

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

CONTROLE E CONFLITO ORGANIZACIONAL:  
UM ESTUDO DE CASO NA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE  
JOINVILLE-SC

DIRCEU RIBAS VEIGA JÚNIOR


Florianópolis, Agosto de 1993

CONTROLE E CONFLITO ORGANIZACIONAL:  
UM ESTUDO DE CASO NA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO  
JOINVILLE-SC




DIRCEU RIBAS VEIGA JUNIOR

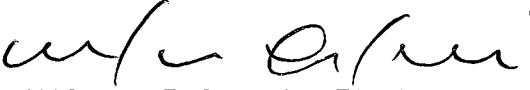
Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Título de Mestre em Administração (Area de Concentração: Administração Pública), e aprovada pelo Curso de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina.

  
Prof. Francisco Gabriel Heidemann, Ph.D.  
Coordenador

Apresentada junto à Comissão Examinadora integrada pelos  
Professores:

  
Clóvis Luiz Machado da Silva, Ph.D.  
Presidente

  
Francisco Gabriel Heidemann, Ph.D.

  
Nelson Colossi, Ph.D.

## AGRADECIMENTOS

Ao longo destes anos, algumas pessoas estiveram, permanentemente, fornecendo formas de energia fundamentais à materialização desta dissertação. Sem estas pessoas, tenho certeza, este trabalho não passaria de um projeto. São elas:

- Clóvis Luiz Machado da Silva, cuja orientação foi precedida e acompanhada de um relacionamento de amizade que, dentre outros pontos, levou-me a aprender e valorizar a seriedade e o saber acadêmicos;

- Acyr Seleme e Hercílio Fronza Júnior, exemplos paradigmáticos da solidariedade que caracteriza os Amigos;

- Dirceu Ribas Veiga e Lília Ravaglio Cordeiro Veiga, meus pais, assim como Harald Schmalz e Lucy Gomes de Oliveira, meus sogros, por terem apresentado os inúmeros motivos pelos quais sou eternamente grato;

- Márcia Gomes de Oliveira, minha mulher e companheira, cuja importância para a concretização desta dissertação jamais poderia ser fielmente descrita num discurso racional como este.

## SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS E FIGURAS.....	V
RESUMO.....	VI
ABSTRACT.....	VII
1. INTRODUÇÃO.....	01
2. BASE TEÓRICO-EMPÍRICA.....	10
2.1. Estruturação e Ambiência.....	17
2.2. Estruturação e Províncias de Significado.....	22
2.2.1. Valores Organizacionais.....	26
2.2.2. Interesses.....	27
2.3. Estruturação e Processo Político.....	31
2.3.1. Conflito na Organização.....	32
2.3.2. Poder na Organização.....	38
2.3.3. Controle na Organização.....	47
3. METODOLOGIA.....	57
3.1. Especificação do Problema.....	57
3.1.1. Definições Constitutiva e Operacional das Categorias Analíticas Constantes nos Enunciados das Hipóteses.....	58
3.1.2. Definição de Termos Contextualmente Impor-	

tantes.....	61
3.2. Delineamento e Delimitação da Pesquisa.....	63
3.2.1. Traços Gerais da Pesquisa.....	63
3.2.2. População.....	64
3.3. Coleta e Análise dos Dados.....	64
3.3.1. Tipos de Fontes e de Dados.....	64
3.3.2. Coleta dos Dados.....	65
3.3.3. Tratamento dos Dados.....	66
3.4. Nível e Unidade de Análise.....	69
3.5. Limitações da Pesquisa.....	69
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	71
4.1. Caracterização e Contextualização da Organização em Estudo.....	71
4.2. Controle Organizacional.....	84
4.3. Valores Organizacionais.....	103
4.4. Interesses.....	113
4.5. Conflito Organizacional.....	120
5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	128
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	135
7. ANEXO.....	142

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

QUADRO 01 - Níveis da Estrutura, Metáforas Dominantes e Manifestações Organizacionais.....	17
QUADRO 02 - Modelo de Schilling: Comparação das Três Imagens do Conflito Através do Prisma Funcionalista.....	35
QUADRO 03 - Estruturas de Controle Organizacional.....	51
QUADRO 04 - Níveis da Estrutura, Metáforas Dominantes, Manifestações Organizacionais e Formas de Controle Relacionadas.....	52
FIGURA 01 - Organograma da Secretaria de Saúde do Município de Joinville.....	77

## RESUMO

O objetivo desta pesquisa é investigar até que ponto se relacionam controle organizacional e conflito de interesses entre os grupos de dirigentes e profissionais médicos que atuam nos ambulatórios da Secretaria de Saúde do Município de Joinville - SC.

O método empregado foi o estudo de caso. A população estudada constou de oito dirigentes e treze médicos. Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas e observação, sendo tratados de forma qualitativa.

Procurou-se caracterizar os interesses através das necessidades que justificavam tanto os valores dos dirigentes organizacionais e profissionais médicos quanto suas opiniões a respeito da exigência do cumprimento da carga horária contratada. O controle organizacional sobre o trabalho médico foi caracterizado a partir das normas relacionadas ao cumprimento da carga horária contratada, além do grau de cumprimento a estas normas. O conflito foi caracterizado a partir das situações nas quais o atendimento aos interesses de um dos grupos deu-se em detrimento dos interesses do outro grupo, ocasionando, por parte deste, algum tipo de reação.

Os resultados obtidos demonstram que o grau de rigor do controle organizacional sobre o trabalho médico envolve interesses de dirigentes e profissionais médicos e é definido politicamente. A medida que esses interesses divergem, ocorre o enrijamento do controle e a emergência de conflitos. A intensidade desses conflitos guarda relação com o enrijamento do controle organizacional.

## ABSTRACT

This study aims at investigating how far organizational control is related to interest conflicts between the manager group and the physicians who work at Secretaria de Saúde do Município de Joinville - SC.

The method applied was the case study. The population of the study consisted of eight managers and thirteen physicians. The data were gathered by means of semi-structured interviews, documental analysis and observation. Such data were dealt in a qualitative form.

Interests were characterized through the justification that both managers and physicians presented not only to their values but also to their opinions concerning to the demand of the fulfillment of the contracted scheduled work time. The organizational control upon the medical work was characterized by both the rules related to the contracted scheduled work time and the level of fulfillment of these rules. The conflict was characterized by situations in which the accomplishment of the interests of one group succeeded to the detriment of the interests of the another and brought about some kind of reaction.

The results demonstrate that the level of rigidity of the organizational control not only involves interests of both managers and physicians but it is also politically defined. As soon as these interests diverge the control is strengthened and the conflicts emerge. Finally, the intensity of these conflicts is related to the level of rigidity of the organizational control.



## 1. INTRODUÇÃO

Este trabalho situa-se na área de estudo da relação entre conflito e estruturação organizacional. A perspectiva aqui adotada é a de que estrutura organizacional não se restringe a ser apenas arcabouço estrutural 'ou' padrão de interação; caracteriza-se, isto sim, por ser resultado da relação dinâmica entre ambos (Benson, 1977, 1983; Ranson et al., 1980; Fombrun, 1986, 1989; Greenwood e Hinings, 1988). Assim, é sob esta perspectiva que se analisa, nesta dissertação, a relação entre processo político intra-organizacional e conformação do controle organizacional.

A utilização dos recursos, visando a um melhor desempenho no atingimento de objetivos, implica o controle sobre as ações e interações organizacionais. Como será visto, a estrutura é uma forma de controle sobre as ações e interações entre indivíduos e/ou grupos intra-organizacionais. Enquanto controle, a finalidade da estrutura é adequar as ações e interações organizacionais à busca de objetivos estabelecidos para a organização (Hall, 1984).

Este entendimento da estrutura, enquanto forma de controle, é, no âmbito da teoria organizacional, praticamente consensual. O mesmo, porém, não pode ser afirmado em relação aos fatores que *predominam* na definição da estrutura. Ao menos no Brasil, a conformação da estrutura organizacional tem sido analisada, basicamente, sob as perspectivas das metáforas mecânica e organísmica (Machado et al., 1990).

A metáfora mecânica favorece o entendimento da organização enquanto sistema fechado. Assim, as análises e intervenções organizacionais fundamentam-se numa concepção que pressupõe o isolamento

entre organização e seu ambiente. Com isso, os fenômenos decorrentes da dinâmica organizacional são abordados como se tivessem causas e conseqüências limitadas ao ambiente interno da organização. Este aspecto constitui a principal limitação à utilização do instrumental analítico oferecido por esta metáfora.

A metáfora organísmica, por sua vez, destaca as relações da organização com seu ambiente, seja sob a forma contingencial, ou de adaptação da organização ao ambiente, seja sob a forma ecológica, ou de seleção das organizações pelo ambiente. De acordo com Morgan (1986), a metáfora organísmica, como todas as outras, apresenta algumas limitações. A primeira delas diz respeito ao fato de que as visões contingencial e ecológica "tendem a fazer ver as organizações e seus membros como dependentes de forças que operam no mundo externo, ao invés de reconhecer que eles são agentes ativos, atuando com outros, na construção daquele mundo" (Morgan, 1986, p. 74). Com isso, as organizações deixam de ser entendidas, também, como um fenômeno socialmente construído a partir de normas, crenças, opiniões e visões. A segunda limitação relaciona-se à penetrância da noção de unidade funcional. Ocorre, assim, que essa metáfora encoraja a crença de que é possível atingir, no âmbito das organizações, a homeostase característica dos organismos. A conseqüência disso está no fato de que atividades voltadas ao auto-interesse, dentre elas a política, são consideradas anormais e disfuncionais, ameaçando, assim, a homeostase da organização. A terceira limitação dessa metáfora está no risco de ela tornar-se uma justificação ideológica para a transformação de pessoas em recursos a serem desenvolvidos e, com isso, deixar de entendê-las como seres que têm valor em si mesmos e que,

também, apresentam a expectativa de escolher e moldar o próprio futuro.

Algumas das limitações da metáfora organísmica podem ser suplantadas com a introdução de conteúdos analíticos, a exemplo dos valores, próprios da metáfora cultural. Essa metáfora enfatiza os conteúdos simbólicos que permeiam a vida organizacional e resgata a dimensão humana, pouco considerada pelas teorias contingencial e ecológica. Sob uma perspectiva cultural, a realidade organizacional é constituída, e ganha sentido, através da mediação de esquemas interpretativos, sendo estes formados a partir de normas e conceitos existentes na organização. Ao demonstrar que as organizações se fundamentam em sistemas compartilhados de significados, essa metáfora oferece uma perspectiva mais voluntarista do relacionamento organização-ambiente. "As organizações escolhem e estruturam seus ambientes através de um grande número de decisões interpretativas" (Morgan, 1986, p. 136). Assim, a partir de interpretações da realidade, as organizações vão moldando seus ambientes, procurando adequá-los às imagens que elas têm de si mesmas e dos seus objetivos. A realidade, no entanto, apresenta dificuldades à organização. Esta, por sua vez, na tentativa de atender seus interesses, exerce poder e envolve-se em conflitos. A limitação da metáfora cultural está, justamente, na abordagem ao poder e ao conflito organizacional.

Da mesma maneira que a introdução de conteúdos analíticos próprios da metáfora cultural busca suplantar algumas limitações da metáfora organísmica, a utilização da metáfora política tem o intuito de exceder às limitações que as metáforas anteriores apresentam no trato com o poder e o conflito no cotidiano organizacional. Em

relação a esta metáfora, Morgan (1986) destaca que ela evidencia serem as organizações arenas onde coexistem distintos atores que procuram satisfazer interesses também distintos. Diante da variedade de interesses em jogo, o conflito passa, então, a fazer parte do cotidiano organizacional. As organizações são arenas onde os grupos procuram, continuamente, modificar a distribuição do poder, de modo a obterem maior controle sobre as ações organizacionais. Instrumentos prescritivos, tais como normas, procedimentos e regras são, dentre os componentes estruturais, uma forma direta de controle sobre atores e grupos organizacionais. Uma vez que o controle, em nível organizacional, está estreitamente vinculado ao poder (Clegg e Dunkerley, 1980), a formulação de normas e a observação dessas normas pode ser considerada, também, uma questão política (Ranson et al., 1980; Morgan, 1986; Clegg, 1989). Desse modo, em um processo político, cada um dos grupos envolvidos procura, de acordo com sua interpretação da realidade, articulada através de valores e interesses, garantir uma estrutura organizacional que corresponda a essa interpretação. Assim, à medida que normas venham a contrariar interesses e valores de grupos organizacionais é de se esperar a ocorrência de processo político, inclusive com a emergência de conflito, a partir do qual poderão resultar modificações estruturais. Esta abordagem ao controle organizacional é feita a partir da perspectiva teórica oferecida pela metáfora das organizações enquanto processos políticos.

Embora realista, dada sua ênfase nos interesses, no conflito e no poder, a metáfora política apresenta algumas limitações potenciais. São três as limitações que devem ser consideradas quando se utiliza essa metáfora em análises organizacionais. A primeira de-

las está na possibilidade de o analista politizar, em excesso, a organização, justificando, com isso, a adoção da metáfora. Neste trabalho, serão tomados cuidados na escolha e operacionalização das categorias analíticas, com o intuito de contornar esta limitação. A segunda limitação está na possibilidade de redução da metáfora a um instrumento promotor de interesses individuais. Muito embora várias organizações apresentem relações competitivas, essa utilização manipulativa da metáfora tende a enfatizar a "mentalidade cínica, egoísta e cruel, do tipo vá-em-frente-a-qualquer-custo, que muitas vezes transforma as organizações em selvas" (Morgan, 1986, p.198). Ocorre, entretanto, que esse tipo de utilização da metáfora faz com que sejam deixados de lado os aspectos da política relacionados à negociação do cotidiano organizacional. São principalmente estes aspectos que se pretende enfatizar, ao utilizar a metáfora da organização enquanto sistema político. A terceira limitação envolve a possibilidade de superestimar o poder e o voluntarismo dos atores, na definição das questões organizacionais. A consequência disso é subestimar a influência que estruturas mais profundas de dominação têm sobre a capacidade de atualização de todas as potencialidades organizacionais. Dito de outra forma, a utilização da metáfora política será mais fértil caso se tenha em mente que a dinâmica organizacional ocorre dentro de limites colocados por estruturas de interesses e poder existentes ao nível societário. Com isso, tanto a interpretação da realidade quanto a capacidade de cada grupo manter essa interpretação objetivada no delineamento da estrutura organizacional sofrem, também, influências ambientais de ordem cultural, política e econômica (Benson, 1977, 1983; Ranson et al., 1980; Morgan, 1986;

Fombrun, 1986, 1989; Clegg, 1989, 1990).

Muito embora se entenda, neste trabalho, que a estruturação organizacional é um fenômeno resultante da interação entre as dimensões simbólica, política e ambiental, a ênfase e o fio condutor da análise estão nos aspectos políticos dessa interação. Deste modo, tanto a ambiência quanto os valores e as interpretações da realidade organizacional, são analisadas sob a perspectiva do poder.

A partir da perspectiva da metáfora política, que orienta a análise da relação entre processo político intra-organizacional e estruturação da organização, surgiu o interesse em analisar o controle e o conflito organizacional na Secretaria de Saúde do Município de Joinville - SSM. Dentro do tema controle e conflito organizacional, chamou atenção a relação entre dirigentes organizacionais e profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM. Na literatura organizacional, esta relação vem sendo explorada, quase exclusivamente, através da perspectiva oferecida pela metáfora organísmica. Desta forma, parece interessante focar a questão do relacionamento entre esses dois grupos organizacionais a partir do esquema analítico oferecido pela metáfora política. Assim, o objetivo principal deste trabalho é investigar a repercussão dos processos políticos na estruturação da realidade organizacional da SSM. Deste objetivo, decorrem os seguintes:

- verificar o relacionamento entre os dirigentes organizacionais e os profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM, utilizando o instrumental analítico oferecido pela metáfora política;

- constatar, utilizando o mesmo instrumental, a relação

entre controle organizacional e conflito de interesses, envolvendo os dirigentes organizacionais e os profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM;

Tendo em vista as considerações precedentes, a presente pesquisa será orientada pelo seguinte problema de pesquisa:

**Como se relacionaram controle organizacional e conflito de interesses entre os grupos de dirigentes organizacionais e de profissionais médicos que atuam em ambulatórios da Secretaria de Saúde do Município de Joinville, durante o período compreendido entre janeiro e junho de 1993?**

Em nível teórico, esta pesquisa tem sua importância localizada na tentativa de utilização de um marco teórico que não considera mutuamente excludentes, em termos de estrutura organizacional, arcabouço estrutural e padrões de interação. Assim, parte-se da sugestão, feita por Ranson et al. (1980), de que o estudo da estrutura organizacional deve continuar com a distinção analítica entre os dois tipos de estrutura e, ao mesmo tempo, voltar-se à análise da interdependência entre eles. A consideração dessa interdependência implica, nesta pesquisa, a análise da estruturação organizacional a partir das relações entre profissionais especializados, neste caso médicos, e a organização estatal produtora de serviços de saúde que os emprega, com base na metáfora das organizações enquanto processos políticos.

Já, em termos práticos, a expectativa é a de que este es-

tudo possa vir a oferecer subsídios aos gestores de serviços de saúde, tendo em vista a concretização das mudanças estruturais necessárias para que o setor seja mais resolutivo, tendo, por fundamento, a municipalização e, por diretrizes, os princípios da universalização, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde.

Este primeiro capítulo constou da introdução e contextualização teórica do tema desta pesquisa, da apresentação do problema que se empenha em dar conta, da definição dos objetivos que se propõe atingir e, por fim, da exposição das justificativas teórica e prática.

No segundo capítulo, são apresentados os fundamentos teóricos e empíricos sobre os quais se apóia esta pesquisa. São apresentados e discutidos os conceitos e as categorias analíticas fundamentais ao contexto desta pesquisa. São expostos os conceitos de estrutura e estruturação organizacional, assim como os fatores que, na perspectiva adotada neste trabalho, condicionam estes dois fenômenos. Procura-se evidenciar a dimensão política que as condições ambientais e que os valores e os interesses, enquanto expressões da significação social, assumem em processos que envolvem poder, conflito e controle organizacional.

O terceiro capítulo é dedicado à apresentação da metodologia utilizada nesta pesquisa. Apresentam-se a caracterização e a delimitação da pesquisa. Definem-se as categorias analíticas e alguns termos considerados contextualmente importantes. Expõem-se os instrumentos de coleta e a técnica de tratamento dos dados e apresentam-se, ainda, as limitações do trabalho empírico.

No quarto capítulo, os dados coletados são apresentados e



analisados de forma qualitativa. A análise orienta-se pelo referencial teórico apresentado no segundo capítulo e procura evidências da relação entre controle organizacional e conflito de interesses entre dirigentes organizacionais e profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM.

No quinto capítulo, estão contidas as conclusões a respeito do relacionamento entre controle e conflito de interesses na estruturação organizacional. Neste capítulo, apresentam-se, ainda, sugestões para futuros trabalhos na área.

## 2. BASE TEÓRICO-EMPÍRICA

A organização, enquanto controle de uma interação social específica, o trabalho, constitui-se num processo de construção social, sem uma existência fixa e determinada (Benson 1977, 1983; Clegg e Dunkerley, 1980; Heydebrand, 1983). Enquanto parte do mundo social, a organização encontra-se num processo de contínua mutação. "Suas principais características - objetivos, arranjos estruturais, tecnologia, relações informais, e assim por diante - são frutos do processo de construção social" (Benson, 1977, p.6).

Percebe-se, a partir do exposto acima, que a organização comporta duas dimensões: a dimensão processual e a dimensão estrutural. Embora sejam analiticamente distintas, entre elas ocorre uma interação constante, levando-as a um condicionamento mútuo (Ranson et al., 1980; Hall, 1984).

A dimensão processual engloba as interações que ocorrem no cotidiano da organização. "Os processos são a dinâmica das organizações" (Hall, 1984, p.91). Aspectos organizacionais que implicam a interação direta entre os atores são aspectos processuais. Dentre eles, Hall (1984), destaca a liderança, as comunicações, a tomada de decisão, a mudança, o conflito e o poder. Desses, o poder e o conflito são de fundamental importância para este trabalho, sendo tratados com algum detalhe na sequência desta seção.

A dimensão estrutural diz respeito às "distribuições, em diversos sentidos, das pessoas entre posições sociais que influenciam as relações de papel entre essas pessoas" (Blau apud Hall, 1984, p.37). Nessa concepção de estrutura organizacional, o enfoque

recai basicamente sobre o arcabouço estrutural, sendo este entendido como "a diferenciação de posições, formulação de normas e procedimentos e prescrição de autoridade" (Ranson et al., 1980, p.2). Em outras palavras, considera-se que os componentes da estrutura são a complexidade, a formalização e a centralização (Hall,1984).

A estrutura, porém, pode ser concebida de outra maneira. Ranson et al. (1980) observam que vários autores a concebem enquanto padrões que emergem das interações organizacionais. Ranson et al. consideram, além disso, que a oposição entre arcabouço estrutural e padrões de interação é de pouca utilidade e sugerem que o estudo da estrutura organizacional deve continuar elaborando a distinção entre os dois tipos de estrutura e, concomitantemente, "destinar esforços à análise da interdependência entre eles" (1980, p.3).

Partindo dessa preocupação teórica e articulando-a aos estudos desenvolvidos tanto por Bourdieu (1971, 1977, 1979) quanto por Giddens (1976, 1977) sobre o interrelacionamento entre arcabouço estrutural e padrões de interação, é que Ranson et al. (1980, p.3) propõem a sua concepção de estrutura organizacional. Para eles, a estrutura organizacional é "um complexo meio de controle, continuamente produzido e recriado em interação e que, mesmo assim, modela essa interação: as estruturas são constituídas e constitutivas". Para os mesmos autores, os arcabouços estruturais abrangem as expectativas normativas e as prescrições para a obtenção de competência operacional e desempenho satisfatório. As normas, os documentos e as relações de autoridade têm o intuito de prescrever propósitos e estabelecer condutas diferencialmente permitidas. Da mesma maneira, o arcabouço estrutural, além de conferir suporte às formas de compro-

misso, restringe e interpela aqueles que rejeitam os procedimentos a ele vinculados. O arcabouço está intrinsecamente envolvido em modelar tanto a operação de normas quanto o exercício da autoridade. "A estrutura organizacional, portanto, descreve tanto o arcabouço prescrito quanto as configurações de interação realizadas, além da extensão na qual eles são mutuamente constituídos e constitutivos" (Ranson et al., 1980, p.3).

Essa interrelação é elegantemente apresentada por Benson (1977, 1983). Para esse autor, existem, na organização, dois níveis de realidade: a morfologia e a subestrutura organizacional (Benson, 1977). No que tange à morfologia organizacional, que corresponde à estrutura formal e às ações racionalizadas, existem quatro aspectos distintos:

1. *Os compromissos paradigmáticos de uma organização* - especificamente, seus compromissos relativos a um domínio, uma tecnologia e uma ideologia. Esses compromissos proporcionam, respectivamente, uma certa definição dos objetivos organizacionais, um conjunto específico de técnicas para perseguir esses objetivos e um conjunto de idéias que interpretam e justificam as atividades da organização.
2. *Os arranjos estruturais da organização oficialmente reconhecidos e legitimados* - especificamente, a rede de papéis sociais e o conjunto de papéis na organização. Isso inclui características tais como diferenciação, centralização, burocratização e assim por diante.
3. *A constituição da organização* - especificamente as bases de participação e envolvimento na organização. Relaciona-se aos termos nos quais a participação e a obediência de indivíduos e grupos são efetuadas.
4. *Os vínculos organização-ambiente* - especificamente, a padronização ou estruturação de relações com organizações e indivíduos externos à organização focal" (Benson, 1977, p.11, destaque no original).

A morfologia organizacional, porém, não surge do nada. A sua produção e reprodução dá-se através de uma rede de relações so-

ciais, a subestrutura. Na subestrutura, que é, em parte, a esfera não racionalizada da ação organizacional, encontram-se as bases de poder e as relações de dominação que estabelecem e mantêm a morfologia da organização. Deste modo, as "seqüências ordenadas de desenvolvimento, as relações previsíveis entre componentes no nível morfológico são baseadas na subestrutura e, em última instância, são por ela explicadas" (Benson, 1977, p.12). A base para a transformação da morfologia é fornecida pela subestrutura organizacional.

"A subestrutura inclui ligações com o sistema social mais amplo. Isso inclui as *bases de recrutamento* das elites organizacionais; a *estrutura de interesses*, existente ao nível societário, que coloca limites sobre as operações da organização; a *estrutura de poder* que controla o fluxo de recursos para a organização e entre as redes organizacionais; os *vínculos da organização* com classes sociais, grupos raciais, grupos étnicos, grupos sexuais, e outros na sociedade; os *padrões institucionalizados de dominação das profissões nas suas esferas de prática*; [...]" (Benson, p.12, sem destaque no original).

Os pontos acima destacam os aspectos subestruturais ligados ao nível societário e que atuam na morfose da estrutura organizacional. Fenômenos que ocorrem no interior da organização aparentam, muitas vezes, ser intrinsecamente ligados a eventos que ocorrem em nível societário. Assim, no contexto intra-organizacional, a subestrutura inclui as

"[...] *bases de dominação existentes intra-organizacionalmente*. Aqui estão incluídas as *estruturas de controle sobre recursos estratégicos*, que, frente a outros, dão vantagens a alguns departamentos, divisões, ocupações, etc. A *centralidade de uma ocupação* para a tecnologia central de uma organização ou a *capacidade de controlarem incertezas*, própria de alguns departamentos, afetam significativamente o bem estar de outros departamentos e podem alavancar o

*exercício do poder nas principais arenas de definição da realidade da organização*" (Benson, 1977, p.13, sem destaque no original).

Observa-se, assim, a repercussão da subestrutura (padrões de interação) na definição da morfologia organizacional (arcabouço estrutural). Todos esses aspectos levaram Benson (1983) a sugerir, como orientação para a abordagem dos fenômenos organizacionais, um paradigma constituído de, basicamente, três pontos.

Primeiro: a organização, enquanto "um conjunto de relações sociais consistindo de práticas sociais interpretadas por participantes que atuam tanto no interior de arcabouços de significados quanto no interior de restrições ou limites estruturais" (Benson, 1983, p.337), é um locus de produção social cuja realidade é continuamente produzida pelas pessoas, através dos seus discursos e das suas práticas. Uma vez que esses discursos e práticas apresentam vínculos com tendências mais profundamente estruturadas no interior da organização, o analista dos fenômenos organizacionais deve estar atento às relações que vão estabelecendo-se entre eles.

Segundo: "em organizações, a contínua produção da vida social gera contradições, isto é, situações nas quais a constante atividade humana encontra determinados limites causados por arranjos organizacionais produzidos previamente" (Benson, 1983, p.337). Assim, enquanto conjunto de relações sociais, a organização apresenta uma dinâmica interna que gera tanto os arranjos organizacionais quanto as situações nas

quais os limites desses mesmos arranjos tendem a ser superados. Esses arranjos fornecem não apenas as condições para sua reprodução mas também os fundamentos para a ação organizada. Essas bases para a ação organizada - a estrutura de interesses, as bases de poder e a mobilização de recursos - tendem a gerar forças que, em algum momento, entram em oposição. Essas contradições, geradas pela estrutura organizacional manifestam-se, muitas vezes, sob a aparência de conflitos entre grupos, cada um deles representando, operando e mobilizando, respectivamente, diferentes interesses, bases de poder e recursos.

Terceiro: vincular a dinâmica organizacional à dinâmica social mais ampla, considerando que a "produção da realidade organizacional é integralmente conectada à totalidade social" (Benson, 1983, p.337).

A adoção dos pontos acima permite, segundo o autor, o estabelecimento de relações entre o desenvolvimento de tendências intra-organizacionais com aquelas tendências que se desenvolvem na realidade extraorganizacional. A conexão integral entre a produção da vida organizacional e a totalidade social faz com que, na produção e reprodução das práticas organizacionais, haja a participação de mecanismos geradores, contradições e ações organizadoras correntes na totalidade mais abrangente. Desdobramentos dessas perspectivas podem ser encontrados, por exemplo, nos trabalhos de Barley (1986), Bartunek (1984) e Fombrun (1986, 1989).

De acordo com Fombrun (1986, p.405), a estrutura

organizacional é "um edifício apoiado no fundamento de uma solução tecnológica para o problema da produção, emoldurado por uma sócio-estrutura de interações, em torno da qual se cristaliza um conjunto de normas e valores superestruturais". Esse tipo de concepção torna favorável a análise da estruturação em termos de "restrições infra-estruturais, dominação política e significação social" (Fombrun, 1986, p.406). A cada um desses termos corresponde uma dimensão estrutural. Assim, as restrições infra-estruturais, a dominação política, e a significação social correspondem, respectivamente, à infra-estrutura, à sócio-estrutura, e à superestrutura organizacional.

Depreende-se, assim, que: (1) a estrutura está em constante estruturação, sendo não apenas constituída pelos processos organizacionais mas também constitutiva desses mesmos processos, e que (2) a estruturação organizacional envolve a interação entre restrições infra-estruturais, dominação política e significação social. Segundo Fombrun (1989, p. 440), os três níveis de restrições ao comportamento organizacional "correspondem às visões familiares de organizações como organismo, processo político e cultura", no sentido dado por Morgan (1986). Ainda para Fombrun (1989, p. 440), a adoção dessa perspectiva permite ir além da "estreita fidelidade a metáforas fundamentais", tornando possível aos analistas utilizarem elementos conceituais de distintas metáforas e, com isso, deixarem de segregar, em seus estudos organizacionais, o poder, a cultura e a tecnologia.

No quadro 1 são apresentadas, de maneira sumária, as manifestações organizacionais dos níveis da estrutura, assim como a metáfora dominante em cada um desses níveis.



QUADRO 1: NÍVEIS DA ESTRUTURA, METÁFORAS DOMINANTES E MANIFESTAÇÕES ORGANIZACIONAIS

Nível da estrutura	Metáfora dominante	Manifestação organizacional
Infra-estrutura	Organísmica	Interdependência a nível do processo de trabalho e recursos Tarefas diferenciadas
Sócio-estrutura	Política	Agrupamentos - coalizões e panelinhas Interações Distribuição de poder - hierarquia e centralidade das ocupações
Superestrutura	Cultura	Valores e sentimentos Compreensões compartilhadas Elementos ideacionais

Fontes: Fombrun (1986, 1989)

### 2.1. Estruturação e Ambiência

Segundo Fombrun (1986, 1989), em nível infra-estrutural, o conjunto de restrições ao comportamento organizacional é decorrente (1) da tecnologia disponível para a realização e manutenção das suas atividades; (2) da competitividade da organização no seu ramo de atividade; (3) do contexto de mercado; e (4) da disponibilidade de recursos organizacionais. A infra-estrutura "define o conjunto factível de soluções tecnológicas para os problemas da produção (i.e., as alternativas de combinação capital/trabalho) que restringem o fluxo de trabalho e delimita as várias configurações de tarefas que delineiam a vontade de organizações específicas" (Fombrun, 1986, p.405). Nesse nível, a estrutura é entendida como conseqüente a processos de adaptação organizacional ao ambiente ou de seleção no mercado.

Para Fombrun (1986), a literatura relacionada aos estudos

desse nível da estrutura organizacional deriva de uma sociologia de caráter teleológico e enfatiza a "sobrevivência, conseguida através da adoção de uma tecnologia que habilita à aquisição e utilização eficiente de recursos" (1986, p.405, destaque no original). Ranson et al. (1980) salientam que, embora o suprimento de recursos deva ser considerado uma restrição infra-estrutural, já que ele não se submete à vontade dos atores organizacionais, a *distribuição organizacional de recursos (sob a forma de recursos humanos, habilidades específicas, informações, materiais etc)* é, muitas vezes, *delineada em função do atendimento dos interesses e valores de atores organizacionalmente poderosos*. Percebe-se, a partir desse ponto, que as condições ambientais não são, por si só, suficientes para determinar a conformação da estrutura organizacional. Os desdobramentos intra-organizacionais do relacionamento da organização com seu ambiente vão sendo definidos constantemente, de acordo com o contexto político e cultural de cada organização (Benson, 1977, 1983; Ranson et al. 1980; Morgan, 1986; Greenwood e Hinings, 1988; Clegg, 1990).

A influência de atores organizacionalmente poderosos na estruturação organizacional foi abordada por Bartunek (1984). Esse autor estudou o processo de estruturação organizacional ocorrido em uma ordem religiosa e desencadeado a partir de pressões ambientais. Nesse estudo, ficou evidenciado que os estímulos ambientais são percebidos de múltiplas maneiras e, em decorrência, desencadeiam uma multiplicidade de ações intra-organizacionais, fundamentadas em distintas perspectivas do problema. O poder dos dirigentes organizacionais ficou constatado a partir do momento em que *legitimaram seletivamente a expressão de perspectivas particulares e, com isso, molda-*

ram as possibilidades e o curso da mudança da missão e, concomitantemente, da morfologia organizacional.

Outra forma de restrição ambiental à vontade organizacional consiste na tecnologia disponível para a produção de um dado produto organizacional. A tecnologia a ser adotada, a partir da definição dos objetivos operativos da organização, pode ser a única disponível ou, ainda, escolhida dentre as existentes no ambiente. Uma vez introduzida na organização, a tecnologia pode não levar, como prega o determinismo tecnológico, ao mesmo padrão de conformação estrutural. Perrow (1965), em seu, já clássico, estudo sobre hospitais, observou que, na conformação da estrutura organizacional, a influência exercida pela tecnologia adotada vai deixando de ser evidente, à medida que os objetivos vão se complexificando e as tecnologias vão se tornando difusas. Assim, em organizações cujos produtos se baseiam em fenômenos de desconhecida cadeia de causalidade, de tecnologias de produção pouco claras, o componente tecnológico pode não ser o fator de maior determinação na conformação estrutural. São exemplos típicos dessa situação as organizações produtoras de serviços de educação ou saúde (Baldrige, 1971; Rodrigues, 1984). Essa condição foi constatada por Barley (1986), em seu estudo sobre mudanças tecnológicas na área da imagenologia médica e suas repercussões na estrutura organizacional. Nesse estudo, foi analisada a repercussão que a introdução de uma mesma tecnologia de produção de imagens teve em duas organizações distintas. A partir da perspectiva da estrutura organizacional, esse autor observou que, muito embora a tecnologia adotada seja a mesma, as consequências estruturais são distintas. Isso ocorre porque a introdução de uma nova tecnologia traz consigo

incertezas e complexidades técnicas. Estas são construções sociais e variam de cenário para cenário, fazendo com que a introdução de uma mesma tecnologia acarrete conseqüências estruturais distintas em cada um deles. Esse autor também assinala que os tomadores de decisão podem influenciar a ordem emergente das interações, muito embora não haja como antecipar as conseqüências estruturais decorrentes das suas decisões. Assim, diante de evidências como essa, a teoria da estruturação postula que

"as tecnologias são objetos sociais capazes de desencadear dinâmicas não intencionais e conseqüências não antecipadas que, no entanto, podem seguir uma lógica contextual. Tecnologias podem influenciar as estruturas organizacionais de um modo metódico, porém sua influência depende do processo histórico específico no qual está inserido" (Barley, 1986, p.107).

O ambiente institucional exerce suas influências sobre a estruturação organizacional, um vez que coloca a necessidade de a organização ter arranjos estruturais e processos que sejam institucionalmente legitimados (Ranson et al., 1980). Assim, o analista organizacional deve ter em conta as ideologias contextuais que são formadas a partir de visões sobre estilos gerenciais, formas de tratamento dispensadas a clientes e funcionários ou, ainda, maneiras de organizar o cotidiano. A busca de legitimidade no ambiente institucional pode fornecer explicações às razões pelas quais os dirigentes organizacionais adotam determinadas políticas e procedimentos e/ou utilizam os préstimos de determinadas categorias profissionais, tais como administradores profissionais e economistas. Para Meyer e Rowan (apud Ranson et al., 1980, p.11), "esses elementos da estrutura

formal são manifestações de poderosas normas institucionais as quais funcionam como mitos altamente racionalizados que são aglutinados em organizações específicas". O estudo realizado por Ozslack (1982) apresenta dados que corroboram as asserções acima. O autor expõe como as distintas ditaduras latino-americanas assumiram contornos específicos, em função das diferentes ideologias hegemônicas entre as elites dos vários países. Outro aspecto levantado pelo autor, diz respeito à lógica contextual que orienta as mudanças estruturais que as organizações estatais sofrem, mesmo dentro de uma normalidade institucional, a cada troca de dirigentes que ocorre. Assim, em nível municipal, a eleição de um novo prefeito, com suas propostas políticas e administrativas, é uma contingência ambiental que, com a posse do novo governante, torna-se a presença intra-organizacional de uma *visão de mundo*, ambientalmente legitimada, que vai procurar orientar o curso dos acontecimentos na organização. Pode ser esse um momento de geração de incertezas e desencadeamento de processos políticos cuja consequência estrutural nem sempre é previsível.

Percebe-se, a partir dos comentários e exemplos acima, que a ambiência permanece relevante enquanto fonte desencadeadora de mudança organizacional, muito embora as consequências estruturais destas não sejam necessariamente *determinadas* por aquela. Embora sofram restrições impostas pelo ambiente institucional, essas consequências são socialmente construídas a partir de processos que envolvem poder e interação de distintas interpretações da realidade organizacional. Essas dimensões, simbólica e política, por serem relevantes à compreensão da dinâmica e dos fenômenos organizacionais, serão discutidas na seqüência deste capítulo.

## 2.2. Estruturação e Províncias de Significado

A superestrutura consiste nas "representações e interpretações simbólicas da vida coletiva que vêm a ser amplamente compartilhadas pelos participantes" (Fombrun, 1986, p.406). Nos termos utilizados por Ranson et al. (1980), a superestrutura corresponde às províncias de significado criadas pelos membros organizacionais. As províncias de significado são esquemas interpretativos que servem de fundamento às orientações e resoluções estratégicas dos membros na organização, particularmente nas situações não previstas no arcabouço estrutural. "Esquemas interpretativos operam como pressuposições compartilhadas, fundamentais (embora implícitas, muitas vezes), a respeito de porque os eventos ocorrem de uma dada maneira e de como as pessoas podem agir em diferentes situações" (Bartunek, 1984, p.355). Segundo Bartunek (1984), conceitos como 'esquemas interpretativos', 'significados compartilhados', 'paradigmas', 'visões de mundo', 'ideologias', 'schemata', e algumas definições de 'cultura organizacional', são similares, variando ligeiramente entre eles. Todos esses conceitos, porém, "têm em comum a pressuposição básica de que uma dada experiência pode ser entendida de muitas maneiras" (Bartunek, 1984, p.355, nota nº 1). Resulta, então, que uma organização pode comportar distintas, e nem sempre compatíveis, interpretações dos fenômenos que nela ocorrem.

Para Ranson et al. (1980), a articulação das províncias de significado é feita, de modo intermitente, através de valores e interesses expressos pelos grupos organizacionais. Em nível de profis-

sionais (médicos, por exemplo), as províncias de significado "constituem e recriam a rotina de relacionamento de profissionais com seus clientes, com colegas de profissão e com profissionais de outras disciplinas na mesma organização" (Ranson et al., p.6). Assim, valores como "código de ética" e "autonomia", muitas vezes, articulam as províncias de significado desses profissionais. Uma vez que as províncias de significado são aceitas acriticamente pelos grupos organizacionais, os valores que as articulam podem ser utilizados, por exemplo, para legitimar tanto a implementação quanto a resistência à implementação de novas regras. Ou seja, valores são utilizados para legitimar ações que procuram manter ou intensificar determinados interesses. Esses interesses estão ligados à manutenção de "uma distribuição particular de riqueza, status e autoridade" (Ranson et al., p.7) viabilizada pela estrutura organizacional. Dessa maneira, tanto valores quanto ações ligadas a interesses (interested actions) orientam-se em direção a um arcabouço organizacional, no qual os grupos organizacionais esforçam-se em assegurar "suas pretensões particulares dentro dessa mesma estrutura, a qual, então, medeia e reconstitui aqueles interesses" (Ranson et al., p.7).

Tendo em vista esses pontos, Ranson et al. (1980) propõem que, em nível superestrutural, o processo de estruturação pode sofrer mudanças caso uma ou ambas das seguintes condições ocorram.

A primeira condição superestrutural de mudança na estrutura organizacional está na contradição e/ou ausência de consistência entre interesses que orientam uma dada estratégia e as possibilidades oferecidas pelas características da estrutura. Assim, ao mesmo tempo em que a estrutura organizacional estabelece claramente uma

hierarquia e uma divisão de trabalho, os dirigentes organizacionais, pressionados e/ou influenciados por novos contextos, tais como um novo governo municipal, podem desenvolver interesses ligados à implantação de um novo referencial para a gestão organizacional. A tentativa de formalizar medidas que garantam esse tipo de gestão faz com que surja uma contradição capaz de "criar dilemas e crises para os tomadores de decisão organizacional que podem sugerir mudança estrutural, seja no sentido de *aumentar a consistência*, seja no sentido de *'desconectar'* princípios e componentes estruturais" (Ranson et al., p.12, sem destaque no original).

A segunda condição é a ocorrência de revisão, por parte dos grupos organizacionais, das províncias de significado que justificam uma dada configuração estrutural.

"Os participantes não são, simplesmente, prisioneiros de papéis, propostas oficiais, ou procedimentos organizacionais estabelecidos. Os participantes percebem essas "formas" com um conteúdo "singular". Algumas vezes essa percepção dá-se de uma maneira automática e sem reflexão; em outros períodos ela pode se tornar muito significativa, na tentativa de avançar além dos limites da situação atual e reconstruir a organização de acordo com concepções alternativas de propostas, estruturas, tecnologias, e outras características" (Benson, 1977, p.8).

é o caso, por exemplo, de situações nas quais os dirigentes organizacionais questionem a legitimidade, até então intocável, de determinadas interpretações das normas e da realidade organizacional, patrocinadas por algum grupo de profissionais. Diante da ameaça que a mudança de situação representa aos interesses do grupo atingido, espera-se alguma forma de reação por parte desse mesmo grupo. A ocorrência dessa reação pode desencadear um processo polí-



tico envolvendo, por exemplo, grupos de profissionais e de dirigentes.

Essas duas possibilidades de mudanças superestruturais podem levar àquilo que Bartunek (1984) denomina de mudanças de primeira ordem e mudanças de segunda ordem. À medida que os atuais modos de interpretação alteram-se incrementalmente, ocorrem mudanças de primeira ordem. Situações nas quais as mudanças de interpretações levam, por exemplo, a reformulações paradigmáticas e/ou mudanças nas normas e visões de mundo, os processos assumem feições mais radicais, sendo considerados mudanças de segunda ordem. "Modificações no processo de trabalho, de modo a implementar a estratégia da organização, ilustram melhor as mudanças de primeira ordem. Mudanças fundamentais na estratégia, ou missão, ilustram mudanças de segunda ordem" (Bartunek, p.356). Embora aquelas sejam mais comuns, estas, provavelmente, apresentam maior importância em relação às formas estruturais. O autor considera que as mudanças de segunda ordem são processos dialéticos, nos quais a interação entre as antigas interpretações (teses) e as novas interpretações (antíteses) resultam em interpretações distintas das anteriores (sínteses). Essas mudanças superestruturais tanto atuam sobre os outros níveis da estrutura organizacional quanto sofrem seus efeitos. A relação entre mudanças superestruturais e os outros níveis é mediada pelas ações que os membros organizacionais executam, tendo em vista as mudanças e as reações a essas mudanças. Uma vez que essas ações são orientadas por valores e interesses, faz-se necessária uma breve discussão em relação a cada um desses conceitos.

### 2.2.1. Valores Organizacionais

Em recente trabalho, Enz (1986, p.27) observa que, em termos de ciências sociais, as tentativas de produzir uma definição manejável de valores "revelam um grau surpreendente de convergência [...]". Isso se dá porque, segundo a autora, em muitas das definições há (1) uma atenção dirigida aos meios e fins ou ações e objetivos e (2) uma visão de valores como preferências ou prioridades. Algumas definições podem combinar esses componentes e enfatizar a desejabilidade ou a conveniência na escolha de algumas, dentre várias, situações de meios e fins (Enz, 1986, 1988). De fato, Ranson et al. (1980, p.6), consideram que valores representam "padrões de preferência e fins desejados". Essa compreensão do conceito também é utilizada por Bartunek (1984). Tendo em vista essas possibilidades de definição, Enz (1986, p.6) considera que valores "são as opiniões de um grupo de pessoas, expressas pela preferência no contexto de identificação de cursos de ação e objetivos (fins) desejáveis".

Esses valores, porém, para serem considerados valores organizacionais, devem ter como referência a organização. "Valores organizacionais, em particular, são opiniões mantidas por um indivíduo ou grupo ao expressar quais ações e objetivos (fins) a organização 'é obrigada' a priorizar ou pelas quais 'deve' interessar-se no curso do empreendimento" (Enz, 1986, p.27). Essa definição, segundo Enz (1986, p.27), considera os valores organizacionais como sendo "as preferências por certos cursos de ação dentro de um empreendimento ou a desejabilidade de certos resultados para a firma". Em outras palavras, valores organizacionais são preferências em torno de "como

a organização deve ser administrada" (Enz, 1986, p.25).

Há que se considerar, porém, que os gerentes, na tentativa de dar uma determinada direção às ações organizacionais, ou seja, na formulação de políticas, envolvem-se não só com o gerenciamento das interações organização/ambiente mas também com o gerenciamento das interações intra-organizacionais. Pode-se considerar, assim, que o gerenciamento diz respeito, também, ao encaminhamento de soluções às questões surgidas das interações correntes entre os vários grupos organizacionais. Além disso, cada um dos grupos envolvidos numa dada questão tem opiniões próprias a respeito de qual deve ser o encaminhamento dado para essas mesmas questões. Diante destas considerações, assume-se que, neste trabalho, *valores organizacionais são preferências de grupos a respeito de qual deve ser a política da organização em relação a temas específicos.*

### 2.2.2. Interesses

Segundo o Dicionário de Ciências Sociais (1987, p.627), interesse pode ser entendido como sendo "qualquer objeto cuja importância para aqueles que o buscam é grande a ponto de determinar as suas normas de conduta e os seus julgamentos de valor". Os interesses, assim, relacionam-se com necessidades, que podem ser reais ou potenciais e, de acordo com Morgan (1986, p.149), são eles que "levam uma pessoa a agir em uma direção ao invés de outra". Para esse autor, em estudos organizacionais, os interesses "podem ser concebidos em termos de três domínios interconectados e que se relacionam com o trabalho na organização, carreira profissional e vida extra-

organizacional" (p.150). A cada um desses domínios corresponde uma dimensão dos interesses do ator. Desse modo, aos domínios relacionados com trabalho na organização, carreira profissional e vida extra-organizacional correspondem, respectivamente, os interesses de trabalho, interesses de carreira e interesses extramurais. Os interesses de trabalho são aqueles ligados às atividades que cada grupo tem de executar. Os interesses de carreira dizem respeito ao futuro profissional dos membros dos grupos. E, finalmente, os interesses extramurais são os que estão ligados aos compromissos fora da organização. De modo similar, Allison (1971), considera que as decisões tomadas pelos atores são influenciadas por interesses que mesclam componentes organizacionais, de grupos de referência e pessoais.

Em relação aos componentes que atuam na formação dos interesses dos atores, pode-se considerar que o componente organizacional dos interesses diz respeito "tanto à distribuição de recursos escassos quanto às inelutáveis orientações e motivações dos membros em manter e acentuar suas pretensões" (Ranson et al., 1980, p.7), podendo ser conceituado enquanto "opiniões a respeito da alocação apropriada de recursos escassos" (Bartunek, 1984, p.356).

No que tange aos grupos de referência, eles são aqui entendidos enquanto grupos sociais que originam objetivos, valores, atitudes e normas que uma pessoa adota, porque se identifica ou pretende identificar-se com seus membros (Dicionário de Ciências Sociais, 1987). De acordo com Kelley (apud Dicionário de Ciências Sociais, 1987, p.530), uma das funções de um grupo de referência "é a de servir como ou ser um padrão ou ponto de comparação por meio do qual a pessoa possa avaliar a si mesma e aos outros". Diante desses

aspectos, pode-se considerar que os grupos de referência originam províncias de significado a partir das quais se estabelece, em nível organizacional, a rotina de relacionamento entre os diversos grupos organizacionais. Uma vez que os interesses se relacionam tanto com sistemas de valores quanto com necessidades pessoais, grupais e organizacionais e, tendo em vista o nível e as unidades de análise aqui adotados, assume-se que, neste trabalho, *interesses são necessidades, reais ou potenciais, que os grupos organizacionais se empenham em satisfazer e que justificam tanto a manutenção e acentuamento dos seus valores quanto as suas opiniões a respeito de como devem ser alocados recursos escassos* (nesse caso, o conhecimento médico).

Ações que indivíduos e grupos encetam, tendo em vista a manutenção ou intensificação de uma dada distribuição de recursos escassos, são aquelas ações que Ranson et al. (1980) denominam de ações interessadas. Esses autores sugerem que "a natureza subjetiva e motivada da ação 'interessada' deriva de deficiências ou satisfações percebidas, em relação a uma particular distribuição de riqueza, status e autoridade, assim como de uma motivação para a manutenção e intensificação das posições relacionadas aos recursos" (Ranson et al., p.7). Uma vez que (1) os interesses, assim como as ações por eles motivadas, estão intimamente ligados à distribuição de recursos escassos, e que (2) um dado recurso, o conhecimento médico, por exemplo, pode ser escasso tanto intra quanto extra-organizacionalmente, é plenamente factível a ocorrência de opiniões divergentes, quanto à alocação desse recurso, entre os detentores do conhecimento, neste caso, os profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM, e os dirigentes da organização. Assim, as opiniões dos pro-

fissionais médicos, em relação à alocação, ao longo do tempo, do recurso que eles detêm, podem ser divergentes das opiniões mantidas pelos dirigentes daquelas organizações que contratam os serviços desses profissionais. Dito de outra maneira, profissionais médicos e dirigentes organizacionais podem ter opiniões divergentes quanto à quantidade de tempo que o conhecimento médico (recursos escassos) deve estar à disposição da organização. Esse quadro ilustra claramente uma situação de divergência de interesses.

Feita esta sucinta discussão em torno dos valores e interesses, conceitos básicos para a articulação das províncias de significado, torna-se possível considerar que um dado arranjo estrutural viabiliza tanto o compromisso paradigmático da organização (Benson 1977), quanto uma determinada distribuição de recursos a qual, por sua vez, está ligada à satisfação de certos interesses (Ozslack, 1982). Tendo vista que uma organização comporta uma variedade de grupos, cada um com seus próprios interesses, valores e interpretações dos fenômenos que nela ocorrem, ela pode ser entendida enquanto resultado de um processo de construção social. Há que se considerar, porém, que:

"Todos nós construímos ou fazemos nossas realidades, mas não necessariamente sob circunstâncias da nossa própria escolha. Há, aqui, uma importante dimensão de poder, subjacente ao processo de construção, que a metáfora cultural nem sempre realça ao grau possível. Quando isso é levado em conta, a metáfora cultural torna-se infundida com um sabor de política [...]" (Morgan, 1986, p.140).

Observa-se, assim, que a organização é uma construção social na qual distintos grupos procuram fazer com que suas províncias

de significado prevaleçam na definição da realidade organizacional e, por conseguinte, na constituição e recriação da estrutura organizacional. Sob essa compreensão, percebe-se que "a estruturação é privilégio de *alguns* atores organizacionais" (Ranson et al., 1980, p.7, destaque no original). Esse privilégio está ligado ao poder. Realçar a dimensão do poder é, justamente, a característica da metáfora das organizações enquanto processo político. Como visto anteriormente, a metáfora política, com sua ênfase no poder, é predominante na sócio-estrutura de dominação.

### 2.3. Estruturação e Processo Político

Tanto o poder como o conflito são fenômenos interativos, essencialmente vinculados às relações entre indivíduos e grupos na organização. Uma vez que é a partir delas que o poder surge, é exercido e tem sentido (Clegg, 1989), o estudo dessas interações permite uma maior compreensão da realidade organizacional. Pode ser que, nessas interações, o poder seja exercido no sentido de tornar possível o atendimento de interesses distintos e, muitas vezes, divergentes. A dinâmica entre interesses divergentes e poder é geradora do conflito, e, por conseguinte, de mudanças organizacionais. Pode ser, também, que o exercício do poder passe a se dar em sentidos e direções não-aleatórias, com uma certa regularidade, com um certo padrão. Essa forma estruturada e, portanto, mais restrita, do fluxo e exercício do poder é a base fundamental da sócio-estrutura de dominação.

Segundo Fombrun (1989, p.440), a sócio-estrutura "inclui

os relacionamentos formais [...] e informais que os membros da organização desenvolvem, quando eles executam suas tarefas - tradicionalmente denominadas de 'estrutura' administrativa". O autor destaca três dimensões da sócio-estrutura: (1) a divisão do trabalho e o agrupamento de atividades: a diferenciação; (2) os mecanismos de coordenação e controle: a integração; e (3) padrões emergentes de relações sociais: a organização informal. Para esse autor, tais padrões emergentes de relações sociais "são causa e consequência da distribuição de poder entre grupos no interior das organizações" (Fombrun, 1989, p.441). Observe-se que essas dimensões, além de guardarem correspondência com os conceitos de *arranjos estruturais da organização oficialmente reconhecidos e legitimados* e de *constituição da organização* (Benson, 1977); apresentam, também, o mesmo fundamento: a subestrutura organizacional. Esta, como já foi visto, inclui as bases da dominação intra-organizacional e constitui o substrato para o exercício do poder. O exercício do poder, inclusive sob a forma de controle, relaciona-se ao atendimento de interesses que, se forem divergentes, podem desencadear o conflito (Giddens, 1978; Morgan, 1986). O conflito, o poder, assim como o controle, formam o conjunto de conceitos a ser abordado na sequência deste capítulo, finalizando-o.

### **2.3.1. Conflito na Organização**

O conceito conflito pode ser definido como "uma forma de interação entre indivíduos, grupos, organizações e coletividades que implica choques para o acesso e a distribuição de recursos escassos"



(Pasquino apud Dicionário de Política, 1984, p.225).

No contexto organizacional, pode-se considerar que divergências relacionadas à distribuição de recursos escassos refletem interesses divergentes. Estes, por sua vez, podem gerar conflito organizacional. Segundo Morgan (1986, p.155), o "conflito surge sempre que interesses se chocam". Para ele, é a divergência de interesses, seja esta percebida ou real, que dá origem a todas as formas de conflito existentes na organização. Muito embora o conflito possa assumir diversas formas, "pessoal, interpessoal ou entre grupos e coalizões rivais" (Morgan, 1986, p.155), interessam, aqui, os conflitos, explícitos ou não, que ocorrem entre grupos organizacionais. Características objetivas, tais como dimensões, intensidade e objetivos, permitem, segundo Pasquini (apud Dicionário de Política, 1984), algumas distinções entre os conflitos.

"Quanto à *dimensão*, o indicador utilizado será constituído pelo número dos participantes, quer absoluto quer relativo à representação dos participantes potenciais [...]. A *intensidade* poderá ser avaliada com base no grau de envolvimento dos participantes, na sua disponibilidade a resistir até o fim (perseguindo os chamados fins não negociáveis) ou a entrar em tratativas apenas negociáveis" (p.226, destaque no original).

A distinção dos conflitos com base nos seus *objetivos*, sejam estes mudanças *no* sistema ou mudança *do* sistema, só é possível se for baseada num amplo conhecimento da sociedade na qual os conflitos estejam ocorrendo.

No âmbito da teoria das organizações, são várias as perspectivas sob as quais o conflito tem sido abordado. Burrell e Morgan (1979) agrupam essas perspectivas em três categorias, cada uma delas

relacionada a uma dada "visão" do que sejam as organizações. Na "visão unitária", que concebe a organização como um todo integrado e voltado à realização de objetivos comuns, o conflito é considerado um fenômeno indesejável, esporádico e fugaz, cuja eliminação é factível, desde que sejam desencadeadas ações gerenciais adequadas. Na "visão pluralista", que considera a organização como uma arena na qual diversos detentores de poder procuram satisfazer diferentes interesses, o conflito é um fenômeno intrínseco aos assuntos organizacionais e tem aspectos integrativos que devem ser evidenciados. Na "visão radical", que considera serem as organizações instrumentos de produção e reprodução de estruturas societárias de interesses e dominação, o conflito é concebido como a fonte de rupturas que leva às mudanças organizacionais e societárias.

A autora Zey-Ferrel (1979) apresenta um esquema ainda mais simplificado. O esquema da autora comporta dois modelos fundamentais de conflito: o modelo funcionalista e o modelo dialético. Segundo essa autora, o modelo funcionalista de conflito é o que mais frequentemente está presente na literatura organizacional e se caracteriza por considerar que a organização é um sistema fragmentado em diversos grupos de interesse, cada um deles com distintos valores, objetivos e interesses. Isso faz com que os grupos de interesse, na tentativa de obterem maior acesso ao poder e a recursos escassos, conflituem entre si. Os resultados do conflito, nesse caso, dependem da capacidade apresentada pelos grupos em pressionar e defender seus interesses. O modelo funcionalista considera, ainda, que o conflito pode ser benéfico para uma, várias, ou todas as partes da organização. Isto, porque o conflito é considerado "um processo de negocia-

ção conjunta, caracterizado pela negociação e barganha" (Zey-Ferrel, p.293). Esse processo de negociação por recursos escassos, onde sempre ocorrem competição e colaboração, pode ser arbitrado com o intuito de aumentar a oferta de recursos ou diminuir a demanda por esses recursos. Tendo em vista os graus de competição ou colaboração que um processo de conflito apresenta, ele pode assumir uma das três imagens apresentadas no quadro 02.

QUADRO 02 - MODELO DE SCHILLING: COMPARAÇÃO ENTRE AS TRÊS IMAGENS DO CONFLITO ATRAVÉS DO PRISMA FUNCIONALISTA

Conflito completo	"Conflito estratégico"	Cooperação completa
<p>Idéia da soma-zero</p> <p>1. Sua perda é o meu ganho e vice-versa</p>	<p>Negociação</p> <p>1. Barganha por vantagens e trocas</p> <p>2. Motivos misturados: cooperação e conflito</p>	<p>Cooperação</p> <p>1. Interesses idênticos</p> <p>2. Nossa ação é para nosso interesse mútuo</p>
<p>Teoria dos jogos</p> <p>1. Perseguição ou xadrez</p> <p>2. A perda de uma pessoa é o ganho das outras</p>	<p>Teoria dos jogos</p> <p>1. Negociações simuladas</p> <p>2. Cada participante perde e ganha alguma coisa</p>	<p>Teoria dos jogos</p> <p>1. Reuniões ou charadas</p> <p>2. O ganho é de todos</p>

Fonte: Baldrige (1971, p. 203)

O modelo dialético, por sua vez, assume que as organizações apresentam contradições fundamentais e caracterizam-se por uma instabilidade na ordem social, tendendo à dissolução. Essas contradições nunca se resolvem completamente e dão origem à instabilidade organizacional, fazendo com que a institucionalização de processos, estruturas e outras dimensões organizacionais nunca se complete. As contradições organizacionais manifestam-se através de arranjos estruturais incompatíveis, além de objetivos, interesses, ideologias e perspectivas conflitantes entre si, mantidas pelos participantes. "A ordem social de toda organização é negociada politicamente. Os pa-

drões estruturais da organização são entendidos com base antes no modelo político que no modelo administrativo". A organização é entendida, enquanto processo, como sendo sempre submetida a mudanças e comportando tendências divergentes. Todos esses fatores, aliados ao relacionamento contraditório com outras organizações e com o público, dão origem a crises. "Tais períodos de crise são importantes na criação de novos padrões organizacionais, os quais prevalecem na organização, em posteriores períodos de maior estabilidade" (Zey-Ferrel, 1979, p.295).

Essa é a perspectiva adotada por Benson (1977, 1983). Para esse autor, os conflitos entre grupos organizacionais, tal como considerados pela abordagem funcionalista, são manifestações decorrentes de contradições mais fundamentais, geradas no processo de estruturação organizacional. "As contradições estruturais, assim, estão muitas vezes associadas aos conflitos sociais entre grupos que representam interesses opostos, atuam a partir de diferentes bases de poder e mobilizam diferentes recursos" (Benson, 1983, p. 337). Desse modo, a partir do crescimento de divisões, das estruturas de recompensa, das estruturas de controle, além de outras formas de promover distinções existentes no interior das organizações, ocorre a produção de, também distintas, esferas de ação social. Sucede, com isso, que os vários grupos formados e envolvidos no processo de conformação e/ou complexificação da estrutura organizacional *tendem a desenvolver e implementar modelos organizacionais que, apesar de serem mais adequados às suas experiências, prioridades e problemas particulares, são, na maioria das vezes, incompatíveis entre si.* Ocorre, porém, que esse processo de construção social sofre restrições não

só de práticas anteriores mas também de interesses e posições sociais. "Assim como as pessoas lutam para satisfazer suas necessidades (superando escassez, por exemplo) elas geram novas formas de organização social (por exemplo, novas divisões do trabalho, tecnologias e modos de controle)" (Benson, 1983, p. 332).

Um exemplo ilustrativo de conflito que se estabelece a partir de contradições estruturais, é aquele corrente entre os grupos de profissionais médicos e os dirigentes organizacionais.

"Nas organizações de saúde, como hospitais, por exemplo, verifica-se que a relação entre áreas-fim e áreas-meio são bastante díspares desde a própria compreensão de seu papel na organização. Não é incomum encontrarem-se profissionais da área de administração de recursos que se esquecem da especificidade da assistência médico-hospitalar, exceto no que diz respeito a considerar 'rebeldes' grupos profissionais hegemônicos quando se trata de cumprir normas estabelecidas. Da mesma forma, há profissionais voltados à atividade assistencial que partem da premissa que a administração, por definição, serve para obstar os atos da nobre arte de salvar vidas, impondo constantemente limites e restrições sem sentido (para eles)" (Malik, 1992, p.36).

Esse é um conflito entre formas distintas de organização e controle do processo de trabalho (Burris, 1989). Enquanto os profissionais têm interesse em manter ou ampliar o seu grau de autonomia, os burocratas procuram aumentar o controle sobre o trabalho dos profissionais especializados. Organização e controle burocráticos têm seu fundamento na hierarquia, nas normas e nos procedimentos escritos. De modo distinto, a organização e o controle profissional baseiam-se no conhecimento e nas normas profissionais. Neste caso, "a contradição central se dá entre autoridade baseada no conhecimento profissional e autoridade baseada na experiência e posição ocupada"

(Burris, 1989, p.6). Nessa condição, "o ethos burocrático de eficácia [...] pode contrariar o ethos profissional de competência, status e orientação para o cliente" (Burris, 1989, p.6).

O *ethos*, no entanto, seja ele burocrático ou profissional, pode ser considerado uma construção que remete a um conjunto de práticas e discursos cuja constituição se dá ao longo do tempo e que, simultaneamente, forja os conhecimentos que propiciam a gênese e manutenção dos especialistas (Burrell, 1988; Burrell e Cooper, 1988; Cooper, 1989; Foucault, 1978, 1980, 1984, 1985). Nesse sentido, as estruturas de organização e controle do processo de trabalho podem ser consideradas *construções* de especialistas cujo intuito consiste em propiciar a manutenção e ampliação das condições que lhes conferem poder. Administradores e médicos podem ser, neste caso, apontados como dois grupos organizacionais que procuram tornar a realidade organizacional mais adequada ou, como diria Clegg (1989), mais racional ao exercício de suas disciplinas. Este processo de tentar garantir as condições mais adequadas ao exercício das suas disciplinas é, fundamentalmente, uma busca ao atendimento de interesses. Porém, na maioria das vezes, os interesses divergem e o conflito torna-se uma constante na vida organizacional. A resolução desses conflitos passa, em última análise, pelo uso do poder.

### 2.3.2. Poder na Organização

O poder, enquanto conceito, tem sido concebido de diferentes maneiras ao longo do tempo, estando cada uma das concepções ligada a uma "visão de mundo" própria de um contexto específico (Lu-

kes, 1980). Lukes (1980), analisando as várias concepções de poder, verificou que, em todas elas, o núcleo básico é constituído pela noção de provocação de conseqüências significativas.

Lukes (1980) observou que as várias concepções de poder - intencional ou não-intencional, individual ou coletivo, como variante de determinismos sistêmicos ou estruturais - dividem-se em duas amplas categorias: a simétrica e a assimétrica. As concepções simétricas de poder, por pressuporem que as relações sociais são, ao menos potencialmente, harmoniosas ou comunais, consideram que o poder é uma capacidade ou realização coletiva, na qual todos podem ganhar. Nesse caso, as conseqüências são provocadas com os outros. Assim, a possibilidade do poder enquanto capacidade coletiva está presente tanto na doutrina liberal clássica (o bem comum é proporcionado pela promoção do bem de cada indivíduo) quanto na doutrina marxista clássica (a tarefa coletiva da construção do socialismo). Fazem parte dessa categoria, as concepções de poder presentes nos trabalhos dos seguintes autores, citados por Lukes (1980): Talcott Parsons (capacidade de mobilizar recursos da sociedade, tendo em vista o atingimento de objetivos anteriormente estabelecidos); Hannah Arendt (a capacidade humana de agir em concerto) e Jurgen Habermas (a ação comunicativa, ou seja, a obtenção do consenso pelo poder da comunicação livre).

As concepções assimétricas de poder, por pressuporem que as relações sociais ou políticas são inerentemente conflituais, tendem a envolver conflito e resistência (reais ou potenciais). As conseqüências, aqui, são provocadas sobre os outros. De acordo com Lukes (1980), há três maneiras, analiticamente distintas, de conceber

o poder assimetricamente, ou seja, considerando-o enquanto:

1- Desigualdade, onde "o poder é medido pela determinação de quem ganha e quem perde - isto é, a capacidade de A lucrar às expensas de B" (Lukes, 1980, p.828). Neste caso, para que haja manutenção ou exercício do poder, não há necessidade de aquiescência ou dependência de uma das partes para com a outra.

2- Relação de Dependência onde, numa relação entre A e B, a conformidade de B aos interesses de A resulta da própria relação entre eles e não como consequência de ações e ameaças perceptíveis de A. De particular importância para a análise do poder organizacional é o acesso diferenciado de um grupo a recursos que, num dado contexto, são considerados escassos e cujo controle cria, em relação a esse grupo, dependência de outros grupos organizacionais.

3- Controle de alguns sobre os outros ou, ainda, obtenção de aquiescência. Aqui, o poder é concebido como uma forma de controle a nível social, onde o que varia não é o grau de necessidade ou presença do poder mas, sim, o grau no qual a existência do poder se faz sentir. Sua efetividade é tanto maior quanto mais evita o conflito e diminui a necessidade de sanções. Nesse sentido, não se trata apenas de considerar que o "poder é mais efetivo quando ele não é necessário" (Ranson et al., 1980, p.8) mas também que o poder é tanto mais efetivo quanto mais ele torna dóceis e produtivos os corpos, sejam eles individuais ou coletivos (Foucault, 1984, 1985). Nesse caso, o fluxo do poder é mediado tanto pela utilização estratégica de práticas e discursos quanto pela restrição da emergência de interpretações da realidade social que sejam divergentes das aceitas e/ou difundidas por aqueles grupos que, num dado contexto, assumem



maior expressão no processo de definição da realidade organizacional. Um exemplo da dinâmica do poder enquanto controle social pode ser tomado com o processo que ocorre em torno das normas sociais como, por exemplo, regras de conduta social. Nesse caso, considera-se que as normas resultam da dinâmica social e que, em função dessa mesma dinâmica, tornam-se passíveis de 'n' interpretações. Ocorre, porém, que, dentre essas possíveis interpretações, uma delas prevalece enquanto 'guia' das decisões tomadas. Essa interpretação é aquela que representa a posição dos grupos que exercem o poder com mais efetividade naquele contexto. Esse exercício do poder pode assumir formas que variam desde a criação de opinião - ou institucionalização (Clegg, 1990) - até o uso da coerção física.

Cabe lembrar ainda que, para Lukes (1980, p.830), essas categorias, assimétricas e coletivas, "não são, de nenhuma maneira simples, mutuamente exclusivas", dependendo, basicamente, de estar ou não uma coletividade abstraída, num dado enfoque analítico, de seu relacionamento com outras. Assim, neste trabalho, onde se procura analisar o relacionamento entre grupos dirigentes e de profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM, considera-se que as relações de poder entre eles *tendem* à assimetria.

Segundo Lukes (1980), a definição weberiana de poder é compatível com as três concepções assimétricas de poder. Para Weber (1964, p.43), "poder significa a probabilidade de impor a própria vontade, dentro de uma relação social, ainda que contra toda a resistência, qualquer que seja o fundamento dessa probabilidade". Em relação a essa definição, Giddens (1978) considera relevante não desconsiderar as palavras *ainda que*, uma vez que, no caso de elas

serem excluídas da definição, o poder passa a pressupor o conflito. Para esse autor, os conceitos de conflito e **solidariedade** não guardam uma relação direta com o conceito de poder, mas, sim, com o conceito de **interesse**. O fato de poder e conflito se apresentarem juntos com frequência não se dá "porque um logicamente implica o outro, mas porque o poder está ligado à conformidade dos interesses, e os interesses dos homens nem sempre coincidem" (Giddens, 1978, p.119). Para Giddens (1978), a divisão de interesses não é, como o é o poder, uma característica de toda e qualquer interação social.

Desse modo, e destacando os aspectos acima, Giddens (1978) entende que o poder pode ser conceituado, de uma maneira ampla, enquanto capacidade transformadora da atuação humana. Neste sentido, o poder "é a habilidade do ator em intervir numa série de acontecimentos, de maneira a alterar seu curso; como tal, ela é o 'pode' que medeia as intenções ou desejos e a realização verdadeira dos resultados buscados" (Giddens, 1978, p.119). Giddens (1978) também conceitua o poder tendo por base um sentido mais estrito do fenômeno. Nesse caso, o poder é uma propriedade intrínseca da interação social. Enquanto tal, o poder é definido como a "capacidade de garantir os resultados quando a realização destes resultados depende da atuação dos outros. É neste sentido que os homens têm poder 'sobre' outros: este é o poder como **dominação**" (Giddens, p.119, destaque no original).

O poder, no sentido de propriedade da interação, "é um conceito a ser pensado relacionalmente" (Clegg, 1989, p.112). Sob esta ótica:

"A utilização do poder na interação pode ser entendida em termos dos recursos ou facilidades que os participantes trazem e mobilizam como elementos de sua produção, dirigindo assim o seu curso. Portanto, tais recursos incluem *as habilidades pelas quais a interação é constituída como 'significativa', e também [...] qualquer outro recurso que um dado participante é capaz de utilizar de modo a influenciar ou controlar a conduta dos outros que são parte da interação, inclusive o domínio da 'autoridade' e a ameaça ou uso da 'força'*" (Giddens, 1978, p.119, sem destaque no original).

Observa-se, assim, que os grupos organizacionais têm acesso, mobilizam e trazem recursos para a interação. Além disso, de acordo com Fombrun (1986), recursos mobilizados e levados às interações possibilitam a geração, modificação e distribuição do poder organizacional.

É neste sentido que o acesso diferenciado a recursos tanto materiais quanto estruturais está, segundo Ranson et al. (1980), intimamente relacionado ao exercício do poder nas interações que ocorrem no âmbito organizacional.

"Em organizações, indivíduos e grupos são poderosos, portanto, porque controlam e podem manipular recursos escassos. A distribuição desses recursos proporciona a capacidade não só de *determinar 'resultados' mas, também, de recriar regras, posições e alocações orçamentárias* que asseguram a reprodução daquelas bases" (Ranson et al., 1980, p.8, sem destaque no original).

O controle sobre habilidades escassas, capazes de lidar com fontes de incerteza para a organização, o controle sobre recursos escassos, assim como a habilidade dos grupos organizacionais de usar e mobilizar recursos para dar suporte às suas pretensões são, de acordo com Ranson et al. (1980), as principais bases de poder na organização. Para Lachman (1989), insubstituíbilidade, centralida-

de, e trato com incertezas, antes de serem fontes de poder, são, pelo contrário, manifestações de poder. "Em outras palavras, poder é a capacidade de uma subunidade para lidar com incertezas nas entradas [inputs], para controlar informação, ou para colocar-se, ela mesma, numa posição de centralidade na rede de interação do trabalho" (Lachman, 1989, p.248, destaque no original). Esse autor acena, então, com a possibilidade de que o poder de algumas subunidades organizacionais tenha relação com o ambiente de realização da tarefa. Exemplo dessa possibilidade seria o poder dos médicos em organizações prestadoras de serviços de saúde. O poder dessa categoria poderia ter como base a alta consideração social pelas tarefas médicas. Esta posição de Lachman (1989) parece respaldar a afirmação, feita por Clegg (1989), de que considerar o poder como uma capacidade cuja premissa está no controle de recursos é uma tautologia. "A causa do poder é dependência de recursos. Ao mesmo tempo, sua consequência, a dependência de recursos, é equivalente à sua causa" (Clegg, 1989, p.99). Uma das causas disso estaria no fato de que, em contextos apropriados, qualquer fenômeno pode ser considerado recurso. Para Zeitz (1980, p.74), os recursos podem variar desde aqueles que são exclusivamente materiais, como terras ou equipamentos, passando pelos intermediários, tais como tecnologia, ligações administrativas e capital humano, até aqueles exclusivamente simbólicos, como a legitimidade, que "existem somente em função de relacionamentos sociais entre os membros".

Ao analisar a utilização da metáfora política no estudo das organizações, Morgan (1986) apresenta uma relação daquelas que ele considera serem as mais importantes fontes de poder na organiza-

ção. Além daquelas já apontadas acima, mais algumas, em função da pertinência para este trabalho, podem ser destacadas. São elas: (1) a autoridade formal e (2) o uso dos regulamentos, regras e estrutura da organização.

Para Morgan (1986, p.159), que neste tópico se baseia amplamente em Weber (1964), a autoridade formal, por ser "uma forma de poder legitimado que é respeitado e reconhecido pelas pessoas que interagem", é tanto a primeira quanto a mais óbvia fonte de poder organizacional. Embora nas organizações modernas possam ser encontrados os três tipos de autoridade - carismática, tradicional e burocrática ou racional-legal - Morgan (1986) destaca que, na maioria das organizações contemporâneas, o tipo de autoridade mais óbvio é a burocrática. Nesta, as "pessoas insistem em que o exercício do poder está sujeito à correta aplicação de regras e procedimentos formais" (Morgan, 1986, p.160). Dessa maneira, as esferas de autoridade delegada são definidas pelas posições que constam formalmente no organograma da organização. "Na medida em que autoridade é traduzida em poder, devido à anuência daqueles que ficam abaixo no padrão de comando, a estrutura de autoridade é, também, uma estrutura de poder" (Morgan, 1986, p.160). Porém, essa estrutura, assim como os regulamentos e regras da organização, podem ser utilizados como instrumentos tanto de afirmação quanto de subversão da autoridade formal. A estrutura, os regulamentos, as regras e outros procedimentos formais são normalmente vistos como instrumentos racionais, cujo fim estaria voltado à melhoria do desempenho organizacional. "Uma visão política desses arranjos, entretanto, sugere que em muitas situações eles são melhor entendidos como *produtos e reflexos de uma luta pelo controle*

*político*" (Morgan, 1986, p.162, sem destaque no original). Como já foi visto, o organograma, ou *design* da organização, fornece boas informações em relação à estrutura do poder organizacional. Nesse sentido, a manutenção ou a mudança desse *design* também podem oferecer informações da mesma qualidade. Isso porque as "pessoas, muitas vezes, preservam estruturas existentes de modo a proteger o poder para elas derivado das estruturas" (Morgan, 1986, p.164). Desse modo, o desenho organizacional é tanto fonte quanto consequência da luta pelo controle político da organização. Comentários na mesma linha podem ser feitos em relação às regras, aos regulamentos e aos outros procedimentos formais. Todas as normas que "guiam o funcionamento organizacional conferem poder em potencial a ambos, controladores e controlados" (Morgan, 1986, p.165). Dessa forma, o controle político da organização é resultado de um processo cotidiano, no qual controladores e controlados procuram fazer com que seus valores e interesses predominem no direcionamento das ações desencadeadas a partir das interpretações das normas organizacionais.

A convivência de burocratas e profissionais numa mesma organização faz com que cada um deles procure torná-la mais racional às suas atividades. Como será visto mais adiante, nessa situação cada grupo patrocina estruturas de controle que estejam de acordo com seus valores e interesses. Essa convivência, de distintas formas de controle e organização do trabalho, enfatiza a necessidade de um mínimo de conhecimento, tanto em relação às formas de controle quanto às repercussões que o convívio dessas formas de controle trazem à dinâmica organizacional. Esses pontos, aliados à posição de destaque que o poder enquanto controle assume no esquema analítico aqui pro-

posto, levam à necessidade de um maior detalhamento da noção de controle.

### 2.3.3. Controle na Organização

Segundo Garelli (apud Dicionário de Política, 1984, p.283), controle social significa

"o conjunto de meios de intervenção, quer positivos quer negativos, acionados por cada sociedade ou grupo social a fim de induzir os próprios membros a se conformarem às normas que a caracterizam, de impedir e desestimular os comportamentos contrários às mencionadas normas, de restabelecer condições de conformação, também em relação a uma mudança do sistema normativo".

Wolff (apud Dicionário de Ciências Sociais, 1986, p.265) considera que, à medida que grupos sociais limitam e condicionam suas opções e suas ações em função de outros, "os mecanismos dessa limitação ou desse condicionamento também assumem caráter social". Nessa situação, o controle social pode beneficiar grupos que perseguem interesses distintos daqueles dos controlados. Essa visão de controle social está de acordo com a tradição sociológica que acentua a "importância do conflito, do poder e do controle, relacionando-os com interesses, indivíduos e grupos diversos e algumas vezes opostos" (Wolff apud Dicionário de Ciência Sociais, 1986, p.266). Os interesses dos grupos dominantes podem, desse modo, estar sendo servidos por muitas formas de controle social como, por exemplo, leis, regras éticas e controles institucionais.

Percebe-se, a partir do exposto acima, que o controle so-

cial tem por objetivo a consecução do consenso em relação às normas. Esse consenso, muitas vezes, é obtido com a utilização do poder.

A literatura organizacional contemporânea tem apontado para as diversas possibilidades do controle organizacional. Essas possibilidades podem ser agrupadas em dois grandes conjuntos, de acordo com os seguintes critérios: (1) alvos do controle (Czarniawska-Jorgens, 1987), ou (2) meios de controle (Burris, 1989).

Czarniawska-Jorgens (1987), que adota os alvos do controle como critério para a construção da sua tipologia de controle organizacional, considera quatro tipos de controle organizacional: (1) controle pessoal; (2) controle da ação; (3) controle ideológico e; (4) controle ecológico.

O controle pessoal ou total, "tem como alvo a integridade física e psicológica dos indivíduos" (Czarniawska-Jorgens, 1987, p.151). Coerção, lavagem cerebral e dispensa de funcionários são exemplos de controle pessoal. Segundo a autora, tanto o grau da força aplicado aos objetos do controle quanto a sensibilidade destes, é que dão o grau do trauma inflingido. Exemplo disso, segundo a autora, são os suicídios que se seguem às demissões de trabalhadores. Neste caso particular, um trauma máximo, a morte, ocorre em reação a uma maneira menos drástica de controle pessoal.

O controle da ação, "tem como alvo o 'projeto', feito pelos indivíduos, de um dado comportamento, isto é, a imagem mental da estrutura de uma dada atividade, a qual determina seu desempenho" (Czarniawska-Jorgens, 1987, p.151). A característica básica desse tipo de controle está na prescrição do comportamento que se deseja alcançar. A supervisão, as normas técnicas, e as regras e regulamen-



tos enquadram-se nesse tipo de controle. A autora considera que os sistemas de incentivos ligados a certos comportamentos específicos fazem, também, parte do controle da ação.

O controle ideológico, "tem com alvo aquilo que os indivíduos percebem como sendo relevante à realidade organizacional. Sua base repousa no crédito do controlador e na capacidade de os líderes oferecerem uma imagem atrativa da realidade" (Czarniawska-Jorgens, 1987, p.151). As distintas interpretações da realidade organizacional são o substrato para o gerenciamento de significado que é, por sua vez, a característica fundamental desse tipo de controle.

O controle ecológico "tem por alvo o ambiente mais imediato do objeto do controle, muito embora não tenha acesso ao objeto do controle propriamente dito" (Czarniawska-Jorgens, 1987, p.152). Distintamente dos tipos de controle abordados anteriormente, os quais, segundo a autora, pressupõem uma situação de escassez, o controle ecológico surge de uma situação de abundância. Um cenário para o controle ecológico é aquele no qual estão presentes, concomitantemente, recursos abundantes e escassez de trabalhadores. Desse tipo de controle, cujo melhor exemplo é o suborno, não faz parte o uso de força, regras, normas ou regulamentos. Aqui, pelo contrário, o agente do controle tem apenas a expectativa de que o objeto da sua ação sintasse atraído pela(s) oferta (s) a ele feita(s). Parece ser esse tipo de controle que faz com que os destaques no automobilismo internacional ou os gênios da computação sejam atraídos, respectivamente, às fórmulas Um ou Indy e ao Silicon Valley. Quando levado ao limite, o controle ecológico pode ser equivalente ao controle pessoal uma vez que, devido à ampla estruturação da ecologia externa dos

indivíduos, leva a situações de escolhas ilusórias. Isto é, os indivíduos fazem as escolhas dentro de uma já estabelecida estrutura de possibilidades.

Nesse modelo, são apontadas formas de contra-controle análogas a cada um dos tipos de controle apontados acima. Assim, ao controle pessoal corresponde o contra-controle pessoal, cuja forma mais tradicional é a greve. Negociações em torno de salários e organização do trabalho são formas de contra-controle da ação. A co-gestão, por sua vez, tratar-se-ia de um movimento em direção ao contra-controle ecológico. Finalmente, o contra-controle ideológico faz-se através da utilização de ideologias alternativas ou críticas às ideologias estabelecidas. "O melhor meio para alvejar uma ideologia é empregar outra ideologia" (Czarniawska-Jorgens, 1987, p.152).

Em termos de rigor, a autora observa que, se colocados num *continuum*, os controles ecológico, ideológico, das ações e pessoal, vão do tipo mais frouxo ao tipo mais estrito de controle, respectivamente. O controle é tanto mais estrito quanto mais inclui o objeto do controle, deixando a este o menor grau de liberdade de ação.

Uma outra tipologia de formas de controle, baseada nos meios de controle, é utilizada por Burris (1989). Para o autor, é possível traçar uma cronologia tosca do desenvolvimento das formas de controle organizacional, apesar da irregularidade desse desenvolvimento e da coexistência de diferentes formas de controle. De qualquer modo, a noção básica é que uma dada forma de controle gera contradições tanto intra quanto entre estruturas de controle e que essas contradições ocasionam crises que dão origem a formas alternativas de controle organizacional. No quadro 03 está contida uma apre-

sentação resumida dos tipos principais de controle organizacional, das suas características fundamentais, assim como das contradições inerentes a cada um deles.

### QUADRO 03 - ESTRUTURAS DE CONTROLE ORGANIZACIONAL

Estrutura	Período (aprox.)	Características	Contradições
Ofício/Corporação Produção familiar	Pré-capitalista (pré-séc. XVIII)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aprendizagem</li> <li>- descentralização</li> <li>- fluído, colegial</li> <li>- ideologia teocrática de gênero e desigualdade de classe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- controle insuficiente do processo e do produto do trabalho</li> </ul>
Controle Simples	Século XVIII até o presente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- supervisão direta</li> <li>- autoridade coercitiva</li> <li>- disciplina no tempo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- coerção transparente</li> <li>- resistência dos trabalhadores</li> <li>- impraticável em grandes empreendimentos</li> </ul>
Controle Técnico	Século XVIII até o presente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- controle embutido no sistema da máquina</li> <li>- ritmo ditado pela máquina</li> <li>- isolamento dos trabalhadores</li> <li>- des-habilitação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- controle visível do ritmo</li> <li>- resistência dos trabalhadores</li> <li>- inflexibilidade dos sistemas de produção</li> </ul>
Controle Burocrático	Século XIX até o presente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- diferenciação estrutural</li> <li>- especialização de tarefas</li> <li>- promoção interna baseada em critérios objetivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- conflitos entre profissionais e burocratas</li> <li>- favorecimentos X pretensa objetividade</li> <li>- ineficácia e inflexibilidade perante casos atípicos</li> </ul>
Controle Profissional	Século XIX até o presente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- posições de grupos</li> <li>- auto-regulação</li> <li>- códigos de ética</li> <li>- treinamento formalizado</li> <li>- habilidades esotéricas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- conflitos entre profissionais e burocratas</li> <li>- interesses adquiridos X ética e auto-regulação</li> </ul>
Controle Tecnocrático	De 1960 até o presente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- polarização entre especialistas e não especialistas</li> <li>- erosão dos meios internos de ascensão profissional</li> <li>- conhecimento técnico como base de autoridade</li> <li>- barreiras ao credenciamento</li> <li>- organização em equipe, particularmente no setor especializado</li> <li>- reestruturação de habilidades</li> <li>- ideologia do imperativo técnico e manutenção do sistema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- frustrado o potencial produtivo da tecnologia avançada</li> <li>- confiança aumentada em trabalhadores não especializados</li> <li>- suposta neutralidade X segregação de raça, sexo etc</li> </ul>

No quadro 04 são apresentadas, para cada nível da estrutura organizacional, as metáforas dominantes, suas manifestações organizacionais e formas de controle.

Quadro 04 - NÍVEIS DA ESTRUTURA, METÁFORAS DOMINANTES, MANIFESTAÇÕES ORGANIZACIONAIS E FORMAS DE CONTROLE RELACIONADAS

Nível da Estrutura	Metáfora Dominante	Manifestação Organizacional	Formas de Controle Relacionadas
- Infra-estrutura	- Organísmica	- Interdependência ao nível do processo de trabalho - Tarefas diferenciadas	- Controle técnico - Controle ecológico
- Sócio-estrutura	- Política	- Agrupamentos - Interações - Interesses - Distribuição de poder	- Controle simples - Controle burocrático - Controle tecnocrático - Controle profissional - Controle pessoal - Controle da ação
- Superestrutura	- Cultura	- Valores e sentimentos - Compreensões compartilhadas - Elementos ideacionais	- Controle ideológico

Fontes: Burris (1989), Czarniawska-Joerges (1987), Fombrun (1986, 1989)

Os modelos de Burris (1989) e de Czarniawska-Joerges (1987), no contexto deste trabalho, apresentam uma certa complementariedade. Tanto Burris (1989) quanto Czarniawska-Joerges (1987) observam que uma dada organização pode comportar mais de uma das formas de controle e contra-controle acima discutidas. Porém, num dado momento, uma forma é a dominante. Czarniawska-Joerges (1987), evocando trabalho de Etzioni (1961), comenta que esse fenômeno ocorre porque a ênfase em dois tipos de controle faz com que um tipo tenda a neutralizar o outro. Porém, sob um enfoque político, esse fenômeno é percebido enquanto consequência da luta pelo controle político da

organização, de modo a tornar os meios de controle organizacional mais adequados ao *ethos* e aos interesses dos grupos envolvidos. O modelo de Burris (1989) enfatiza as contradições inerentes a cada tipo de controle, sendo particularmente interessante para este trabalho, aquelas próprias dos controles profissional e burocrático. Entre esses dois tipos de controle, que cada vez coexistem mais nas organizações contemporâneas, a emergência de conflitos é uma constante. O modelo da autora Czarniawska-Joerges (1987), por sua vez, apresenta uma tipologia de formas de controle organizacional que contém vários níveis de rigor em relação ao objeto controlado. Sustenta, além disso, que, em momentos de tensão e crise, o controle organizacional tende a mudar de formas menos rigorosas para formas mais rigorosas. Se tomados em conjunto, esses aspectos podem explicar o *aumento ou diminuição da consistência dos princípios e componentes estruturais* em momentos de crises e dilemas organizacionais decorrentes da introdução de uma nova interpretação da realidade organizacional patrocinada, por exemplo, por um novo grupo de dirigentes organizacionais. A autora entende que a crise, por si só, "não causa mudanças no controle: ela produz uma mudança na percepção e uma tentativa dos atores no poder desencadearem uma cadeia de eventos que *eles* vêm como causalmente ligados" (Czarniawska-Joerges, 1987, p.165, destaque no original). Assim, a flexibilização ou enrijecimento do controle organizacional é conseqüente a uma série de ações e processos desencadeados a partir de uma dada interpretação da realidade e vinculados tanto ao atingimento dos valores organizacionais quanto ao atendimento dos interesses dos grupos organizacionais envolvidos.

Independentemente dos meios ou dos objetos do controle, em nível organizacional este "é realizado através daquilo que pode ser denominado 'normas'. Essas normas não são necessariamente definidas de maneira formal pelos membros da organização, embora possam ser" (Clegg, 1981, p.545). São as normas formalmente definidas que interessam a este trabalho.

Como outros componentes estruturais, o conjunto de normas é uma componente do controle sobre as interações organizacionais. Enquanto tal, o conjunto de normas está voltado ao estabelecimento de um determinado padrão de comportamento organizacional. Pretende-se, desse modo, alcançar uma relativa previsibilidade nas ações organizacionais. Essa previsibilidade, por sua vez, liga-se ao intuito de alcançar objetivos organizacionais em constante processo de redefinição.

Se se considera que um dos processos organizacionais básicos é justamente o processo de trabalho e que o trabalho é uma forma específica de interação social, conclui-se que as normas são uma forma direta de controle sobre os atores que fazem parte dessa interação.

Desse modo, o controle organizacional, enquanto obtenção da conformação das ações e interações intra-organizacionais ao atingimento dos objetivos organizacionais, será considerado, neste trabalho, como sendo *o processo organizacional de formulação, imposição e resistência à imposição de normas*. O controle organizacional apresenta, assim, um componente identificado com o arcabouço estrutural, as normas escritas; um componente identificado com padrões de interação, o padrão de acatamento a essas normas e; também, um componen-

te processual, a negociação política em torno do nível de acatamento às normas. É nesse sentido que o controle pode ser considerado tanto uma manifestação quanto um indicador das relações intra-organizacionais de poder. Porém, dada a multiplicidade de interesses existentes na organização, os grupos procuram interpretar as normas de modo a minimizar os efeitos daquelas que contrariam seus interesses. É justamente devido ao fato de as normas estarem sujeitas a interpretações que o controle organizacional não é total. Assim, o controle sobre os meios de significação (ideológico) passa a adquirir grande importância, uma vez que a possibilidade de institucionalizar uma dada interpretação das normas organizacionais é diretamente proporcional ao grau de controle que os atores envolvidos exercem sobre esses meios (Clegg, 1989). Desse modo, podem ser considerados poderosos aqueles grupos que institucionalizam a sua interpretação das normas organizacionais. Nos termos de Ranson et al. (1980), grupos são poderosos à medida que fazem prevalecer as suas províncias de significado. O poder dos grupos organizacionais é tanto mais eficaz quanto menos interpretações rivais surgem no decorrer do processo. Assim, os grupos que obtêm sucesso nas suas tentativas de expor ao debate apenas aquelas questões consideradas seguras, podem ser considerados poderosos (Bachrach e Baratz, 1983). Nessa linha de raciocínio, poder-se-ia considerar que um grupo organizacional tem seu poder ameaçado a partir do momento em que a sua interpretação da norma seja colocada em xeque por outros grupos organizacionais. Essa situação é uma ameaça potencial a todo um padrão de interação, e interesses envolvidos, que esse grupo organizacional constituiu ao longo do tempo. A tentativa de impôr uma determinada interpretação

como sendo a *interpretação*, faz com que os grupos envolvidos na interação mobilizem aqueles recursos aos quais têm acesso, utilizando-os como trunfo na definição do processo político que se estabelece. A manutenção de uma interpretação possibilita que, ao longo do tempo, se estabeleça um determinado padrão de interação que viabilize o atendimento de certos interesses. Interpretações alternativas podem dar origem a novos padrões de interação ou, caso contrário, podem levar àquilo que Barley (1986) considera o adensamento da estrutura da organização. Esse cenário contém elementos que, segundo Benson (1977, 1983), Ranson et al. (1980), Willmott (1981) e Fombrun (1986, 1989), podem ser utilizados no estudo da estruturação organizacional. São eles: (1) províncias de significado e interpretações da realidade organizacional; (2) mobilização dos recursos disponíveis a cada um dos grupos, de modo a utilizá-los como instrumento de mudança ou perpetuação de uma relação de dominação; e (3) um conjunto de normas organizacionais. Assim, sob a ótica da metáfora política, e com base nos fundamentos teóricos acima apresentados, pretende-se realizar o estudo da estruturação de uma organização estatal produtora de serviços de saúde, considerando valores e interesses de dirigentes organizacionais e profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM, o conflito entre esses grupos e a conformação do controle organizacional.



### 3. METODOLOGIA

O capítulo precedente almejou fundamentar teoricamente o questionamento de que esta pesquisa procurou dar conta. A fim de atingir este objetivo, discutiu-se, sob a ótica das metáforas orgânica, cultural e política, o processo de estruturação organizacional. Para tanto, foi apresentado o conjunto de conceitos pertinentes a essas metáforas. Fazem parte desse conjunto os seguintes conceitos: infra-estrutura de restrições ambientais, superestrutura organizacional, províncias de significado, valores, interesses, sócio-estrutura de dominação, poder, conflito e controle organizacional.

Este terceiro capítulo tem por objetivo expor a metodologia utilizada na busca das possíveis respostas ao problema de pesquisa apresentado na introdução deste trabalho.

#### 3.1 - Especificação do Problema

A operacionalização do problema de pesquisa passa pela elaboração de um "corpo de hipóteses que forma a base de toda a teorização" (De Bruyne et al., 1977, p.29). Este corpo de hipóteses orienta, também, o trabalho de pesquisa empírica que se faz com intuito de confrontar a curiosidade teórica com os dados oferecidos pela realidade. Assim, tendo por base os fundamentos teóricos apresentados no capítulo anterior, expõe-se, abaixo, o conjunto de hipóteses desta pesquisa:

- O nível de rigor do controle organizacional sobre o tra-

balho dos profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM é resultante de processo político, envolvendo esses profissionais e os dirigentes da organização;

- O incremento no rigor do controle organizacional sobre o trabalho dos profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM atende a interesses dos dirigentes organizacionais;

- O incremento do rigor do controle organizacional sobre o trabalho dos profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM afeta, em algum grau, os interesses desses profissionais;

- Quanto maior for a divergência de interesses entre dirigentes organizacionais e profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM, maior o rigor do controle organizacional sobre o trabalho dos profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM;

- Quanto mais rigoroso o controle organizacional sobre o trabalho dos profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM, maior a intensidade do conflito entre esses profissionais e os dirigentes da organização.

### **3.1.1. Definições das Categorias Analíticas Constantes nos Enunciados das Hipóteses**

a) **Controle Organizacional:** Significa o processo organizacional de formulação, imposição e resistência à imposição de normas. Por extensão, controle organizacional sobre o trabalho dos profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM significa o processo de elaboração de normas que dizem respeito à atuação desse grupo de profissionais, a imposição dessas normas a esses profissionais e

a resistência desses profissionais à essa imposição.

O procedimento operacional em relação a essa categoria analítica foi o seguinte:

- A partir de uma questão específica, o cumprimento do horário estabelecido em contrato de trabalho, fez-se o levantamento dos seguintes dados:

- normas relacionadas a essa questão;
- penalidades previstas para o descumprimento das normas;
- o conhecimento das normas e respectivas penalidades pelos dirigentes organizacionais e profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM;
- a ocorrência de descumprimentos a essas normas;
- aplicação de penalidades aos profissionais que descumpriram as normas.

Com as informações acima, procurou-se saber que tipo de conduta os dirigentes organizacionais adotaram em relação aos profissionais que descumpriram as normas.

b) **Conflito organizacional:** situação de divergência, em relação aos interesses que devem ser prioritariamente acatados, acompanhada de alguma forma de reação.

O procedimento operacional em relação a essa categoria analítica consistiu em levantar as situações nas quais o acatamento ao(s) interesse(s) dos integrantes de um dos grupos em questão neste trabalho, deu-se em detrimento dos interesses dos integrantes do outro grupo.

O conflito organizacional é definido, constitutiva e operacionalmente, com base nos interesses e estes, conforme se expõe

mais adiante, fundamentam-se, também, nos valores organizacionais. Diante disso, surge a necessidade de apresentar as definições constitutiva e operacional de valores organizacionais e interesses. Assim:

- **Valores organizacionais:** são preferências de grupos a respeito de qual deve ser a política da organização em relação a temas específicos. Essa definição tem por base trabalhos produzidos por Enz (1986, 1988).

O procedimento operacional consistiu em levantar as preferências dos dirigentes organizacionais e dos profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM, a respeito da política que deveria ser adotada em relação ao cumprimento da carga horária constante no contrato de trabalho estabelecido entre esses profissionais e a organização.

- **Interesses:** são necessidades, reais ou potenciais, que os grupos organizacionais se empenham em satisfazer e que justificam tanto a manutenção e acentuamento dos seus valores organizacionais quanto as suas opiniões a respeito de como devem ser alocados recursos escassos (nesse caso, o conhecimento médico). Essa definição tem por base os trabalhos de Allison (1971), Ranson et al. (1980), Bartunek (1984) e Morgan (1986).

O procedimento operacional consistiu em levantar:

- as opiniões dos dirigentes organizacionais e dos profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM, a respeito da exigência do cumprimento da carga horária constante no contrato de trabalho estabelecido entre esses profissionais e a organização;

- as necessidades que justificavam tanto as opiniões acima

quanto os valores organizacionais dos grupos em estudo.

### 3.1.2. Definição de Termos Contextualmente Importantes

a) **Poder:** é a capacidade de provocar resultados na organização.

b) **Poder dos dirigentes organizacionais:** diz respeito à possibilidade de os dirigentes organizacionais fazerem prevalecer a sua interpretação das normas organizacionais.

c) **Poder dos profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM:** diz respeito à possibilidade dos profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM clínicos fazerem prevalecer a sua interpretação das normas organizacionais.

d) **Processo político:** processo pelo qual se busca, com base no poder, um maior controle sobre a ocorrência e/ou curso dos fenômenos organizacionais.

e) **Conflito de interesses:** situação na qual a satisfação dos interesses de um grupo impede ou, pelo menos, dificulta a satisfação dos interesses do outro.

f) **Dominação:** Diz respeito ao exercício do poder de um grupo sobre o outro.

g) **Legitimidade:** "legitimidade é uma forma de aprovação social essencial à estabilização de relações de poder, surgindo quando pessoas reconhecem que uma tem o direito de governar alguma área da vida humana e quando o governado considera que é seu dever obedecer" (Morgan, 1986, p.159).

h) **Processo de trabalho:** é a "atividade intencional, consciente, de pessoas, voltada à transformação, modificação e adaptação de objetos naturais às suas necessidades" (Clegg e Dunkerley, 1980, pp.496-7).

i) **Trabalho:** De acordo com o Dicionário de Ciências Sociais (1987, p.1246), caracteriza-se por ser:

"a) uma ação ou antes uma obra, b) desempenhada por seres humanos, c) que supõe determinado dispêndio de energia, d) dirigida para um fim determinado e conscientemente desejado, e) executado sempre mediante uma participação de energia física e de inteligência, f) acompanhada geralmente de um auxílio instrumental e g) que de algum modo produz efeitos sobre a condição do agente".

j) **Dirigente:** Refere-se às pessoas que ocupam as seguintes posições: secretário municipal de saúde; assessores especiais e chefes de divisões.

k) **Objetivos organizacionais:** Significam, neste trabalho, o mesmo que objetivos operativos. Objetivos operativos são aqueles que "designam os fins buscados através da política efetiva de operação da organização, [informando] o que a organização está realmente tentando fazer" (Perrow, apud Hall, 1984, p.199). Segundo Perrow (apud Hall, 1984, p.199), os objetivos operativos podem refletir escolhas entre valores divergentes. Os objetivos operativos, além disso, vinculam-se mais diretamente "aos interesses de grupo e, embora possam apoiar, subverter ou ser irrelevantes para as metas oficiais [objetivos oficiais], não têm uma ligação necessária com estas". Percebe-se, assim, que a definição dos objetivos operativos de uma

organização é, também, um processo político (Clegg e Dunkerley, 1980).

### 3.2. Delineamento e Delimitação da Pesquisa

#### 3.2.1. Traços Gerais da Pesquisa

Em termos gerais, esta é uma pesquisa do tipo "estudo de caso", que utiliza uma abordagem metodológica fundamentalmente qualitativa, sob a forma de levantamento. Apresenta-se, a seguir, uma breve justificativa à adoção desta proposta metodológica:

a) estudo de caso, porque o mesmo "é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente" (Triviños, 1982, p.133). Este é o caso desta pesquisa, onde o que se pretende é analisar, na sua profundidade, a relação entre conformação do controle organizacional e conflito envolvendo dirigentes e profissionais médicos que atuam em ambulatórios da Secretaria de Saúde do Município de Joinville - SSM, no período compreendido entre janeiro e junho de 1993.

b) fundamentalmente qualitativa, uma vez que os atributos são definidos, conceitual e operacionalmente, de modo qualitativo (Downey e Ireland, 1979);

c) levantamento, porque procura expor como se relacionaram controle organizacional e conflito de interesses entre dirigentes e profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM.

### 3.2.2. População

A população desta pesquisa constituiu-se de 100% dos dirigentes da SSM, num total de 8 pessoas, e por 20 % dos 65 profissionais médicos que atuavam em ambulatórios da SSM, durante o período de realização das entrevistas, num total de 13 profissionais médicos, escolhidos intencionalmente, prioritariamente de acordo com a importância das opiniões do entrevistado para os objetivos da pesquisa, aquiescência ao convite e disponibilidade de tempo. Ao final configurou-se um conjunto de 21 pessoas entrevistadas. Dos 13 médicos entrevistados, 3 eram especialistas, sendo que 1 era contratado diretamente pela PMJ e os outros 2 por empreiteiras de mão-de-obra. Os outros 10 médicos atuavam em clínica médica, sendo 1 deles contratado diretamente pela PMJ, 3 contratados pelo Hospital Municipal São José e os 6 restantes por 2 empreiteiras de mão-de-obra, cabendo 3 profissionais a cada uma delas. Dos 13 profissionais médicos, 4 apresentavam 2 vínculos contratuais para trabalhos nos ambulatórios da PMJ, sendo que 1 desses profissionais era contratado diretamente pela PMJ e os outros 3 por empreiteiras de mão-de-obra.

### 3.3. Coleta e Análise dos Dados

#### 3.3.1. Tipos de Fontes e de Dados

Neste estudo, foram coletados dados nos seguintes tipos de fontes:



a) fontes primárias - originaram os dados primários e consistiram nas respostas obtidas em entrevistas realizadas com as pessoas que faziam parte da população;

b) fontes secundárias - originaram os dados secundários e consistiram de documentos organizacionais (relatórios, atas, manuais, informativos e correspondências, por exemplo).

### 3.3.2. Coleta dos Dados

Os dados primários foram obtidos de três maneiras distintas. Uma delas foi a partir de 18 entrevistas, 8 delas com dirigentes e 10 com profissionais médicos, cujo conteúdo foi gravado em áudio. Nessas entrevistas, previamente agendadas, havia um roteiro (em anexo), com 25 itens relacionados a aspectos específicos como valores organizacionais, interesses, poder, conflito e controle organizacional. Contemplados os itens constantes no roteiro, foram obtidas informações adicionais, complementando aspectos e dimensões que não haviam ficado claros ou que fossem pertinentes aos objetivos da pesquisa. As entrevistas foram realizadas durante o período compreendido entre os dias 03 e 31 de maio de 1993. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 33 minutos. A segunda maneira de coletar os dados primários foi através da realização de 3 entrevistas com profissionais médicos, cujo roteiro era igual ao das entrevistas acima descritas, mas que, por solicitação dos entrevistados, não foram registradas em áudio. A terceira maneira utilizada para a obtenção de dados primário consistiu na observação. Essa foi possível a partir da concessão, por três meses, de ampla liberdade em vivenciar o co-

tidiano organizacional. Foram, inclusive, permitidas a permanência no recinto e a observação de reuniões, encontros e conversas realizadas entre os dirigentes organizacionais e os profissionais médicos, desde que este autor julgasse esses eventos pertinentes ao intuito deste trabalho. Foram feitas, nessas situações, um total de 25 observações, cada uma delas envolvendo um profissional médico diferente. Em todas essas situações, houve a apresentação do autor e dos motivos pelos quais a presença do mesmo estava ocorrendo, sendo permitida a formulação de questões e a tomada de anotações. Em momento algum, e por nenhuma das partes, a presença do autor foi considerada indesejada. Essa liberdade de movimento permitiu a apreensão e documentação mais completa da realidade organizacional.

Em relação aos dados secundários, a organização liberou o acesso aos arquivos que continham relatórios e correspondências emitidas ou recebidas, fazendo o mesmo em relação às atas de reuniões, comunicações internas, recortes de jornais, bilhetes etc. Muito embora a realização de cópias dos documentos organizacionais internos selecionados não tenha sido autorizada pela direção da organização, a mesma não se opôs à utilização dos mesmos para a definição e esclarecimento das questões a serem feitas durante as entrevistas.

### 3.3.3. Tratamento dos Dados

A técnica utilizada para o tratamento dos dados obtidos foi a análise de conteúdo.

Segundo Bardin (apud Triviños, 1982, p.161), a análise de

conteúdo "é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens". Para Richardson (1984, p.178), tanto "o desmascaramento da ideologia subjacente nos textos didáticos" quanto a "detecção de intenções em um discurso político" são exemplos que comportam análise de conteúdo. Uma vez que, pela proposta deste trabalho, houve necessidade de detectar e evidenciar conteúdos ideológicos e intenções, presentes tanto nas respostas às entrevistas quanto nas informações obtidas em outras fontes, considerou-se esta técnica adequada às necessidades desta pesquisa.

Adotando as orientações de Richardson (1984), a utilização dessa técnica de tratamento de dados seguiu uma série de passos:

Primeiramente a realização de uma leitura superficial de todo o material disponível (atas, cartazes, comunicações internas, jornais, documentos oficiais etc), com vistas à separação daqueles passíveis de oferecer informações vinculadas ao problema e aos objetivos desta pesquisa. Assim, o conjunto de documentos escolhidos, inclusive as gravações das entrevistas, foram delimitados ao período de análise proposto e continham determinações, orientações, manifestação de opiniões, comunicações de alteração de condutas e registros relacionados à exigência do cumprimento, por parte dos médicos, da carga horária contratada.

A definição da unidade de registro e de contexto constituiu o segundo momento do tratamento dos dados. A necessidade de le-

vantar valores, interesses, opiniões, padrões de comportamento e critérios de ação, aliada ao fato de os dados primários serem coletados em entrevistas com roteiro, a unidade de registro adotada foi o tema e as unidades de contexto foram, para os dados secundários, o parágrafo e, para os dados primários, as declarações relacionadas a cada item constante no roteiro. O tema principal "define o conteúdo da parte analisada de um texto" e o tema secundário "especifica diversos aspectos incluídos no primeiro" (Richardson, 1984, p.198). Assim, neste trabalho, o tema principal é o controle organizacional. Os temas secundários são os valores organizacionais, os interesses e, por fim, o conflito organizacional. Em função das características do estudo, não houve preocupação com a frequência dos temas, bastando que os mesmos estivessem presentes nas respostas das entrevistas ou documentos analisados e de acordo com as definições constitutivas e operacionais já apresentadas.

Tendo em vista a necessidade de caracterizar os valores e os interesses dos grupos, tomou-se o cuidado de agrupar as opiniões dos entrevistados a partir de critérios claros e específicos. Nesse sentido, os entrevistados foram agrupados, primeiramente, em função de cumprirem as prescrições contratuais quanto ao horário. Aqui, surgiu uma linha divisória clara. Todos os dirigentes cumpriam o horário contratual e, em relação aos médicos, foi possível a caracterização de dois conjuntos. O conjunto dos profissionais médicos que não cumpriam o horário, denominado *conjunto I*, e o conjunto dos profissionais médicos que cumpriam a carga horária contratada. A estes profissionais denominou-se *conjunto II*. Desse modo, a partir desse primeiro critério, os entrevistados foram agrupados em função: da

importância relativa que valores como qualidade de salários, qualidade de relação médico-paciente e comprometimento com as prescrições organizacionais assumiam na definição do relacionamento médico-organização; benefício ou prejuízo em relação à satisfação das necessidades que justificavam os valores assumidos e as suas opiniões a respeito da alocação do seu tempo de trabalho. Procurou-se, assim, em relação aos conceitos delineados, definir um grau de abstração tal que fosse suficiente para permitir a caracterização dos conjuntos de atores organizacionais aqui evidenciados.

#### **3.4. Nível e Unidade de Análise**

Neste estudo, trabalha-se no nível sociológico de análise. As unidades de análise, por sua vez, são a organização SSM, os grupos de dirigentes organizacionais e de profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM.

#### **3.5. Limitações da Pesquisa**

Esta pesquisa apresenta limitações que se relacionam a três aspectos distintos.

O primeiro aspecto diz respeito às limitações intrínsecas à utilização do instrumental teórico-analítico oferecido pela metáfora política. Essas limitações, assim como os cuidados para contorná-las, já foram aludidas no capítulo introdutório deste trabalho.

O segundo aspecto relaciona-se ao fato da validade desta pesquisa aplicar-se apenas à organização e ao momento em estudo. Es-

sa situação, própria do método de estudo de caso, não impossibilita que, tomadas as precauções pertinentes, os resultados aqui obtidos possam ser levados em consideração quando outras organizações estatais produtoras de serviços de saúde tiverem seu processo de estruturação analisado sob a ótica da metáfora política.

O terceiro aspecto relaciona-se à dificuldade apresentada em conseguir um número satisfatório de profissionais médicos entrevistados, tendo em vista o próprio processo político envolvendo a questão. Essa situação fez com que o tempo destinado à realização das entrevistas fosse dilatado ao máximo possível, uma vez que, por um cuidado, os dirigentes só seriam entrevistados após ter sido feita a coleta de dados com os profissionais médicos. Ainda dentro dessa limitação está o fato de terem sido feitas 3 entrevistas, sem o devido registro em áudio, tendo em vista que os profissionais que as concederam apresentaram essa condição.

#### 4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo, os dados coletados são apresentados e analisados de forma qualitativa. A análise orienta-se pelo referencial teórico apresentado no segundo capítulo e procura evidências da relação entre controle organizacional e conflito de interesses entre dirigentes organizacionais e profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM.

##### 4.1. Caracterização e Contextualização da Organização em Estudo

A SSM é o órgão responsável pelo comando único do Sistema Único de Saúde - SUS. Este, em nível municipal, abrange os órgãos e instituições públicas municipais, municipalizadas, da administração direta ou indireta, voltadas às ações de saúde.

Segundo relatório do ano de 1992 (SMS, 1992), a antiga Secretaria Municipal de Saúde - SMS\* contava com um total de 890 servidores, sendo 3 (0,3%) deles em cargos de 1º e 2º escalões, 553 (62,1%) de nível básico e secundário e 334 (37,6%) de nível superior. Esse conjunto de profissionais foi responsável por atividades

---

\* Deve ser esclarecido que a lei municipal nº 2784, publicada em 09 de fevereiro de 1993, modificou a denominação da Secretaria Municipal de Saúde - SMS para Secretaria de Saúde do Município - SSM. Assim, alguns documentos organizacionais utilizados nesta pesquisa foram produzidos anteriormente à publicação da referida lei. Isto faz com que, nos momentos iniciais da apresentação dos dados, ocorra a utilização das duas denominações.

de prevenção, promoção e recuperação da saúde nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde, com atuação nas áreas de enfermagem, terapia ocupacional, psicologia, fonoaudiologia, engenharia sanitária, fisioterapia, arquitetura, nutrição, odontologia e medicina.

Segundo o mesmo documento, de um total de 890 servidores lotados na SMS, 195 (21,9%) eram diretamente contratados pela Prefeitura Municipal de Joinville - PMJ, os outros 695 eram contratados de maneira indireta, sendo 426 (47,9%) através do Hospital Municipal São José - HMSJ e 269 (30,2%) através de empreiteiras de mão-de-obra. Dos 143 médicos lotados na SMS, apenas 11 (7,7%) eram contratados diretamente pela PMJ. A contratação indireta respondeu por 132 (92,3%) dos médicos a serviço da SMS, sendo que 64 (47,7%) das contratações de médicos eram feitas através do HMSJ e 68 (47,6%), por empreiteiras de mão-de-obra. Deve ser esclarecido que o relatório considerava um médico para cada contrato de trabalho, de tal modo que aqueles 143 médicos que o relatório apontava correspondiam a 143 contratos de trabalho, não havendo discriminação de quantos profissionais possuíam 2 vínculos de trabalho com a organização.

Dos 334 servidores de nível superior, 143 (16,1%) eram médicos e produziram 232.252 consultas, sendo que 116.453 (50,1%) destas foram realizadas nos 44 ambulatórios de rede municipal de saúde. De um total de 143 médicos lotados na SMS, 105 (73,6%) tinham a rede ambulatorial como local de trabalho e 38 (26,4%) trabalhavam em outros locais. Comparando o exercício de 1991 com o de 1992, a entrada de 68 novos médicos na rede acarretou um incremento de 53,5% no número de médicos, com um aumento na relação médico/habitante, que



passou de 1/2727 para 1/1888. No entanto, apesar desse fato, o número de consultas médicas, no mesmo período, reduziu de 262.348 para 232.252, num percentual de 11,47%. Deve ser salientado que, durante o ano de 1992, os servidores da PMJ realizaram uma greve que perdurou por 42 dias, podendo justificar parcialmente essa redução no número de atendimentos médicos.

Em relação aos médicos, deve ser destacado que em janeiro de 1993, no início da atual gestão, havia 85 médicos a serviço da organização. Desses 85 profissionais, 8 deles (9,41%) eram contratados diretamente pela PMJ e 77 deles (90,59%) por empreiteiras de mão-de-obra ou pelo HMSJ.

No início do ano de 1993, houve a posse do novo prefeito e, por consequência, uma nova equipe assumiu o comando da SMS. Essa equipe adotou a proposta para o Plano Municipal de Saúde, patrocinada pela Sociedade Joinvillense de Medicina - SJM e elaborada por um grupo de trabalho convidado e formado especificamente para esse fim (SJM, 1992). Esse documento, após ser submetido à apreciação do Conselho Municipal de Saúde - CMS, foi devidamente aprovado e converteu-se, imediata e oficialmente, no Plano Municipal de Saúde - PMS.

O PMS constitui, em nível municipal, o fundamento das atividades e da programação do SUS. Ele deve estar de acordo com o perfil epidemiológico do município e com as características da organização dos serviços municipais e, essencialmente, seguir as diretrizes definidas pelo Conselho Municipal de Saúde. De acordo com o documento, à SSM cabe organizar e fazer funcionar seus órgãos, autarquias e fundações, com vistas ao exercício do comando único do SUS e à execução das ações e dos serviços propostos no PMS. Deste modo, o

PMS fornece os subsídios técnicos e normativos às decisões políticas dos seus executores.

No PMS, estão indicados, em nível municipal e sob uma perspectiva quinquenal, os objetivos e as prioridades das ações e serviços de saúde. O documento contém, também, um elenco de 12 medidas emergenciais para a reforma sanitária no município. Estas deveriam ser implementadas sob orientação de "uma estratégia de '100 dias de revolução sanitária', quando se usaria o início do mandato para executar *medidas profundas de reforma organizacional e assistencial do Sistema Único de Saúde - SUS*" (SJM, 1992, sem numeração, sem destaque no original). Tendo em vista o escopo deste trabalho, destacam-se as seguintes medidas emergenciais para a reforma sanitária em Joinville:

"[...] 3. Aprovação de Plano de Carreira, Cargos e Salários do Sistema Único de Saúde - SUS, *com censo de todos os recursos humanos e verificação da natureza dos vínculos empregatícios, com correção de todas as irregularidades e ilegalidades e posterior enquadramento funcional;*

"[...] 7. Reforma da administração direta da Secretaria de Saúde do Município e legalização da administração indireta dos hospitais públicos" (SJM, 1992, sem numeração, sem destaque no original).

Dentre os objetivos constantes no PMS, dois deles são aqui destacados, uma vez que reafirmam as medidas emergenciais acima apresentadas e enfatizam a necessidade de mudanças organizacionais:

"[...] 5. Elaboração e legalização do Plano de Carreira, Cargos e Salários para a administração direta e indireta do Sistema Único de Saúde - SUS;

6. Reforma organizacional e administrativa da Secretaria do Município para fazer a administração direta e indireta do Sistema Único de Saúde - SUS;

[...] 9. Censo dos recursos humanos e *revisão dos contratos de trabalho da administração direta e indireta do Sistema Único de Saúde - SUS*" (SJM, 1992, sem numeração, sem destaque no original).

No PMS, está a consideração de que a garantia de maior operacionalidade e eficiência ao SUS passa pela definição de um *design* organizacional e gerencial que almeje a articulação mais afinada entre as atividades-fim e atividades-meio. Para tanto, haveria necessidade de departamentalizar a SSM e criar estruturas hierarquizadas capazes de garantir ao Secretário de Saúde do Município o comando do SUS e a execução das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Assim, prega o documento:

"As atividades-meio da Secretaria de Saúde do Município serão centralizadas em uma Assessoria de Informação e Assuntos Estratégicos e em um Departamento de Administração. As ações e serviços finais da Secretaria de Saúde do Município serão centralizadas em departamentos: Saneamento e Vigilância Sanitária, Saúde Comunitária, Ações Especiais e Serviços de Referência. Cada departamento terá as divisões necessárias para a eficácia do sistema de saúde" (SJM, 1992, sem numeração).

Adotadas desde o início da gestão, as prescrições contidas no PMS passaram a orientar a dinâmica organizacional. Isto se confirma na seguinte declaração de um dirigente:

"a gerência da Secretaria de Saúde do Município está sendo feita tendo em vista as determinações contidas no Plano Municipal de Saúde e aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde".

Desse modo, o gerenciamento de recursos humanos, financeiros e materiais, assim como a execução das atividades-fim da SSM,

passaram a ser feitos em função do que estava prescrito no PMS. Ocorreu, com isso, a instituição de fato, mas não de direito, de uma nova estrutura de decisões organizacionais, nos moldes daquela contida no PMS.

O primeiro passo em direção à adequação organogramática da SSM foi a lei municipal nº 2784, publicada em 09 de fevereiro de 1993. Essa lei modificou a denominação da Secretaria Municipal de Saúde - SMS para Secretaria de Saúde do Município - SSM e atribuiu à SSM as seguintes funções:

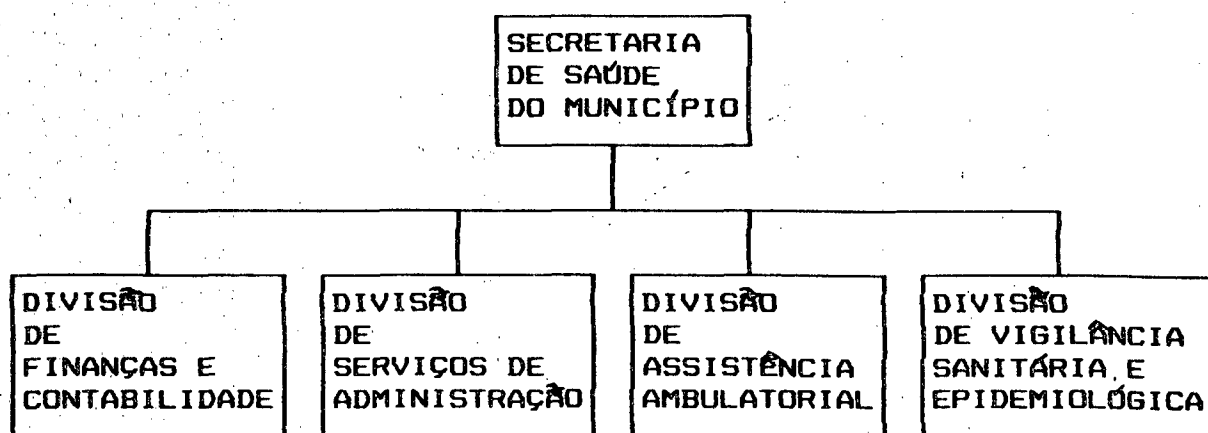
"Execução da política municipal de saúde; execução do Plano Municipal de Saúde; gerência do Fundo Municipal de Saúde; coordenação da administração direta e indireta no tocante às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, e dos serviços de procedimentos coletivos, ambulatoriais e hospitalares em nível municipal" (PMJ, 1993).

A mesma lei definiu que, para cumprir suas funções, a SSM seria composta pelas Divisões de Assistência Ambulatorial; de Vigilância Sanitária e Epidemiológica; de Serviços Administrativos; e de Finanças e Contabilidade. No artigo 14 dessa lei fica definido que a "estruturação das Secretarias será complementada através de decreto do Poder Executivo, observada a legislação vigente". Essa complementação da estrutura da SSM faz parte de um processo que ainda está em andamento e, dessa maneira, o organograma atual da SSM tem o desenho contido na figura 01.

Observa-se que, das 4 divisões da SSM, 2 delas, Divisão de Finanças e Contabilidade e Divisão de Serviços de Administração, são voltadas à execução de atividades-meio e as outras 2, Divisão de Assistência Ambulatorial e Divisão de Vigilância Sanitária e Epidemio-

lógica, à execução de atividades-fim.

FIGURA 01: ORGANOGRAMA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JOINVILLE - SC



A Divisão de Finanças e Contabilidade tem as atribuições de administrar o Fundo Municipal de Saúde; executar a administração contábil e financeira da SSM; e gerenciar o sistema de contabilidade e de custos da SSM. As atribuições da Divisão de Serviços de Administração são: coordenar a administração do pessoal da SSM; coordenar a elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS; coordenar o desenvolvimento do pessoal da SSM; controlar e manter o patrimônio da SSM; e comprar, controlar e distribuir os materiais permanentes e de consumo da SSM. Cabe à Divisão de Assistência Ambulatorial coordenar a assistência ambulatorial de promoção, proteção e recuperação da saúde; coordenar a assistência de promoção, proteção e recuperação da saúde nas pré-escolas, escolas e centros de educação e recreação; coordenar a operação regionalizada e hierar-

quizada da assistência ambulatorial; coordenar a administração da qualidade da assistência ambulatorial; coordenar a elaboração dos boletins de produção ambulatorial; e analisar, controlar e avaliar a produção ambulatorial. As atribuições que cabem à Divisão de Vigilância Sanitária e Epidemiológica são: coordenar os procedimentos coletivos de promoção, proteção e recuperação da saúde; coordenar os serviços de vigilância e controle sanitário, epidemiológico e do ambiente do trabalho; coordenar a assistência farmacêutica e o controle do uso de medicamentos; e coordenar o serviço de patologia e análises clínicas (SSM, 1993a).

A oportunidade de acompanhar, desde o dia 5 de janeiro até o dia 30 de junho, o processo de reforma administrativa ainda em andamento na SSM, tornou possível, nesse período, presenciar uma série de reuniões convocadas pelos dirigentes organizacionais. Essas reuniões tiveram por finalidade, num primeiro momento, apresentar a proposta técnico-administrativa que fora adotada e que estava sendo aplicada pelos gerentes organizacionais desde o dia da posse. Nessas reuniões era apresentado o organograma que, embora ainda não houvesse sido aprovado pela Câmara de Vereadores, delineava as novas esferas de autoridade delegadas e instâncias de decisão organizacional. Tornava-se aparente a nova estrutura de comando e, também, a proposta de distribuição de poder que estava sendo assumida pela nova gestão (Morgan, 1986). De um dirigente, em reunião na qual havia sido apresentado, para os representantes das várias categorias profissionais e chefes dos antigos serviços, o organograma adotado e as atribuições próprias de cada uma das divisões:

"[...] Essa é a hierarquia que vamos respeitar. [...] Devemos fortalecer as divisões e fazer que elas respondam às questões que lhes dizem respeito. [...] As questões técnicas e administrativas devem passar sempre pelos chefes de divisão antes de chegar ao gabinete do secretário. [...] As competências estão claramente definidas e devem ser respeitadas, inclusive como maneira de estabelecer e manter condições de diálogo entre nós".

Na progressão da explanação foi salientado que a conformação do organograma seria feita em etapas, uma vez que envolvia, para a criação de departamentos e divisões, a criação de leis específicas, sendo que os serviços seriam criados por decretos. Ficou aparente, no entanto, que, após a complementação do desenho organizacional, as decisões estratégicas seriam tomadas em nível de gabinete do secretário e departamentos, as decisões táticas ficariam em nível de divisões e as decisões operacionais em nível de serviços. Até o momento em que este trabalho estava sendo redigido, apenas a lei municipal Nº 2784 havia sido publicada. Deve ser esclarecido que, devido ao fato de não haver departamentos no organograma da PMJ, as pessoas que ocupariam a chefia desses departamentos ocupavam o cargo de assessor especial. Nessa situação, essas pessoas ocupavam cargos de confiança e, hierarquicamente, situavam-se entre o secretário e os chefes de divisão.

Nessa mesma reunião, o dirigente explicitou medidas administrativas que seriam implementadas dentro de um breve período. Dentre elas, duas deram origem ao processo em estudo neste trabalho: o cumprimento da carga horária constante no contrato de trabalho e a mudança nos horários de funcionamento dos ambulatórios gerenciados pela SSM. Em relação ao horário de funcionamento dos ambulatórios, houve a comunicação de que o horário de funcionamento seria o mesmo

adotado pela PMJ, ou seja, das 8 h às 11h30min e das 13h30min às 17h. Em cinco ambulatorios, considerados estratégicos, seria instituído um terceiro turno, cujo horário seria das 18h30min às 22h. Após essa colocação, houve, por parte de alguns servidores, a referência ao fato de que muitos profissionais que atuavam nos ambulatorios haviam feito 'acordos' com a direção anterior e que, a partir do horário acordado, haviam estabelecido o andamento do seu cotidiano; em função disso, entendiam ser difícil a implantação dessa medida. Diante desses comentários, o dirigente apresentou dados de um levantamento realizado naquele período, os quais demonstravam que, apenas em relação aos médicos, existiam mais de 10 cargas horárias distintas, muito embora a carga horária constante em todos os contratos fosse de 20 horas semanais e que, a única variação possível seria uma carga horária de 40 horas semanais, isso no caso de serem firmados 2 contratos de 20 horas semanais cada. Apresentados esses dados, o dirigente declarou que a posição adotada pela direção da organização era de que a PMJ contratava pessoas para trabalharem por 20 ou 40 horas semanais e que qualquer outra situação fora dessas duas era ilegal e seria revista. Desse modo, não haveria mais arranjos que implicassem a diminuição da carga horária do servidor e que a organização e as pessoas teriam, aproximadamente, 30 dias para se adaptarem às novas determinações.

A justificativa técnica apresentada para as medidas acima foi a necessidade de racionalizar a utilização dos recursos humanos, materiais e financeiros do SUS e que os instrumentos a serem utilizados para o atingimento desse fim seriam o planejamento organizacional e a administração de caráter empresarial. Para tanto, a uni-



formização dos horários de funcionamento dos postos e dos horários a serem cumpridos pelos profissionais assumia a qualidade de pré-requisito.

Após 100 dias de governo,, esse mesmo dirigente declarava:

"[...] Agora a Secretaria de Saúde do Município está agindo dentro da lei e está sendo administrada como uma empresa. A racionalização na organização e no uso do dinheiro público, assumida pelos técnicos e servidores municipais, possibilita melhorar o SUS.

[...] O trabalho temporário está com os dias contados, os privilégios para o não cumprimento da carga horária foram suspensos e os 'acertos' revogados. As normas são para todos.

[...] Havia pessoal ocioso nos postos de saúde. Reduzimos o quadro de 890 para 830 servidores entre 04 de janeiro e 31 de março. Houve reposição de 119% nos salários, mas a folha reduziu de 243 para 231 mil dólares mensais. [...]

Criamos um sistema pioneiro de custos nos postos de saúde.

[...] A assistência médica está sendo descentralizada. Vamos levar os clínicos, pediatras e ginecologistas para os bairros. O agendamento de consultas agora é feito diariamente. Foram 90 mil consultas médicas em 90 dias. Serão 360 mil em um ano. Em 1992 foram apenas 230 mil. Houve um aumento de 56% nas consultas médicas realizadas. Cinco postos de saúde ficam abertos até as 22 horas, com médicos e dentistas".

A declaração acima sugere que a proposta gerencial exposta na reunião acima relatada estava em execução e, ao menos na percepção do dirigente, dando resultados de acordo com as expectativas.

Tendo em foco o que foi exposto em relação às características e ao contexto organizacional, há indicações de que a SSM está vivenciando, no seu processo de estruturação, um momento de mudança de fase. Segundo Barley (1986, p.82), "mudanças em circunstâncias reconhecidas como importantes pelos membros de uma organização e ocasionadas por eventos externos ou por mudanças na estratégia organizacional sinalizam o início de cada fase".

Em relação às estratégias de organizações produtoras de serviços públicos de saúde, suas formulações e definições têm por fundamento as interpretações do que seja *melhorar os níveis de saúde da população*. De maneira geral, essas interpretações variam, fundamentalmente, em função de se considerar a melhoria dos níveis de saúde uma questão predominantemente técnica ou política. Na primeira situação a interação com outras organizações e segmentos organizados da sociedade é um aspecto secundário, enquanto na segunda situação essa interação é fundamental para a viabilização política das propostas de ação (Matus, 1978; Testa, 1981; Offe, 1984). Qualquer que seja a interpretação que predomine na situação, a estratégia da organização evidenciará essa predominância (Jacobi, 1989). Isso se dá porque, segundo Tabatoni & Jarniou (1981, p.45), as estratégias, enquanto "expressões operacionais de políticas" demonstram até que ponto os "programas de ação não podem ser implantados dentro dos limites de uma organização específica e dependem das estratégias cooperativas de diferentes organizações". Sob a perspectiva do poder, a estratégia é a "forma de implementação de uma política e esta uma proposta de distribuição de poder" (Matus, 1978, p.171). Pode-se concluir, desse modo, que políticas diferentes implicam diferentes distribuições de poder, com o envolvimento de diferentes atores no processo decisório, de tal modo que as formas de implementação dessas políticas, ou seja, as estratégias, sejam também diferentes. Assim, a análise dos participantes do processo decisório permite fazer distinção entre estratégias organizacionais.

No caso da SSM, observa-se que a mesma, ao submeter a proposta de PMS patrocinada pela SJM à aprovação do CMS fez com que es-

te se legitimasse enquanto instância máxima na estrutura de decisões do SUS. Em relação à gestão anterior, não se sabe quais eram os atores que participavam do processo decisório. Sabe-se, no entanto, que dele não fazia parte o CMS, conforme deixa claro o parecer contido na resolução Nº 001/93 do Conselho Municipal de Saúde cujo conteúdo diz respeito à avaliação do relatório de gestão de 1992. "O que se observa no relatório é que o mesmo expressa um ano de gestão sem Plano de Saúde aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde" (CMS, 1993). Esse quadro indica mudança na estratégia organizacional e o início de uma nova fase no processo de estruturação da SSM.

Outro aspecto a sinalizar o início da nova fase no processo de estruturação da SSM está na eleição de um novo prefeito e, com isso, a conseqüente troca de comando na SSM. Ou seja, um evento externo ocasionando circunstância reconhecidamente importante aos olhos dos membros da organização.

A troca de dirigentes trouxe consigo novas interpretações do que fosse gerenciar a organização e, com isso, mudanças organizacionais. Estas repercutiram em processos organizacionais, tais como, a tomada de decisão, as comunicações e o exercício do poder. Modificações organogramáticas e novas normas alteraram o arcabouço estrutural. E, por fim, padrões de interação foram modificados quando os *acordos* em torno da carga horária foram desfeitos ou, ainda, quando foram rejeitadas as *pontes* entre níveis hierárquicos.

Procura-se, na seqüência deste trabalho, levantar as modificações que, durante o período e o processo em análise, ocorreram no controle organizacional sobre o trabalho médico. Procura-se, também, avaliar os valores organizacionais e os interesses de médicos e

dirigentes envolvidos em torno dessa questão. Busca-se, por fim, caracterizar a existência de conflito intra-organizacional, envolvendo médicos e dirigentes organizacionais, procurando relacioná-la com o grau de divergência existente entre médicos e dirigentes organizacionais em relação aos interesses de cada um desses grupos.

#### 4.2. Controle Organizacional

A variação no rigor do controle organizacional sobre o trabalho médico está, neste trabalho, representado pela variação no grau da exigência do cumprimento da carga horária. A escolha deste parâmetro deveu-se, fundamentalmente, a três pontos. O primeiro deles relaciona-se ao fato de que a variação no grau de exigência do cumprimento da carga horária foi a primeira alteração relacionada ao controle sobre o trabalho dos profissionais médicos que têm atuação nos ambulatórios da SSM, tendo sido instituída, como já foi destacado, no início da atual gestão organizacional. O segundo ponto diz respeito ao fato do controle sobre o cumprimento da carga horária contratada ser um dado objetivo, pouco sujeito a interpretações carregadas de conteúdos subjetivos. O terceiro e principal ponto refere-se à necessidade dos profissionais médicos assim como da maioria dos profissionais liberais e/ou autônomos estabelecerem uma programação e distribuição de suas atividades diárias, compatibilizando-as com suas necessidades e demandas. Uma mudança nessa programação gera a necessidade de um rearranjo na distribuição das atividades diárias dos profissionais, levando-os a avaliar, dentro da nova situação,

quais as atividades que poderão ser mantidas e sob quais condições. Essa situação acarreta tomada de decisão e realização de opções, ambas orientadas por interesses e valores (Allison, 1971; Ranson et al., 1980; Morgan, 1986). Tal situação está bem representada na resposta dada por um dos médicos, quando lhe foi perguntado sobre a repercussão que a exigência do cumprimento da carga horária traria às suas atividades diárias:

"Se fosse cumprir 3 horas e meia, não teria condições de, pelo horário que eu faço, não teria condições de descanso, já que estou contratado das 18h30min às 22h. Isso aí tiraria horas de repouso, que seria factível de acontecer se tivesse um salário condizente. Ai eu deixaria outro tipo de atividade, o que me permitiria horas de repouso".

Aspectos como estes tornaram a mudança no grau de exigência do cumprimento da carga horária uma decisão capaz de acarretar divergência de interesses e de valores entre os atores envolvidos no processo, confirmando o entendimento que Benson (1977), Ranson et al. (1980) e Morgan (1986) têm quanto ao relacionamento entre interesses e estrutura organizacional.

A análise do controle sobre o cumprimento da carga horária parecia ser, à primeira vista, um procedimento de pouca complexidade. Essa impressão desfez-se quando se iniciou a análise na organização em estudo. Na organização, o controle sobre o trabalho do profissional médico é feito através de dois procedimentos. O primeiro deles é o controle do horário trabalhado, feito através de cartões, com os horários de entrada e saída preenchidos manualmente ou mecanicamente, pelo relógio-ponto. Todos os profissionais entrevistados registravam seus horários. O segundo mecanismo de controle está no

boletim diário de produção e atividades. Neste documento, são assinaladas as consultas feitas pelos profissionais médicos a cada jornada de trabalho. Essa conferência dos boletins tem, segundo uma dirigente, dois objetivos básicos. O primeiro consiste no controle da produtividade de cada um dos profissionais que atuam nos ambulatórios. No caso dos profissionais médicos, espera-se que sejam produzidas, em média, 14 ou 7 consultas/jornada de trabalho, dependendo da especialidade. Se distribuídas ao longo de 3 horas e meia de jornada de trabalho, o resultado seria uma consulta clínica a cada 15 minutos ou uma consulta psiquiátrica ou gineco-obstétrica a cada 30 minutos, por exemplo. O segundo objetivo da conferência dos boletins consiste em controlar a frequência dos profissionais ao seu local de trabalho. Procura-se, desse modo, evitar que se repitam situações similares à que ocorreu com um dentista o qual, uma vez registrada sua entrada, ia trabalhar em um ambulatório de uma indústria e, após cumprir seu horário nessa indústria, retornava ao ambulatório e registrava seu horário de saída.

Como já foi assinalado, existem dois parâmetros utilizados para o controle organizacional sobre o trabalho médico: o controle da carga horária e o estabelecimento de número de consultas/jornada de trabalho. Os dois parâmetros são quantitativos, muito embora a maneira como eles se combinam possa dar indícios da qualidade do procedimento executado pelo profissional. Assim, muitas consultas em pouco tempo sugerem uma qualidade precária do atendimento prestado ao usuário. De maneira inversa, consultas mais prolongadas sugerem mais qualidade no processo de investigação e na interação profissional-paciente. Uma vez que o procedimento médico ambulatorial é a

consulta médica e esta consiste na confecção de uma história clínica, na realização de um exame físico e na instituição de uma terapêutica, torna-se difícil imaginar que essas etapas possam ser cumpridas num período menor do que os 15 minutos estipulados pela Portaria Nº 3046/82 do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS.

Assim, dentro dos dois parâmetros acima, encontravam-se duas situações distintas. A primeira delas consistia no profissional que realizava a sua cota de consultas no menor tempo possível e ia embora. Nessa situação, estavam 5 profissionais que realizavam suas 14 consultas em um período de 60 a 90 minutos, o que resultava em uma consulta a cada 5 ou 6 minutos. A esse conjunto de profissionais denominou-se *conjunto I*. A segunda situação consistia no profissional que cumpria a sua carga horária e realizava a sua cota de procedimentos, distribuindo-os de uma maneira relativamente uniforme ao longo da jornada de trabalho estipulada. Nessa situação, estavam 8 profissionais. A esse conjunto de profissionais denominou-se *conjunto II*.

Deve ser salientado que, de um total de 85 profissionais médicos existentes no início da gestão, 20 deles deixaram de fazer parte do quadro de servidores da SSM nos 4 primeiros meses de atuação dos novos dirigentes, justamente por não poderem atender às novas determinações relacionadas às mudanças do horário de trabalho. Em todos os casos, a saída da organização foi motivada pelo fato de que o cumprimento da nova exigência inviabilizaria o cumprimento de outros compromissos assumidos pelos profissionais, fora da organização. Outro esclarecimento deve ser feito no sentido de evidenciar

que, dos 65 profissionais médicos a serviço da organização em estudo, 21 (32,3%) deles cumpriam, anteriormente ao início da gestão atual, menos de 2 horas/dia.

As sanções relacionadas ao não cumprimento da carga horária contratada são, no âmbito da SSM, o desconto salarial correspondente ao período não cumprido, a advertência verbal, a advertência escrita, a suspensão e o desligamento. Dessas, constatou-se que, em relação aos médicos, a única sanção aplicada com uma certa regularidade era o desconto salarial correspondente ao horário não cumprido. Esse tipo de sanção foi aplicado a um dos médicos entrevistados o qual batia o cartão-ponto regularmente, sem utilizar recursos que adulterassem a veracidade das anotações. Paradoxalmente, segundo relata uma dirigente, a condição *sine qua non* para que ocorresse a aplicação do desconto salarial correspondente era, justamente, a honestidade no registro do horário de entrada e saída do ambulatório. Nesse sentido, ela cita que não recebiam essa sanção aqueles profissionais que tinham seus cartões preenchidos corretamente, apesar desse preenchimento ter sido realizado por outra pessoa. Isso não significava que aqueles profissionais que preenchiam correta e honestamente seus cartões-ponto seriam inexoravelmente punidos. A esses profissionais eram dadas as condições de justificarem seus eventuais atrasos e, inclusive, suas eventuais faltas ao trabalho. Caso essas justificativas fossem consideradas pertinentes, o profissional teria seu atraso ou sua falta abonada pela direção. Houve, também, segundo declaração de um dirigente, o caso de um profissional médico que foi desligado, uma vez que não se propunha a cumprir o que estava sendo estabelecido, em termos de horário de trabalho.



De maneira geral, antes da gestão atual, o parâmetro que os médicos tinham, em termos de carga horária, era dado pelos acordos feitos entre esses profissionais e as respectivas chefias e não pelo conteúdo do contrato de trabalho. Essa perda da referência contratual pôde ser constatada a partir das respostas dadas pelos profissionais, quando os mesmos foram questionados a respeito do conhecimento do contrato de trabalho firmado entre eles e a organização e da carga horária constante nesse contrato. Apenas um profissional citou que o seu contrato de trabalho previa 4 horas por dia. Dos outros 12 profissionais, 11 responderam que a carga horária era de 3 horas e meia por dia. O profissional restante é o caso mais expressivo do desconhecimento da carga horária contratual, conforme se pode avaliar pela transcrição abaixo:

"Pergunta: Você conhece o contrato de trabalho firmado entre você e a organização que o contrata?

Resposta: Não!

Pergunta: Qual a carga horária constante nesse contrato?

Resposta: Como não conheço o contrato, não conheço a carga horária".

Em relação à referência feita pela maioria dos profissionais à carga horária de 3 horas e meia, deve ser esclarecido que a mesma foi adotada há mais de 15 anos, portanto, já está institucionalizada. Isso apesar do contrato de trabalho especificar uma carga de 4 horas de trabalho por dia, por contrato. Esse ponto fortalece a idéia de que as pessoas orientam suas ações com base em significados compartilhados e socialmente construídos a partir de um mesmo significante, conforme afirmam Ranson et al. (1980), Clegg (1981, 1989),

Bartunek (1984), Barley (1986) e Morgan (1986). No caso deste trabalho, a partir da norma escrita do contrato de 4 horas de trabalho por dia, construiu-se socialmente o significado que orienta os servidores da PMJ a programarem suas atividades diárias a partir de uma carga horária de 3 horas e meia. Esse significado da norma é de tal modo compartilhado que servia de referência até para aqueles que, assumidamente, não cumpriam as 3 horas e meia. Isso pode ser percebido na seguinte declaração de um profissional médico, quando o mesmo era questionado se cumpria a carga horária contratada:

"Não, não cumpro em função de que é uma carga horária demasiado exagerada para o serviço que me contrataram. Por outro lado, não existe uma fiscalização em cima dessa carga horária. Por outro lado, ainda que existisse não obedeceria a ela, em função de que o tempo que se usa para o trabalho contratado é muito pouco e aí teria que ficar, das 3 horas e meia, 2 horas ou 1 hora e meia sem ter nada a fazer; não tem outra atividade lá dentro".

Muito embora todos os dirigentes tivessem conhecimento de que os médicos eram contratados em regime ditado pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, com uma carga de 4 horas por dia, de segunda a sexta, num total de 20 horas de trabalho por semana, o que se encontrou foi uma multiplicidade de cargas horárias. As variações iam desde aqueles profissionais que cumpriam 3 horas e meia por dia, de segunda a sexta-feira, passando por aqueles que cumpriam 1 hora e meia por dia, todos os dias e chegando àqueles que cumpriam 1 hora e meia 3 vezes por semana. Havia, também, o caso de profissionais que percebiam por 40 horas de trabalho semanais, em função de terem dois contratos assinados, mas trabalhavam, aproximadamente, 5 horas por dia. Era a essa variedade de horários de trabalho que o dirigente

organizacional se referia, quando apresentou a necessidade de homogeneizar os horários de trabalho dos médicos da SSM.

As causas dessa variedade de horários podem ser apreendidas a partir da seguinte declaração, prestada por um médico da SSM, cujo conteúdo, de alguma maneira, estava presente na opinião de todos os profissionais:

"Há o interesse de padronizar os horários da Prefeitura, só que foi esquecido que esse rearranjo de horários, hoje, [modifica os arranjos] que existiam, e que eram feitos justamente em função da precariedade de profissionais que existia na Secretaria da Saúde. Há muito poucos profissionais. [...] É uma questão de mercado".

Essa condição também era notada em nível gerencial. Foi ela que fez com que, em relação aos médicos, a exigência do cumprimento da carga horária houvesse sido aplicada de uma maneira negociada, diferentemente do ocorrido com outras categorias profissionais. A declaração abaixo evidencia a percepção que os dirigentes tinham da questão:

"O [...], que representa a UNIMED no Conselho Municipal de Saúde, ele me dizia assim: Como é que você vai estabelecer o meio termo entre a tua necessidade de obrigar a cumprir a jornada de trabalho e produzir e a falta de mão-de-obra? Ai eu dizia para ele: [...], eu acho que a gente tem que apertar o suficiente para o indivíduo produzir e preencher a maior parte possível do seu volume da carga contratual, mas não tanto que ele espirre da estrutura. Ai é uma questão de sensibilidade, é uma questão de saber negociar, e eu acho que, em relação aos médicos, a instituição, nesse momento, é obrigada a negociar. Eu acho que o mercado impõe isso. [...] Eu acho que de um ponto de vista a longo prazo, a gente tem que administrar a transição de uma escassez de mão-de-obra para um certo equilíbrio de mão-de-obra no serviço público".

Pelo exposto até aqui, percebe-se que, em relação aos médicos, a exigência do cumprimento da carga horária encontrou obstáculos cuja transposição apresentava maiores dificuldades do que aqueles expressos pelas outras categorias profissionais. Essa situação, como foi observado, obrigou a SSM a realizar um processo de negociação em torno das características que essa exigência iria apresentar. O "processo de discussão que procura alcançar um compromisso coerente entre as várias forças sociais no sentido de conferir viabilidade e realismo às propostas de mudança" (OPS/OMS, sem data, p.71), ou seja, a negociação, foi um elemento importante na definição das novas condições relacionadas ao cumprimento da carga horária pelos médicos. Diferentemente das outras categorias profissionais, às quais foi imposto o cumprimento integral da carga horária, aos médicos foi apresentada uma outra condição, conforme se pode perceber na declaração feita por um dirigente:

"[...] a negociação não significa que nós não temos critérios. Na realidade nós entramos numa secretaria em que nós tínhamos médicos que entravam às 7, outros que entravam às 7 e meia, outros que entravam às 8, outros que entravam às 9, outros que entravam às 10, outros que entravam à 1, às 2, às 3, às 4, às 5, ou seja, havia vários horários. Hoje nós padronizamos os horários de entrada. O médico tem que entrar ou às 8, ou à 1 e meia, ou às 6 e meia, e isso é universal, disso a gente não abre mão. Objetivamente, e com franqueza, o nosso problema, hoje, é saber se ele vai ficar as 3 horas e meia, a partir desse horário de entrada mas, desse horário de entrada a gente não abre mão. Essa semana mesmo, eu não admiti uma médica porque ela não podia entrar no horário, e eu já demiti médicos porque eles não podiam entrar no horário".

Muito embora este autor não tenha encontrado os documentos de demissão dos profissionais médicos que não podiam cumprir a de-

terminação relativa ao horário de início da jornada de trabalho, a declaração acima praticamente sintetiza a realidade daquele momento do controle organizacional sobre o cumprimento da carga horária dos médicos. O rigor desse controle situou-se num ponto intermediário entre a babilônica situação anterior, na qual as necessidades organizacionais estavam submetidas às possibilidades de horário apresentadas pelos profissionais, e o desígnio do grupo de dirigentes organizacionais, de que todos os profissionais cumprissem a carga horária contratada. Assim, por um lado: regulamentou-se o horário de entrada dos profissionais médicos; estabeleceu-se que a jornada de trabalho dos médicos seria de 3 horas e meia por contrato; instituiu-se que as horas não trabalhadas seriam rotineiramente descontadas do vencimento dos profissionais e, finalmente, fixou-se um teto de consultas a serem realizadas por jornada de trabalho. Por outro lado, houve necessidade de a direção organizacional fazer concessões, cujo intuito era preservar os serviços de profissionais especializados, a exemplo dos psiquiatras e ginecologistas, escassos em nível ambiental. No contexto aqui referido, o epíteto concessão não se refere a possíveis deturpações nos contratos de trabalho regidos pela CLT ou pelo Estatuto da PMJ mas, sim, às formas alternativas de compra e venda da força de trabalho de profissionais médicos, tais como a terceirização e Recibo de Pagamento a Autônomos - RPA. Esta situação parece deixar evidente que contingências ambientais oferecem restrições infra-estruturais à vontade dos dirigentes organizacionais, conforme apontam Ranson et al. e Fombrum (1986, 1989).

Em termos de resultados formais, observou-se que deixou de haver profissionais cujos cartões de controle-horário apresentavam

horários de trabalho menores que 3 horas/dia. Deve ser salientado, no entanto, que esse dado não significa, por si só, que a totalidade dos profissionais médicos esteja cumprindo a carga horária. Como destacou uma dirigente organizacional, era comum a ocorrência de situações nas quais o cartão de controle horário tinha seu preenchimento manual em desacordo com o horário trabalhado ou, ainda, situações nas quais o preenchimento mecânico do cartão-ponto não era feito pelo médico, e sim por outra pessoa da equipe de saúde do ambulatório.

Em relação ao preenchimento do cartão de controle horário e ao cumprimento das determinações relativas aos horários de início da jornada de trabalho, observou-se que esses aspectos ofereciam subsídios à diferenciação entre os dois conjuntos de profissionais médicos. A marcação, no cartão de controle horário, de dados que não correspondiam à realidade foi confirmada por 4 dos 5 profissionais do conjunto I. O profissional restante afirmou que, caso tivesse continuado na organização, agiria da mesma maneira. Os argumentos utilizados por esses profissionais, com o intuito de justificar suas opiniões, tinham por base a noção de que a nova situação feria as bases sobre as quais haviam sido estabelecidas, de fato, as condições de trabalho, em termos de carga horária. Além disso, todos os médicos desse conjunto, sem exceção, tinham seus horários distribuídos em função de compromissos empregatícios assumidos com outras organizações. Isso, na avaliação desses médicos, impedia o remanejamento do horário de trabalho nos ambulatórios da SSM. Esse foi, também, o motivo que 4 desses profissionais alegaram para o não acatamento das determinações organizacionais em relação ao horário do

início das suas atividades ambulatoriais. O profissional restante desligou-se da organização, porque não tinha a intenção de começar sua jornada de trabalho no horário estipulado pela direção organizacional.

No que tange aos profissionais médicos que faziam parte do conjunto II, a situação assumiu, em relação ao cumprimento da carga horária e atendimento ao horário do início das atividades ambulatoriais, um contorno diferente daquele desenhado no parágrafo anterior. No caso desse conjunto, todos os 8 profissionais que dele faziam parte já cumpriam a carga horária prescrita, antes mesmo das determinações feitas pela nova gestão. Esse aspecto fez com que esses profissionais não se sentissem afetados pela exigência do cumprimento da carga horária. Em consequência das outras atividades desses profissionais, o maior problema apresentado consistiu na adaptação ao novo horário de início das atividades ambulatoriais. Diante das determinações da nova gestão, os profissionais do conjunto II negociaram um período de adaptação, que variou de 7 a 30 dias, ao final do qual afirmaram ser possível atender às novas prescrições. Isso ocorreu porque, segundo opiniões desses profissionais, houve possibilidade de remanejar o horário das outras atividades diárias. Essas consistiam, para 4 profissionais, em outra jornada de trabalho na própria SSM, sendo que 2 desses profissionais tinham, ainda, consultório privado. Para os outros 4 profissionais desse grupo, suas outras atividades profissionais consistiam em plantões noturnos ou de finais de semana e, também, em atividades no consultório privado. O fato desses profissionais não apresentarem vínculos com outras organizações, que não a SSM, proporcionou, ao que parece,

maior flexibilidade na reorganização das suas atividades diárias. Assim, após um período de adaptação, a exemplo de todas as outras categorias profissionais, esses profissionais médicos ajustaram suas atividades diárias de tal modo que puderam atender às demandas apresentadas pela SSM.

Observou-se, a partir do final do 5º mês de governo, um descontentamento explícito em relação ao fato de profissionais médicos cumprirem a sua carga horária *apenas no papel*. Tal situação fez com que, ao fim do 6º mês de gestão, houvesse uma série de reuniões, envolvendo desde o secretário de saúde até as chefias de serviços, as quais tiveram por objetivo, avaliar as conseqüências que a manutenção dessa situação acarretaria, tanto sobre a proposta política, gerencial e estratégica quanto sobre a continuidade da adesão da quase totalidade dos servidores ao novo horário e às novas condições de trabalho. A partir dessas reuniões, ratificou-se que a categoria médica era a única categoria profissional que apresentava, regularmente, problemas em relação ao cumprimento das prescrições organizacionais relacionadas ao horário de trabalho. Em função da irrealidade dos dados fornecidos pelos cartões de controle horário, estimou-se, sem poder afirmar, que aproximadamente 50% dos profissionais médicos não estavam cumprindo seus compromissos de horário com a organização. Muito embora esse número de profissionais médicos representasse aproximadamente 5 a 6% da força de trabalho contratada pela organização, o conjunto de chefes de serviço e dos dirigentes responsáveis pelas divisões que executavam atividades-fim observou que, apesar de relativamente poucos, esses profissionais médicos estavam gerando um descontentamento crescente entre os profissionais que



cumpriam sua carga horária.

A época dessas reuniões estava ocorrendo, segundo avaliação desses dirigentes e chefes de serviço, a eclosão de uma crise. Esse diagnóstico tinha por base a constatação de que todas as outras categorias profissionais, assim como os profissionais médicos que cumpriam suas cargas horárias, estavam se julgando prejudicados e, com isso, passaram a exigir que as prescrições contidas nas normas fossem aplicadas a todos os profissionais, sem exceção. As chefias de serviço, por sua vez, sentiam-se sem argumentos a oferecer para os profissionais demandantes, tanto porque entendiam como pertinentes as observações desses profissionais quanto porque, no plano formal, ou seja, no que se referia aos registros de entrada e saída do expediente, as anotações estavam de acordo.

Constatou-se, a partir dessas reuniões, que a manutenção da situação, tal como se apresentava, colocava em xeque toda a proposta administrativa da nova gestão, uma vez que essa tinha por base a universalização da aplicação das normas e que estas haviam sido adotadas com o intuito de criar parâmetros objetivos para a administração da dinâmica organizacional. Em nível estratégico, o fato de profissionais persistirem na realização de rápidas consultas e, em seguida, ausentarem-se dos ambulatórios obstaculizava ainda mais o atingimento de uma imagem-objetivo (Matus, 1978) que consistia em garantir à população o acesso a serviços de saúde com um padrão mínimo de qualidade. Nesse contexto, o único critério que estava sendo seguido era o da produtividade, ou seja, todos os profissionais médicos estavam atingindo sua cota diária de consultas, mesmo que, em muitas delas, os médicos sequer *encostassem a mão no paciente*.

Ao final dessas reuniões, concluiu-se que a garantia da produtividade era um bônus relativamente pequeno, quando comparado aos ônus decorrentes da não-universalização da aplicação das normas. Dentre esses ônus estariam a desmotivação para o cumprimento das normas, o que poderia envolver os outros profissionais médicos e as outras categorias profissionais; a falta de credibilidade da gerência; a falta de credibilidade dos ambulatórios; a baixa resolutividade da estrutura, além do desperdício de recursos da SSM.

A partir dessas avaliações, os participantes das reuniões tinham a percepção de que era necessário desestimular o descumprimento das normas organizacionais e que, para tanto, era premente a viabilização de mecanismos mais efetivos de controle do cumprimento da carga horária. Uma vez que todos os profissionais, médicos ou não, faziam suas anotações dos horários de entrada e saída do trabalho e que, na opinião dos dirigentes e das chefias de serviço, esse instrumento de controle tinha que ser fortalecido, optou-se por adotar ações que apontassem nesse sentido. Desse modo, definiu-se pela realização de *incertas*, ou seja, pela realização de visitas aos ambulatórios, as quais teriam horário e local definidos randomicamente. Esse tipo de ação permitiria a avaliação da correção do preenchimento do cartão de registro do horário. Assim, nada ocorreria, caso o profissional houvesse preenchido adequadamente o cartão de controle do horário. Se, em caso contrário, o profissional houvesse feito anotações que não guardassem correspondência com a realidade, ele seria punido de acordo com a legislação trabalhista. Uma outra decisão foi a de *asfixiar*, isto é, criar um ambiente tão desfavorável quanto possível aos profissionais não cumpridores da carga horá-

ria, de tal modo que eles fossem levados à revisão da sua postura ou, em caso contrário, a se demitirem da organização.

Deve ser esclarecido, no entanto, que as medidas acima só puderam ser adotadas a partir do momento em que os dirigentes organizacionais decidiram assumir os riscos políticos de terem descontinuidade no atendimento médico de alguns ambulatorios. Esse aspecto é relevante, uma vez que revela o fortalecimento político da dimensão técnica na gerência de serviços de saúde. Essa decisão revelou, também, disponibilidade dos dirigentes organizacionais em enfrentar a dúvida em saber se é pior oferecer um serviço de qualidade duvidosa ou deixar de oferecer qualquer serviço. A decisão adotada, ao que parece, revela um enfraquecimento do poder dos médicos, já que, ao menos em relação aos dirigentes, deixou de ser aceita acriticamente a interpretação de que a população usuária dos ambulatorios médicos da SSM preferiria qualquer tipo de atendimento a atendimento nenhum. Esta situação, ao que parece, está em acordo com as considerações de Bachrach e Baratz (1983), quando estes afirmam que o poder dos grupos organizacionais guarda relação com a capacidade de os mesmos manterem fora de discussão os assuntos considerados pouco seguros. Deve ser salientado que esse último momento do processo de ajuste no controle organizacional sobre o trabalho médico não pode ter seus resultados avaliados, uma vez que a sua implementação foi programada para o início do 7º mês de gestão, quando, então, esta dissertação já estaria em sua fase final de redação.

Sumariando, observou-se que o controle organizacional sobre o trabalho médico tendeu a um enrijecimento progressivo e inseriu-se num contexto de mudança estrutural, a qual apresentava um au-

mento na consistência entre princípios e componentes estruturais (Ranson et al., 1980). Assim, embora o controle organizacional permanecesse em nível de controle da ação, a nova gestão introduziu elementos, como a demissão de profissionais, que são próprios do controle pessoal (Czarniawska-Joerges, 1987). Outro aspecto que demonstra esse processo de enrijamento do controle sobre o trabalho dos profissionais médicos está na maior ênfase ao cumprimento das normas e da hierarquia, levando a uma maior burocratização da organização. Os limites desse enrijamento no controle sobre o trabalho médico foram dados pela necessidade de compatibilizar demandas organizacionais e disponibilidade ambiental de recursos humanos e políticos.

Em termos de poder intra-organizacional, percebeu-se um enfraquecimento dos profissionais médicos membros do conjunto I. Os fundamentos dessa afirmação estão não apenas no fato de emergir a discussão de um tema que não seria seguro mas também na constatação de que a interpretação do que fosse cumprimento da carga horária, patrocinada por esses profissionais, foi abertamente questionada e, mais que isso, passou a ser mais frontalmente combatida (Ranson et al. 1980; Bachrach e Baratz, 1983; Morgan, 1986). De modo inverso, os dirigentes organizacionais resultaram fortalecidos, até o momento da análise. As demonstrações disso estão na legitimação e no acatamento das determinações da direção organizacional pela maior parte do conjunto de profissionais a serviço da organização. Esses aspectos demonstram que, ao menos naquele contexto, aumentar o rigor do controle organizacional sobre os profissionais médicos era um meio de manter tanto a legitimidade da proposta gerencial quanto a adesão

da comunidade organizacional interna em torno dessa proposta. Isso, em poucas palavras, significava investir politicamente no modo de dominação burocrática, deixando a organização mais racional e adequado aos interesses desse grupo (Burris, 1989; Clegg, 1989).

Em nível ambiental, no entanto, o poder dos dirigentes organizacionais parece não ter tido a mesma ascensão. A carência de médicos ainda permanece um recurso político mobilizável pelos profissionais, sejam eles do conjunto I ou do conjunto II. Essa situação, mantida apesar da realização de concurso público para o suprimento de vagas para o cargo de médicos da SSM, pode sugerir que a corporação médica é forte o suficiente para exercer um controle do tipo ecológico, de acordo com a visão de Czarniawska-Joerges (1987). As evidências nesse sentido são apresentadas a seguir. Em fevereiro de 1993, a SJM, através do seu informativo, publicava a seguinte nota:

#### "CONCURSO PUBLICO

Somos sabedores que a Secretaria de Saúde de Joinville está prestes a realizar concurso público para médico em nossa cidade. Tal concurso servirá para legalizar as situações já existentes e que estão ilegais. Passa a existir porém um perigo que é a criação de um canal para entrada em nossa cidade de mais profissionais médicos. Já está marcada uma reunião com as chefias de departamento da S.J.M. para deliberar sobre este fato. Acreditamos contudo previamente, que todos os colegas de Joinville devem se inscrever e prestar o concurso para preenchimento de tais vagas e não enchermos mais nossa cidade de médicos" (SJM, 1993, p.2).

Essa declaração, aliada ao fato da restrita divulgação do edital de convocação do referido concurso, cuja ausência foi confirmada por pesquisa deste autor em jornais de outros municípios e dos

grandes centros, sugere não ser salário, conforme afirma um dirigente da SSM, o único motivo do não preenchimento das vagas para o cargo de médico da SSM. Da matéria denominada "Saúde Depende de mais Dinheiro e Pessoal", publicada no jornal A Notícia, são transcritos os seguintes trechos:

"A falta de médicos, de leitos e de estrutura nos 44 ambulatórios de bairro estão inviabilizando o sistema de saúde pública de Joinville.  
[...] Hoje, segundo o assessor da Secretaria de Saúde, [...], faltam nada menos que 260 médicos no sistema de saúde pública municipal. Ele informa que o concurso realizado para o preenchimento do quadro acabou não dando resultado devido o baixo salário. Dos 124 médicos que participaram das provas apenas 95 foram aprovados, sendo que mais de 80% destes já tinham vínculo com o quadro municipal de saúde" (21 de abr.93, p.9).

A situação acima parece evidenciar que o poder dos profissionais médicos tem seu fundamento maior em nível ambiental, apresentando relação com o controle do fluxo de recursos do ambiente para a organização (Benson, 1977, 1983).

Ainda nesse nível, resta a expectativa de saber qual será o comportamento daquelas comunidades as quais a decisão de enrijecer o controle organizacional sobre o trabalho médico poderá levar à privação, ao menos temporária, do atendimento. A legitimação dessa decisão, por parte dessas comunidades, poderá fortalecer, em nível ambiental, os dirigentes organizacionais. No entanto, caso ocorra o contrário, a posição dos médicos membros do conjunto I poderá ser fortalecida, podendo, com isso, gerar desdobramentos não previsíveis.

Para finalizar, a análise do controle permite confirmar a

hipótese de que o nível de rigor do controle organizacional sobre o trabalho dos profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM é resultante de processo político, envolvendo esses profissionais e os dirigentes da organização.

#### 4.3. Valores Organizacionais

A análise das entrevistas, quando voltada à identificação dos valores organizacionais, mostrou que a busca de uma melhor qualidade dos serviços prestados pela SSM à população era um valor organizacional difundido no âmbito dos grupos organizacionais em estudo. De uma maneira absoluta, sem exceção, todos os entrevistados elegeram a qualidade dos serviços médicos prestados à população como o valor organizacional que deveria orientar a avaliação do trabalho médico. Isso pode ser constatado pelas respostas dadas pelos membros dos grupos, quando estes foram questionados a respeito de qual seria a política que a organização deveria adotar em relação ao controle sobre o trabalho médico. As declarações abaixo foram prestadas por um profissional médico membro do conjunto I, por um profissional médico membro do conjunto II, e por um dirigente organizacional, respectivamente:

"Acho que deveria ser um controle qualitativo, e não de saber se o cara está indo bem trajado, bem penteado, bem barbeado, se está cumprindo horário certinho. Quer dizer, na área médica, deve-se ver, em primeiro lugar, se o serviço profissional está sendo bem realizado".

"Bom, eu acho que a organização deve procurar uma qualida-

de de atendimento. [...] O trabalho dos profissionais médicos tem que ser dimensionado em função da qualidade e dos objetivos que estão inseridos nesse trabalho".

"Eu acho que, de uma forma geral, o controle do trabalho dos profissionais médicos deve ser sobre a resolutividade de cada profissional. Eu entendo, e nós todos sabemos, que existe a política do 'ao-ao', que é a do encaminhamento 'ao' ortopedista, 'ao' neuro, e isso não pode ser a filosofia de um ambulatório. Um ambulatório tem que ser resolutivo, mesmo porque se ele não for resolutivo, a população perde a confiança no ambulatório e isso não denigra somente a imagem do médico; acaba denegrindo a imagem do ambulatório que, para ser reconquistada, é muito mais difícil do que já iniciar com qualidade. Então, nós entendemos que o controle tem que ser em cima da qualidade e, neste caso, principalmente em cima da resolutividade".

Muito embora todos os entrevistados demonstrassem que sua preferência apontava para uma política organizacional de controle qualitativo sobre o trabalho médico, as diferenças entre os grupos começaram a ficar evidentes a partir das considerações em torno do momento adequado à implantação desse controle e das condições que deveriam estar satisfeitas para que isso ocorresse.

No grupo dos médicos, os membros do conjunto I consideravam que a organização deveria oferecer melhores salários antes de exigir qualquer coisa além do que já estava sendo por eles realizado. De maneira geral, na opinião desses profissionais, a organização deveria valorizar profissionalmente os médicos que nela atuavam e, nesse sentido, o primeiro passo estaria no pagamento de um salário que não fosse *brincadeira*, injusto, indigno, indecente, ou aviltante (foram esses os termos utilizados pelos 5 membros desse conjunto, quando os mesmos qualificavam seus salários).

Para os médicos membros do conjunto II, a política de controle organizacional baseada na qualidade do serviço prestado pelo



profissional deveria ser aplicada imediatamente no início da atual gestão, antes da instituição de qualquer outra forma de controle sobre o trabalho médico. Os membros desse conjunto consideraram que a organização deveria oferecer condições ao fortalecimento da relação médico-paciente. Para tanto, deveria, desde o início, utilizar instrumentos que avaliassem e controlassem o trabalho médico a partir da satisfação do usuário e do grau de resolutividade de cada profissional.

Já, para os dirigentes, o controle qualitativo sobre o trabalho médico deveria ser precedido pela instituição de formas quantitativas de controle, tais como quantidade de horas e quantidade de consultas. Essas, através de um equilíbrio entre o número de consultas e o número de horas trabalhadas, teriam como objetivo preparar tanto a organização quanto os profissionais médicos para a introdução de formas qualitativas de controle sobre o trabalho médico. As declarações dos membros do grupo de dirigentes deixaram explícito que o controle quantitativo sobre o trabalho médico era um momento em direção ao acesso, à universalização e à qualificação dos serviços de saúde prestados pela SSM.

As opiniões acima oferecem os fundamentos das considerações que os membros dos grupos entrevistados emitiram sobre suas preferências a respeito de qual política a organização deveria adotar em relação à questão do cumprimento da carga horária contratada.

Os profissionais médicos que faziam parte do conjunto I foram unânimes em considerar essa forma de controle totalmente fora de propósito. No entender desses profissionais, a organização, ao exigir o cumprimento da carga horária e descontar as horas não tra-

balhadas, estava não apenas rompendo unilateralmente um acordo de trabalho anteriormente estabelecido mas também estava deixando de oferecer qualquer forma de contrapartida.

Para os membros desse conjunto, o cumprimento de uma carga horária decidida a partir das prescrições contratuais seria uma medida cabível, caso viesse precedida de um pagamento considerado compatível com a realidade do mercado do município. Na percepção desses profissionais, o atendimento à exigência de cumprimento da carga horária implicava, naquele momento, uma desvalorização, em torno de 100-200%, da hora trabalhada. Isto é, caso viessem a cumprir a carga horária contratada, esses profissionais teriam que dedicar à SSM, percebendo o mesmo salário, uma a duas vezes a quantidade de horas que tinham, até então, à disposição da organização.

Esse tipo de avaliação é compatível com a conduta tomada por esses profissionais, no que tange à relação entre valor do salário e horas trabalhadas: à medida que o valor pago pela PMJ, por hora trabalhada, distanciava-se do praticado no mercado, os profissionais desse conjunto diminuam o tempo dedicado às suas atividades nos ambulatórios da SSM. Nesse caso, os profissionais estimavam o número de horas a serem trabalhadas na SSM a partir do valor médio da hora-médico paga em ambulatórios privados. O comentário abaixo ilustra esse raciocínio:

"Para trabalhar mais duas horas na Secretaria, eu teria que ganhar, por baixo, duas vezes mais do que eu recebo hoje. Ai sim, nesse caso, eu poderia pensar em largar minhas duas horinhas no ambulatório da [organização industrial X]".

Observa-se, assim, que, nesse conjunto, o *cumprimento do contrato de trabalho* é um valor hierarquicamente inferior ao valor *pagamento pelo trabalho realizado deve ser compatível ao mercado*.

No que tange à relação médico-paciente, os profissionais desse conjunto afirmaram que, dentro do tempo disponível, ela se resumia ao que era possível durante o tempo dedicado a cada paciente, ou seja, o atendimento das queixas objetivas que levavam os pacientes a buscar atendimento médico. De maneira geral, para esses profissionais, o valor organizacional, ou seja, a preferência quanto à política que a organização deveria adotar a respeito do cumprimento das prescrições contratuais relativas ao horário de trabalho consistia no seguinte: **qualidade da remuneração**.

Os profissionais médicos, membros do conjunto II, por sua vez, consideraram que o valor *cumprimento do contrato de trabalho* era secundário ao valor *boa relação médico-paciente*. Esse conceito tem por base o fato de esses profissionais afirmarem, ao longo das entrevistas, que o médico tem que buscar resolver o problema do paciente. Sob essa ótica, a preocupação desses profissionais consistia em garantir um tempo médio de 15-30 minutos para cada paciente. Desse modo, os profissionais se programavam a partir do número de pacientes previamente agendados. Esse número, que variava de 7 a 14, consumia, em média, 3h30min. Neste sentido, as novas determinações feitas pelos dirigentes organizacionais vinham ao encontro de critérios já adotados por esses profissionais. Entende-se, a partir daí, por que a exigência do cumprimento da carga horária não teve maior significado para esse conjunto de profissionais médicos. A declaração abaixo ilustra esse aspecto:

"Para mim, essa questão do horário não altera muita coisa porque eu já cumpria. Algumas vezes tinha consultas que demoravam muito mais que o planejado e eu ficava até mais que o exigido".

Assim, na opinião desses profissionais, a qualidade do serviço prestado, mensurada através da resolutividade e da satisfação do usuário, era o aspecto que deveria fundamentar o controle da relação profissional-organização. Questionados sobre o aspecto salarial, os médicos do conjunto II consideraram, a exemplo dos profissionais do conjunto I, que o pagamento de um salário compatível com o mercado era mais importante para o cumprimento da carga horária do que simplesmente uma determinação formal da organização nesse sentido.

Deve ser salientado, no entanto, que, diferentemente dos profissionais do conjunto I, os membros do conjunto II foram unânimes em afirmar que, em caso de insatisfação com a relação organização-profissional, a conduta que eles tomariam seria pedir demissão.

Em relação ao cumprimento da carga horária, esses profissionais entendiam que ele era, em ordem de importância, consequência de: qualidade na relação médico-paciente; salários adequados e prescrições organizacionais. Da mesma maneira, esses profissionais consideravam, nessa seqüência, os valores a serem respeitados, para que permanecessem na organização. A partir dessas declarações, tornou-se possível definir que, para esses profissionais, o valor organizacional, ou seja, a preferência quanto à política que a organização deveria adotar a respeito do cumprimento das prescrições contratuais relativas ao horário de trabalho consistia no seguinte: **qualidade da**

relação médico-paciente.

O grupo de dirigentes organizacionais foi, sem sombra de dúvida, o grupo que, no seu interior, apresentou as posições mais coordenadas, formulando um discurso único, pervasivo entre seus membros. Esse fato se deve, muito provavelmente, à condição desse grupo ter sido formado a partir de pessoas que, entre si, apresentavam um conjunto de afinidades técnicas, políticas e ideológicas na área da saúde.

De uma maneira homogênea, os dirigentes entendiam que não apenas a administração da SSM, mas também a população deveria saber onde e quando encontrar os profissionais de saúde dos quais estavam tendo necessidade. Nesse sentido, as medidas relacionadas ao cumprimento da carga horária e ao horário de início das atividades ambulatoriais apresentavam dois aspectos.

O primeiro aspecto, eminentemente administrativo, vinculava-se à necessidade de estimar e esgotar a capacidade de atendimento médico a partir do número de horas-médico contratadas. O segundo aspecto apresentava um contorno político-simbólico. Aqui, o objetivo era passar a noção de que, com isso, a população usuária dos serviços médicos, prestados pelos ambulatórios da SSM, saberia os horários nos quais os profissionais médicos estariam nos locais de atendimento. Estaria, assim, criado um parâmetro básico de referência, ao menos em relação aos horários de funcionamento dos ambulatórios. Com isso, a expectativa era de que, posteriormente, os usuários também se convertessem em instrumentos de controle dos serviços de saúde prestados pelos ambulatórios. Assim expõe um dirigente:

"Ela [a população] tem que saber que o auxiliar [de enfermagem], a enfermeira, a psicóloga, o dentista, ou o médico, todos, entram ou às oito, ou uma e meia ou seis e meia e têm, todos, que sair ou às onze e meia, ou às cinco, ou às dez da noite. Quando isso estiver claro, a gente espera que ela nos ajude no gerenciamento da estrutura".

Nesse sentido, a determinação de um teto de consultas a serem realizadas pelos profissionais e as prescrições relativas aos horários eram entendidas enquanto um dos meios a serem utilizados em direção à universalização e à qualificação dos serviços de saúde prestados pela SSM, pontos fundamentais da política de saúde adotada pela nova gestão.

Tendo em vista os pontos acima, os dirigentes consideravam que os profissionais a serviço da SSM tinham que estar no local durante o horário de trabalho e, concomitantemente, atender bem o usuário. Quando instados a respeito da questão do valor dos salários pagos aos profissionais médicos, os dirigentes eram concordes em avaliá-la como importante para o atingimento dos objetivos propostos à organização. Para reafirmar essa importância, os dirigentes lembraram que uma das prioridades da gestão, até por uma exigência da lei que regulamentava o SUS, era a formulação e execução de um Plano de Carreira, Cargos e Salários, destinado aos profissionais que atuavam no SUS.

Os dirigentes concordaram, também, em relação à não aceitação da penalização da relação médico-paciente em função do profissional não concordar com os níveis salariais que estavam recebendo. Nessa linha, os dirigentes entendiam que os profissionais que não estivessem de acordo com a política salarial da PMJ deveriam utilizar os canais adequados à resolução das discordâncias e não resolver

a questão através, por exemplo, da redução da jornada de trabalho. Essa era a base do raciocínio adotado pelos dirigentes quando os mesmos consideravam ser mais ético o profissional descontente demitir-se da organização do que prejudicar a relação médico-paciente. Deve ser salientado que, para os dirigentes, o conceito *relação médico-paciente* estava intimamente ligado ao conceito gerencial de resolatividade e este, por sua vez, mostrou-se um valor organizacional amplamente difundido nesse grupo.

Assim, especificamente em relação ao cumprimento da carga horária, os dirigentes entendiam que a norma existente deveria ser prontamente cumprida, independentemente de quaisquer outras questões, inclusive salariais. Desse modo, tornou-se possível definir que, para os dirigentes organizacionais, o valor organizacional, ou seja, a preferência quanto à política que a organização deveria adotar a respeito do cumprimento das prescrições contratuais relativas ao horário de trabalho consistia no seguinte: **obediência à normas.**

Em relação aos valores organizacionais, deve ser destacada a evidente divergência existente entre aqueles assumidos pelos profissionais médicos do conjunto I e os assumidos pelos dirigentes. Em consequência, as condutas assumidas por esses profissionais estavam em franco desacordo com aquelas esperadas pelos dirigentes. A permanência dessas condutas, apesar das determinações dos dirigentes em contrário, fez com que estes, no intuito de coibir aquelas condutas, tornassem mais rigoroso o controle organizacional sobre o trabalho médico.

No que tange aos profissionais médicos do conjunto II, deve ser evidenciado que, muito embora seus valores organizacionais

não cooconvergisssem abertamente aos dos dirigentes, as condutas orientadas pelos valores organizacionais assumidos pelos profissionais desse conjunto estavam em acordo com aquelas esperadas pelos dirigentes. Deve ser destacado, também, que, para esses profissionais, especificamente, o enrijamento do controle organizacional sobre o trabalho médico não trouxe repercussões que não houvessem sido contornadas nos primeiros dias da sua aplicação. Além disso, as primeiras medidas de controle sobre o trabalho médico adotadas vinham ao encontro das preocupações que esses profissionais demonstravam, em relação às garantias de realização de um trabalho que apresentasse um nível de qualidade aceitável. Em termos de poder, pode-se dizer, de acordo com Enz (1986, 1988), que esse grupo foi-se fortalecendo ao longo do processo.

Ao final desta análise dos valores organizacionais, pode-se constatar que eles refletem as opiniões dos membros de cada um dos grupos a respeito de como eles desejariam que fosse o seu relacionamento com a organização. Assim, os profissionais médicos membros do conjunto I desejavam que a SSM fosse um patrão que pagasse melhor. Os profissionais médicos membros do conjunto II desejavam que a SSM fosse um instrumento colocado à disposição da sua relação com os pacientes. Os dirigentes, por sua vez, desejavam que a SSM fosse um meio de execução da política setorial por eles patrocinada. Esses pontos assumem uma relevância mais acentuada, tendo em vista que, de acordo com a definição operacional aqui adotada, os interesses são necessidades cuja satisfação justifica a manutenção e o acentuamento dos valores.



#### 4.4. Interesses

Os interesses, neste trabalho, são necessidades cuja satisfação justifica tanto a manutenção e acentuamento dos valores organizacionais dos grupos em estudo, quanto as opiniões destes a respeito de como deve ser alocado, na organização, o conhecimento médico. Neste sentido, deve ser destacada a íntima relação dos interesses, não apenas com os valores organizacionais de cada um dos grupos mas também com as opiniões destes com relação à exigência do cumprimento, pelos profissionais médicos, da carga horária estabelecida no contrato de trabalho firmado entre esses profissionais e a PMJ. Foram esses pontos que orientaram a definição dos interesses de cada um dos grupos estudados neste trabalho.

Conforme já havia sido destacado anteriormente, os profissionais médicos membros do conjunto I foram unânimes em se manifestarem contrários à exigência do cumprimento da carga horária contratada. De maneira absoluta, esses profissionais justificaram suas opiniões contrárias a essa exigência, argumentando que a alocação do recurso que detinham dava-se em função do valor que a organização pagava por ele e que, naquele momento, esse valor estava sobremaneira defasado daqueles praticados no mercado. A partir desse entendimento, os profissionais médicos do conjunto I adotavam a conduta pragmática de diminuir o número de horas de trabalho colocadas à disposição da SSM e, com isso, aumentavam o valor relativo da hora trabalhada.

Um outro aspecto chamou atenção em relação a todos os profissionais membros do conjunto I. Quando aos mesmos era apresentado

um cenário no qual se evidenciava um aumento na cobrança organizacional do cumprimento da carga horária, esses profissionais afirmaram que, caso aquele cenário se confirmasse, a atitude que eles tomariam seria encaminhar o desligamento da organização. Isso porque, para todos eles, dedicar à SSM o número de horas estipulado no contrato de trabalho significaria deixar de atender compromissos com outras organizações, as quais ofereciam um melhor pagamento pelo trabalho desses profissionais. Em decorrência disso, havia a priorização dos compromissos extra-organizacionais em detrimento do cumprimento da carga horária constante no contrato de trabalho firmado entre os profissionais médicos e a PMJ.

Para os profissionais desse conjunto, o interesse consistia em maximizar a remuneração. Era esse o *leitmotiv* das decisões e ações dos membros desse conjunto, em relação à distribuição intra e extra-organizacional do conhecimento médico. Esse era, no caso dos profissionais médicos do conjunto I, o interesse contrariado pela exigência organizacional de cumprimento da carga horária contratada. Ocorreu que, ao menos para os cinco profissionais desse conjunto, esse interesse não havia sido, até o momento em que se escreviam estas linhas, efetivamente contrariado. Deve ser lembrado que isso ocorreu em função do fato de esses profissionais não terem seus registros dos horários de entrada e saída do ambulatório marcados em consonância com o que realmente era trabalhado. Esse artifício propiciou as condições para que os profissionais médicos membros do conjunto I continuassem dedicando o mesmo número de horas que anteriormente dedicavam à SSM e que, além disso, continuassem percebendo o salário integral. De uma maneira curiosa, como será colocado mais

adiante, foram alguns profissionais médicos, membros do conjunto II, que tiveram maiores problemas com a questão das mudanças relacionadas aos horários organizacionais.

O estudo dos interesses, em relação aos profissionais médicos membros do conjunto II, revelou que esses profissionais não apresentavam, ao contrário dos profissionais do conjunto I, uma posição claramente definida em relação à exigência organizacional de cumprimento da carga horária contratada. As opiniões desses profissionais não se caracterizaram pela discordância ou concordância incondicionais à prescrição organizacional. O que caracterizou o conjunto das opiniões desses profissionais foi a noção de que, naquela conjuntura, a exigência do cumprimento da carga horária contratada era um mal necessário. A congruência maior, no entanto, deu-se em relação à opinião de que a organização não iria, apenas com a utilização desse expediente, garantir a qualificação dos serviços prestados à comunidade. A noção pervasiva entre esses profissionais era de que a permanência da exigência do cumprimento da carga horária traduziria a incompetência da organização em incutir nos profissionais um compromisso com a relação profissional-paciente.

Para os profissionais membros do conjunto II, as justificativas das opiniões acima oscilavam em torno da idéia de que a credibilidade de um sistema de saúde tem sua base na qualidade da relação organização-usuário. Em relação ao profissional médico, essa credibilidade passaria pela qualidade na relação médico-paciente. Na base desse raciocínio estava, ao que parece, a necessidade de o profissional garantir as condições necessárias à criação e manutenção de uma relação médico-paciente adjetivada, na maioria das vezes, de

boa e, por consequência, garantir o *status* de profissional competente.

Assim, garantir a qualidade da relação médico-paciente traduzia o interesse dos profissionais médicos membros desse conjunto.

Em relação ao âmbito estritamente intra-organizacional, o interesse dos membros desse conjunto foi, de alguma maneira, atendido. Isso porque o estabelecimento de um número razoável de consultas a serem realizadas durante a jornada de trabalho faz parte das condições necessárias ao exercício adequado da profissão médica. No que se refere ao âmbito extra-organizacional, as medidas relativas aos horários de início do expediente dos ambulatórios é que estavam causando repercussões negativas nos interesses de 2 profissionais do grupo II. Esses profissionais tinham 2 vínculos com a SSM e, além disso, apresentavam uma clientela privada suficientemente grande para fazer com que o agendamento de consultas só pudesse ser feito com uma previsão de 15 a 20 dias de espera. Uma vez que esses dois profissionais cumpriam seu horário de forma corrida, o que tornava possível o início de suas atividades privadas no princípio do período vespertino, as mudanças introduzidas no horário de funcionamento dos ambulatórios acarretaram dificuldades em relação aos compromissos extra-organizacionais desses profissionais. Essas dificuldades consistiam no fato de esses profissionais terem que iniciar mais tardiamente suas atividades no consultório privado e, assim, prolongarem suas consultas até um horário mais avançado na noite. Isso acarretava um prejuízo no desempenho qualitativo, nas consultas realizadas no final do dia de trabalho. Essa situação estava levando esses

profissionais a levantarem a possibilidade de se demitirem de um dos vínculos com a PMJ, uma vez que, da maneira como haviam ficado os seus horários de trabalho, estavam ocorrendo prejuízos no relacionamento com a clientela privada. Ficou claro, no entanto, que esses profissionais estavam tendo seus interesses contrariados, na esfera privada, não em função da exigência do cumprimento da carga horária mas, sim, em decorrência das alterações ocorridas nos horários de início e fim das atividades ambulatoriais. Os outros seis profissionais, membros desse conjunto, não apresentaram maiores problemas em relação a essa questão, uma vez que, ou não tinham dois vínculos com a PMJ ou, caso os tivessem, não os cumpriam de forma corrida. Percebe-se, assim, que as exigências organizacionais relativas ao cumprimento da carga horária contratada também não afetaram, de maneira significativa, os interesses dos profissionais desse conjunto. Outro aspecto relacionado ao interesse dos profissionais médicos desse conjunto está no fato de que fortalece o controle do tipo profissional (Burris, 1989). Resta, agora, analisar os interesses dos dirigentes organizacionais.

As opiniões dos dirigentes em relação à exigência do cumprimento horário apresentaram, como era de se esperar, um consenso a favor das medidas tomadas. Os dirigentes foram unânimes em justificar suas medidas, usando como argumento central a necessidade de obter, junto às comunidades, interna e externa, o respaldo político e a credibilidade em relação à proposta setorial que viabilizasse:

"tornar a SSM uma estrutura eficiente, a serviço de uma proposta de política de saúde que fortaleça o SUS e atenda às demandas da comunidade".

Desse modo, os dirigentes consideravam fundamental esgotar a capacidade dos recursos humanos disponíveis na organização e, neste sentido, entendiam que a organização deveria cobrar os compromissos constantes nos contratos de trabalho firmado entre os profissionais e a PMJ.

Para as ambições dos dirigentes era importante, ao menos naquele momento, fazer os profissionais cumprirem as normas organizacionais e, com isso, criar um padrão de comportamento cujo fundamento fosse essas normas. Os dirigentes pretendiam, com isso, reverter a situação até então vigente, na qual, segundo eles, o comportamento de boa parte dos médicos tinha o seu padrão definido em função de uma política organizacional que privilegiava os arranjos individuais. Dentro dessa interpretação, os dirigentes buscavam, através da universalização da aplicação das normas, tornar a organização um instrumento confiável de execução das suas propostas políticas.

Assim, no caso dos dirigentes organizacionais, parece ter ficado claro que a necessidade cuja satisfação justificava tanto a manutenção do seu valor organizacional quanto as suas opiniões a respeito da exigência do cumprimento da carga horária era a autoridade, no sentido dado por Weber (1964). Portanto, no contexto estudado por este trabalho, obter autoridade era o interesse que orientava as ações dos dirigentes organizacionais. Nesse sentido, o interesse dos dirigentes trabalhava em favor de um controle do tipo burocrático.

Quando se observa o quadro de interesses envolvidos na questão do controle organizacional em estudo neste trabalho, perce-

be-se que, em termos de congruência e divergência, há uma repetição do que ocorreu com os valores organizacionais. Também aqui os interesses dos dirigentes organizacionais divergiam abertamente dos interesses dos profissionais médicos membros do conjunto I.

Há que se ressaltar o fato de que, ao menos até o momento em que esta análise estava sendo realizada, o interesse do grupo de dirigentes só não estava sendo atendido pelos profissionais médicos membros do conjunto I. No entanto, o fato de que a norma relativa ao cumprimento do horário contratado só não estava estruturando o comportamento dos profissionais médicos membros do conjunto I, bastava para que o interesse dos dirigentes tivesse o seu atingimento colocado sob uma ameaça. Esse ponto foi central para a decisão de apertar o controle organizacional sobre os profissionais médicos, especificamente sobre os membros do conjunto I.

Quanto aos membros do conjunto I, percebe-se que os instrumentos de controle até então utilizados não implicaram prejuízos ao interesse desses profissionais. A expectativa, entretanto, era de que essa situação mudasse de figura a partir da implementação das medidas de controle anteriormente discutidas.

No que se refere ao modo como se relacionavam os interesses dos dirigentes e dos profissionais médicos membros do conjunto II, pouca coisa há para acrescentar. De modo geral, os interesses dessas partes apresentavam entre si, até o momento da análise, uma relação na qual um reforçava o outro, muito embora esses interesses reforçassem tipos diferentes de controle organizacional. Assim, a garantia de que as consultas teriam um tempo mínimo razoável, de acordo com os padrões dos membros do conjunto II, e o fato desses

profissionais já cumprirem sua carga horária em consequência das características da sua relação com os pacientes, eram pontos de contato que, até aquele momento, faziam com que os interesses de dirigentes e profissionais médicos membros do conjunto II tendessem mais à convergência do que à divergência.

Para finalizar, o resultado da análise dos interesses envolvidos neste estudo permite confirmar as seguintes hipóteses: 1) quanto maior for a divergência de interesses entre dirigentes organizacionais e profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM, maior o rigor do controle organizacional sobre o trabalho dos profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM; 2) o incremento no rigor do controle organizacional sobre o trabalho dos profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM atende a interesses dos dirigentes organizacionais e 3) o incremento do rigor do controle organizacional sobre o trabalho dos profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM afeta, em algum grau, os interesses desses profissionais.

#### 4.5. Conflito Organizacional

O conflito, em relação à exigência do cumprimento da carga horária contratada, caracterizou-se, neste trabalho, por uma situação de divergência em relação aos interesses que deveriam ser prioritariamente acatados, desde que essa situação envolvesse alguma forma de reação. Essa reação forneceu os elementos para dimensionar o conflito a partir da intensidade, ou seja, a partir do grau de en-



volvimento dos grupos participantes e da disposição destes em perseguir os fins não negociáveis ou ficar apenas na esfera da negociação.

O estudo dos interesses, neste trabalho, configurou um quadro no qual era possível vislumbrar o grau de convergência ou divergência entre eles existente. Nesse quadro, composto pelos interesses dos dirigentes, dos profissionais médicos membros do conjunto I e dos profissionais médicos membros do conjunto II, ficou evidente o contraste existente entre os interesses dos dois primeiros. Isso, no entanto, não quer dizer que o conflito entre profissionais médicos membros do conjunto I e dirigentes organizacionais tenha sido aparente imediatamente após o início da implementação das medidas relacionadas ao controle do cumprimento da carga horária contratada.

Como já foi anteriormente apontado, no início da gestão os dirigentes realizaram uma série de reuniões nas quais procuravam passar os conteúdos da proposta gerencial que estavam implementando. Dentre os itens dessa proposta estavam o cumprimento da carga horária contratada e a mudança nos horários de funcionamento dos ambulatórios. Foi levantada, numa dessas reuniões, a possibilidade de haver descontentamento entre os profissionais da SSM, tendo em vista a repercussão que essas medidas acarretariam na dinâmica da vida pessoal dos profissionais que trabalhavam em ambulatórios. Esse descontentamento realmente ocorreu e caracterizou o primeiro conflito envolvendo a nova gestão e profissionais da SSM. O descontentamento entre os profissionais que trabalhavam na SSM obrigou o Sindicato dos Servidores Públicos de Joinville a sair publicamente em defesa dos funcionários, utilizando, para tanto, matéria denominada "Auste-

ridade?", veiculada no órgão de divulgação desse sindicato. O conteúdo da matéria sintetiza os motivos da reação dos servidores lotados na SSM:

"Na Secretaria da Saúde, vêm ocorrendo várias medidas que estão gerando revolta e descontentamento nos funcionários.

- a - não respeito aos direitos adquiridos;
- b - advertências e suspensões sem motivo justo;
- c - contratações sem vínculo empregatício (R.P.A.);
- d - novo horário nos ambulatórios, que vêm em prejuízo à população. das 8:00h às 11:30h e das 13:30h às 17:00h. Como fica o horário de atendimento adequado à população que trabalha? Isso é saúde pública??" (Abr.93, p.2).

O documento acima constituiu a manifestação pública de um fenômeno que chegou ao nível da discussão jurídica, particularmente no que tange à questão do não respeito aos direitos adquiridos. A persistência na postura tomada pelos dirigentes da SSM, aliada à falta de repercussão política do movimento dos funcionários e a ausência de apoio legal às reivindicações dos funcionários, resultou no esfriamento do processo e, por consequência, no fortalecimento político dos dirigentes organizacionais, tanto interna quanto externamente à SSM. Esse foi, sem dúvida, um conflito de grande intensidade, uma vez que a direção da SSM não se dispunha a negociar nem o horário de funcionamento dos ambulatórios nem a exigência do cumprimento da carga horária contratada. Assim, restou aos funcionários a decisão entre o acatamento das determinações ou a solicitação de demissão. Não há dúvida de que, ao final desse processo, os dirigentes haviam reforçado o seu poder de mando. O conflito organizacional, nesse caso, manifestou-se sob a forma de conflito completo, conforme o modelo de Schilling, apresentado no quadro 02 deste trabalho.

Passados aproximadamente 30 dias do início da implementação das medidas administrativas relacionadas ao horário de trabalho na SSM e ao cumprimento da carga horária, os profissionais, ao que pareceu, já haviam se adaptado às novas exigências. Com isso, tudo parecia estar caminhando de acordo com a vontade dos dirigentes, não fosse a exceção, patrocinada por parcela não quantificada de profissionais médicos, os quais não primavam pelo cumprimento das normas que regiam aquelas questões.

A partir desse momento, começou a ficar explícito que a consequência organizacional da divergência de interesses existente entre os dirigentes e parcela dos profissionais médicos seria o conflito. A primeira reação foi a realização de uma série de reuniões individuais nas quais os dirigentes colocavam os pontos não negociáveis e os profissionais médicos discutiam, dentro dos limites dados pelas exigências organizacionais, como atender às demandas. Ocorreram, assim, reuniões com todos os profissionais médicos que atuavam em ambulatórios da SSM. O resultado imediato dessas reuniões foi a solicitação de demissão de 20 profissionais médicos. Esses profissionais tomaram essa decisão em função de não poderem compatibilizar suas outras atividades profissionais com as demandas da SSM.

Dos 65 profissionais restantes, cerca de 1/3 aceitou, prontamente, as determinações organizacionais. Os outros profissionais apresentaram a necessidade de um período de adaptação, tendo em vista que pretendiam permanecer na organização mas, para isso, teriam que remanejar os horários das suas outras atividades profissionais. Para esses profissionais, o dirigente responsável por essas reuniões colocou que seriam possíveis os remanejamentos de locais de

trabalho, mudanças de turno ou, ainda, o pagamento de uma ajuda de custo aos profissionais que atuavam fora do perímetro urbano da cidade. Essa ajuda de custo visava eliminar a prática corrente de compensar, com a diminuição da carga horária, as despesas decorrentes do deslocamento desses profissionais aos seus locais de trabalho.

O período de adaptação foi concedido, as trocas necessárias realizadas e, ao final desse período, os profissionais pareciam estar cumprindo as determinações organizacionais; pelo menos, era essa a impressão que dava a análise dos cartões de registro dos horários de entrada e saída do expediente. Nesse caso, o conflito organizacional entre médicos e dirigentes foi de baixa intensidade e assumiu a forma de conflito estratégico cuja característica básica está na negociação, ainda de acordo com o modelo de Schilling. Nesse tipo de situação, misturam-se conflitos de interesses e possibilidades de cooperação. A negociação, assim, torna-se o instrumento que viabiliza a diminuição da divergência entre os interesses e, concomitantemente, proporciona melhores condições de cooperação, conforme aponta Zey-Ferrel (1979).

Esse processo de negociação possibilitou que, em relação a uma parcela dos médicos, realmente fossem aumentadas as possibilidades de cooperação e diminuídas as divergências entre os interesses desses profissionais e os dos dirigentes organizacionais. Percebeu-se, no entanto, conforme já mostrado anteriormente, que uma parcela dos profissionais médicos, estimada em 50% deles, permanecia ignorando as determinações organizacionais e, o que na visão dos dirigentes era inaceitável, usando de procedimentos que não correspondiam a uma relação profissional-organização, de nível aceitável. As

conseqüências das ações desses profissionais estavam, na percepção dos dirigentes, repercutindo perigosamente nos interesses destes. Essa maneira de os dirigentes perceberem a situação, fez com que eles desencadeassem uma série de eventos os quais, no entender deles, poderiam impedir a progressão do problema.

Assim, os dirigentes percebiam que, quanto mais os profissionais médicos membros do conjunto I persistissem utilizando os mesmos recursos, com o intuito de satisfazer seus interesses, tanto mais estaria ameaçada a manutenção e intensificação da autoridade conseguida. Com isso, os dirigentes entenderam que interromper o processo implicava reenfatar o fato de que o horário de início das atividades ambulatoriais e cumprimento da carga horária contratada eram pontos não negociáveis. A partir desse ponto, a questão ficou colocada da seguinte maneira: diante da ameaça que esses profissionais representavam para a autoridade dos dirigentes, ou os profissionais cumpriam as determinações organizacionais ou a organização trabalharia no sentido de ter esses profissionais excluídos do seu quadro de funcionários. O resultado imediato desse processo foi o endurecimento do controle organizacional sobre o trabalho dos profissionais médicos. Desse ponto em diante, o conflito entre profissionais médicos membros do conjunto I e os dirigentes organizacionais assumiu uma intensidade maior.

Embora não se saibam, ainda, as conseqüências dessa intensificação do conflito entre profissionais médicos membros do conjunto I e dirigentes organizacionais, o que se pode afirmar é que a simples passagem de uma situação de frouxo controle organizacional sobre o trabalho dos profissionais médicos, para outra, de evocação

da norma e exigência do seu cumprimento, bastou para que se alterasse a estrutura de interesses montada em torno da estrutura organizacional. O processo de reorganização dessa estrutura de interesses e da estrutura organizacional envolveria poder e conflito (Clegg e Dunkerley, 1980; Ranson et al., 1980). Assim, esse pequeno aumento no rigor do controle sobre o trabalho médico propiciou condições para que interesses de médicos e dirigentes organizacionais passassem a divergir e, com isso, aflorasse um conflito estratégico, de pequena intensidade mas, ainda assim, um conflito. Portanto, passou-se de uma situação na qual não existia conflito sensível em função do controle organizacional sobre o trabalho médico, para uma outra, na qual o conflito já era parte integrante. Esse quadro confirma a hipótese de que quanto mais rigoroso o controle organizacional sobre o trabalho dos profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM, maior a intensidade do conflito entre esses profissionais e os dirigentes da SSM de Joinville.

Para finalizar este tópico, fica a consideração de que esse processo de conflito se apresentava em evolução no momento em que estas palavras estavam sendo escritas. Até esse momento o processo havia evoluído com o incremento na divergência entre os interesses dos profissionais médicos membros do conjunto I e dirigentes organizacionais e, concomitantemente, com a intensificação do conflito entre esses grupos. Muito embora todos os outros conflitos aqui referidos houvessem sido decididos de modo a reforçar os dirigentes organizacionais no caminho destes em direção ao fortalecimento do modo de dominação burocrática, este autor é levado a pensar que, a partir dessa etapa do conflito, surgiria a síntese das duas interpretações

anteriores da norma organizacional. Em termos de poder, fica arriscado, neste momento, fazer prognósticos a respeito de qual grupo poderia acessar os recursos necessários à definição dessa questão. Afinal, não se sabe onde terminam as redes cujas ligações perpassam os grupos envolvidos e, da mesma maneira, não se sabe quais os interesses que serão envolvidos à medida que outros grupos das redes forem acionados.

## 5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O capítulo precedente foi dedicado à apresentação e análise dos dados coletados em pesquisa realizada na Secretaria de Saúde do Município de Joiville, na região nordeste do Estado de Santa Catarina. Nesta pesquisa, buscou-se, com base no referencial teórico e metodológico adotado, estudar a estruturação organizacional a partir da relação existente entre controle organizacional e conflito de interesses entre profissionais médicos e dirigentes organizacionais.

Assim, a partir da análise dos dados obtidos e com base nas categorias analíticas utilizadas, concluiu-se que, por envolver interesses de profissionais médicos e dirigentes, o grau de rigor do controle organizacional sobre o trabalho dos profissionais médicos que atuam nos ambulatórios da SSM resulta de processo político, envolvendo esses profissionais e os dirigentes da organização. Tal conclusão foi possível a partir da observação dos seguintes pontos:

. a organização iniciou uma nova fase no seu processo de estruturação organizacional. Essa fase caracterizou-se, quanto ao controle organizacional, por tender ao fortalecimento do controle do tipo burocrático, tendo em vista, por exemplo, a ênfase ao cumprimento das normas e à hierarquia organizacional. Em relação ao alvo do controle, a organização apresentou um predomínio do controle sobre a ação, muito embora tenha introduzido práticas próprias do controle pessoal. Tomados em conjunto, esses aspectos evidenciam um processo de enrijecimento do controle organizacional sobre o trabalho dos profissionais médicos. Esse enrijecimento propiciou a emer-



gência e a intensificação do conflito, envolvendo esses profissionais e os dirigentes organizacionais.

. o grau de divergência entre os valores organizacionais apresentados pelos grupos em estudo foi proporcional ao grau do rigor do controle organizacional sobre o trabalho dos profissionais médicos. Essa situação deveu-se ao fato de os grupos organizacionais utilizarem seus valores no sentido de dar legitimidade às suas ações no âmbito da organização. Deste modo, valores organizacionais incompatíveis, divergentes entre si, acompanharam ações empreendidas pelos grupos organizacionais, também incompatíveis entre si. A permanência da incompatibilidade entre as ações resultou em incremento no rigor do controle organizacional sobre o trabalho dos profissionais médicos.

. o controle organizacional sobre o trabalho dos profissionais médicos tornou-se mais rígido à medida que se acentuou a divergência entre os interesses dos profissionais médicos e os dos dirigentes. Isso porque, à proporção que as consequências das *interested actions* realizadas pelo conjunto I do grupo dos profissionais médicos causaram repercussões negativas no interesse do grupo dos dirigentes organizacionais, estes implementaram medidas que resultaram em enrijecimento no controle organizacional sobre o trabalho, não apenas dos profissionais médicos, membros do conjunto I mas, também, de todos os membros do grupo dos profissionais médicos.

. a intensidade do conflito entre profissionais médicos e dirigentes organizacionais acompanhou o grau de divergência apresentado, nos vários momentos, entre os interesses desses dois grupos organizacionais. A realização do interesse de cada grupo era incom-

patível com a satisfação do interesse do outro grupo. A persistência que os grupos apresentaram na busca dos seus respectivos interesses levou, progressivamente, à diminuição das possibilidades de negociação e ao atingimento dos pontos não negociáveis.

Com base nos fundamentos fornecidos pelos estudos de Benson (1977, 1983), Clegg (1980), Ranson et al. (1980) e Fombrun (1986, 1989), foi possível entender a estruturação do controle organizacional a partir do relacionamento existente entre as dimensões simbólica, política e contextual da realidade organizacional.

Observou-se, quanto aos valores organizacionais, que nenhum grupo conseguiu fazer com que o seu valor fosse amplamente compartilhado no âmbito organizacional. Porém, se comparados uns com os outros, o valor organizacional exibido pelos dirigentes organizacionais proporcionou a esse grupo um grau de legitimidade suficiente para levar adiante os seus interesses. Ocorreram situações, no entanto, em que o interesse do grupo dos dirigentes divergiu mais acentuadamente do interesse do outro grupo. Nessas situações, a legitimidade não foi suficiente para evitar as resistências ao interesse do grupo dos dirigentes e estes envolveram-se em conflitos. Algumas dessas situações, relacionadas com a exigência do cumprimento da carga horária contratada, envolveram os profissionais médicos:

Uma vez em conflito com os profissionais médicos, os dirigentes mobilizaram recursos (mudanças de turno e locais de trabalho, ajuda de custo etc.) e utilizaram-nos na negociação. Ajustados os interesses entre dirigentes e profissionais médicos do conjunto II, permaneceu a divergência com os profissionais médicos do conjunto I.

A intensificação do conflito envolvendo os dirigentes e os

profissionais médicos do conjunto I fez com que esses grupos expusessem os recursos de que dispunham para enfrentar a situação. Os dirigentes intensificaram a utilização de mecanismos organizacionais de controle, como forma de pressionar e esgotar a capacidade de enfrentamento dos profissionais médicos membros do conjunto I. Havia concordância, por parte dos dirigentes organizacionais, da necessidade de legitimação da comunidade externa em relação às consequências imediatas dos atos tomados. Os profissionais médicos, por sua vez, detinham um conhecimento que, embora necessário à organização, era escasso em nível ambiental. Essa escassez foi utilizada como forma de garantir a posição desses atores organizacionais nessa disputa política. O resultado desse conflito contribuirá para a conformação da estrutura organizacional, entendida enquanto interrelacionamento entre arcabouço estrutural e padrões de comportamento.

Não se pode caracterizar, até o momento desta análise, que o conflito organizacional aqui estudado fosse um conflito cujo fundamento estivesse na incompatibilidade estrutural entre tipos distintos de controle organizacional, tal como sugere Burris (1989). Esta afirmação baseia-se no fato de que, no contexto analisado, houve uma aproximação entre os grupos que patrocinavam o reforço do controle organizacional do tipo burocrático e o conjunto de profissionais que patrocinavam o reforço do controle organizacional do tipo profissional. Isto, no entanto, não quer dizer que esse conflito não venha a existir. Pelo contrário, essa aproximação pode estar se dando num momento de fortalecimento de interesses que se interpõem, conjuntamente, conforme aponta Pereira de Carvalho (1992). Nesse caso, com o atendimento desses interesses, é possível que se apre-

sentem as condições adequadas à emergência de conflitos baseados em incompatibilidades estruturais entre esses dois tipos de controle.

Esta pesquisa pareceu deixar evidente que a estruturação organizacional é, realmente, como afirmam Benson (1977), Clegg e Dunkerley (1980) e Ranson et al. (1980), privilégio de atores poderosos. Esses atores mobilizam os recursos necessários à criação das condições propícias à manutenção de uma estrutura organizacional que viabilize a consecução, manutenção e intensificação dos seus interesses. Essas condições incluem o controle sobre os processos de significação social (Foucault, 1978; Clegg, 1989, 1990) e o controle sobre o fluxo de recursos entre a organização e o ambiente (Benson, 1977, 1983; Lachmann, 1989). Se, por um lado, este trabalho contém evidências que parecem confirmar a afirmação de que são os atores poderosos aqueles que mais têm influência na conformação da estrutura organizacional; por outro lado, este trabalho também parece evidenciar que o fundamento do poder desses atores poderosos ultrapassa os limites da organização. Essa situação sugere que o poder dos dirigentes e dos profissionais médicos tem seu fundamento maior em nível ambiental, apresentando relação com o controle do fluxo de recursos simbólicos, políticos ou econômicos, do ambiente para a organização (Benson, 1977, 1983).

Em resumo, considera-se que os interesses envolvidos na conformação da estrutura de controle organizacional e no conflito aqui estudados tendem a ultrapassar o âmbito da SSM. Deste modo, para a compreensão e análise mais aprofundadas do relacionamento entre conflito de interesses e controle organizacional - particularmente em organizações, como a SSM, responsáveis pelo gerenciamento de re-

ursos financeiros, materiais e humanos que chegam ao milhar de pessoas e aos 20 milhões de dólares/ano - propõe-se a realização de novos estudos na área. Na sequência, são apresentadas sugestões para novas pesquisas.

Algumas evidências indicam que os grupos aqui estudados articulam-se com grupos situados em outras organizações. Esse relacionamento configura uma rede de organizações, constituída por associações de profissionais, partidos políticos, associações de moradores, sindicatos e outras, cujo ponto em comum está na existência de interesses vinculados ao setor saúde do município. Essa situação, ao que parece, ocorre em grande parte dos municípios brasileiros. Desse modo, parece interessante caracterizar o setor saúde enquanto uma rede de organizações e, a partir desse ponto, analisar a estruturação organizacional de Secretarias Municipais de Saúde.

A análise da estruturação de Secretarias Municipais de Saúde a partir dos processos políticos que envolvem a satisfação dos interesses organizacionais envolvidos é uma possibilidade teoricamente interessante, caso a abordagem adotada privilegie os aspectos processuais do fenômeno em questão.

O fenômeno, todavia, pode receber um *approach* estruturalista. Nesse caso, com a utilização da metodologia da análise de redes interorganizacionais, a estrutura de interesses organizacionais no setor saúde, assim como os padrões de fluxo do poder no interior da rede, podem ser analisados em termos das suas relevâncias para a conformação estrutural de Secretarias Municipais de Saúde.

A análise da repercussão das restrições ambientais e das superestruturas de significados na conformação da sócio-estrutura de

dominação de uma população de Secretarias Municipais de Saúde parece ser uma pesquisa teoricamente relevante. Um estudo com essas características pode oferecer esclarecimentos a respeito da existência de alguma tendência à geração de similaridades ou diferenças estruturais em relação a esse tipo de organização.

Com o intuito de fortalecer intra-organizacionalmente o papel desempenhado pelo SUS na estrutura de saúde do município de Joinville e região, sugere-se à SSM a tomada de algumas medidas gerenciais. Um conjunto delas é apresentado na sequência.

A implantação de um Plano de Carreira, Cargos e Salários, que atenda as necessidades específicas do SUS, parece ser fundamental à execução de uma política de preservação, no quadro funcional, daqueles profissionais que mantêm seus compromissos com a organização. Há necessidade da SSM dar a contrapartida ao enrijamento do controle sobre os profissionais por ela contratados.

A criação de um instrumento similar aos Círculos de Controle de Qualidade, com o intuito de redefinir mecanismos e critérios de avaliação e controle de desempenho dos profissionais que atuam na SSM, de tal modo que esses mecanismos sejam adequados ao contexto local.

Intensificação tanto dos procedimentos voltados à divulgação intra-organizacional dos objetivos operativos da SSM quanto do relacionamento entre os níveis estratégico e operacional, de maneira a evitar os desgastes decorrentes não só do desconhecimento desses objetivos mas, também, da ausência de comunicação entre as pessoas que ocupam distintos níveis hierárquicos na organização.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLISON, Graham T. *Essence of Decision: Explaining the Cuban Missile Crisis*. Boston: Little, Brown and Company, 1971.
- AUSTERIDADE?. *Jornal do Sindicato dos Servidores Públicos de Joinville*, Joinville, abr. 1993. p. 2.
- BACHRACH, Peter e Morton S. BARATZ. "Poder e Decisão". *Política e Sociedade*. Organizado por Fernando H. Cardoso e Carlos E. Martins. São Paulo: Ed. Nacional, 1983.
- BALDRIDGE, Victor. *Power and Conflict in the University*. New York: John Wiley & Sons, Inc. 1971.
- BARLEY, Stephen R. "Technology as an Occasion for Structuring Evidence from Observations of CT Scanners and the Social Order of Radiology Departments". *Administrative Science Quarterly*, Vol. 31, march 1986, 78-108.
- BARTUNEK, Jean M. "Changing Interpretative Schemes and Organizational Restructuring: The Example of a Religious Order". *Administrative Science Quarterly*, Vol. 29, september 1984, 355-72.
- BENSON, J. Kenneth. "The Analysis of Bureaucratic-Professional Conflict: Functional Versus Dialectical Approaches". *The Sociological Quarterly*, Vol 14, summer 1973, 376-394.
- ..... "Organizations: A Dialectical View". *Administrative Science Quarterly*, Vol. 22, march 1977, 01-21.
- ..... "A Dialectical Method for the Study of Organizations". *Beyond Method: Strategies for Social Research*. Edited by Gareth Morgan. Beverly Hills: Sage Publications, 1983, 331-46.
- BOURDIEU, Pierre. "The Thinkable and the Unthinkable". *Times Literay*

Supplement, october 15, 1255-56.

..... **Outline of a Theory of Praticce.** London: Cambridge University Press, 1977.

..... **Algeria 1960.** Cambridge: Cambridge University Press, 1979.

BURRELL, Gibson. "Modernism, Post Modernism and Organizational Analysis 2: The Contribution of Michel Foucault". **Organization Studies.** 9(2), 1988, 221-35.

BURRELL, Gibson e Gareth MORGAN. **Sociological Paradigms and Organizational Analysis.** London: Heinemann, 1979.

BURRIS, Beverly H. "Technocratic Organization and Control". **Organization Studies,** 10(2), 1989, 01-22.

CHAMPION, Jean D. **A Sociologia das Organizações.** São Paulo: Edições Saraiva, 1979.

CLEGG, Stewart. "Organization and Control". **Administrative Science Quarterly,** Vol. 26, december 1981, 545-62.

..... "Radical Revisions: Power, Discipline and Organizations". **Organization Studies,** 8/1, 1989, 97-115.

..... **Modern Organizations.** London: Sage Publications Ltd, 1990.

CLEGG, Stewart e David DUNKERLEY. **Organization, Class and Control.** London: Routledge & Keegan Paul Ltd, 1980.

CMS. **Resolução Nº 001/93: Avaliação do Relatório de Gestão de 1992.** Joinville, 1993.

CONCURSO PUBLICO. **Informativo da Sociedade Joinvillense de Medicina,** Joinville, fev/mar, 1993. p. 2.

COOPER, Robert. "Modernism, Post Modernism and Organizational Analysis 3: The Contribution of Jacques Derrida". **Organization Studies.** 10(4), 1989, 479-502.



- COOPER, Robert e Gibson BURREL. "Modernism, Postmodernism and Organizational Analysis: An Introduction". **Organization Studies**. 9(1), 1988, 91-112.
- CZARNIAWISKA-JORGENS, Barbara. "Control Processes in Declining Organizations". **Organization Studies**, 8(2), 1987, 149-68.
- DICIONARIO de CIENCIAS SOCIAIS. 2ª edição. Coordenado por Benedicto Silva. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1987.
- DICIONARIO de POLITICA. Organizado por Norberto Bobbio, Nicola Matteucci e Gianfranco Pasquino. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1986.
- DOWNEY, H. Kirk e R. Duane IRELAND. "Quantitative versus Qualitative: Environmental Assessment in Organizational Studies". **Administrative Science Quarterly**, Vol. 24, december 1979, 630-6.
- ENZ, Cathy A. **Power and Shared Values in the Corporate Culture**. Ann Arbor: UMI Research Press, 1986.
- ..... "The Role of Value Congruity in Intraorganizational Power". **Administrative Science Quarterly**, Vol. 33, june 1988, 284-304.
- ETZIONI, Amitai. **A Comparative Analysis of Complex Organizations**. New York: The Free Press of Glencoe, 1961.
- FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.
- ..... **O Nascimento da Clínica**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.
- ..... **Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão**. Petrópolis: Vozes, 1984.
- ..... **Microfísica do Poder**. 5ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

FOMBRUN, Charles. "Structural Dynamics within and between Organizations". *Administrative Science Quarterly*, Vol. 31, September 1986, 403-21.

..... "Convergent Dynamics in the Production of Organizational Configurations". *Journal of Management Studies*, Vol. 26(5), september 1989, 439-58.

GIDDENS, Anthony. *New Roles of Sociological Method*. London: Hutchinson, 1976.

..... *Studies in Social and Political Theory*. London: Hutchinson, 1977.

..... *Novas Regras do Método Sociológico*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

GREENWOOD, Royston e C. R. HININGS. "Organizational Design Types, Tracks and the Dynamics of Strategic Changes". *Organization Studies*, 9(3), 1988, 293-316.

HALL, Richard H. *Organizações: Estrutura e Processos*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1984.

HEYDEBRAND, "Organization and Praxis". *Beyond Method: Strategies for Social Research*. Edited by Gareth Morgan. Beverly Hills: Sage Publications, 1983, 303-20.

JACOBI, Pedro. *Movimentos Sociais e Políticas Públicas: Demandas por Saneamento Básico e Saúde*. São Paulo: Cortez, 1989.

JICK, Todd D. "Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action". *Administrative Science Quarterly*, Vol. 24, december 1979, 602-11.

LACHMAN, Ran. "Power from What? A Reexamination of its Relationships with Structural Conditions". *Administrative Science Quarterly*.

Vol. 34, June 1989, 231-51.

LUKES, Steven. "Poder e Autoridade". *História da Análise Sociológica*. Organizado por Tom Bottomore e Robert Nisbet. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980, 823-80.

MACHADO, Clóvis et al. "Organizações: O Estado da Arte da Produção Acadêmica no Brasil". In: *ENANPAD 1990, Belo Horizonte: Anais*. Belo Horizonte, MGSP, 1990.

MACHADO, Roberto. *Ciência e Saber: A Trajetória da Arqueologia de Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.

MALIK, Ana M. "Desenvolvimento de Recursos Humanos, Gerência de Qualidade e Cultura das Organizações de Saúde". *Revista de Administração de Empresas*. set/out 1992, 32-41.

MATUS, Carlos. *Estrategia y Plan*. México: Ed. Siglo XXI, 1978.

MORGAN, Gareth. "Paradigms, Metaphors, and Puzzle Solving in Organization Theory". *Administrative Science Quarterly*, Vol. 25, 1980, 605-22.

..... *Images of Organization*. Beverly Hills: Sage Publications, 1986.

O'DONNELL, Guillermo. "Anotações para uma Teoria do Estado (I)". *Revista de Cultura Política*. No 3, nov/jan 1981, 71-93.

OFFE, Claus. *Problemas Estruturais do Estado Capitalista*. Trad. Bárbara Freitag. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

OPS/OMS. *Notas sobre las Implicaciones de la Meta SPT/2000, la Estrategia de Atención Primaria y lo Objetivos Regionales Acordados, para la Planificación y Administración de los Sistemas de Servicios de Salud: 1981/84*. s.l.: s.d., mimeo.

OZSLACK, Oscar. "Políticas Públicas e Regimes Políticos:

- Reflexões a Partir de Algumas Experiências Latino-Americanas". *Revista de Administração Pública*, Jan/mar 1982, 17-60.
- PEREIRA de CARVALHO, Cristina A. **Objetivos Organizacionais e Conflito Intraorganizacional: O Caso do Serviço Social do Comércio/Alagoas**. Dissertação (Mestrado em Administração) - Curso de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, 1992.
- PERROW, Charles. "Hospitals, Technology, Structure, and Goals". *Handbook of Organizations*. Edited by James G. March. Chicago: Rand McNally College Publishing Company, 1965, 910-71.
- PMJ. **Lei Nº 2784**. Joinville, 1993.
- PRESTES MOTTA, Fernando C. **Organização e Poder: Empresa, Estado e Escola**. São Paulo: Atlas, 1986.
- RANSON, Stewart, Bob HININGS e Royston GREENWOOD. "The Structuring of Organizational Structures". *Administrative Science Quarterly*, Vol. 25, march 1980, 1-17.
- RICHARDSON, Roberto J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. São Paulo: Editora Atlas, 1984.
- RODRIGUES, Suzana B. "Processo Decisório em Universidades: Teoria III". *Revista Brasileira de Administração da Educação*. Jul/dez 1984, 59-75.
- SAUDE DEPENDE DE MAIS DINHEIRO E PESSOAL. *A Notícia*, Joinville, 21 abr. 1993, Caderno A, p. 9.
- SINGER, Paul., Oswaldo CAMPOS e Elizabeth M. de OLIVEIRA. **Prevenir e Curar**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1981.
- SJM. **Projeto Plano Municipal de Saúde: A Ser Apresentado para Compromisso dos Candidatos à Prefeitura Municipal e para Aprovação**

- do Conselho Municipal de Saúde. Joinville, 1992.
- SMS. Relatório Anual. Joinville, 1992.
- SSM. Documento Organizacional sem Título. Joinville, mimeo, 1993a.
- ..... Documento Organizacional sem Título. Joinville, mimeo, 1993b.
- TABATONI, Pierre & Pierre JARNIOU. "A Dinâmica das Normas na Administração Estratégica". Do Planejamento Estratégico à Administração Estratégica. H. I. Ansoff, R. P. Declerk, R. L. Hayes, Orgs. São Paulo: Atlas, 1981, 41-47.
- TESTA, Mario. Planificación Estratégica en el Sector Salud. Caracas: CENDES UCV, 1981, mimeo.
- TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação. São Paulo: Mc Graw-Hill do Brasil, 1982.
- WEBER, Max. Economía y Sociedad. 2a edición. México: Fondo de Cultura Económica, 1964.
- WILLMOTT, Hugh. "The Structuring of Organizational Structure. A Note". Administrative Science Quarterly. Vol. 26, september 1981, 470-74.
- ZEITZ, Gerald. "Interorganizational Dialectics". Administrative Science Quarterly. Volume 25, march 1980, 72-88.
- ZEY-FERREL, Mary. Dimensions of Organizations: Environment, Context, Structure, Process, and Performance. Santa Monica: Goodyear Publishing Company, 1979.

## 7. ANEXO

### PONTOS A SEREM REGISTRADOS DURANTE AS ENTREVISTAS:

#### I. CONHECIMENTO DAS NORMAS E APLICAÇÃO DAS SANÇÕES:

- Você é contratado por qual organização?
- Você conhece o contrato firmado entre você e a organização que o contrata?
- Qual a carga horária constante neste contrato?
- Como você interpreta esta norma?
- Há alguma distinção sensível, por parte da organização, em relação aos profissionais que cumprem e que não cumprem a carga horária contratada?
- Você conhece algum tipo de sanção relacionada ao não cumprimento da carga horária contratada? Qual(is)?
- Você recebeu ou aplicou algum tipo de sanção relacionada ao não cumprimento da carga horária contratada? Qual(is)?

#### II. VALORES ORGANIZACIONAIS E INTERESSES:

- Você cumpre a carga horária contratada? Justifique.
- Você pretende cumprir, daqui por diante, a carga horária contratada? Sob quais condições? Justifique.
- A exigência do cumprimento da carga horária contratada repercute de que maneira nas suas atividades diárias?

- Dentre as necessidades pessoais, profissionais e sociais, que você considera necessário satisfazer, quais aquelas que a exigência do cumprimento da carga horária contratada veio favorecer ou prejudicar?
- Você acha que, no contexto atual, a exigência do cumprimento da carga horária contratada é pertinente? Justifique.
- Qual é, na sua opinião, o motivo, ou conjunto deles, que fez a exigência do cumprimento da carga horária contratada tornar-se uma realidade?
- Você concorda com estes motivos? Justifique.
- Qual deve ser, na sua opinião, a política da SSM em relação ao cumprimento da carga horária contratada? Justifique?
- Você acha que o controle do horário de trabalho é a forma adequada de controle sobre o trabalho dos profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM? Justifique.
- Qual seria, na sua opinião, a melhor maneira de controlar o trabalho dos profissionais médicos que atuam em ambulatórios da SSM? Justifique.
- Qual deve ser, na sua opinião, a política da SSM em relação ao controle do trabalho dos profissionais médicos que em seus ambulatórios? Justifique.

### III. PODER ORGANIZACIONAL

- Você acha que, no âmbito organizacional, suas opiniões e condutas a respeito da exigência do cumprimento da carga horária contratada são acatadas? Justifique.

#### IV. CONFLITO ORGANIZACIONAL

- Você percebeu, patrocinou ou participou de alguma forma de reação, ou contra-reação, a esta exigência do cumprimento da carga horária contratada? Em caso positivo, explicita-a(s).

#### V. RESULTADOS DO PROCESSO

- Como está, no momento, a situação organizacional em relação ao cumprimento da carga horária contratada?
- Esta situação é do seu agrado? Justifique.
- Qual cenário você desenha para a relação entre médicos e dirigentes da SSM?
- Qual será sua conduta, caso o cenário que você imaginou venha a se concretizar? Justifique.