCHI, W. (1982). *Theory Z: how american business can meet japanese challenge*. Massachusetts: Addison-Wesley.

- PERROW, C. (1967). A framework for the comparative analysis of organizations. *American Sociological Review*, 32: 194-208.
- PETERS, T., and Waterman, R. (1982). *In search of excellence: lessons from the america's best-run companies*. New York: Harper & Row.
- PETTIGREW, A. (1986). Managing strategic change. In G. Parston (Ed). *Managers as strategists: health services managers reflecting on practice*. London: King Edward's Hospital Fund.
- POOL, J. (1991). Hospital management: integrating the dual hierarchy?. *International Journal of Health Planning and Management*, 6: 193-207.
- 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: 33-51.
- RAMANANTSOA, B., REITTER, R., DUSSAUGE, J. et LEMATTRE. (1988). Identité. In *Strategor: stratégie, structure, décision, identité*. Paris: InterEditions.
- SACKMANN, S. (1992). Culture and sub-cultures: an analysis of organizational knowledge. *Administrative Science Quarterly*, 37: 140-161.
- SCHAEFFER, L. (1986). Managing change in health care. In G. Parston (Ed). *Managers as strategists: health services managers reflecting on practice*. London: King Edward's Hospital Fund.
- SCHEIN, E. (1985 a). *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- SCHEIN, E. (1985 b). How culture forms, develops, and changes. In R. Kilman, M. Saxton, and R. Serpa (Eds). *Gaining control of the corporate culture*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- SETHIA, N., and VONGLINOW, M. (1985). Arriving at four cultures by managing the reward system. In R. Kilman, M. Saxton, and R. Serpa (Eds). *Gaining control of the corporate culture*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- SICOTTE, C. and LAMBERT, J. (1993). A task contingent model of medical practice organization. *Health Services Management Research*, 2: 117-128.
- SOAR, J. and AYRES, D. (1991). Innovation as hospital culture: a trial and demonstration facility in an acute-care hospital ward. *International Journal of Health Planning and Management*, 6: 243-249.
- STARKWEATHER, D. (1978). The rationale for decentralization in large hospitals. In A. Kovner and D. Neuhauser (Eds). *Health services management: reading and commentary*. New York: Health Administration Press.
- THOMPSON, J. (1967). *Organizations in action*. New York: McGraw-Hill.
- TRIST, E., HIGGIN, G., MURRAY, H., and POLLOCK, A. (1963). *Organizational Choice*. London: Tavistock Institute.
- VALA, J., MONTEIRO, B. e LIMA, L. (1988). Culturas organizacionais: uma metáfora à procura de teorias. *Análise Social*, 24: 663-687.
- VUORI, H. (1987). Patient satisfaction: an attribute or indicator of the quality of care? *Quality Review Bulletin*, 13: 106-108.
- WEICK, K. (1976). Educational organizations as loosely coupled systems. *Administrative Science Quarterly*, 21: 1-19.
- WEICK, K. (1979). *The social psychology of organizing*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.