

Influência da cultura organizacional na gestão da qualidade de um hospital universitário*

Influence of organizational culture in the quality management of a teaching hospital

Como citar este artigo:

Ventura PFEV, Velloso ISC, Alves M. Influence of organizational culture in the quality management of a teaching hospital. Rev Rene. 2020;21:e43996. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143996>

 Palloma Fernandes Estanislau Vaz Ventura¹
 Isabela Silva Cancio Velloso¹
 Marília Alves¹

*Extraído da Tese de Doutorado “Influência da cultura organizacional na gestão da qualidade e segurança do paciente em um hospital público universitário”, Universidade Federal de Minas Gerais, 2020.

¹Universidade Federal de Minas Gerais.
Belo Horizonte, MG, Brasil.

Autor correspondente:

Palloma Fernandes Estanislau Vaz Ventura
Avenida Alfredo Balena, 190, sala 514,
Santa Efigênia. CEP: 30130-100.
Belo Horizonte, MG, Brasil.
E-mail: pallomavaz@hotmail.com

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes
EDITOR ASSOCIADO: Francisca Diana da Silva Negreiros

RESUMO

Objetivo: analisar a influência dos elementos simbólicos da cultura organizacional na gestão da qualidade e segurança do paciente. **Métodos:** pesquisa qualitativa, utilizando a estratégia de estudo de caso. Participaram 18 gestores escolhidos de forma intencional. Os dados foram coletados por meio de observação, análise documental e entrevistas e, posteriormente, submetidos à análise de conteúdo temática. **Resultados:** identificaram-se os seguintes elementos simbólicos: a força da cultura da universidade, o poder do médico, o poder do professor, a estabilidade e a autonomia profissional e as decisões colegiadas. Tais elementos influenciam na gestão da qualidade e segurança do paciente, pois há baixa adesão às propostas de mudança. **Conclusão:** os elementos simbólicos mantêm as práticas tradicionais de trabalho, compartilhadas pelo grupo, que dificultam a adesão às propostas de gestão da qualidade e segurança do paciente.

Descritores: Cultura Organizacional; Gestão da Qualidade; Hospitais Universitários.

ABSTRACT

Objective: to analyze the influence of symbolic elements of organizational culture in quality management and patient safety. **Methods:** qualitative research, using the case study strategy. A total of 18 intentionally chosen managers participated. Data collection took place through observation, document analysis and interviews and, subsequently, it was subjected to thematic content analysis. **Results:** the following symbolic elements were identified: the strength of the university's culture, the power of the doctor, the power of the teacher, the steadiness and professional autonomy and collegiate decisions. Such elements influence the management of patient quality and safety, as there is low adherence to change proposals. **Conclusion:** the symbolic elements maintain the traditional work practices, shared by the group, which make it difficult to adhere to the proposals for quality management and patient safety.

Descriptors: Organizational Culture; Quality Management; Hospitals, University.

Introdução

Contemporaneamente, assim como vem acontecendo em todo o mundo, o setor saúde brasileiro está enfrentando desafios, como o reaparecimento de doenças anteriormente erradicadas, dificuldades financeiras, crises políticas, demanda crescente de atendimento no sistema público de saúde e o colapso no modelo da previdência social. Esse contexto impõe desafios ao sistema de saúde no que se refere à garantia de assistência resolutiva e humanizada, com qualidade e segurança para o paciente⁽¹⁾. Diante disso, a implantação da gestão da qualidade torna-se, cada vez mais, uma alternativa para garantir a constituição de um sistema que assegure os princípios da universalização, da equidade e da integralidade no Sistema Único de Saúde responsável pelo atendimento de 80% da população brasileira⁽²⁾.

No cenário da atenção à saúde, inserem-se os hospitais universitários, instituições públicas, vinculadas às universidades federais, responsáveis pelo atendimento de alta complexidade em diversas especialidades clínicas e cirúrgicas, para usuários do Sistema Único de Saúde. Além de seu compromisso com a assistência, os hospitais universitários têm foco no ensino e na pesquisa, comprometendo-se com a formação de recursos humanos e o desenvolvimento de tecnologias em saúde, o que reflete em seu cotidiano e sua cultura⁽³⁾.

A cultura organizacional das instituições de saúde pode constituir elemento central da qualidade da assistência e segurança do paciente, fomentando-as ou corroborando seu fracasso⁽⁴⁾. A cultura organizacional é definida como um conjunto de pressupostos básicos que funcionou adequadamente em um determinado momento para resolver problemas de adaptação externa e integração interna da organização⁽⁵⁾. Os pressupostos são aprendidos e compartilhados pelos indivíduos e, nesse sentido, são legitimados e repassados aos novos membros da organização⁽⁵⁾. Dessa forma, a cultura organizacional pode estar associada ao direcionamento das ações das pessoas, a

fim de consolidar um comportamento esperado pelo grupo, delineando características e estruturas hierárquicas⁽⁵⁻⁷⁾.

No entanto, a dimensão política expressa por meio das relações de poder presentes na organização é um elemento importante a ser considerado nas discussões sobre cultura organizacional. Nesse contexto, a cultura organizacional abarca elementos simbólicos, isto é, um conjunto de valores e pressupostos básicos, com características e dinamicidade próprias, que lhe permitem ordenar, atribuir significações e construir a identidade organizacional⁽⁶⁾. São exemplos de elementos simbólicos no cotidiano de trabalho o sentimento de colaboração e os mitos da grande família, do amor à instituição e de seu reconhecimento social, bem como a afetividade entre os colaboradores. Fatos históricos marcantes contados e repassados por determinados sujeitos, como diretores ou coordenadores, que tenham promovido melhorias no processo de trabalho ou reconhecimento da importância dos colaboradores para instituição também se inserem no rol dos elementos simbólicos⁽⁵⁻⁶⁾.

É importante considerar que os elementos simbólicos são construções coletivas que dão significado e constroem a identidade da organização, gerando sentimento de pertencimento ao grupo e guiando as ações dos sujeitos⁽⁶⁾. Além disso, esses elementos agem como instrumentos de comunicação e consenso, sendo capazes de ocultar e instrumentalizar as relações de poder. Nesse sentido, os elementos simbólicos são construídos nas relações que se estabelecem no cotidiano das organizações, em momentos de interação, como nas rotinas de trabalho, ritos de comemoração e confraternizações. Também podem ser observados nos ritos de passagem, como promoções, transferências e desligamentos, momentos em que há compartilhamento de experiências e construção de significado das ações coletivas⁽⁶⁾.

No que se refere à gestão da qualidade no contexto da saúde, a literatura aborda a cultura organizacional, apontando sua importância na implementação de ciclos de melhorias exitosos^(4,8-9). Ademais, é impor-

tante levar em conta que o sucesso das propostas que promovem mudanças nos processos organizacionais das instituições de saúde depende de suas culturas. Logo, a interface entre a cultura organizacional e o desempenho das organizações de saúde carece ser continuamente estudada⁽⁸⁾.

Este artigo fundamenta-se no pressuposto de que a cultura organizacional influencia na gestão da qualidade e segurança do paciente, embora, de forma geral, os gestores não tenham consciência acerca disso no cotidiano organizacional⁽⁷⁻⁸⁾.

O objetivo deste estudo foi analisar a influência dos elementos simbólicos da cultura organizacional na gestão da qualidade e segurança do paciente.

Métodos

Trata-se de pesquisa qualitativa, utilizando a estratégia de estudo de caso⁽¹⁰⁾. Utilizou-se referencial teórico de cultura organizacional, por meio da análise dos elementos simbólicos, que são criados e mantidos no cotidiano de trabalho em um universo simbólico único, com múltiplas facetas, capazes de manter o *status* e repelir mudanças não desejadas pelos grupos, sem que, na prática, seja identificado o motivo do insucesso das propostas⁽⁶⁾.

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais foi escolhido para a realização desta pesquisa devido à história de implantação do sistema de gestão da qualidade, iniciada no ano de 2001, aos desafios ainda hoje enfrentados para sua total implementação, à sua importância histórica e ao fato de ser referência para o atendimento de alta complexidade no estado. O estudo foi realizado nas unidades de clínica médica do hospital.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: ser gestor no hospital e com atuação na gestão da qualidade e segurança do paciente e critérios de exclusão ser gestores das unidades de clínica cirúrgica, pediatria, maternidade e ambulatórios e/ou que estavam afastados do trabalho no período da coleta de dados. Foram selecionados, intencionalmente, os gesto-

res da alta direção do hospital, de recursos humanos, da qualidade e Núcleo de Segurança do Paciente, da vigilância epidemiológica e da unidade de clínica médica devido à sua importância na gestão da qualidade e segurança do paciente. Foi incluído um gestor identificado como informante-chave, durante as entrevistas, por ter sido responsável pela implantação da gestão da qualidade. Assim, 19 gestores atendiam aos critérios de inclusão e foram convidados a participar do estudo. Destes, 18 compuseram a amostra do estudo e um gestor da qualidade se recusou a participar da pesquisa, em razão de sua elevada demanda de trabalho no período.

Inicialmente, realizou-se contato prévio da pesquisadora com a chefia da unidade da clínica médica e a coordenação de enfermagem, para apresentar o projeto da pesquisa. Os participantes foram contatados, pessoalmente, para o agendamento das entrevistas. Os dados foram coletados no período de maio e setembro de 2018 por meio de observação, análise documental e entrevista de roteiro semiestruturado, submetido previamente a teste piloto. O roteiro semiestruturado abordou questões direcionadas à história do hospital, ao processo decisório, à entrada da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares na gestão do hospital, ao planejamento da assistência e ao processo de gestão da qualidade e segurança do paciente nas unidades. As entrevistas foram realizadas em salas disponíveis na unidade, com duração média de 40 minutos, sendo gravadas em equipamento *media player* e, posteriormente, transcritas na íntegra pela pesquisadora. Utilizou-se o critério de saturação de dados⁽¹¹⁾ para o encerramento das entrevistas, quando nenhuma informação nova foi acrescentada acerca do tema.

As observações foram registradas em um diário de campo, com 68 páginas, em texto em *Word*, em folha A4, espaço simples, Arial 12, sendo realizadas no ambiente de trabalho dos gestores e em reuniões dos colegiados gestores, da gestão da qualidade, do Núcleo de Segurança do Paciente e da Divisão de Enfermagem. Nos resultados, os registros das observações estão identificados pela sigla NO, seguida do local da

observação. Analisaram-se cinco documentos institucionais: 90 Anos de Cuidado e Celebração da Vida – Catálogo Comemorativo (D1), que descreve a história do hospital desde a criação até o ano de 2018; Organograma (D2); Regimento Interno (D3), com descrição das unidades funcionais e órgãos colegiados; Política de Gestão de Recursos Humanos (D4) e Plano de Gestão de Recursos Humanos (D5).

Os dados das entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo temática, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos dados⁽¹²⁾. Foi realizada análise documental dos documentos institucionais e obteve-se como resultado a descrição da biografia, da estrutura hierárquica e funcional e da construção do sistema de gestão da qualidade e da segurança do paciente do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, subsidiando a apreensão da origem dos elementos simbólicos da cultura organizacional. As observações compuseram a análise dos dados, por possibilitarem a compreensão da realidade e o enriquecimento da análise dos fenômenos culturais. Os dados das entrevistas e do diário de campo foram organizados utilizando o programa MAXQDA, versão 2018.2. Utilizou-se o *checklist* do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*⁽¹³⁾, para condução da pesquisa.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer nº 2.585.139/2017, atendendo às diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para assegurar o anonimato dos participantes, nos resultados deste artigo, eles foram identificados pela letra G (gestor), seguida do número de sequência da entrevista.

Resultados

Os 18 gestores que participaram do estudo foram: um gestor da unidade de clínica médica, dois coordenadores de enfermagem, cinco coordenadores

da equipe multiprofissional, um gestor da vigilância epidemiológica, um gestor do Núcleo de Segurança do Paciente, três gestores de recursos humanos, um gestor do Setor de Apoio Diagnóstico e Terapêutica, um gestor de atenção à saúde, dois gestores da divisão/setor de cuidados e o superintendente.

A partir da análise dos dados, foram identificados cinco elementos simbólicos: a força da cultura da universidade, o poder do médico, o poder do professor, a estabilidade e a autonomia profissional e as decisões colegiadas.

A força da cultura da universidade foi edificada como elemento simbólico na história de criação do hospital vinculada à universidade e à Faculdade de Medicina. A história do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais confunde-se com a história do ensino médico em Belo Horizonte, tendo sido fundado em 1928 para atender à Faculdade de Medicina na formação de seus estudantes (D1). Em 2004, tornou-se uma unidade especial da Universidade Federal de Minas Gerais, o que persistiu até os dias atuais (D1): *O Hospital das Clínicas surgiu antes da própria Faculdade de Medicina e da Universidade Federal de Minas Gerais. Ele foi transferido da Fundação São Vicente de Paula para a Faculdade de Medicina. O hospital foi ascendendo na governança da universidade: de um departamento da Faculdade de Medicina para um órgão complementar da Faculdade de Medicina e, posteriormente, um órgão suplementar da universidade. Atualmente é uma unidade autônoma (G1). Antes, o hospital era uma unidade vinculada à reitoria, como as outras unidades acadêmicas, recentemente o hospital ganha título de uma unidade especial da universidade (G15).*

Desde a década de 1990, no Hospital das Clínicas e nos demais hospitais públicos federais do país, as dificuldades financeiras avolumaram-se, com endividamento crescente e contratação de funcionários autônomos, por meio de cooperativas e fundações, sem concurso público. Em 2009, o Tribunal de Contas da União determinou que o Governo Federal solucionasse esse problema visando à sustentabilidade dos hospitais universitários. Assim, em dezembro de 2011, o Governo Federal criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, vinculada ao Ministério da

Educação, para reestruturar e administrar os hospitais universitários. Em maio de 2013, a Universidade Federal de Minas Gerais aderiu à gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, mas manteve presente a cultura da universidade: *Em janeiro de 2014, começamos a tomar providências para a realização do concurso público pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, em agosto convocamos os concursados. No final de 2016, terminamos de substituir os últimos contratados por fundações (G1). O hospital continua sendo da universidade, mas a gestão do hospital passa a ser da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, e esta realiza concursos e lota a força de trabalho (G14).*

A nova estrutura organizacional trouxe a incorporação de três níveis hierárquicos que antes não existiam no hospital, a saber: gerência, divisão e setor, com seus respectivos gestores (D2). Porém, as coordenações das especialidades que compunham a equipe multiprofissional não foram contempladas no organograma (D2) da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Entretanto, na prática, foram mantidas as coordenações médicas, exercidas pelos professores, as coordenações de enfermagem e da equipe multiprofissional, ocupadas por profissionais da universidade: *A gente tinha antigamente um nível hierárquico abaixo das chefias de unidades que eram os coordenadores que recebiam uma gratificação para fazer a linha de frente da unidade. E isso não existe mais (G3). Nós, coordenações das especialidades da equipe multidisciplinar, não existimos na hierarquia da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (G7).*

Mesmo com a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, o poder do médico se manteve como elemento simbólico. Os primeiros trabalhadores contratados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares foram os da equipe médica. Como muitos profissionais aprovados no concurso já trabalhavam no hospital, mediante contrato com uma fundação, não houve grandes modificações nessas equipes, apenas mudança de vínculo e regime de trabalho: *Fizemos escolhas para convocação dos concursados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Os médicos entraram primeiro, acabando com recibo de pagamento autônomo deles (G9).*

Na sequência, contrataram-se os profissionais de enfermagem com expressiva mudança da equipe e emergência de conflitos diversos. A equipe multiprofissional foi a última a ser recomposta, com redução significativa no dimensionamento proposto, pois o Tribunal de Contas da União bloqueou a nomeação de novos colaboradores, em função da crise econômica: *No processo de transição da equipe de enfermagem, emergiram os conflitos expressos pela diferença de direitos entre os vínculos (NO - reunião da Gestão da Qualidade e Núcleo de Segurança do paciente com Divisão de Enfermagem). A equipe multiprofissional, foi quase toda trocada com a entrada da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. O dimensionamento proposto era enxuto e não foi contemplado em sua totalidade, pois houve suspensão das convocações dos aprovados no concurso (NO - ambiente de trabalho dos gestores).*

O elemento simbólico do poder do professor está associado ao modelo assistencial praticado no hospital ao longo de sua história, o qual foi vinculado à Faculdade de Medicina, e os serviços oferecidos dependiam da grade curricular desse curso (D1). Esse vínculo e organização do serviço compuseram o mito do poder do médico, elemento simbólico presente ainda hoje no hospital: *Eu vejo um modelo muito médico-centrado, todo o processo se inicia e se finaliza na mão do médico. Essa é uma questão histórica. Não foi criada pela entrada da Empresa, mas em certa instância se exacerba. Então tem uma disputa de lugar de poder, de decisão sobre os processos assistenciais e gerenciais. Menos do que eu via há 20 anos. Há 20 anos se falava era "o leito do Fulano" [professor médico] e não se interna ninguém lá a não ser o que o Fulano mandasse. Mudou? Mudou. Ainda tem existe isso, eu sei (G10).*

Das diferentes formas de vínculo empregatício, emergiu o elemento simbólico da estabilidade e da autonomia profissional, ao passo que os profissionais da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares têm vínculo trabalhista regido pela Consolidação das Leis do Trabalho e os profissionais da universidade são regidos pelo Regime Jurídico Único, que regulamenta a estabilidade dos profissionais para cargo de provimento efetivo em virtude de concurso público.

Assim, a Política (D4) e o Plano (D5) de gestão de Recursos Humanos da instituição reverenciam a le-

gislação e reafirmam a estabilidade e a autonomia dos profissionais no âmbito da universidade e do hospital. Porém, em decorrência desse elemento simbólico, historicamente estabelecido, houve a deslegitimação dos instrumentos de ajustes, como ficha funcional, *feedbacks* dos gestores, advertência verbal e escrita, suspensão e processo administrativo. Estes se tornaram disfuncionais no cotidiano do hospital, sendo pouco utilizados e seus fluxos desconhecidos pelos trabalhadores e chefias: *As pessoas entram aqui pelo concurso público. Há uma estabilidade no emprego. Então, isso já dá um sinal de como que é esta política, a pessoa entra e de uma certa forma tem essa ideia de que ela está entrando no emprego que é pelo resto da vida. (G12). O processo de advertência do colaborador, cabe dizer que isso é um tabu no serviço público (G16). A chefia da unidade que dá advertência. Eu nunca dei uma advertência verbal, mas tem coisas na legislação que são muito específicas, que a gente só descobre na hora que acontece. Então, o profissional recusou a atender o paciente e está sentado no setor olhando o teto. Como que eu vou resolver isso? (G18).*

Por fim, o elemento simbólico das decisões colegiadas esteve associado à própria organização do hospital em unidades funcionais, com estrutura horizontal e descentralizada, gestão participativa e compartilhada (D3). As decisões são tomadas no conselho consultivo, colegiados executivos e gestor (D3). O colegiado executivo é composto pelo superintendente, gerente de atenção à saúde, ensino e pesquisa e administrativo (D3). O conselho consultivo é composto pelas chefias das unidades e o colegiado gestor, por representantes de todas as chefias (D3). Segundo o relato dos entrevistados e a observação, as decisões participativas e colegiadas são morosas devido aos amplos debates que envolvem: *O hospital é dividido em unidades de negócios, e cada unidade tem um colegiado gestor com representação das categorias que trabalham nessa unidade. As unidades contratualizam com a direção do hospital, os indicadores de qualidade e metas (G14). As decisões colegiadas são a identidade da Universidade Federal de Minas Gerais tendo um lado bom, pois permitem discussões críticas, mas que, se não gerenciado, o tempo da tomada de decisão se perde (NO – ambiente de trabalho gestores).*

Discussão

A pesquisa apresenta como limitação ter sido realizada somente nas unidades de clínica médica. Como estudo qualitativo, seus resultados não são generalizáveis. Novas pesquisas sobre cultura organizacional em hospitais universitários, em suas diferentes unidades e serviços, considerando a complexidade e a existência de subculturas, podem favorecer a discussão acerca da implantação da qualidade e da segurança do paciente.

A abordagem da cultura organizacional na saúde é voltada para a construção de questionários e escalas quantitativas ou pesquisas de clima buscando apreensão da cultura⁽⁵⁻⁶⁾. Assim, a principal contribuição deste estudo está na compreensão da cultura e dos elementos simbólicos a partir de uma abordagem antropológica, que busca compreender os significados subjetivos atribuídos aos signos e aos símbolos pelos sujeitos e construídos em coletivo, permitindo a apreensão dos elementos da cultura que promovem ou dificultam a implantação da gestão da qualidade e segurança do paciente.

A cultura e o poder nas organizações estão interrelacionados, influenciando-se mutuamente, embora tenham práticas pouco conhecidas, complexas e aparentemente inexplicáveis. Considerando a dinamicidade e a complexidade das organizações de saúde e das universidades federais, o estudo da cultura perpassa pelo jogo político das forças sociais, que incide nas organizações e, conseqüentemente, nas relações de trabalho, regulando os termos dessas relações de maneira dialética⁽⁶⁾.

As universidades federais exercem papel importante no cenário nacional, como lugar de discussão e centros formadores de opinião. Na abertura democrática brasileira, construíram-se mecanismos para resguardar direitos dos servidores públicos⁽¹⁴⁾, o que garantiu a estabilidade aos servidores, constituindo-se como elemento simbólico da universidade.

A adesão à gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares desencadeou conflitos do nível estratégico ao operacional, visto que o hospital é uma extensão da universidade, refletindo seus valores, crenças e relações entre as pessoas. Ainda hoje é possível observar resistências, reforçando os conflitos e as disputas entre dois grupos de trabalhadores, principalmente quando ocupam posições de chefia: os estatutários da Universidade Federal de Minas Gerais e os celetistas da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Além disso, influenciada pelo contexto econômico, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares não conseguiu manter o quadro de pessoal previsto, exceto da equipe médica, o que mostra a força desse elemento simbólico. Isso resultou em um hospital dividido, com relações de poder regulando o processo de trabalho, a gestão das unidades e a hierarquia. O exercício do poder não é somente uma relação entre indivíduos, mas uma maneira pela qual as ações de uns podem modificar as de outros e, ainda, as relações de poder organizam o trabalho e interferem no desempenho dos profissionais, sendo propagadas em seus discursos⁽¹⁵⁾.

Assim, as práticas cotidianas vão além do entendimento das ações circunscritas às normas predominantes nas rotinas de trabalho⁽¹⁵⁾, resultando em práticas implícitas e explícitas, definindo comportamentos e a organização do trabalho. Nesse sentido, poder e cultura se relacionam, suplantando as normas, os regulamentos e as regras em múltiplas relações de forças presentes em todas as esferas da instituição. Logo, alcançam todos os indivíduos, manifestando-se em formas heterogêneas, às vezes díspares entre si, pois são historicamente constituídos, e sua eficácia baseia-se na capacidade de esconder as contradições existentes⁽⁶⁾. A mudança da estrutura organizacional, o modelo de gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e a contratação de novos trabalhadores não mudaram a cultura organizacional em decorrência da incorporação dos elementos simbólicos pelos celetistas da Empresa, principalmente por terem sido

treinados pelos estatutários da Universidade Federal de Minas Gerais.

A socialização é mecanismo importante para transmissão do conjunto de concepções e interpretações da dinâmica da organização, isto é, dos elementos simbólicos da cultura organizacional, em movimentos de confirmação e adaptação à chegada de novos elementos, buscando a manutenção da cultura⁽⁶⁾. O processo de treinamento formal exerce maior pressão aos novatos, influenciando suas atitudes e valores. Assim, a organização revela-se ao novato como objeto complexo e com múltiplas facetas: o que ele percebe, o que o treinamento diz e o que os funcionários veteranos percebem, sendo as três visões distintas⁽⁶⁾. Todavia, os elementos simbólicos da cultura dizem como as coisas funcionam e deram certo na organização, favorecendo sua incorporação em um movimento de negação, adaptação e aceitação. À medida que são estabelecidos os padrões nas relações e as formas de resolver os problemas vão se consolidando, torna-se difícil os elementos simbólicos serem questionados⁽⁶⁾.

Os elementos simbólicos são tão fortes e poderosos e tão arraigados na cultura do hospital que a troca de trabalhadores não foi capaz de modificá-los. A história de ampliação de serviços em busca da sustentabilidade nos momentos de crises econômicas fortaleceu a identidade da universidade como elemento simbólico. Nesse sistema composto por vários elementos, de características heterogêneas, torna-se complexa a implementação de mudanças⁽¹⁶⁾.

A gestão da qualidade visa ao cuidado centrado no paciente com ações interdisciplinares, necessitando modificar a lógica vigente, com planejamento que contemple a realidade do hospital, e não somente as decisões ancoradas no poder médico, elemento simbólico presente desde a criação do hospital⁽⁴⁾. Nesse sentido, destaca-se que a cultura organizacional pode se constituir em uma barreira à implantação da qualidade, considerando suas particularidades e as heranças históricas desfavoráveis a mudanças na construção de novos valores e práticas⁽⁴⁾.

A gerência do serviço de enfermagem anterior não aderiu às atividades do programa da qualidade, como análise dos indicadores assistenciais, treinamentos dos protocolos de segurança do paciente e notificação de eventos adversos, pactuadas nos colegiados das unidades funcionais, dificultando a integração dos processos administrativos e assistenciais. Nesse contexto, cabe salientar que as chefias exercem papel importante na construção e na manutenção da cultura organizacional, assim as resistências a mudanças não podem ser consideradas genericamente como impedimentos para os projetos de desenvolvimento institucionais, pois continuam válidas e internalizadas as premissas básicas da cultura da organização⁽⁶⁾, sendo que os projetos de qualidade e prioridades estratégicas não se viabilizam.

Ressalta-se que a cultura se manifesta nas ações cotidianas, consolidando comportamentos esperados pelo grupo criando identidade cultural e sentido de pertencimento⁽⁷⁾, ainda não alcançados pela enfermagem. É na arena cultural que a capacidade de adaptação é desenvolvida e influencia na decisão de cumprir regras⁽⁷⁾, às quais a enfermagem está submetida.

A implantação da gestão da qualidade iniciou-se há dez anos no hospital. Na percepção dos gestores, houve melhoria na prática dos profissionais, mas ainda não está completamente implementada, apresentando avanços e retrocessos. Tal fato se deve a alguns pontos característicos do serviço público e dos hospitais universitários identificados pelos entrevistados, como dificuldade para as informações chegarem aos alunos e residentes e, depois, manterem-se, uma vez que as trocas desses profissionais são frequentes; dimensionamento insuficiente de pessoal; falta de adesão de alguns grupos; discussão nos colegiados, que, se por um lado torna o processo decisório transparente e autônomo, por outro o torna mais lento e moroso. Trabalhos internacionais relacionam qualidade assistencial e segurança do paciente com dimensionamento e sobrecarga, principalmente da equipe de enfermagem^(15,17).

Assim, qualidade e segurança do paciente são

processos em construção. Dependem, em grande parte, da cultura organizacional e de seus elementos simbólicos, por serem pouco conhecidos e valorizados, reforçando o modo de fazer consagrado. A mudança da cultura organizacional perpassa pela gestão de recursos humanos, sendo as relações entre trabalhadores e o desenvolvimento da cultura organizacional a chave para o sucesso⁽⁹⁾.

Conclusão

Os elementos simbólicos são forças poderosas que asseguram a manutenção de práticas tradicionais compartilhadas pelo grupo, dificultando a adesão às propostas de gestão da qualidade e segurança do paciente preservando as maneiras de fazer consagradas na cultura organizacional.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, Brasil pelo financiamento da pesquisa. Chamada 01/2018 - Demanda Universal - Processo: APQ-01536-18.

Colaborações

Ventura PFEV, Velloso ISC e Alves M contribuíram na concepção e projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Santos L. The first 30 years of the SUS: an uncomfortable balance? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018; 23(6):2043-50. doi: doi.org/10.1590/1413-81232018236.06082018
2. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Cesar CLG. Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(Suppl 1):1-10. doi: https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000074

3. Leite ML, Souza AO. Hospitais universitários federais e a fase de reformas administrativas/gereanciais iniciadas na década de 2010. *Geofronter* [Internet]. 2019 [cited Feb 3, 2020];3(5):8-33. Available from: <https://periodicosonline.uems.br/index.php/GEOF/article/view/3608>
4. Oliveira JLC, Matsuda LM. Benefits and difficulties in the implementation of hospital accreditation: the voice of quality managers. *Esc Anna Nery*. 2016; 20(1):63-9. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160009>
5. Schein E. *Organizational culture and leadership*. New Jersey: Wiley; 2017.
6. Fleury MTL, Fischer RM. *Cultura e poder nas organizações*. São Paulo: Atlas; 2013.
7. Aristova N. Rethinking cultural identities in the context of globalization: linguistic landscape of Kazan, Russia, as an emerging global city. *Procedia Soc Behav Sci*. 2016; 236(1):153-60. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.12.056>
8. Lourenço PJF, Cardoso IMMM, Matos FRN, Nodari CH. Cultura organizacional e qualidade em serviços em instituição de saúde pública portuguesa. *RPCA*. 2017; 11(4):120-35. doi: <https://doi.org/10.12712/rpca.v11i4.1001>
9. Oliveira JLC, Hayakawa LY, Versa GLGS, Padilha EF, Marcon SS, Matsuda LM. The nurses role in the accreditation process: perceptions of the hospital multiprofessional team. *Rev Baiana Enferm*. 2017; 31(2):1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i2.17394>
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
11. Yin RK. *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre: Penso; 2016.
12. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qual* [Internet]. 2017 [cited Jun 26, 2020];5(7):1-12. Available from: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao
13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32 – item checklist for interviews and focus group. *Cuid Saúde Int J Qual*. 2007; 19(6):349-57. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
14. Motta RPS. Universities and culture under the Brazilian military dictatorship. *Estud ISHiR* [Internet]. 2018 [cited Feb 05, 2020];8(20):92-106. Available from: <https://ojs.rosario-conicet.gov.ar/index.php/revistaISHIR/article/view/825>
15. Araujo MT, Velloso ISC, Alves M. Everyday practices of professional in the mobile emergency service. *Rev Min Enferm*. 2017; 21:e-1042. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170052>
16. Hernández NC. Bases para construir una cultura eficaz em la organización. *RelBci* [Internet]. 2018 [cited Mar 6, 2020];5(6):26-38. Available from: <http://www.reibci.org/publicados/2018/dic/3100102.pdf>
17. Cho E, Lee N, Kim E, Kim S, Lee K, Park K, et al. Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2016; 60(1):263-71. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.009>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons