

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**RODRIGO AQUINO JORDÃO**

**A CULTURA ORGANIZACIONAL DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE  
SAÚDE: FERRAMENTA PARA A COMPREENSÃO DE FENÔMENOS  
ORGANIZACIONAIS COMPLEXOS**

**GOIÂNIA  
2014**

**RODRIGO AQUINO JORDÃO**

**A CULTURA ORGANIZACIONAL DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE  
SAÚDE: FERRAMENTA PARA A COMPREENSÃO DE FENÔMENOS  
ORGANIZACIONAIS COMPLEXOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-  
Graduação da Universidade Federal de  
Goiás para obtenção do título de Mestre em  
Saúde Coletiva

**Área de concentração:** Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

**Linha de Pesquisa:** Processos Gerenciais nos Serviços de Saúde

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vânia Cristina Marcelo

GOIÂNIA

2014

Ficha catalográfica elaborada automaticamente  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob orientação do Sibi/UFG.

Jordão, Rodrigo Aquino

A CULTURA ORGANIZACIONAL DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE  
SAÚDE: [manuscrito] : FERRAMENTA PARA A COMPREENSÃO DE  
FENÔMENOS ORGANIZACIONAIS COMPLEXOS / Rodrigo Aquino  
Jordão. - 2014.

C, 100 f. : il.

Orientador: Profa. Dra. Vânia Cristina Marcelo.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Pró-reitoria de  
Pós-graduação (PRPG) , Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
(Profissional), Goiânia, 2014.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

1. Cultura organizacional. 2. Gestão em saúde. 3. Saúde pública.  
I. Marcelo, Vânia Cristina, orient. II. Título.

# FOLHA DE APROVAÇÃO


RODRIGO AQUINO JORDÃO

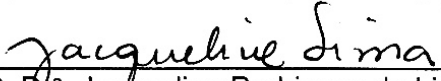
## A CULTURA ORGANIZACIONAL DE UMA SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE: FERRAMENTA PARA A COMPREENSÃO DE FENÔMENOS ORGANIZACIONAIS COMPLEXOS

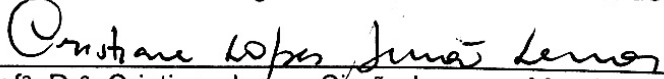
Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-  
Graduação da Universidade Federal de  
Goiás para obtenção do título de Mestre em  
Saúde Coletiva

Aprovada em: 21/10/2014.

### BANCA EXAMINADORA

  
Profª. Drª. Vânia Cristina Marcelo - Orientadora e Presidente  
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - Universidade Federal de Goiás

  
Profª. Drª. Jacqueline Rodrigues de Lima - Membro Externo  
Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás

  
Profª. Drª. Cristiane Lopes Simão Lemos - Membro Efetivo  
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - Universidade Federal de Goiás

Profª. Drª. Maria de Fátima Nunes - Membro Suplente Externo  
Faculdade de Odontologia - Universidade Federal de Goiás

Profª. Drª. Maria Goretti Queiroz - Membro Suplente  
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - Universidade Federal de Goiás

Dedico este trabalho a minha amada Lidia, e a  
minha querida filha Olivia.

## AGRADECIMENTOS

A tantos sou grato, que possivelmente não serei justo.

À Deus, minha gratidão por se fazer tão presente ao longo dos meus caminhos e veredas. Cheguei até aqui, porque tens me ajudado. Tenho em Ti a minha fé guardada.

À minha amada companheira Lidia. Sua beleza e simplicidade tornam meus dias melhores. Contigo quero conhecer mais de mim e do mundo.

À minha filha Olívia, meu melhor presente. Minha felicidade se faz no teu abraço.

Aos meus queridos pais, Emmanuel e Ademilde, em vocês tenho minha casa, minha pátria, minhas referências. Obrigado por me ensinarem com tamanha gentileza e liberdade.

Aos meus irmãos Gustavo e Luciano por continuarmos a crescer juntos.

Aos meus sogros Ademir e Leila, às minhas cunhadas Mara, Kamila e Loiane, aos cunhados Leonardo e Samuel e aos meus sobrinhos Karen, Diego, Pedro e Miguel pela alegria que trouxeram a nossa família.

A minha inesquecível orientadora Prof<sup>a</sup> Vânia, sinto-me honrado pela sua confiança e atenção. Cada encontro ou conversa contribuiu ricamente para o amadurecimento da minha formação pessoal e acadêmica.

Aos meus amigos do caminho, por investirem tanto em minha vida. São tantos e tão únicos. Saibam, Gustavo e Vivi, Gustavo e Steph, Elter, Alexandre, Jr Walfrides, Silas, Gabriel e Rebeca, Igor e Jack, Jonathas e Adriana, Eduardo e Paula, Artur, Heiza, Marcella, Cynara, Tião e Geralda, Nehemias e Raquel, Marcos e Roberta, Jr e Lana, Flávio e Karen, Mathias e Mirjam, JP, Jim e Kitty, Dennis e Margaret, que por vocês sou mais forte e crédulo.

Aos amigos dos tempos da UNESP Renata, Kelly, Heloísa, Cristiane, Gilberg, Tales, Haroldo e An Tien. Apesar da distância, são muito presentes as lembranças e o carinho que tenho por cada um de vocês.

Aos amigos do mestrado pelo aprendizado “coletivo”, especialmente à Diana, Fabíola, Patricia, Mary Anne, Renata, Mirlene e Mariane. Sucesso e que venham outros desafios.

Aos colegas do trabalho pelo apoio e a paciência nestes últimos dois anos. Vocês sabem do que eu estou falando.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás, às coordenadoras Prof<sup>a</sup> Ellen e Prof<sup>a</sup> Claci e aos técnicos administrativos do programa pela convivência agradável, dedicação, estímulo e exemplo.

Aos professores componentes da banca de qualificação Prof<sup>a</sup> Marta, Prof<sup>a</sup> Jacqueline e Prof. Ricardo, pela imensa contribuição para este estudo.

Às participantes desta pesquisa que doaram gentil e voluntariamente seu precioso tempo.

À Universidade Estadual Paulista- UNESP pela minha graduação e formação com base no zelo, na ética e na pesquisa.

À Universidade Federal de Goiás, especialmente ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e à Faculdade de Odontologia pela acolhida e apoio.

À Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e à Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia pela oportunidade de qualificação.

E, finalmente, agradeço ao leitor pelo interesse neste trabalho. Boa leitura!

“Nenhum homem é uma ilha isolada; cada homem é uma partícula do continente, uma parte da terra; se um torrão é arrastado para o mar, a Europa fica diminuída, como se fosse um promontório, como se fosse a casa dos teus amigos ou a tua própria; a morte de qualquer homem diminui-me, porque sou parte do gênero humano. E por isso não perguntes por quem os sinos dobram; eles dobram por ti”.

John Donne, 1624.

## RESUMO E PALAVRAS-CHAVE

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem gerado novos desafios para a gestão em saúde. Com a descentralização dos serviços, o papel e a relação entre os três entes federativos tem sofrido importantes mudanças. Na busca por alternativas para um melhor enfrentamento deste cenário, os estudos culturais se mostram relevantes na compreensão de fenômenos organizacionais complexos. O objetivo deste trabalho foi analisar os elementos da cultura organizacional de uma instituição pública de saúde segundo Hofstede e Schein. Trata-se de um estudo de caso, exploratório, com o uso de metodologia qualitativa. Procedeu-se a triangulação de dados, utilizando a entrevista em profundidade, o grupo focal, a análise documental e a observação assistemática. O tratamento dos dados se deu pela análise de conteúdo. Os resultados sugerem que elementos práticos da cultura da instituição (símbolos, heróis e rituais) convergem para os seguintes valores: o tecnicismo, o assessoramento e a hierarquia. Concluiu-se que tal sistema cultural exalta a qualificação profissional, está focado e atento aos processos de trabalho e sofre consequências do subfinanciamento da saúde. Tais implicações podem representar barreiras para o desempenho da instituição, dentre elas a dificuldade de comunicação e interlocução, comportamento apolítico, negligência na busca por resultados e a reprodução isomórfica e acrítica de políticas nacionais. Sugere-se que sejam traçadas estratégias de gestão apoiadas em teorias organizacionais que também equacionem os valores e práticas culturais presentes na instituição.

Palavras-chave: Cultura organizacional. Gestão em saúde. Saúde pública.

## **ABSTRACT AND KEY-WORDS**

The implementation of the Brazilian National Health System has brought several challenges to the management of health. Due to the decentralization of services, the role and the relationship between the three federative agents have dramatically changed. Seeking for alternatives to better cope with this setting, the cultural studies are thought to be relevant in aiding the understanding of the complex organisational phenomena. This study aimed to analyse the organisational culture's elements of a public health institution according to Hofstede and Schein. It is an exploratory case study employing a qualitative methodology. Data triangulation was performed, using in-depth interview, focus group, documental analysis and unsystematic observation. Data treatment involved content analysis. The results suggest that practical elements of the institution's culture (symbols, heroes and rituals) converge on the following values: the technicism, the assistance, and the hierarchy. It was concluded that such a cultural system exalts the professional qualification, is focused on work processes, and suffers from the consequences of health underfunding. These implications may act as barriers to the institution's performance, such as the difficulty in communication and interlocution, apolitical behaviour, negligence in results seeking, and the uncritical and isomorphic reproduction of national policies. It is suggested the drawing of management strategies supported in organisational theories that may equalize the actual values and cultural practices of the institution.

Key-words: Organizacional culture. Health management. Public health

# SUMÁRIO

DEDICATÓRIA

AGRADECIMENTOS

EPÍGRAFE

RESUMO E PALAVRAS-CHAVE

ABSTRACT AND KEY-WORDS

|                                                            |           |
|------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 APRESENTAÇÃO</b> .....                                | <b>13</b> |
| <b>2 INTRODUÇÃO</b> .....                                  | <b>16</b> |
| <b>3 OBJETIVOS</b> .....                                   | <b>21</b> |
| <b>3.1 Geral</b> .....                                     | <b>21</b> |
| <b>3.2 Específicos</b> .....                               | <b>21</b> |
| <b>4 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....                         | <b>22</b> |
| <b>4.1 Reforma Sanitária, Saúde coletiva e o SUS</b> ..... | <b>22</b> |
| <b>4.2 A Cultura</b> .....                                 | <b>29</b> |
| <b>4.3 As Organizações</b> .....                           | <b>36</b> |
| <b>4.4 A Cultura das Organizações</b> .....                | <b>38</b> |
| 4.4.1 Schein e seus Pressupostos .....                     | 39        |
| 4.4.2 Hofstede e suas Dimensões Culturais .....            | 44        |
| <b>5 METODOLOGIA</b> .....                                 | <b>47</b> |
| <b>5.1 Tipologia do Estudo</b> .....                       | <b>47</b> |
| <b>5.2 Local do Estudo</b> .....                           | <b>47</b> |
| <b>5.3 Participantes do Estudo</b> .....                   | <b>47</b> |
| <b>5.4 Critérios de Inclusão e Exclusão</b> .....          | <b>48</b> |
| <b>5.5 Coleta de Dados</b> .....                           | <b>48</b> |
| 5.5.1 Fontes .....                                         | 48        |
| 5.5.2 Instrumentos .....                                   | 50        |
| <b>5.6 Aspectos Éticos</b> .....                           | <b>51</b> |
| <b>5.7 Análise dos Dados</b> .....                         | <b>51</b> |
| 5.7.1 Pré-análise .....                                    | 51        |
| 5.7.2 Exploração do Material .....                         | 51        |
| 5.7.3 Tratamento dos dados .....                           | 52        |
| <b>5.8 Apresentação dos Resultados</b> .....               | <b>53</b> |
| <b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....                      | <b>54</b> |
| <b>7 CONCLUSÕES</b> .....                                  | <b>71</b> |

|                                     |           |
|-------------------------------------|-----------|
| <b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b> | <b>73</b> |
| <b>9 REFERÊNCIAS .....</b>          | <b>75</b> |
| <b>APÊNDICES .....</b>              | <b>87</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>                 | <b>96</b> |



# 1 APRESENTAÇÃO

Este estudo é produto do trabalho de um pesquisador brasileiro, que apesar de não ter participado ativamente dos primeiros passos da Reforma Sanitária, guarda recordações dos gritos e cartazes por “diretas já”, lembra bem daquele dia em que uma nova constituição democrática foi aplaudida em cadeia nacional de televisão e mesmo tendo flertado com as ciências humanas e sociais, acabou graduado em Odontologia e trabalha há 15 anos no Sistema Único de Saúde - SUS.

O mestrado é um projeto antigo, desde os tempos de graduação, mas o interesse por Saúde Coletiva surgiu após sete anos de trabalho na gestão municipal e estadual. O contato com os programas e serviços mostraram o quanto as coisas vieram a mudar nestas últimas três décadas. Do mesmo modo, ficou claro que algumas coisas ou nunca mudam ou mudam muito lentamente. Trocam-se os nomes, reformam-se as unidades, entretanto permanece a sensação que algo mantém a mesma ordem, ou a desordem, daquilo que é público, inclusive os serviços e a gestão da atenção à saúde.

A decisão pelo objeto de pesquisa, os elementos da cultura organizacional de uma instituição de saúde, não se deu por acaso. Foi resultado de um caminho prazeroso e intrigante de leituras e achados.

O livro da antropóloga inglesa Kate Fox, *Watching the English* (FOX, 2004), trouxe uma informação bastante interessante. A autora partia da premissa que as pessoas de um determinado grupo ou de um povo seguem “*hidden rules*”, ou melhor, regras “escondidas” ou ocultas. Não que sejam leis secretas ou pactos, mas regras fundamentadas em valores tão profundos e internalizados, que tornam determinados comportamentos quase que automáticos e espontâneos para os que daquele grupo pertencem. A cada capítulo, a autora investiga algumas destas regras ocultas que levam os ingleses a reagirem de modo semelhante diante das situações, no entanto ao serem questionados, não conseguiam objetivamente explicar o motivo, apenas era o que deveria ser feito. Ela chamou isso de forças culturais.

Tempos depois, o livro *Igualdade e Meritocracia* (BARBOSA, 2003), trouxe uma análise da ética do desempenho nas sociedades modernas do ponto de vista cultural. Esta leitura foi decisiva para o uso do conceito de Cultura Organizacional nesta pesquisa, por

representar uma intersecção, como o próprio termo indica, entre a administração e a antropologia. A possibilidade de estudar aspectos que pareciam intangíveis, como os elementos culturais, que poderiam influenciar na trajetória de uma instituição, deu um fôlego novo para o planejamento deste trabalho.

A leitura da maioria das referências encontradas sobre o assunto, mostrou que os diversos autores se baseavam e remetiam-se à duas obras: *Culture's consequences*, de Geert Hofstede, publicado originalmente em 1980 (HOFSTEDE, 1980) e *Organizational culture and leadership*, de Edgar H. Schein uma obra de 1985 (SCHEIN, 1985). Para os dois autores, os valores influenciam as práticas em uma organização. O que também foi neste estudo considerado.

Observar e pesquisar a instituição de que faço parte foi uma trajetória interessante. O contato com os dados que emergiram da investigação, somado às leituras, promoveram um exercício de olhar dinâmico entre o panorâmico e pontual. As imagens, as falas, as palavras e as idéias antes cotidianas se tornaram a princípio distorcidas, mas foram gradativamente tomando a forma desta dissertação.

Importante também é esclarecer que a intenção aqui, não foi conduzir um estudo antropológico da administração pública em saúde. O diálogo que esta perspectiva de investigação traz, foi utilizado para identificar e analisar valores e práticas culturais em uma instituição ligada diretamente ao SUS. Para isso, esta dissertação organiza-se da seguinte forma:

Na introdução, apresentam-se algumas pinceladas iniciais sobre o problema no contexto da saúde coletiva e da cultura organizacional, mostram-se alguns trabalhos que abordam esta perspectiva de pesquisa e as justificativas para a realização deste estudo. Nos objetivos, lista-se o objetivo geral e os específicos. No referencial teórico, são apontados idéias e autores envolvendo a Reforma Sanitária Brasileira, a Saúde Coletiva, o Sistema Único de Saúde, os conceitos e a importância da cultura, das organizações e por fim dos estudos em Cultura Organizacional, que dão base para esta pesquisa. Na metodologia, descreve-se o percurso metodológico adotado, além dos aspectos éticos. Nos resultados e discussão, apresentam-se e discutem-se os principais achados. Na conclusão, ressaltam-se as conclusões e reflexões, buscando responder aos objetivos do estudo.

Nas considerações finais, apontam-se possibilidades para novas investigações a partir deste estudo e algumas recomendações.

## 2 INTRODUÇÃO

Há estórias que são contadas de forma tão simplista que fazem do épico, uma conquista fácil e natural. Grandes empresas são conhecidas por suas narrativas de origem fantásticas. Imagina-se que com alguns trocados e doses de boa vontade e trabalho, heroicamente surjam impérios. De alguma forma pessoas são atraídas pela mágica dos mitos, porém numa inspeção um pouco mais atenciosa dos fatos, projetos e sonhos que se concretizaram, estão normalmente associados ao comprometimento dos que os sonham e da gestão devotada daqueles que queriam torná-los reais e sustentáveis. A criação e o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e suas organizações podem ser exemplos disto.

No Brasil, sabe-se que no período ditatorial, as tensões sociais, ocasionadas dentre muitos fatores, pelo esvaziamento do sanitarismo progressista e pelo estabelecimento de um modelo médico assistencial privatista, serviram de fomento para o aumento das reivindicações e anseios por uma reforma. Uma reforma sanitária, com propostas sociais radicais, centrada na democratização do Estado e da sociedade, que teve por base intelectual o pensamento marxista e buscou enxergar a saúde junto aos determinantes sociais e políticos (PAIM, 2008).

Desde então, este movimento reformador tem sido discutido e descrito como um grande sonho, um ideal ou mesmo uma luta coletiva. O seu grande marco histórico foi a tradução do direito à saúde e à vida como direito fundamental, ou seja, aquele que é garantido por lei, e culminou na implantação do SUS, nascido no mesmo berço de uma nova constituição “cidadã”. Ao longo dos últimos 30 anos, foram muitos os avanços. No entanto, a situação da saúde pública no país ainda aponta para muitos desafios (BRASIL, 2006c). São inúmeras e reconhecidas as distorções no que tange a sua proposta original de ser único e para todos. Elas possivelmente tangem todas as dimensões do sistema. Não são poucas as acusações, as hipóteses ou os pressupostos que permeiam esta lacuna entre o almejado e o alcançado. Evidentemente não há uma resposta única que justificaria a demora na consolidação ou mesmo a fragilidade de uma proposta com teores tão humanitários e de justiça.

Muitos tem se comprometido não só a trabalhar para e pelo SUS, mas também a estudá-lo. A gestão do SUS, em sua complexa descentralização, ao envolver diferentes entes

federativos, diversas instituições ou organizações de assistência, gerência e controle, tem sido um importante foco de investigação de vários campos do conhecimento, principalmente da saúde coletiva (FINKELMAN, 2002; FEUERWERKER, 2005; PAIM et al, 2011).

Em termos de gestão pública, em todo o país, os anos 1990 foram marcados por um amplo processo de privatização e um discurso de modernização em contraste com o sucateamento das instâncias públicas. Nesta mesma época, propostas globalizantes e a reforma estatal acabaram por incorporar uma visão empresarial à administração pública. Esta nova forma de gestão tinha por vistas a troca de uma rigidez burocrática e ineficiente por uma administração flexível e eficiente (LEMOS, 2010).

Na discussão da necessidade de mudanças e na busca por propostas criativas, Paim e Teixeira (2007) apontam a fragilidade institucional e a ineficiência da incorporação de tecnologias de gestão inadequadas, seja na área de planejamento ou mesmo na gestão dos serviços, como um dos importantes nós-críticos dentre outros problemas existentes.

Ao longo destas últimas décadas, os avanços na implantação do SUS, dentre eles a descentralização, trouxeram maiores exigências para a gestão e a gerência do sistema de saúde. Tal entendimento se dá, pois grande parte da inoperância dos serviços públicos de saúde decorre da ineficiência e do despreparo da gestão (MISHIMA, 2003; PAIVA et al, 2010).

Um dos maiores desafios na gestão de uma instituição é entendê-la (CHIAVENATO, 2010). Estudos têm se preocupado em descrever o perfil de gestores, de gerentes e de profissionais de saúde. Além disso, percebe-se cada vez mais a crescente procura de cursos de formação e pós-graduação na área de gestão e de saúde coletiva por parte dos profissionais. Não há dúvidas de que a busca por um perfil de gerentes adequado e uma melhor formação profissional são de extrema importância para uma gestão eficiente, no entanto Pires e Macedo (2006) ressaltam que, no contexto das organizações públicas, as inovações podem ser comprometidas e enfraquecidas por práticas arraigadas em valores e regras não facilmente perceptíveis, porém extremamente resistentes à mudança.

Como ilustração, uma organização poderia ser comparada a um aquário e seus elementos aos seus peixes, objetos e à água. A água seria o produto oriundo da

associação da sua composição original com a interação dos peixes entre si e com os elementos do aquário, seus movimentos, hábitos, comportamentos e inclusive o efeito cumulativo dos seus resíduos. Aquele que tentasse compreender o que se passa neste sistema, mesmo que soubesse o perfil de cada uma das espécies de peixes e a descrição de todos os objetos e estruturas, cometeria um equívoco se não se atentasse para a água do aquário. Parafrazeando o poeta João Cabral de Mello Neto: se “um galo sozinho, não tece uma manhã” , também um peixe sozinho, não faz um aquário. A complexa ligação estabelecida entre o cardume e o ambiente dá origem e sustentação para hábitos e comportamentos. Buscar saber a qualidade da água produzida por esta dinâmica interação, seria como traduzir, delinear o contexto cultural do aquário. Neste cenário, em que percebe-se a importância de não somente estudar o perfil dos “peixes” das organizações públicas, cabe a reflexão sobre esta “água”, ou seja, um debruçamento sobre este complexo sistema de práticas e valores que emergem como caráter fundamental para a compreensão de fenômenos organizacionais.

O termo cultura organizacional, é uma abordagem híbrida, com raízes nas ciências sociais (antropologia e sociologia) e na administração. Tem seu uso associado à busca e compreensão dos elementos culturais que influenciam, determinam e até distinguem as ações e comportamentos de um determinado grupo. São inúmeros os conceitos e as abordagens, tendo em vista a riqueza, a sensibilidade e a complexidade do tema. Para o antropólogo Clifford Geertz (2000), em investigações culturais, sempre resta o sentimento que se tocou em muita coisa, mas pouca coisa foi apreendida.

O estudo da cultura organizacional tem suas suas raízes na necessidade de aperfeiçoamento de empresas privadas (BARBOSA, 2002). Porém, paulatinamente tem sido utilizado nas últimas décadas como subsídio para análises dos diferentes problemas em organizações públicas, desde bancos, universidades e secretarias de saúde. Dentre as temáticas encontradas na literatura, estão a ligação da cultura organizacional com o mal estar no trabalho, a influência da cultura na tomada de decisão, a ligação existente entre as práticas e os valores dentro de uma determinada instituição, o modo pelo qual é constituída a relação de poder, dentre outros. Estas propostas de pesquisa visavam sustentar mudanças de espaço físico e ambiência, otimizar a incorporação de novos membros e serviços e melhorar o entendimento do papel da história de origem da organização no comportamento organizacional (JUSTA, 2011; FERREIRA; SEIDL, 2009; COLETA; COLETA, 2007; REIS, 2007).

Estudos culturais têm sido conduzidos também na área de saúde. Carvalho et al (2013), por exemplo, buscaram identificar os valores e práticas que facilitavam ou dificultavam o trabalho de enfermeiros em um hospital público, e concluíram que a cultura do hospital estava intimamente relacionada ao modelo de organização e gestão de trabalho, os quais favoreciam a fragmentação do cuidado e dificultavam o trabalho de equipe interdisciplinar, comprometendo a qualidade da assistência.

Nelson (2012), ao analisar as redes verbais em quatro hospitais em relação à percepção da cultura organizacional, concluiu que pela identificação das percepções culturais, que as redes sociais verbais formadas eram mais equivalentes à uma configuração centro-periferia, do que uma relação de hierarquia piramidal formal nos quatro hospitais.

Pinto e Najar (2011) buscaram conhecer a percepção de funcionários sobre a influência da cultura nacional e do estereótipo do “jeitinho” brasileiro. Os resultados evidenciaram haver distorções nas estratégias de navegação social, focadas nas relações pessoais, que atrapalham o princípio igualitário que fundamenta o SUS.

Jericó, Peres e Kurcgant (2008) discutiram a estrutura organizacional do serviço de enfermagem de um hospital de ensino e as relações culturais de poder. Veio a tona o interesse dos enfermeiros gestores em ampliar o espaço de poder e fortalecer a enfermagem no ambiente intra-institucional.

Machado e Kurcgant (2004) estudaram traços culturais em uma instituição hospitalar filantrópica e pela análise ficou evidente que novos grupos, quando inseridos na instituição consideraram que valores e práticas deviam ser transformados, transparecendo a relação conflituosa entre o mudar ou conservar o antigo modo de gerir.

Estes são alguns dos poucos exemplos encontrados na literatura, mas pode-se notar que os estudos culturais atendem diversas propostas de investigação. Nas organizações públicas, seu uso pode agregar uma importante e rica dimensão à gestão do SUS ao considerar a presença de regras “não escritas” e informais, que o grupo não só reconhece, mas também transmite como o modo “normal” de fazer e enfrentar a realidade. Deste modo, a proposta desta pesquisa mostra-se atual e relevante, primeiramente por somar esforços às investigações sobre a gestão do SUS e seus

desafios. E por outro lado, e talvez como fator diferencial, por considerar a influência dos valores culturais nas suas práticas e relações do grupo implicado. Além disso, pressupõe-se que uma melhor compreensão do fenômeno cultural, por meio da busca de práticas e valores, pode contribuir com esclarecimentos e para a construção de novos pressupostos para a gestão de instituições ligadas ao SUS e à saúde coletiva.

Assim este estudo visa analisar os elementos culturais de uma instituição pública de saúde, ou seja seus símbolos, heróis, rituais e valores na perspectiva de Hofstede (2001, 2010) e Schein (2010), e suas implicações para o papel da instituição no SUS.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo geral**

Analisar os elementos da cultura organizacional de uma instituição pública de saúde.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Identificar os elementos culturais segundo Hofstede (2010) de uma instituição pública de saúde.
- Relacionar os elementos práticos ou artefatos aos valores assumidos segundo Schein (2010).
- Identificar possíveis implicações dos elementos culturais (práticas e valores) encontrados para o papel da instituição no SUS.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 Reforma Sanitária, Saúde Coletiva e o SUS

A discussão sobre a consolidação da democracia no país ainda é contemporânea (LOBO NETO, 2014; NOVAES; SANTOS, 2014; PAIVA; STRALEN; COSTA, 2014). Já que no retrato da sociedade brasileira transparecem diferenças de renda importantes entre os mais ricos e os mais pobres (IBGE, 2013). Mas talvez nada tenha deixado um impacto tão provocativo quanto a proposta de implantação de um Sistema Único de Saúde para todos (BRASIL, 1988). Neste cenário de desigualdade social, as profundas feridas na almejada cidadania seguem diuturnamente expostas (CARVALHO, 2001).

Nos anos 70, o discurso progressista do regime autoritário foi ofuscado em meio aos ruídos da crise econômica e fiscal (CODATO, 2005). A hegemonia da previdência social e a concentração de ações de saúde pública, usadas para garantir de um lado recursos para manobras governamentais e de outro zonas agro-exportadoras “limpas”, contrastaram com a crescente pobreza e potencializaram um incômodo social ainda maior (SILVA, 2011). Mobilizações populares, advindas principalmente das universidades e dentre profissionais da saúde, foram alimentadas por correntes e ideais de justiça mais ousados que o conformismo. Nas palavras de Sérgio Arouca em entrevista à Revista RADIS (2002):

Nós queríamos conquistar a democracia para então começar a mudar o sistema de saúde, porque tínhamos muito claro que ditadura e saúde são incompatíveis. Nosso primeiro movimento era, portanto, no sentido de derrubar a ditadura, e não de melhorar a saúde (AROUCA, 2002, p. 18).

Esta tensão social forjou o coro e um longo processo de politização na busca por mudanças radicais na saúde pública, que se agruparam numa proposta de reforma sanitária (CONASS, 2011, p.16). Sobre isso, expõe Fleury (1997):

O projeto de Reforma Sanitária portava um modelo de democracia cujas bases eram, fundamentalmente, a formulação de uma utopia igualitária: a garantia da saúde como direito individual e a construção de um poder local fortalecido pela gestão democrática (FLEURY, 1997, p. 25-44)

Este anseio por uma utopia igualitária tornou-se uma luta coletiva, o que demandou uma organização permanente e contínua, difundindo-se como movimento em prol de mudanças no campo da saúde pública. Sobre esta difusão, Soares e Motta (1997) ressaltam que:

Os movimentos de contestação em saúde cresceram em número e intensidade, de tal modo que, entre o final da década de 70 e o início da de 80, sindicatos e partidos políticos também iniciaram uma fase de discussão e mobilização, centrada na questão da saúde (SOARES; MOTTA, 1997, p. 216)

Concomitantemente, novas perspectivas da dinâmica do processo saúde-doença, como as ideias defendidas por Arouca (1975) passaram a ser incluídas nos departamentos de Medicina Preventiva e Social. Nesta época também ficou evidente a adoção particularmente brasileira do conceito de “*Saúde Coletiva*”. Uma crítica frontal ao universalismo naturalista do saber médico e do monópolio biológico contido na saúde pública (NUNES, 2009).

A criação do CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - de 1976, e da ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - de 1979, passam a ser marco importante na discussão e na teorização da Reforma Sanitária Brasileira.

[...]já naquela época havia um acúmulo significativo de conhecimento sobre a questão da saúde, na busca de novos caminhos para sua compreensão. Já então não se condenavam mais os fatos sociais a serem externos ao processo saúde-doença mas, reconhecendo a especificidade deste, passava-se a concebê-lo também como parte integrante do social. Da mesma forma, começam a ser desveladas as dimensões sociais, políticas e econômicas da prática médica e das medidas na área da saúde. Em suma, retira-se a saúde da esfera estritamente técnica e rompe-se a dicotomia prevenção-cura na construção desse novo objeto de estudo - a medicina social - na sua referência à realidade brasileira (COHN, 1989, p.123)

Atualmente, após uma longa trajetória, a saúde coletiva pode ser entendida como disciplina nos currículos de graduação, como título de formação, como eixo de políticas e por fim como uma nova forma de falar e entender saúde (MARTORELL, 2012). Percebe-se aqui não somente novos ideais, mas quase nuances de novos paradigmas (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998), de uma nova cultura. Esta “estranha” maneira de ver e construir saúde, em diferentes momentos, duela desde então com outros modos e grupos no

processo histórico de institucionalização do SUS, principalmente no que tange a construção de novos saberes, práticas e o fortalecimento de sujeitos (CAMPOS, 2000).

Certos indícios desta dialética podem ser notados mesmo em situações prévias ao SUS. A própria formação do Ministério da Saúde (MS) pode ser um exemplo disso. O MS foi criado em 1953 do desmembramento do antigo Ministério da Educação e Saúde, e assumiu então uma agenda sanitária no combate a endemias. Naquele momento, já adotava uma relação universalista com a sociedade, mesmo não sendo esta a diretriz vigente para a saúde no Brasil. Nesta época, é válido lembrar que a assistência médica era gerida pelo governo federal, mais precisamente de responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social - MPS, de caráter securitarista e corporativista, voltada para a classe trabalhadora formal e também clientelista para com o setor privado de prestação de serviços de saúde. Este quadro começa a mudar somente com a migração da coordenação do sistema de saúde, com a incorporação do Instituto Nacional Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS (COSTA; NEVES, 2013).

Ao se preservar o INAMPS, se preservou os seus recursos e também a sua lógica de financiamento e de alocação desses recursos financeiros. Dessa forma, o SUS inicia a sua atuação na área da assistência à saúde com caráter universal, utilizando-se de uma instituição que tinha sido criada e organizada para prestar assistência a uma parcela específica da população (SOUZA, 2002, p.15)

Com a extinção do INAMPS (BRASIL, 1993a), oficializou-se a função gestora do MS da assistência médica no país.

Em decorrência desta incorporação, como mostra o trabalho de Costa e Neves (2013), ocorreu também a transferência de grande parte dos servidores públicos do antigo Ministério da Previdência Social para o MS. Este encontro de profissionais dos dois ministérios, acostumados a divergentes gramáticas de trabalho, trouxe certamente estranhamento nas relações, observado em processos de fusão de instituições (BRANDÃO et al, 2013; ARISAWA, 2007), o que potencialmente influenciaria o trabalho de implantação do novo Sistema Único de Saúde e a construção de suas políticas. A atuação dos profissionais advindos de uma outra perspectiva, com valores e práticas sanitárias, é apontada pelos autores como essencial para a nova atuação do MS:

A cultura sanitaria disseminada tanto pela academia quanto pela presença de profissionais com formação em saúde pública e saúde coletiva que ocupam as secretarias do MS é um fator extremamente relevante para a condução da política de saúde, visto que mesmo diante da constatação de um enfraquecimento do movimento sanitário após a constituição do SUS, acadêmicos e gestores simpatizantes do movimento, não deixaram de marcar presença nos espaços institucionalizados de gestão da política de saúde, atuando como mecanismo de coesão e profissionalismo no interior do Estado (COSTA; NEVES, 2013, p.1128-1129)

A luta pela completa tradução do direito universal à vida em direito fundamental, ou seja, garantido por lei, começou a ser lentamente entendida como um reflexo importante da construção da cidadania. Há marcos deste processo, dentre eles, a VIII Conferência Nacional de Saúde -CNS em 1986 que deu base para a elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988, que veio a oficializar a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e estabelecer o SUS; e as leis no. 8080 - a chamada lei orgânica da saúde - e a lei no. 8142 ambas de 1990 (BRASIL, 1990a; 1990b), que constituem as bases jurídicas, constitucionais e infraconstitucionais do SUS. Se este processo se consolidou completamente, muito ainda se pondera (PAIM, 2002). Sabe-se que há um caminho a percorrer no que tange a garantia integral, universal e humanizada à saúde (TEIXEIRA, 2009), que deve ser ofertada regionalmente e por meio da gestão descentralizada do sistema, como prescreve a carta magna por meio dos princípios do SUS (MELLO; VIANA, 2012). Para Fleury (1997), a Reforma Sanitária trouxe impacto, mas ainda é insatisfatória:

Em resumo, se há uma frente em que a Reforma Sanitária foi amplamente vitoriosa esta é inegavelmente na difusão de uma consciência sanitária, revelada na introjeção da noção de direito à saúde por parte da população usuária do sistema. Se, no entanto, esta noção se reduz ao consumo de serviços curativos, exames e medicamentos, esta é uma evidência de que a reforma, ademais de democrática, necessitaria reencontrar a sua dimensão sanitária (FLEURY, 1997, p.37)

Há muitos interesses envolvidos na consolidação do SUS, demandando uma luta ainda contínua. Santos (2008) pondera que inúmeras são as indagações sobre os diferentes “SUS” que surgiram nestes últimos 30 anos:

Nós temos o SUS da Constituição, temos o SUS pós-constitucional e temos o SUS real, que é uma mistura dos dois. O SUS constitucional é o resultado da mobilização da população, consciente dos seus direitos, querendo uma política pública de direitos de cidadania – com tudo que decorre daí: o Ministério Público, o CONASEMS, os

COSEMS, com os conselhos de saúde, com a militância da reforma sanitária. O SUS pós-constitucional é o SUS ditado economicamente pelo FMI e socialmente pelo Banco Mundial – tem dinheiro só para políticas focais e compensatórias; o SUS pobre para pobre. Os dois SUS convivem e conflitam permanentemente. Neste momento, o SUS pós-constitucional é hegemônico, e o SUS constitucional é contra-hegemônico. Mas um contra-hegemônico que não está fadado ao desaparecimento, porque os atores cresceram muito (SANTOS, 2008, p.1)

Para esta pesquisa, assume-se a premissa, presente no histórico da reforma sanitária e da saúde coletiva, que os avanços e as conquistas na implementação do SUS têm ligação estreita com a ação de atores/agentes sociais, inclusive profissionais de saúde, envolvidos e comprometidos com a associação da saúde à cidadania em uma sociedade democrática. Além disso, levando em conta o objeto deste estudo, torna-se importante entender o papel da esfera estadual, que será abordado nos próximos parágrafos, como elo entre a esfera federal e os municípios, em um ambiente que deveria ter como direção a descentralização.

Após a II Guerra Mundial, O Brasil, assim como outros países da América latina, sofreu influência da luta pelos princípios democráticos que levou em muitos países da Europa à reformulação das constituições. Neste contexto, considerando que os regimes autoritários tiveram em comum a centralização do poder, surge nos rearranjos e na busca pela consolidação dos regimes democráticos, formas de gestão com forte tendência à descentralização (SOUZA, 2001; SCATENA; TANAKA, 2001).

Tobar (1991, p.1), ao abordar o tema, entende que:

Os processos descentralizadores constituem a transferência de autoridade no planejamento e na tomada de decisões. No setor público em particular, os processos descentralizadores freqüentemente tomaram a forma do repasse desse poder decisório do nível nacional aos níveis subnacionais.

E ainda esclarece uma importante diferença conceitual entre o que se entende por descentralização e desconcentração:

Descentralização implica em redistribuição do poder, uma transferência na alocação das decisões. É, portanto, mexer nos interesses dos grupos de poder, enquanto a

desconcentração é a delegação de competência sem deslocamento do poder decisório. (TOBAR, 1991, p.4)

Pelo que foi exposto, não é difícil entender o porquê também no Brasil, da descentralização aparecer como um valor na Constituição Federal de 1988 e ter estreita ligação com o discurso pela democracia do país. Como reforça o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (2011):

O ambiente constitucional era de forte rejeição à centralização imposta, autoritariamente, pelo regime militar. Por isso, associou-se descentralização com democratização e ampliaram os direitos sociais a cidadania, integrando, sob o conceito de seguridade social, a proteção de direitos individuais (previdência) à proteção de direitos coletivos (saúde e previdência) (CONASS, 2011, p.16).

O texto do CONASS (2011) ainda pondera que a descentralização aparece como a redistribuição de competências e receitas tributárias. Na saúde, houve uma opção clara pela municipalização. No mesmo tema, Abrucio (2005) esclarece:

Pela primeira vez na história, os municípios transformaram-se em entes federativos, constitucionalmente com o mesmo *status* jurídico que os estados e a União. Não obstante essa autonomia, os governos locais respeitam uma linha hierárquica quanto à sua capacidade jurídica - a Lei Orgânica, por exemplo, não pode contrariar frontalmente a Constituição estadual, e são, no mais das vezes, muito dependentes dos níveis superiores de governo no que tange às questões políticas, financeiras e administrativas (ABRUCIO, 2005, p. 47).

O SUS nasce neste cenário. O artigo 198 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e o artigo 7º da lei nº 8080 de 1990 (BRASIL, 1990a), apontam a descentralização como um princípio, uma diretriz emblemática na forma de gerir o SUS e a partir daí muitas outras iniciativas a reafirmam como a forma de administrar o sistema.

A Norma Operacional Básica de 1993 - NOB/93 (BRASIL, 1993b) e a Norma Operacional Básica de 1996 - NOB/96 (BRASIL, 1996) estão sempre presentes nesta discussão. A NOB/93 dentre outras contribuições, é responsável pela institucionalização das

Comissões Tripartite e Bipartite, criando deste modo um sistema decisório compartilhado pelas instâncias federativas. A NOB/96 é considerada um dos principais instrumentos estruturantes do SUS, consolidando a política de municipalização, estabelecendo as modalidades de gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema para os municípios, e gestão avançada do sistema e gestão plena do sistema, para os estados. Como reforça Ugá et al (2003):

Se a NOB/93 estabeleceu normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da *gestão* das ações e serviços de saúde, a NOB/96 buscou disciplinar o processo de *organização do cuidado à saúde*, com o objetivo de induzir um *novo modelo de atenção* no país (UGÁ et al, 2003, p. 420)

A Emenda Constitucional 29 (BRASIL, 2000) aprovada em 2000 só foi regulamentada em 2011 (BRASIL, 2012) e veio reforçar o 3º parágrafo do artigo 198 da Constituição Federal de 1988. O seu texto veio trazer garantias para o financiamento da saúde e definir referenciais mínimos de investimentos em saúde pela União, estados e municípios.

Diferentemente das normas operacionais, o Pacto pela Saúde de 2006 (BRASIL, 2006a) , é um acordo interfederativo que articula três dimensões: o Pacto pela Vida, que ressalta a necessidade de maior clareza nas ações por resultados na saúde e para isso, prevê um compromisso orçamentário e financeiro claro entre os entes federativos; o Pacto em Defesa do SUS, que reafirma os princípios do SUS e urge por um movimento de repolitização da saúde; e o Pacto de Gestão, que estabelece responsabilidades mais claras de cada um dos entes e evita ausência ou duplicidade de ações e fortalece uma gestão compartilhada, por meio da mobilização social e qualificação da participação social (VASCONCELOS; PASCHE, 2006; CONASS, 2011).

Para Santos (2013), respondendo a uma entrevista, a consolidação da descentralização do SUS enfrenta vários obstáculos. Um deles, se não o maior seria o subfinanciamento federal reponsável segundo o autor pelo agravamento das enormes diferenças regionais no país advindas da ditadura militar:

Em 1980, o governo federal participava com 75% do financiamento público na saúde, e os Estados e Municípios com 25%. Desde então, e especialmente após o novo pacto federativo constitucional de 1988, os municípios e Estados vêm assumindo suas novas e maiores responsabilidades, e somados, elevaram sua participação de 25% para 54% do total do financiamento público da saúde, o mesmo não ocorrendo com a União, cuja participação percentual caiu de 75% para 46% (SANTOS, 2013, p.3-4).

Ou seja, apesar dos avanços, como o repasse fundo a fundo, o financiamento da atenção primária à saúde, a garantia do repasse com base populacional, ou seja, *per capita*, e a gestão plena por parte da maioria dos municípios, ainda permanece o processo de “desfinanciamento” da saúde se traduz pela clara dependência dos municípios do financiamento federal, vinculado a programas específicos, que, na verdade, esconde a situação desproporcional de arrecadação e investimento; e ainda coloca a esfera federal em uma posição de destaque na gestão do sistema (SOBRINHO; ESPÍRITO SANTO, 2013; MATTA, 2006).

Neste tema, Viana, Lima e Oliveira (2002) trazem indagações sobre o histórico conflitante entre a descentralização e a disputa por recursos:

Como é possível a convivência pacífica de uma política cujo perfil incorpora uma proposta fortemente descentralizadora e, ao mesmo tempo, exige um pacto federativo mais cooperativo, como o SUS, com relações intergovernamentais marcadas por incessantes conflitos e embates sobre recursos, centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade reguladora e inexpressiva tradição participativa da sociedade (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002, p.498)

Para esta pesquisa, considera-se que esta relação tensa está ligada a uma linha histórica longa de exercício de poder em bases autoritárias e centralizadoras que tende a resistir às mudanças. A evolução da descentralização dos serviços em direção aos municípios ainda não amenizou a crise em torno dos recursos. Além do mais, trouxe um esvaziamento do poder tradicional dos Estados. O papel da esfera estadual passa pelo processo de reordenação da forte identidade de formulador, coordenador e supervisor para uma nova posição de apoiador, facilitador e moderador da gestão municipal (CONASS, 2010).

## **4.2. A Cultura**

A preocupação com a diversidade no comportamento humano não é recente. Laraia (1986), ao introduzir a natureza da cultura, relembra que séculos antes de Cristo, Confúcio já afirmava que “a natureza dos homens era a mesma, são seus hábitos que os mantêm separados”. Do mesmo modo, durante a expansão do Império Romano, o encontro com outros povos, descritos como bárbaros, deixava evidente como o modo de agir e pensar do outro era diferente, a começar pelas pequenas coisas como o uso do nome da mãe ou do pai, das vestimentas, do modo de educar os filhos, até questões

complexas como a estruturação social e religiosa e as razões que envolvem a liberdade e a escravidão (CÂNDIDO, 2008; BOY, 2011).

O encontro e a relação estreita entre diferentes povos ou grupos sempre trouxe estranhamento e tensões (RAMOS-VIDAL, 2011). Este fenômeno pode estar presente, por exemplo, em momentos históricos como a unificação das cidades-estado em Estados absolutistas na Europa do século XVII (FLEURY, SAMPAIO, 2002). Mas também em momentos silenciosos e atuais, como a dificuldade no cuidado de idosos por cuidadores advindos de culturas distintas, relatada em um recente estudo na Espanha (MENDOZA, 2011).

Historicamente, os estudos de cultura se desenvolveram influenciados por idéias evolucionistas ou darwinistas e do desdobramento do positivismo (CRUZ-COKE, 2000; FREZZATTI JR, 2011). O mito da superioridade européia sobre diferentes povos foi, e de certo modo continua sendo usado como suporte para o domínio e a exploração. Haja vista, a crença do melhoramento da raça humana, conhecida também como eugenismo, que ainda se confunde ou se esconde em teorias de controle de reprodução e até em propostas sanitaristas (CORREA, 2006; KOBAYASHI; FARIA; COSTA, 2009). No contexto da Saúde Coletiva, por exemplo, a discussão que envolve o conflito de valor entre a medicina “científica” e outras práticas como o curanderismo, o saber popular e as práticas integrativas, não deve se abster da relevância de elementos culturais na saúde (MORALES, 1999; SOINTU, 2006; PUTTINI, 2008; MOLINA; SARUDIANSKY, 2011).

Voltando ao final do século XVIII, o termo germânico *Kultur*, era utilizado para descrever os aspectos espirituais de um povo. Mas foi Edward Tylor (1832-1917), agregando também o significado do termo *Civilization*, uma referência francesa aos aspectos materiais de uma comunidade, que cunhou o termo *Culture* para o vocabulário inglês, usando-o para definir toda a realização humana e aprendizado, sem determinismo biológico, ou melhor ainda, “complexo total de conhecimentos, crenças, artes, moral, leis, costumes e quaisquer outras aptidões e hábitos adquiridos pelo homem como membro da sociedade” (FLEURY; FISCHER, 1989; LARAIA, 1986).

O termo cultura tem sido desde então muito discutido, em torno do qual se consolidou o estudo da Antropologia. Justificando talvez a associação dos estudos culturais a esta área do conhecimento (SIQUEIRA, 2007). É fato, que mesmo após mais de 160 definições,

ainda não se chegou a um acordo sobre o significado de cultura. Mas de modo geral grande parte a associa ou ao comportamento, ou a abstração do comportamento e ou as idéias de um grupo ou povo (MARCONI, PRESOTTO, 2010). Para Durhan (1984), os padrões culturais não produzem condutas idênticas, não podem ser vistos como regras de um jogo, sem uma relação estreita com o domínio ou poder, salvo quando pensado como instrumento de domínio contra forças naturais. Velho (2003) entende que a cultura pode programar algumas indicações básicas de comportamento, não “um determinismo do tipo que a biologia impõe as abelhas e formigas”. Para este autor a antropologia social traz grande contribuição ao procurar generalizações sem reducionismo.

No mesmo esforço, Geertz (2000), cita o clássico livro *Mirror for Man*, de Cyde Kluckholm publicado em 1985, considerado-o uma das melhores introduções gerais à antropologia ao definir cultura como:

“o modo de vida global de um povo”, “o legado social que o indivíduo adquire do seu grupo”, “uma forma de pensar, sentir e acreditar”, “uma abstração do comportamento”, “uma teoria, elaborada pelo antropólogo, sobre a forma pela qual um grupo de pessoas se comporta realmente”, “um celeiro de aprendizagem em comum”, “um conjunto de orientações padronizadas para os problemas recorrentes”, “comportamento apreendido”, “um mecanismo para a regularização normativa do comportamento”, “um conjunto de técnicas para se ajustar tanto ao ambiente externo como em relação aos outros homens”, “um precipitado da história” (KLUCKHOLM apud GEERTZ, 2000, p. 4-5)

No entanto, Geertz, acompanhando a visão de Max Weber, avança no conceito ao assumir o homem como um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu e a cultura como:

Estas teias e sua análise, portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à busca de significado (GEERTZ, 2000. p. 5)

A partir daí reconhece também aspectos como diversidade, pluralismo e conflito. Afinal, toda cultura é considerada saudável por aqueles que a praticam, no entanto pode ser rejeitada pelos demais, devendo se levar em conta o chamado relativismo cultural

(MARCONI; PRESOTTO, 2010). E foi nesta perspectiva de uma teia complexa, que outras áreas da ciência também conduziram trabalhos sobre questões culturais.

A sociologia do conhecimento, base do tratado de Peter L. Berger e Thomas Luckmann, *The social construction of reality*, publicado pela primeira vez na década de 1960, contribuiu para investigação da realidade como uma construção social, uma clara influência de Karl Marx. Para os autores, é a consciência do homem que determina seu ser social. Os conceitos básicos nesta obra são a ideologia e a falsa consciência. O primeiro refere-se ao uso de idéias como armas para interesses sociais e o segundo remete ao pensamento alienado do ser social que o separa do seu ser pensante, passando este assim a perceber a realidade de forma distorcida. Este campo do saber, também entende que a sociedade é construída com base na atividade humana e nas relações sociais. Este pensamento foi herdado por um lado dos trabalhos de Émile Durkheim e de outro de Max Weber, ao buscar entender como significados subjetivos se tornam fatalidades objetivas. Reforça ainda a importância de um simbolismo compartilhado quando surge a necessidade de apresentação e transmissão, ou seja, como explicar a lógica e a ordem das coisas e dos fatos na perspectiva deste determinado grupo e legitimá-las (BERGER, LUCKMANN, 1985).

Kroeber e Parsons (1958) propõem cultura como um conjunto de valores, ideias e outros sistemas simbólicos, criados, padronizados e transmitidos em um grupo, que influenciam e conformam o comportamento humano e a produção de artefatos. Acompanhando esta lógica, Hofstede (2010) entende a cultura como uma programação coletiva da mente que distingue os membros de um grupo de outro. O ponto central e o mais profundo da cultura é o seu sistema de valores. Valores são “sentimentos ou impulsos” que indicam, quase inconscientemente, o “lado certo” das situações, o que deve ser escolhido, ou mesmo julgar algo como melhor ou mais apropriado. Valores lidam com contrastes e antagonismos complexos tais como: o bem versus o mal, o sujo versus o limpo, o perigoso versus o seguro, o proibido versus o permitido, o decente versus o indecente, o feio versus o bonito, o normal do anormal. Valores são invisíveis até que se tornarem evidentes nos comportamentos e nas práticas. É fundamentado em um sistema de valores que um determinado grupo desenvolve objetos, vestimentas, linguagem, arquitetura, divisão de trabalho etc. Dos muitos termos usados para descrever estas visíveis manifestações, Hofstede (2001) os difere como símbolos, heróis e rituais.

Estes três elementos culturais práticos, juntamente com os valores, compõem um modelo conceitual, representado como as camadas de uma Cebola (*Onions rings model*). Segundo este modelo, que representa as manifestações da cultura em diferentes níveis de aprofundamento, pode-se entender que os símbolos podem ser:

[...]palavras, gestos, fotos, desenhos e objetos que carregam comumente significados complexos reconhecidos somente por aqueles que compartilham a cultura. Palavras, figuras de linguagem e jargões pertencem à esta categoria, assim como vestimentas ou corte de cabelo. Novos símbolos podem ser facilmente incorporados e outros podem desaparecer. Podem ser também copiados de outros grupos (HOFSTEDE, 2001, p. 10)

Enquanto os heróis:

[...]são pessoas, vivas ou mortas, reais ou imaginárias, que possuem características que são altamente valorizadas em uma cultura e então servem de modelos de comportamento. Até desenhos animados, filmes ou propagandas podem servir de heróis” (HOFSTEDE, 2001, p. 10).

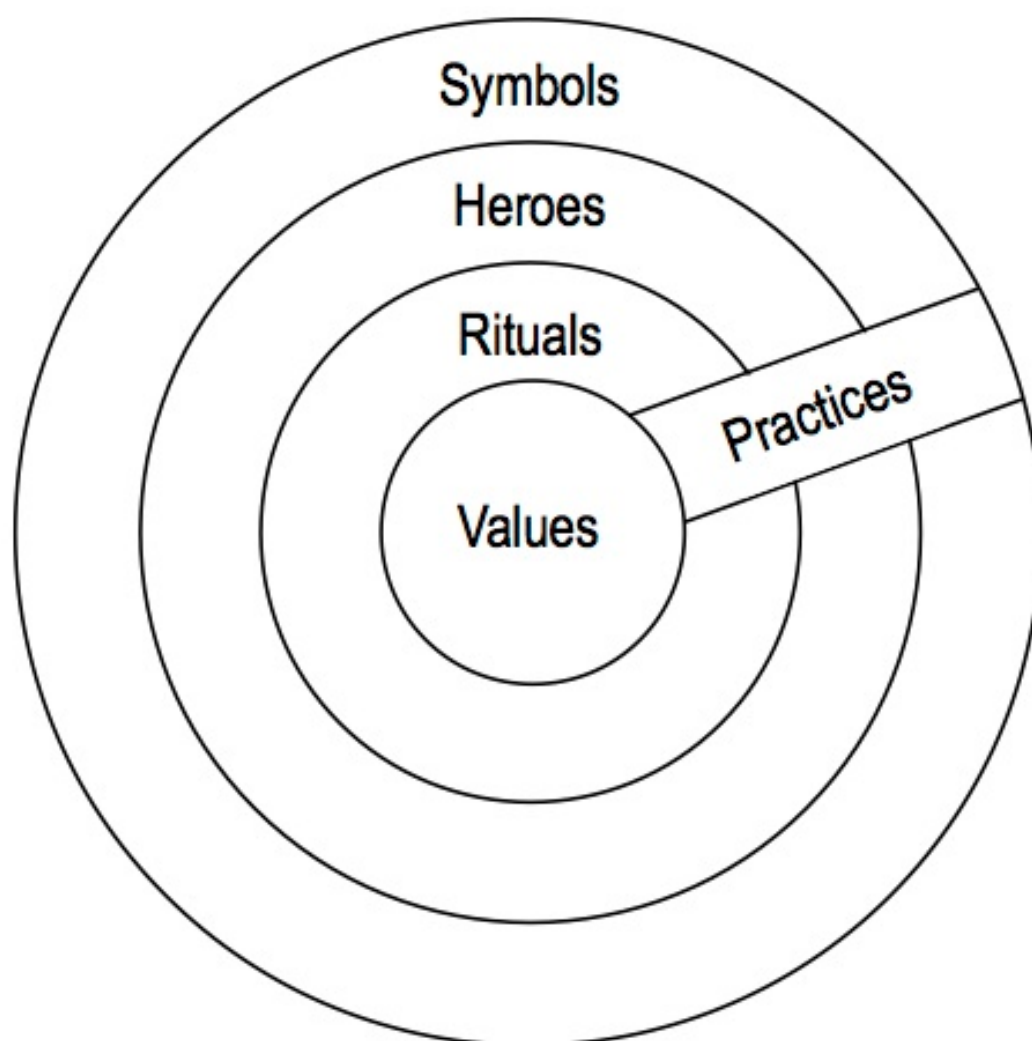
E os ritos ou rituais:

[...]são atividades coletivas que são tecnicamente desnecessárias para o alcance dos fins desejados, porém no contexto da cultura, são considerados socialmente essenciais, mantendo o indivíduo dentro das normas da coletividade. A forma como as pessoas devem se cumprimentar, o modo como demonstram respeito aos outros, assim como as cerimônias sociais e religiosas. As reuniões políticas e de trabalho também adotam formas próprias, como por exemplo a disposição das salas ou a posição do líder em relação aos outros” (HOFSTEDE, 2001, p. 10).

Na Figura 1, este conceito é ilustrado e cada uma das camadas externas representam as práticas, ou melhor, estes símbolos, heróis e rituais. As práticas são consideravelmente visíveis para um observador externo. No entanto, giram em torno dos significados culturais ou valores, representados no centro da “cebola”, que são invisíveis, fomentam, estruturam e por fim permeiam na interpretação destas práticas por aqueles que

compartilham a cultura. Este é o modelo referencial para a categorização dos dados e apresentação dos resultados desta pesquisa.

Figura 1 - O diagrama da cebola: as manifestações da cultura em diferentes níveis.



Fonte: Hofstede (2001), p.11.

### 4.3. As Organizações

Chiavenato (2010) afirma que o mundo moderno é uma sociedade de organizações, elas são essenciais, não havendo como fugir delas. Scott (1995) as define como “grupos onde os membros coordenam seu comportamento visando alcançar objetivos comuns ou obter um produto”. Assim empresas privadas ou públicas, escolas, associações, organizações não governamentais (ONGs) podem ser vistas como organizações por terem claramente em comum regras, papéis, objetivos e limites.

Esta definição pode englobar grande parte dos arranjos sociais, no entanto é importante entender que há grupos com uma conformação bastante ambígua como gangues de rua, por exemplo, que devem ser vistos em um ótica específica (WACQUANT, 1994). Organizações exercem um papel importante na sociedade. Dentre muitas funções, destacam-se a socialização, a ressocialização, a coleta de impostos, a proteção, a distribuição ou concentração de produtos e renda, a preservação, transmissão ou transformação cultural (SCOTT, 1995).

Organizações aparecem em inúmeros formatos e estruturas. Podem variar quanto ao tamanho, desde multinacionais até empresas familiares informais; quanto ao setor, podem ser do público, do privado, do sindical e outros; quanto a estrutura, social horizontal ou piramidal; e também ainda podem se distinguir no contexto e no ambiente que estão inseridas (SPAGNOL; FERNANDES, 2004). Outra característica das organizações é que elas mudam com o tempo.

Por ser formada por pessoas, toda organização acaba por criar uma cultura própria (DENISON et al, 2012, CHIAVENATO, 2010). Para Davies, Nultey e Mannion (2000), em uma perspectiva pós-modernista, as organizações não podem ser vistas como entidades concretas, a serem reveladas por um processo objetivo, mas podem ser vistas como constituídas sócio e discursivamente, sendo assim frágeis e instáveis.

No Brasil, a década de 1930 foi marcada pela aceleração de industrialização e crescimento econômico. Com isso houve apoio do Estado para a expansão de organizações burocráticas públicas. Novos órgãos como o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e o primeiro órgão com ações voltadas para saúde, o Ministério dos

Negócios da Educação e Saúde Pública, surgiram no governo do presidente Getúlio Vargas (PIRES; MACEDO, 2006; PIMENTA, 1998).

Ao longo dos anos, em nível federal, estadual ou municipal, inúmeras organizações públicas foram criadas, outras extintas, agregadas ou aglutinadas por meio de decretos e leis. É oportuno ainda lembrar que tais mudanças acompanham questões de gestão com teor político e econômico (ABRUCIO; LOUREIRO, 2002; SILVA, 2003).

As últimas décadas trouxeram para a administração pública a ideia de revolução gerencial, visando a flexibilidade, a descentralização do processo de decisão e trabalho, o controle dos resultados, em lugar do controle dos processos, além da ênfase na qualidade e eficiência dos serviços. No entanto, também há uma distância que separa a realidade gerencial das organizações públicas no Brasil, no que tange as ideias de autogestão, autonomia, iniciativa e responsabilidade. Há, portanto, a necessidade de uma investigação interdisciplinar dos muitos fenômenos que se passam em uma organização (VAITSMAN, 2000). O gerencialismo proposto para aumentar a eficiência dos serviços de saúde, tem tirado a autonomia do profissional de saúde por meio de protocolo de condutas clínicas e aumentado a dependência de chefias não diretamente envolvidas no produção do cuidado (CAMPOS, 2000).

Esforços pela otimização da gestão em saúde, por exemplo, tem sido observado em estudos sobre o perfil e as competências almeçadas em gestores e gerentes do SUS (DELUIZ, 2001; TEIXEIRA; MOLESINI, 2002; CASTRO; CAMPOS, 2003; BRASIL, 2006b; PIERANTONI, 2006; FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009). Por outro lado, a cultura organizacional também tem sido objeto de investigação, para subsidiar a melhoria no cuidado à saúde (SCOTT et al, 2003; BRAZIL et al, 2010; SCAMMON et al, 2014). Recentemente, no início do ano de 2013, um extenso relatório foi publicado por uma organização de saúde do National Health System, o sistema nacional de saúde inglês. Nele, além da caracterização da cultura predominante na organização, o documento segue com 290 recomendações de mudanças com vistas a um sistema de valores, que busque eficiência na produção do cuidado e que esteja centrado no paciente (FRANCIS, 2013).

Apesar das críticas ao relatório, que geralmente envolvem estudos culturais (DAVIES; MANNION, 2013), é relevante destacar que os problemas presentes no sistema de saúde

inglês não são desconhecidos nas organizações do SUS, dentre eles, a tolerância aos baixos padrões da assistência em saúde pública e a pouca escuta ao paciente por parte da equipe de saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; ROSA; HORTALE, 2000; SCHIMITH; LIMA, 2004). Pesquisas têm demonstrado a relação de inúmeros elementos fomentando esta problemática nas instituições de saúde brasileiras, inclusive os relacionados à cultura organizacional (MACHADO; KURCGANT, 2004; JERICÓ; PERES; KURCGANT, 2008; RIGOTTO; MACIEL; BORSOI, 2010; MUZZIO; COSTA, 2012; CARVALHO et al, 2013).

Para esta pesquisa, assume-se a idéia de que o SUS não é em si uma organização. No entanto as instituições que o configuram e compõem as esferas federal, estadual e municipal, são vistas como “grupos onde os membros coordenam seu comportamento visando alcançar objetivos comuns ou obter um produto” (SCOTT, 1995), sendo assim entendidas como organizações ou instituições.

#### **4.4. A Cultura das Organizações**

Os estudos culturais foram tradicionalmente associados à observação de “outros” povos e tribos distantes. No entanto o seu uso dentro para organizações teve suas raízes nos Estados Unidos da América no período pós II Guerra Mundial (DAVIES, NUTLEY, MANNION, 2000). A expansão das grandes empresas e multinacionais na década de 1950, não só trouxe o conceito de cultura para a administração como se tornou área de interesse importante dentro de empresas ou organizações. Compreender o que a cultura trazida pelos funcionários influenciava e desenvolvia dentro do ambiente de trabalho foi objeto de estudo desde então (FLEURY, SAMPAIO, 2002).

A cultura de qualquer organização, além de ser resultado das relações instituídas ao longo de sua própria história, enquanto organização, também comporta elementos da cultura da sociedade em que está inserida (VAITSMAN, 2000; HOFSTEDE, 2010). Estudos já observavam características e elementos culturais em empresas japonesas e norte americanas que poderiam justificar o sucesso ou destaque em relação a outras (OUCHI, 1985).

O termo cultura organizacional é um conceito descritivo, por se referir a maneira pela qual os funcionários percebem as características de uma empresa ou organização, o que não

de deve ser confundido como a satisfação com o trabalho (ROBBINS; JUDGE; SOBRAL, 2010). Para Freitas (2007), os elementos da cultura fornecem uma mensagem para os membros da organização a respeito do que é considerado importante e válido.

Nos últimos quarenta anos, muitos foram os pesquisadores que se dedicaram a pesquisar a cultura das organizações. Para este estudo destaca-se a contribuição de dois destes expoentes. O primeiro, Edgar Schein, é pesquisador, escritor, consultor e professor emérito do Massachusetts Institute of Technology. Ele publicou quatorze livros, entre eles *Organizational culture and leadership* (1985). O segundo é Geert Hofstede, que está entre os 100 mais citados autores no *Social Science Citation Index*. Seus livros mais conhecidos e citados são *Culture's Consequences* (1980) e *Cultures and Organizations: software of the mind* (1991).

#### 4.4.1 Schein e seus Pressupostos

Schein (2010, p.3), em seu clássico livro *Organizational Culture and Leadership*, afirma que cultura “implica em estabilidade e rigidez na maneira como devemos perceber, sentir e agir em uma dada sociedade, organização ou profissão, que tem sido ensinada pelas muitas experiências de socialização e nos é prescrita como o modo de manter a ordem social”. O autor reconhece em sua obra a existência de culturas organizacionais diferenciadas e ressalta a importância do herói-fundador da organização na moldagem dessa cultura. Os membros fundadores, não começam a construir do nada, todos trazem de suas experiências prévias elementos e crenças que serão elaborados e impostos para os membros da organização. No entanto, não se descarta também que a medida que novos membros são admitidos, estes elementos originais são gradualmente modificados (SCHEIN, 2010; BARBOSA, 2003).

Conhecer a cultura de uma organização significa trazer à superfície seus pressupostos inconscientes, visto que há contradições e lacunas entre o que é dito explicitamente e o que não é dito, porém amplamente entendido, válido e assim prevalece (MOTTA, 1999; SCHEIN, 2010).

Em seus estudos, Schein, diante da complexidade das investigações culturais, afirma que não se pode compreender uma organização de forma simplista. Uma cultura pode ser analisada em diferentes níveis, ou melhor, nas diferentes gradações que um fenômeno

cultural se torna visível ao observador. Desde as mais tangíveis manifestações que podem tanto ser vistas como sentidas, aos profundos e inconscientes pressupostos, tidos como a essência da cultura. Entre os dois extremos, há um grande leque de crenças, valores, normas e regras de comportamento que os membros da cultura usam como meio de depreender a cultura a eles mesmo e aos outros (SCHEIN, 2010).

Assim, segundo o autor, os níveis de análise são agrupados em três: o nível dos artefatos, o dos valores assumidos e o dos pressupostos básicos, como mostra a Figura 2.

O nível dos artefatos inclui aqueles fenômenos que possam ser vistos, ouvidos ou sentidos quando se entra em contato com um novo grupo de outra cultura não familiar. Inclui também produtos materiais, como arquitetura, ambiência, linguagem, tecnologia, objetos, estilo, vestimentas, modo de agir, modo de expressar ou conter emoções, mitos e histórias sobre a organização, manuais, documentos, carta de valores, rituais observáveis, festas e cerimônias (SCHEIN, 2010).

Também estão dentre os artefatos, os organogramas, as cartilhas e as descrições formais do modo como a organização funciona. Apesar de facilmente visíveis, não se pode afirmar o mesmo sobre compreender seus significados. Decifrá-los, segundo o autor, não é de modo algum fácil ou óbvio. O mesmo objeto por exemplo, tem significados distintos para diferentes grupos. Deste modo, guardada a sua importância, fazer profundas inferências com base meramente nos artefatos é pelo menos imprudente, para não dizer perigoso. Sentimentos pessoais e impressões próprias do observador irão inevitavelmente interferir na interpretação dos artefatos. A melhor maneira de compreendê-lo seria observar os membros do grupo por um período longo o suficiente, ou ainda interagir, perguntar e dialogar com os eles, o que levaria ao próximo nível de análise (SCHEIN, 2010).

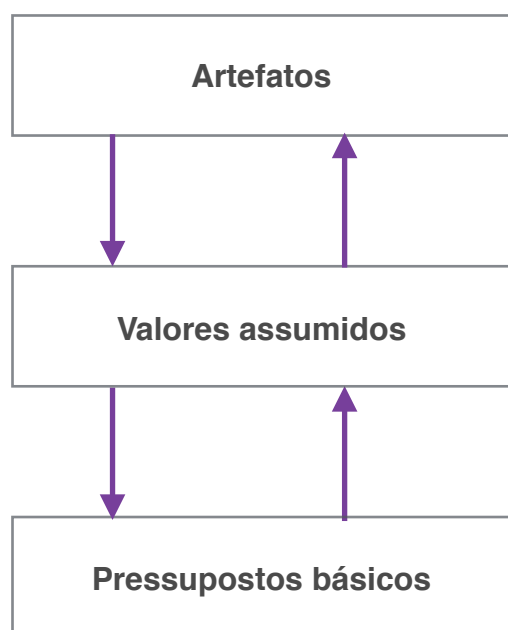
O nível dos valores assumidos concentra as crenças e valores que provem significado e conforto para o grupo. Todo o entendimento do grupo tem sua origem em crenças e valores advindos de um grupo ou indivíduo. Estas crenças determinam, por exemplo, como um grupo deve agir, ou mesmo a maneira como enfrentam situações adversas, integram novos membros ou reconhecem ou aderem a novos líderes. Crenças e ideologias como o volume de vendas e a propaganda, a agressividade e competitividade interna (na empresa) ou externa (com outras empresas concorrentes), levar ou não

trabalho para fazer em casa, tem significados diferentes para diferentes grupos e organizações e estão ligados aos valores. Estes são profundos o suficiente para não serem vistos por “estrangeiros”. Estes valores determinam estratégias boas ou ruins, atitudes certas e erradas, aprovam ou desaprovam comportamentos das pessoas no julgamento do grupo. Este nível está em uma camada intermediária, em um nível “pré-consciente” (SCHEIN, 2010).

O nível dos pressupostos básicos assumidos guarda regras ou paradigmas normalmente inconscientes e intangíveis, levando o grupo a crer que a ordem dos fatos e dos acontecimentos é natural. Estando assim por trás de comportamentos e julgamentos; no modo de sentir o mundo, na construção da verdade, na relação com o tempo, com o espaço e o meio ambiente; e permeia o modo de ver a natureza da atividade humana e das relações humanas. Daí possivelmente emergem as noções de prioridade, possibilidades, autoridade e até diferenças salariais. Quando este patamar de pressupostos é decifrado, os artefatos e valores assumidos passam a ser mais facilmente compreendidos. Este cerne da cultura é visto como de difícil acesso, porém é essencial para o sucesso de intervenções e mudanças organizacionais (SCHEIN, 2010). O Quadro 1 apresenta uma lista com definições dos pressupostos propostos pelo autor.

Schein em suas investigações adotou uma linha tênue entre uma postura clínica de consultoria e uma postura acadêmica. Em suas investigações dá ênfase à análise da socialização dos novos membros, da resposta a incidentes críticos na história e formação da organização, das crenças, valores e convicções dos criadores ou portadores da cultura e por fim da análise com pessoas da organização dos achados surpreendentes durante as entrevistas. Teve influência importante das teorias de Bion e de Kluckholm. Em seus estudos considera que membros de um grupo podem agir segundo princípios baseados em tão profundas certezas, que pouco questionam se estão agindo dentro de um determinado paradigma ou não (FLEURY; SAMPAIO, 2002).

Figura 2 - Os três níveis de apreensão da cultura organizacional segundo Schein.



Fonte: Fluery, 2002, p.287.

Quadro 01: Resumo dos pressupostos básicos da Cultura de Schein

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A natureza da realidade e da verdade   | definem o que é real e o que não é; o que é um fato de natureza física e de natureza social; como, na sua essência, a verdade deve ser determinada; se a verdade é revelada ou descoberta                                                                                                                                                                             |
| A natureza do tempo                    | definem o conceito de tempo no grupo e sua importância; como o tempo é medido; quantos tipos de tempos há                                                                                                                                                                                                                                                             |
| A natureza do espaço                   | como o espaço é alocado e apropriado; o significado simbólico do espaço ao redor das pessoas o papel do espaço na definição de privacidade                                                                                                                                                                                                                            |
| A natureza da natureza humana          | definem o que significa ser humano e quais atributos humanos são considerados intrínsecos ou básicos; a natureza humana é boa, má ou neutra? O seres humanos podem ser perfeitos ou não?                                                                                                                                                                              |
| A natureza da atividade humana         | definem o certo a ser feito pelos seres humanos em relação ao seu meio ambiente com base em pressupostos anteriores; qual o nível mais adequado de atividade ou passividade? como a organização se relaciona com seu meio ambiente? qual a linha divisória entre o trabalho e o lazer?                                                                                |
| A natureza dos relacionamentos humanos | definem a conduta básica adequada para os relacionamentos humanos, para a distribuição do poder, deve ser competitiva ou colaborativa, individualista e coletiva ou comunitária? A autoridade se baseia na autoridade tradicional e linear, no consenso moral, na lei ou no carisma? Como resolver e fundamentar o manejo de conflitos e as decisões a serem tomadas? |

Fonte: Schein, 2010.

#### 4.4.2. Hofstede e suas Dimensões Culturais

Hofstede observou que muito do confronto entre pessoas, grupos e nações se deve ao diferente modo de pensar, sentir e agir. Cada pessoa traz consigo padrões racionais, emocionais e comportamentais. Em seus estudos, o autor faz uma analogia destes padrões a um programa de computador, ou como no subtítulo de um dos seus mais consagrados livros, “*software of the mind*”. Assim conceitua: “Cultura é a programação coletiva da mente, que distingue os membros de um grupo dos membros de outro” (HOFSTEDE, 2001, p. 10).

No entanto, o autor deixa claro que com isso não quer comparar os seres humanos aos computadores, afinal mesmo com comportamentos ou atitudes que tendem ao esperado pelo grupo, há potencial para que membros deste grupo tenham diferentes reações diante de situações que envolvam algo novo, criativo ou diferente (HOFSTEDE; HOFSTEDE; MINKOV, 2010).

A fonte destes *softwares* mentais é resultado das experiências que cada um traz de sua trajetória de vida, somadas a uma espécie de experiência acumulada pelo grupo. A programação então se dá na família, entre amigos, no ambiente escolar, no trabalho e na vida em comunidade. De forma geral, este *software* é o que o autor toma como cultura. Esta mesma lógica se aplica para o que vem a chamar de Cultura Organizacional: “Cultura organizacional é a programação coletiva da mente, que distingue os membros de uma organização dos membros de outra” (HOFSTEDE, 2001, p. 391).

Ao estudar cultura organizacional, deve haver clareza de um outro conceito: o clima organizacional, que provém da psicologia social. Clima organizacional está intimamente ligado a motivação e ao comportamento individual diante de situações. Tem um aspecto sazonal e por isso é alterado com frequência. Por sua natureza, acaba sendo muito sensível às mudanças de ambiente, à troca de gestão ou mesmo aos boatos corriqueiros. O mesmo não ocorre com a cultura de uma organização, que tem raízes bem mais profundas, não sendo facilmente manipulada ou influenciada (ROBBINS; JUDGE, SOBRAL, 2010; SEGREDO PEREZ, 2011; SPIRI, 1998).

Hofstede realizou um dos maiores estudos sobre a cultura organizacional entre as filiais da IBM ao redor do mundo. Usou para tanto 116 mil questionários que foram aplicados

em 72 filiais da IBM entre 1967 a 1973. Para ele, a cultura organizacional é um fenômeno em si mesmo, diferenciando-se em muitos aspectos da cultura nacional. A diferença reside no fato de que as culturas nacionais têm como elemento central os valores, os quais são adquiridos na família, na comunidade e na escola; já a cultura organizacional diferencia-se pelas práticas, aprendidas a partir da socialização no ambiente de trabalho. Após anos de pesquisa e análise dos resultados, pôde cunhar quatro dimensões da cultura das organizações: individualismo/coletivismo, distância do poder, aversão à incerteza e masculinidade/feminilidade (HOFSTEDE; HOFSTEDE; MINKOV, 2010), representado no quadro 2.

Quadro 2 - Dimensões culturais de Hofstede.

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Individualismo /<br>coletivismo | Nas organizações com alto grau de individualismo, existem sistemas de controle explícitos com o objetivo de assegurar o cumprimento e prevenir desvios das normas organizacionais. As organizações não se preocupam tanto em cuidar do bem-estar de seus empregados, mas existe uma relação de negócio entre empregador e empregado, onde os empregados perseguem seus próprios interesses. Ao contrário, nas organizações com alto grau de coletivismo, os sistemas de controle são normativos e não mais formais                                                                                                                                    |
| Distância do poder              | Refere-se ao grau em que os indivíduos esperam uma estrutura hierárquica que enfatize as diferenças e status entre subordinados e superiores. A distância de poder entre um chefe e um subordinado em uma hierarquia é a diferença no grau ao qual o chefe pode determinar o comportamento do subordinado e o grau que o subordinado pode determinar o comportamento do chefe. Assim, em uma organização marcada pela distância de poder, esperam-se diferenças hierárquicas que representam a desigualdade existente, ao passo que em organizações caracterizadas por uma pequena distância de poder, espera-se uma estrutura hierárquica horizontal |
| Aversão à incerteza             | As organizações com alta aversão à incerteza caracterizam-se por ter uma direção que evita decisões perigosas, devido ao medo das variáveis incontrolláveis e dos elementos aleatórios. Organizações com baixa aversão à incerteza caracterizam-se por ter uma direção mais adaptável, onde os elementos aleatórios e incertos geram um desafio                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Masculinidade /<br>feminilidade | A masculinidade em uma organização, a importância relativa de aspectos do trabalho como o relacionamento, as ganâncias, os desafios, as oportunidades de ascensão, e da pouca importância relativa da cooperação, da segurança e do empenho e relações com os gerentes. Nas organizações, existe uma relação entre os objetivos percebidos da organização e as possibilidades de carreira para homens e mulheres. Diante do exposto, pode-se observar que o estudo da cultura organizacional passou a ser considerado relevante para a compreensão do comportamento das organizações                                                                  |

Fonte: Adaptado de Zonatto et al (2012, p. 4).

Para este estudo, considera-se a importância dos princípios fundadores na formação da cultura da organização e a possível mudança que se dá com o tempo, devido à dinâmica no enfrentamento da realidade (SCHEIN, 2010). Considera-se ainda o conceito de cultura organizacional, como uma programação coletiva da mente, pautada em valores e traduzida na forma de símbolos, heróis e rituais (HOFSTEDE, 2001).

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Tipologia do Estudo

O presente estudo é do tipo exploratório. Tem como objeto de estudo a cultura organizacional de uma instituição pública de saúde. A abordagem é qualitativa, escolhida pela singularidade da cultura de qualquer organização (SCHEIN, 2010) e pela dificuldade de criar medidas prévias dos pressupostos tidos como preconscientes (MINAYO, 2014; GIL, 2006). A postura epistemológica é interpretativista, visando a busca de significados. É um estudo de caso, caracterizado pelo estudo empírico e exaustivo de um objeto investigado dentro de seu contexto na realidade, cujos limites não estão claramente definidos de maneira a permitir o seu conhecimento detalhado (YIN, 1981).

### 5.2 Local do Estudo

O local de estudo foi a Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SPAIS/SESGO. A instituição representa a gestão e o acompanhamento das políticas públicas de saúde do Estado de Goiás. A estrutura organizacional é composta pelo gabinete da superintendência, por um colegiado de sete gerências, dezesseis coordenações e vinte e uma subcoordenações.

### 5.3. Participantes do Estudo

Os participantes informantes deste estudo foram a superintendente da instituição, servidora efetiva, com formação em saúde e nomeada pelo secretário estadual de saúde; e o grupo composto por cinco gerentes, todas servidoras efetivas, com formação na área de saúde, que chegaram ao cargo pelo processo de seleção de gerentes por capacitação e mérito. Estas duas fontes foram escolhidas de forma intencional, pois a partir da perspectiva institucional assume-se que a superintendente e as gerentes apresentam e representam a cultura organizacional da instituição, na perspectiva da gestão.

O pesquisador principal é servidor efetivo, lotado na instituição e participou como observador tomando notas. Assume-se deste modo uma perspectiva que se aproxima das bases do conhecimento êmico, ou seja do nativo/ do *insider*. No entanto, deve-se ter clareza que não houve a pretensão de uma etnomodelagem purista. Tanto as idéias,

quanto a lógica não se detiveram ao rigor de um contexto exclusivo ou hermeticamente interno (HEADLAND, PIKE, HARRIS, 1990; MORRIS et al, 1999; ROSA, OREY, 2012).

#### **5.4. Critérios de Inclusão e Exclusão**

Para a participação na pesquisa como informantes, os entrevistados deveriam estar em cargo de comissão e confiança de superintendente ou de gerência da mesma superintendência, ter passado pelo processo de seleção por desempenho e mérito e estar no exercício do cargo há mais de seis meses. Aqueles que não atenderam a todos critérios foram excluídos. No período da realização da coleta de dados, das seis gerentes, cinco delas se encaixavam nos critérios de inclusão e uma foi excluída, por ser gerente interina há menos de seis meses.

#### **5.5. Coleta de Dados**

Optou-se no desenho desta pesquisa pela triangulação de dados, que se subdividiu em duas sub triangulações: de fontes e de instrumentos de coleta (DENZIN, 1989).

##### **5.5.1. Fontes**

A coleta de dados para esta pesquisa se deu a partir de quatro fontes de informação: as gerentes, a superintendente, o documento de apresentação da instituição (Cartilha da SPAIS) e a observação do pesquisador principal da pesquisa.

##### **5.5.1.1. Grupo focal**

O grupo focal foi realizado no mês de novembro de 2013, na sala de reuniões da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás. O ambiente, considerado neutro por ser de outra instituição, era calmo e isolado, portanto livre de interrupções e barulhos externos e foi preparado previamente. No período da coleta de dados, entre as sete gerências da instituição, cinco contavam com gerentes no exercício do cargo, das quais quatro compareceram para a coleta de dados. A ausência de uma gerente foi justificada por compromisso de trabalho inadiável, e comunicada na véspera da data agendada, por contato telefônico ao pesquisador principal. As participantes foram

posicionadas em torno de uma mesa de reunião, de modo que todos tivessem visão ampla de todos os componentes do grupo e pudessem interagir. O grupo focal teve duração de duas horas e 14 minutos (KAMBERELIS; DIMITRIADIS, 2005, MORGAN; KRUEGER, 1998).

A orientadora da pesquisa foi a moderadora do grupo focal. Houve a presença de dois observadores externos. O pesquisador principal foi um deles e também auxiliou no registro audiovisual (filmagem e gravação de áudio) e a segunda observadora, era mestranda, tinha formação em saúde e tomou notas das falas.

#### 5.5.1.2. Entrevista em profundidade

Esta etapa da coleta de dados foi por meio de entrevista semi estruturada com a superintendente (KAMBERELIS; DIMITRIADIS, 2005, BARBOUR; KITZINGER, 1999).

A entrevista foi realizada no mês de abril de 2014, nas dependências da SPAIS no gabinete da superintendência, com duração de uma hora e dez minutos. A entrevista foi conduzida pela orientadora da pesquisa. O pesquisador principal foi o observador externo e também auxiliou no registro audiovisual (filmagem e gravação de áudio).

#### 5.5.1.3. Análise documental da cartilha da SPAIS

Os dois procedimentos de coleta de dados citados anteriormente foram aplicados diretamente às pessoas. “Todavia, não são apenas pessoas que constituem fontes de dados” (GIL, 2006, p.162). Os documentos também podem ser importantes fontes de dados. A Cartilha da SPAIS (SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, 2013), foi escolhida pelo seu papel de destaque na apresentação da instituição. Sua publicação e distribuição, como consta no texto do documento, almeja “dar visibilidade à sua missão e visão institucional, quanto a gestão da política de atenção integral a saúde” (SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, 2013, p. 5) aos municípios do Estado, foi utilizada como uma das fontes de dados utilizadas neste estudo.

#### 5.5.1.4. Observação assistemática

A observação constitui um elemento importante em todas as etapas da pesquisa. No entanto na etapa da coleta de dados ela se torna mais evidente (GIL, 2006). As notas foram tomadas no período entre abril de 2013 e novembro de 2014. Considerando que o

pesquisador também é servidor efetivo da instituição, esta etapa se deu com naturalidade durante as atividades cotidianas. Os dados foram registrados de forma assistemática.

### 5.5.2. Instrumentos

Para cada uma das etapas de coleta foram utilizados diferentes instrumentos: um roteiro para entrevista em profundidade (APÊNDICE A), um roteiro para o grupo focal (APÊNDICE A), a Cartilha da SPAIS para análise documental (SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, 2013) e as notas da observação assistemática.

Os roteiros para entrevista em profundidade e para o grupo focal foram semelhantes, porém adaptados para cada um dos contextos (GIL, 2006). Ambos foram constituídos por questões abertas e conteúdo temático semelhante. As questões envolviam os seguintes temas: resgate histórico da superintendência, significado da superintendência, trajetória pessoal na superintendência, tensões no trabalho, datas e momentos festejados, elaboração e apresentação de projetos e ações, reuniões periódicas, tomada de decisões, pessoas que se destacam na superintendência, conquistas no trabalho, como deveria ser a superintendência e aspectos positivos e negativos do cargo.

Tanto a entrevista, como o grupo focal foram gravados em áudio com gravador digital SONY ICD-PX312 e em vídeo, utilizando uma câmera digital SONY NEX -5 montada em tripé e colocada o mais distante possível, para melhor naturalidade e conforto dos participantes.

Os registros de áudio foram enviados para uma empresa de especializada e foi feita a transcrição literal das respostas do grupo focal e da entrevista individual para fins de análise. Os dados foram revisados e corridos pelo pesquisador com base na comparação do texto transcrito e o áudio das entrevistas, com apoio do recurso do vídeo.

## **5.6 Aspectos Éticos, Benefícios ou Riscos da Pesquisa**

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, por meio da Plataforma Brasil, conforme o Parecer número 464.613 de 18 de novembro de 2013 (ANEXO 1).

Um termo de ciência institucional foi destinado e assinado pelo Secretário de Estado da Saúde de Goiás (ANEXO 2). Todos os participantes assinaram previamente um termo de

consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B), e foram orientados do direito de suspender ou encerrar na pesquisa a participação a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Em todas as etapas deste estudo foram considerados os princípios éticos que regulam as pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução CNS 196/96 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996) e posteriormente, a Resolução CNS 466 de 12 de dezembro de 2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Todos os dados serão mantidos no anonimato e guardados por pelo menos cinco anos.

Os participantes tiveram a oportunidade de uma interação em torno de temas diretamente relacionados ao trabalho e ao cotidiano, porém com um certo distanciamento contextual, para possibilitar uma maior clareza e reflexão da realidade, visto que a cultura de uma organização apesar de ser extremamente importante para o alcance de objetivos e metas, não é facilmente percebida, principalmente por aqueles que estão imersos nela.

## **5.7. Análise dos Dados**

A orientação metodológica para tratamento dos dados adotada é a análise de conteúdo das respostas das gerentes e da superintendente, análise dos documentos e notas de observação assistemática. A análise obedeceu três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados (BARDIN, 1977; GIL, 2006; FRANCO, 2008).

### **5.7.1. Pré-análise**

A partir da compreensão do referencial teórico e da internalização dos conceitos envolvendo os elementos culturais: símbolos, heróis, rituais e valores (HOFSTEDÉ, 2001), o material foi organizado e foi feita uma leitura flutuante e a escuta das entrevistas, para aproximação e o início da organização dos temas e idéias.

### **5.7.2. Exploração do Material**

Nesta fase cada fonte de dados foi analisada separadamente, com o intuito de transformar os dados brutos em unidades codificadas de forma organizada. O primeiro passo foi, a partir dos conceitos e por meio de várias leituras das transcrições e documentos, buscar o reconhecimento de falas semelhantes ou trechos semelhantes que despertassem unidades de conteúdo significativo quanto aos elementos culturais da instituição.

O segundo passo foi marcar as falas, os trechos dos documentos e as notas de observação de diversas cores, na busca de reconhecer a associação destas unidades de texto com as categorias: símbolos, heróis e rituais (HOFSTEDE, 2001) (APÊNDICE C).

### 5.7.3 Tratamento dos Dados

a. Em seguida, ao comparar as quatro fontes, foi feita uma nova releitura de todos os dados para confirmar se algum elemento não havia sido incluído nas categorias ou se precisavam ser movidos para outra (APÊNDICE D)

b. Foi feita a identificação nas falas dos diferentes símbolos, heróis e rituais (APÊNDICE E).

c. Deste modo os dados agora organizados em planilhas foram analisados dentro das categorias. Foi observado como e quais elementos práticos da cultura, ou seja, como os símbolos, heróis e rituais, “conversavam entre si” e convergiam para os mesmos valores (APÊNDICE F).

d. Muitos poderiam ser os arranjos formados entre os elementos culturais. Dificilmente uma manifestação cultural pode ter uma relação isolada com um determinado valor. Por muitos momentos a impressão que se tinha era que os símbolos, heróis e rituais estavam em um constante movimento em torno do centro, ocupado pelos valores. No entanto, na busca por significados das práticas culturais e sua ligação com um sistema de valores, optou-se por recortar um momento de análise, um esforço que pode ser comparado ao efeito de um instante fotográfico. Para fins didáticos e ilustrativo, este instante foi descrito e analisado, no qual algumas dos elementos culturais práticos extraídos dos dados, foram agrupados a partir dos três valores considerados mais evidentes nesta pesquisa.

Desta lógica, foi construído o diagrama da cebola, preconizado por Hofstede (2001) e representado pela Figura 1.

e. Partindo dos conjuntos de práticas e valores culturais, buscou-se encontrar o melhor significado destes artefatos (símbolos, heróis e valores) em relação aos valores assumidos da cultura organizacional da instituição, na perspectiva de Schein (2010).

f. Por fim, buscou-se identificar o significado e as possíveis implicações dos elementos culturais na atuação da instituição na consolidação do SUS.

## 5.8 Apresentação dos Resultados

Os resultados são apresentados inicialmente na forma do diagrama da cebola (Figura 3). Em seguida os resultados são descritos e discutidos a partir dos três valores mais evidentes nesta pesquisa, com exemplificação de trechos e falas, os quais foram identificados de acordo com as fontes de informação: (E) para entrevista, (GF) para grupo focal, (D) para documento e (O) para notas de observação. A cada um dos valores estão associados os elementos práticos: símbolos, heróis e valores. Algumas implicações para a consolidação do SUS permeiam a discussão.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados permitiu a identificação de vários elementos culturais na Superintendência, entendidos como práticas, ou seja, seus símbolos, seus ritos ou rituais e seus heróis ou sagas. Na busca por significados, algumas práticas convergiram para exposição dos seguintes valores:

- 1) O tecnicismo
- 2) O assessoramento
- 3) A hierarquia

Estes valores (tecnicismo, assessoramento e hierarquia) estão representados, assim como os símbolos (indicadores, técnico, mudanças, linguagem técnica, leis, titulação, políticas públicas, publicações), heróis (o servidor técnico idealizado, a área atuante, o Ministério da Saúde) e rituais (reuniões técnicas, planejamento, financiamento, assessoria, pós graduar), no *diagrama da cebola* de Hofstede (2001), na figura 3. E são apresentados e discutidos a seguir, agrupados segundo suas possíveis ligações aos valores assumidos segundo Schein (2010):

### Valor 1 - O tecnicismo

A apresentação da SPAIS, das gerências e dos grupos está constantemente associada aos símbolos *técnico(s)* ou *técnica(s)*:

“ A identidade de uma organização é constituída pelo seu conjunto de estruturas e atividades[...] Este conjunto de atividades desenvolve-se em processo de cooperação *técnica* com União e municípios...” (D)

“ A gerência [\*]constitui-se em uma instância *técnica*...” (D)

“Somos um grupo de *técnicos*...” (D)

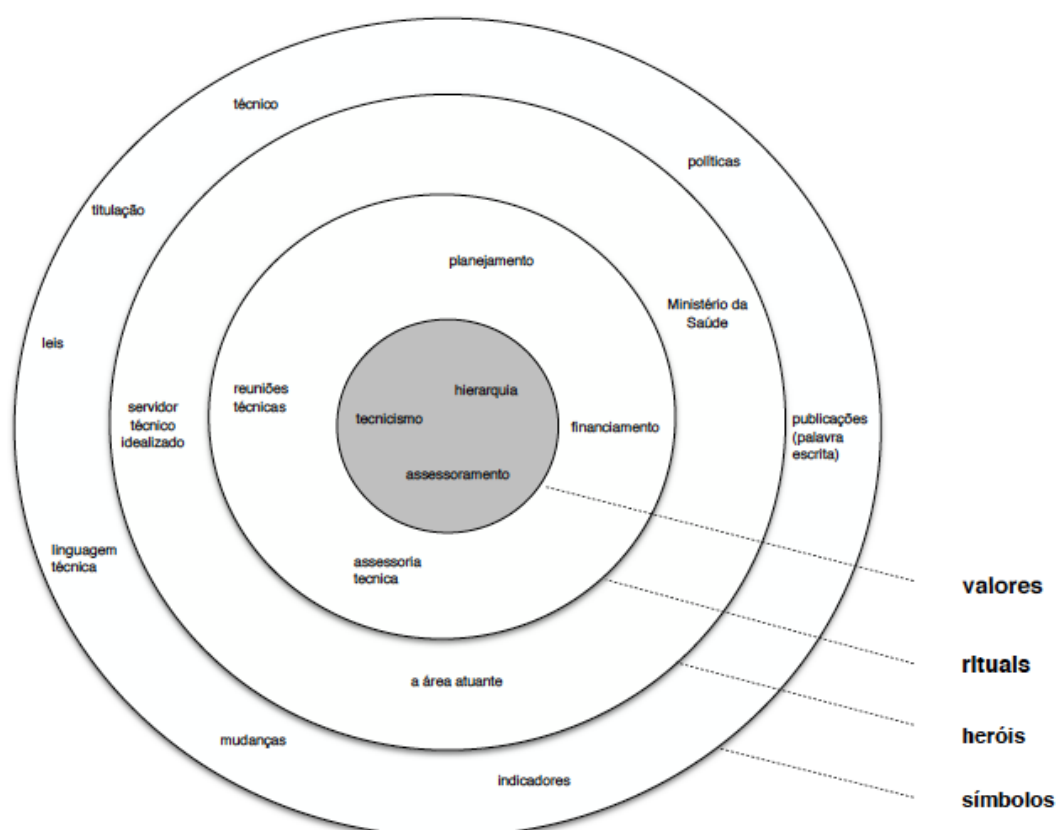
“...somos *técnicos*, sempre fomos e acho que isso não se perdeu” (E)

Este símbolo aparece também associado a apresentação pessoal, como uma descrição de tamanho significado para os membros do grupo que não requer explicações:

“Eu sou *técnica*, sempre fui *técnica*.” (E)

“Sou *técnica*, assim como entrei, eu vou sair.” (E)

Figura 3 - Resultados representados no diagrama da cebola de Hofstede (2001)



A emersão destes elementos nas falas e documentos apontam para o tecnicismo como um possível valor que retro-alimenta as práticas e comportamentos do grupo, acabando assim por consolidar uma dinâmica ordem social, em torno destes símbolos, rituais e heróis.

De modo geral, o tecnicismo advém de uma acumulação histórica. Tem suas raízes no Renascimento e pode ser visto como o pivô da filosofia natural cartesiana, estando claramente presente no Positivismo, no Marxismo e no Pragmatismo. Manifesto de diferentes formas, tem em sua essência a atitude fundamentada na busca do controle da realidade, visando resolver todos os problemas com uso de métodos e instrumentos técnicos-científicos. Ele está fundamentado na perfeição da técnica, com vistas a efetividade e eficiência (SCHUURMAN, 1997). No entanto, Minayo (2009) argumenta que a vivência tanto da saúde e da doença, traz efeitos no corpo e no imaginário, sendo ambos reais em seus efeitos e desdobramentos. A aceitação e a compreensão pelos profissionais de saúde ajudaria os ajudaria a considerar valores, atitudes e crenças das pessoas no cuidado e não somente os aspectos técnicos.

Também ligado a estas raízes tecnicistas, a *titulação* se sobressaiu como um símbolo nas apresentações e o *pós graduar* como um ritual valorizado nas trajetórias:

“Fiz. Eu tenho duas (especializações).” (G)

“Eu fiz saúde pública. É uma especialização...” (G)

As falas apresentam discursos ricos em símbolos, representando *leis* e a *linguagem técnica*, como portarias, siglas, terminologias e outras palavras próprias para o grupo. Esta linguagem ajuda a construir uma identidade e um senso de pertencimento dos indivíduos ao grupo. Estes termos são facilmente percebidos e podem até causar certo estranhamento para um ‘estrangeiro’, ou seja, alguém que não pertença a instituição, em uma primeira aproximação:

Uma servidora que atua na SPAIS há muitos anos disse: “quando entrei aqui, ia nas reuniões e não entendia nada o que o povo estava falando ou onde queria chegar com aquilo...” (O)

“O programa Academia da Saúde foi instituído pela portaria n. 719-GM/MS, de...” (D)

“...tipo esta questão do CREDEQ...” (G)

“Ela é do INSS...” (G)

“...por exemplo, na SCATS ou lá na SUPEX a gente leva meia hora pra chegar lá...” (G)

...nós tínhamos 28 CAPS...o NASF tínhamos 50...” (E)

“...estávamos em uma reunião e acredita que a mulher não sabia o que era *matriciamento!*?”

“...quando eu respondia ao TCE ou Ministério Público eu colocava todos os memorandos, com os números, as portarias e tudo mais para embasar” (O)

O profissional ideal e desejado, surge não como um pessoa em particular, mas como a soma de qualidades na figura heróica de um *servidor técnico idealizado* que trabalha bastante e sem questionamentos:

“Quem trabalha muito, faz muita hora extra.” (G)

“(...)não nega viagem.” (G)

“Aquela pessoa que você dá uma tarefa para ele fazer e ele faz bem feito.”(G)

“(...)e feliz. No meu entendimento, com boa vontade, com entusiasmo, com coragem, sem reclamar.” (G)

“(...) que sabe que tem prazo pra entregar” (G)

“(...) que faz” (G)

“(...) que tem experiência, que possa viajar, que tenha bom relacionamento pessoal” (E)

“Aquele que sabe do SUS” (E)

“(...)o que eu vejo é que todos na SPAIS, nas piores condições eles conseguem. Sabe aquele que ‘se vira nos 30’<sup>1</sup>?...”

A valorização do *servidor técnico idealizado* é enfatizada. E isso fica ainda mais claro pelo esforço em distanciá-lo do ser *político*, uma espécie de figura antagonista ou anti-herói e de certo modo demonstra uma coexistência conflituosa:

“ Já teve pessoas que entraram na SPAIS, que tinham outra postura que não deu certo. Tiveram que sair, porque acho que uma característica aqui, de todos, é essa postura mais técnica.” (E)

“E vejo assim, eu me sinto um pouco diferente dos governantes. Os governantes querem mostrar serviços próprios...” (E)

“ Na saúde mental o plano de governo focou numa coisa diferente que os técnicos pensavam, na saúde bucal o Governo não tem nenhum foco para saúde bucal, aí isso dá certa liberdade...” (G)

“...os municípios pediram muita coisa para o Estado, né? E muita coisa é política né e a gente responde dentro das políticas(...) E essa pressão política...” (G)

As mudanças políticas nos municípios foram relacionadas a rotatividade intensa de profissionais nos cargos de gestão. Sobre esta interferência negativa dessa descontinuidade foi ponderado que:

“ ...colocam pessoas que não tem o perfil para aquela função. Aí isso dificulta demais o nosso trabalho...” (G)

---

<sup>1</sup>“ Se vira nos 30”: alusão a um quadro de um programa popular de televisão no qual os artistas devem apresentar seu número em 30 segundos.)

O *técnico* da SPAIS foi apresentado como alguém que muitas vezes se mantém alheio a questões que envolvem financiamento e planejamento:

“E durante todos esses anos a gente tentou colocar na cabeça das pessoas: gente, planejamento é importantíssimo, porque as pessoas vêm assim ‘ah já vem mais uma programação para fazer, já vem mais um relatório para fazer” (E)

“Isso era bem da SPAIS: ‘sou técnico, não quero saber mais do restante” (E)

“(...)um técnico me falava: ‘...coisa de dinheiro, isso não é coisa minha não(...)” (E)

As *reuniões* técnicas, espaço permanente para repasse de demandas advindas do Ministério da Saúde ou do gabinete do secretário estadual, para relatório de viagens e despachos de demandas das gerências com a superintendente, aparecem como um ritual semanal:

“ (...) tem as nossas reuniões ou a gente faz em *reuniões* de colegiado.” (G)

“ Com a superintendente toda semana.” (G)

“Toda segunda feira a gente resolve aqui as coisas.” (E)

Estes traços culturais que levam ao entendimento do tecnicismo como um valor cultural da SPAIS não devem trazer por si julgamentos. De acordo com Schein (2001) e Hofstede (2010) os elementos de uma cultura organizacional não são bons ou ruins, deve-se analisar o impacto que os mesmos podem causar sobre questões da instituição. Resta deste modo, a reflexão de como a dureza metodológica e a estima pela técnica, com crenças de neutralidade e distanciamento crítico, poderiam colaborar para a construção e implementação de políticas fitas à realidade, ou seja, que estão firmemente ligadas à realidade; e a partir daí, distinguir o que deveria ser gradativamente incorporado.

Antes de mais nada, deve-se ponderar se para esta instituição estudada, o termo *técnico* pode ter uma conotação própria. Pode ser que o significado e o uso deste símbolo, superem o seu enquadramento dentro de um tecnicismo histórico, por exemplo. Porém, mesmo assim, é possível associar estas nuances da cultura organizacional que se apóiam, identificam e enaltecem o legado técnico, com uma possível formação produtivista e tecnicista dos seus membros advinda de um processo histórico.

Desde o início da Revolução Industrial, a necessidade de aproveitamento máximo da energia humana na produção e rentabilidade, deu margem a inúmeras mudanças, dentre elas a conversão do parâmetro organizacional da formação escolar para a organização científica do trabalho. À época, segundo princípios taylor-fordistas, a eficácia da produção estava associada a grandes linhas de produção, controladas por um sistema hierarquizado, focado em premiações e punições que estimulam a competição interna e desestimulava a organização trabalhista. Outra importante mudança foi a necessidade crescente da produção de mão de obra comitente com a nova realidade industrial, o que influenciou diretamente a consolidação de uma pedagogia conformada no treinamento, configurando-se assim uma escola seriada, de conteúdo fragmentado que atendesse a demanda de mercado, com vistas a reproduzir de forma acrítica princípios administrativos (AZEVEDO, 2011), semelhante a imagem idealizada do servidor desejado na instituição.

Segundo Saviani (1999), no Brasil, estes princípios se consolidaram principalmente no período da ditadura militar, com a reforma do ensino superior e também do ensino primário e médio, em uma concepção produtivista educacional. Esse contexto abriu espaço para uma pedagogia que reordenasse o processo educativo, com base na racionalidade, na neutralidade e na produtividade, tornando-o objetivo e operacional. A relação professor aluno era meramente técnica visando a transmissão de conteúdos, entendida como pedagogia tecnicista. Este autor ressalta:

Buscou-se planejar a educação de modo a dotá-la de uma organização racional capaz de minimizar as interferências subjetivas que pudessem pôr em risco sua eficiência. Para tanto, era mister operacionalizar os objetivos e, pelo menos em certos aspectos, mecanizar o processo (SAVIANI, 1999, p.24)

Este cenário não era único e isolado, pois outras teorias e tendências também buscavam espaço, porém, o claro diálogo congruente com o sistema capitalista, otimizaram sistemas educacionais não críticos, que entendiam a marginalidade como um desvio a ser corrigido e ignoravam a influência e determinações sociais (MARQUES, 2012).

Toda esta construção tendeu a isolar sistematicamente o indivíduo na condição de operário-consumidor, estimulando-o a adotar uma função político-social passiva. Entende-se que este processo de construção do conhecimento enfatizou o aprendizado como uma reprodução de métodos e técnicas, distanciando-se de um processo crítico analítico.

A formação na área da saúde, e provavelmente a de todos os profissionais da instituição estudada, não teve um caminho estranho a este. A estruturação dos cursos se deu no modelo flexneriano, firmado no paradigma biologicista e tecnicista, que estimula a fragmentação e a especialização (CARVALHO; CECCIM, 2009; BISPO JR, 2009).

Muitas são as críticas a este sistema hegemônico de formação profissional. Para Ceccim e Feuerwerker (2004):

A perspectiva tradicional do ensino na educação superior desconhece as estratégias didático-pedagógicas ou modos de ensinar problematizadores, construtivistas ou com protagonismo ativo dos estudantes, ignorando a acumulação existente na educação relativamente à construção das aprendizagens e acerca da produção e circulação de saberes na contemporaneidade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 1402).

Este cenário educacional, que encontrou berço no período desenvolvimentista progressista da década de 1980, conformou um perfil profissional tecnicista, que supervaloriza a atuação técnica e por isso neutra e passiva. Um bom profissional deveria então ser altamente especializado, de linguagem rica de termos técnicos e que intencionalmente não deve discutir, aproveitando o jargão popular, “política, futebol e religião”.

No entanto, os altos níveis de repressão da época geraram tensão e organização social de resistência até a derrubada da ditadura militar, dando assim, início a um longo processo de democratização do país que permanece até os dias atuais.

Mesmo que o funcionamento do poder legislativo, a garantia de eleições diretas e a alternância de poder possam, de certo modo, indicar sinais desta democratização, ainda há muito o que percorrer. O histórico da Reforma Sanitária e a plena implantação do SUS mostram que mudanças sociais de grande impacto como o SUS, são dependentes de uma luta coletiva, de natureza “macro-social”, como aborda Paim (2009). Sobre esta reflexão, expõe-se a tensão negativa que uma cultura que valoriza o técnico “político neutro” com titulação e de competências bastante específicas. Isto conseqüentemente pode inibir ou afastar o servidor “construtor político” pro-ativo e co-responsável pelo SUS e suas políticas públicas. A contribuição do profissional na construção e implementação de políticas públicas de saúde vai além da sua excelência técnica e requer responsabilização, pensamento crítico, o exercício da cidadania e por fim um

posicionamento político (CAMPOS; CAMPOS, 2009), a serviço da vida individual e coletiva (MERHY, 2002).

Considerando que esta articulação política em torno do SUS envolve uma diversidade de grupos, a comunicação clara se torna um fator imprescindível. Assim, inicialmente seria válido pensar em uma visão macro, que um grupo tende a desenvolver termos próprios que a primeira vista aproximam os membros do grupo e tornam a comunicação mais rápida e sucinta por meio de expressões, gírias, jargões e neologismos, o que paradoxalmente o isola de outros grupos (CABELLO, 2002). Este fato pode descrever grosseiramente o nascimento de sotaques, dialetos e línguas. Na mesma lógica, mas num aspecto micro, isto pode ocorrer também no âmbito das instituições públicas.

Diante disso, os indícios do uso de uma linguagem tecnicista na instituição, talvez não sejam um evento raro ou singular. No entanto considerando o papel proposto a instituição, principalmente o da construção e implementação de políticas públicas de atenção integral à saúde, o relacionamento estreito com uma diversidade de grupos é vital e assim demanda uma comunicação clara e acessível.

Como ilustração, um estudo de Lages (2012), fora da área da saúde, investigou a dificuldade da cobertura das decisões judiciais pela imprensa, devido ao tecnicismo jurídico exacerbado, ressaltando também que grande parte da população tem dificuldades de compreender os termos jurídicos e apontou finalmente a necessidade de iniciativas de aprimoramento por meio da simplificação da linguagem.

De modo semelhante, o uso de uma linguagem com traços de erudição tecnicista, rica em portarias, datas, siglas e termos específicos, apesar transparecer domínio e credibilidade aos valores institucionais encontrados, por outro lado pode ser um problema e resultar em uma espécie de isolamento linguístico. Conseqüentemente, esta limitação pode atrapalhar a comunicação interna entre gerências e áreas. A dinâmica do relacionamento entre áreas e setores é tida como um dos principais problemas em uma empresa e dentre os principais fatores que colaboram para isso, está a falta de comunicação entre eles (DAMANTE, 1999). Outra dificuldade pode ser a falta de articulação entre membros da instituição com grupos de afirmação política, comunidades vulneráveis, grupos político-partidários, organizações do terceiro setor, instituições de ensino e até outras instituições de saúde. Por fim pode, no mínimo intimidar e esvaziar a participação popular na

construção de políticas, senão vir a ser mais um obstáculo ao *empoderamento* e à autonomia de indivíduos e comunidades.

## Valor 2 - O assessoramento

O assessoramento aos municípios e às regionais de saúde é um outro valor que se manifesta nas práticas culturais, por meio de símbolos, rituais e sagas.

O termo assessorar, segundo o dicionário Michaelis, está relacionado “ao ato de assistir, de auxiliar tecnicamente em assunto específico” (MICHAELIS online) e na Teoria Clássica da Administração é visto como “a função de preparar e treinar o pessoal e manter condições favoráveis de trabalho.” (CHIAVENATO, 2010, p.35)

Na descrição da missão e nas atribuições da organização, este valor aparece para ressaltar o sentido central do trabalho da instituição:

“...a SPAIS, ela sempre teve um missão de *favorecer* as políticas desde o início... era *favorecer* as políticas e os municípios. Assim, o sentido da SPAIS, ele é um sentido muito mais externo do que interno em si.”(E)

Dentre os rituais cotidianos este valor aparece de diversas formas, dentre elas como *coordenação, apoio, ajuda, fortalecimento, capacitação e cuidado*:

“Assessorar tecnicamente os serviços de saúde, com interface às populações-alvo da gerência” (D)

“... o que nós fazemos aqui na [SPAIS] é encaminhado para as regionais [de saúde] para essas regionais estarem *assessorando, orientando, acompanhando* os municípios.”(G)

“...*assessorar* as regionais de Saúde e municípios na implantação das ações de saúde.” (D)

“*Fortalecer* as Unidades Regionais de Saúde, para prestar *cooperação técnica e assessorar* os municípios na implantação/implementação das políticas de atenção Integral à saúde (análise, operacionalização e adequação das políticas à realidade local)” (D)

Um símbolo importante presente inclusive no nome da organização, são as *políticas*. Associados a elas, os rituais de implantação e implementação vêm reforçar a importância deste constante processo de assessoramento:

“Essa é a nossa função. *Ajudar* os municípios a fazer as suas *políticas*. Seja da [saúde da] mulher, seja [saúde] bucal, seja [saúde] da criança.”(E)

“Lá [SPAIS] *cuida* de todas as *políticas* que dão assistência a saúde da população...” (G)

“Como essas políticas elas têm que ser efetivadas dos municípios pra elas terem razão de existência, tem que ter um órgão no estado pra implantar e implementar essas políticas, acompanhar, monitorar.” (G)

É importante lembrar que os elementos culturais podem emergir de diversas maneiras, podendo estar presentes, ausentes ou inclusive como oposição. Pode ainda se manifestar de forma explícita ou implícita. A rotatividade de gestores e/ou de servidores e a mudança frequente nas políticas e portarias foram relacionadas a necessidade do apoio e da assessoria, aparecendo na forma do símbolo *mudanças*.

Quanto as *mudanças*, elas estão associadas explicitamente às políticas públicas, às pessoas, aos gestores e aos organogramas:

“O (RH) é o fator principal e como a secretaria tem muitas mudanças por causa de *mudanças políticas* então, eu acho que essas mudanças refletem muito nisso, atrapalha, porque a gente faz um trabalho todo aí quando passa 1 ano né? *Mudam todas essas pessoas* e aí você tem que começar do zero.”(G)

“Por causa da *mudança de gestores*, justamente foi esse o objetivo pra que o gestor conhecesse o que é a secretaria estadual de saúde.” [sobre a cartilha](G)

“...essas *mudanças* são porque no Estado muda-se muito a estrutura organizacional. Sempre faz mudanças nos organogramas, às vezes modificam siglas ...”(G)

Se manifesta ainda implicitamente, demonstrando que as políticas públicas estão em intenso e instável processo de construção e reforma. A formulação e reformulação são dependentes daquilo que sai ou entra na agenda governamental de acordo com Pinto (2008), neste caso, principalmente da esfera federal:

“Elas são lançadas, não só políticas, como portarias, não só políticas, resoluções. Elas são *lançadas a cada 5 minutos*.” (G)

Diante destas constantes alterações e trocas nos documentos oficiais e organogramas, é observada pelos membros da instituição a dificuldade encontrada por parte dos gestores externos ou dos municípios:

“... justamente para que os gestores tenham esse *entendimento* [sobre o novo organograma].”(G)

“Até eles [municípios] também tinham essa dificuldade desse *entendimento* [sobre organograma, políticas e programas novos].”(G)

A oportunidade de realizar o trabalho de assessoria, representada aqui como capacitar, supervisionar, ensinar, aproveitada por algumas gerências, aparece como referência heróica, ou melhor, como saga de bom desempenho e destaque:

“...vamos viajar, vamos pro município, vamos sentir o município ... não só curso, mas fazer capacitação lá mesmo, uma supervisão entre aspas, mas que você esteja ensinando. Tá? Então, acho que teve áreas que souberam aproveitar muito isso.”(E)

Outros elementos também intimamente relacionados, emergem como negação e dúvida ao valor do assessoramento, gerando nos membros da organização um senso de distanciamento das tarefas realizadas:

“...se você não sabe nem qual é o seu papel e qual as suas atribuições, aí fica difícil trabalhar.(G)

“É aquele famoso continho que diz assim: que está fazendo uma catedral, e perguntam para um obreiro, ‘O que você está fazendo?’, ‘Tô colocando tijolos’. E pergunta para outro, o outro diz, ‘Eu estou fazendo uma catedral’. Então, nessa visão, eu acho que em qualquer serviço, em qualquer área, tem isso. Tem aquele que não consegue ver a grandeza do seu trabalho. Tá ali, só fazendo a sua tarefinha, e não consegue perceber que você está influenciando em uma política como um todo, num Estado como um todo.” (E)

A presença e ausência de símbolos como *indicadores* de processo ou de impacto emergem das falas como uma forma de mensurar o trabalho de assessoria:

“Mas o resultado que eles querem em cima de *indicadores*, né?”(G)

“...os indicadores são todos, as vezes a nível já nacional né? Enfim eles são muito *indicadores* de impacto...”(G)

“A gente podia ter um *indicador* de processo nosso.”(G)

“Então, o *indicador* de processo só se fosse uma coisa interna. Não é um indicador que é cobrado...”(G)

Da mesma maneira, o financiamento de projetos e serviços, aparece como um outro ritual ligado a desvalorização do trabalho de coordenação:

“E falta ainda uma coisa que poderia valorizar essa nossa coordenação seria o *financiamento* efetivo, que o estado desse a esses municípios pra que ele pudesse fazer o que a gente faz com mais firmeza. Cobrar por que não tá fazendo direito né, mas aí o estado não financia de forma...como deveria.”(G)

Quando um valor da cultura organizacional é questionado ou não reconhecido, isso pode trazer conseqüências importantes como, por exemplo, percepções negativas dos membros da organização, em forma de pessimismo ou sarcasmo:

“[...]a missão da (SPAIS) que é *coordenar* as políticas, né? Isso acaba sendo pouco valorizado por todos, até por essa equipe que é tecnicista. Então, aquela coisa que o estado coordena, o estado não faz mais ou pelo menos não deveria, né? Essa é uma missão que é o município que faz. Então, a gente fica sempre *no apoio, no assessorado*, eu acho que isso é pouco valorizado.”(G)

“...a gente precisa fazer o nosso trabalho de *coordenar, assessorar apoiar e isso acaba sendo muito pouco valorizado.*”(G)

“...eu não tenho um ‘assessorímetro’, como vou medir meu trabalho?” (O)

Reforçando o assessoramento, foi citado ainda que o servidor pode tender a uma visão limitada da realidade, semelhante a “falsa consciência” dos achados de Berger e Luckmann (1985):

“... o servidor fica muito no processo... fica muito, no seu dia a dia, e não consegue colocar as metas. Eu sinto que é alguma coisa assim, sabe? Tanto que, no primeiro ano, foi uma dificuldade. Você falava para as pessoas, ‘O que você fez?’, aí as pessoas respondiam, ‘Ah, mas nós já fizemos muito’. Atendemos não sei quantos telefonemas, não sei quantas *assessorias* para o município”(E)

Deste modo, podendo chegar a um processo de tamanha liquidez que termine a achar razão em si mesmo. Com isso corre o risco, em uma breve escala de tempo, de vir a comprometer a visão da instituição: de “ser uma unidade reconhecida e legitimada, interna e externamente, pela sua capacidade de formulação e implementação de estratégias de Atenção à Saúde” (SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, 2013, p. 5), principalmente ao que toca a sua eficácia no alcance de resultados e o papel que a instituição de nível estadual representa na dinâmica do SUS.

### Valor 3 - A hierarquia

O sentido da hierarquia que emerge como um valor expresso nas práticas culturais da Superintendência, deve ficar claro, para não ser confundido com a diretriz organizacional do SUS que se refere a distribuição da atenção a saúde em níveis de atenção primária, secundária e terciária e a responsabilização da sua gestão entre os entes federativos (BRASIL, 1990a). O valor aqui traduzido como *hierarquia*, surge imerso nas práticas e projeta os dotes de importância, de poder, de influência e de superioridade do Ministério da Saúde na condução do SUS, sendo assim visto como um herói.

Por exemplo, apesar do Brasil ter um número crescente de ministérios, o Ministério da Saúde foi citado sem especificações, simplesmente como “O Ministério” em grande parte das falas. A credibilidade e o “senhorio” do Ministério da Saúde conduzem a uma consolidada crença de que suas publicações devem ser estudadas, suas diretrizes devem ser seguidas, seus planos devem ser implantados:

“[...]os manuais todos do *Ministério* que existia a gente já estudava.”(G)

“...eu acho que o *Ministério*, ele continua sendo uma linha de diretriz, pelo menos na nossa área.”(E)

“Porque plano do *Ministério* tem que ser traçado” (G)

As políticas, símbolo importante na SPAIS, quando associadas ao herói *Ministério da Saúde*, representadas pelo termo *nacional(is)*, toma uma forte dimensão indutora de outras políticas, planos e ações:

“Tem o *nacional* que dá a diretriz, aí depois tem o estadual que vai implantar e implementar e tem o municipal também.” (G)

“Por que eu penso assim, porque existem as *políticas nacionais* do ministério que são as políticas que nós seguimos.”(G)

“...acabam sendo norteadas pelas *nacionais*, mas que com o foco mais direcionado a sua realidade, a sua necessidade dentro dum plano de ação que vai atender a sua especificidade né e assim, nos 3 entes né” (G)

Este valor hierárquico afetou, por exemplo, o organograma da Superintendência, de forma direta:

“Em 2003, teve uma reforma em toda a Secretaria, que o Ministério ajudou, e vieram, inclusive, umas pessoas para ajudar a fazer essa mudança, uma empresa contratada

pelo *Ministério*... muitas superintendências não acataram as sugestões dessa assessoria. Mas na SPAIS se acatou, realmente houve uma mudança total.” (E)

E também indiretamente:

“As políticas não estavam muito definidas. A política de saúde bucal era recente, não tinha uma área que cuidasse disso. Pelo implemento que foi acontecendo na saúde bucal é que viu-se a necessidade da gerência de saúde bucal que cuidasse disso.” (G)

“A gente estava lendo um documento que foi feito, é o caderno de informação do ministério... e estava discutindo aquela questão de criar mais uma coordenação...”(G)

Uma distinção hierárquica também se mostra presente no rituais de *planejamento*:

“A gente trabalha com dois *planejamentos*, um que é o do ministério né que vem às políticas, as diretrizes nacionais e a do governo.” (G)

“-Que a gente faz em cima do outro [planejamento].

-É.

-Porque se não for em cima do outro [planejamento] você não faz.” (G)

Há também um elo forte entre o Ministério da Saúde e os rituais de financiamento, sendo raro o assunto sem algum tipo de referência a este ente federativo:

“O Ministério da Saúde repassa ao Município um incentivo financeiro mensal de...”(D)

“...as pessoas aprenderam, por exemplo, ‘Ah, surgiu alguma coisa no Ministério, vamos pedir um convênio’...”(E)

“O repasse do Ministério da Saúde é feito por modalidades de equipes...”(D)

Na Cartilha da SPAIS, um artefato simbólico distribuído aos municípios do interior do Estado para apresentar a Superintendência, a distinção do poder hierárquico do Ministério da saúde é ressaltado nos diversos ritos de implantação, credenciamento, viabilização e manutenção de verba federal em contraste com poucas alusões aos repasses estaduais:

“-Uma cartilha né em toda essa visão, quem somos. Achei muito interessante é um trabalho. (G)

-O que eles encontram em saúde né?” (G)

“Como viabilizar a PNAISARI/POE em seu município...” (D)

“Os *incentivos federais* são baseados nos valores descritos abaixo...”(D)

Esta lógica de fomento tem fortes raízes na hierarquia e polariza alguns desajustes, como por exemplo uma relação de poder linear e vertical com forte dependência da União, inibindo o protagonismo ou mesmo a proatividade:

“[moderador]...ou a ideia vem do ministério ou ela vem do governo estadual, mas é sempre vertical de cima pra baixo?

-É sempre vertical.

[moderador] Vocês não tem muita margem de criar de fazer surgir novas coisas dentro da SPAIS?

- Só se eu estiver em consonância.

-Mesmo *porque a gente não tem nem verba pra isso.*

-Só se a gente estiver bem em consonância.” (G)

Isto pode levar a mais implicações. As políticas nacionais dificilmente chegam a abarcar o financiamento de iniciativas locais, visando particularidades e problemas muito específicos. A espera por recursos federais pode acabar retardando a consolidação de políticas locais que garantam a equidade da atenção. Um exemplo disso aparece nas falas, mais especificamente na discussão sobre a política de atenção aos portadores de Xeroderma Pigmentoso, doença autossômica recessiva rara que atinge, particularmente, uma determinada comunidade no interior do Estado de Goiás:

“-A gente tem direito a programas especiais, em que está o Xeroderma, por exemplo (...)

-É um problema específico de Goiás né. Nenhum programa nacional faz isso. Então, que plano, que política, política talvez, que plano de ação?

-Nenhum plano para...

- Então, estão elaborando um plano...

-Mas não foi feito...

- É. Não foi concluído.

- Não é consolidado sabe? O negócio não anda.” (G)

“-Por exemplo, não dão prioridade a essa situação.” (G)

Esta relação, marcada por um financiamento condicionado a programas fechados, tende a trazer ou induzir um processo de padronização ou uma espécie de isomorfismo na implementação da saúde no estado. O que deveria de certo modo ser uma referência mínima, passa a ser visto como um padrão de excelência e êxito, ou seja passa a ser o

teto e possivelmente ignora a real descentralização. Buscar o contrário parece conflituoso e caro, o que pode retardar um amadurecimento e a autonomia local:

“...assim, mas a gente está aprendendo a rebater. Tá? E não é assim, porque Ministério é Ministério, vai impor as coisas.”(E)

“...todo mundo estava reclamando, porque o Ministério está assim, pode dar 5 e dá 1. Então, agora estamos em uma briga que não é só duma superintendência. Na verdade das secretarias com o Ministério.”(E)

É certo que as mudanças no papel dos estados com a descentralização ainda produza um certo desequilíbrio na trina relação gestora do SUS. O CONASS, ao refletir sobre realidades e perspectivas da gestão estadual do SUS traz:

“...todos esses problemas no processo de consolidação do SUS e da sua descentralização, regionalização e municipalização, longe de significarem retrocessos na política de saúde, revelam apenas as contradições e dificuldades na implantação de qualquer processo político e, de certa, forma colocam a possibilidade de discussão e afirmação do papel das gestões estaduais e municipais...” (BRASIL, 2010, p.22)

E ainda ressalta que:

“...a evolução da descentralização trouxe um certo abalo e esvaziamento do poder tradicional exercido pelos estados, poder que agora se encontra em mão municipais, e é tanto maior quanto maior for a sua complexidade técnica e tecnológica, a nova realidade abre um crise de identidade nesses dois entes...”(BRASIL, 2010, p.23)

Costa e Neves (2013) consideram que:

“ Embora o SUS seja implantado de forma descentralizada, com forte ênfase municipaliza, reservando mecanismos de participação social um espaço de deliberação e controle das políticas de saúde, desde a década de 1990, o papel de formulação e coordenação nacional da política de saúde se mantém sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, que atua como gestor nacional do sistema, o que demonstra a importância da esfera federal na condução dessa política.”

Esta “importância da esfera federal” tem muito contribuído para este lugar soberano que o Ministério da Saúde exerce na cultura organizacional da instituição, objeto de estudo desta pesquisa, inclusive quanto os seus valores de assessoramento e tecnicismo. Para saber se isso tem desdobramento em outras instituições, outros estudos precisariam ser desenvolvidos.

Em uma breve reflexão, a descentralização dos serviços pela municipalização tem mostrado avanços na efetividade da atenção a saúde (VIEIRA et al, 2013). No entanto, o subfinanciamento da saúde no Brasil tem protagonizado lugar de destaque na manutenção de relações federativas desproporcionais e complexas. Sabe-se que a concentração de recursos em poder do MS também ortorgou função no combate as iniquidades regionais quanto a oferta de serviços (ARRETCHE, 2002). Por outro lado, isto pode ter levado a uma consequente padronização das ações públicas de saúde no país, restringindo-se as esferas municipais a formulação de planos, programas e projetos para atender meras exigências normativas e de financiamento, subtraindo as particularidades e necessidades locais (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

Em um cenário como este, associado ao repasse de recursos restrito a determinados programas nacionais, tende-se a consolidação de culturas organizacionais com pouco ou nenhum estímulo a criatividade que se faz necessária ao enfrentamento dos problemas locais e ainda pode contribuir para o enfraquecimento de apoio técnico, ou assessoramento, que tenha vistas a autonomia e o empoderamento dos municípios, restando assim uma espécie de “catequese” federal, rica em tecnicismo e submissa a uma ‘burocracia’ hierárquica.

## 7 CONCLUSÕES

A análise das falas e dos documentos, de acordo com Hofstede (2001), permitiu identificar elementos culturais práticos, como os símbolos (os indicadores, o técnico, mudanças, linguagem técnica, leis, titulação, políticas públicas, publicações), heróis (o servidor técnico idealizado, a área atuante, o Ministério da Saúde) e rituais (reuniões técnicas, planejamento, financiamento, assessoria, pós graduar) que parecem girar em torno de valores como o tecnicismo, o assessoramento e a hierarquia.

A relação entre estes elementos se mostra dinâmica, podendo dificilmente uma manifestação cultural estar isoladamente relacionada a um determinado valor. A tendência e semelhança entre eles traz indícios que devam estar alicerçados em bases profundas de mesma natureza. Porém este estudo não teve o objetivo de investigar a ligação profunda destes valores com pressupostos básicos da cultura. No entanto, em um momento de análise instantâneo, para fins didáticos e ilustrativos, a relação contextual encontrada entre os elementos práticos, de acordo com Schein (2010), levou que estes fossem agrupados em torno dos três valores assumidos. O técnico, a linguagem técnica, a titulação, as leis, o servidor técnico idealizado, as reuniões técnicas e o pós-graduar foram associados ao tecnicismo. Os indicadores, a assessoria e a área atuante mostraram ligação com o assessoramento. E por fim as publicações, as políticas públicas, o planejamento, financiamento e o Ministério da Saúde conduziram à hierarquia.

A análise dos elementos culturais em relação ao papel da instituição, levou a identificar possíveis implicações para o SUS, elencadas a seguir:

- A linguagem dos membros da instituição faz uso de um escopo racionalista e normativo. Esta característica é exaltada e demonstra um alto nível de qualificação e especialização. No entanto, isso pode ser um obstáculo quando se vincula a um comportamento apolítico, principalmente no enfrentamento de problemas e na construção de políticas públicas de saúde no contexto da pós-modernidade e da globalização.
- A cultura organizacional da instituição mostra-se focada e atenta aos processos, tendendo assim a negligenciar a busca por resultados com eficácia. A ênfase nos processos pode ser importante quando associadas a ferramentas como aquelas

relacionadas a educação permanente e o apoio institucional, no entanto, quando isoladas dificilmente podem vir a gerar mudança da realidade e induzir ao distanciamento do trabalhador e o seu trabalho.

- A cultura organizacional mostra-se imersa e tomada por um SUS ainda centralizador, subfinanciado, dependente e por isso pode, mesmo que passivamente, contribuir para a reprodução isomórfica de política nacionais, com todas as implicações, convergentes ou divergentes aos princípios do SUS, que isso signifique.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cultura organizacional traz uma perspectiva complementar importante para a análise dos complexos fenômenos ligados a gestão de instituições públicas de saúde. Quanto a instituição estudada, os resultados também mostraram que a sua cultura, parece sofrer influências de uma tradicional formação profissional, da histórica e morosa implementação dos princípios do SUS, da complexa conformação do estado brasileiro que insiste em um financiamento desproporcional à dotação tributária de cada um dos entes federativos. A partir do caráter exploratório desta dissertação, decorrem algumas pistas para futuros estudos.

Primeiramente, seria válida a realização trabalhos que venham a estabelecer comparações, considerado a possível existência de subculturas na instituição. Estas poderiam ser estudadas isoladamente ou frente aos elementos da cultura organizacional encontrada. Caberia também investigar a influência da cultura brasileira na formação e manutenção da cultura da instituição pública estudada. Outro ponto interessante seria a comparação com outras instituições inseridas em culturas nacionais/regionais semelhantes e/ou distintas, seguindo os consagrados estudos de Hofstede (2010).

Para um maior aprofundamento, os valores encontrados poderiam ser explorados quanto à sua natureza em relação ao tempo, ao espaço, a natureza humana, a atividade humana e aos relacionamentos humanos, como preconiza Schein (2010). A partir daí, poder-se-ia investigar em quais pressupostos básicos os valores encontrados se alicerçam e talvez trazer a tona, deste modo, paradigmas profundos e fundamentais da cultura desenvolvida na instituição.

Em outros contextos, parece oportuno a realização de estudos sobre mudanças culturais sofridas em instituições que passaram a ser gerenciadas por Organizações Sociais, com o objetivo de apreender valores resilientes nestas instituições públicas do SUS.

Por fim, este estudo não teve como objetivo primário a mudança ou manejo da cultura organizacional da instituição. No entanto, vale ressaltar mais uma vez a contribuição de Hofstede (2010) e Schein (2010) ao reconhecerem que o elemento crucial não é a cultura organizacional em si. Conhecê-la é um passo importante. Mas não deve ser o único. Recomenda-se assim, que sejam traçadas estratégias de gestão, alicerçadas em teorias

organizacionais, mas que incluam os valores e práticas culturais presentes na instituição, rumo a otimização de esforços no alcance dos seus objetivos e em suma venha a potencializar o seu papel junto a consolidação do SUS.

## 9 REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, n. 24, p. 41-67, 2005.
- ABRUCIO, F. L.; LOUREIRO, M. R. (Org.). **O Estado numa era de reformas: os anos FHC - parte 2**. Brasília: MP, SEGES, 2002. 316p.
- ARISAWA, A. A. L. **Análise da cultura organizacional após fusão de duas empresas**. 2007. 125f. Trabalho de Formatura (Diploma) - Escola Politécnica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. 1975. 196f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.
- AROUCA, A. S. S. Sérgio Arouca: o eterno guru da Reforma Sanitária. **Radis Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 3, out. 2002. Radis Entrevista, p. 18-21.
- ARRETCHE, M. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação & Sociedade**, v. 23, n. 80, p. 25-48, 2002.
- AZEVEDO, J. C. Globalização, tecnicismo e os desafios para uma educação comprometida com a formação humana. **Rizoma freireano**, v. 10, 2011. Disponível em: <<http://www.rizoma-freireano.org/index.php/globalizacao-tecnicismo-e-os-desafios-para-uma-educacao-comprometida-com-a-formacao-humana-jose-clovis-de-azevedo>>. Acesso em: 22 set. 2014.
- BARBOSA, L. **Cultura e empresas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.
- BARBOSA, L. **Igualdade e meritocracia: a ética do desempenho nas sociedades modernas**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003. 216p.
- BARBOUR, R.; KITZINGER, J. **Developing focus group research: politics, theory and practice**. London: SAGE, 1999. 240p.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. 24a ed. Tradução Floriano de Souza Fernandes. Petrópolis: Vozes, 1985.
- BISPO JUNIOR, J. P. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1866-7, 2009.
- BOY, R. V. A história das guerras: um estudo sobre as descrições dos bárbaros em Procôpio de Cesareia - século VI. **Byzantion nea hellás**, n. 30, p. 173-87, 2011.
- BRANDÃO, H. P.; SILVA, R. A. C. D.; FREITAS, I. A.; PEREIRA, S. C. M.; SANTOS, W. S. F. Gestão de pessoas como fator de sucesso na incorporação da Nossa Caixa pelo Banco do Brasil. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 17, n. 5, p. 598-619, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, dez. 1990b.

BRASIL. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. Coleção de Leis do Brasil, Brasília, v. 7, p. 1691, 1993a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde, 1993b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica (NOB) 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, nov. 1996.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, fev. 2006a. Seção 1, p. 43-51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais para os Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 72p. (Série A - Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006c. 164 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Realidades e perspectivas da gestão estadual do SUS**. Brasília: CONASS, 2010. 254p. (Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011. 534p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 13).

BRASIL. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços

públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080 e 8.689, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, jan. 2012.

BRAZIL, K.; WAKEFIELD, D.B.; CLOUTIER, M.M.; TENNEN, H.; HALL, C.B. Organizational culture predicts job satisfaction and perceived clinical effectiveness in pediatric primary care practices. **Health Care Manage Review**, v. 35, n. 4, p. 365-71, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/HMR.0b013e3181edd957>. Acesso em: 22 set. 2014.

CABELLO, A. R. G. Linguagens especiais: realidade linguística operante. **Uniletras**, v. 24, n. 1, p. 167-82, 2002.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção da autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M. ; DRUMOND JR, M.; CARVALHO, Y. M. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 669-88.

CANDIDO, M. R. (Org.). **Roma e as sociedades da Antiguidade**: política, cultura e economia. Rio de Janeiro: NEA/UERJ, 2008. 114p.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. Rio de Janeiro: Record, 2001. 236p.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M. ; DRUMOND JR, M.; CARVALHO, Y. M. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 137-70.

CARVALHO, M. C.; ROCHA, F. L. R.; MARZIALE, M. H. P.; GABRIEL, C. S.; BERNARDES, A. Valores e práticas de trabalho que caracterizam a cultura organizacional de um hospital público. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 746-753, 2013.

CASTRO, E. A. B.; CAMPOS, E. M. S. Uma discussão sobre as competências e habilidades de gestores no âmbito do Sistema Público de Saúde. **Revista APS**, v. 6, n. 2, p.94-98, 2003.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1400-10, 2004 .

CHIAVENATO, I. **Iniciação à teoria das organizações**. Barueri: Manole, 2010. 253p.

CODATO, A. N. Uma história política da transição brasileira: da ditadura militar à democracia. **Revista de Sociologia e Política**, n. 25, p. 83-106, 2005.

- COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova - Revista de Cultura e Política**, n. 19, p. 123-40, 1989.
- COLETA, J. A. D.; COLETA, M. F. D. Cultura organizacional e avaliação de instituições de educação superior: semelhanças e diferenças. **PsicoUSF**, v. 12, n. 2, p. 227-37, 2007.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução CNS 196, de 10 de outubro de 1996. Contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, ficando revogada a Resolução 01/88. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/reso196.doc>>. Acesso em: 21 set. 2014.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012. Contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, ficando revogadas as Resoluções CNS nº196/96, 303/2000 e 404/2008. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2014.
- CORREA, M. Eugenia no calor da hora. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 13, n. 2, p. 509-13, 2006.
- COSTA, L. A.; NEVES, J. A. B. Burocracia e inserção social: um estudo sobre o Ministério da Saúde na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 4, p. 1117-31, 2013.
- CRUZ-COKE, R. M. Normas bioéticas de UNESCO para evitar práticas eugenésicas em investigaciones biomédicas. **Revista médica de Chile**, v. 128, n. 6, p. 679-82, 2000.
- DAMANTE, N. Boa Comunicação Interna é Vantagem Competitiva. **Comunicação Empresarial**, ano 9, nº 32. 1999.
- DAVIES, H. T. O.; NUTLEY, S. M.; MANNION, R. Organisational culture and quality of health care. **Quality in Health Care**, v. 9, p. 111-119, 2000.
- DAVIES, H. T. O.; MANNION, R. Will prescriptions for cultural change improve the NHS? **British Medical Journal**, v. 346, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f1305>>. Acesso em: 20 ago. 2014.
- DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, v. 1, n. 2, p. 5-16, 2001.
- DENISON, D.; HOOIJBERG, R.; LANE, N.; LIEF, C. **A força da cultura organizacional nas empresas globais**: como conduzir mudanças de impacto e alinhar estratégia e cultura. Tradução Edson Furmankiewicz. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- DENZIN, N. K. **The research act**: a theoretical introduction to sociological methods. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1989. 306p.
- DURHAN, E. R. Cultura e ideologia. **Revista de Ciências Sociais**, v. 27, n. 1, p. 71-89, 1984.

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, p. 1541-52, 2009.

FERREIRA, M. C.; SEIDL, J. Mal-estar no trabalho: análise da cultura organizacional de um contexto bancário brasileiro. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 2, p. 245-254, 2009.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n.18, p.489-506, 2005.

FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328p.

FLEURY, S. M. T. A Questão democrática na saúde. In: \_\_\_\_\_. **Saúde e democracia: A luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 25-44.

FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. M. **O desvendar a cultura de uma organização**: uma discussão metodológica. In: FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. M. **Cultura e poder nas organizações**. São Paulo: Atlas, 1989.

FLEURY, M. T. L., SAMPAIO, J. R. **Uma discussão sobre cultura organizacional**. In: Vários autores. **As pessoas na organização**. São Paulo: Editora Gente, 2002. p. 283-294.

FOX, K. **Watching the English: the hidden rules of English behaviour**. London: Hodder & Stoughton, 2004. 424p.

FRANCIS, R. Press statement. **The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry**, p. 1-9, 6 Feb. 2013.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 3ª ed. Brasília: Liber livro, 2008.

FREITAS, M. E. **Cultura organizacional: evolução e crítica**. São Paulo: Cengage Learning, 2007.

FREZZATTI JUNIOR, W. A. A construção da oposição entre Lamarck e Darwin e a vinculação de Nietzsche ao eugenismo. **Scientitae Studia**, v. 9, n. 4, p. 791-820, 2011.

GEERTZ, C. **The interpretation of cultures**. 2nd ed. New York: Basic Books, 2000. 470p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde - **SPAIS**. 1ª ed. 2013. 54p.

HEADLAND, T. N.; PIKE, K. L.; HARRIS, M. **Emics and etics: the insider/outsider debate**. Newbury Park: Sage, 1990.

HOFSTEDE, G. **Culture's consequences: international differences in work-related values**. Beverly Hills: Sage Publications, 1980.

HOFSTEDE, G. **Culture's consequences: comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations**. 2<sup>nd</sup> ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2001. 596p.

HOFSTEDE, G.; HOFSTEDE, G. J.; MINKOV, M. **Cultures and organizations: software of the mind: intercultural cooperation and its importance for survival**. 3<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw Hill, 2010. 561p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013**. Estudos e pesquisas, Informação demográfica e socioeconômica, n. 32. Rio de Janeiro, 2013.

JERICO, M. C.; PERES, A. M.; KURCGANT, P. Estrutura organizacional do serviço de enfermagem: reflexões sobre a influência do poder e da cultura organizacional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 3, p. 569-577, 2008.

JUSTA, M. G. E. G. **Alguns ousam chamá-lo de racional: um processo decisório na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo**. 2011. 125f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2011.

KAMBERELIS, G.; DIMITRIADIS, G. Focus groups: strategic articulations of pedagogy, politics, and inquiry. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Eds.). **The Sage handbook of qualitative research**. 3<sup>a</sup> ed. Thousand Oaks: Sage, 2005. p. 887-908.

KOBAYASHI, E.; FARIA, L.; COSTA, M. C. Eugenia e Fundação Rockefeller no Brasil: a saúde como proposta de regeneração nacional. **Sociologias**, n. 22, p. 314-51, 2009.

KROEBER A. L., PARSONS, T. The concepts of culture and social system. **The American Sociological Review**, v. 23, p. 582-582, 1958.

LAGES, M. Os desafios da linguagem jurídica para uma comunicação eficiente. **Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 3<sup>a</sup> Região**, v. 55, n. 35, p. 169-208, 2012.

LARAIA, R. B. **Cultura: um conceito antropológico**. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

LEMOS, C. L. S. **A concepção de educação permanente em saúde da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. 2010. 171f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010.

LOBO NETO, F. J. S. Democracia, federalismo e centralização no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, n. 2, p. 459-62, 2014.

MACHADO, V. B.; KURCGANT, P. O processo de formação de cultura organizacional em um hospital filantrópico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 3, p. 280-287, 2004.

MARCONI, M. A.; PRESOTTO, Z. M. N. **Antropologia: uma introdução**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010. 360p.

MARQUES, A. A. A pedagogia tecnicista: um breve panorama. **Revista Eletrônica do Curso de Pedagogia do Campus Jataí - UFG**, v. 1, n. 12, 2012.

MARTORELL, L. B. **Saúde coletiva e a reorientação da formação profissional**. Goiânia: Editora UFG, 2012. 149p. (Coleção Expressão Acadêmica).

MATTA, J. L. J. Equilíbrio federativo e Sistema único de Saúde: as transferências financeiras e o SUS no jogo das relações federativas no Brasil. 2006. 183f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

MELLO, G. A.; VIANA, A. L. A. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 19, n. 4, p. 1219-39, 2012.

MENDOZA, A. A.R. Cuidar en una cultura diferente: vivencias de cuidadoras de origen latinoamericano en el País Vasco. **Index de Enfermería**, v. 20, n. 1-2, p. 21-5, 2011.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2002. (Saúde em Debate, 145).

MICHAELIS Dicionário de Português Online. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>>. Acesso em: 20 set. 2014.

MINAYO, M. C. S. Contribuições da antropologia para pensar a saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M. ; DRUMOND JR, M.; CARVALHO, Y. M. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 189-218.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407p.

MISHIMA, S. M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde: o caso do Programa de Saúde da Família**. 2003. 153f. Tese (Livre Docência em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MOLINA, A. D.; SARUDIANSKY, M. Las medicinas tradicionales en el noroeste argentino: Reflexiones sobre tradiciones académicas, saberes populares, terapias rituales y fragmentos de creencias indígenas. **Argumentos (Méx.)**, v. 24, n. 66, p. 315-37, 2011.

MORALES, M. A. Género, medicina científica y medicina popular, una conjunción conflictiva. **La Aljaba**, v. 4, p. 1-12, 1999.

MORGAN, D. L.; KRUEGER, R. A. (Eds.). **The Focus Group Kit**. Thousand Oaks: Sage Publications, v. 1-6.,1998.

MORRIS, M. W.; LEUNG, K.; AMES, D.; LICKEL, B. Views from inside and outside: integrating emic and etic insights about culture and justice judgement. **Academy of Management Review**, v. 24, n. 4, p. 181-96, 1999.

MOTTA, P. R. **Transformação organizacional: teoria e a prática de inovar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999. 225p.

MUZZIO, H.; COSTA, F. J. Para além da homogeneidade cultural: a cultura organizacional na perspectiva subnacional. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 10, n. 1, p. 146-161, 2012.

NELSON, R. E. A blockmodel study of managerial hierarchies, verbal networks, and organizational culture in four hospitals. **Revista de Administração Pública**, v. 46, n. 1, p. 291-314, 2012.

NOVAES, F. S.; SANTOS, M. E. P. O orçamento participativo e a democratização da gestão pública municipal - a experiência de Vitória da Conquista (BA). **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 4, p. 797-820, 2014.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 19-37.

OUCHI, W. G. **Teoria Z: como as empresas podem enfrentar desafio japonês**. São Paulo: Nobel, 1985.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PAIM, J. S. **Saúde: política e reforma sanitária**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva;, 2002. 447 p.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356p.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, supl., p. 1819-1829, 2007.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em debate**, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009.

PAIM J. S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances and challenges. **The Lancet** [on line], 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

PAIVA, S. M. A.; SILVEIRA, C. A.; GOMES, E. L. R.; TESSUTO, M. C.; SARTORI, N. R. Teorias administrativas na saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 18, n. 2, p. 311-316, 2010.

PAIVA, F. S.; STRALEN, C. J. V.; COSTA, P. H. A. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 487-498, 2014.

PIERANTONI, C. R. Formação de gestores para o sistema de saúde: a experiência do mestrado profissional do Instituto de Medicina Social da UERJ. In: LEAL, M. C.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Cenários possíveis**: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 123-136.

PIMENTA, C. C. A. A reforma gerencial do Estado brasileiro no contexto das grandes tendências mundiais. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n. 5, p. 173-199, 1998.

PINTO, I. C. M. Mudanças nas políticas públicas: a perspectiva do ciclo de política. **Revista de Políticas Públicas**, v. 12, n. 1, p. 27-36, 2008.

PINTO, A. M. S.; NAJAR, A. L. Cultura e instituições de saúde: estudando a participação de traços culturais da sociedade brasileira no processo de trabalho de serviços de atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4375-4384, 2011.

PIRES, J. C. S.; MACEDO, K. B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 1, p. 81-104, 2006.

PUTTINI, R. F. Curandeirismo e o campo da saúde no Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 12, n. 24, p. 87-106, 2008.

RAMOS-VIDAL, I. Identificando áreas sensibles en los contactos interculturales: un estudio exploratorio. **Revista de Psicología**, v. 29, n. 1, p. 67-99, 2011.

REIS, W. G. **Gestão do conhecimento e cultura organizacional**: um estudo de caso na Fiocruz-Bahia. 2007. 109F. Dissertação (Mestrado). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

RIGOTTO, R. M.; MACIEL, R. H.; BORSOI, I. C. F. Produtividade, pressão e humilhação no trabalho: os trabalhadores e as novas fábricas de calçados no Ceará. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 217-228, 2010.

ROBBINS, S. P.; JUDGE, T. A.; SOBRAL, F. **Comportamento organizacional**. Tradução Rita de Cássia Gomes. 14a ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.

ROSA, M. G.; HORTALE, V. A. Óbitos perinatais evitáveis e estrutura de atendimento obstétrico na rede pública: estudo de caso de um município da região metropolitana do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 773-783, 2000.

ROSA, M.; OREY, D. C. O campo de pesquisa em etnomodelagem: as abordagens êmica, ética e dialética. **Educação e Pesquisa**, v. 38, n. 4, p. 865-79, 2012.

SANTOS, N. R. Entrevista: Nelson Rodrigues dos Santos. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 645-58, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462008000300015>>. Acesso em: 21 set. 2014.

SANTOS, N. R. O Brasil e a sua política anti-cidadã. **Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES)**, dez. 2013. Disponível em: <<http://cebes.com.br/2013/12/o-brasil-e-a-sua-politica-economica-anti-cidada/>> Acesso em: 21 set. 2014.

SAVIANI, D. **Escola e democracia**. 32ª ed. Campinas: Autores Associados, 1999. (Coleção Polêmicas do Nosso tempo, v. 5).

SCAMMON, D. L.; TABLER, J.; BRUNISHOLZ, K.; GREN, L. H.; KIM, J.; TOMOIAI-COTISEL, A. et al. Organizational culture associated with provider satisfaction. **Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 27, p.219-28, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2014.02.120338>. Acesso em: 21 set. 2014.

SCATENA JHG, TANAKA OY. Utilização do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) na análise de descentralização da saúde em Mato Grosso. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 10, n. 1, p.19-30, 2001.

SCHEIN, E. H. **Organizational culture and leadership**. San Francisco: Jossey-Bass, 1985.

SCHEIN, E. H. **Organizational culture and leadership**. 4<sup>th</sup> ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2010. 436p.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1487-94, 2004.

SCHUURMAN, H. **Quality management and competitiveness**: the diffusion of the ISO 9000 standards in Latin America and recommendations for government strategies. *Desarrollo Productivo*, n. 41. Santiago: United Nations, Division of Production, Productivity and Management, 1997.

SCOTT, W. R. **Institutions and Organizations**. Thousand Oaks: Sage, 1995.

SCOTT, T.; MANNION, R.; DAVIES, H.; MARSHALL, M. The quantitative measurement of organizational culture in health care: a review of the available instruments. **Health Services Research**, v. 38, n. 3, p. 923-45, 2003.

SEGREDO PEREZ, A. M. La gestión universitaria y el clima organizacional. **Educación Médica Superior**, v. 25, n. 2, p. 164-77, 2011.

SILVA, P. L. B. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 1, p. 69-85, 2003.

SILVA, M. L. L. (Des) estruturação do trabalho e condições para a universalização da Previdência Social no Brasil. 2011. 357f. Tese (Doutorado) - Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

SIQUEIRA, E. D. **Antropologia**: uma introdução. Ministério da Educação: Sistema Universidade Aberta do Brasil. 2007. 160p.

SOARES, N. R. F. ; MOTTA, M. F. V. As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde. **Revista de Educação Pública (UFMT)**, v. 6, p. 215-228, 1997.

SOBRINHO, J. E. L.; ESPIRITO SANTO, A. C. G. Participação dos entes federados no financiamento da saúde bucal de atenção básica: estudo no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 4, p. 994-1000, 2013.

SOINTU, E. The search for wellbeing in alternative and complementary health practices. **Sociology of Health & Illness**, v. 28, n. 3, p. 330-49, 2006.

SOUZA, C. Federalismo e descentralização na Constituição de 1988: processo decisório, conflitos e alianças. **DADOS - Revista de Ciências Sociais**, v. 44, n. 3, p. 513- 60, 2001.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS**: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. 101f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

SPAGNOL, C. A.; FERNANDES, M. S. Estrutura organizacional e o serviço de enfermagem hospitalar: aspectos teóricos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p.157-64, 2004.

SPIRI, W. C. Estudo sobre a percepção do clima organizacional do centro cirúrgico de um hospital especializado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 6, n. 1, p. 11-4, 1998.

TEIXEIRA, C. F.; MOLESINI, J. A. Gestão municipal do SUS: atribuições e responsabilidades do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 24, n. 1-2, p. 29-40, 2002.

TEIXEIRA, R. R. Humanização: transformar as práticas de saúde, radicalizando os princípios do SUS. **Interface (Botucatu)**, v. 13, supl. 1, p. 785-9, 2009.

TOBAR, F. O conceito de descentralização: usos e abusos. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 5, p. 31-51, 1991.

UGÁ, M. A.; PIOLA, S. F.; PORTO, S. M.; VIANNA, S. M. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 417-37, 2003.

VAITSMAN, J. Cultura de organizações públicas de saúde: notas sobre a construção de um objeto. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 847-850, 2000.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M. ; DRUMOND JR, M.; CARVALHO, Y. M. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 531-62.

VELHO, G. O estudo do comportamento desviante: a contribuição da Antropologia Social. In: VELHO, G., (Org.). **Desvio e divergência**: uma crítica da patologia social. 8ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003. p. 11-28.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.

VIEIRA, V.; ANDRADE, F. R.; CASTRO, C. G. J.; BIGHETTI, T. I.; NARVAI, P. C. Municipalização de serviços de saúde segundo profissionais de saúde bucal em um município do interior do estado de São Paulo, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 3, p. 795-803, 2013.

WACQUANT, L. J. D. Le gang comme prédateur collectif. **Actes de la recherche en sciences sociales**, v. 101-102, p. 88-100, 1994.

YIN, R. K. The case study crisis: some answers. **Administrative Science Quarterly**, v. 26, 1981.

ZONATTO, V. C. S. et al. Cultura organizacional em uma instituição de ensino superior: um estudo de caso sob as perspectivas propostas por Hofstede (1991). **Revista Eletrônica de Administração e Turismo**, v. 1, n. 1, p. 1-24, 2012.

## APÊNDICES



**APÊNDICE B - Termo de consentimento Livre e esclarecido**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**  
**NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a) de uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte da pesquisa, assine ao final desse documento, que está em duas vias. Uma delas é sua. A outra é do pesquisador responsável. **Após assinar, você deve devolvê-lo à pessoa responsável.** Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida sobre os seus direitos como sujeito da pesquisa, você pode consultar o Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone: 3521 1075.

Informações sobre a pesquisa:

Título: ANÁLISE DA CULTURA ORGANIZACIONAL DE UMA SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE : ESTUDO DE CASO

Pesquisadora responsável: Rodrigo Aquino Jordão

Telefone para contato: 8118-4812 (horário comercial)

Esta pesquisa visa obter dados sobre a cultura organizacional da Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Os dados serão obtidos através de entrevistas conduzidas por um dos pesquisadores. As entrevistas (individual e em grupo focal) serão gravadas e filmadas, visando melhor exatidão nas transcrições e análise dos discursos. Cabe aos participantes a liberdade de responder ou não a cada uma das perguntas sem qualquer prejuízo. Se desejar, você poderá obter mais informações sobre o projeto com os pesquisadores.

Não haverá identificação dos indivíduos participantes. SUAS RESPOSTAS SERÃO MANTIDAS EM SIGILO e serão utilizadas juntamente com as outras entrevistas no resultado final da pesquisa. Em momento algum você terá grandes riscos ao participar da entrevista, a não ser algum constrangimento ao falar em público ou a soma de mais um compromisso na agenda das gerentes. Sua participação será importante para ampliar o conhecimento científico sobre o assunto e subsidiar as discussões sobre a cultura organizacional do SUS.

Os dados obtidos serão publicados sob forma de dissertação de mestrado e em eventos da área.

---

CD Rodrigo Aquino Jordão  
Pesquisador responsável

---

Visto do participante

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa “ANÁLISE DA CULTURA ORGANIZACIONAL DE UMA SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE : ESTUDO DE CASO”, como sujeito da pesquisa. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador sobre esta pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Goiânia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Assinatura do(a) participante \_\_\_\_\_

# APÊNDICE C - Exemplo de marcação e reconhecimento de unidades de texto e categorias.

F: É como eu tô falando. Eu acho que tem superintendências mais organizadas nesse sentido de, mas não, por exemplo, no acolhimento da pessoa e mostrar o que é cada setor, eu não tive em lugar nenhum.

F: Não. Então, é assim, que eu acho.

F: (inint) [00:45:34] a nível de secretaria.

F: Então, não é só assim, mostrar o setor, falar com o servidor "olhe você tem uma avaliação. Essa avaliação é de acordo com seu desempenho. Não é de acordo com a simpatia do seu chefe ou não". E esse pessoal já entra preparado, porque nós temos agora uma avaliação que essa avaliação dá muita dor de cabeça. Por quê? Porque as pessoas não são preparadas pra se avaliarem então, eu acredito assim, se tivesse todo esse preparo quando você chega e dizer, "olhe essa avaliação não é complemento do salário como tem gente que acha, essa avaliação é de acordo com seu desempenho, que vai depender única e exclusivamente de você, da sua assiduidade, da sua iniciativa, parará, parará". Ai ficará muito mais fácil de nós como gerente trabalhar. Por isso que tinha que ter todo esse preparo não só na (Spais), na secretaria como um todo né pra melhorar e até ter uma cultura mais forte, mas não, lá é assim, sai superintendente, entra superintendente é desse jeito. Que a gente sabe que a cultura, ela tá presa, mas ao mesmo tempo ela.

Vania: Dá um jeitinho.

F: Não é? Ela não vai. Igual uma árvore quando o vento vai muito né. Ela tá presa ali porque tem muita coisa que não sai da cultura, mas de acordo com quem tá soprando ela vai mudando.

Vania: Vai mudando. É nesse sentido vocês citaram uma cartilha, um documento, algo assim?

F: É. Que foi enviado pra secretaria.

Vania: Que foi feito, que consta missão, a visão e tal. Isso é divulgado? Às pessoas conhecem a visão de vocês?

F: Isso tá sendo divulgado agora. É, porque foi recente a construção dessa cartilha.

Vania: O que vocês ressaltariam nessa missão ou nessa visão da (Spais)? Se pra vocês que conhecem isso, vocês conhecem todo o, vocês conhecem? O que vocês ressaltariam como centro dessa missão, dessa visão pra (Spais)?

F: Eu acho que essa, por mais às vezes até a gente mesmo que trabalha lá tem dificuldade de escrever sobre a missão, visão do lugar que você trabalha, mas fora de estado e dos municípios, a gente percebe que dos 246 municípios a maioria não conhece a superintendência, não conhecem os valores, a missão, pra que ela existe, pra que existe cada gerência, né? Então, se eles não conhecem como eles vão buscar as políticas estaduais, como é que eles vão buscar recursos no estado se tem o desconhecimento né. Então, quando a gente pensou em fazer esse documento foi mais pra divulgar a missão.

F: Ter indicada a gerência dentro da (Spais), porque dentro da (Spais) é mais ou menos por minar as diversas políticas no estado de (Goiás). Que são várias políticas... amplo demais assim. É porque (Vania), assim.

Vania: Muda né?

F: É complexo mesmo. É assim, só pra assim, resumir, é porque a (Spais) ela trabalha com as políticas né que existe as nacionais igual a (Damiana) explicou. Elas são lançadas, não só políticas como portarias, não só políticas, resoluções. Elas são lançadas a cada 5 minutos.

F: É. Coisa de louco.

F: É portaria, se você for pensar em (RDC) então, assim, essa avalanche, vamos dizer assim, essa avalanche de regulamentações, de novas políticas, de novos protocolos, de novas linhas de cuidado de todas as áreas, agora a gente. Então, assim, só pra você entender é uma avalanche de regulamentações, normas, novas diretrizes, novas tecnologias que vão chegando que são também a exponencial crescimento e aí vai se trabalhando e isso é uma coisa assim, além de ser volumosa né ela é muito dinâmica né volumosa, dinâmica e a (Spais), ela tem que trabalhar com isso. Ai tem a sua equipe logicamente são várias né, você pode perceber nós somos 7 gerências então, o que é importante irar? Quer dizer além de nós termos o desconhecimento, nós temos que integrar porque hoje não é igual antes que a coisa era separada, apesar que isso é um processo ainda não tá assim, muito

pergunta

Ritual

persistência da cultura (STAVARACIJO)

distância por memória

visão descentralizada

complexo missão

molares (2-1-1) (1-1-1) (1-1-1)

## APÊNDICE D - Exemplo de categorização

| <b>simbolos</b>                                  | <b>heróis e sagas</b>                                                        | <b>rituais, ritos, tradições</b>                     |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Cartilha da superintendência                     | Aquele que:<br>aprende na raça                                               | mudanças nos cargos e gestores                       |
| Políticas nacionais de saúde                     | é incansável                                                                 | mudanças na politica                                 |
| Especialização                                   | trabalha muito, faz hora extra,<br>leva trabalho para casa                   | encontro ( ex estadual, encontros mensais)           |
| Roupa de trabalho                                | não reclama, consegue nas<br>piores condições                                | rito de integração dos novatos (ou falta)            |
| Indicadores                                      | é entusiasmado                                                               | acolhimento (falta)                                  |
| Planos do Ministerio da Saúde                    | tem coragem                                                                  | festinha de final de ano                             |
| Plano de Governo do Estado,<br>credeq (negativo) | não nega tarefas (ex viagem)                                                 | apresentação normas (falta)                          |
| Equipe                                           | tem compromisso com a<br>superintendência                                    | reunião semanal das gerencias<br>com superintendente |
| PCC (plano de cargos e salários)                 | sabe que tem prazos para<br>entregar                                         | avaliação de desempenho                              |
| Aprendizado                                      | não competitivo                                                              | planejamentos duplo (ex MS e estadual)               |
| Gerência como cargo como fim                     | o Ministerio da Saúde                                                        | pressão política                                     |
| Gerencia como meio,<br>oportunidades             | o chefe não autoritario (exemplo a<br>superintendente)                       | planos de contingência/<br>emergenciais              |
| o recurso (financiamento<br>especifico)          | o homem (o masculino)( discreto,<br>objetivo, não fofoca, menos<br>conflito) |                                                      |
| meritocracia                                     | saga dos 10 anos da (exemplo<br>sabs- spais)                                 |                                                      |
|                                                  | saga da tornar-se gerente                                                    |                                                      |
|                                                  | seminario de redes( sentados no<br>chão)                                     |                                                      |
|                                                  | da mudança                                                                   |                                                      |

## APÊNDICE E - Exemplo de identificação das falas na categoria símbolos.

| SIMBOLOS                                                           |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cartilha da superintendência</b>                                | “Uma cartilha né com toda essa visão, quem somos. Achei muito interessante, é bom um trabalho.”                                                                                                               |                                                                                               |
| <b>Políticas nacionais de saúde, Planos do Ministerio da Saúde</b> | “...porque existem as políticas nacionais do ministério que são as políticas que nós seguimos.”                                                                                                               | “...que acabam sendo norteadas pelas nacionais...”                                            |
|                                                                    | “Tem o (plano) nacional que dá a diretriz...”                                                                                                                                                                 | Porque plano do ministério tem que ser traçado’                                               |
|                                                                    | “A gente ‘tava’ lendo um documento que foi feito é o caderno de informação do ministério... e ‘tava’ discutindo aquela questão de criar mais uma coordenação...”                                              |                                                                                               |
| <b>Especialização, Pós, etc (formação complementar)</b>            | “Eu fiz de saúde pública. É uma especialização, porque são 6 meses que você só vê saúde pública, só vê hanseníase, tuberculose”                                                                               |                                                                                               |
|                                                                    | e5 “você fazia a graduação, depois você fazia 6 meses ou saúde pública ou obstetrícia ou clínica médica. Você podia sair só... sem essa. É... tipo uma especialização.”                                       | e4 “Fiz. Eu tenho duas...”                                                                    |
| <b>aparência</b>                                                   | e5 “Até minha roupa, por exemplo, eu não consigo trabalhar de alça. Ninguém nunca vai me ver trabalhar de alça, porque eu aprendi da cultura da outra instituição que roupa de enfermeiro tem que ser assim.” |                                                                                               |
| <b>Indicadores</b>                                                 | “Mas o resultado que eles querem em cima de iniciadores”                                                                                                                                                      | “A gente podia ter um indicador de processo nosso”                                            |
| <b>Plano de Governo do Estado, credeq (negativo)</b>               | “Porque se não for em cima do outro você não faz.”                                                                                                                                                            | “...em ação que tá só, por exemplo, só no plano de governo senão nunca tem nada né...”        |
| <b>Equipe</b>                                                      | “Equipe da (*), equipe da (*), e tal assim. É tudo muito integrado”                                                                                                                                           | “...eu posso dizer que a minha equipe ela trabalha muito coesa comigo...”                     |
| <b>Gerência como cargo como fim</b>                                | “Pra meu trabalho como gerente. A experiência que eu tive...Se eu tivesse empurrado com a barriga eu hoje não tivesse essa facilidade que eu acho que eu tenho em algumas coisas.”                            | “É. Eu confirmo que tudo o que eu fiz antes não foi em vão, por isso que eu tô gerente hoje.” |
| <b>Gerencia como meio, oportunidades</b>                           | “Porque você tá na gerência você vê a chance de você ter mais horizontes.”                                                                                                                                    |                                                                                               |
| <b>o recurso, orçamento(financiamento específico)</b>              | “Mas minhas ideias não tem orçamento.”                                                                                                                                                                        |                                                                                               |

APÊNDICE F - Exemplo de exploração do convergência dos elementos práticos para os valores

| VALOR      | SIMBOLOS                                                                                                                                            | RITUAIS                                                                                                                                                  | HEROIS/sagas                                                                                                                                                                                     |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| tecnicismo | <b>cartilha</b> “ foi feita como se fosse... - Uma cartilha. - uma cartilha né, com toda essa visão, que somos..”(G)                                | <b>Fazer pós-graduação</b> “você fazia a graduação, depois fazia 6 meses ou saúde pública ou obstetricia ou clínica médica...tipo uma especialização (G) | o funcionário padrão “aquele que sabe do SUS” (E)                                                                                                                                                |
|            |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                          | “ que trabalha com políticas,que trabalha nos grupos, que discute políticas(G)                                                                                                                   |
|            | <b>“siglas e portarias”</b> O programa Academia de saude foi instituido pela portaria n. 719-GM/MS, de...”(D)                                       | Eu fiz de saúde pública...”(G)                                                                                                                           | <b>o técnico</b> “Eu fiz duas. (especializações)” (G)                                                                                                                                            |
|            | “Tipo essa questão do CREDEQ...”(G) “Ela é do INSS...”(G) “Foi a Luciana da GPE.” (G)                                                               |                                                                                                                                                          | “Já teve pessoas aqui que entraram na SPAIS, que tinham outra postura, e que não deu certo, tiveram que sair, porque acho que uma característica aqui, de todos, é essa postura mais técnica( E) |
|            | “...nós tínhamos 28 CAPS...o NASF tínhamos 50...” (E)                                                                                               |                                                                                                                                                          | “ quando responder o TCE sempre colocava os memorandos e todas as portarias com números e tudo para embasar”(O)                                                                                  |
|            | Termos “...estamos em uma reunião e acredita que a mulher não sabia o que era matriciamento...” (O)                                                 |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                  |
|            |                                                                                                                                                     | <b>reuniões</b> “ podem me chamar de doutora reunião...”(E)                                                                                              |                                                                                                                                                                                                  |
|            | “olha você vai trabalhar com a área mulher, criança e adolescente e você começa a ler as portarias”. Aí foi um bombardear métodos, de portarias”(G) | Eu acho que as reuniões são longas” (G)                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                  |

**ANEXOS**

## ANEXO 1 - Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - UFG



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Análise da Cultura organizacional de uma superintendência estadual de saúde: estudo de caso

**Pesquisador:** Rodrigo Aquino Jordão

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 21431513.1.0000.5083

**Instituição Proponente:**

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 464.613

**Data da Relatoria:** 18/11/2013

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa do Programa Mestrado Profissional em Saúde Coletiva/NESC (PRPPG/UFG). Este estudo objetiva analisar a cultura organizacional da Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Secretaria de estado da Saúde de Goiás. Tendo como base a abordagem de cultura organizacional estabelecida por Hofstede (1991) e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, na forma de relato de caso, que utiliza entrevista em profundidade (superintendente) e o grupo focal (gerentes). A análise dos dados será feita utilizando o programa WebQDA versão para Mac.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Geral:** Analisar a cultura organizacional da SPAIS/SES-GO no discurso dos seus gerentes.

**Específicos:** - Depreender em que medida os elementos constituídos e característicos do discurso dos gerentes e da superintendente auxiliam a delinear as dimensões da cultura organizacional da SPAIS/SESGO - Verificar de que modo a construção simbólica dos participantes da pesquisa se reporta às dimensões da cultura e cultura organizacional segundo Hofstede (1991) - Caracterizar as dimensões básicas da cultura organizacional da

SPAIS/SESGO (práticas e valores) - Examinar o discurso dos gerentes com base nos princípios do SUS (doutrinários e organizacionais), buscando identificá-los ou não nas práticas (símbolos,

**Endereço:** Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131  
**Bairro:** Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prppg.ufg@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 464.613

heróis, rituais) e valores descritos ou citados.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Não haverá portanto grandes riscos para os participantes, a não ser algum possível constrangimento como por exemplo ao falar em grupo ou mesmo o acréscimo de mais uma atividade para a agenda dos gerentes, que já lidam com muitos compromissos. Além disso todos os dados serão mantidos no anonimato e guardados por pelo menos 5 anos. Os locais e datas da entrevista individual e coletiva serão escolhidos para o maior conforto e privacidade dos participantes e o caráter voluntário da participação será exaustivamente explicado a todos. **Benefícios:** Os participantes terão a oportunidade de uma interação em torno de temas diretamente relacionados ao trabalho e ao cotidiano, porém com um certo distanciamento contextual. Possibilitando assim uma maior clareza e reflexão da realidade, visto que a cultura de uma organização apesar de ser extremamente importante para o alcance de objetivos e metas, ela não é facilmente percebida, principalmente por aqueles que estão imersos nela. Espera-se que esta vivência colabore também com a comunicação entre as gerentes e o melhor conhecimento de seus respectivos valores e práticas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo será do tipo exploratório, com abordagem qualitativa, na forma de estudo de caso. A orientação metodológica será a análise de discurso dos gerentes e da superintendente. Outras especificidades metodológicas são apresentadas a seguir: Participantes Participarão da pesquisa os 8 gerentes da SPAIS/SES-GO (100%), a escolha deste grupo de informantes foi intencional, pois a SPAIS/SESGO representa a gestão e o acompanhamento das políticas públicas do Estado de Goiás e os gerentes e a superintendente apresentam e representam a cultura organizacional da SPAIS e os propósitos do SUS. Será realizado grupo focal, e se darão em dias diferentes nas dependências da SPAIS, em uma sala previamente reservada e preparada. O grupo focal terá duração de duas horas e meia. Para a coleta dos dados será utilizado um roteiro a entrevista. Técnicas para coletas dos dados: Entrevista exaustiva com a superintendente Amostra: 9 Grupo focal: 8 gerentes. Serão gravados em vídeo, utilizando duas câmeras SONY NEX (5) montadas em tripés para melhor naturalidade e conforto dos participantes. Os discursos também serão gravados utilizando um gravador digital. As anotações serão feitas principalmente pelo observador externo. Análise dos dados: A orientação metodológica será a análise de discurso, tendo como apoio o software webQDA 1ª edição versão para MAC. A derivação das temáticas prévias será dividida em dois blocos, a primeira quanto aos elementos centrais da cultura: práticas (símbolos, heróis e rituais) e valores; e a outra quanto às

**Endereço:** Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131  
**Bairro:** Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prppg.ufg@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 464.613

dimensões básicas da cultura organizacional: individualismo/coletivismo, distância do poder, aversão à incerteza, masculinidade/feminilidade. Outras derivações surgirão posteriormente à coleta de dados. A perspectiva analítica terá base nos enfoques conceituais da Cultura Organizacional de Hofstede (1984). Os dados serão apresentados em representação gráfica dos núcleos temáticos e por meio de exemplificação das falas dos pesquisados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos encontram-se anexados.

**Recomendações:**

Informar o destino dos dados coletados (gravação as falas), que serão guardados por 5 (cinco) e após será desprezado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não se aplica.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Enviar relatórios parcial e final.

GOIANIA, 22 de Novembro de 2013

---

**Assinador por:**  
**João Batista de Souza**  
**(Coordenador)**

## ANEXO 2 - Termo de ciência do secretário estadual de saúde



SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



GABINETE DO SECRETÁRIO  
Gerência da Secretaria Geral



PROCESSO Nº : 201300010011253  
INTERESSADO : RODRIGO AQUINO JORDÃO  
ASSUNTO : PROJETO

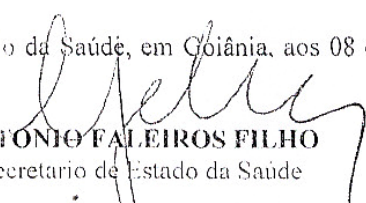
DESPACHO nº 3070/2013-GAB/SES – Trata-se os presentes autos de solicitação de autorização para realização da pesquisa intitulada “*Análise da Cultura Organizacional de uma Superintendência Estadual de Saúde: Estudo de Caso*”, a ser realizada na Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde – SPAIS – SES/GO, formulada por Rodrigo Aquino Jordão, aluno do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Goiás.

A Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS, por meio do Despacho nº.204/2013-GAB/SEST-SUS/SES-GO (fl.34), expôs que: “*Tendo em vista a anuência prévia dos Diretores da Unidade onde a pesquisa será realizada, verifica-se que todas as formalidades necessárias pertinentes aos aspectos administrativos de competência desta Secretaria, foram cumpridas. Portanto, neste sentido, o projeto de pesquisa está em condições de ser apresentado ao Comitê de Ética*”, ressaltando ao final que: “*... apenas após a aprovação do referido Comitê, a pesquisa poderá ser iniciada e, que no período de realização da pesquisa o processo deve permanecer nesta Superintendência para fins de acompanhamento da mesma*”.

Destarte, consubstanciado na manifestação da Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS, **autorizo** a pesquisa intitulada “*Análise da Cultura Organizacional de uma Superintendência Estadual de Saúde: Estudo de Caso*”, a ser realizada na Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde – SPAIS – SES/GO, formulada por Rodrigo Aquino Jordão.

Por pertinência, encaminhem-se os autos a **Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS – SEST/SUS**, para ciência e prosseguimento do feito.

Secretaria de Estado da Saúde, em Goiânia, aos 08 dias do mês de agosto de 2013.

  
**ANTONIO FALEIROS FILHO**  
Secretário de Estado da Saúde

gab/gsg/ggbs



