

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

HELENA HEIDTMANN VAGHETTI

**AS PERSPECTIVAS DE UM RETRATO DA CULTURA ORGANIZACIONAL DE
HOSPITAIS PÚBLICOS BRASILEIROS: UMA TRADUÇÃO, UMA BRICOLAGEM**

**FLORIANÓPOLIS
2008**

HELENA HEIDTMANN VAGHETTI

**AS PERSPECTIVAS DE UM RETRATO DA CULTURA ORGANIZACIONAL DE
HOSPITAIS PÚBLICOS BRASILEIROS: UMA TRADUÇÃO, UMA BRICOLAGEM**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Co-orientadora: Dra. Rosimeri Carvalho da Silva

Linha de Pesquisa: História em Enfermagem e Saúde

**FLORIANÓPOLIS
2008**

Ficha Catalográfica

V173a VAGHETTI, Helena Heidtmann

As perspectivas de um retrato da cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros: uma tradução, uma bricolagem, 2008 [tese] / Helena Heidtmann Vagheti – Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2008.

241 p.; il.

Inclui bibliografia.

1. Hospitais - Administração. 2. Saúde - Administração. 3. Recursos Humanos. 4. Hospitais Públicos I. Autor.

CDU – 658.31

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009

HELENA HEIDTMANN VAGHETTI

AS PERSPECTIVAS DE UM RETRATO DA CULTURA ORGANIZACIONAL DE HOSPITAIS PÚBLICOS BRASILEIROS: UMA TRADUÇÃO, UMA BRICOLAGEM

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

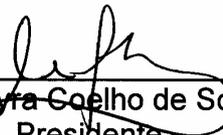
DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada na sua versão final em 30 de outubro de 2008, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.



Dra. Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa

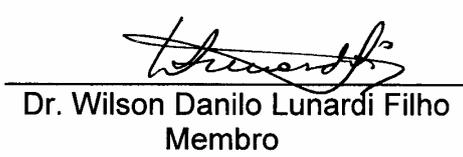
BANCA EXAMINADORA:



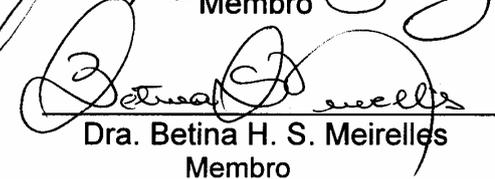
Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Presidente



Dra. Marta Regina Cezar Vaz
Membro



Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho
Membro



Dra. Betina H. S. Meirelles
Membro



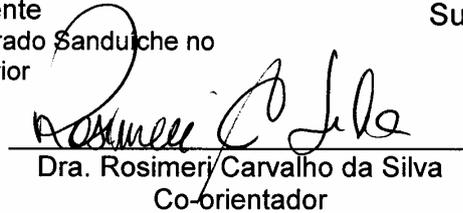
Dra. Vanja Marli Schubert Backes
Membro

Dra. Joséte Luzia Leite
Suplente

Dr. Gelson Albuquerque
Suplente

Dr. Jorge M. Trigo de Almeida Simões
Suplente
Orientador do Doutorado Sanduíche no
Exterior

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Suplente



Dra. Rosimery Carvalho da Silva
Co-orientador

*Dedico esta caminhada
à minha mãe,
à minha filha,
faces do espelho da minha vida.*

Agradecimentos

A Prof. Itayra, bem mais do que orientadora, por me deixar alçar vócos inimagináveis e, acima de tudo, acreditar neles.

Ao Prof. Jorge Simões, com quem aprendi que um oceano não é nada perto do conhecimento.

A Prof. Rosi, por me ajudar a pensar o diferente.

Aos integrantes da Banca Examinadora, Prof. Wilson, Prof. Vânia, Prof. Marta, Prof. Betina, Prof. Alacoque, Prof. Josete, e Prof. Gelson, pela paciência em avaliar o meu estudo e pelas contribuições essenciais e especiais.

Ao Prof. Turato, que me ensinou que não ter respostas pode ser a resposta.

A Alcione, que, mesmo diante das minhas notas quase incipientes, mentalizou a feliz concretização deste estudo.

A minha primã Isabel, por estar presente, em forma de presente, em toda a minha vida.

Aos meus irmãos Carlos e Rita, meu cunhado Volnei e minha cunhada Cláudia, pelo apoio e afeto.

A Bia, que acompanha a tudo desde todos os inícios.

A Nalu e ao Alemão, por guardarem meus "discos e livros" e entenderem que meu tempo era bem mais do que seis meses...

As amigas da Confraria do Riso, Preta, Nalu, Geani, Adriane, Elaine, Gisa e Rasi, que me fortalecem em minhas fragilidades: "Entre corações que tenho tatuados, / de vocês me lembro mais / De vocês não esqueço jamais" (John Lennon @ Paul McCartney).

A Francisca, que é parte da minha história como amiga imanente.

Ao Carlos, meu amigo de sempre pra sempre, por colocar as pimentas na minha vida e na minha tese.

A Claudia, que fez tudo, quando tudo parecia impossível.

A Sandra, pela cumplicidade e por rezar por mim quando eu esqueci.

Ao Luiz Anildo, por ser um exemplo que tomo por exemplo na vida.

A Flávia, que, no momento decisivo, soube acolher minhas incompreensões.

A Mara, pela partilha do comerso.

A Ana, pela palavra certa na hora exata.

A Silvana, pelo carinho genuíno.

Ao Pau, por me manter conectada.

Ao Moacir e à Paula, companheiros de jornada além-mar, que ainda na distância são presenças de amor.

Ao IFECE, meu espaço de estudo, meu espaço de trocas afetivas, meu espaço de compromisso com o conhecimento da história da Enfermagem.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, pelas reflexões que oportunizaram.

Aos colegas de turma do doutorado, Cláudia, Laura, Maria Selvi, Marlene, Nen Natú, Rosângela, Magda, Francisca, Ana, Luiz Alberto, Mara, Sibana, Sibiamar, Sandra e Luiz Anildo, por compartilharem as possibilidades e dividirem as dificuldades acadêmicas.

A FURG, UFSC, CNPq e CAPES, por viabilizarem minha formação.

A Universidade de Aveiro/Portugal, que me recebeu como aluna, oportunizando uma experiência acadêmica inesquecível: Sei que há léguas a nos separar / tanto mar, tanto mar / Sei também como é preciso, pá / navegar, navegar” (Chico Buarque).

VAGHETTI, Helena Heidtmann. **As perspectivas de um retrato da cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros**: uma tradução, uma bricolagem. 2008. 241 p. Tese (Doutorado em Enfermagem), Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

Orientadora: Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Co-orientadora: Dra. Rosimeri Carvalho da Silva

Linha de Pesquisa: História em Enfermagem e Saúde

RESUMO

Os hospitais públicos brasileiros têm mostrado descompassos, percebidos no seu gerenciamento e nas questões relativas aos trabalhadores da saúde, que influenciam a produção e organização do trabalho e a assistência prestada nestes espaços. Esta problemática catalisou a presente investigação, na emergência do entendimento destes fenômenos pela cultura organizacional. Também encaminhou os objetivos desta pesquisa, no sentido de traduzir/interpretar os significados acerca de aspectos hospitalares encontrados em estudos empíricos, que continham a temática cultura organizacional de hospitais, e compor um retrato da cultura destes hospitais, na forma de bricolagem. A tese sustentada foi de que a configuração estrutural dos hospitais, as relações dos trabalhadores da saúde com o trabalho nestes locais e a interface de ambos com o modelo público de gestão da saúde são aspectos que evidenciam significados, emergentes da interpretação dos autores, sobre significados construídos e incorporados pelos trabalhadores acerca dos mesmos. A re-interpretação do conjunto destes significados leva à compreensão de traços da cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros. O referencial teórico e metodológico esteve assentado na perspectiva subjetivista da antropologia simbólico/interpretativa/hermenêutica defendida por Geertz. Os aspectos hospitalares, capturados de três teses e sete dissertações produzidas nos diversos programas de pós-graduações brasileiros entre 2002 e 2006, constituíram três estruturas de significação: “A cultura de hospitais públicos brasileiros na dimensão organizacional”; “A cultura de hospitais públicos brasileiros na dimensão dos sujeitos no trabalho”; e “A cultura de hospitais públicos brasileiros na dimensão ambiental”. A re-interpretação dos significados apontou que o arranjo funcional dos hospitais, formado pela natureza pública, a burocracia e os desdobramentos destas, contorna um conjunto de significados que traduzem a cultura em que o público e a burocracia são ineficientes, dificultam as demandas hospitalares, aumentam as distâncias entre os sujeitos, acirram conflitos e são instrumentos de discriminação e disputas profissionais. Afora este, outros desenhos de gerenciamentos materiais e humanos ainda são efetivados pelos hospitais, a fim de responder às exigências do modelo público de gestão da saúde, que busca empresariá-los, para a efetiva operacionalização e consolidação do SUS. As tensões resultantes destas transações impactam os significados que os trabalhadores da saúde constroem acerca do seu trabalho e desta lógica gestora. Assim, eles instituem e propagam, através da cultura organizacional, meios criativos de sobrevivência intra-hospitalares e de contra-reações à ingerência do modelo público de gestão da saúde nos hospitais, que se reproduzem nas relações de vínculo, subsistência e oposição processadas nestes ambientes. A expressão material da percepção/tradução/interpretação da cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros pode ser exposta através do símbolo-significante de um retrato bricolado. Neste, o cenário é composto

pela questão do público e da burocracia, as figuras centrais são os trabalhadores da saúde, em relações com seu trabalho, e a moldura constitui-se no modelo público de gestão da saúde, que dirige e ordena a realidade hospitalar. Esta investigação pretendeu fortalecer o estudo da cultura organizacional na especificidade dos hospitais, e, com isto, participar do processo de construção do conhecimento da Enfermagem, fornecendo subsídios para condução deste retrato, onde, sabidamente, os enfermeiros ocupam lugar de destaque.

Descritores: Hospitais Públicos; Cultura Organizacional; Administração de Recursos Humanos em Hospitais; Recursos Humanos em Hospital; Recursos Humanos de Enfermagem no Hospital; Administração em Saúde, Administração Hospitalar.

VAGHETTI, Helena Heidtmann. **The Perspective Organization Culture Portrait of Brazilian Public Hospitals: a translation, a *bricolage***. 2008. 241 p. Theses (Doctor in Nursing), Post-graduate Course in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

Supervisor: PhD. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Co-Supervisor: PhD. Rosimeri Carvalho

ABSTRACT

The public hospitals in Brazil have been showing a des-control, noticed in their administration and questions related to health workers, that influences the organization and production of work and the assistance given in this spaces. The catalysis problem of this present investigation, in the understanding emergency of this phenomenal by the organizational culture. Making the objectives of this study, in the direction of translating/interpreting the significant that surrounds the hospitals aspects encountered in this empirical study, that contains the organization culture theme of the hospitals, and compose a portrait of this hospitals culture, in the form of *bricolage*. The sustained theses is that the structural configuration of hospitals, as related to health workers that work in this locals and the interface of both public model of administration of health are aspects that are significant evidence, emergent of the authors interpretation, about the significant constructed and incorporated by workers surrounded by same. The re-interpretation of this significant links leads to the understanding of the characteristics of organizational culture of public hospitals in Brazil. The theoretical reference and methodology is placed in the subjectivity perspective of anthropology symbolic/interpretative/hermeneutical defended by Geertz. The hospitals aspects, captured in three theses and seven dissertation produced in diverse programs of Brazil courses of post-graduation between 2002 and 2006, constitute three significant structures: "The Brazilian public hospitals culture in organization dimension"; The culture of brazil public hospital in the dimension of workers at work and " The Brazilian public hospitals culture in environmental organization". The re-interpretation of the significant pointed out that the functional arrangements of hospitals, formed by public nature, the bureaucracy and the increase of this contains a link of significant that translate a culture in which the public and bureaucracy are inefficient, creates difficulty to hospitals demand, increases the distance between people, creates conflicts and they are instruments to discrimination and professional disputes. Apart from this, another portrait of administration materials and human are still not effected by the hospitals, in response to the exigency of public model of health administration, that search privatize them, to make them effective in operation and consolidation of SUS. The resultant tension of this transactions impact the significant of how the health workers construct as regards to their work and the logic of administration. In this manner, they institute and propagate, through the organizational culture, creative means of survival intra-hospitals and the contra-reactions the interference of public model of administration of health in hospitals, that are produced as related to the link, subsistence and opposition processed in this environment. The material expression of perception/translation/interpretation of organizational culture of Brazil public hospitals can be exposed through the symbol-significant of a portrait of do it yourself. This situation is composed by public question and bureaucracy, the central figures are health workers, in relation to their work, this frame constitute the public model of

administration of health, which run and give order in the hospital reality. This investigation pretends to make a strong case on the study of organizational culture in the specificity of hospitals, and , with this, participate in the process of knowledge construction in nursing, giving subsidies to the conduction of this portrait, where, knowing , that the nurses occupies a headline position.

Keywords: Public Hospitals; Organizational Culture; Personnel Administration Hospital; Personnel Hospital; Nursing Staff Hospital; Health Administration, Hospital Administration.

VAGHETTI, Helena Heidtmann. **Las perspectivas de un retrato de la cultura organizacional en los hospitales públicos brasileños:** una traducción, un *bricolage*. 2008. 241 p. Tesis (Doctorado en Enfermería), Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

Orientadora: Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Coorientadora: Dra. Rosimeri Carvalho

RESUMEN

Los hospitales públicos brasileños han demostrado descompases que pueden ser percibidos en su administración y en las cuestiones relativas a los trabajadores del área de la salud, los cuales influyen en la producción y organización del trabajo, así como en la atención ofrecida en esos espacios. Esa problemática incentivó el desarrollo de la presente investigación, a partir de la comprensión de esos fenómenos por la cultura organizacional. También dirigió sus objetivos en el sentido de traducir/interpretar los significados acerca de aspectos hospitalarios encontrados en estudios empíricos que contienen el tema de la cultura organizacional de hospitales, además de permitir la elaboración de un retrato de la cultura de esos hospitales en la forma de *bricolage*. La tesis sustentada en este estudio es que la configuración estructural de los hospitales, así como las relaciones de los trabajadores del área de la salud con el trabajo en esos lugares, y la interfaz de ambos con el modelo público de gestión de la salud son aspectos que manifiestan significados surgidos de la interpretación de los autores sobre los significados construidos e incorporados por los trabajadores acerca de los mismos. La interpretación del conjunto de esos significados conduce a la comprensión de aspectos de la cultura organizacional de los hospitales públicos brasileños. El marco teórico y metodológico de este estudio es basado en la perspectiva subjetivista de la antropología simbólica, interpretativa y hermenéutica defendida por Geertz. Los aspectos hospitalarios, extraídos de tres tesis y siete disertaciones hechas entre 2002 y 2006, en diversos programas de posgrado brasileños, constituyeron tres estructuras de significación: “La cultura de los hospitales públicos brasileños en la dimensión organizacional”; “La cultura de los hospitales públicos brasileños en la dimensión de los sujetos del trabajo”; y, “La cultura de los hospitales públicos brasileños en la dimensión ambiental”. La reinterpretación de los significados señaló que el orden funcional de los hospitales, formado por la naturaleza pública, la burocracia y los desdoblamientos que se producen a partir de ellas, producen un conjunto de significados que traducen la cultura en la cual lo público y la burocracia son ineficientes, dificultan las demandas hospitalarias, aumentan las distancias entre los sujetos, provocan conflictos y son instrumentos de discriminación y disputas profesionales. Además de ello, otros modelos de gerenciamiento materiales y humanos son realizados por los hospitales, con el objetivo de responder a las exigencias del modelo público de gestión de la salud, el cual busca convertir los hospitales en empresa, para la efectiva operacionalización y consolidación del SUS. Las tensiones resultantes de esas transacciones afectan los significados que los trabajadores de la salud construyen acerca de su trabajo y de esa lógica gestora. De esa forma, los trabajadores instituyen y propagan, a través de la cultura organizacional, medios creativos intrahospitalarios de supervivencia y de reacciones contra la intromisión del modelo público de gestión de la salud en los hospitales, los cuales se reproducen en las relaciones de vínculo, subsistencia y oposición

producidas en esos ambientes. La expresión material de la percepción/traducción/interpretación de la cultura organizacional de los hospitales públicos brasileños puede ser expuesta a través del símbolo-significante de un cuadro *bricolado*. En esa imagen, el escenario es compuesto por la cuestión del público y de la burocracia, las figuras centrales son los trabajadores del área de la salud, en las relaciones con su trabajo, y el marco del cuadro lo constituye el modelo público de gestión de la salud que dirige y ordena la realidad hospitalaria. En la presente investigación se pretendió fortalecer el estudio de la cultura organizacional en la especificidad de los hospitales, y con ello, participar del proceso de construcción del conocimiento de la Enfermería, ofreciendo contribuciones para la conducción de ese cuadro, donde, como es sabido, los enfermeros ocupan un lugar destacado.

Palabras clave: Hospitales Públicos; Cultura Organizacional; Administración de Personal en Hospitales; Personal de Hospital; Personal de Enfermería en Hospital; Administración en Salud; Administración Hospitalaria.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AIS – Ações Integradas de Saúde
BAU – Boletim de Atendimento de Urgência
BDENF - Base de Dados em Enfermagem
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEAS – Certificados de Entidade Beneficente de Assistência Social
CEPEN – Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem
CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CUN – Conselho Universitário
EEUFRJ – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FGV – Fundação Getúlio Vargas
FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz
FUNRURAL - Fundo dos Trabalhadores Rurais
FURG – Universidade Federal do Rio Grande
HU - Hospital Universitário
IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões
IAPAS - Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe de Ciências da Saúde
MEDLINE - International Nursing Index
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
NFR – Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina
NOB - Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PDEE – Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PES – Planejamento Estratégico em Saúde
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PPI – Programação Pactuada e Integrada
QualiSUS – Qualificação de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde
RJU – Regime Jurídico Único
SciELO - Scientific Electronic Library Online
SUS – Sistema Único de Saúde
UCS – Universidade de Caxias do Sul
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
UNICAMP – Universidade de Campinas
USP – Universidade de São Paulo
ZOOOP – Planejamento Orientado por Objetivos

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 – Identificação das teses e dissertações pesquisadas	88
--	-----------

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - O processo de bricolagem	97
Figura 2 - O produto da bricolagem.....	98
Figura 3 – As perspectivas do retrato da cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros nas dimensões organizacional, dos sujeitos e o trabalho e a ambiental.....	102
Figura 4 – Evidências culturais da dimensão organizacional	104
Figura 5 – Evidências culturais da dimensão dos sujeitos no trabalho.....	143
Figura 6 – Evidências culturais da dimensão ambiental.....	192
Figura 7 – As perspectivas de um retrato da cultura organizacional dos hospitais públicos brasileiros: uma tradução, uma bricolagem.....	211

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	13
LISTA DE QUADROS	15
LISTA DE FIGURAS	16
INTRODUÇÃO	20
CAPÍTULO I - UMA LENTE SOBRE A CULTURA, AS ORGANIZAÇÕES, A CULTURA ORGANIZACIONAL E AS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	34
1.1 A CULTURA: GENEALOGIAS E ANTECEDENTES.....	34
1.2 AS ORGANIZAÇÕES E A TEORIA ORGANIZACIONAL.....	40
1.3 A CULTURA ORGANIZACIONAL SOB DOIS OLHARES.....	46
1.3.1 A visão funcionalista.....	47
1.3.2 A visão interpretativista.....	51
1.4 ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES: OS HOSPITAIS PÚBLICOS BRASILEIROS.....	55
CAPÍTULO II - A CULTURA SOB A ÓTICA DO INTERPRETATIVISMO HERMENÊUTICO DE GEERTZ	68
2.1 UM ENCONTRO COM A ANTROPOLOGIA.....	68
2.2 CLIFFORD GEERTZ E A ANTROPOLOGIA SIMBÓLICA INTERPRETATIVA/HERMENÊUTICA	72
2.3 A HERMENÊUTICA	76
CAPÍTULO III - EIXO METODOLÓGICO: O FOCO NO CAMINHO	83
3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO METODOLÓGICA.....	83
3.2 MOMENTOS DA PÊSQUISA.....	84
3.2.1 As teses e dissertações: a opção e a busca	84
3.2.2 A organização do material.....	87
3.2.3 O corpus.....	91
3.2.4 A análise do corpus	93
3.2.5 A composição do retrato em bricolagem.....	94
CAPÍTULO IV – AS PERSPECTIVAS DE UM RETRATO DA CULTURA ORGANIZACIONAL DE HOSPITAIS PÚBLICOS BRASILEIROS: A TRADUÇÃO PARA UMA BRICOLAGEM	100
4.1 A CULTURA DE HOSPITAIS PÚBLICOS BRASILEIROS NA DIMENSÃO ORGANIZACIONAL	101
4.1.1 A cultura de hospitais públicos brasileiros na transversalidade do público com a burocracia.....	104
4.1.2 A cultura de hospitais públicos brasileiros expressa nos ritos, mitos e heróis	130
4.2 A CULTURA DE HOSPITAIS PÚBLICOS BRASILEIROS NA DIMENSÃO DOS SUJEITOS NO TRABALHO	140
4.2.1 A cultura de hospitais públicos brasileiros nos encontros e desencontros dos sujeitos no trabalho	143
4.3 A CULTURA DE HOSPITAIS PÚBLICOS BRASILEIROS NA DIMENSÃO AMBIENTAL.....	189
4.3.1 Os controles do modelo público de gestão da saúde na cultura de hospitais públicos brasileiros.....	192

4.4 O RETRATO DA CULTURA ORGANIZACIONAL DE HOSPITAIS PÚBLICOS BRASILEIROS PRODUZIDO NA BRICOLAGEM DAS DIMENSÕES ORGANIZACIONAL, DOS SUJEITOS NO TRABALHO E AMBIENTAL COM MODELO PÚBLICO DE GESTÃO DA SAÚDE	201
CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS	213
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	223

“A curiosidade é um vício que foi estigmatizado seguidamente pelo cristianismo, pela filosofia e até mesmo por uma certa concepção da ciência. Curiosidade, futilidade. No entanto, eu gosto da palavra curiosidade; ela me sugere uma coisa totalmente diferente: evoca o “cuidado”, evoca solicitude que se tem com aquilo que existe e poderia existir, um sentido aguçado do real, mas que nunca se imobiliza nele, uma disposição para encontrar o que há de estranho e singular a nossa volta, uma certa obstinação em desfazer-nos de nossas familiaridades e mirar de outra maneira as mesmas coisas, um certo ardor para captar o que sucede e o que passa, uma desenvoltura diante das hierarquias tradicionais entre o importante e o essencial” (FOUCAULT, 1999, p. 222).

INTRODUÇÃO

Como enfermeira, há mais de duas décadas e meia, vivencio vários universos organizacionais de saúde brasileiros, os hospitais em especial, e venho, cada vez mais, (deveria ser ao contrário, pela familiaridade) percebendo-os como extremamente complexos. Isto é, complexos pela sua forma peculiar de constituição (ao congregar serviços distintos como nutrição e dietética, manutenção, farmácia, laboratório, lavanderia, almoxarifado, entre outros), pela diversidade de seus recursos humanos (enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, bioquímicos, administradores e todas as profissões e categorias funcionais que convivem nos espaços nosocomiais atualmente), e pelo objeto central de sua existência, que são os usuários atendidos (heterogêneos quanto à idade, classe social, sexo, tipo de tratamento), para citar apenas três de tantas razões que poderiam compor, aqui, a minha justificativa.

Assim, tenho olhado para os hospitais como organizações que possuem especificidades e contextos ímpares, distintos da pluralidade das organizações em geral e até das próprias organizações hospitalares anteriores à década de 80 do século XX. Isto porque, até então, os hospitais nutriam um modelo tecnoassistencial hegemônico de características medicalocêntrica e hospitalocêntrica, que os marcava como centros exclusivos de cura e reabilitação.

O que vejo hoje é um novo desenho hospitalar que, além do emaranhado tecnológico comum a todas as organizações, oferece outro arcabouço, configurado a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de políticas públicas de saúde, que impacta as questões estruturais e gerenciais dos hospitais públicos brasileiros.

Coaduna-se a estes eventos o projeto de Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira (2004), que lançou diretrizes específicas ao setor para reestruturá-lo. O equacionamento destas diretrizes objetiva responder às efetivas necessidades de saúde da população, através da integração efetiva dos hospitais à rede local e regional de saúde, na busca da consolidação do processo de reforma do modelo de atenção à saúde no SUS. Isto pode ser traduzido, em primeira análise, na implementação de novas políticas voltadas ao âmbito hospitalar, devolvendo à

sociedade serviços mais qualificados para prática de ações de saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária (BRASIL, 2004a).

Ao observar ativamente cenários de hospitais públicos¹, em suas complexidades e racionalidades próprias, noto uma série de descompassos que, essencialmente, se repercutem no atendimento ao usuário do sistema propriamente dito. Tais desajustes mostram-se nas questões referentes aos trabalhadores da saúde com o seu trabalho nos hospitais, no gerenciamento destes locais e na relação deste conjunto com o modelo público de gestão da saúde², além das demandas decorrentes dos movimentos destas articulações. Estes aspectos têm sido motivos de estudos e preocupações em diversas áreas do conhecimento, como administração, sociologia, saúde, psicologia e antropologia, entre outras tantas, que se dedicam a analisar, explicar e compreender estes e outros fenômenos hospitalares.

Exemplificando o exposto, posso dizer, grosso modo e de uma maneira geral, que, por um lado, o panorama que se assiste, usualmente, em hospitais públicos da rede do SUS, é aquele em que os trabalhadores da saúde³ chegam atrasados e saem adiantados em sua jornada, não se dedicam integralmente ao trabalho, resistem às normas e rotinas, sendo o apêndice uma metáfora do trabalho em suas vidas. Os modelos de gestão hospitalar são burocratizados, há falta de material e pessoal e há dificuldade na implantação de novos programas ou processos, o que faz com que os hospitais, muitas vezes, fiquem à margem de avanços tecnológicos e gerenciais. A comunicação é precária entre os setores, e a autoridade e o poder encontram-se em níveis discutíveis de satisfação dos trabalhadores da saúde em seu trabalho. Por outro lado, é claro que existem realidades em que estas situações não chegam ao extremismo mencionado, nem se

¹ Tal como Cecílio (2007a, p. 293), neste estudo, “hospital público é usado como sinônimo de hospital governamental ou estatal [...]. Tal distinção se faz necessária, na medida em que hoje fala-se também em ‘público não-estatal’ para designar as organizações não-estatais”.

² Defino o modelo público de gestão da saúde como um modelo de gestão do sistema de saúde brasileiro, que se distingue pelo caráter público no planejamento, na formulação, na implementação, na condução e no acompanhamento da Política Nacional de Saúde em seus cenários político, social e econômico, através do SUS. Neste modelo, estão incluídas ferramentas como o controle e a avaliação de gastos e despesas do setor, o controle e a participação social, os financiamentos da saúde, o processo de distribuição das competências das diferentes esferas do governo, entre outros, que objetivam racionalizar as ações e os serviços de saúde brasileiros.

³ Neste estudo, trabalhadores da saúde serão todos aqueles que trabalham no interior das organizações hospitalares, independente de sua formação profissional ou função exercida.

encontram todas reunidas, mas que, mesmo assim, sofrem as desestabilizações por elas provocadas. Entretanto, em ambos os casos, os hospitais públicos vivenciam a experiência das dificuldades dos financiamentos do SUS, dos múltiplos controles externos exercidos pelo Estado e seus representantes, afora outros fatores envolvidos na conjuntura sociopolítica e econômica peculiar da administração pública da saúde no Brasil.

Estes três ângulos abordados: os trabalhadores da saúde, o gerenciamento burocrático dos hospitais e o modelo público de gestão da saúde brasileira acabam por influenciar decisivamente a assistência que é prestada nos hospitais e a produção e organização do trabalho, ao mesmo tempo em que possibilitam o inverso desta questão, na configuração de um movimento dialético próprio das organizações hospitalares.

Diante desta problemática, passei a perceber a emergência em compreender estes fenômenos que tanto me inquietavam como enfermeira e, por que não, também como usuária do sistema hospitalar. Então, fui tecendo algumas conjecturas sobre estas questões, e porque somente conjecturas, desprovidas de conhecimento científico, vazias e simplistas demais ao desenho que se mostrava cada vez com traços mais acentuados.

Com o passar do tempo, como não consegui banalizar as situações dispostas e elas continuassem como motivos de grandes reflexões individuais, ora também socializadas com alunos e colegas docentes do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), com enfermeiras assistenciais e com a direção do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr, onde exerço os estágios das disciplinas que ministro, busquei amparo na literatura para amenizar estas aflições. Encontrei, então, a cultura organizacional como mote possível a algumas explicações para os fenômenos que eu vinha observando/vivenciando. Em ato contínuo, percebendo a importância do assunto, como professora de Administração Aplicada à Enfermagem I, II e Estágio, inseri nestas disciplinas o conteúdo de cultura organizacional, que não era previsto anteriormente.

Neste meio tempo, em 2005, o Doutorado em Enfermagem surgiu como um grande acontecimento, que definiu meu mergulho irreversível nesta temática apaixonante. Com isto, dediquei-me com maior afinco ao estudo da cultura e da cultura organizacional, visualizando, já de antemão, a possibilidade de encontrar

nesta questão o entendimento da intrincada dinâmica cultural dos hospitais públicos para desmistificá-la e apreendê-la sob outras angulações.

Para tal, inicialmente, consultei alguns autores das ciências humanas e sociais e verifiquei que cultura, para Giddens (2004, p. 36), reúne os modos de vida dos integrantes de uma sociedade ou dos grupos desta, bem como inclui “o modo como se vestem, as suas formas de casamento e famílias, os seus padrões de trabalho, cerimônias religiosas e atividades de lazer”. Isto é, para este autor, a cultura envolve todas as formas de expressão e, além disto, é recebida e transmitida, sendo somente o ser humano capaz de tal façanha. Também encontrei respaldo em Morgan (1996, p. 135), para quem a cultura “é um fenômeno ativo, vivo, através do qual as pessoas criam e recriam os mundos dentro dos quais vivem”.

Este caminho conduziu-me a outras incursões na literatura para constatar como a cultura vem sendo debatida na Teoria das Organizações de uma maneira geral. Assim, verifiquei que, advindo da antropologia, o termo cultura foi incorporado à literatura organizacional, na década de setenta, por Pettigrew (1979), que introduziu expressões como “cultura corporativa” ou “cultura organizacional”. A partir de então, a cultura organizacional resultou em uma vertente da teoria da gestão, que tem crescido de maneira incisiva, passando, nos dias de hoje, a uma disciplina específica da teoria das organizações “com seus especialistas, suas escolas, suas tendências e seus ‘clássicos’” (AKTOUF, 1993, p. 40).

A cultura organizacional possui uma visão instrumental que tem, na intervenção e no controle da cultura, uma maneira de torná-la uma variável controlável no interior dos modelos administrativos (BARBOSA, 1996), e uma versão interpretativista fundamentada no estudo das organizações como fenômenos sociais sustentados pelos relacionamentos simbólicos que possuem significados. (SMIRCICH, 1983). Esta última corrente não possui a preocupação com a mudança e o controle da cultura nas organizações, não se constituindo num método para a mudança organizacional (BARBOSA, op. cit.).

Entretanto, o fato de unir os termos cultura e organização sob a denominação de cultura organizacional, os cientistas organizacionais lançaram mão ainda de outras abordagens para alicerçar seus estudos sobre o tema, o que tem gerado algumas discussões bastante acaloradas, que dizem respeito aos modelos teóricos, epistemológicos e mesmo metodológicos utilizados. Tendo em vista que os

conceitos de cultura e organização não são precisos e carecem de conformidade, inclusive no interior das disciplinas onde tiveram berço, a antropologia e a administração, o resultado que se encontra são inúmeras conceituações do conjunto cultura/organização, cada qual adjetivando uma linha de pensamento (VAGHETTI; PADILHA; MAIA, 2006).

Isto se deve, principalmente, porque os conceitos configuram-se como composições lógicas, que se estabelecem de acordo com um quadro de referência e adquirem seu significado no interior do esquema mental no qual são inseridos, e sua construção implica em uma relação efetiva entre o físico e o conceitual, o que, muitas vezes, é extremamente complexo (MENDONÇA, 1994).

Passada esta etapa, fui à procura da produção científica, publicada em periódicos nacionais com a temática cultura organizacional na saúde, que envolvesse os hospitais direta ou indiretamente. Esta se mostrou pouco profícua pela escassa quantidade de artigos disponíveis sobre o assunto (em torno de 15 artigos entre os anos de 1996 e 2007)⁴. Este fator, ao invés de desestimular minha caminhada, ao contrário, tornou-se um incentivo a mais para estudar este campo tão intrincado e com tão raras investigações, e serviu, também, para mostrar a urgência de novos investimentos na área por parte dos pesquisadores.

Nos artigos, de uma maneira geral, notei que os referenciais teóricos mostravam-se adequados à abordagem pretendida e as discussões e os resultados expressavam aquilo que os objetivos buscavam. Para além disto, entretanto, percebi

⁴ Entre os artigos encontrados estão: "O desempenho profissional de enfermeiras de um hospital de ensino: influência da cultura organizacional" (PERROCA; SOLER, 1998); "Cultura de organizações públicas de saúde: notas sobre a construção de um objeto" (VAITSMAN, 2000); "A cultura institucional como determinante da prática educacional do enfermeiro" (VILLA; CADETE, 2000); "Relações interpessoais no contexto organizacional: representações sociais de profissionais de saúde" (FERNANDES et al, 2000); "A cultura organizacional segundo a percepção de chefes de serviços de enfermagem de hospitais de diferentes grupos étnicos" (SECAF; KURCGANT, 2001); "Gerencialismo, cultura e expectativas entre os servidores públicos de saúde" (VAITSMAN, 2001); "O saber e a tecnologia: mitos de um centro de tratamento intensivo" (BASTOS, 2002); "A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários" (BORGES et al, 2002); "Interfaces das mudanças hospitalares na ótica da enfermeira-gerente" (COSTA et al, 2004); "O processo de formação de cultura organizacional em um hospital filantrópico" (MACHADO; KURCGANT, 2004); "Teoria interpretativa de Geertz e a gerência do cuidado: visualizando a prática social do enfermeiro" (PROCHNOW; LEITE; ERDMAN, 2005); "A influência da cultura organizacional na implementação de um sistema de controle de custos em hospitais" (ALVES; BORGERT; SCHULTZ, 2006); "O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro" (PROCHNOW; LEITE; ERDMAN, TREVISAN, 2007); "Cultura nas instituições de saúde e suas relações com a identidade individual" (SANTOS, 2007); "A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem" (SENHORAS, E.M., 2007).

que os estudos apresentavam inúmeros significados sobre o espaço hospitalar que, mesmo dispersos entre os achados e as discussões e passíveis de interpretação, e, às vezes, relegados pela sua aparente fragilidade e insipidez e até privativos de determinados grupos que estavam sendo estudados, poderiam delinear, juntos e de uma maneira bem específica, algumas evidências da cultura destes hospitais. Ponderei, então, que estes aspectos, presentes nos artigos, poderiam também estar contidos, de distintas maneiras, em teses e dissertações sobre o assunto.

Com estas constatações, abandonei minha idéia inicial de pesquisar a cultura organizacional a partir do interior dos hospitais e vi, na produção científica, que se ocupava, entre outros, com os sentidos expressos por trabalhadores da saúde sobre sua realidade, a possibilidade da configuração da minha proposta de pesquisa e de meu objeto de estudo. E, afora isto, que os significados atribuídos, pelos sujeitos pesquisados, aos hospitais e ao seu trabalho, traduzidos pela voz dos autores destes estudos empíricos, auxiliariam na interpretação da cultura de hospitais públicos propriamente dita, sem generalizá-la, evidentemente, mas permitindo a costura, com o fio condutor da cultura, daquilo que se mostrava naquelas realidades.

Assim sendo, optei por formar o *corpus* da minha pesquisa a partir de teses e dissertações, cujos sujeitos de pesquisa eram os trabalhadores da saúde de hospitais públicos da rede do SUS, visto que o consumo dos artigos já se esgotara e as teses e dissertações, por serem publicadas em sua íntegra, oferecer-me-iam um panorama mais abrangente das realidades investigadas.

Com esta decisão tomada, ainda faltava delimitar a corrente epistemológica que melhor alicerçaria o estudo, o qual ainda era apenas promessa na forma de um projeto. Partindo do exposto anteriormente, de que a cultura organizacional se institui a partir de duas vertentes, uma de caráter mais instrumental e outra particularizada pela propriedade interpretativa, decidi-me por esta última, uma vez que, tendo amparo na antropologia interpretativa, esta subsidiaria minha compreensão da cultura hospitalar como um grupo que produz significados socialmente construídos (WRIGHT, 1994).

Esta corrente funda-se no simbolismo organizacional, onde o conceito de cultura está ancorado na antropologia simbólica e o de organização na teoria do simbolismo organizacional. A antropologia simbólica, oriunda da antropologia

cultural, possui uma linha interpretativa ou hermenêutica, assim como a teoria do simbolismo organizacional também se alimenta do paradigma antropológico simbólico interpretativo (SMIRCICH, 1983).

Deste modo, a eleição das concepções de Clifford Geertz (1989, 2001a, 2001b, 2002, 2004), principal representante da antropologia interpretativa/hermenêutica, sobre cultura, foi uma conseqüência natural. Acredito que realizar a leitura⁵ da cultura de hospitais, sob alguns dos prismas advogados por este autor, pode vir a produzir uma maior e melhor compreensão destes espaços, que são, também, espaços históricos e sociais⁶.

Geertz (1989, p. 66) propõe um conceito de cultura que “denota um padrão de significados transmitido historicamente, incorporado em símbolos, um sistema de concepções herdadas expressas em formas simbólicas, por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida”, imputando à cultura um caráter público e compartilhado.

Na obra “A interpretação das culturas” (1989), Geertz enuncia que a cultura seja vista como um texto passível de leitura e interpretação, em busca do significado expresso na lógica informal da vida real. Sob esta perspectiva, o papel do pesquisador é de intérprete do discurso social, traduzindo os significados que são cultural e socialmente construídos pelos sujeitos. Entretanto, para o autor, esta interpretação é operada a partir da interpretação que os próprios sujeitos fazem de sua cultura, isto é, existe uma intersubjetividade, que se dá a partir da intersecção de dois universos, o do pesquisador e o do pesquisado. Afora isto, Geertz também refere que, além da interpretação realizada pelos sujeitos originais da pesquisa e da interpretação do sujeito pesquisador, ainda existe a interpretação que é efetuada pelo leitor, que foi, então, a minha posição ao analisar os estudos. Se Geertz denomina o olhar do pesquisador original sobre as falas dos sujeitos de interpretação de segunda mão, identifico minha ação investigativa como uma

⁵ “Imaginar que instituições, costumes e mudanças possam de alguma forma ser ‘lidas’ é alterar totalmente nosso entendimento do processo que dá origem a esta interpretação, direcionando-o para tipos de atividades mentais mais parecidas com aquelas utilizadas pelo tradutor, pelo exegeta, ou pelo iconografista do que aquelas que são típicas de aplicadores de testes, analistas de fatores ou pesquisadores da opinião pública” (GEERTZ, 2001a, p. 51).

⁶ Espaços históricos e sociais porque o histórico e o social estão intimamente ligados, uma vez que as relações sociais inexistem entre os indivíduos e os grupos, e entre esses e os objetos sociais, fora de uma referência temporal e espacial (FREITAS, 2000).

interpretação de terceira mão, que se debruçou sobre os significados do que “foi dito” e está inscrito nos textos (teses e dissertações) (GEERTZ, 2001a, p. 50).

O percurso teórico, com projeções metodológicas proporcionadas por Geertz, encaminhou a escolha do método qualitativo, mas não somente este, pois como refere Turato (2003), a escolha do método já está posta quando definimos o paradigma que fundamenta o estudo, o objeto e os objetivos. Para interpretar e analisar os dados, além do apoio fornecido pelo interpretativismo de Geertz, utilizei a Hermenêutica como pano de fundo, ainda que esta tenha se apresentado, inicialmente, como uma necessidade para maior compreensão do pensamento geertziano.

Asseverando e completando o exposto acima sobre as idéias de Geertz, Habermas (2003, p. 40-41) explica que a hermenêutica, afora sua relação interna à linguagem, ocupa-se, simultaneamente, “da tríplice relação de um proferimento que serve (a) como expressão da intenção de um falante, (b) como expressão para o estabelecimento de uma relação interpessoal entre falante e ouvinte e (c) como expressão sobre algo no mundo”. Acredito, pois, que as concepções de Geertz, somadas às de Habermas, sobre a questão hermenêutica, em especial aquela que trata da “a expressão sobre algo no mundo” (HABERMAS, op. cit., p. 41), proporcionaram e facilitaram minha interpretação/tradução da cultura do emaranhado hospitalar, desde o momento em que a cultura se mostrou como algo significativo no mundo dos sujeitos e, conseqüentemente, dos hospitais públicos, e como o peso de ambos significa no contexto/realidade social.

Diante do explanado, esta pesquisa ocorreu pela interpretação daquilo que os autores de teses e dissertações interpretaram sobre a interpretação dos sujeitos trabalhadores sobre sua vida no trabalho. Tal exercício ajudou a compor uma leitura, mesmo que parcial, da macrorrealidade cultural de hospitais públicos brasileiros, a partir de estudos empíricos, que continham a temática, produzidos nos programas de pós-graduação brasileiros, no período de 2002-2006.

Cabe ressaltar que chamo de parcial esta leitura, porque nem todos os significados das realidades hospitalares percebidos nas investigações, pela sua diversidade e complexidade, foram passíveis de interpretação para a compreensão da cultura, visto que esta megapretensão extrapolaria os limites da investigação atual. Além disto, dada a amplitude da cultura seria impossível abarcá-la de um só

gole, se é que é possível - o que eu duvido- que se possa, um dia, decifrá-la por inteiro. Afora isto, a eleição de alguns aspectos hospitalares em detrimento de outros, estabelecendo, também, a parcialidade mencionada, ocorreu pela minha subjetividade. Esta pode ser justificada pela colocação de Morgan (1996, p. 347), quando enfatiza que “o mesmo aspecto de uma organização pode ser várias coisas ao mesmo tempo”, haja vista que a organização pode ser percebida de diferentes maneiras, por diferentes sujeitos. Geertz (1989, p. 14) também oferece respaldo a esta posição, quando cita que a análise cultural “é (ou deveria ser) uma adivinhação dos significados, uma avaliação das conjeturas, um traçar de conclusões explanatórias a partir das melhores conjeturas e não a descoberta do Continente dos significados e o mapeamento da sua paisagem incorpórea”.

Assim, o que busquei identificar, nos estudos que continham a temática cultura organizacional, foram alguns aspectos a respeito dos hospitais, expostos pelos autores de teses e dissertações, mesmo não recorrentes, que revelassem significados atribuídos pelos trabalhadores da saúde à sua realidade de trabalho. A seguir, procurei interpretar estes significados entrelaçando-os com minhas experiências na enfermagem, com o referencial teórico proposto e com pensamentos de diversos autores, de modo a ressignificá-los, na compreensão de alguns traços da cultura organizacional, para o contexto dos hospitais públicos brasileiros.

É prudente dizer que esta composição não foi objeto de comparação entre hospitais e outras realidades organizacionais, ainda que esta possibilidade tenha sido tentadora e permaneça como um desafio que se avizinha. Também não levei em consideração, neste momento, a possibilidade da existência ou não de subculturas no interior dos hospitais (mesmo sendo de suma importância este ponto de análise), já que objetivei, em primeira e última instância, a visualização da macroconfiguração, que se moldou na microestrutura do trabalho e dos trabalhadores dos hospitais, e suas relações com o seu ambiente, através do modelo público de gestão da saúde.

Geertz (2001) sugere que, para se descobrir o que é uma pessoa, na visão de um grupo de nativos, o etnógrafo vai e vem entre as seguintes perguntas: “Como é sua maneira de viver, de um modo geral?” e “quais são precisamente os veículos através dos quais esta maneira de viver se manifesta”? (GEERTZ, *op. cit.*, p. 106).

Sob esta perspectiva transposta ao meu estudo e modificada, surgiu a questão que norteou a pesquisa: - Como traços da cultura de hospitais públicos brasileiros podem ser desvelados a partir de estudos empíricos que contêm a temática?

A tese que foi semeada durante todo o percurso e que busquei sustentar foi a de que “aspectos da realidade hospitalar presentes em estudos empíricos, como a configuração estrutural, as relações dos trabalhadores da saúde com o seu trabalho e a interface de ambos com o modelo público de gestão da saúde, evidenciam significados, emergentes da interpretação dos autores, sobre os significados construídos e incorporados pelos trabalhadores acerca dos mesmos. A re- interpretação do conjunto destes significados leva à compreensão de traços da cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros”.

Para responder a minha pergunta de pesquisa e alcançar a enunciação da tese, estabeleci como objetivos: - traduzir/interpretar o conjunto de significados emersos de estudos empíricos que contêm a temática cultura organizacional de hospitais e - compor um retrato destes hospitais, na forma de bricolagem.

Esta pesquisa foi conduzida com a idéia de solidificar o estudo da cultura organizacional na especificidade dos hospitais, e, com isto, participar do processo de construção do conhecimento da Enfermagem, fornecendo subsídios à condução destes cenários, onde, sabidamente, os enfermeiros ocupam espaço de destaque.

Acredito que este estudo servirá de instrumento à expansão da visão sobre a realidade cultural das organizações hospitalares públicas em suas variadas dimensões e fomentará a crítica em relação às mesmas, criando condições para possíveis intervenções práticas. Entendo que esta investigação também propiciará o avanço nas discussões acerca destas tão complexas organizações, que fazem parte do cotidiano dos trabalhadores da saúde e fornecem sentido às suas experiências.

Além disto, pretendo que esta pesquisa fortaleça o Grupo de Estudos da História do Conhecimento da Enfermagem, da linha de investigação História em Enfermagem e Saúde, na sublinha Enfermagem e Sociedade, da Universidade Federal de Santa Catarina. O produto deste estudo, enquanto uma construção voltada a preencher algumas lacunas sobre cultura organizacional de hospitais, disponibilizará seus resultados à comunidade científica, disseminando conhecimentos e contribuindo como substrato a pesquisas históricas na enfermagem e na saúde.

Uma busca desta natureza, que expõe alguns meandros da cultura de hospitais públicos, pode suscitar o favorecimento das questões referentes aos trabalhadores da saúde e à gestão que, com certeza, influenciarão na assistência que é prestada à população.

Em relação aos trabalhadores da saúde, poderá proporcionar um melhor entendimento de suas práticas e como estas se inserem, se inscrevem e repercutem nas suas vidas, promovendo, também, uma reflexão/discussão destes sujeitos acerca do mundo do trabalho na saúde que, por vezes, é estressante, desgastante e desanimador, mas que oferece significados às suas existências.

Os gestores, por sua vez, têm a possibilidade de virem a compreender mais profundamente a cultura dos hospitais públicos, provocando, quem sabe, um exame sobre o quadro de anomia e sobre os modelos de gestão que atualmente vicejam em muitas destas organizações.

Afora isto, ao lançar o projeto de Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar (2004), enfocado anteriormente, o governo brasileiro entende que, em relação aos hospitais, “[...] é preciso apreender sua historicidade, seus determinantes, os valores e atores envolvidos, com vistas à elaboração de propostas que possam ser, de fato, estruturantes e coerentes com o conjunto das políticas públicas de saúde” (BRASIL, 2004, p. 9). A partir disto, acredito que este estudo, pretensiosamente, possa, também, oferecer subsídios à construção desta e de outras propostas governamentais, que ainda se encontram em fase de planejamento.

O processo de construção e os resultados desta pesquisa são apresentados na forma deste Relatório de Tese, que foi denominado “As perspectivas de um retrato da cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros: uma tradução, uma bricolagem”. Este título é um resgate daquilo que Geertz (2001a, p. 230) entende por “tradução”, ou seja, “o processo pelo qual um significado é – ou não – transferido de uma linguagem para outra” e, mais ainda, “a reformulação de categorias [...], para que estas possam ultrapassar os limites dos contextos originais onde surgiram e onde adquiriram seu significado, com o objetivo de estabelecer afinidades e demarcar diferenças” (GEERTZ, *op. cit.*, p. 24). Palmer (2006) reforça que, ao traduzir, de certo modo, há um encontro e uma fusão entre o universo compreensivo daquele que traduz, com o universo compreensivo do texto, exposto em forma de interpretação. Assim, neste estudo, a tradução foi o processo efetuado

para que os significados, sobre a realidade dos hospitais públicos, presentes em teses e dissertações, que continham a temática, fossem re-interpretados e propusessem uma outra leitura da cultura organizacional destes espaços. Afora isto, o título incorpora a idéia da bricolagem como uma metáfora, indicando o modo, o artifício em que a composição do retrato da cultura organizacional em algumas perspectivas esteve assentada.

A estrutura geral deste relatório é conformada em cinco capítulos, que explano brevemente a seguir.

O primeiro, com contornos de revisão da literatura e intitulado “Uma lente sobre a cultura, as organizações, a cultura organizacional e as organizações hospitalares”, foi criado para tentar estabelecer algumas indicações teóricas, que guiassem a leitura dos diversos entendimentos de cultura existentes e sua inserção nas diferentes correntes epistemológicas, que têm contribuído para a formação do conhecimento em distintas áreas das ciências humanas. Este capítulo incluiu também uma revisão sobre as organizações de uma maneira geral para focalizar, a seguir, a cultura organizacional e as organizações de saúde, em especial, os hospitais brasileiros.

No segundo capítulo, dissertei sobre o referencial teórico proposto, enfocando, *a priori*, algumas questões relativas à antropologia seguidas por uma exposição mais direcionada sobre os pensamentos de Clifford Geertz na especificidade da antropologia simbólica interpretativa/hermenêutica. Além disto, expus a hermenêutica como pano de fundo de toda a ação interpretativa que percorreu o estudo.

No terceiro capítulo, “Eixo metodológico: o foco no caminho”, descrevi o percurso metodológico, detalhando o processo empreendido durante a pesquisa.

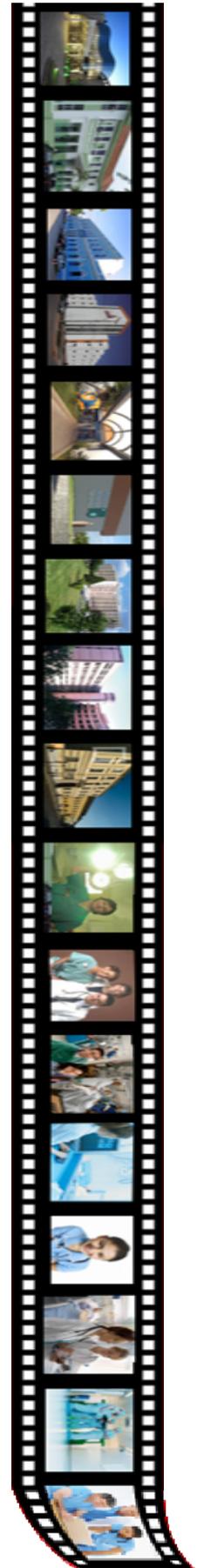
O quarto capítulo, denominado “As perspectivas de um retrato da cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros: a tradução para uma bricolagem”, mostra o resultado de todo o empreendimento do estudo. Foi onde apresentei e discuti os aspectos hospitalares e seus significados, abstraídos das teses e dissertações pesquisadas, interpretando-os e relacionando-os como possíveis evidências culturais, à luz do referencial teórico e das idéias de vários autores da antropologia, sociologia, administração, enfermagem, educação e psicologia. Neste capítulo, genuinamente, adveio a bricolagem, a partir do encontro dos juízos de

todos os envolvidos neste processo, pois esta investida, em momento algum, configurou-se como individual, mesmo que o produto da tradução tenha sido particular. Isto ocorreu porque esta investigação reuniu os sujeitos das pesquisas expostas nas teses e dissertações, na forma dos sentidos expressos pelos mesmos acerca dos hospitais, os próprios autores destes estudos pela suas interpretações, o referencial teórico na figura de Geertz, os distintos pensadores consultados e minhas próprias interpretações decorrentes de experiências, coerências, incoerências e passionalidades. Enfim, este capítulo agregou os diversos sujeitos do mundo da pesquisa em intersubjetividade, sintonia, sincronia e congraçamento ao desvendar, mesmo que parcialmente, a cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros.

O quinto capítulo dedicou-se a reunir as interpretações dos diversos significados sobre a cultura organizacional de hospitais e a estabelecer algumas correlações entre elas na forma de considerações gerais sobre o estudo.

Capítulo 1

“Ninguém sabe tudo, porque não há um tudo para se saber”
(GEERTZ, 2001b, p. 124).



CAPÍTULO I - UMALENTE SOBRE A CULTURA, AS ORGANIZAÇÕES, A CULTURA ORGANIZACIONAL E AS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Este capítulo é uma síntese de todo meu esforço em busca da construção do conhecimento sobre cultura organizacional de hospitais durante o doutorado, pois, para apreendê-la, realizei uma extensa revisão da literatura sobre a cultura, as organizações e os hospitais. Entretanto, a profundidade em que mergulhei nestes três universos talvez não esteja traduzida aqui pela brevidade como os mesmos são tratados, em decorrência das limitações de tamanho do texto.

Assim, primeiramente, discorro, ligeiramente, sobre os antecedentes e a evolução histórica do conceito de cultura, a partir de entendimentos mais consagrados e correntes na literatura antropológica e sociológica advindos das influências de diversos movimentos e pensadores no correr do tempo. Posteriormente, enfoco as organizações e a teoria organizacional de uma maneira geral, para, a seguir, apresentar a cultura organizacional em suas duas vertentes mais comuns de investigação.

Finalmente, sob este substrato, que parte do sentido amplo de cultura e organizações e se funde na cultura organizacional, trago a questão das organizações hospitalares, pontuando sua trajetória e algumas das políticas públicas de saúde brasileiras direcionadas às mesmas. No subcapítulo “A cultura organizacional sob dois olhares” e no seguinte, “Organizações hospitalares: os hospitais público brasileiros”, talvez se encontre, mais genuinamente, o estado da arte que substanciou este estudo.

1.1 A CULTURA: GENEALOGIAS E ANTECEDENTES

Oriunda do latim, a palavra cultura significava “o cuidado dispensado ao campo ou ao gado” e, nos fins do século XIII, era utilizada “para designar uma parcela de terra cultivada [...]”. Já no começo do século XVI, indicava “uma ação, ou seja, o fato de cultivar a terra” e, na metade deste mesmo século, tomou uma

definição figurada, pouco conhecida à época, que denotava o trabalho para desenvolver uma faculdade (CUCHE, 2002, p. 19). Adentrando o século XIX, a palavra cultura “se enriqueceu com uma dimensão coletiva”, passando “a designar também um conjunto de caracteres próprios de uma comunidade, mas em um sentido geralmente vasto e impreciso” (CUCHE, *op. cit.*, p. 29).

Entretanto, foram as teorias evolucionistas das Ciências Naturais de Jean-Baptiste Pierre Antoine de Monet, Cavaleiro de Lamarck (1744-1829) e Charles Darwin (1809-1882) que exerceram grande influência no meio intelectual europeu do século XIX, no momento em que pensadores de outras áreas, como James Frazer, Henry Morgan Lewie e Tyler tomaram estes modelos e os utilizaram como base ao estudo das sociedades (ABBAGNANO, 2003).

Edward Burnett Tyler (1832-1917) foi o primeiro pensador a tentar sistematizar o estudo da cultura baseado na idéia evolucionista e, por isto, é considerado o pai da etnologia. Tyler definiu etnologicamente a cultura como sendo um conjunto que incluiria o conhecimento, as crenças, a arte, a moral, o direito, os costumes e as outras capacidades ou hábitos adquiridos pelo ser humano como membro de uma dada sociedade (MELLO, 2004).

Contudo, para Kuper (2002, p. 86), baseado nas referências de Kroeber e Kluckhohn (1952, p. 147), foi Matthew Arnold, e não Tyler, o primeiro estudioso a expor sua concepção de cultura, sendo que, para Mello (2004), Saint-Simon, Augusto Comte, Herbert Spencer e Henry Maine podem ser citados também como precursores do evolucionismo cultural.

Sob a visão do mundo atual, podemos considerar, grosso modo, que o evolucionismo evidenciou preconceitos etnocêntricos, uma vez que seus representantes consideravam a sociedade européia como a mais evoluída e as demais, evidentemente, mais “primitivas”, o que alastrou o paradigma da civilização ocidental. Da mesma forma, a intenção de sistematizar as culturas num quadro evolutivo, segundo a lógica civilizatória européia, gerou questionamentos de outras linhas teóricas que sucederam o evolucionismo.

Nos últimos anos do século XIX e nas duas primeiras décadas do século XX, tendo seu auge entre 1900 e 1930, os estudos antropológicos foram influenciados por uma reação teórica e metodológica ao evolucionismo: o difusionismo cultural conhecido também como historicismo. Porém, o difusionismo

não rejeitava totalmente os conceitos construídos no evolucionismo, uma vez que possuíam algumas bases em comum. Algumas destas aproximações são de que ambos os movimentos buscavam a explicação da cultura como um fenômeno universal e humano, que possuía, como variável, o tempo e um caráter dinâmico (MELLO, 2004).

O difusionismo comprometeu-se em tornar os métodos de pesquisa mais rigorosos e científicos, desenvolvendo intensamente a pesquisa de campo, através da etnografia. Do mesmo modo, contribuiu de duas maneiras para o progresso da humanidade. Por um lado, estimulou o crescimento da cultura como um todo e, por outro, enriqueceu “o conteúdo das culturas particulares, o que impulsionou, para frente e para cima, as sociedades portadoras dessas culturas” (LINTON, 1981, p. 311).

O alemão Franz Boas (1858-1942) foi o primeiro antropólogo a realizar pesquisas *in situ* observando profunda e detalhadamente as culturas primitivas, sendo o inventor da etnografia e da observação participante, método indutivo e intensivo de campo (CUCHE, 2002). Em “Os objetivos da pesquisa antropológica”, de 1932, texto proferido em uma conferência que realizou na *American Association for the Advancement of Science*, Boas definiu os objetivos da pesquisa antropológica como uma tentativa em busca da compreensão dos passos que tornaram o homem aquilo que ele é biológica, psicológica e culturalmente, deixando clara a importância da “história do desenvolvimento da forma corporal do homem, de suas funções fisiológicas, sua mente e sua cultura” (BOAS, 2005, p. 89).

O funcionalismo surgiu na década de 30, do século XX, e buscou novas formas explicativas à cultura. Para White (1978, p. 43), o funcionalismo via a sociedade como um organismo e os processos sociais como processos fisiológicos que deveriam satisfazer as exigências para manter o sistema em funcionamento. Deste modo, uma cultura não era simplesmente um organismo, mas um sistema.

Representante do funcionalismo, Malinowski pontuava que somente aqueles costumes que eram praticados pelas pessoas, aqueles que eram úteis, seriam os que continuariam existindo. Este pensador encontrou respaldo às suas respostas “na relação da organização social com as necessidades biológicas”, mesmo que este esquema estivesse mais restrito àquelas necessidades “que dizem respeito à subsistência e às concernentes ao casamento e à família; [...]”, visto que ocupam “a

maior parte da vida das sociedades mais simples” (MAIR, 1979, p. 41).

Malinowski rompeu as fronteiras entre as disciplinas ao estudar o homem do ponto de vista biológico e social e por incluir na análise cultural “o estudo das motivações psicológicas, dos comportamentos, o estudo dos sonhos e dos desejos do indivíduo” (LAPLANTINE, 2000, p. 82). Todavia, Malinowski, mesmo levando em consideração os aspectos biológicos nos estudos funcionais da cultura, “critica os usuais estudos de difusão como disseções post-mortem de organismos que devíamos antes estudar na sua vitalidade actuante e em funcionamento” (BENEDICT, s/d, p. 63).

Com o objetivo de explicar o carácter funcional das diferenças culturais, Malinowski elaborou a teoria das necessidades, base de seu livro escrito em 1944, “Uma teoria científica da cultura”, em que “os elementos constitutivos de uma cultura teriam como satisfazer as necessidades essenciais do homem”, sendo a cultura a resposta funcional a estas necessidades. Desta maneira, “esta resposta se dá pela criação de ‘instituições’”, cujo conceito “designa as soluções coletivas (organizadas) às necessidades individuais” (CUCHE, 2002, p. 72). Para melhor efetivar o pensamento de que a cultura deve ser analisada proximamente e do seu interior, Malinowski sistematizou a observação participante, método etnográfico em que o pesquisador procura reviver nele próprio os sentimentos dos outros (LAPLANTINE, 2002).

O estudo da cultura no século XX foi também organizado por Roger Keesing (1974) e exposto por Laraia (2005), na forma de teorias que consideram a cultura como um sistema adaptativo e naquelas teorias idealistas de cultura.

A posição que avaliava a cultura como um sistema adaptativo reúne neo-evolucionistas⁷ como Leslie White, Sahlins, Harris, Carneiro, Rappaport, Vayda e outros, que apesar possuírem divergências, concordavam que: 1) as culturas eram sistemas de padrões de comportamento socialmente transmitidos, que serviriam para que as comunidades humanas fossem adaptadas aos seus embasamentos biológicos; 2) a mudança cultural, como um processo de adaptação, equivaleria à seleção natural, sendo que o homem deveria adaptar-se ao meio como forma de

⁷Para Ribeiro (2000, p. 1), “Nos últimos anos, praticamente todos os antropólogos retomaram a perspectiva evolucionista, reformulada, agora, em termos explicitamente multilineares e descomprometida do carácter conjectural de muitos dos antigos ensaios sobre a origem de costumes e instituições”.

sobreviver; 3) o domínio mais adaptativo da cultura era constituído pela tecnologia, a economia de subsistência e os elementos da organização social diretamente ligada à produção, ocorrendo neste domínio as mudanças adaptativas. 4) o controle da população, da subsistência e da manutenção do ecossistema, entre outras, poderiam ser adaptados pelos componentes ideológicos dos sistemas culturais (KEESING, 1974 *apud* LARAIA, 2005).

Os idealistas da antropologia americana pensavam a cultura como “uma série de representações que moldavam a ação e informavam sobre os acontecimentos” (KUPER, 2002, p. 215). Para Keesing, as teorias encerravam três abordagens distintas de cultura: a cultura como um sistema cognitivo, a cultura como sistemas estruturais e a cultura como sistemas simbólicos⁸ (LARAIA, 2005).

A teoria idealista, que possuía preocupações cognitivas, interessava-se em realizar uma etnografia mais rigorosa voltada para “[...] apreender os princípios de classificação de um dos sistemas de organização do saber, aquele relacionado ao parentesco [...]”. O precursor desta nova abordagem, denominada etnosemântica ou antropologia cognitiva, foi Ward Goodenough, que sofreu influência da “lingüística estrutural descritiva norte-americana de caráter empiricista de Leonard Bloomfield e Zellig Harris, sendo seu trabalho baseado “nos aspectos racionais do comportamento humano, por ele denominado de aspectos denotativos ou cognitivos da cultura” (ALCÂNTARA et al., 1993, s/p).

A segunda abordagem da teoria idealista considerava a cultura como sistemas estruturais e tem em Lévi-Strauss seu principal representante (LARAIA, 2005). Estruturalismo referia-se à prática antropológica peculiar desenvolvida por Lévi-Strauss a partir de 1945. Fundava-se na idéia de que as formas culturais possuíam interesse pelos padrões que nelas estavam contidos e que após várias transformações passavam a representar “expressões de configurações básicas do pensamento humano” (LEACH, 1989, p. 228).

Para os estruturalistas, a linguagem constituía-se no “fundamento para as estruturas mais complexas que correspondem aos diferentes aspectos da cultura”. Assim, “tanto a linguagem como a cultura radicam ou são produtos de um ‘cérebro’ inconsciente, embora não reduza nem a cultura à linguagem nem a Antropologia à

⁸ A cultura como um sistema simbólico será abordada no Capítulo II.

Lingüística”. Este cérebro “procura estabelecer relações íntimas entre linguagem e cultura” e se esforça por estabelecer relações “entre dados culturais conscientes e infraestruturas mentais inconscientes” (ULLMANN, 1983, p. 23-24).

A semiologia desenvolvida por Ferdinand de Saussure, baseada no estudo da linguagem como sistema de signos, e sua análise estrutural serviram de modelo a Lévi-Strauss, que passou a adotá-la na antropologia. Apesar dos movimentos lingüísticos utilizarem a concepção da língua como um sistema, Lévi-Strauss optou pelo uso do termo estrutura (MELLO, 1987), mesmo que este se referisse a um sistema: “[...] uma estrutura oferece um caráter de sistema” (LÉVI-STRAUSS, 2003, p. 316).

Fundamentalmente, para Lévi-Strauss (2003, p. 315), “a noção de estrutura social não se referia à realidade empírica, mas aos modelos construídos em conformidade com esta”. Desta maneira, seria possível diferenciar estrutura social de relações sociais, “que são a matéria-prima empregada para a construção dos modelos que tornam manifesta a própria *estrutura social*”, uma vez que esta não poderia ficar restrita “ao conjunto das relações sociais, observáveis numa sociedade dada”. As pesquisas de estrutura seriam “um método suscetível de ser aplicado a diversos problemas etnológicos, e têm parentesco com formas de análise estrutural usadas em diferentes domínios” (LÉVI-STRAUSS, *op. cit.*, p. 316).

Tais modelos poderiam ser conscientes ou inconscientes, de acordo com o nível onde funcionam, sendo que esta condição –consciente/inconsciente – não afetaria sua natureza. Os modelos conscientes teriam a função de perpetuar “as crenças e os usos, mais do que expor-lhes as causas”. Entretanto, tanto mais nítida fosse a estrutura aparente, quanto mais difícil seria apreender a estrutura profunda, pois “modelos conscientes e deformados” se interporiam como obstáculos entre o observador e seu objeto (LÉVI-STRAUSS, 2003, p. 318).

Para penetrar de forma mais incisiva no interior das sociedades e perceber suas estruturas mentais inconscientes, Lévi-Strauss separou as sociedades humanas em frias e quentes, apesar de enfatizar que não existiriam sociedades absolutamente quentes ou frias. As sociedades frias seriam aquelas pequenas, que possuíam pouca história, próximas do estado de natureza, com um contingente populacional pequeno e com um dinamismo cultural comprometido. Já as sociedades quentes seriam aquelas históricas, complexas, com um grande grau de

industrialização e distantes da ordem natural (LÉVI-STRAUSS, 1993).

Lévi-Strauss trabalhou com a questão do parentesco, enfatizando os casamentos em seu livro intitulado “Estruturas elementares do parentesco” publicado em 1976 (DAMATTA, 1987). Também se ocupou em estudar os mitos, admitindo sua relação com a organização social e outros aspectos da cultura de uma sociedade. Para ele, mesmo que o conteúdo de um mito fosse contingente, suas estruturas se reproduziriam “[...] com os mesmos caracteres e segundo os mesmos detalhes, nas diversas regiões do mundo” (LÉVI-STRAUSS, 2003, p. 241).

A teoria idealista, que tratava da cultura como sistema simbólico, foi desenvolvida com maior ênfase nos Estados Unidos e tem como principais representantes Clifford Geertz e David Schneider (LARAIA, 2005). Esta abordagem está contemplada no Capítulo II deste estudo.

1.2 AS ORGANIZAÇÕES E A TEORIA ORGANIZACIONAL

Diversos estudiosos, em diferentes épocas, vêm conceituando as organizações a partir da importação de modelos biológicos, ecológicos, psicológicos e de economia, entre outros, para os estudos organizacionais (CLEGG & HARDY, 1998), fornecendo, então, diversos olhares sobre este tema.

Katz & Kahn (1978) possuem a compreensão de que a organização é um sistema social aberto e baseiam sua assertiva na questão biológica. Já Etzioni (1999) aborda as organizações como unidades sociais estruturadas e constituídas intencionalmente de modo a atingir objetivos específicos. Para Mintzberg (1995, p. 17), as “organizações são estruturas para apreender e dirigir sistemas de fluxos e determinar as inter-relações das diferentes partes”.

Morgan (1996, p. 116) cita que as organizações são observadas como realidades construídas socialmente e decorrentes do conjunto de idéias, valores, normas, rituais e crenças, além de outros padrões de significados compartilhados por seus membros, que norteiam a vida das organizações. Para o autor, as organizações são, em si mesmas, “um fenômeno cultural que varia de acordo com o estágio de desenvolvimento da sociedade”. No mesmo curso, para Morgan, as

organizações não possuem uma cultura e, sim, constituem-se em uma cultura.

Clegg & Hardy (1998, p. 30) mencionam que não existe uma certeza acerca daquilo que são organizações, nem o modo como estas devem ser estudadas, bem como “a posição do pesquisador, o papel da metodologia, a natureza da teoria”. Isto ocorre porque as organizações são objetos empíricos e cada pessoa possui uma visão diferente acerca do objeto “organização”. Mesmo assim, estes autores oferecem seu entendimento de organizações como

[...] locais de ação social, mais ou menos abertas a conhecimentos de disciplinas formais e explicitamente organizadas com marketing, produção e assim por diante. Estão também relativamente abertas às práticas de conversação sobre temas que permeiam o amplo tecido social, como gênero, etnia, e outras relações sociais culturalmente definidas, todos eles assuntos potenciais para conhecimentos disciplinares formalmente organizados, como antropologia, sociologia ou, mesmo, estudos organizacionais (CLEGG; HARDY, *op. cit.*, p. 32).

Coadunando-se com algumas destas idéias, Lourau (1995) identifica as organizações ou instituições como formas sociais visíveis, que possuem uma unidade, um caráter específico produzido por sua finalidade oficial, sua função. Neste rumo, as organizações não só prestam serviços, mas produzem modelos de comportamento, mantêm normas sociais, além de integrarem seus usuários no sistema local e reproduzirem a intencionalidade do sistema político e econômico na qual estão inseridas.

As organizações já estavam presentes nas civilizações mais antigas como a grega, a chinesa e a indiana, mas somente nas sociedades modernas industrializadas encontra-se um maior número destas executando tarefas diferenciadas. Assim, às atribuições das antigas organizações militares, de administração pública e de coleta de impostos, foram adicionadas outras tarefas como pesquisa, socialização de jovens e adultos (escolas e universidades), ressocialização (prisões e hospitais psiquiátricos), segurança e proteção individual, preservação da cultura (bibliotecas, museus), comunicação, recreação, entre outras tantas que servem para atender às necessidades sociais (SCOTT, 1998).

Entre as grandes descobertas mesopotâmicas e egípcias está a invenção das ciências das organizações. Entretanto, as técnicas de coordenação coletivas,

empreendidas nas primeiras cidades da Mesopotâmia, estavam baseadas no bom senso e na experiência, sem que proporcionassem aumento na produtividade e na eficiência (DE MASI, 2003). De qualquer forma, muitos conceitos relativos à *business schools* utilizados no século XX, bem como a divisão do trabalho já estavam presentes na Antigüidade:

[...] a criteriosa combinação da força de trabalho abstrata com a força de trabalho concreta, a solução dos conflitos, o controle da motivação dos homens, a valorização do trabalho intelectual, a estrutura hierárquica, a rede de organizações interligadas, a interação entre sistema e ambiente, o relacionamento entre *staff* e *line*, a planificação estratégica, o controle financeiro da gestão, o cuidado com a imagem e, de certa forma, a publicidade são todos invenções sociológicas realizadas entre os anos 3500 e 2500 a.C., ou conduzidas naquele período até as formas de surpreendente sofisticação (DE MASI, *op. cit.*, p. 121).

Reed (1985) entende que os estudos organizacionais têm suas raízes históricas fundadas em alguns escritos que, a partir da segunda metade do século XIX, anteviram a vitória da ciência e da ordem e do progresso, sobre a política e a “recalcitrância e irracionalidade humana”, respectivamente. Já Scott (1981) refere que é impossível determinar quando surgiram os estudos organizacionais como uma investigação dentro da disciplina de sociologia e como centro de interesse em expansão de pesquisas multidisciplinares e de treinamento. Mas, tem-se idéia de que antes de 1940 as organizações não existiam como um campo distinto da pesquisa sociológica, havendo apenas alguns estudos empíricos sobre prisões, fábricas e sindicatos.

Reed (1999, p. 61) menciona que Saint-Simon foi um dos pensadores que tentou “antecipar e interpretar as nascentes transformações ideológicas e estruturais geradas pelo capitalismo industrial”. Ele estabeleceu a organização como forma de poder, uma vez que esta seria regida por princípios científicos baseados na natureza das coisas, independente da vontade humana, transformando as irracionalidades humanas em comportamentos racionais. Saint-Simon também estudou a influência dos agentes externos sobre a organização e publicou suas reflexões no livro intitulado “Fisiologia social”, além de introduzir o conceito de função na análise das instituições (LOURAU, 1995).

As organizações, como as que conhecemos, surgiram no século XIX, na

Europa e na América, durante o período da expansão econômica ocasionado pela Revolução Industrial. Desde então, elas não só aumentaram rapidamente em número e na amplitude de suas aplicações como também provocaram uma transformação em suas estruturas, passando de arranjos baseados em laços familiares para um contrato entre indivíduos sem parentesco (SCOTT, 1981).

Desde meados do século XIX, pela difusão do modo industrial de produção, as ciências organizacionais vêm se tornando objeto de pesquisas tanto teóricas quanto práticas. Pelo seu impacto, chegam a ser consideradas causadoras de uma revolução científica, que se iniciou quando Theodore Vail introduziu em sua empresa a padronização dos procedimentos e a otimização de fluxos de trabalho, e quando Stewart, em 1925, inaugurou o primeiro armazém com venda a preço fixo. A partir desta época, muitos estudos são desenvolvidos na perspectiva de lançar modos de organizar o trabalho de grupo com vistas à produção, que acabam por gerar modelos de vida da sociedade industrial e pós-industrial (DE MASI, 2003).

No início do século XX, teóricos gerenciais e administrativos como Taylor (1911), Fayol (1949) e Gulick e Urwick (1937) concentraram-se nos princípios gerais relativos aos arranjos administrativos. Todavia, eles estavam mais interessados em determinar qual a forma adequada para a máxima eficiência e eficácia do que examinar e explicar as relações existentes nas organizações. Na sociologia, a emergência do campo das organizações data aproximadamente da tradução das obras sobre burocracia de Weber (1946; 1947) e de Michel (1949) para o inglês. Um pouco depois destas clássicas publicações ficarem acessíveis aos sociólogos americanos, Robert Merton e seus alunos da Universidade de Columbia tentaram esboçar as bases deste novo campo de pesquisa, compilando procedimentos empíricos e teóricos de vários aspectos das organizações. Mais ou menos ao mesmo tempo, o estudo das organizações teve um importante desenvolvimento interdisciplinar no *Carnegie Institute of Technology*, através de Herbert Simon, que estudou os procedimentos de tomada de decisões e escolha nas organizações. A partir de então, foi identificada uma nova área de estudos - as organizações -, com um nível de abstração suficientemente geral para chamar a atenção de diferentes áreas de atividade, pelas similaridades em forma e função, e com diversidade e complexidade suficiente para encorajar e premiar a investigação empírica (SCOTT, 1981).

Atualmente, a teoria em estudos organizacionais pode ser entendida como uma atividade intelectual que está envolvida com o contexto sociohistórico em que ela é criada e recriada (REED, 1999).

O estudo da teoria das organizações teve influências de disciplinas como Estudos de Cultura, Teoria Literária, Teoria Pós-estruturalista, Arquitetura Pós-moderna, Lingüística, Semiótica, Folclore, Antropologia Cultural, Antropologia Social, Sociologia Industrial, Biologia-Ecologia, Ciência Política, Sociologia, Engenharia e Economia. Os maiores representantes destas disciplinas foram, na perspectiva clássica, Adam Smith (1776), Karl Marx (1867), Emile Durkheim (1893), F. W. Taylor (1911), Henri Fayol (1919), Max Weber (1924) e Chester Barnard (1938). Já no modernismo, pode-se citar os nomes de Herbert Simon (1945, 1958), Talcott Parsons (1951), Alfred Gouldner (1954), James March (1958), Melville Dalton (1959), Ludwig von Bertalanffy (1968). Alfred Schutz (1932), Philip Setznick (1948), Peter Berger (1966), Thomas Luckmann (1966), Clifford Geertz (1973), Erving Goffman (1971), William Foote Whyte (1943), Paul Ricoeur (1981), Vladimir Propp (1828), Roland Barthes (1972), Ferdinand de Saussure (1959) e Kenneth Burke (1954) são os representantes do movimento simbólico-interpretativo; e Michel Foucault (1972, 1973), Charles Jencks (1977), Jacques Derrida (1978, 1980), Mikhail Bakhtin (1981), Jean-François Lyotard (1984), Richard Rorty (1989) e Jean Baudrillard (1988) os do pós-modernismo (HATCH, 1997).

Estas quatro perspectivas - clássica, moderna, simbólico-interpretativa e pós-moderna - representam uma classificação da diversidade oferecida pela teoria das organizações, pois cada qual possui seus postulados, vocabulários e, em alguma extensão, seus teóricos. Portanto, estas perspectivas oferecem a compreensão do trabalho extraordinário de como novas influências no campo atraem novas teorias que serão alinhadas nos grupos de idéias que se parecem. Embora haja uma seqüência temporal no desenvolvimento destas perspectivas, seria um engano pensar que as novas substituem as velhas, pois na teoria das organizações as perspectivas são acumuladas, oferecendo outras idéias. A interação destas perspectivas também produz contínuas mudanças, o que é uma das razões pela qual é tão difícil estabelecer uma maneira particular de pensar na teoria das organizações. Desta forma, os conceitos e teorias da organização não são completos, podendo haver uma combinação de vários (HATCH, 1997).

O objeto/foco do estudo organizacional do período clássico era verificar o efeito das organizações na sociedade (sociologicamente) e procurar meios de tornar as organizações mais eficientes e mais efetivas (administrativamente). Em relação ao método, a abordagem clássica utilizava-se da observação e da análise histórica, além da reflexão pessoal, tendo como resultados tipologias e estruturas teóricas. Neste período, os gerentes sentiam-se chamados a partilhar a sabedoria que haviam obtido como práticos e era notório que aqueles com autoridade (donos e administradores de organizações) possuíam o direito de falar e influenciar os outros. No período modernista, sob a epistemologia objetivista, a organização passou a ser vista como um objeto com dimensões que podiam ser fidedignamente medidas. Já como método para o estudo das organizações, o modernismo utilizava a avaliação descritiva e a correlação entre medidas estandarizadas, obtendo como resultados estudos comparativos e análises estatísticas multivariadas. O alemão Ludwig von Bertalanffy e a teoria dos sistemas foi um dos principais representantes desta época (HATCH, 1997).

A perspectiva pós-moderna tem seu foco/objeto voltado para a pesquisa ou a prática que tentam conhecer a organização tal como ela se apresenta. Para isto, se utiliza da desconstrução e da crítica às práticas de teorização, tendo como resultado a reflexividade e as narrativas reflexivas (HATCH, 1997). As concepções pós-modernistas questionam a existência da grande teoria, a centralidade do sujeito e o *status* ontológico do mundo social. Possuem uma visão das humanidades, que oferece uma contribuição aos estudos organizacionais, a partir do momento em que proporcionam uma tensão criativa (CLEGG; HARDY, 1999).

Parker (1992) menciona que a entrada do pós-modernismo na área da análise organizacional tem levado a mesma a tomar certa distância de tipologias tipicamente gerencialistas, fazendo com que conceitos desenvolvidos em outras searas do conhecimento sejam considerados. Refere, também, que o desenvolvimento do pensamento pós-modernista, no estudo das organizações, deu-se na mesma proporção em que começaram a surgir as investigações sobre a cultura das organizações, a partir da década de 1980.

Fragmentação é um dos temas favoritos entre muitos pós-modernistas, que relacionam este conceito ao colapso pós-industrial na família, na comunidade e na sociedade. Para estes estudiosos, o fenômeno da fragmentação promove ameaças

à auto-identidade produzidas quando os indivíduos são chamados a desempenhar múltiplos papéis com uma pequena separação temporal e espacial entre eles. A fragmentação do conhecimento do mundo, da mesma forma, repercute com a quebra de fronteiras entre as nações e seus povos, resultando em uma dispersão e mistura de culturas, políticas e religiões, que tiveram seus limites mantidos e bem separados durante a era industrial. A desconstrução, também característica própria do pós-modernismo, em termos simples, implica em reduzir um argumento em suas assunções básicas, rejeitando estas assunções pela afirmação de suas negações, e considerando o que isto implica sobre o argumento original. A asserção pós-modernista é de que as desconstruções executadas serão independentes de seu juízo anterior e permitem uma distância crítica da maneira com que o mundo é visto, a partir de formas culturais e sociais definidas (HATCH, 1997).

Um dos aspectos mais compelidos do pós-modernismo é a sua notável similaridade com a sociedade e a organização pós-moderna. Predições são de que o futuro irá encontrar as pessoas ocupando organizações menores, mais descentralizadas e informais; e organizações flexíveis, que estarão predominantemente orientadas para serviços ou informações e que irão utilizar estratégias de produção automatizadas e tecnologia baseada em computação (HATCH, 1997).

A perspectiva simbólico-interpretativa no contexto das organizações, por se configurar em parte do Referencial Teórico deste estudo, será abordada especialmente no Capítulo II.

1.3 A CULTURA ORGANIZACIONAL SOB DOIS OLHARES

Na década de 80 do século XX, os estudos organizacionais voltados à cultura organizacional tiveram seu ponto alto e foram vistos como um modismo. Entretanto, eles perduram e estão totalmente incorporados “à Teoria das Organizações, às análises administrativas e ao cotidiano das empresas”, sendo os aspectos culturais “imprescindíveis em qualquer tipo de análise e prática organizacional [...]” (FREITAS, 1997, p. 294).

Nesta seara, observam-se dois modelos⁹ preponderantes encontrados também nos estudos que tratam da cultura organizacional de hospitais: o funcionalista e o interpretativista. Ambos possuem conceitos de cultura e organização, que são próprios de cada concepção epistemológica, e estão fundados na Antropologia Cultural. Esta fornece uma base de conceitos sobre a cultura organizacional, que se divide basicamente em três correntes: a da Antropologia Cognitiva (conhecimentos compartilhados), a da Antropologia Simbólica (significados compartilhados) e a da Antropologia Estrutural (manifestações e expressões dos processos psicológicos compartilhados), que acabam suscitando diferentes análises que resultam em alguns pressupostos acerca da organização, cultura e natureza humana.

Desta forma, por exemplo, a cultura pode ser observada como uma metáfora - algo que a organização é, e como uma variável - algo que a organização tem. Estas diferentes abordagens originam cinco tendências, classificadas nas seguintes áreas temáticas: Administração Comparativa ou Transcultural, Cultura Corporativa, Cognição Organizacional, Simbolismo Organizacional e Processos Inconscientes e Organizações (SMIRCICH, 1983).

1.3.1 A visão funcionalista

A Administração Comparativa ou Transcultural e a Cultura Corporativa assumem a posição funcionalista e vêem a cultura como uma ferramenta, que serve para atender as necessidades biopsicológicas do homem, e como uma variável interna, capaz de regular e adaptar o homem em suas estruturas sociais, respectivamente. Estas concepções orientam-se sob o ponto de vista de que as organizações são organismos que se configuram como instrumentos sociais para que tarefas sejam realizadas, ao mesmo tempo em que produzem bens, serviços e subprodutos como artefatos culturais distintos (rituais, lendas e cerimônias). Há

⁹ Neste estudo, utilizo o conceito de modelo, proposto por Rubem Alves (1993, p. 59), que indica que "Um modelo é um artefato construído pelo cientista. Quando falamos em artefatos, pensamos em coisas fabricadas com o auxílio de materiais sólidos, como relógios, máquinas de moer carne, cortadores de unha, satélites artificiais. Todos são artefatos produzidos pela arte dos homens [...]. Para se construir um modelo, fazemos uso não de materiais sólidos, mas de conceitos".

ainda uma outra percepção de que as organizações conformam estruturas adaptativas que existem nos processos de troca com o ambiente e, neste caso, tanto cultura como organização são estudadas por meio de modelos de relacionamento que ocorrem no interior e exterior das organizações e buscam a previsibilidade e o controle organizacional (SMIRCICH, 1983).

Reafirmando estes pensamentos de Smircich, pode-se dizer que a “corrente predominante”, de inspiração funcionalista e instrumental, representada por autores como Deal e Kennedy, Peters e Waterman, Schein, Pettigrew, Weick, Allaire e Firsirotu, advoga que a cultura pode ser, ou não, eficiente e bem sucedida, “diagnosticável”, reconhecível. Além disto, desde que se tomem certas precauções metodológicas, a cultura pode ser transformada, manipulada, mudada e até criada por líderes, campeões, heróis e modelos, que lhe imprimem valores e símbolos. Isto é, a cultura, nesta orientação, é entendida como uma variável que a organização possui (AKTOUF, 1993, p. 40).

Schein (1992, p. 12) elaborou um completo estudo sobre cultura organizacional, baseando suas idéias no campo da psicologia organizacional. Para ele,

a cultura organizacional é o modelo dos pressupostos básicos, que determinado grupo tem inventado, descoberto ou desenvolvido no processo de aprendizagem para lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna. Uma vez que os pressupostos tenham funcionado bem o suficiente para serem considerados válidos, são ensinados aos demais membros como a maneira correta para se perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas.

Schein (2001, p. 31) considera que a cultura pode ser apreendida através de três níveis: o primeiro, intitulado nível dos artefatos visíveis, é o mais externo e perceptível, “o que se vê, ouve e sente enquanto se está por lá”. O segundo é chamado de nível dos valores; e o terceiro, onde se encontram as certezas tácitas profundas, é nomeado de pressupostos básicos. Menciona, ainda, que a cultura organizacional deve ser estudada através de uma postura clínica e não etnográfica e que ela surge, evolui, sobrevive e se modifica numa abordagem dinâmica e funcional (SCHEIN, 1992).

Pettigrew (1979; 1996, p. 146), baseada em Schein (1985), Barney (1986) e outros, refere que a cultura organizacional é um fenômeno “que existe numa

variedade de níveis diferentes”. Para este autor, “no nível mais profundo, a cultura é pensada como um conjunto complexo de valores, crenças e pressupostos que definem os modos pelos quais uma empresa conduz seus negócios”, sendo estes pressupostos e crenças apresentados externamente pelas “estruturas, sistemas, símbolos, mitos e padrões de recompensas dentro da organização”. Ele menciona, também, ser muito mais fácil ajustar as manifestações de cultura do que modificar as crenças e pressupostos básicos de uma organização, mesmo que para modificar a cultura organizacional tenha que haver uma alteração de ambas.

No Brasil, Fleury (1996, p. 22), partindo da concepção de Schein e acrescentando-lhe a dimensão política, que entende ser inerente ao fenômeno da cultura organizacional, propõe que a cultura organizacional seja concebida

como um conjunto de valores e pressupostos básicos expresso em elementos simbólicos, que em sua capacidade de ordenar, atribuir significações, construir a identidade organizacional, tanto agem como elemento de comunicação e consenso, como ocultam e instrumentalizam as relações de dominação.

Fleury (1996), então, indica uma proposta metodológica para desvendar a cultura de uma organização, envolvendo o histórico das organizações, o processo de socialização de novos membros, a política de recursos humanos, o processo de comunicação, a organização do processo de trabalho e técnicas de investigações (qualitativas ou quantitativas) dependentes do enfoque dado ao estudo.

Freitas (2007, p. 13) aponta que a visão funcionalista, que enxerga a cultura como uma variável, é a mais corrente, pois indica respostas pragmáticas para os problemas de ordem gerencial “e é onde encontramos praticamente todas as contribuições sobre análise de *performance*, *design* e análise organizacional, como também estudos normativos, prescritivos e interpretativos sobre o funcionamento da organização”. Para esta autora, a cultura de uma organização expressa, além de um modo de vida, um conjunto de normas, crenças e valores que acabam por repercutir no que se faz e no como se faz no cotidiano desta organização, isto é, na forma como o trabalho se organiza, como a autoridade é exercida e como as pessoas são recompensadas ou controladas. Freitas (2006, p. 97) entende a cultura organizacional sob dois aspectos

primeiro, como instrumento de poder; e, segundo, como conjunto de representações imaginárias sociais que se constroem e reconstroem nas relações cotidianas dentro da organização e que se expressam em termos de valores, normas, significados e interpretações, visando um sentido de direção e unidade, tornando a organização fonte de identidade e de reconhecimento para seus membros.

Como exemplo do emprego da corrente funcionalista, na área da saúde, apresento o estudo de Forte (1996), intitulado “Cultura organizacional em saúde: padrões culturais em emergências hospitalares”, que buscou compreender os padrões culturais das organizações de emergências hospitalares de Fortaleza-Ceará. Em sua pesquisa, a autora identificou fatos que acabaram por construir os padrões culturais em emergência hospitalar e, afora isto, verificou a existência de um número bem grande de padrões negativos que, sendo prejudiciais ao funcionamento do serviço, conduzem a uma cultura disfuncional. Para tal, Forte (1996) utilizou os enfoques teóricos metodológicos de Schein (1982).

Nesta mesma linha, Perroca & Soler (1998), em “O desempenho profissional de enfermeiras de um hospital de ensino: influência da cultura organizacional”, desvelaram aspectos culturais de um hospital de ensino através da percepção de enfermeiras. Entre eles, destacaram a existência da hegemonia médica, com a subordinação das enfermeiras, e a exigência da instituição com o cumprimento de funções sem que esta proporcione condições para tal. As autoras utilizaram um referencial teórico, que compreende autores como Schein (1992), Fleury (1989), Freitas (1991), Pettigrew (1989), entre outros, e adotaram a fenomenologia para situar o fenômeno cultura organizacional.

O estudo intitulado “O processo de formação de cultura organizacional em um hospital filantrópico”, de autoria de Machado & Kurcgant (2004), desvendou traços culturais de um hospital filantrópico. Foram empregadas como referencial metodológico as proposições de Thevenet (1989), e Schein (1986) guiou a construção da entrevista. Ficou evidenciado que, quando um grupo ingressa em uma instituição, há uma tendência a considerar que alguns valores devem ser transformados, acarretando uma reestruturação na maneira de gerir a organização, o que ocasiona um conflito caracterizado pela ânsia da mudança e a conservação do antigo.

1.3.2 A visão interpretativista

A Cognição Organizacional, Processos Inconscientes e Organizações e o Simbolismo Organizacional têm a visão de que a cultura é uma metáfora e estão associadas ao modelo interpretativista. Estes flancos concebem a organização como uma maneira peculiar da expressão humana e como um mecanismo epistemológico que fundamenta o estudo das organizações como fenômeno social. Soma-se a isto a visão de que o mundo social e organizacional existem como relacionamentos simbólicos, os quais possuem significados que são sustentados pela interação humana (SMIRCICH, 1983).

A Cognição Organizacional pressupõe a cultura como um *master contract*, onde estão inclusas a auto-imagem da organização e as regras que constituem e regulam as crenças e ações à luz desta sua auto-imagem. A perspectiva simbólica procura interpretar, ler ou decifrar o discurso simbólico através do qual a experiência torna-se significativa. Os Processos Inconscientes e Organizações enfatizam as expressões dos processos psicológicos inconscientes, onde as organizações são entendidas como uma projeção destes processos inconscientes e analisadas sob dois ângulos: o de fora da consciência e o de suas manifestações conscientes (SMIRCICH, 1983).

O simbolismo organizacional trata a cultura como sistemas de símbolos e significados compartilhados e busca descrever os sistemas temáticos de significados que estão subjacentes às atividades (temas de cultura), para decifrá-los e compreendê-los. Estes temas representam, enquanto expressões de várias modalidades simbólicas, o cerne da linguagem simbólica de uma organização como cultura (SMIRCICH, 1983).

Assim, sob a perspectiva simbólica, na análise organizacional, uma organização “é concebida como um padrão de discurso simbólico, que precisa ser interpretado, lido ou decifrado para ser compreendido”. Neste caso, a linguagem, como simbólica, mantém os padrões, e facilita o compartilhamento de significados e realidades expressos em valores, crenças e ações. A análise cultural processa-se, então, pela interpretação e compreensão que os indivíduos possuem sobre suas experiências e como estas se relacionam com suas ações (PAZ & TAMAYO, 2004, p. 30-31).

Autores como Chanlat (1993), Dupuis (1993) e Aktouf (1993), entre outros, são seguidores deste modelo em que as organizações são vistas como grupos que constroem significados, sendo que o reconhecimento destes significados ocorre pela leitura e interpretação das ações simbólicas expressas pelos sujeitos. Este olhar tem resultado em uma maneira diferenciada de perceber os fenômenos das organizações, qual seja a de captar a dinâmica organizacional a partir das interações cotidianas do grupo que está sendo estudado. Aktouf (1993, p. 51), por exemplo, segue a idéia de que a cultura “é um complexo coletivo feito de ‘representações mentais’ que ligam o imaterial ao material”, e de que a imaterialidade simbólica inscreve-se nas estruturas e nas vivências do cotidiano, mantendo uma relação com o material, que é anterior ao imaterial.

A questão da dimensão simbólica no universo organizacional parece remontar à década de 30 do século XX, quando foram efetuados os estudos de Elton Mayo e seus colaboradores, nos quais já transpareciam alguns indícios da presença da cultura nas organizações, enquanto sistemas ideológicos e simbólicos (AKTOUF, 1990).

A perspectiva simbólica importa-se em descobrir como a vivência torna-se significativa e inclui três focos: a maneira como os indivíduos interpretam e entendem suas experiências e como esta interpretação está ligada à ação; “o exame dos processos básicos, através dos quais os grupos chegam a compartilhar interpretações para as experiências que permitem a organização das atividades”; e “como criar e manter um senso de organização e atingir interpretações comuns das situações que coordenam a ação” (FREITAS, 1991, p. 6).

Wright (1994) menciona que, a partir da mudança da visão da organização como racional e cheia de fatos objetivos, para um paradigma em que esta é encarada como um grupo, em que os significados são socialmente construídos, houve a necessidade da utilização da abordagem interpretativa, para dar conta da compreensão dos fenômenos organizacionais.

No rumo do interpretativismo, Morgan (1996, p. 141) cita que é possível entender conceitos organizacionais corriqueiros, regras e procedimentos como esquemas interpretativos pelos quais se constrói e se dá sentido à realidade organizacional, bem como é possível compreender a maneira através da qual a organização dá sentido ao seu ambiente como um processo de reinterpretção

social.

Segundo Thévenet (1989) a cultura é o patrimônio de uma coletividade, o resultado de sua experiência, que é representado pelo conjunto de referências dos seus integrantes para lidar com a realidade. A cultura de empresa, que se manifesta através da criação coletiva de sinais e símbolos, define a identidade desta empresa, sendo que o sistema de regras organizacionais é condicionado pela cultura. Neste prumo, a cultura não só operaria através das pessoas como também dos sistemas de gestão e de outros processos organizacionais. Para este autor, na relação entre cultura e gestão, questões como a coesão interna da organização e a relação com o meio devem ser levadas em conta. Uma gestão competente, nesta concepção, não estaria relacionada apenas com a capacidade de resolver problemas, mas, também, com as possibilidades de inter-relação com outras organizações na busca pela realização da missão institucional.

Ainda para Thévenet (1989), tal como para Morgan (1996), a mudança da cultura não pode ser operada de maneira mecanicista. Para o primeiro, a empresa pode ser uma cultura e pode ter uma cultura. Estes dois autores assentam-se no interpretativismo por terem o mesmo entendimento sobre a dificuldade da mudança da cultura organizacional citada acima. E, mais ainda, pela aproximação de Thévenet com Geertz, na medida em que ambos observam a organização como portadora de cultura e ela mesma, a própria cultura.

Na mesma orientação, Pettigrew (1979), que anteriormente havia sido considerada como pertinente à corrente funcionalista¹⁰, junta-se a Geertz (1989, 2001a, 2001b) e Thévenet (1989), em sua concepções de que o homem cria sua cultura e é, também, criado pela mesma. A autora assume que cultura organizacional é “um sistema de significados aceitos pública e coletivamente por um dado grupo num dado tempo. Esse sistema de termos, formas, categorias e imagens interpretam para as pessoas as suas próprias situações” (PETTIGREW , *op. cit.*, p. 574).

Porém, foi Geertz (1989, 2001a, 2001b), um dos principais representantes da antropologia interpretativa/hermenêutica, quem emprestou, de maneira mais

¹⁰ Este posicionamento de autores em uma ou outra corrente é uma maneira didática de agrupar seus pensamentos acerca de cultura organizacional. Por vezes, os distanciamentos epistemológicos sobre cultura e cultura organizacional postuladas são tão sutis e tênues que os autores poderiam compor qualquer uma das vertentes.

contundente, suas concepções de cultura ao simbolismo organizacional, que se converteram em um dos modelos interpretativos mais utilizados nos estudos organizacionais¹¹. Para Geertz (1989), a cultura é um sistema de relações e significados que permite uma descrição inteligível de comportamentos, valores, crenças e princípios dos diferentes grupos.

Seguindo as pegadas de Geertz, Barbosa (1996, p. 16) refere que a cultura administrativa é

Um sistema de símbolos e significados de domínio público, no contexto do qual as tarefas e práticas administrativas podem ser descritas de forma inteligível para as pessoas que dela participam ou não. Do ponto de vista mais pragmático pode ser entendida como regras de interpretação da realidade, que necessariamente não são interpretadas univocamente por todos, de forma a permanentemente estarem associados seja à homogeneidade ou ao consenso. Estas regras podem e são reinterpretadas, negociadas e modificadas a partir da relação entre a estrutura e o acontecimento, entre a história e a sincronia.

Nesta idêntica linha, Motta (1995, p. 199) enfatiza a questão do significado, quando refere que “a cultura é um sistema de símbolos e significados compartilhados [...]”. Segundo o autor, as ações simbólicas expressas pelos indivíduos necessitam ser interpretadas, lidas ou decifradas para que sejam entendidas, pois “a cultura é um contexto de significados” (MOTTA, *op. cit.* p. 201). Cavedon (2000, p. 33-34) também relaciona a cultura organizacional com uma rede de significações “que circulam dentro e fora do espaço organizacional, sendo simultaneamente ambíguas, contraditórias, complementares, díspares e análogas implicando ressemantizações que revelam a homogeneidade e heterogeneidade organizacionais”.

Exemplificando a corrente interpretativista, através da produção científica em forma de artigos na área da saúde, cito a investigação “Interfaces das mudanças hospitalares na ótica da enfermeira-gerente”, de Costa et al. (2004). Nesta, os autores apoiaram-se no referencial teórico de Chanlat (2000) e Motta (1991), tendo por opção metodológica a análise de conteúdo de Bardin (1979) e a técnica de Análise Temática. Os resultados da pesquisa indicaram que as mudanças nos

¹¹ Clifford Geertz e a antropologia simbólica interpretativa/hermenêutica serão enfocados mais detalhadamente no Capítulo II deste estudo.

modos de gestão foram influenciadas pela dinâmica organizacional, pela formação profissional das gerentes e pelas especificidades da função gerencial, sendo o Sistema Único de Saúde o principal fator externo que interfere na organização e os fatores organizacionais e profissionais aqueles que influenciam o cotidiano das gerentes.

Outro exemplo parte do estudo “O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro” onde Prochnow.; Leite; Erdmann. (2005) denotaram especificidades culturais expressas como conflitos no âmbito da gerência do enfermeiro em um Hospital Universitário, através do referencial teórico de Geertz. Os resultados da investigação apontaram para a incorporação de elementos ideológicos e de mecanismos de controle e de poder, que se manifestam na organização do trabalho. Perceberam, também, a efetivação de políticas alicerçadas em valores da própria profissão, sendo que as práticas exercidas destacam uma construção cultural que auxilia na compreensão dos processos cognitivos, sociais e comportamentais, que organizam as interpretações e as respostas para prática gerencial do enfermeiro.

1.4 ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES: OS HOSPITAIS PÚBLICOS BRASILEIROS

Os hospitais ou os locais identificados com este fim, no decorrer dos tempos, tomaram diversas configurações que acompanharam os momentos políticos, sociais e econômicos que se processaram em cada período histórico.

Assim, por exemplo, durante a Antigüidade, os doentes cultuavam deuses e eram acolhidos em templos, onde monges eram responsáveis pelo alívio de seus males (REZENDE 1989).

Na Idade Média, os cuidados de saúde eram realizados por diversos agentes leigos ou religiosos no domicílio do doente, ou, algumas vezes, em uma “espécie de consultório montado na residência de quem prestava o serviço”. Os hospitais medievais, ocupados em cuidar e abrigar, possuíam um apelo eclesiástico e social, já que “confundiam-se com os santuários que se erigiam na vizinhança dos mosteiros sob inspiração e direção religiosa”, pois “as seitas religiosas determina-

vam que, ao lado da igreja, das habitações de comunidades religiosas, se construíssem enfermarias ou organizações de assistência aos enfermos” (PIRES,1998, p. 84).

O surgimento dos hospitais propriamente ditos fez com que estes agregassem ao seu objetivo caritativo e religioso a característica de serem locais de exclusão, onde eram “depositados”, primeiramente os leprosos, depois os loucos e, por fim, todos aqueles que eram indesejáveis ao convívio social (FOUCAULT 1996).

O primeiro hospital foi criado por frei Miguel Contreiras, em Portugal. Em anexo, funcionava um asilo de órfãos e um recolhimento de donzelas e viúvas. Além deste serviço, havia o de adoção de órfãos, o patrocínio dos presos, o consolo extremo e o piedoso funeral aos padecentes. Sob esta idéia, a palavra “hospital” era utilizada como sinônimo de “albergue”, pois abrigava pobres, desvalidos e doentes (PADILHA, 1998).

No Brasil, a Santa Casa de Misericórdia de Santos foi criada por Brás Cubas, em 1543 (CARNEIRO, 1986). A seguir, foram fundadas a Santa Casa de Vitória, entre 1545 e 1555, a Santa Casa de Olinda, em 1560, a Santa Casa de São Paulo, em torno de 1560, a Santa Casa de Ilhéus, em 1564, a Santa Casa de Salvador, entre 1549 e 1572, e a Santa Casa do Rio de Janeiro (1585) (RUSSELL-WOOD, 1981).

Estas congregações surgiram e foram mantidas durante séculos pela concepção cristã do espírito caritativo para a salvação de almas, que teve sua gênese na criação das instituições portuguesas como as Irmandades de Misericórdia. As Santas Casas, mesmo que recebessem doentes, dedicavam-se também a atender toda a sorte de desvalidos, como mendigos, enjeitados, órfãos e pessoas que não podiam se manter social ou economicamente (RUSSELL-WOOD, 1981; PADILHA, 1998).

A assistência a doentes parece ter se efetivado a partir de necessidades das forças armadas em manter seu efetivo operante, de tal modo que, em 1727, começou a funcionar o primeiro hospital militar do Brasil, no Morro de São Bento, no Rio de Janeiro, que originou o Hospital Real Militar. Em 1753, entrou em atividade o Hospital do Desterro, em Florianópolis (GUIMARÃES, 1989).

A configuração de uma política médica, para a saúde e o bem-estar da população brasileira, iniciou com a chegada da Corte em 1808 (PADILHA, 1998). Nesta época, havendo a urgência, não só de abrigar doentes e carentes, mas de

formar cirurgiões para atendê-los, D. João VI fundou, na Bahia, o Colégio Médico-Cirúrgico, no Real Hospital Militar da cidade de Salvador e também a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro anexa ao Real Hospital Militar (SALLES, 1971). A partir de então, instalou-se a organização do espaço hospitalar e os hospitais tornaram-se locais de formação e aperfeiçoamento científico (PADILHA, 1998).

Até o início do século XIX, ocorreu um período em que tanto os hospitais como as práticas de saúde lá executadas, eram desprovidos de qualquer sistematização ou higiene (REZENDE, 1989). Por exemplo, na Santa Casa do Rio de Janeiro não havia uma preocupação com os aspectos básicos de ventilação, iluminação e isolamento de doenças contagiosas. A ocupação dos leitos era irregular e desorganizada e o hospital mais parecia um depósito de doentes do que propriamente um lugar de cura (PADILHA, 1998).

A partir da lógica da racionalidade capitalista e com o nascimento da enfermagem moderna de Florence Nightingale, a quem Trevisan (1988) destaca como a primeira administradora de serviços de enfermagem, houve uma organização geral dos hospitais. Simultaneamente, abraçando as tendências Nightingaleanas, a enfermagem institucionalizou-se com a função primeira de “implementar a organização racional do trabalho” (FERRAZ, 1995, p.17) e assim o fez, em princípio, no interior dos hospitais.

Ao final do século XIX e início do século XX, caminhando juntamente com outras organizações, o hospital enfrentou as influências das teorias administrativas de Taylor e Fayol, além da teoria burocrática de Weber. Nesta fase, o hospital adquiriu uma estrutura moderna de organização, buscando a competência e a eficiência, por meio da divisão social do trabalho. Revestiu-se, também, de um caráter racional, a partir do momento em que utilizou a autoridade, com base no saber, para possibilitar a racionalidade no processo administrativo, tornando-se uma organização burocrática (TREVISAN, 1988).

Com o fim da I^a Guerra Mundial, o governo brasileiro iniciou a regulamentação da assistência ao trabalhador urbano, pois com o aumento da população acompanhado pelo aumento dos acidentes de trabalho, causado pela industrialização pela qual passava o país, gerou um descompasso com a parca disponibilidade da assistência, que era essencialmente filantrópica. A discussão sobre os direitos à assistência ao trabalhador culminou, em 1923, com a criação das

Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), através da Lei Elói Chaves, organizadas por empresas e consideradas o protótipo do sistema previdenciário atual. Estas CAPs foram obrigadas, por esta nova legislação, a constituírem ambulatórios próprios e a fazerem convênios com as Santas Casas de Misericórdia para o atendimento hospitalar. Com esta nova situação, ficou exposta a fragilidade e a carência dos recursos hospitalares o que impulsionou o surgimento de novos ambulatórios e hospitais (GUIMARÃES, 1989).

Em 1930, os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) substituíram as CAPs e, em 1931, houve a criação do Ministério de Educação e Saúde (LUZ, 1982).

A década de 40, do século XX, caracterizou-se pela divisão do Estado em relação à saúde em dois ramos de atuação: um, que se ocupava com a saúde pública, de caráter preventivo, conduzido pelas de campanhas de vacinação; e outro, voltado à assistência médica, de caráter curativo, conduzido através da ação da previdência social (BRAGA, 1981).

Nos anos 50, houve a construção expressiva de grandes hospitais e altos investimentos em equipamentos hospitalares. Estes novos estabelecimentos tinham a função de agregar o atendimento médico de toda uma região, colocando em segundo plano a rede de postos de saúde, consultórios e ambulatórios, cujos custos eram bem menores. Neste momento, também alguns IAPs começaram a construir seus próprios hospitais, mas a insatisfação de algumas empresas com o atendimento médico oferecido fez com que surgisse a medicina em grupo (BRAGA, 1981).

Em 1966, o governo unificou todos os IAPs num sistema único, o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), que passou a concentrar todas as contribuições previdenciárias, incluindo a dos trabalhadores do comércio, da indústria e dos serviços em geral. O INPS, a partir de então, iniciou a administrar todas as aposentadorias, pensões e assistência médica dos trabalhadores do país. A sua função primordial, que até então era a de gerir a previdência social, passou a ser também a de prover a assistência médico-hospitalar aos beneficiários dos institutos de previdência, que foram extintos (COHN; ELIAS, 1996).

No ano de 1968, o governo fundou linhas de financiamento a fundo perdido para a construção de hospitais particulares, com o objetivo de aumentar o número de leitos para atender os trabalhadores inscritos no INPS. Nesta ocasião, houve a inclusão dos trabalhadores rurais na assistência à saúde, através do Fundo dos

Trabalhadores Rurais - FUNRURAL (COHN; ELIAS, 1996).

Já em 1974, com o intuito de ampliar a atenção sobre o social, o governo federal criou o Ministério da Previdência e Assistência Social. Juntamente com este ministério, foi instituído o FAS (Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social), que, na área da saúde, visou ao financiamento para a construção de mais estabelecimentos de saúde para atender à demanda crescente por assistência médica da população economicamente ativa (BUSS, 1995).

Durante o ano de 1977, ocorreu a unificação do INPS com o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), formando um único órgão, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS¹²), que se ocupou em administrar toda a rede de assistência médica hospitalar. Nesta década de 70, a Previdência Social teve sua maior expansão em número de leitos disponíveis em cobertura e no volume de recursos arrecadados, e também o maior orçamento da história (BRAGA, 1981)

Entretanto, a característica do atendimento à saúde basicamente hospitalar, o hospitalocentrismo, que sempre vigorou na idéia que se formou sobre os hospitais, começou a ser questionada no Brasil com o advento do movimento sanitarista, que surgiu no final da década de 60 e ganhou força nos anos 70. Assim, nesta época, ocorreu uma mobilização, através deste movimento, o Movimento pela Reforma Sanitária, para que o conceito de saúde passasse a expressar a qualidade de vida da população. Esta proposta ganhou força na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março de 1986, sendo que os desdobramentos das discussões efetuadas nesta conferência culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS)¹³ disposto na Constituição Federal de 1988¹⁴ (BRASIL, 1988).

¹² Extinto em 1993.

¹³ O SUS foi regulamentado pela Lei 8080 de 1990, Lei Orgânica da Saúde, e tem como objetivo principal garantir a assistência integral à população, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como pela organização e funcionamento dos serviços públicos de saúde abrangidos pelo sistema (BRASIL, 1990a). "O Sistema Único de Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim" (VASCONCELOS & PASCHE, 2007, p. 531).

¹⁴ Na constituição de 1988 ainda ficaram estabelecidos a incorporação do seguro-desemprego, o aumento do piso dos benefícios, o direito de ingresso ao sistema concedido a qualquer cidadão e a eliminação das diferenças entre trabalhadores rurais e urbanos (BRASIL, 1988).

O movimento da Reforma Sanitária possibilitou a construção de um novo sentido coletivo do direito democrático de acesso à saúde e propôs um outro ideário sanitário. Este ideário constituía-se, basicamente, entre outros, na universalidade e eqüidade do acesso à saúde, na garantia da saúde como direito individual, na reconceitualização da saúde, reconhecendo a determinação social no processo saúde-doença, na perspectiva de cuidado integral às necessidades da população, além da participação ativa do usuário na construção de estratégias de saúde (FLEURY, 1997).

No início da década de 90, a saúde em geral foi caracterizada pela redução da qualidade da assistência que era prestada e pelo sucateamento da infraestrutura, constituindo-se na degradação dos serviços públicos de saúde, inclusive daqueles creditados pelo SUS, ocasionando um aumento na procura pela assistência médica e pelos planos de saúde, afirma Bahia (2001) citado por Brasil (2002a). Mesmo que o discurso fosse o de priorização com a prevenção, não havia ações gerenciais para este fim, resultando na preponderância do financiamento das atividades para ambulatórios e hospitais de média e alta complexidade (BRASIL, 2002a).

Em 1990, diante do quadro caótico das organizações hospitalares, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Federação Latino-Americana de Hospitais lançaram o Manual de Acreditação Hospitalar, que visou melhorar a qualidade dos cuidados aos pacientes e acompanhantes e oferecer um ambiente livre de riscos para os usuários do serviço dentro de padrões de excelência reconhecidos internacionalmente. No Brasil, o hospital para receber o Certificado de Acreditação deve seguir uma série de passos dispostos no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2002b), que é o instrumento de avaliação da qualidade da organização hospitalar. Este Manual é composto de seções e subseções, que estipulam padrões definidos segundo três níveis de complexidade. Para cada nível são definidos itens de verificação que orientam a visita e preparação do hospital para a Acreditação Hospitalar.

Em 1996, o Ministério da Saúde publicou a Norma Operacional Básica 96 (NOB 01/96 de 06/11/96 - Portaria 2.203 - alterada pela Portaria 1.882, de 18/12/97 e modificada pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS - editada em 2002), que estipulou a regência dos municípios sobre os serviços de saúde,

cabendo ao gestor municipal, mediante cooperação entre a União e os Estados, gerenciar e prover a saúde de seus municípios. A NOB 96 propôs dois tipos de gestão que disciplinariam as responsabilidades dos gestores quanto à prestação dos serviços de saúde à população. Na primeira, intitulada Gestão Plena da Atenção Básica, os municípios passariam a ter sob sua administração a rede básica de postos e unidades de saúde e os hospitais conveniados com o SUS. Na segunda, os municípios gerenciariam os postos e unidades de saúde, ficando os hospitais sob a tutela do Estado (BRASIL, 1997; 2002c). Esta segunda opção é aquela que vem mais comumente sendo operacionalizada pelos municípios¹⁵. Com a municipalização da saúde, coube aos Conselhos Municipais de Saúde fiscalizar as ações das secretarias de saúde municipais, assim como aos Conselhos Estaduais de Saúde fiscalizar as ações das secretarias estaduais de saúde, na forma do controle social da saúde.

A respeito da NOB 96 e sua repercussão no gerenciamento dos hospitais, Bueno & Merhy (1997, p. 34) assim se posicionam:

[...] ao admitir duas tipologias de gestão - gestão plena do sistema e gestão plena da atenção básica - cria dois subsistemas de saúde, retrocedendo no princípio do sistema único, e o que é pior, se submete ao projeto de cunho neoliberal proposto pelo Ministério da Saúde e Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado em seu documento - "Sistema de Atendimento de Saúde do SUS" que prevê que "os hospitais estatais deverão, em princípio, ser transformados em organizações sociais, ou seja, em entidades públicas não estatais de direito privado com autorização legislativa para celebrar contratos de gestão com o poder executivo e assim participar do orçamento federal, estadual ou municipal. Esta "publicização" dos hospitais estatais, entretanto, não integra a reforma administrativa ora proposta. O essencial é a clara separação dos hospitais estatais - que fazem parte do Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar de cada município - do Subsistema de Distritos de Saúde desse mesmo município. Caberá ao Subsistema de Distritos de Saúde credenciar e contratar serviços dos hospitais estatais, os quais competirão, em termos de qualidade e custo dos serviços, com os hospitais públicos não estatais e mesmo com os hospitais privados.

¹⁵ “[...] Em março de 2006 já tínhamos 682 municípios habilitados à gestão plena do sistema de saúde, os demais municípios assumiam a gestão dos serviços básicos ou de atenção primária, e os 26 estados e o distrito federal eram gestores plenos do sistema, nos seus territórios” (VASCONCELOS; PASCHE, 2007, p. 550).

Somado a isto, o que se assistiu na década de 90, e que ainda se estende ao início do século XXI, é uma crise de financiamento do SUS, a qual vem abalando o setor hospitalar. Isto se traduz quando verificamos as emergências e os corredores lotados de usuários, pela falta de leitos nas unidades de internação, devido à limitação da capacidade instalada, a grande demanda reprimida da atenção hospitalar e a pequena resolução de todos estes problemas.

Afora os aspectos financeiros, esta crise hospitalar brasileira possui outras dimensões, estreitamente ligadas, quais sejam “os aspectos políticos; aspectos organizacionais (internos e externos); assistenciais; de formação profissional; e sociais” (BRASIL, 2004a, p. 12). Alguns destes problemas são assim enfocados pelo Ministério da Saúde:

Problema 1: Insuficiência relativa e má-distribuição dos leitos hospitalares, com alta concentração de leitos em algumas microrregiões (Sudeste e Sul) em alguns Estados (SP e RJ) e, no plano geral, nos municípios de grande porte da maioria dos Estados (capitais e municípios com mais de 100 mil habitantes). (BRASIL, *op. cit.*, p. 16).

Problema 2: Insuficiência de políticas e baixa capacidade de gestão da rede hospitalar por parte das instâncias governamentais, nos vários níveis de governo, e baixa capacidade gerencial dos estabelecimentos da rede hospitalar pública e privada. (BRASIL, *op. cit.*, p. 17).

Problema 3: Inadequação dos mecanismos de alocação dos recursos financeiros para a atenção hospitalar no SUS e insuficiência dos mecanismos de auditoria, controle e avaliação do uso dos recursos alocados na rede. (BRASIL, *op. cit.*, p. 18).

Problema 4: Grau incipiente de implementação da política de regionalização e hierarquização dos serviços no nível da maioria dos Estados, de modo a contemplar a redefinição das relações entre a rede básica e os serviços de média e alta complexidade, com reorientação do papel dos hospitais gerais e especializados- fortalecimento de redes assistenciais específicas e estabelecimento de sistemas de referência e contra-referência. (BRASIL, *op. cit.*, p. 19).

Problema 5: Grau incipiente de controle sobre a produção de serviços hospitalares, em quantidade e qualidade, que permita a análise da sua adequação ao perfil de necessidades de saúde da população atendida, bem como da avaliação da efetividade dos serviços e da satisfação dos usuários (BRASIL, *op. cit.*, p. 20).

Para amenizar estas graves dificuldades, algumas políticas públicas de

saúde¹⁶ vêm sendo adotadas, no rumo de reestruturar os hospitais integrados ao SUS econômica, política e assistencialmente, entre as quais se salienta a criação, pelo Ministério da Saúde, em 2001, do Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos¹⁷ sem fins lucrativos e o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001).

Ainda em 2001, foi lançado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), para assegurar a melhoria da assistência hospitalar, juntando-se a outras medidas abraçadas anteriormente nesta linha, como o Hospital Amigo da Criança (1992), a Norma Brasileira de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso (Método Mãe Canguru) (1999):

O PNHAH propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições. É seu objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade. Ao valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde, o PNHAH aponta para uma requalificação dos hospitais públicos, que poderão tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade (BRASIL, 2002d).

Na continuidade deste processo de reestruturação da malha hospitalar do

¹⁶ As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos. As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade. As políticas públicas se materializam através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados. Por isso, o acompanhamento dos processos pelos quais elas são implementadas e a avaliação de seu impacto sobre a situação existente devem ser permanentes (LUCCHESI, 2004, s/p).

¹⁷ Hospital Filantrópico é um “hospital privado, que reserva para a população carente serviços gratuitos, respeitando a legislação em vigor. Não remunera os membros de sua diretoria nem de seus órgãos consultivos, e os resultados financeiros reverterem exclusivamente à manutenção da instituição” (BRASIL, 1985). A legislação em vigor (BRASIL, 1999, p.16) estabelece que entidades filantrópicas são aquelas portadoras do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEAS), concedido pelo Ministério de Assistência e Promoção Social, que garante à instituição diversas isenções fiscais e tributárias. Em contrapartida, estas entidades devem oferecer 60% ou mais de suas internações ao SUS.

SUS, em 2003, foi formada uma Comissão Interinstitucional para a Reestruturação dos Hospitais de Ensino¹⁸, através da Portaria conjunta do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários de Ensino no Brasil, para reorientar e/ou formular a política nacional para o setor (BRASIL, 2003).

Entre os desdobramentos das propostas desta comissão surgiram, em 2004, o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS (BRASIL, 2004c) e o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2004d), ambos com o intuito de otimizar a política de saúde para estes segmentos. Estes programas baseiam-se no trabalho conjunto do Ministério da Saúde e dos gestores em busca do cumprimento de metas, além das tradicionais de produção, que envolvem a qualidade da assistência, o desenvolvimento de pesquisas e tecnologias, a formação e a qualificação de recursos humanos e o aprimoramento dos processos de gestão. Assim, os hospitais passam a receber a sua verba de acordo com o cumprimento das metas estabelecidas (BRASIL, 2004c; BRASIL, 2004d).

Somadas a estas providências, através da Portaria n. 1.44/GM de 1º de junho de 2004, foi instituída a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte¹⁹, que pretendeu oferecer um modelo de organização e financiamento que estimulasse “a inserção desses Hospitais de Pequeno Porte na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade às ações definidas para o seu nível de complexidade” (BRASIL, 2004e, s/p).

Da mesma forma, em 2005, o governo criou o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS, que reforçou o Programa anterior, de 2001. Este incentivo considerou, entre outros, a importância da participação do setor filantrópico no Sistema Único de Saúde, pela crise que atravessa, determinada por fatores relacionados à política de

¹⁸ Hospitais de ensino são “as Instituições Hospitalares que servirem de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam Hospitais Gerais e, ou Especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou, ainda, formalmente conveniados com Instituição de Ensino Superior” (BRASIL, 2004e). Atualmente, no Brasil, existem 149 hospitais de ensino e o total de leitos do SUS nestas organizações chega a 43.654 leitos (BRASIL, 2008).

¹⁹ Hospital de pequeno porte é aquele “com capacidade instalada de até 50 leitos” (BRASIL, 1985, p. 15).

financiamento, ao perfil assistencial e de gestão destas unidades hospitalares, bem como ao processo de inserção no sistema locorregional de saúde e à necessidade de buscar alternativas de apoio gerencial que favoreçam o saneamento financeiro dessas instituições, dentro das prerrogativas e princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005c).

Entretanto, estas ações não são suficientes para configurar um novo modelo de hospital que atenda as reais necessidades da população, pois, neste percurso histórico, os hospitais do SUS foram afetados por este ensaio constituído pelas políticas de saúde, ainda, entretanto, envolvidos na sua própria figura hospitalocêntrica. Pois, mesmo tendo acompanhado muito vagarosamente a proposta, que lhe imputou novas funções, além daquelas essencialmente curativas que vinha exercendo, a realidade da rede de serviços hospitalares brasileiros do SUS chega à atualidade operacionalizando um “novo cenário sanitário e com diretrizes gerais para as políticas públicas de saúde, em muito, conflitantes com a prática desenvolvida nessas instituições” (BRASIL, 2004a, p. 9).

Assim, preconiza-se que devam existir novos desenhos do modelo technoassistencial a ser operado nos hospitais públicos, que incorpore alguns princípios como aqueles descritos em 1997 por Merhy (2002) e que vêm, inegavelmente, aos poucos, sendo efetivados, como uma gestão democrática que incorpore os usuários, os trabalhadores e o governo; um sentido de saúde como direito e cidadania, e um serviço público que congregue a idéia de saúde voltada para a defesa da vida individual e coletiva.

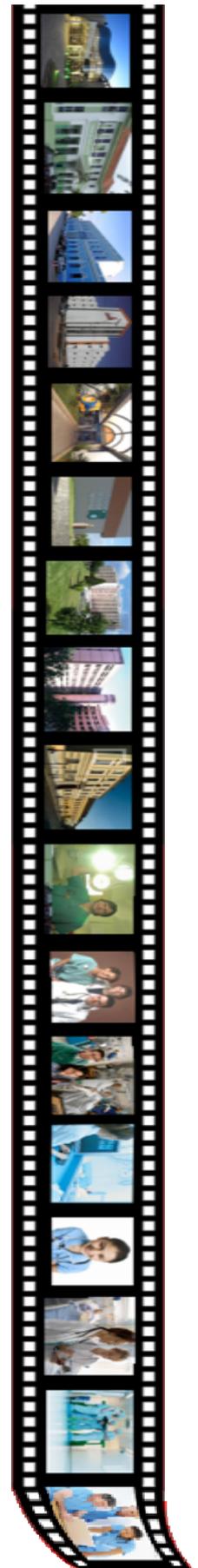
Movimentos neste rumo e no de revitalizar os hospitais econômica e gerencialmente vêm sendo operados e, em 2007, o Ministério da Saúde desenvolveu uma proposta para converter os hospitais públicos, da administração direta, em fundações independentes regidas pelo direito privado, que envolve o estabelecimento de conselhos de governança com autoridade para tomada de decisões voltadas à utilização de todos os recursos. Outros arranjos organizacionais como aqueles que transformaram os hospitais em Organizações Sociais de Saúde, na cidade de São Paulo, parecem ter a melhoria do seu desempenho relacionada com “independência e flexibilidade para gerenciar recursos, definir o perfil de pacientes a ser atendido (*case mix*), fazer ajustes de capacidade, realocar recursos e realizar outras funções gerenciais [...]” (FORGIA & COUTTOLENC, 2008, p. 13).

Deste modo, para este cenário hospitalar da rede do SUS²⁰, exposto sinteticamente, o desafio que se avizinha, nos dias de hoje, delinea-se pelo seu próprio percurso na história, que foi e será determinado por inúmeros e complexos fatores, como a evolução dos modelos de organização e gestão em saúde e a redefinição de perfis epistemológicos e das práticas assistenciais, pelos quais perpassam o campo do poder corporativo-institucional e os valores e representações sociais dos usuários em relação à instituição Hospital (BRASIL, 2004a).

²⁰ A gestão do SUS é “responsabilidade da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, que, por meio dos seus órgãos gestores, utilizam vários instrumentos de gestão objetivando garantir e aperfeiçoar o funcionamento do sistema de saúde” (BRASIL, 2004f, p. 55).

Capítulo 2

Símbolos. Tudo símbolos.
Se calhar, tudo é símbolos... [...]
(FERNANDO PESSOA-ÁLVARO DE CAMPOS, 1960, p. 352).



CAPÍTULO II - A CULTURA SOB A ÓTICA DO INTERPRETATIVISMO HERMENÊUTICO DE GEERTZ

A lógica deste capítulo, destinado a expor algumas questões do referencial teórico adotado no estudo, estabeleceu-se a partir do ponto em que percebi que um entendimento maior sobre a antropologia e a hermenêutica conduzir-me-ia a uma melhor compreensão da antropologia interpretativa/hermenêutica de Geertz.

Porém, no decorrer desta construção, a Hermenêutica mostrou-se, além de mediadora do processo, parte fundamental às questões da interpretação por onde este estudo caminhou e estabeleceu, juntamente com Geertz, um duplo sustentáculo teórico à pesquisa, mesmo que sua presença tenha sido menos substantiva do que o modo com que os pensamentos geertzianos foram postos. Esta concepção conduziu-me a um juízo pessoal de que a hermenêutica é bem mais um “estado de espírito” do que propriamente um exercício de expressão teórica.

Assim, neste capítulo, primeiramente, discorro sobre a antropologia em geral para, em seguida, dispor sobre algumas idéias de Clifford Geertz e a antropologia simbólica/interpretativa/hermenêutica e, no prosseguimento, apresentar a hermenêutica.

2.1 UM ENCONTRO COM A ANTROPOLOGIA

No decorrer da história, vários cientistas ocuparam-se em estudar “o conjunto de fatos que se repetem e têm uma constância verdadeiramente sistêmica, já que podem ser vistos, isolados e, assim, reproduzidos dentro de condições de controle razoáveis num laboratório”. Outros dedicaram-se aos eventos cujas determinações são mais complexas e que podem se manifestar “em ambientes diferenciados”, o que possibilita a mudança de seu significado, “de acordo com o ator, as relações existentes num dado momento e, ainda, com a sua posição numa cadeia de eventos anteriores e posteriores” (DAMATTA, 1987, p. 17). Estas distinções, entre outras tantas, mesmo que dispostas nesta superficialidade,

consagraram as ciências naturais, sociais e humanas.

Lévi-Strauss (2003, p. 401) entende a antropologia como parte das ciências sociais e assim se manifestou nesta questão:

[...] a antropologia não poderia, em caso algum, concordar em deixar-se destacar, quer nas ciências exatas e naturais (às quais a liga a antropologia física), quer nas ciências humanas (às quais está presa por todas estas fibras que lhe tecem a geografia, a arqueologia e a lingüística). Se ela devesse, obrigatoriamente, escolher uma subordinação, proclamar-se-ia ciência social, mas não na medida em que este termo permitisse definir um domínio separado, antes, ao contrário, porque ele sublinha um caráter que tende a ser comum a todas as disciplinas: pois mesmo o biólogo e o físico mostram-se hoje cada vez mais conscientes das implicações sociais de suas descobertas ou, para dizer melhor, de sua *significação antropológica*.

Etimologicamente, antropologia advém da palavra grega *anthropos*, que significa homem e *logos*, que significa estudo, ciência. Sendo assim, a antropologia consiste na ciência que estuda o ser humano como um todo, residindo aí sua diferença das outras disciplinas que também o estudam. O surgimento da antropologia deu-se com a própria cultura da humanidade, a partir de reflexões do ser humano sobre si e sobre o universo – sua origem, sua realidade e seu destino expressos em manifestações culturais como gravuras, esculturas, desenhos, ferramentas, formas de organização social, formas de vida (MELLO, 2004).

Vários estudiosos, ao longo do tempo, buscam descobrir uma significação para a diversidade dos modos de comportamento existentes entre diferentes povos e, com isto, descreveram inúmeras culturas particulares. Heródoto (484-424 a.C.) ocupou-se em narrar aos gregos suas viagens; César e Tácito (55-120 a.C.) escreveram sobre os costumes dos germânicos e gauleses; e Marco Polo e Ibn Batuta relataram as peculiaridades dos costumes dos povos do Extremo Oriente e da África. (BOAS, 2005). Soma-se a estes, o Padre José de Anchieta (1534-1597) que, no Brasil, no século XVI, discorreu sobre os costumes pratrilineares dos índios Tupinambás (LARAIA, 2005).

A antropologia constituiu-se em um saber pretensamente científico somente ao final do século XVIII, quando tomou “o homem como objeto de conhecimento e não mais a natureza”. Adquiriu legitimidade como ciência na segunda metade do século XIX, “durante o qual a antropologia se atribui objetos empíricos autônomos:

as sociedades ditas 'primitivas', ou seja, exteriores às áreas de civilização européias ou norte-americanas" (LAPLANTINE, 2002, p. 13). No início do século XX, a antropologia firmou seus próprios métodos de produção de conhecimento e passou por uma crise de identidade, uma vez que percebeu "que o objeto empírico que tinha escolhido (as sociedades 'primitivas') está desaparecendo; pois o próprio universo dos 'selvagens' não foi de forma alguma poupado pela evolução social" (LAPLANTINE, *op. cit.*, p. 15).

Esta crise proporcionou uma transformação/auto-reflexão tanto do papel da antropologia em si quanto do seu objeto, fazendo com que a antropologia adquirisse uma legitimidade afirmando a especificidade de sua prática, "através de uma abordagem epistemológica constituinte". Assim, a antropologia passou a tecer um olhar, "um certo enfoque que consiste em: a) *o estudo do homem inteiro*; b) o estudo do homem em *todas* as sociedades, sob *todas* as latitudes em *todos* os seus estados e em *todas* as épocas" (LAPLANTINE, 2002, p. 16).

Entretanto, Geertz (2001b), em "Nova luz sobre a antropologia", discute a natureza da antropologia como ciência e questiona seus limites, seu objeto, sua relação com as ciências sociais e sua condição diante da diversidade cultural, demonstrando que a antropologia permanece em erupção. Em relação ao objeto, Geertz posiciona-se afirmando que o objeto primeiro da antropologia, o primitivo, o exótico existiu somente até o século XIX, visto estar havendo uma diminuição das diferenças culturais, fazendo com que se opere, constantemente, no seu interior, debates metodológicos e teóricos. Geertz também disserta sobre a possibilidade da antropologia constituir-se em uma ciência e alega que esta está mais voltada a enfatizar a etnografia como método do que saber se realmente é uma ciência. Por outro lado, o autor dispõe que existem antropólogos que consideram haver uma falta de coerência interna na antropologia, indo de encontro à visão das pessoas externas de que a antropologia é uma força poderosa dos estudos sociais e humanos.

Com o exposto, verifica-se que os antropólogos estão questionando suas verdades e criticando seu conhecimento, revitalizando a antropologia pela reconstrução de novas teorias, o que possibilita a sua evolução:

As tendências acadêmicas da antropologia conhecidas como modernismo, posteriormente, como pós-modernidade, sediaram uma forma de reflexão que se inclina ao debate sobre a vida humana e seus processos e atravessam as fronteiras das ciências. A transposição das linhas demarcatórias entre especializações disciplinares indica estarem os saberes antropológicos seguindo a direção de uma humanização “por dentro”, rumo a um reconhecimento da verdade (GODOY, 2004, p. 22).

A abordagem antropológica objetiva considerar as múltiplas dimensões do ser humano em sociedade, vinculando campos de investigação freqüentemente separados e buscando não parcelar o ser humano. Assim, o conhecimento antropológico organiza-se em diversas áreas, que mantêm relações entre si e indicam os aspectos que são evidenciados em particular: 1) A antropologia biológica (anteriormente designada de antropologia física), que enfoca os aspectos genéticos e biológicos do ser humano no tempo e no espaço, levando em consideração os fatores culturais. 2) A antropologia pré-histórica, ligada à arqueologia, que estuda as questões das condições de existência dos grupos humanos desaparecidos, pelas ossadas humanas enterradas no solo e quaisquer marcas de atividade humana. 3) A antropologia lingüística, que se interessa pelos dialetos e técnicas de comunicação moderna. 4) A antropologia psicológica, “que consiste no estudo dos processos e do funcionamento do psiquismo”. 5) A antropologia social/cultural, “que diz respeito a *tudo* que constitui uma sociedade” e a maneira com a qual “seus modos de produção econômica, suas técnicas, sua organização política e jurídica, seus sistemas de parentesco, seus sistemas de conhecimento, suas crenças religiosas, sua língua, sua psicologia, suas criações artísticas” estão relacionados “e através da qual aparece a especificidade de uma sociedade” (LAPLANTINE, 2002, p. 19).

A antropologia cultural possui uma corrente simbólica que, por sua vez, dá origem a uma vertente interpretativa ou hermenêutica. Sobre esta última e seu principal representante, Clifford Geertz, é sobre o que versa o texto a seguir.

2.2 CLIFFORD GEERTZ E A ANTROPOLOGIA SIMBÓLICA INTERPRETATIVA/HERMENÊUTICA

A antropologia interpretativa/hermenêutica, além de ser utilizada vastamente nos estudos das ciências sociais em geral, vem servindo, também, de base para algumas investigações na área da saúde e da enfermagem que, via de regra, têm como objeto a compreensão dos significados expressos pelos sujeitos sobre sua realidade de saúde/doença ou do trabalho na saúde. Isto tem ocorrido porque pesquisa antropológica, atualmente, não se restringe mais somente aos povos primitivos e intocados e, sim, vem expandindo-se para o estudo de todas as sociedades (GEERTZ, 2001b).

Estudos como o de Silva (2000), em que a autora desvenda o itinerário terapêutico de um grupo de pacientes com diabetes mellitus através da antropologia interpretativa e o de Monticelli (2003), intitulado “Aproximações culturais entre trabalhadores de enfermagem e famílias no contexto do nascimento: uma etnografia de alojamento conjunto”, são exemplos da efetiva aplicabilidade da antropologia interpretativa e da etnografia nas investigações que envolvem a saúde e o cuidado.

Um dos principais representantes da antropologia interpretativa é Clifford Geertz (★ 1926 † 2006), que desenvolveu suas idéias, principalmente, a partir da segunda metade do século XX, e expressou-as em obras como “A interpretação das culturas” (1989), “O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa” (2001 a), “Nova luz sobre a antropologia” (2001b), “Obras e vidas: o antropólogo como autor” (2002) e “Observando o Islã: o desenvolvimento religioso no Marrocos e Indonésia” (2004), entre outras. Para o autor, a vocação da antropologia interpretativa “não é responder às nossas questões mais profundas, mas colocar à nossa disposição as respostas que outros deram [...] e assim incluí-las no registro de consultas sobre o que o homem falou” (GEERTZ, 1989, p. 21).

A antropologia interpretativa ou hermenêutica tem como objeto o estudo da cultura, através da interpretação dos significados apresentados pelos sujeitos em suas práticas sociais e da descrição microscópica e densa da realidade em questão. A tarefa da hermenêutica, atualmente, é a de “entender, de alguma forma, como ‘entendemos entendimentos’ diferentes do nosso” (GEERTZ, 2001a, p. 12).

Geertz sustenta que a organização da vida social acontece através de símbolos, como sinais, representações, e que seu sentido deve ser captado se quisermos entendê-la e formular princípios a seu respeito. Assim, a explicação interpretativa “concentra-se no significado que instituições, ações, imagens, elocuições, eventos, costumes – ou seja, todos os objetos que normalmente interessam aos cientistas sociais – têm para seus ‘proprietários’”. Da mesma forma, “o estudo interpretativo da cultura representa um esforço para aceitar a diversidade entre as várias maneiras que seres humanos têm de construir suas vidas no processo de vivê-las” (GEERTZ, 2001a, p. 37, 29).

Clifford Geertz visualiza a cultura como um conjunto de mecanismos de controle, como planos, receitas, regras, instruções, que ordenam o comportamento do homem, tornando-o dependente de tais mecanismos e sem os quais este comportamento seria fatalmente ingovernável. Entretanto, esta cultura não é acrescentada ao ser humano acabado (no decorrer de sua existência); ela é, sim, um ingrediente essencial na produção deste homem, levando ao entendimento de que a natureza humana depende, também, da cultura. Deste modo, “sem os homens certamente não haveria cultura, mas, de forma semelhante e muito significativamente, sem cultura não haveria homens”, o que aponta na direção de que o ser humano é inacabado e que se completa “através de formas altamente particulares de cultura” (GEERTZ, 1989, p. 36). Portanto, a cultura, exposta nestes passos, é considerada em sua dimensão de historicidade, uma vez que os universos simbólicos compartilhados entre os membros de uma cultura são resgatados através da trajetória histórica de sua construção (GEERTZ, *op. cit.*).

Este autor defende um conceito ampliado de cultura, essencialmente semiótico, baseado na sociologia clássica de Max Weber, que entende que o homem só é capaz de viver em um mundo que tenha significado para ele. Geertz, assim, traduz a cultura como sendo a produção deste sentido, ou seja, uma indestrinchável teia de significados tecida pelos homens, em suas interações do cotidiano, cartografando a ação social: “um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu”, sendo a cultura uma ciência interpretativa, que busca a análise do significado dessas teias (GEERTZ, 1989, p. 4).

O estudo de uma cultura deve se processar a partir do mundo social dos sujeitos, dos seus modos de pensamento diretamente observáveis em suas

experiências construídas, sob a direção dos símbolos e seus significados (GEERTZ, 2001a). Então, ao buscarmos a compreensão de uma cultura deve-se atentar não para os símbolos em si, mas para a utilização que os envolvidos fazem deles, na constituição de sua vida social. A análise cultural aí processar-se-á a partir de uma “pesquisa dos símbolos significantes, feixes de símbolos significantes e feixes de feixes de símbolos significantes”, que são “os veículos materiais da percepção, da emoção e da compreensão – e a afirmação das regularidades subjacentes da experiência humana implícitas em sua formação” (GEERTZ, 1989, p. 181).

Estes pensamentos mencionados consistem em um “tráfego de símbolos significantes”, sendo que amontoados ordenados de símbolos significantes dão origem a padrões culturais, através dos quais “o homem encontra sentido nos acontecimentos”, que o faz viver. Por conseguinte, “O estudo da cultura, a totalidade acumulada de tais padrões, é, portanto, o estudo da maquinaria que os indivíduos ou grupo de indivíduos empregam para orientar a si mesmos num mundo que de outra forma seria obscuro” (GEERTZ, 1989, p. 150).

Então, o que se busca na compreensão de uma cultura é o funcionamento desta maquinaria, pela interpretação que os sujeitos realizam sobre a mesma, ou seja, como orientam e dão significado as suas ações nas suas práticas. Indo ao encontro de Geertz (2001a, p. 37), tenta-se “identificar com que materiais é feita a experiência humana”.

Geertz equipara a cultura a um texto que o pesquisador deve ler, traduzir e interpretar em busca dos significados para a sua compreensão. Para possibilitar esta tradução dos textos culturais, as interpretações de “segunda mão”, ele, assim como outros antropólogos, defende o trabalho de campo etnográfico²¹, que propicia uma leitura das entrelinhas e uma descrição minuciosa dos eventos em questão, mesmo que estas interpretações sejam provisórias e sempre passíveis de questionamentos. Para o autor, ao realizar etnografia, o pesquisador depara-se com “uma multiplicidade de estruturas conceituais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas às outras, que são simultaneamente estranhas, irregulares e inexplícitas, e que ele tem, de alguma forma, primeiro apreender e depois

²¹ Apesar deste estudo não adotar o método etnográfico, vários ensinamentos de Geertz sobre o mesmo foram transpostos à análise, interpretação e tradução dos significados que foram aqui trabalhados.

apresentar”. Para tal, em seu trabalho de campo, o investigador deve “entrevistar informantes, observar rituais, deduzir os termos de parentesco, traçar as linhas de propriedade, fazer o censo doméstico...escrever seu diário”. A etnografia é uma forma de interpretar o fluxo do discurso social, de maneira a salvar aquilo que foi dito, e que pode ser perdido, fixando-o para futuras pesquisas. A etnografia é uma descrição densa da realidade que está sendo pesquisada e “Fazer etnografia é como tentar ler (no sentido de ‘construir uma leitura de’) um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escrito não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamento modelado” (GEERTZ, 1989, p. 7).

Deste modo, percebe-se que a etnografia, nestes termos propostos por Geertz, é, em primeira instância, um exercício da sensibilidade e da paciência, em que, na proximidade com o estranho, o etnógrafo absorve-o a ponto de descrevê-lo minuciosa e densamente, isto é, “começamos com as nossas interpretações do que pretendem nossos informantes, ou o que achamos que eles pretendem, e depois passamos a sistematizá-las” (GEERTZ, 1989, p. 11).

O produto da etnografia, aquilo que o etnógrafo inscreve e anota, resgata o acontecimento passado, possibilitando seu estudo. Com relação ao ato de escrever, Geertz (1989) propiciou aos antropólogos pós-modernistas uma “licença literária para equiparar etnografias (e outros trabalhos científicos) a romances e peças de teatro”, através da adoção da palavra “*fictio*” (KUPER, 2002, p. 266). Para Geertz (1989, p. 11), os textos antropológicos são ficções

[...] ficções no sentido de que são “algo construído”, “algo modelado” – o sentido original de *fictio* – não que sejam falsas, não factuais ou apenas experimentos de pensamento. Construir descrições orientadas pelo ator dos envoltórios de um chefe berbere, um mercador judeu e um soldado francês uns com os outros no Marrocos de 1912 e claramente um ato de imaginação [...].

Geertz foi aclamado como teórico pelos antropólogos, historiadores e estudiosos da literatura. O autor é comumente citado pelos teóricos literários nos assuntos de cultura, simbolismo, significado e relativismo. No entanto, no interior da antropologia existem duas reações que criticam a trajetória intelectual de Geertz. A primeira contesta o papel de dominância que Geertz atribui à cultura, alegando que

os modelos culturais podem servir aos anseios políticos das partes interessadas e que a cultura é contrariada e não simplesmente engolida. Esta oposição refere que Geertz “abandonou o verdadeiro caminho quando deixou de se preocupar com a história social, mudança econômica e revolução política”, tratando “a cultura como força motriz dos assuntos humanos e, no final, como um campo de estudo auto-suficiente.” A segunda reação menciona que Geertz, apesar de ter tomado o caminho certo, não chegou ao seu objetivo, visto que “não ousou analisar as implicações da sua idéia de que as etnografias eram constructos culturais e não meras tentativas de mostrar as coisas como elas realmente são”, uma vez que, para ele, mesmo não sendo positivista, a etnografia é uma busca científica (KUPER, 2002, p. 157).

2.3 A HERMENÊUTICA

A hermenêutica também tem sido um referencial muito utilizado na área da saúde. Para exemplificar, cito o estudo de Boehs (2000), “A narrativa no mundo dos que cuidam e são cuidados”, onde a autora apresenta a narrativa como uma possibilidade para a enfermagem interpretar e agir sobre sua prática, e a investigação de Jesus et al. (1998), que trata sobre “O paradigma hermenêutico como fundamentação da pesquisa etnográfica e fenomenológica”.

Etimologicamente, hermenêutica está associada ao verbo grego *hermeneuein*, que possui três acepções no seu antigo uso: 1. dizer, exprimir em voz alta; 2. explicar, por exemplo, uma situação; e 3. traduzir, como se faz ao traduzir um texto de uma língua estrangeira. Estas três vertentes básicas do verbo grego têm equivalência ao verbo *interpretar* em português. A palavra hermenêutica também está associada ao substantivo *hermeneia*, interpretação, e o termo aparece citado já nas obras de vários pensadores antigos como Aristóteles, Platão, Xenofonte, Plutarco e Eurípides, Epicuro, Lucrecio e Longino. Hermes, deus grego considerado o intérprete das mensagens dos deuses para os mortais, de maneira que estas mensagens pudessem ser entendidas pela inteligência humana, parece ter fornecido a origem da palavra hermenêutica, mas não se descarta, entretanto, o

contrário (PALMER, 2006).

A hermenêutica, mesmo que signifique a ciência da interpretação, tem seu campo definido cronologicamente em seis momentos diferentes, cada qual representando um ponto de vista:

1) uma teoria da exegese bíblica; 2) uma metodologia filológica geral; 3) uma ciência de a compreensão lingüística; 4) uma base metodológica dos *geisteswissenschaftliche*; 5) uma fenomenologia da existência e da compreensão existencial; 6) sistemas de interpretação simultaneamente recolectivos e inconoclasticos, utilizados pelo homem para alcançar o significado subjacente aos mitos e símbolos (PALMER, 2006, p. 43).

A hermenêutica constituiu-se como disciplina em seu terceiro momento, a partir do século XIX, quando o conhecimento passou a ser dependente da compreensão e da interpretação. Neste período, Friedrich Scheleiermacher (1768-1834) foi o pensador que a conduziu à ciência e arte da compreensão, que, desde então, tornou-se o conceito básico e sua finalidade. Com Scheleiermacher, a hermenêutica passou a ser entendida como o estudo da própria compreensão e esta como sendo a arte de reconstruir o pensamento de outrem, reexperimentando o processo mental do autor, através de uma abordagem intuitiva. Nesta brecha, a compreensão torna-se o inverso da composição, isto é, seu ponto de partida é fixo e finito e seu objetivo é a vida mental na qual o finito surgiu. Esta reconstrução apregoada por Scheleiermacher estava baseada no círculo hermenêutico, um processo no qual o todo fornece sentido às partes e vice-versa. Com este pensamento, por exemplo, em uma frase, compreende-se o sentido de uma palavra na medida em que tomamos sua relação com toda a frase e, inversamente, compreende-se o sentido da frase na medida em que compreendemos o sentido das palavras (PALMER, 2006).

Após Scheleiermacher, Wilhelm Dilthey (1833-1911) levou a hermenêutica ao estatuto de base metodológica de todas as ciências humanas, "*geisteswissenschaften*" (ciências do espírito), que incluíam aquelas disciplinas centradas na compreensão da arte do comportamento e da escrita humana. Dilthey também estabeleceu a distinção entre a explicação das ciências da natureza, que procuram a causalidade dos fenômenos, e a compreensão das ciências do espírito, que visam extrair os sentidos dos processos da experiência humana, que se formam

da experiência pessoal. Dilthey ainda ocupou-se em apresentar uma fórmula hermenêutica constituída de experiência, expressão e compreensão, sem as quais uma disciplina não pertenceria às ciências humanas. Para ele, a experiência seria o fundamento básico da vida, os seres humanos fundamentalmente expressivos e a compreensão o método fundamental para a realidade sócio-histórica. Na seqüência do pensamento hermenêutico, Heidegger e Gadamer, já no século XX, mostraram a hermenêutica como a explicação da existência humana, em que a compreensão e a interpretação faziam parte desta existência (PALMER, 2006).

Gadamer inaugurou uma hermenêutica dita filosófica, que pretendia esclarecer o próprio fenômeno da compreensão e, assim como Heidegger, anulou a separação entre sujeito e objeto, e foi encontrar na dialética grega o modelo de sua filosofia. Gadamer utilizou-se do conceito de fusão de horizontes, segundo o qual o horizonte do texto deve ser fundido ao horizonte do leitor, resultando em um alargamento deste horizonte e promovendo a autodescoberta e a autocompreensão, numa descoberta ontológica. E também introduziu a idéia de distância temporal entre a obra e o intérprete, que seria responsável pela idéia da distância ser responsável pelo desaparecimento de alguns preconceitos inerentes à natureza da obra, do mundo passado, e pelo aparecimento de novos preconceitos, uma vez que em sua concepção, toda a compreensão é preconceituosa. Adicionado a isto, com Gadamer, a hermenêutica passou a evidenciar um modo de compreender as ciências do espírito e da história, através da interpretação dentro das tradições (BLEICHER, 1980).

Jürgen Habermas e Apel fundaram a hermenêutica crítica de ideologias que remonta, através de Marx, ao século XVIII. Esta abordagem critica as condições sócio-políticas e culturais através de interpretações que as desmistificam. Paul Ricoeur, mais recentemente, desenvolveu a hermenêutica em que a exegese textual é o elemento central da hermenêutica fenomenológica, onde o agir humano é a base de reflexão. Para Ricoeur, a compreensão de um texto, de uma obra, torna-se metáfora para os mais variados tipos de compreensão que compreendem todos os fenômenos sociais e culturais (PALMER, 2006).

Dentre os autores estudados, dediquei especial atenção à hermenêutica dialética de Jürgen Habermas. Entendo-a como fundamental à análise dos textos que compõem o *corpus* de minha pesquisa, uma vez que se tratam de textos escritos por

sujeitos históricos e sociais imersos em uma realidade. Esta realidade é um espelho de duas faces que, por um lado, é retratada nos estudos e, por outro, também influencia os sujeitos que escrevem, influenciando a sua descrição e, conseqüentemente, o sujeito que lê e também interpreta, no caso, eu enquanto pesquisadora.

A hermenêutica crítica de Habermas, como ciência social dialética, buscava unir a objetividade dos processos históricos aos motivos/intenções daqueles que agem no interior destes processos. Esta hermenêutica proferida por Habermas visava a uma libertação do potencial, isto é, visava expor as intenções dos agentes que foram esquecidos ou reprimidos por relações/grupos sociais historicamente dinâmicos, antagônicos e contraditórios, e que poderiam ter sua linguagem e comunicação comprometida por estes fatores (BLEICHER, 2002).

Habermas introduziu a hermenêutica na metodologia das ciências sociais com o propósito de lutar contra o objetivismo que se alojava nas abordagens de cunhos cientificistas do universo social, pois, em seu pensamento, existiriam forças e interesses sociopolíticos advindos de instituições sociais que seriam refletidas na linguagem do dia a dia, excluindo a autoclarificação ilimitada destes que estão sujeitos a estes regimes. Nesta dualidade entre objetivismo e subjetivismo, Habermas acreditava que havia um hiato que não poderia ser transposto nem pelas ciências hermenêuticas e nem pelas empírico-analíticas, uma vez que ambas tinham a sua posição teórica e prática fortalecida e olhavam-se com incompreensão. Assim, esta aparente irreconciliabilidade subsidiou uma articulação dialética, visto que as duas posições representavam modos de investigação legítimos (BLEICHER, 2002).

Assim, esta articulação objetiva-subjetiva, que também, certamente, rege o produto desta tese, coaduna-se com a questão dialética, que é expressa na hermenêutica dialética de Habermas. Igualmente, tem acento na afirmação de Mora (2001, p. 182) de que, por meio desta dualidade objetiva-subjetiva, possa haver um acordo na discordância, que levará ao diálogo e a sucessivas mudanças de posições, pois, “induzidas pelas posições ‘contrárias’”, tais mudanças podem gradativamente construir o movimento histórico do objeto.

Habermas parece associar-se a Gadamer na questão da hermenêutica dialética, pois o primeiro defendia a universalidade da crítica da dialética e o segundo a universalidade da hermenêutica. Juntos Habermas e Gadamer

protagonizaram inúmeras discussões sobre o método nas ciências sociais, que culminaram em contribuir decisivamente para aproximação entre a filosofia e as ciências sociais, na medida em que os autores buscavam “formas de conseguir objetividade e de abordar a práxis” (MINAYO, 1996, p. 218).

Sobre esta ciência social dialética apresentada por Habermas e Gadamer, Bleicher (2002, p. 224) refere que ela não se contenta em mostrar simplesmente um inventário sobre o passado e o presente e, sim, uma análise crítica “no sentido de tentar apurar o sentido dos processos e objectivações históricos, em relação às tendências existentes em direcção a uma sociedade mais livre”. E, além disto, Habermas viu, no encontro profícuo entre a hermênutica e a dialética, o homem como ponto de contato entre ambas, além do objeto de análise comum – a práxis social - e a busca pelo sentido da afirmação ética e política do pensamento (MINAYO, 1996).

Assim, a hermenêutica e a dialética mostram-se como momentos imprescindíveis à produção da racionalidade, uma vez que

Enquanto a hermenêutica penetra no seu tempo e através da compreensão procura atingir o sentido do texto, a crítica dialética se dirige contra o seu tempo. Ela enfatiza a diferença, o contraste, o dissenso e a ruptura de sentido. A hermenêutica destaca a mediação, o acordo e a unidade de sentido (MINAYO, 1996, p. 227).

Mesmo que a hermenêutica e a dialética tenham sido desenvolvidas em movimentos filosóficos diferentes, o método dialético tem o método hermenêutico como pressuposto e ambas são complementares, como enfatiza Minayo (1996) baseada em estudos de Stein (1987, p. 110):

- (a) ambas trazem em seu núcleo a idéia fecunda das condições históricas de qualquer manifestação simbólica de linguagem e de trabalho do pensamento;
- (b) ambas partem do pressuposto de que não há observador imparcial nem há ponto de vista fora da realidade do ser humano e da história;
- (c) ambas ultrapassam a simples tarefa de serem ferramentas do pensamento. São modos pelos quais o pensamento produz racionalidade, contrapondo-se aos métodos das ciências positivistas que se colocam como exteriores e isentos do trabalho da razão;

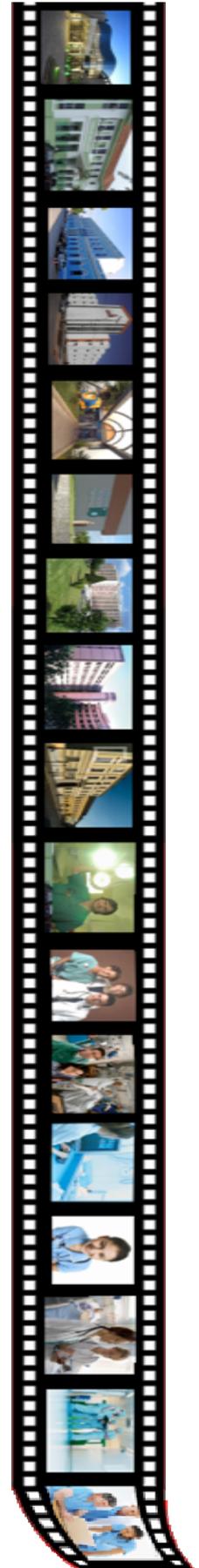
(d) por isso, ambas questionam o tecnicismo presente nos métodos das ciências sociais, para descobrir o fundo filosófico que as diversas técnicas metodológicas tendem a negar. Destroem, dessa forma, a auto-suficiência objetivista das ciências com base no positivismo;

(e) ambas estão referidas à práxis e mostram, no campo das Ciências Sociais, que seu domínio objetivo está preestruturado pela tradição e pelos percalços da história (MINAYO, 1996, p. 227).

Acrescido do exposto, a hermenêutica e a dialética juntas fazem com que o intérprete busque entender não só a fala, mas o texto e o depoimento “como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e o processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos frutos de múltiplas determinações mas com significado específico”. Desta maneira, o texto expressa uma representação social da realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde autor e intérprete “são parte de um mesmo contexto ético-político e onde o acordo subsiste ao mesmo tempo que as tensões e perturbações sociais” (MINAYO, 1996, p. 227).

Capítulo 3

“quanto mais organizado e simples nos parece um certo caminho, mais temos a impressão de que estamos errados” (GEERTZ, 2001a, p. 13).



CAPÍTULO III - EIXO METODOLÓGICO: O FOCO NO CAMINHO

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO METODOLÓGICA

O referencial metodológico emergiu segundo as bases epistemológicas e teóricas adotadas desde a concepção deste estudo, em consonância com estratégias interpretativas que permitiram apreender o mundo dos hospitais em sua complexidade, a partir de estudos empíricos, na forma de teses e dissertações. Desta maneira, a investigação foi conduzida sob um prisma teórico-empírico, porque seu substrato bruto foi composto por estudos empíricos, e está assentada em algumas premissas da Antropologia, da Administração e da Sociologia transpostas à realidade da área da Saúde, em especial dos hospitais. Tem uma abordagem qualitativa, sendo, também, descritiva (documental) e histórica.

A utilização da abordagem qualitativa teve sua razão de ser, primeiramente, pela escolha do referencial interpretativo envolto pela hermenêutica, proposto por Geertz²², que permeia esta investigação e orientou a configuração do objetivo voltado à interpretação a que esta pesquisa se propôs. Em segundo lugar, porque o método qualitativo propicia o trabalho em um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que permitem a apreensão da realidade social de uma maneira mais efetiva (MINAYO, 2001).

A pesquisa descritiva caracteriza-se por ser um levantamento das características conhecidas de determinado fato, fenômeno ou problema, pretendendo descrever com exatidão este fato, fenômeno ou problema de uma dada realidade (SANTOS, 1999a). Dentre as pesquisas descritivas, encontra-se a pesquisa documental, que é uma técnica decisiva para as Ciências Sociais e Humanas, sendo as fontes escritas ou não escritas a base do estudo. Saint-Georges (1997, p. 30) considera que “a pesquisa documental apresenta-se como um método de recolha e de verificação de dados: visa o acesso às fontes pertinentes, escritas

²² Reiterando, devo esclarecer que este estudo não segue o método etnográfico proposto pelo autor pela sua configuração documental, mas toma suas concepções sobre o tema para delinear e ancorar as argumentações dispostas durante todo o trajeto da pesquisa.

ou não, e, a esse título, faz parte integrante da heurística da investigação”. Assim, através dos documentos, os indivíduos e grupos expressam o reflexo da sua situação social, os seus pólos de interesse, a sua vontade de afirmarem o seu poder, o seu sistema de crenças e os seus conhecimentos, o que caracteriza estes documentos como objetos históricos que, processados em determinado momento, espaço e em certas sociedades humanas, permitem uma leitura da realidade social. Colabora, neste processo, a postura histórica do pesquisador, no momento em que ele é capaz de reconhecer-se como fruto de seu tempo e que sua existência e bagagem de experiências são igualmente históricas (VIEIRA; PEIXOTO; KHOURY, 1991).

A hermenêutica também baseou o estudo e contribuiu, juntamente com a pesquisa documental, para imprimir-lhe a característica histórica, uma vez que adotar a hermenêutica, para interpretação e compreensão, implica em trabalhar simbolicamente o passado e considerar o tempo fator determinante para esta interpretação e compreensão (ALBERTI, 1996).

Destarte, para atingir os objetivos do estudo, utilizei por duplo alicerce o pensamento interpretativo de Geertz e a hermenêutica, além da polifonia teórica composta dos diversos autores que também e muito auxiliaram esta construção.

3.2 MOMENTOS DA PESQUISA

3.2.1 As teses e dissertações: a opção e a busca

A proposta de investigação, inicialmente, ocorreria a partir de teses e dissertações, que enfocavam direta ou indiretamente a temática cultura organizacional de hospitais, produzidas nos Programas de Pós-graduação das diversas áreas no Brasil, no período compreendido entre 1996 e 2006 e cujos sujeitos das pesquisas eram os trabalhadores dos hospitais. Entretanto, entre os anos de 1996 e 2001 não foram encontrados estudos que contivessem a temática, o que restringiu o período para o intervalo entre os anos de 2002 a 2006.

As investigações foram garimpados nas bibliotecas virtuais de diversas

universidades brasileiras, no sistema Medline, Lilacs Express, no SciELO, no Portal Periódicos (Capes), no Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEEn), no Catálogo de Informações sobre pesquisas e pesquisadores em Enfermagem, (CD room editado pela Associação Brasileira de Enfermagem), na bibliografia constante em estudos sobre o assunto e na rede mundial de computadores de uma maneira geral e, em especial, em sítios de busca virtuais.

Para o resgate das teses e dissertações que não estavam disponibilizadas *on line*, o nome do autor foi pesquisado no Google ou na Plataforma Lattes na tentativa de descobrir seu endereço de *e-mail*. Quando isto foi possível, a comunicação e a solicitação deram-se desta forma, mas quando não, houve contato direto com os cursos de Pós-graduações envolvidos ou as bibliotecas onde se encontravam armazenados os estudos, para o envio dos trabalhos. Este processo foi moroso e levou cerca de quatro meses (dezembro de 2006 a março de 2007), até que 90% do material estivesse em minha posse. Os restantes 10% foram captados de outras maneiras (empréstimos de colegas, professores...), ao longo do ano de 2007 e início de 2008. Do total de teses e dissertações catalogadas apenas pelo assunto e palavras-chave “cultura organizacional” e “hospitais”, quatro ainda foram descartadas, porque com a leitura verifiquei que não se adequavam ao requisito de aderência ao SUS, conforme disposto a seguir.

Dentre as teses e dissertações, elegi trabalhar com aquelas cujo escopo era os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde do SUS e, portanto, aqueles públicos, dispostos no Artigo 2o - Natureza jurídica, do Capítulo I – Disposições gerais, do Anexo Regime Jurídico da Gestão Hospitalar, da Lei nº 27/2002, de 08 de novembro de 2002:

1 - Os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde podem revestir uma das seguintes figuras jurídicas:

- a) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- b) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;
- c) Sociedades anônimas de capitais exclusivamente públicos;

d) Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos, nos termos do n.º 2 do artigo anterior²³ (BRASIL, 2002f).

Esta escolha se deu pela minha proximidade com a realidade do SUS nos hospitais da minha experiência profissional, tanto como enfermeira assistencial de hospitais públicos quanto como docente da Universidade Federal do Rio Grande, que tem como um dos campos de estágio da área da saúde o Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corêra Jr., que é vinculado ao Ministério da Educação. Além disto, os hospitais públicos integrados ao SUS espelham a realidade hospitalar brasileira, visto serem o referencial para atendimento geral ou especializado da quase totalidade da população, já que de cada 100 habitantes, em 2005, por exemplo, 6,21 foram internados em hospitais do SUS (BRASIL, 2008). Igualmente, como servidora pública, sinto-me partícipe do SUS, uma vez que venho acompanhando/promovendo/criticando/fortalecendo a inserção deste nos hospitais onde construo minha caminhada pela saúde. Assisti as dificuldades de implantação, promovo com meu trabalho sua consecução, critico seus problemas de gestão, mas busco fortalecê-lo a cada dia, em todas as ações de saúde/assistência, gerenciamento, ensino e extensão que realizo no interior dos hospitais, pois, acima de tudo e longe de passionalidades, acredito no SUS, seus princípios e diretrizes.

Vale salientar que não foram distinguidos os hospitais universitários, dos de ensino ou estaduais ou, ainda, destes mesmos quando municipalizados pela questão político-administrativa gerada pela descentralização proposta pelas diretrizes organizativas do SUS, quando alguns hospitais públicos passaram à esfera dos municípios ou dos estados, através da municipalização da saúde (BRASIL, 1997).

Deste modo, foram peneiradas três teses e sete dissertações que versavam sobre a temática cultura organizacional de hospitais públicos ou que, de alguma

²³ “As organizações privadas de saúde participam da oferta de serviços ao SUS, em caráter complementar, quando demandadas em função da insuficiência na disponibilidade de serviços públicos. A legislação estabelece que as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência nessa participação que deverá se fazer mediante contrato ou convênio, segundo as diretrizes do sistema e obediência às normas do direito público. É vedada, nos termos da Lei n. 8.080, a destinação de recursos públicos para subvenção ou auxílio às instituições privadas com fins lucrativos” (VASCONCELOS; PASCHE, 2007, p. 547). Os estudos que tratavam de hospitais privados não foram incorporados a esta pesquisa, pois não deixavam claro qual era a sua vinculação ao SUS.

forma, a abordavam, mesmo que esta não fosse o mote primeiro da investigação. Este conjunto não se caracterizou como uma amostra, mas, sim, como o que efetivamente foi possível resgatar sobre o produzido no período.

3.2.2 A organização do material

As teses e dissertações foram organizadas segundo o quadro abaixo (Quadro 1), onde foram pontuados itens como: tipo de estudo (tese ou dissertação); ano e local de produção (universidade e cursos de pós-graduação envolvidos); título da investigação; autoria e formação profissional inicial do autor; objetivos; e a abordagem utilizada para discutir ou expor as questões hospitalares.

Quadro 1 – Identificação das teses e dissertações pesquisadas

ID.	ANO	LOCAL	TÍTULO	AUTOR E SUA FORMAÇÃO PROFISSIONAL INICIAL	OBJETIVO (S)	ABORDAGEM TEÓRICA
1 DISS	2002	UNICAMP Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Doutorado em Saúde Coletiva	Démarche Stratégique (Gestão Estratégica hospitalar): um enfoque que busca mudança através da comunicação e da solidariedade em rede.	ARTMANN, E. SERVIÇO SOCIAL	Discutir o enfoque francês de gestão estratégica e definição hospitalar “la Démarche Stratégique” de Michel Cremadez, suas potencialidades, limites e desafios, considerando o contexto de saúde brasileiro. Em relação à cultura... Refletir sobre a mudança cultural organizacional e a possível contribuição deste enfoque de gestão que se propõe a reforçar a necessidade de mudanças nas estruturas mentais ou na cultura de uma organização hospitalar, de modo a buscar atingir uma maior eficácia social e uma maior racionalidade gerencial, apoiando-se na busca da solidariedade em rede.	Thevenet, Crozier, Geertz, Schein, Habermas.
2 DISS	2003	FGV Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas Curso de Mestrado em Administração Pública	Importância da cultura organizacional como fatores determinantes na eficácia do pessoal de enfermagem do HU Antonio Pedro.	SALGADO, S.P.V. ADMINISTRAÇÃO	Analisar e descrever a importância das características culturais como fatores determinantes na eficácia da equipe de enfermagem do Hospital Universitário Antonio Pedro.	Geertz, Morgan, Schein.
3 DISS	2003	UFRJ Escola de Enfermagem Anna Nery Curso de Doutorado em Enfermagem	A cultura administrativa do gerenciamento de enfermagem em unidade oncológica: um estudo etnográfico	MENEZES, M.deF.B. de ENFERMAGEM	Descrever a construção da cultura administrativa de Enfermagem em uma unidade hospitalar oncológica ; Analisar os determinantes e a interferência da cultura administrativa no gerenciamento de Enfermagem em unidade hospitalar	Barbosa (1999); Geertz.

					oncológica; Discutir a especificidade do gerenciamento de Enfermagem no cenário oncológico. Elaborar uma proposta cultural para o gerenciamento de Enfermagem em unidades oncológicas.	
4 DISS	2004	ENSP/FIOCRUZ Mestrado Profissional em Saúde Pública- Gestão de Sistemas de Serviços de Saúde	A humanização no atendimento: construindo uma nova cultura	VIANA, R.V. COMUNICAÇÃO SOCIAL	Analisar alguns resultados da experiência do PNHAH, visando apontar algumas perspectivas de futuro no Hospital Regional da Asa Sul (HRAS) no Distrito Federal, e suas contribuições para uma mudança cultural voltada para uma maior humanização do atendimento.	Campos (2003); Thévenet (1986); Motta (1997).
5 TESE	2004	EEUFRJ Programa de Pós- Graduação em Enfermagem Doutorado em Enfermagem	O exercício da gerência do enfermeiro: cultura e perspectivas interpretativas	PROCHNOW, A.G. ENFERMAGEM	Efetivar a compreensão da cultura no exercício da gerência do enfermeiro, no espaço hospitalar, para perceber quais as influências da cultura nos diferentes aspectos da vida humana.	Geertz.
6 TESE	2006	ENSP/FIOCRUZ Departamento de Administração e Planejamento em Saúde Subárea Planejamento e Gestão	Autonomia profissional e o uso da informação no hospital: discutindo a cultura organizacional	MACEDO, A. do N. SERVIÇO SOCIAL	Realizar um estudo sobre o sistema de informação hospitalar do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia - INTO, localizado no município do Rio de Janeiro visando compreender seu funcionamento frente a aspectos culturais da instituição.	Matus (1997).
7 DISS	2006	FURG Programa de Pós- Graduação em Enfermagem Mestrado em Enfermagem	Elementos da cultura de um Hospital Universitário: repercussões no comportamento organizacional.	ÁVILA, G.F. de. ENFERMAGEM	Identificar elementos da Cultura Organizacional do Hospital Universitário, com vistas a analisar suas repercussões no comportamento organizacional e implicações no contexto da qualidade do trabalho assistencial.	Schein.

8 TESE	2006	USP Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Doutorado em Enfermagem	Articulação da atividade investigativa com a prática profissional: processo e produto de enfermeiras apoiadas por um núcleo de pesquisa	GUARIENTE, M.H.D. de ENFERMAGEM	Interpretar os sentidos atribuídos por enfermeiras assistenciais à participação em um núcleo de incentivo à pesquisa, e integrá-los em significados socialmente construídos, por meio da análise interpretativa, possibilitada pela etnografia.	Geertz.
9 DISS	2006	UCS Programa de Mestrado Acadêmico em Turismo	A gestão da hospitalidade sob a perspectiva da humanização dos hospitais- um estudo de caso	VERBIST, C.F. TURISMO	Determinar o grau de hospitalidade no Hospital São José a partir da utilização de um modelo de avaliação da hospitalidade.	Charles Handy (1994).
10 DISS	2006	UNICAMP Pós-Graduação em Engenharia Mecânica Mestrado Profissional em Engenharia Mecânica Gestão da Qualidade Total	A Gestão da Qualidade e o Redesenho de Processos como Modelo de Desenvolvimento Organizacional em Hospitais Públicos Universitários: O Caso do Hospital de Clínicas da UNICAMP.	LIMA, M.B.B.P.B. CIÊNCIAS DA COMPUTAÇÃO	Retratar como a Gestão da Qualidade e o método de Redesenho de Processos pode ser uma estratégia para o Desenvolvimento Organizacional nos Hospitais Públicos Universitários, através do relato da experiência no Hospital de Clínicas da UNICAMP.	Schein; Ferro; Peters&Waterman; Kotter & Heskett; Donabedian.

Fonte: VAGHETTI, 2008

3.2.3 O corpus

Todas as teses e dissertações foram impressas e o *corpus* da pesquisa foi constituído a partir da leitura extenuante das mesmas, quando fui pinçando, em cada uma delas, aqueles fragmentos textuais que, sob minha ótica, continham significados sobre a realidade hospitalar, que poderiam se constituir em evidências culturais dos hospitais, já que expressos pelos autores dos estudos, a partir de significados produzidos pelos sujeitos de suas investigações.

Os recortes/fragmentos textuais foram me remetendo a inúmeras unidades de pensamento que tomaram por nome as idéias que emergiram dos mesmos durante as leituras. A partir daí, estes recortes foram agrupados e codificados de acordo com a unidade de pensamento correspondente, tipo de estudo (tese ou dissertação), autoria e número da página onde se encontrava o fragmento. Por exemplo: 1DA88, onde 1 significava a unidade de pensamento referente aos “modelos de gestão”, D dissertação, A Ávila (2006) e 88 a página onde o fragmento poderia ser localizado. Após, os recortes foram digitados (aqueles que não estavam disponibilizados em arquivos *word* e aqueles que estavam somente “no papel”) e copiados e colados (aqueles em que foi possível esta operação), totalizando em torno de 2500 fragmentos.

As unidades de pensamento com seus fragmentos textuais foram aproximadas, segundo as relações e conexões que poderiam ser estabelecidas entre elas, delineando algumas “estruturas significantes” (GEERTZ, 1989, p. 5), ou “estruturas de significação” (GEERTZ, *op. cit.*, p. 7).

Por fim, quatro grandes estruturas de significação me pareceram mais contundentes na representação das evidências culturais dos hospitais públicos: a organização hospital, os sujeitos trabalhadores da saúde, o trabalho desenvolvido nos hospitais e, em interface com estas, o ambiente²⁴, na forma do modelo público de gestão da saúde. Porém, para não redundar em justaposição de idéias e interpretações, optei, ainda, por reunir as estruturas referentes aos sujeitos e ao trabalho.

Durante todo o trajeto da pesquisa a indissociabilidade entre estas

²⁴ Ambiente será aqui entendido tal qual Mintzberg (2004, p. 297) e “compreende praticamente tudo que está fora da organização [...]”; é o contexto em que uma organização está inserida.

estruturas, inerente à própria constituição de qualquer organização e, em especial dos hospitais públicos, fez com que, em vários momentos da análise, a imbricação inevitável que há entre elas viesse à tona.

Reafirmando este meu pensamento, Morgan (1996, p. 347) menciona que as diversas dimensões de uma organização estarão sempre interligadas, pois esta “é” todas as dimensões ao mesmo tempo. Para o autor, é possível tentar decompor a organização em um conjunto de variáveis relacionadas, como variáveis estruturais, técnicas, políticas e humanas. Porém, esta decomposição não faz jus à natureza do fenômeno, uma vez que as dimensões estruturais e técnicas de uma organização podem ser simultaneamente humanas, políticas e culturais, e esta divisão poderá estar “nas nossas mentes, muito mais do que nos fenômenos propriamente ditos”.

Entretanto, não foi tão simples a operacionalização desta etapa. A sensação de inquietação/insatisfação/dúvida ao selecionar o *corpus*, a partir das teses e dissertações, mostrou-se bem mais intensa do que eu poderia supor quando decidi empreender meu estudo sob esta esguelha. Por se tratarem de pesquisas com foco em aspectos diversos da estrutura ou do comportamento organizacional, mesmo abordando, em algum momento, evidentemente, a cultura organizacional, eu me deparei, em várias ocasiões, com um intrincado universo de possibilidades significativas que me fizeram acreditar, seguidamente, que eu havia tido pretensões investigativas ambiciosas demais e de que, enfim, a tese e todo o conjunto de minha investigação estavam prestes a naufragar.

Todavia, as idéias de Geertz, mesmo no tocante à etnografia, auxiliaram-me nesta compreensão, notadamente aquelas que se referem à coleta de dados como uma “multiplicidade de estruturas conceituais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas às outras, que são simultaneamente estranhas, irregulares e inexplícitas” e que de alguma forma o pesquisador deve primeiro apreender e depois apresentar (GEERTZ, 1989, p. 7). E, mais ainda, o autor acenou com a possibilidade de que, ao analisar a cultura, deve-se “procurar relações sistemáticas entre fenômenos diversos, não identidades substantivas entre fenômenos similares” (GEERTZ, *op. cit.*, p. 32), e de que “o *locus* do estudo não é o objeto do estudo” (GEERTZ, *op. cit.*, p. 16), isto é, existe a possibilidade de se estudar a cultura organizacional de hospitais, objeto de minha investigação, a partir de diferentes realidades e aspectos hospitalares. Este conjunto de argumentos amenizou minha

ansiedade quanto à diversidade de abordagens das teses e dissertações, mesmo que todas se aproximassem da temática cultura organizacional de uma forma mais ou menos densa, como referido anteriormente.

Então, o que eu tentei fazer nesta fase, além de re-acreditar minha proposta de pesquisa, transpondo estes ensinamentos de Geertz ao meu processo, foi apreender aquelas possíveis evidências culturais a partir de aspectos das realidades hospitalares enfocadas pelos autores de teses e dissertações e dispô-las em estruturas de significação para serem interpretadas. A seqüência do percurso deu-se com a análise do *corpus*.

3.2.4 A análise do *corpus*

A análise do *corpus* constituiu-se pela interpretação daquilo que os autores de teses e dissertações interpretaram sobre a interpretação dos informantes sobre aspectos de sua realidade cultural, configurando-se naquilo que Geertz (1989) chama de interpretação de terceira, segunda e primeira mão, respectivamente. Para o autor, os textos antropológicos “são eles mesmos interpretações e, na verdade, de segunda e terceira mão. (Por definição, somente um ‘nativo’ faz a interpretação em primeira mão: é a *sua* cultura)” (GEERTZ, *op. cit.*, p. 11).

A proposta de Geertz (2001a, p. 14), embasada na hermenêutica, utiliza a interpretação de relatos “para tirar algumas conclusões sobre expressão, poder, identidade, ou justiça”, que podem estar “bem distantes dos estilos-padrão de demonstração”. Ao interpretar, “utilizamos desvios, entramos por ruas paralelas”, porque, “nas palavras de Wittgenstein, [...], vemos uma estrada reta diante de nós, ‘mas, é claro,...não podemos usá-la, porque está permanentemente fechada’”.(GEERTZ, *op. cit.*, p. 14).

Assim, ao realizar esta análise amparada em Geertz, me predispus a correr riscos decorrentes das incertezas e ambigüidades que me aguardavam, pois os processos comuns de análise e interpretação, de causas e efeitos, foram substituídos por análises interpretativas particulares que, muitas vezes, fugiram aos padrões convencionais, porque a própria cultura não é convencional, mas diversa, plural, complexa.

Para além disto, de cada estrutura de significação – organização, sujeitos e trabalho e ambiente - surgiram incontáveis ângulos de abordagem, mas somente alguns, em cada estrutura, foram passíveis de interpretação, visto que abarcar esta diversidade demandaria uma extensa exposição. A escolha pelos motes a serem estudados ocorreu, primeiramente, pela constância com que os mesmos se revelaram nos estudos, mesmo não sendo o seu assunto principal e, em segundo lugar, pela familiaridade com que estes temas perpassaram os diversos momentos da minha vida profissional, o que contribuiu para a interpretação dos mesmos. A ordem da apresentação dos resultados não seguiu um critério rígido, uma vez que não entendo um assunto como prioritário a outro, mas, sim, esteve pautada, em muito, na minha sensibilidade em perceber cada tópico como possível conector do seguinte e assim por diante.

A partir de então, a análise ocorreu através de uma “adivinhação dos significados, uma avaliação das conjeturas, um traçar de conclusões explanatórias a partir das melhores conjeturas [...]” (GEERTZ, 1989, p. 14), quando as evidências transformaram-se em comentários umas das outras, “uma iluminando o que a outra obscurece” (GEERTZ, 2001a, p. 353). O movimento dialógico que se estabeleceu a seguir, entre as minhas interpretações e os referenciais teóricos, proporcionou uma, das muitas possíveis, tradução da cultura hospitalar: aquela a que me propus, ou melhor, aquela que foi possível perceber.

Neste caminho, experimentei a impressão explicitada por Geertz, quando menciona que

Durante o processo de re-trabalhar um texto, interpretando-o, quando divisórias culturais importantes são atravessadas, produz-se uma sensação diferente de descoberta: sente-se como se tivéssemos realmente encontrado algo novo, e não uma lembrança, ou seja, a aquisição e não a herança de alguma coisa (GEERTZ, 2001a, p. 75).

3.2.5 A composição do retrato em bricolagem

Para compor as perspectivas de um retrato da cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros, segui a idéia da metáfora da bricolagem das organizações pós-modernas expostas por Hatch (1997). Para a autora, bricolagem é

uma forma de arte em que objetos e pedaços de objetos (freqüentemente incluindo reproduções ou outros trabalhos de arte tais como postais de museus) são arranjados para formar algo novo - um objeto de arte por si mesmo. Quando se usa a bricolagem como uma metáfora da teoria organizacional está se reconhecendo o valor do uso e da troca de múltiplas perspectivas e partes de teorias para formar um novo trabalho a ser utilizado em circunstâncias particulares.

Neste mesmo rumo, entretanto, sem fazer referência à bricolagem propriamente dita, mas, também, advogando uma postura mais eclética em relação ao estudo das organizações hospitalares, Cecílio & Mendes (2004) referem que reconhecem a inexistência de uma teoria “unificada” das organizações hospitalares. Por isto, são favoráveis ao uso de autores e abordagens teóricas diversas que, utilizados com liberdade e diálogo entre si, permitem iluminar vários ângulos da realidade hospitalar.

O termo *bricolage*, utilizado por Lévi-Strauss (1976) em seu livro “O pensamento selvagem”, significa a construção de significados diversos em função de novos arranjos nascidos a partir da decomposição e recomposição de elementos preexistentes. Para Lévi-Strauss, o método do *bricoleur* pode ser explicado contrapondo-o com o plano de um engenheiro. Este último é pré-estabelecido e construído a partir de matérias-primas, enquanto que a bricolagem, por sua vez, não possui um projeto pré-concebido, afastando-se do caminho conhecido ao recolher fragmentos que irão compor novos universos, colocando os pensamentos em movimento e em relação (LÉVI-STRAUSS, op. cit.).

Portanto, tal qual um *bricoleur*, “que produz um objeto novo a partir de pedaços e fragmentos de outros objetos e reúne, sem um plano muito rígido, tudo o que se encontra e que serve para o objeto que está compondo” (TURATO, 2003, p. 499), busquei captar o retrato da cultura organizacional dos hospitais públicos brasileiros. Neste, os significados de evidências culturais, captadas das teses e dissertações, na forma de aspectos hospitalares, foram costurados e interpretados com os fios do referencial teórico, dos pensamentos de diversos autores e de minhas conjeturas (Figura 1 e Figura 2).

O resultado que aflorou e se configurou no resultado deste estudo foi uma nova forma ou uma outra variante para se considerar a cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros, em que o modelo público de gestão da saúde presente

na dimensão ambiental tangencia a estrutura organizacional e as relações dos trabalhadores com o trabalho que é desenvolvido nestes locais.

Figura 1 - O processo de bricolagem

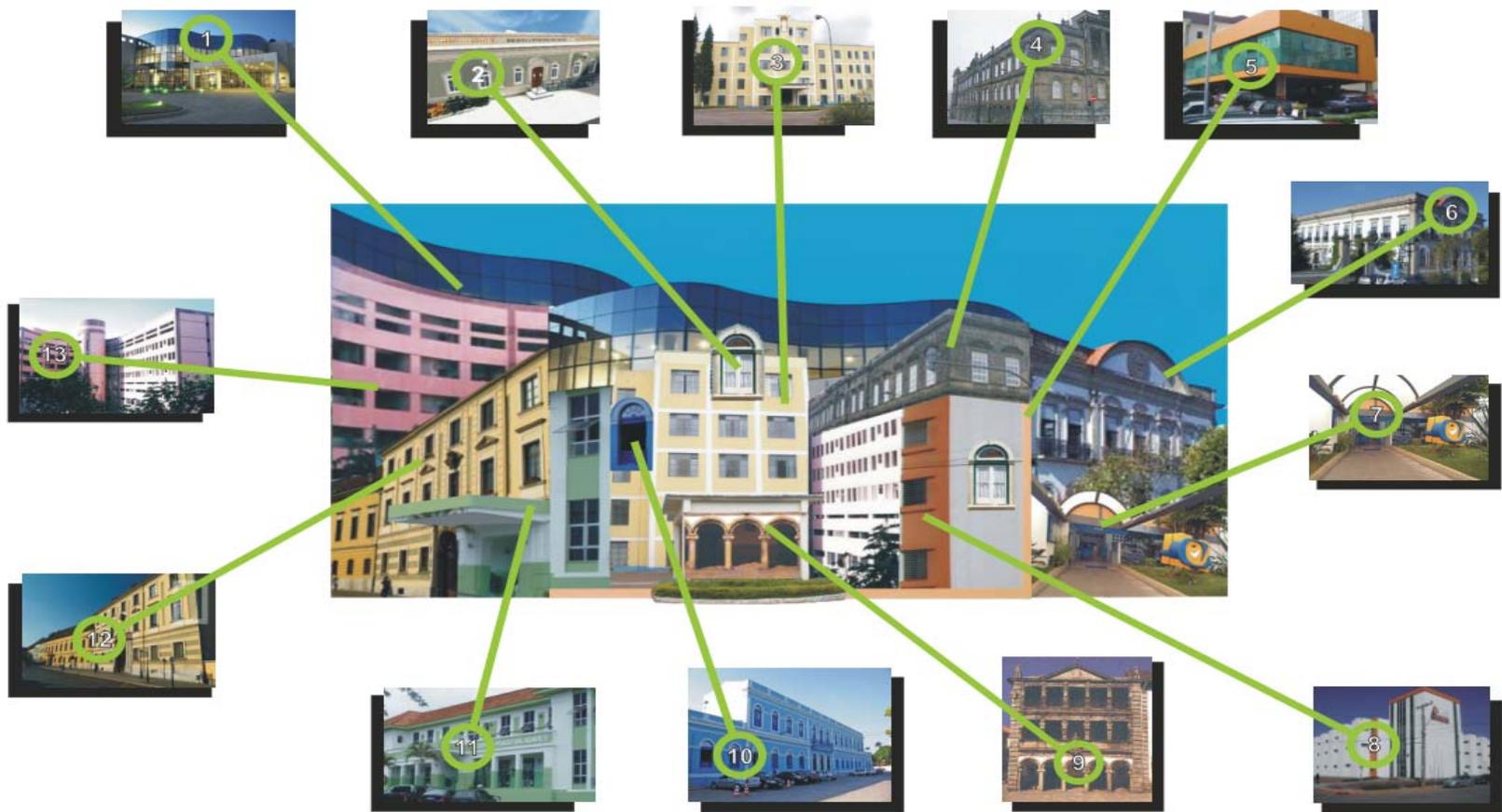


Figura 1 – Ideografia do processo de bricolagem. Os pontos representam os fragmentos das teses e dissertações pesquisadas (10), mais o referencial teórico embasado em Geertz e na Antropologia Hermenêutica/Simbólica/Interpretativa, somado aos pensamentos de diversos autores da Antropologia, Sociologia, Administração, Enfermagem, Educação e Psicologia, entre outros, e minhas conjecturas e experiências, em bricolagem.

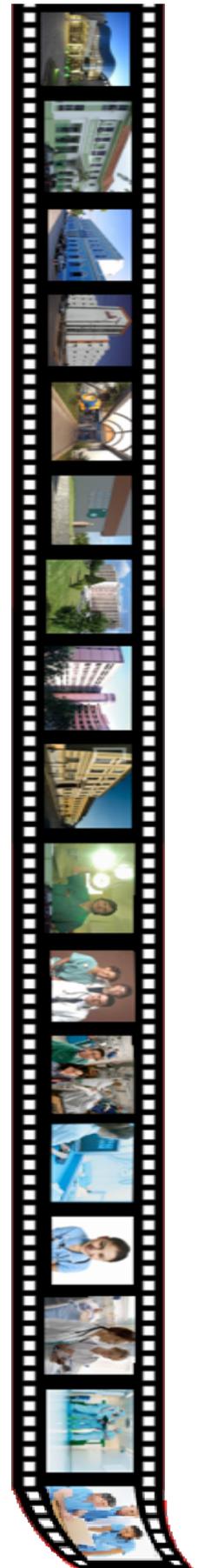
Figura 2 - O produto da bricolagem



Figura 2 – Ideografia do produto da bricolagem.

Capítulo 4

[...] a poesia do *bricolage* lhe advém, também e sobretudo, do fato de que não se limita a cumprir ou executar, ele não “fala” apenas com as coisas, [...], mas também através das coisas: narrando, através das escolhas que faz entre possíveis limitados, o caráter e a vida de seu autor. Sem jamais completar seu projeto, o *bricoleur* sempre coloca nele alguma coisa de si (LEVI-STRAUSS, 1976, p. 36-37).



CAPÍTULO IV – AS PERSPECTIVAS DE UM RETRATO DA CULTURA ORGANIZACIONAL DE HOSPITAIS PÚBLICOS BRASILEIROS: A TRADUÇÃO PARA UMA BRICOLAGEM

A realidade objetiva e subjetiva das organizações, “as relações de trabalho e tudo mais que possa fazer parte deste mundo, real e imaginário, da organização, é um desafio à curiosidade do pensar” (ERDMANN, 1996, p. 18).

Sob este desafio, inicio a apresentação deste capítulo em que procuro revelar o filme para produzir um retrato da cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros.

As três estruturas de significação, a organização, os sujeitos e o trabalho e o ambiente conformaram-se em três perspectivas²⁵ (Figura 3), que evidenciam, em seu conjunto, um possível retrato da cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros, ao mesmo tempo em que se configuram como acontecimentos sociais, políticos e ideológicos.

As estruturas de significação foram intituladas de “A cultura de hospitais públicos brasileiros na dimensão organizacional”, “A cultura de hospitais públicos brasileiros na dimensão dos sujeitos no trabalho”, “A cultura de hospitais públicos brasileiros na dimensão ambiental” e apontam diferentes e, pretensa e possivelmente, novos olhares sobre os significados da cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros.

Todavia, não tenho a intenção de que os dados interpretados, bricolados e postos aqui como resultados, generalizem, encerrem e descrevam acadêmica e completamente a cultura organizacional de hospitais públicos, até porque as pesquisas são sempre produto e processo inacabado e, muitas vezes, até imperfeitas, sob olhares mais-que-perfeitos. Também porque, como enfatiza Geertz (1989, p. 13),

a força de nossas interpretações não pode repousar, como acontece hoje em dia com tanta freqüência, na rigidez com que elas se mantêm ou na segurança com que são argumentadas. Creio que nada contribuiu mais para desacreditar a análise cultural

²⁵ Perspectiva para Geertz (1989, p. 81) “é um modo de ver, no sentido mais amplo de ‘ver’ como significando ‘discernir’, ‘apreender’, ‘compreender’, ‘entender’. É uma forma particular de olhar a vida, uma maneira particular de construir o mundo”.

do que a construção de representações impecáveis de ordem formal, em cuja existência verdadeira praticamente ninguém pode acreditar.

Reafirmo, ainda, esta idéia da incompletude e da impossibilidade de generalizações dos resultados aqui assentados, pela afirmação de Cecílio & Mendes (2004, p. 44), de que, apesar de os hospitais serem muito parecidos se olharmos sob determinados ângulos,

cada organização hospitalar pode ser percebida na sua singularidade, fruto da construção e reconstrução permanente de fluxos, relações, enfrentamentos, composições, que se apresentam como um caleidoscópio de possibilidades e de desenhos que nos parecem quase irracionais ou caóticos, principalmente se insistimos em "enquadrá-los" sob uma única racionalidade

Entretanto, tenho a intenção, sim, de que a porta aberta através destes resultados seja passagem, mesmo estreita, para a busca da compreensão da realidade hospitalar, ou que, pelo menos, estes achados suscitem discussões e mesmo controvérsias que impulsionem o estudo sobre os hospitais públicos brasileiros.

Figura 3 – As perspectivas do retrato da cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros nas dimensões organizacional, dos sujeitos e o trabalho e a ambiental.



Figura 3 – Ideografia das perspectivas do retrato da cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros em suas três dimensões de análise.

4.1 A CULTURA DE HOSPITAIS PÚBLICOS BRASILEIROS NA DIMENSÃO ORGANIZACIONAL

Tanto os aspectos mais simples como aqueles de extrema complexidade devem ser levados em conta, quando se busca desvendar a cultura de uma organização. Assim, “estrutura organizacional, regras, políticas, objetivos, missões, descrições de cargos e procedimentos operacionais padronizados desempenham [...] uma função interpretativa”, porque “atuam como pontos primários de referência para o modo pelo qual as pessoas pensam e dão sentido aos contextos nos quais trabalham” (MORGAN, 1996, p. 136).

O complexo emaranhado organizacional dos hospitais proporcionou uma série de temas a serem abordados/interpretados. Mas, optei por trabalhar com a

questão da burocracia e o público, além dos ritos, mitos e heróis, que transitam nos espaços hospitalares públicos, por terem sido significados expressos na maioria dos estudos pesquisados e, até porque, estes freqüentam o imaginário social sobre hospitais como imagens que se constituíram culturalmente no decorrer dos tempos.

Desta maneira, é no rumo desta dupla evidência cultural da vida organizacional – público e burocracia –, e – ritos, mitos e heróis - e seus desdobramentos, que se manifestaram nas teses e dissertações pesquisadas, que caminha esta estrutura de significação (Figura 4). Estes pontos foram nomeados “A cultura de hospitais públicos brasileiros na transversalidade do público com a burocracia” e aí escolhidas para análise as hierarquias nas burocracias hospitalares, situando algumas questões que envolvem poder/subordinação, a comunicação e o ambiente físico; e “A cultura dos hospitais públicos brasileiros expressa nos ritos, mitos e heróis”.

Figura 4 – Evidências culturais da dimensão organizacional



Figura 4 – Ideografia das evidências culturais da estrutura de significação intitulada “A cultura de hospitais públicos brasileiros na dimensão organizacional”.

4.1.1 A cultura de hospitais públicos brasileiros na transversalidade do público com a burocracia

A questão do público, pela própria escolha das teses e dissertações em que o regime jurídico das organizações hospitalares estudadas esteve ligado a esta condição, e a gestão burocrática destes espaços manifestaram-se de uma maneira contundente nos significados encontrados nos estudos. Desta maneira, os significados do público e da burocracia foram interpretados e ofereceram traços culturais que formam o cenário do retrato da cultura dos hospitais e, por esta razão, mesmo sendo melhor explanados neste momento, perpassam todas as análises

deste estudo.

As organizações públicas de saúde possuem uma identidade coletiva diferenciada pela característica do “público” e da “saúde”, uma vez que as atividades de seus membros estão voltadas para o enfrentamento de fenômenos de vida e de morte e para a produção de serviços, que dão conta de promover o bem-estar físico, mental e social de seus usuários (VAITSMAN, 2000). Além disto, as organizações públicas de saúde têm uma missão própria, que consiste em atender necessidades individuais e coletivas relativas ao processo saúde-doença de forma ética e digna (LUNARDI FILHO, 1996). Os hospitais públicos brasileiros, além do caráter público aliado à saúde, ainda carregam a especificidade de alojar um sistema complexo na forma do SUS que, como um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, aglutina as organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional (VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

Os hospitais públicos são o centro do Sistema de Saúde no Brasil e sozinhos respondem por dois terços dos gastos do setor e por boa parte dos serviços produzidos na área da saúde. Neles trabalha a maioria dos médicos, enfermeiras e outros profissionais de ponta da área da saúde, oferecendo um ambiente de desenvolvimento e adoção de novas tecnologias. A maioria dos hospitais depende de financiamento público e está abaixo do padrão razoável de qualidade. Mas existem alguns que são centros de excelência comparáveis aos melhores hospitais dos países de alta renda, por liderarem avanços em biomedicina e pesquisa clínica. Geralmente, estes hospitais são aqueles privados ou organizações públicas ligadas às universidades, que desenvolvem e abraçam arranjos organizacionais e técnicas de gerenciamento modernas, além de práticas de melhoria da qualidade do atendimento. Entretanto, o desempenho de muitos hospitais brasileiros deixa a desejar e a qualidade do atendimento é sempre motivo de notícia, pois “a produtividade é minada pela ineficiência e a responsabilização (*accountability*) é obscura” (FORGIA & COUTTOLENC, 2008, p. 3).

Sobre os hospitais públicos pesam dois estigmas²⁶: um, configurado pelo

²⁶ Mesmo que Goffman (1980) considere o estigma como um atributo depreciativo humano (estigmatizado x normal), utilizo o termo, aqui, como uma marca indelével das organizações públicas de saúde - “estigmatizadas” - se comparadas com outras organizações de caráter privado - “normais” - que, “supostamente”, são mais eficientes e eficazes e onde as ações de saúde são realizadas com maior qualidade.

“público” marcado pelo imobilismo e má prestação de serviços à população, agravado por outro, o “SUS”, que, historicamente, vem sendo considerado como um serviço que possui baixa resolutividade às necessidades de saúde da população.

Mesmo assim, os hospitais possuem uma relação ambivalente com a sociedade brasileira caracterizada por admiração e desconfiança, veneração e medo. Porém, grande parte dos brasileiros valoriza os hospitais; pois, para o bem ou para o mal, é a primeira opção quando busca atendimento (FORGIA & COUTTOLENC, 2008).

Desta maneira, em relação aos hospitais, a sociedade em geral expressa um significado compartilhado, que denota uma cultura de inoperância destes espaços, ao mesmo tempo em que os reifica quanto ao seu poder de cura de enfermidades. Isto talvez seja explicado porque os hospitais simbolizam a doença, mas, concomitantemente, simbolizam a solução dos males, pois a maioria das pessoas que busca os hospitais recebe alta com suas dificuldades razoavelmente resolvidas ou encaminhadas. Acima de tudo, contudo, os hospitais significam, mesmo que precariamente, e para a população mais carente, aquela “casa” que os recebe, abriga e conforta em situações de fragilidade emocional e física. Há, neste vão, uma gratidão que supera as dificuldades encontradas no sistema hospitalar. Inúmeras pesquisas demonstram que os usuários, ainda que mal acomodados em camas improvisadas ou pelos corredores, dizem ser bem atendidos nos hospitais, quem sabe, comparando a realidade hospitalar com a realidade de suas vidas, esta, muitas vezes, tão mais miserável.

Todavia, afora a “crise de credibilidade” junto aos usuários e à população, os hospitais públicos brasileiros, como organizações públicas de saúde, caminham sobre outras mazelas como as penas do agravamento do financiamento do setor. Adicionam-se a estas circunstâncias os modelos de gestão tradicionais de recorte burocrático com estruturas ultraverticalizadas (CECILIO, 2007b, p. 373), que percorrem impunemente os corredores hospitalares, constituindo-se em um sistema de significados que é incorporado à realidade hospitalar como dificultador da vida organizacional e exposto nos seguintes recortes textuais capturados das teses e dissertações estudadas:

Além da cultura Zeus, ou cultura-de-clube, a cultura de Apolo, que é deus das ordens e das regras, também é encontrada no Hospital São José, pois todas as instituições precisam lidar com as rotinas, com procedimentos de trabalho. E com hospitais não é diferente, pois é um sistema, segundo o administrador da instituição, “muito protocolizado”, sendo este tipo de instituição muito resistente a mudanças, o que também é uma característica da cultura de Apolo” (VERBIST, 2006, p. 183-184).

Observamos que os profissionais prendem-se sob uma perspectiva burocrática, nela, se alicerçam em uma sociabilidade restritiva com relações fundamentadas no comando, por isso a característica autoritária, indiciada em suas condutas no âmbito tanto público e quanto privado. Eles denotam um incorporamento exagerado às normas, às rotinas e às atribuições. Dessa forma, em suas vidas, predominam as funções burocráticas - ligadas ao preenchimento de papéis e pedidos, salientando seus interesses para a organização do processo de trabalho. Tais disfunções tornam as pessoas - enfermeiros gerentes - inflexíveis, insatisfeitos com o seu papel, que está calcado na natureza burocrático - administrativa e os imobiliza ante as exigências do mercado de trabalho atual (PROCHNOW, 2004, p. 95).

A “burocracia” relatada pelos entrevistados está relacionada principalmente à informação, seja no preenchimento de instrumentos que possibilitem a coleta da informação ou, na pequena adesão de alguns gerentes/chefes quanto à responsabilização dos subordinados com relação à sua importância (MACEDO, 2006, p. 28).

Como já ponderamos, os que mais sentem o impacto dos traços salientes do modelo burocrático instituído são os enfermeiros que estão na atividade administrativa como chefes das unidades, pois estão na linha de frente. Nesta posição, são solicitados e cobrados intervenções, na maioria das vezes, com soluções advindas da direção ou de instância superior, pois esta é constituída como instância reguladora dos acontecimentos (PROCHNOW, 2004, p. 83).

A palavra burocracia, usualmente, sugere alguns modelos de regulamentos e regras rígidas que podem dificultar as atividades²⁷ organizacionais, em especial, neste momento de análise, aquelas desenvolvidas em hospitais, e é utilizada para designar tudo o que se refere a procedimentos que requeiram o seguimento de certos padrões de ações. Normalmente, também indica o preenchimento de

²⁷ Para Erdmann (1996, p. 101), tarefa é entendida como um trabalho prescrito, e atividade como um trabalho de múltiplas dimensões, incluindo a biológica, cognitiva, afetiva, relacional, em que o ser/existir ultrapassa a ação mecânica/formal do ato de fazer”. Neste estudo, esta distinção não foi sempre utilizada, apesar de considerada.

formulários, a famosa “papelada” institucional que, sob determinada ótica, emperra a dinâmica hospitalar. Entendida nesta acepção negativa, a burocracia acaba por se tornar uma das vilãs das organizações públicas de saúde, significando uma cultura de baixa resolutividade, que gera insatisfação nos trabalhadores da saúde, os quais comungam de que ela obstaculiza o desenvolvimento do seu trabalho. E assumindo tal vereda, a burocracia transfigurada e incorporada, muitas vezes, ao conhecido trabalho administrativo/gerencial, passa a pertencer ao universo da cultura hospitalar como fator que prejudica inúmeras situações do cotidiano e causa desagrado aos sujeitos envolvidos, como se percebe nas descrições abaixo:

A tônica negativa que perpassa os depoimentos das enfermeiras remete à noção de impotência, em face de situações gerenciais complicadas, reforçadas pela verbalização das “mãos atadas”, demonstrando que, por vezes, não se pode fazer o que se quer, e muito menos o que deve ser feito, mas somente o que é possível. O resultado óbvio é o descontentamento com a função gerencial (MENEZES, 2003, p. 118).

Nas contradições e elipses do cotidiano, os enfermeiros depoentes revelam a ausência de gratificação e amarras no desenvolvimento do trabalho gerencial no serviço público hospitalar em voga. Revelam e salientam que, a cada dia, as dificuldades são maiores, que não estão conseguindo mais driblar e contornar os obstáculos políticos e conjunturais (PROCHNOW, 2004, p. 92-93).

Coadunando-se ao exposto, o estudo de García-Peña et al. (2000), nomeado *“Family physician job satisfaction in different medical care organization models”*²⁸, indicou que o impacto da burocracia e outros aspectos dos modelos das organizações de cuidado, como o excesso de normas e a falta de autonomia, contribuem para a insatisfação dos médicos mexicanos pesquisados. Com isto, pode-se perceber que esta questão é comum a diferentes sociedades, sem querer estabelecer uma comparação entre esta realidade e a brasileira, sob pena de instituir atitudes culturais típicas do evolucionismo ou difusionismo, ou mesmo do funcionalismo, citadas no Capítulo II desta tese.

Carapinheiro (2005, p. 46) assevera que os hospitais apresentam traços salientes de organizações burocráticas, pois o crescimento em tamanho e

²⁸ “A satisfação profissional dos médicos de família em diferentes modelos de organização de cuidado” (Tradução minha).

complexidade, o aumento de pessoal, a multiplicação de serviços e das especialidades médicas e novas tecnologias fizeram com que estas organizações tivessem importantes modificações em suas estruturas hierárquicas e na estrutura de poder e nos sistemas de comunicação.

Porém, para Perrow (1981), todas as organizações apresentam certo grau de burocratização caracterizado por mais ou menos estruturas hierárquicas de autoridade, regulamentos e linhas de especialização, que são utilizados, essencialmente, para organizar grandes grupos de pessoas para que produzam bens e serviços de maneira eficiente. Nesta obliquidade, a burocracia tende a adquirir uma aceção positiva e Weber²⁹ (2004) a definiu como um agrupamento social, que é regido pelo princípio da competência, mediante a estipulação de regras, estatutos, regulamentos, documentação, hierarquia funcional, especialização profissional, entre outros, sendo fator de eficiência e ingrediente indispensável a toda a associação democrática. Para o pensador, a existência da burocracia em uma organização torna-a superior às demais e é uma necessidade ao funcionamento da sociedade.

Mintzberg (2004, p. 379), ao estudar as configurações estruturais das organizações, considerou as burocracias como mecanicistas e profissionais, cada qual com características que ora se aproximam e ora se distanciam. Para o autor, a burocracia profissional é aquela presente em organizações as quais produzem bens ou serviços estandarizados que, para funcionarem, apóiam-se “nas competências e nos conhecimentos de seus operacionais que são profissionais”. Este tipo de burocracia encontra-se, muitas vezes, nos hospitais e universidades, entre outras.

Apesar de encontrar aspectos da burocracia profissional nas teses e dissertações pesquisadas, também observei várias evidências da presença da burocracia mecanicista, cujos significados revelaram um entrecruzamento de ambas, o que pode se configurar em um movimento híbrido característico destas organizações hospitalares. Isto pode estar calcado, talvez, na natureza pública dos hospitais estudados, que tende a reunir características tanto de uma como de outra burocracia. Assim sendo, optei por interpretar alguns dos significados que as

²⁹ Weber se aproximava da corrente sociológica da Escola Clássica do pensamento administrativo. Esta estava focada na mudança do formato e dos papéis da organização formal no interior da sociedade, e na larga influência da industrialização na natureza do trabalho e suas conseqüências nos trabalhadores (HATCH, 1997).

evidências destas duas vertentes me proporcionaram para enxergar traços da cultura dos espaços hospitalares em foco. Em primeiro lugar, a análise voltou-se para os significados das hierarquias nas burocracias mencionadas, incluindo algumas situações de poder e subordinação e, secundariamente, foram abordadas evidências da comunicação indireta e do ambiente físico.

4.1.1.1 As hierarquias nas burocracias de hospitais públicos brasileiros

Os modelos hierárquicos verticalizados presentes nas estruturas hospitalares formaram evidências culturais, cujos significados contribuíram para a compreensão das realidades burocratizadas destes espaços. Estas estruturas são típicas da burocracia mecanicista e Max Weber foi o primeiro estudioso a descrevê-las.

Na burocracia mecanicista, entre outros, se observa uma linha hierárquica claramente definida, onde a unidade de comando é cuidadosamente mantida e há uma distinção rígida entre os níveis operacionais e funcionais. A hierarquia e a estruturação de níveis hierárquicos possibilitam a superação ou resolução de conflitos³⁰ pelos dirigentes, bem como asseguram que haja uma ligação entre a tecnoestrutura e as unidades operacionais, com o objetivo de que estas incorporem normas e sirvam de apoio ao fluxo vertical de informação, tanto ascendente como descendente (MINTZBERG, 2004).

As evidências encontradas nos estudos que pesquisei sobre esta questão expressam significados que caminham contrariamente àquele referido por Mintzberg (2004), reforçando a predominância das estruturas hierárquicas como possível fonte de distanciamento e conflitos entre os trabalhadores:

(o setor de ambulatório...) Dá a conhecer apenas metas operacionais, as estratégias da organização não são disponibilizadas a todos (SALGADO, 2003, p. 57).

³⁰ Neste estudo adotei a idéia de Merhy & Cecílio (2003, p. 118) de que conflitos são manifestações de superfície de tensões constitutivas da vida organizacional que estão localizadas em um nível mais profundo da estrutura organizacional. Assim, os conflitos são a parte visível e dinâmica da vida organizacional descobertos quando a "instituição fala".

Observando um diálogo entre duas enfermeiras, uma fez referência ao acesso às informações e declarou, “... *as informações aqui na unidade são mais retardadas que na unidade I*”, o que denota a característica periférica da unidade no que se refere ao conhecimento defasado as informações e decisões macro organizacionais (MENEZES, 2003, p. 83).

[...] a gerência muitas vezes é percebida apenas do ponto de vista técnico, sem qualquer envolvimento com a área administrativa e até com a totalidade do hospital, representado através da comunicação entre os setores e pela forma como avaliam a necessidade da informação.[...] Além disso, a questão da informação não foi associada como dificuldade para os gerentes no seu cotidiano, foi enfatizada apenas quando perguntados sobre o Sistema de Informação hospitalar, quando mencionaram a dificuldade de acesso, informações fragmentadas e sem confiabilidade (MACEDO, 2006, p. 28).

Um ponto crucial relatado pelas gerentes de setor (e percebido durante o trabalho de campo) foi o afastamento da alta gerência (direção), da gerência intermediária (chefes de divisão e de setores). Muitas vezes, observei que o nível intermediário não tem conhecimento de decisões das instâncias superiores, o que determina um clima de imprevisibilidade constante, colocando os profissionais sempre mobilizados para as incertezas. Isso fica evidente pela seguinte fala: “*é como se a gente comprasse um produto sem saber o que é direito.... Como é que vou passar o produto pra frente?* (Lena Rita) (MENEZES, 2003, p. 116).

Nos hospitais públicos, que foram objeto de pesquisa dos autores de teses e dissertações consultadas para este estudo, a hierarquia, talvez vinculada à idéia mais controladora e mais clássica, pode vir a aumentar as distâncias, a dificultar a comunicação e a fomentar conflitos. Isto traduz uma cultura de que as configurações hierárquicas servem para aumentar a distância entre as pessoas, acabam por dificultar o trabalho e acirram as disputas pessoais e profissionais. A explicação que surge sustenta-se na idéia de que quando uma posição é determinada no organograma, que é a representação gráfica da hierarquia organizacional, reduzem-se as pessoas a cargos, “cujas diferenças aparecem nas qualidades para a ocupação do cargo, estabelecendo uma ordem disciplinar dos espaços/limites permitidos do transitar a liberdade” (ERDMANN, 1996, p. 92).

Afora isto, o sistema universalista e meritocrático, instituído no serviço público há algumas décadas, não abandonou algumas formas particularistas de recrutamento, alocação e ascensão funcional (BARBOSA, 1996), causando uma

confusão generalizada entre a hierarquia institucionalizada e os papéis exercidos pelos sujeitos no interior das organizações, pois nem sempre aqueles mais capazes ocupam o topo hierárquico das instituições ou dos serviços públicos.

A hierarquia, neste rumo, assume um papel discriminatório, mesmo que seja em relação à informação ou comunicação ascendente ou descendente da cadeia. Isto é, aqueles que estão em níveis superiores agem discriminadamente em relação àqueles em níveis inferiores e vice-versa, numa eterna disputa pelo poder e autoridade que a posição pode traduzir:

No que se refere à rede de poder, tem-se que existe uma hierarquia formal entre os membros da equipe de enfermagem, onde alguns indivíduos dos níveis inferiores demonstram determinado grau de insatisfação pela falta de autonomia na tomada de decisões no atendimento ao paciente (SALGADO, 2003, p. 53).

Entretanto, percebe-se a média gerência do hospital ainda algumas vezes “desintegrada” da alta administração. Por outro lado, a integração interna também é forte entre todos os gerentes do hospital, com bom grau de interação entre eles. Mas existem alguns gerentes não tão bem integrados aos seus subordinados, com um distanciamento gerado pela cultura hierárquica ainda vigente em certos casos (LIMA, 2006, p. 112).

Reafirma-se, pela análise documental que há uma centralização do processo decisório na figura do diretor da área. Questões de menor amplitude ficam a cargo dos coordenadores, estes as discutem, geralmente, com outros coordenadores, mas neste caso, também com o diretor. As chefias, basicamente, encaminham atos administrativos de conotação burocrática e legalista, o que caracteriza a prática gerencial do serviço de enfermagem da instituição sob uma perspectiva administrativa embasada no modelo burocrático, sob um processo de comunicação indireta (PROCHNOW, 2004, p.128-129).

Mas, enquanto houver diferenças na condução do processo produtivo, na valorização, no tratamento e mais especificamente no controle/confiança dos profissionais do HU/FURG, dificilmente se estabelecerá uma cultura organizacional forte o bastante para, novamente garantir, através da integração e do trabalho em equipe, o sucesso da instituição (ÁVILA, 2006, p. 77)

Esta questão da hierarquia mais verticalizada e associada à centralização da autoridade localizada na estrutura de hospitais públicos, também pode ser encontrada em outra corrente da teoria administrativa, a teoria do gerenciamento

clássico, nomeada desta forma para distingui-la da aproximação sociológica, citada anteriormente e representada por Weber. A teoria do gerenciamento clássico objetivava atender os problemas práticos do gerenciamento das organizações industriais e teve em Henry Fayol³¹ um de seus principais propagadores, através de seus princípios universais para a administração racional das atividades organizacionais. Estes princípios envolviam questões como: alcance de supervisão (o número de subordinados que pode ser supervisionado por um supervisor); departamentalização (grupos que executam atividades similares devem formar departamentos); exceções (os subordinados devem estar familiarizados com as rotinas, deixando os administradores livres para lidar com outras situações); unidade de comando (cada subordinado deve se reportar a apenas um chefe); e hierarquia (o princípio escalar deve encadear todos os membros da organização numa estrutura controlada que se assemelha a uma pirâmide) (HATCH, 1997).

Também Prates & Barros (1997, p. 59) reforçam esta perspectiva, quando mencionam que “a sociedade brasileira tem se valido, de forma alternativa, da força militar tradicionalista e do poder racional-legal para o estabelecimento e a manutenção da autoridade, criando, assim, uma cultura de concentração do poder baseada na hierarquia/subordinação”.

Extrapolando a questão da hierarquia para outras realidades hospitalares, Savic & Pagon (2008), na investigação intitulada “*Relationship between nurses and physicians in terms of organizational culture: who is responsible for subordination of nurses?*”³², na qual 106 médicos e 558 enfermeiros de 14 hospitais eslovenos foram entrevistados, reportam que tanto enfermeiros como médicos estão inseridos em hospitais que possuem uma cultura do tipo hierárquica, em que as organizações subsistem pela estabilidade e controle. Contudo, ambas categorias profissionais prefeririam que seus hospitais estivessem inseridos em uma cultura “*clan*”, que pode ser entendida como aquela em que seus integrantes estão unidos tal qual um clã, existindo uma preocupação com as pessoas, flexibilidade e sensibilidade no trato

³¹ Fayol apresentou seus princípios administrativos em seu livro intitulado “Administração Industrial e Geral” publicado primeiramente em 1949. As abordagens dispostas sobre administração contribuíram para fundar as bases das dimensões da estrutura social da organização que formaram a estrutura para a moderna teoria administrativa (HATCH, 1997).

³² “A relação entre enfermeiros e médicos na cultura organizacional: quem é responsável pela subordinação do enfermeiro?” (Tradução minha).

com os clientes.

Na atualidade, existe uma tendência dita pós-modernista de gerenciamento que, para recompensar o desequilíbrio provocado pelo poder acumulado no topo da hierarquia, procura dar voz ao silêncio, o que significa buscar maiores níveis de participação dos membros marginalizados da organização tais como mulheres, minorias raciais e étnicas e dos mais jovens e mais velhos empregados (HATCH, 1997).

Sobre a questão da maior participação dos trabalhadores da saúde nos organogramas, um estudo de observação realizado por Cecílio & Mendes (2004), em um hospital público municipal, resultou em interessantes colocações. Neste hospital em pauta, houve uma mudança do organograma com o objetivo de descentralizar as decisões da direção para diversos níveis hospitalares, num sistema de co-gestão dos espaços decisórios, proporcionando a participação dos trabalhadores. Mas isto efetivamente não ocorreu. Foi constatado que os trabalhadores, com seus interesses e práticas, constituem “múltiplos campos de relações de força, que ‘deformam’ os vetores das diretrizes da direção”, de maneira que “os dispositivos pensados para a implementação de tais diretrizes são reinterpretados, reapropriados com novos sentidos, quase sempre em consonância com antigas práticas e valores já estabelecidos” (CECÍLIO & MENDES, *op. cit.*, p. 45). Em outras palavras, o corporativismo profissional se impõe para proteger seus territórios de saber-poder, que foram construídos durante os anos da história do hospital e das próprias profissões, principalmente a médica. Afora isto, os espaços criados como fórum de tomada de decisões não garantem a distribuição de poder, porque os trabalhadores, aparentemente, não se sentem nem se fazem representados (CECÍLIO & MENDES, *op. cit.*).

Para os autores, tendo em vista os resultados de sua pesquisa, a gestão possível dos hospitais é aquela calcada numa forte concentração de poder no topo da organização, onde ficam as decisões estratégicas sobre o hospital. Por outro lado,

evidencia-se, plenamente, a irreduzível resistência dos autogovernos dos trabalhadores a qualquer pretensão macroracionalizadora da direção, bem como a necessidade de construção de modos de se fazer a gestão que se orientem para construção de um novo pacto ético-político no hospital, que tenha como referência e ponto de partida, sempre, o mundo do trabalho e as relações reais que

estabelecem seus atores entre si e com os usuários (CECÍLIO & MENDES, *op. cit*, p. 53).

Em algumas das teses e dissertações, que compuseram minha pesquisa, foi observado que a hierarquia assume um patamar de estabilidade, havendo uma integração entre os diferentes níveis, o que pode demonstrar a maturidade administrativa ou modelos de gestão mais descentralizadores, ou, em última e mais preocupante instância, a naturalização da autoridade/submissão instituídas:

Durante o trabalho de campo, observei que não há barreira hierárquica rígida entre os profissionais de Enfermagem e a gerência, tendo-se sempre espaço para aproximação e acesso da gerência intermediária e superior (MENEZES, 2003, p. 116).

Os profissionais de nível médio de Enfermagem mantêm a concepção da hierarquia profissional; nesse sentido, reafirmam a autoridade da enfermeira, através de uma postura consultiva ante as situações da prática. É forçoso informar que não pude perceber conflitos ou problemas de ordem hierárquica entre esse grupo e as enfermeiras (MENEZES, 2003, p. 125).

As relações estabelecidas entre funcionários e entre funcionários e seus superiores no Hospital São José têm um bom grau de satisfação por parte dos funcionários. O subordinado tem abertura por parte de seu superior para propor idéias, conforme respondeu o administrador do hospital afirmando que muitas idéias do ano de 2005 que foram colocadas em prática, surgiram nas reuniões de chefia sendo oriundas dos próprios subordinados. [...] No Hospital São José, conforme entrevista realizada com o administrador da instituição, não há necessidade de marcar hora para conversar com o superior, tanto que a sala do chefe e vice-chefe (Irmã Diretora e administrador, respectivamente), está acessível a todos. Segundo o administrador, “todo mundo entra, fala, conversa, um assunto que eu sei, que a Irmã sabe, todo mundo sabe”. No hospital há predominância de uma administração participativa, não centralizadora e não dominadora, conforme o próprio administrador (VERBIST, 2006, p. 213).

Quanto ao agir, no exercício do cargo administrativo que os enfermeiros exercem na instituição, o coletivo dos depoentes o interpretam de diferentes formas. Alguns vêem como normal o controle, porque existe uma hierarquia; porém não vêem como algo que os sufoquem. Boa parte mencionou e acredita que tem liberdade de atuação nas unidades; já, quanto a liberdade para exercer a atividade administrativa/gerencial, esta é restritiva, pois envolve o contexto da instituição sob uma visão do todo (PROCHNOW, 2004, p. 75).

Nessa situação que abarca o status e a postura profissional perante a hierarquia superior e o grupo de trabalho, entendemos, alguns conseguem posicionar-se e organizar a divisão do trabalho de forma direcionada ao que desejam e outros submetem-se a ela, aos fatos, e obedecem sem questionar não alcançando nem capacidade nem força de reivindicação (PROCHNOW, 2004, p. 78).

Alguns fragmentos textuais indicam que existem nos hospitais situações em que a hierarquia significa o pleno exercício da autonomia dos trabalhadores da saúde em seus limites de decisão, isto é, os trabalhadores possuem a autoridade que a sua posição hierárquica lhes confere e isto os satisfaz em seus níveis de atuação. Em alguns casos, porém, esta autoridade limitada, porque restrita hierarquicamente, significa um empecilho a outras decisões, o que ocasiona alguns descontentamentos com este alcance cingido do poder, causando um choque com as forças decisórias superiores, em uma disputa pelo poder instituído pelas hierarquias:

Notamos que, em função do envolvimento complexo no jogo das estruturas econômicas e políticas, o enfermeiro, ante a organização institucional hospitalar percebe que sua promoção ou exercício do cargo, enquanto gerente, vai até certo limite; então, entende que, a partir dali, ele se choca com detentores de poder em posições mais elevadas. Com essa tomada de consciência, o gerente traz à tona forças de repressão que permaneciam ocultas, ou menos visíveis quando nada o ameaçava. Dessa forma, o cargo traz à luz uma ameaça, incluindo também os demais participantes da categoria, tal percepção gera conflitos internos ao enfermeiro no cotidiano laboral (PROCHNOW, 2004, p. 72).

Quanto ao agir, no exercício do cargo administrativo que os enfermeiros exercem na instituição, o coletivo dos depoentes o interpretam de diferentes formas. Alguns vêem como normal o controle, porque existe uma hierarquia; porém não vêem como algo que os sufoquem (PROCHNOW, 2004, p. 75).

Pelos depoimentos podemos constatar que a autonomia é maior nas atividades de rotina administrativa, o que nos parece normal, pois eles apontam restrições diante daquelas de maior repercussão sobre a instituição, porque ficam centradas na direção de enfermagem e, subseqüentemente, nas coordenações. Isso nos leva a notar que os enfermeiros gerentes estão subjugados à administração superior, na qual os gerentes atuam na função operacional, com limitadas participações gerenciais em tomadas de decisões, ou em atos de importância estratégica, pois tais participações certamente, são restritas às instâncias superiores (PROCHNOW, 2004, p. 82).

Em algumas organizações ditas burocráticas existe um viés cultural formado pela participação aparentemente muito ativa dos trabalhadores nas decisões administrativas. Esta peculiaridade diminui o poder de discordância entre os trabalhadores e a administração, pois, sendo parte do processo de tomada de decisão organizacional, os trabalhadores acabam perdendo seus direitos para contrariar disposições. Em certos casos, esta pseudoparticipação nas decisões faz com que os empregados estejam autorizados a exercer os seus direitos democráticos em decisões de menor importância, enquanto são excluídos daquelas que são relevantes (MORGAN, 1996).

Este estado de (não) participação parece ser um artifício utilizado pela gestão de alguns hospitais, para manter reféns e cúmplices, ao mesmo tempo, certos trabalhadores que, talvez, inconscientemente, se considerem como agentes decisivos na administração gerencial dos hospitais e fomentem uma cultura de que são partícipes dos processos organizacionais. Os recortes abaixo são apenas possibilidades deste evento mencionado, mas não há uma indicação precisa de que possam ser interpretados em consonância às disposições tecidas:

Tal constatação advém de uma visão contextual da organização proporcionada às gerentes, através dos programas de desenvolvimento gerencial e de uma aproximação com a cúpula decisória da unidade (MENEZES, 2003, p. 86).

Cumpramos ressaltar que a enfermeira chefe de Divisão é quase sempre consultada para expor sugestões ou tomar decisões, sobre assuntos gerenciais mais amplos, como a aquisição de materiais para todas as áreas do hospital e a ordenação de fluxos e processos na unidade. Ela constitui referência para resolução de problemas, principalmente quando é necessário trânsito institucional nas outras unidades do Instituto. Neste nível, não há dúvida que existe co-participação nas decisões (MENEZES, 2003, p. 113).

Mintzberg (2004, p. 391) menciona que, na burocracia profissional, diferentemente da burocracia mecanicista onde o poder é ditado pela natureza hierárquica, o poder está fundado na natureza profissional, isto é, o poder reside na especialização. Assim, para o autor, nas burocracias profissionais e aí incluídos os hospitais, existem duas linhas hierárquicas paralelas, “uma para os profissionais, no sentido ascendente e que é de natureza democrática, e a outra para as funções de

apoio logístico, no sentido descendente, e que tem a natureza de uma Burocracia Mecanicista”. Mintzberg (*op. cit.*) cita Blau (1967-1968) para referir que a orientação profissional, no sentido dos serviços, e a orientação burocrática, no sentido do respeito às normas, situam-se em campos opostos, o que pode se constituir em conflitos no interior das organizações.

Indo mais adiante em relação a este assunto, que dicotomiza a natureza do poder nas organizações, Carapinheiro (2005) parte da idéia de que aqueles grupos que desempenham as tarefas mais difíceis dentro dos hospitais (médicos e administradores) controlam estes espaços, determinando as políticas e os objetivos organizacionais. Esta argumentação percorre, talvez, o caminho inverso do pensamento disposto por Mintzberg (2004), pois este coloca em campos adversos os administradores e os profissionais.

A meu ver, entretanto, talvez, a idéia de Carapinheiro não se sustente devido ao rigoroso controle externo que existe nas organizações públicas de saúde brasileiras, por parte do Estado ou seus representantes, impossibilitando tais ações tendenciosas pela prescrição de diretrizes e programas emanados do modelo público de gestão da saúde, o que será focado mais adiante. Mas certos arranjos intra-hospitalares para beneficiamento de determinados projetos ou processos de interesse seletivo não estão descartados, mesmo que não explicitados nas investigações analisadas. Isto se deve porque, invariavelmente, podem ser criadas regras informais negociadas entre diferentes sujeitos para preencher hiatos deixados pela regulação formal. Desta maneira, conforme Carapinheiro (2005, p. 63), as regras formais e informais cruzam-se constantemente no cotidiano do hospital, “sendo umas e outras susceptíveis de cair em desuso, de serem retiradas ou serem substituídas” conforme a necessidade.

Nos estudos pesquisados, encontrei alguns indícios que podem fortalecer os juízos expostos, na forma de uma certa pendência burocrática entre a administração dos hospitais e os gerentes mais técnicos, profissionais específicos da área da saúde, manifesta na forma como a administração regula os problemas do hospital e na forma como os técnicos vivenciam os problemas no seu dia-a-dia. Usualmente, estas diferenças de concepção se exprimem pelas diferentes visões dos diversos profissionais sobre os problemas hospitalares, cada qual voltada a uma ótica específica: a estritamente gerencial e a estritamente assistencial. Os

significados desta disputa traduzem uma cultura de distanciamento entre os trabalhadores condicionada pelas diferentes concepções acerca da finalidade e produto final do trabalho nos hospitais, ocasionando sérias rupturas no processo de trabalho, mesmo que todos “puxem a brasa para a mesma sardinha”.

Para Merhy (2007a p. 98), os serviços de saúde vivem situações em que o processo de gestão do trabalho invade o processo de gestão do equipamento institucional e fica sempre entre os limites do público e do privado, “entre a intencionalidade política e a de produção de bens”. O desafio que se põe é ‘publicizar’ estes espaços de gestão, em todas as suas dimensões, mesmo que em muitos projetos e modelos tecnoassistenciais este movimento ocorra de maneira privatizante.

Os seguintes fragmentos asseveram o exposto:

O médico, principalmente, não tem visão de planejamento, não tem a visão macro, e se não temos pessoas, nos níveis acima, dispostas a discutir e trazer esta visão maior, o processo fica mais complicado. [...] O obstáculo é que, às vezes, os propósitos são distorcidos quando os profissionais da ponta não conseguem ter uma visão de conjunto e pleiteiam apenas por motivos pessoais ou corporativos (ARTMANN, 2002, p. 298).

Além das diferentes interfaces “técnica/assistencial” e “gerencial/administrativa”, foi identificado um distanciamento entre os profissionais que executam a atividade fim, da ponta assistencial e a administração do Instituto, circunscrevendo a direção geral e os setores de apoio (MACEDO, 2006, p. 29).

Os médicos possuem uma lógica distinta na orientação do trabalho; eles tendem a valorizar os aspectos técnicos referentes às suas áreas (MENEZES, 2003, p. 125).

Nos Estados Unidos, a reflexão, “*Hospital-medical staff culture clash: is it inevitable or preventable?*”³³, realizada por Merry (2005), aponta que também existem tensões históricas entre o *staff* médico e os administradores, desde a ascensão desta última profissão, com a enorme expansão dos hospitais e seus serviços no pós II Guerra. Ambos os grupos de profissionais estão unidos no desejo de oferecer aos pacientes um ótimo atendimento, mas estas intenções são obstaculizadas por conflitos decorrentes de uma série de diferentes posições, que não se resumem em

³³ “Choque cultural do *staff* médico: inevitável ou evitável?” (Tradução minha).

controlar as decisões financeiras, mas que estão vinculadas a profundas divisões culturais quanto à autonomia dos médicos e o controle efetuado pelos administradores.

Seguindo o pensamento de que os profissionais mais técnicos possuem objetivos diferentes dos administradores, Mintzberg (2004) menciona a existência, nas burocracias profissionais, de um tipo de controle em que o poder é conferido àqueles profissionais que dedicam uma grande parte de seus esforços ao trabalho administrativo em detrimento do seu trabalho específico. No pensamento do autor, os técnicos com esta atitude procuram atuar em benefício de seus anseios profissionais, uma vez que, do contrário, estariam deixando as decisões deste caráter ao cargo dos administradores. Isto se aplica naquelas situações em que um médico, enfermeiro ou fisioterapeuta, por exemplo, envolve-se com os meandros administrativos ou financeiros para lutar e encontrar meios de seus projetos serem efetivados.

Em dois estudos que analisei, (Salgado, 2003; Prochnow, 2004), também é feita referência à hierarquia/subordinação/poder entre médicos e enfermeiros³⁴, assunto tão discutido no processo histórico de ambas as profissões e que tem produzido trabalhos que auxiliam na compreensão destas relações. Pela sua complexidade e grande alcance, esta questão não será abordada com a profundidade necessária neste momento, porque merecedora de intensa pesquisa e argumentação.

Contudo, por ora e superficialmente, já que identificados nos estudos, posso aproximar tais constatações da afirmação de Carapinheiro (2005, p. 73), que revela que os profissionais de enfermagem são colocados em uma situação de subordinação na divisão do trabalho médico, pois “a natureza do trabalho desta categoria profissional é definida a partir da natureza do trabalho médico e a posição funcional das suas tarefas determina-se a partir da centralidade das tarefas

³⁴ Sobre este assunto, consultar CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. Porto: Edições Afrontamento, 2005, LUNARDI FILHO, W. D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Pelotas: Editora Universitária/UFPel; Florianópolis: UFSC, 2000, MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C. de O. Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais. **Rev. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 64, p. 110-122, mai./ago. 2003 e CECÍLIO, L.C. de O.; MENDES, T.C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam?. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 39-55, mai./ago. 2004, entre outros autores que vêm tratando desta temática com apuro.

médicas”. Esta afirmativa, porém, é parcialmente contraposta por Merhy & Cecílio (2003, p. 115), que referem que a coordenação do hospital é de fato da enfermagem, mesmo que exista uma relação paradoxal, pois “quem coordena o cuidado é o pólo dominado em uma relação de dominação”. Os recortes abaixo identificam como este mote foi abordado nos hospitais que foram motivo de pesquisa:

A hierarquia entre médicos e enfermeiros é bem aceita e há uma integração razoável entre as duas equipes (SALGADO, 2003, p. 53).

A relação com os médicos é de respeito mútuo, onde os enfermeiros tentam servi-los, estando sempre prontos para o apoio ao atendimento (SALGADO, 2003, p. 52).

Ao analisar as entrevistas dos profissionais, percebemos que, mesmo tendo conhecimento de que o mercado de trabalho está subordinado ao processo de valorização do capital, os depoentes prestam-se a servir à ideologia dominante, admitindo sua atuação como subalterna ao poder médico, ainda hegemônico diante dos demais profissionais de saúde (PROCHNOW, 2004, p. 67).

Não questionando o mérito da pesquisa e os achados de Carapinheiro (2005), entendo que seus posicionamentos em relação à subordinação da enfermagem à medicina devem ser indagados, pois seu estudo restringiu-se à realidade hospitalar de Portugal. Naquele país, onde tive oportunidade de realizar Estágio de Doutorado Sanduíche³⁵, em 2007/2008, as relações sociais são extremamente verticalizadas e se reproduzem desta mesma forma no interior dos hospitais. Deste modo, a conjuntura social, onde estão inseridos os hospitais que compõem a investigação da estudiosa, deve ser levada em conta para um melhor entendimento das relações que lá se processam e não devem/podem resultar em verdades absolutas importadas indiscriminadamente para o contexto brasileiro.

Hoje eu enxergo esta questão da disputa médica e de enfermagem no Brasil, ainda que esta assertiva esteja calcada somente em minha experiência profissional, como um “ranço” antigo já superado, que insiste em dominar algumas investigações. Mesmo diante de fatos como o “Acto médico” que, ao invés de mostrar a fragilidade, pelo contrário, revelou a força combativa histórica da

³⁵ Modalidade de Bolsa de Estudos que proporciona aos estudantes de cursos de doutorado, com nota igual ou superior a 4 na última avaliação trienal da CAPES, a oportunidade de desenvolver parte de sua pesquisa em instituição no exterior de reconhecida excelência (CAPES, 2008).

enfermagem desvinculada do caráter submisso que muitos ainda insistem em lhe imputar, acredito que o patamar de estabilidade adquirido por ambas as profissões, ou, principalmente pela enfermagem, tenha conseguido superar estas mazelas.

Foucault (1996) explica que o poder é uma prática social construída historicamente, que existe em toda estrutura social, não havendo quem detenha o poder em detrimento de quem esteja alijado dele. O poder manifesta-se através de gestos, hábitos, comportamentos, palavras e discursos, que acabam por se conformar em micropoderes. Com base nisto, penso que se deve ter em mente que o poder nas relações de trabalho não pode ser entendido como uma propriedade, mas como uma estratégia. Assim, os efeitos de dominação que este poder produz não podem ser atribuídos à apropriação, mas a disposições, manobras, táticas, técnicas e funcionamentos. Acima disto, é importante acreditar que o “[...] poder se exerce mais do que se possui, que não é privilégio adquirido ou conservado da classe dominante, mas o efeito conjunto de suas posições estratégicas [...]” (FOUCAULT, *op. cit.*, p.29).

Talvez se encontrem em Campos (2007, p. 248) as alternativas para dizimar algumas disputas no trabalho da medicina e da enfermagem em função da autonomia sem prescindir da responsabilidade de cada uma delas na defesa da vida da população, a partir do entendimento de dois termos: campo e núcleo. Para o autor, “núcleo” é o conjunto de saberes e responsabilidades próprias de cada profissão ou especialidade e “campo”, os saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades.

Assim, as profissões da área da saúde, principalmente a medicina e a enfermagem, na figura de seus profissionais, devem perceber que os limites de atuação não condicionam as limitações de atuação, no rumo de que cada profissão possui o dever ético de fazer aquilo que lhe compete acima da luta histórica de sujeições e dominações. A partir disto, possivelmente, haja consenso de que a idéia de inter-relação não converge para a cisão e de que complementariedade não corresponde à fragmentação do trabalho na saúde.

Para reiterar o exposto extrapolando-o a outras realidades mundiais, cito o estudo de Savic & Pagon (2008), que discute as profissões da saúde na realidade eslovena. Nele, as autoras referem que a cooperação, entre enfermagem e medicina, possui uma importância estratégica para o cuidado de alta qualidade ao

paciente e na criação de um ambiente de trabalho positivo para ambos os grupos. Indicam, também, que os objetivos do cuidado só serão atingidos se a cooperação entre estas profissões não só acontecer somente no nível pessoal das relações, mas, também, no nível profissional.

Porém, confirmando a existência de tensões nas relações entre médicos e enfermeiros, neste país onde foi realizada a pesquisa, as enfermeiras entrevistadas mencionam que se sentem subordinadas aos médicos e que estes são responsáveis pela criação de relações hierárquicas que não promovem a comunicação entre os membros do grupo. Isto se deve, porque, no pensamento das entrevistadas, os médicos tendem a controlá-las e sentem-se superiores a elas (SAVIC & PAGON, 2008), o que acende ainda mais a possibilidade de novas discussões sobre o assunto.

4.1.1.2 A comunicação e o ambiente físico em hospitais públicos brasileiros

Outro aspecto, disposto nas teses e dissertações, foi o da comunicação direta e de como esta não é uma prática operante entre a administração e os trabalhadores da saúde. Isto se deve, porque os hospitais, que foram motivo de pesquisa, são estruturas burocratizantes, onde as normas e regulamentos possuem um caráter legal e as demais comunicações um caráter formal e indireto.

Os fragmentos que seguem ilustram a questão da comunicação no interior destes hospitais públicos:

No diagnóstico apresentado no levantamento feito pelo GTH/HRAS³⁶ um dos destaques é a falta de comunicação no hospital, chegando a ponto de determinadas áreas não ficarem sabendo de eventos do próprio hospital (VIANA, 2004, p. 79).

Como rotina, evidenciamos uma recusa de assegurar uma comunicação direta, ou seja, a comunicação acontece por diversos instrumentos (atas, ofícios circulares, caderno de ocorrências, caderno de recado) entre direção executiva e funcionários em geral, posteriormente, há uma relação hierárquica de repasses, via direção de enfermagem-coordenadores de área, em reuniões semanais; e direção de enfermagem - coordenações, em reuniões mensais com os chefes de serviços de enfermagem. Excepcionalmente, a direção de enfermagem entra em contato direto com os funcionários do seu quadro. Assim, de maneira

³⁶ Grupo de Trabalho de Humanização/Hospital Regional da Asa Sul.

geral, o diálogo aberto ocorre somente entre funcionários e chefes de serviço ainda que de forma relativa, dependendo da escolha do chefe. Podemos inferir que, de forma abafada, não verbal, a comunicação indireta tem sido utilizada como instrumento manipulador; pois, quando há dificuldades no intercâmbio de idéias de forma explícita, reduzem-se as pessoas, muitas vezes, à impotência, porque, não compreendendo o processo em curso, ficam confusas e dessa maneira susceptíveis a serem verbalmente manipulados. Assim, diante de uma escassa comunicação, a violência se estabelece e transita entre os não-ditos e os subentendidos, caracterizando e conduzindo um sentimento de angústia, evidenciado no dizer dos depoentes por nós. Contradição ou paradoxo, o processo de trabalho recusa o diálogo, o direito de as pessoas serem ouvidas pela direção é recusado, o que denota que a opinião do outro não interessa, o outro não existe. Ao mesmo tempo em que o discurso é tortuoso, revela-se a alienação recíproca, eles (direção-gerência) recorrem freqüentemente à correspondência como uma estratégia para buscar ser ouvido, ela servirá de álibi em julgamentos ético-morais de várias ordens, posteriormente, tanto para a instituição como para os dirigidos, servirá como mecanismo de proteção (PROCHNOW, 2004, p. 122-123).

Aquilo que eu posso interpretar em relação a estas situações é de que o significado da comunicação direta pressupõe a iminência do conflito oral, enquanto o significado da comunicação expressa através de correspondências, ofícios, comunicados (aqui, comunicação indireta) denota um distanciamento ou uma postergação deste conflito. Isto é, a comunicação indireta pode até gerar conflitos, mas estes ocorrerão distantes espacialmente do canal remetente, podendo, até, nem vir a ser do seu conhecimento.

O material de comunicação indireta, porque escrito, é mais trabalhado lingüisticamente, especialmente do ponto de vista do impacto que causará. Nesta entrada, portanto, significa também uma desigualdade de condições entre aquele que escreve e aquele que lê, porque este último não possui a possibilidade da rapidez da resposta, seja porque está distante, seja porque o caráter oficial do documento recebido requer que a resposta seja também emitida de forma escrita. Com isto, acentua-se o apartamento entre emissor(es), geralmente as chefias, as direções ou gerências e receptor(es), sublinhando as diferenças hierárquicas e de autoridade.

Por outro lado, este expediente de comunicação indireta também é utilizado para que todos recebam as informações ou orientações (memorandos, instruções,

normas) de maneira igualitária e não haja “contaminações”, pelas múltiplas interpretações que uma comunicação oral pode produzir. Isto não quer dizer, todavia, que as comunicações indiretas não produzam diversas interpretações: claro que sim, porque sujeitos diferentes possuem interpretações diferentes diante de um mesmo objeto. Mas, pelo menos sob a ótica gerencial, esta possibilidade fica reduzida³⁷.

Assim sendo, diante daquilo que foi resgatado dos estudos pesquisados, posso presumir que, se as culturas são criadas, sustentadas, transmitidas e até mudadas pela interação social proporcionada pela comunicação, conforme Freitas (1991); se a comunicação pode ser entendida, mesmo que superficialmente, como um processo que torna as idéias comuns a um ou vários grupos de indivíduos; e se a cultura, para Geertz (1989), é um conjunto de significados partilhados pelos indivíduos em seu contexto social, então, devo depreender que a existência da comunicação, exposta nos recortes textuais acima, acaba por dificultar a propagação da cultura.

Porém, Mintzberg (2004, p. 70) menciona que “a todos os níveis de gestão, todos os estudos confirmam que os gestores situados a todo e qualquer nível favorecem o sistema informal de comunicação e os contactos verbais, em vez de documentos da comunicação formal” e dedicam 65% a 80% de seu tempo a contatos verbais e cerca de 45% tanto a contatos fora da cadeia de autoridade formal como dentro dela.

Esta menção encontra eco em somente um recorte textual, no qual ficou evidenciada a facilidade de comunicação na organização que foi estudada. Mas, devido a pouca exposição do assunto e sua descontextualização na investigação, não cheguei a uma interpretação que pudesse ser sustentada, a não ser por uma mera impressão de que tal colocação possa ter sido ingênua pelo seu plano de abrangência:

A comunicação no Hospital São José acontece de forma aberta, verbal e escrita. Aberta porque a pessoa tem que ir direto no setor com o qual precisa se comunicar, o que agiliza o encaminhamento das solicitações, caso essas não necessariamente precisem ser protocoladas (VERBIST, 2006, p. 214).

³⁷ Esta linearidade em relação às interpretações vai contra toda a configuração deste estudo, a qual está baseada na multiplicidade de interpretações que é oferecida pela hermenêutica e por Geertz. Entretanto, corro o risco de mencioná-la por ser um pensamento usual em cargos administrativos, muitos já exercidos por mim em tempos anteriores.

Afora estas questões, um fragmento recolhido de uma tese de doutoramento cita a existência de um jornal interno, responsável pela divulgação de informações da organização, que parece ser um canal de comunicação bastante efetivo:

Um veículo de comunicação importante e amplamente utilizado nesse sentido é o Informe INCA³⁸, periódico interno quinzenal, por meio do qual são veiculadas notícias e reportagens de natureza técnico-científica, cultural e social (MENEZES, 2003, p. 100).

Em minha experiência profissional em diversos hospitais públicos, pude constatar a existência destes jornais, que divulgam e também destacam atividades da organização ou de seus servidores, o que acredito ser uma prática comum, apesar de ter sido abordada somente no estudo acima.

Entendo que os jornais de circulação interna, mesmo na forma de comunicação formal, buscam preencher, como símbolos de comunicação que são, o hiato na transmissão da cultura pois, para Geertz (1989), o símbolo é um propagador de cultura.

Assim, o jornal, como um símbolo consagrado, representa a alegoria da informação disseminada e socializada nos hospitais públicos onde existem, uma vez que os símbolos armazenam significados e são pré-requisitos da existência biológica, psicológica e social do homem. Contudo, estes significados não são intrínsecos aos símbolos que os possuem, mas lhes são impostos pelos sujeitos que vivem em sociedade, pois as proposições culturais, mais do que mostrar como o mundo é, direcionam o modo de agir no mundo. Desta maneira, símbolos “são formulações tangíveis de noções, abstrações da experiência fixada em formas perceptíveis, incorporações concretas de idéias, atitudes, julgamentos, saudades ou crenças”, que servem como vínculo a uma concepção, que é o significado do símbolo (GEERTZ, 1989, p. 68).

Do ponto de vista organizacional, Pettigrew (1979) refere que os símbolos designam objetos, evocam múltiplos significados e servem como veículo informativo das concepções organizacionais, a partir do momento em que funcionam como vocabulário da organização, delineando a construção dos valores. O jornal, neste

³⁸ Instituto Nacional do Câncer.

rumo, parece realizar o seu papel de propagador da cultura que se funda nos hospitais, mesmo que esteja construído na orientação administração-trabalhadores da saúde e seja reprodutor, talvez, de uma só face da moeda organizacional.

As teses e dissertações também ofereceram o aspecto do ambiente dos hospitais como possibilidade na busca de traços da cultura destes espaços. O ambiente dos hospitais a que me reporto é aquele que envolve as condições materiais de conforto e bem-estar dos trabalhadores da saúde referentes tanto à área física, o espaço organizado de e para o trabalho, como à área voltada à sociabilidade.

A precariedade deste ambiente caracteriza-se, entre outros, pela má conservação ou inadequação dos espaços de trabalho nos hospitais e vai desde pinturas descascadas, infiltrações, pisos irregulares, ventilação inadequada, expurgos mal localizados, iluminação deficiente, até a ausência de áreas de descanso e de desenvolvimento da socialização.

Algumas situações são referidas nos fragmentos abaixo:

O hospital não é, de modo algum, um lugar confortável para o trabalho. Os enfermeiros não se sentem motivados a trabalharem, pelo péssimo estado de conservação das instalações físicas e materiais para o atendimento (SALGADO, 2003, p. 52).

(o setor de ambulatório...) Não disponibiliza o ambiente físico necessário ao bom exercício das funções de enfermagem, o que reduz o seu desempenho (SALGADO, 2003 p. 58).

Um outro problema freqüente é a falta de material e de mobiliário adequado para os ambientes (VIANA, 2004, p. 79).

Particularmente no estudo de Viana (2004), em que há menção às precárias condições de conforto e bem estar dos trabalhadores da saúde, há também referência ao desestímulo que isto provoca nos funcionários, afetando seu desempenho na assistência que é prestada. Eu acredito que esta situação atinge não só o desempenho do trabalhador, mas também sua auto-estima, comprometendo, igualmente, sua saúde, pelas condições insalubres que se apresentam em muitos destes espaços.

Contudo, atualmente, o ambiente do trabalho passou a ser uma obrigação social constitucional do Estado, que reafirma a importância da boa estrutura física

para e no trabalho, e muda, substancialmente, a relação com as possibilidades de melhoria do mesmo. Deste modo, a qualidade do ambiente do trabalho, que antes era negociado no microespaço hospitalar e pouco considerado, diante da gravidade de outros problemas, hoje pode ser mais uma, entre tantas, das lutas na arena de responsabilidade do Estado.

Para Santos (1999b, p. 50), o conceito de meio ambiente evoluiu desde a Constituição de 1988 e, atualmente, abrange, além do fator natural e físico, o cultural, o artificial e meio ambiente do trabalho, que pode ser entendido como “o conjunto de condições existentes no local de trabalho relativo à qualidade de vida do trabalhador’ (art.7, XXXIII e art.200)³⁹”. Assim,

o meio ambiente sadio do trabalho é um direito transindividual por ser um direito de todo trabalhador, indistintamente, e reconhecido como uma obrigação social constitucional do Estado, ao mesmo tempo em que se trata de um interesse difuso, ou mesmo coletivo quando se tratar de determinado grupo de trabalhadores. Em sendo assim, o meio ambiente do trabalho enquadra-se nos casos protegidos pela Lei 7.347/85, que em seu art.1º, I, estabelece a adequação da ação civil pública na proteção do meio ambiente e em seu inciso IV inclui também o caso de danos causados a qualquer outro interesse difuso ou coletivo, de forma que é plenamente viável falarmos na existência da Ação Civil Pública para resguardar os direitos dos trabalhadores terem um ambiente de trabalho sadio e ecologicamente equilibrado como preceituado no art.225 da Constituição Federal (SANTOS, *op. cit.*, p. 51).

Na minha concepção, este “ambiente sadio” não significa somente o ambiente no sentido de proteção a riscos⁴⁰ e acidentes, mas todo o arcabouço físico

³⁹ Entre os direitos dos trabalhadores relativos ao ambiente do trabalho está aquele referente à redução de riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança (art.7º, XXII), e aquele que refere que o sistema de saúde deve proteger o meio ambiente do trabalho (art.200, VIII), demonstrando que as questões atinentes ao meio ambiente do trabalho transcendem à questão de saúde dos próprios trabalhadores para toda a sociedade (SANTOS, 1999b). “Também a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) trata da segurança e saúde do trabalhador no art.154 e seguintes do Tít. II, Cap. V e no Tít. III (Normas Especiais de Tutela do Trabalho, além das Portarias do Ministério do Trabalho e a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90). Há ainda o Programa de Controle Médico e de Saúde Ocupacional e o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, sem contar a obrigatoriedade das empresas terem que instituir as CIPAs – Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (art.163,CLT). Tudo visando à preservação da qualidade ambiental do local de trabalho” (SANTOS, *op. cit.*, p. 50).

⁴⁰ Sobre riscos no trabalho ler AZAMBUJA, E.P. de. **É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?** Um estudo sobre s relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho. 2007. 276 p. Tese (Doutorado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

que o ambiente do trabalho implica, como espaços de convivência (refeitório, cantina, salas de estar), espaços utilitários (vestiários, banheiros) e espaços do trabalho propriamente ditos, como postos de enfermagem, enfermarias, acessos, salas de medicação, curativos e outros destinados ao pessoal administrativo, da limpeza, da nutrição, conforme as necessidades inerentes a cada serviço.

Sob um outro prisma, acredito que a projeção dos espaços hospitalares ou a reconfiguração dos mesmos, incluindo as cores da pintura, a disposição dos móveis e equipamentos, deve ter a participação ativa daqueles indivíduos que lá atuam, para que seja levado em conta o fluxograma dos procedimentos, o dia-a-dia e as especificidades de cada processo de trabalho.

Cabe ressaltar que os ambientes de sociabilidade são extremamente importantes, porque espaços de vivências e integração que permitem o exercício da interação, constituindo-se em lugares de formação e consolidação das relações informais necessárias à sobrevivência diante das estruturas dominantes que se encontram em hospitais públicos brasileiros, como já referido anteriormente.

Erdmann (1996, p. 98) indica que a reengenharia de espaços poderia contribuir para novos arranjos hospitalares, “enaltecendo uma cultura organizacional com vidas compartilhadas por novos elementos de convivialidade humana mais agradável, de processos integrativos que favoreçam o prazer de viver mesmo com todas as precariedades inerentes à vida”.

Algumas citações nos levam a perceber que um dos hospitais disponibiliza locais aprazíveis para o exercício das atividades e possuem estruturas que vão ao encontro de algumas considerações ditadas pela ergonomia⁴¹:

Todos estes espaços estão localizados de forma que o deslocamento entre os setores seja facilitado, o que também agiliza o atendimento das solicitações por parte dos setores. A cozinha, por exemplo, está localizada num espaço estratégico no hospital, ficando no centro do hospital, estando ao lado da Clínica Médica, próxima ao elevador que dá acesso ao segundo andar, bem próxima às cozinhas das quatro alas do Lar de Idosos São José (VERBIST, 2006, p. 185).

⁴¹ Sobre ergonomia nos hospitais ler ERDMANN, A.L.; BENITO, G.A.V. A ergonomia como instrumento no processo de trabalho da enfermagem. **Rev. Texto & Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 4, n.1, p. 41 – 46, jan./jun. 1995.

Além da cozinha, os postos de enfermagem estão localizados exatamente na metade de cada ala, o que facilita e agiliza o atendimento às chamadas dos clientes de saúde nas clínicas. Em relação aos corredores, estes são largos conforme previsto pela RDC⁴² 50 e RDC 33, que determinam o mínimo de 2 metros de largura dos corredores (VERBIST, 2006, p. 186).

Percebe-se, fortemente, que o Hospital São José é um ambiente limpo e bem cuidado. Possui um jardim para o qual alguns quartos das clínicas têm vista e também um “bosque” aberto ao acesso dos acompanhantes e pacientes em condições de sair da cama e passear, um pátio que pode ser utilizado pelos funcionários para descanso, dispondo, portanto, de um ambiente que pode ser considerado como, hospitaleiro. Possui uma capela e uma sala de estar no segundo andar à disposição de todos que estão no hospital (VERBIST, 2006, p. 190-191).

Posso Interpretar que o ambiente físico dos hospitais é uma evidência cultural simbólica, cujos significados apontam para a valoração dos trabalhadores da saúde dos hospitais. A qualidade do espaço do trabalho também é a representação das relações de poder que existem no interior das organizações e as condições degradantes do ambiente de alguns hospitais são a materialização do desprestígio dos seus trabalhadores perante a administração, a sociedade, os usuários e seus iguais.

4.1.2 A cultura de hospitais públicos brasileiros expressa nos ritos, mitos e heróis

Outra prática social concreta, emanada das administrações das organizações hospitalares e presente nas teses e dissertações que foram pesquisadas, diz respeito às festas de confraternização existentes nestes espaços e entendidas enquanto rituais.

Os ritos, como fenômenos sociais que têm a função de preencher necessidades do organismo que os produziu, são representações eminentemente coletivas, originadas quando os homens se reúnem em grupos, mantendo,

⁴² Resolução da Diretoria Colegiada (Legislação em Vigilância Sanitária – ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária).

refazendo e expondo os estados mentais destes grupos e reconectando os indivíduos a sua cultura (DURKHEIM, 2004). Para Geertz (1989), o rito é o ponto nodal onde há uma fusão simbólica do *ethos* com a visão do mundo de certa população, sendo aqueles rituais mais elaborados e geralmente mais públicos os que modelam a consciência espiritual de um povo.

Segnini (1996), referindo-se aos ritos organizacionais, reforça esta idéia, acrescentando que os rituais presentes nas teias das relações sociais clarificam alguns aspectos das organizações, ao mesmo tempo em que ocultam outros, evidenciando a união entre os homens e encobrendo o conflito de classes.

Segundo Daft (2003), são distinguidos 4 (quatro) tipos de ritos organizacionais: os ritos de passagem, que facilitam a transição para novos papéis sociais; os ritos de crescimento, que visam criar identidades sociais mais fortes e aumentar o estatuto dos empregados; os ritos de renovação, que visam à melhoria do funcionamento organizacional; e os ritos de integração, que pretendem construir bons sentimentos e relações amistosas entre os empregados.

Um rito de integração pode ser representado pelo seguinte recorte textual captado de uma dissertação pesquisada:

No HU/FURG⁴³, assim como em outras organizações, uma alternativa que serve para “mascarar” ou minimizar os efeitos das relações burocratizadas, muitas vezes com a intenção de retomar/reacender o espírito de união/integração entre os trabalhadores somada à possibilidade de encurtar caminhos entre chefia e subordinado, flexibilizando as relações, se concretiza através da realização de “confraternizações” comemorativas, as quais, embora ainda incipientes, já podem ser incluídas no rol de práticas revitalizadoras ou definidoras da cultura (ÁVILA, 2006, p. 77).

Freitas (1991, p. 25) enfatiza que os objetivos dos ritos de integração são de encorajar e reviver sentimentos comuns, além de manter as pessoas comprometidas com o sistema social. Para a autora, as conseqüências latentes dos ritos de integração são “permitir a liberação de emoções e o afrouxamento temporário das normas; reassegurar e reafirmar, através do controle, a moral das normas”. E, mais ainda, Freitas (2000, p. 10) indica que as empresas muito têm empreendido na criação de espaços de integração social e hierárquica, “cuja pretensa proximidade

⁴³ Hospital Universitário. Universidade Federal do Rio Grande.

dilui as diferenças e os conflitos”. Entretanto, muitas vezes, estes espaços não são vistos como motivadores, se estivermos fazendo esta análise sob o prisma de Herzberg⁴⁴; Mausner; Snyderman (1967), somando-se o fato de que não raro o clima na organização pode tornar-se tão ruim que os sujeitos não querem se encontrar com os colegas de trabalho nem retomar assuntos laborais nos seus momentos de lazer e descanso.

Nesta mesma frincha, Chester Barnard (1886-1961), já em 1938, esboçou sua preocupação em analisar as organizações como sistemas sociais cujas atividades poderiam ser entendidas com referência no conceito de equilíbrio (BURRELL & MORGAN, 1979). Barnard enfatizava ações de integração e empenho no trabalho através da comunicação dos objetivos e da atenção para a motivação do trabalhador. Estas idéias trouxeram uma contribuição direta ao campo do comportamento organizacional mais do que à teoria organizacional. Entretanto, a importância deste autor e de seus seguidores, atrelada aos aspectos cooperativos da organização, é algumas vezes responsabilizada por ter encoberto, dos primeiros teóricos organizacionais, a importância do conflito como um aspecto fundamental das organizações. Todavia, a consideração que Barnard deu às questões de valor e sentimentos no local de trabalho identificou temas que ecoam na pesquisa contemporânea sobre cultura organizacional, significado e simbolismo (HATCH, 1997).

Portanto, as comemorações, assim como os jornais referidos anteriormente podem propagar uma intenção imperiosa de socialização, ao mesmo tempo em que podem significar, pelo contrário, uma cultura expressa na rigidez das relações hierárquicas que se ritualiza no processo antagônico da pretensa celebração.

Contudo, dois estudos referem a existência de alguns ritos de integração emanados dos próprios trabalhadores da saúde, que podem se constituir em uma forma de socialização legítima, uma vez que espontânea e, talvez, até mesmo em uma forma de resistência dos indivíduos diante do clima áspero das relações

⁴⁴ Frederick Herzberg e associados, em sua pesquisa sobre a motivação no trabalho, identificaram dois fatores como sendo causas fundamentais da satisfação e insatisfação no trabalho: os fatores higiênicos e motivacionais. Os fatores higiênicos são fontes de insatisfação no trabalho, mas não promovem a motivação, estando relacionados com as condições em que o trabalho se realiza, o ambiente, relações, salário. Já os fatores motivacionais dizem respeito à tarefa ou ao trabalho e tratam das necessidades de desenvolvimento do potencial humano e da realização de aspirações individuais, se constituindo em maneiras de melhorar a satisfação e o desempenho no trabalho (HERZBERG; MAUSNER; SNYDERMAN, 1967).

hierárquicas que é operado no interior das organizações hospitalares. Estes exemplos também se qualificam quando me refiro às relações informais que se estabelecem nos hospitais por conta das relações de vínculo entre trabalhador/trabalho que são discutidas, mais detalhadamente, na estrutura de significação “A cultura de hospitais públicos brasileiros na dimensão dos sujeitos no trabalho”, no item “A cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros expressa nos significados das relações de vínculo entre os trabalhadores da saúde e seu trabalho”:

Essa idéia de família parece perpetuada, através de ritos de integração e de passagem, demonstrados pelos freqüentes cafés da manhã comemorativos (MENEZES, 2003, p. 98).

As ações levantadas nas unidades são basicamente festas de comemoração de aniversários, confraternizações e, em algumas áreas, reuniões para discutir problemas (VIANA, 2004, p. 78).

Opostamente, uma dissertação trouxe a inexistência de atividades sociais entre seus membros, reproduzindo, quem sabe, a cultura de frivolidade das relações que se processam na cadeia hierárquica. Este estudo refere que “a equipe observada na pesquisa de campo enquadra-se no clima de tipo autoritário, onde não se verificou a confiança nos empregados, apresentando-se uma interação entre subordinados e superiores quase nula” (SALGADO, 2003, p. 55) e

As relações entre os indivíduos são formais, restringindo-se às relações de trabalho. Não se observou nenhuma iniciativa de eventos informais, como reuniões sociais. (SALGADO, 2003, p. 53).

O mito da “grande família”, bastante referenciado na bibliografia organizacional, é também encontrado nas teses e dissertações pesquisadas e representado na forma dos seguintes recortes textuais:

A construção de uma rede relacional compreende o estabelecimento de relações interpessoais, no âmbito interno e externo à unidade. Na esfera interna e intraprofissional, a natureza das relações tem, entre outras, a diretriz do parentesco e compadrio entre as enfermeiras, principalmente as que conviveram juntas desde o tempo em que a unidade pertencia às FPS⁴⁵ (MENEZES, 2003, p. 97).

⁴⁵ Fundação das Pioneiras Sociais.

Se a organização é vista e entendida como uma “grande família” (tipologia proveniente da imagem representativa de algumas falas) pode-se presumir a existência de um clima de camaradagem e confiança entre seus membros. Esse clima, que provavelmente adveio do processo de constituição do HU/FURG, quando a cooperação e a solidariedade para vencer as condições adversas serviam para unir os trabalhadores, acaba minimizando os prováveis conflitos gerados pela diversidade presente nas relações interpessoais, no ambiente hospitalar (ÁVILA, 2006, p. 76).

Lévi-Strauss ocupou-se em estudar os mitos, admitindo sua relação com a organização social e outros aspectos da cultura de uma sociedade. Igualmente, para ele, mesmo que o conteúdo de um mito fosse contingente, suas estruturas se reproduziriam “[...] com os mesmos caracteres e segundo os mesmos detalhes, nas diversas regiões do mundo” (LÉVI-STRAUSS, 2003, p. 241).

Para Lévi-Strauss,

o pensamento mítico se exprime com a ajuda de um repertório em qualquer que seja a circunstância, pois não possui mais nada à sua disposição. O pensamento mítico aparece assim como uma espécie de bricolagem intelectual, o que explica as relações que se pode observar entre os dois (LÉVI-STRAUSS, 1976, p. 153).

Fleury (1996) destaca que a imagem da grande família é utilizada nas organizações para reforçar o clima de camaradagem, que supostamente deve existir, e para aumentar o comprometimento dos indivíduos com os objetivos organizacionais, pois na “grande família” o conflito entre capital e trabalho é substituído pela cooperação entre os membros. Para a autora, esta idéia de família possui dois eixos com concepções antagônicas e, ao mesmo tempo, complementares. A primeira diz respeito à concepção tradicional de família e fundamenta-se na cooperação para a reprodução e sobrevivência da espécie humana. A segunda fundamenta-se no binômio submissão–dominação, que permeia, historicamente, as relações familiares, sendo reproduzida e reprodutora das relações sociais.

Nos fragmentos textuais extraídos da dissertação de Ávila (2006), identifico que a presença do mito da família organizou-se historicamente pelas adversidades pelas quais o hospital em pauta passou e superou, e reflete um compartilhamento de

responsabilidades pelos sucessos e fracassos da organização:

As unidades de análise pertencentes a essa categoria refletiram que o tipo de relação existente entre alguns dos entrevistados (especificamente os profissionais da área de enfermagem) e suas chefias, na época da fundação do HU/FURG, era bastante direta e inspirava segurança (ÁVILA, 2006, p. 60).

No caso do HU/FURG, em seu início, as convicções estavam sendo compartilhadas, as dificuldades e as conquistas também. Os trabalhadores parecem ter sido imbuídos, juntamente com os dirigentes, de construir e galgar o sucesso da instituição. Esse processo refletiu diretamente no envolvimento e no comprometimento dos trabalhadores, os quais almejavam ter e ver o “sonho” realizado (ÁVILA, 2006, p. 66-67).

Entretanto, parece que este mito não se estende aos dias atuais, pois,

Pode-se perceber que, embora detentores de uma atitude comprometida e esta atitude ter conduzido o HU/FURG ao alcance de muitos de seus objetivos, naquela época, este comportamento parece não ter se perpetuado e se mantido, nos dias atuais. Isso pode ser inferido, a partir da menção feita a um tempo em que o que era entendido como “amor à profissão”, dedicação e superação extrapolavam qualquer dificuldade que recaísse ou fosse atribuída à realidade do dia-a-dia do HU/FURG. O vínculo trabalhador-empresa parecia ser mais forte e sobressair-se aos princípios morais e valores pessoais individuais (ÁVILA, 2006, p. 67).

A interpretação que pode surgir diante disto é de que no passado estas relações ditas “familiares” poderiam estar vinculadas a uma “co-gestão” do hospital por todos os trabalhadores da saúde. Isto é, diante do inóspito início da organização, qualquer empreendimento era tido como de renomado valor, não interessando muito o nível hierárquico do executante. Assim, este período de constituição do hospital tornou-se um período de “terra de ninguém e de todos” ao mesmo tempo, em que por motivos inerentes ao processo de formação organizacional e, portanto, de extrema necessidade de contribuição, os “chefes” deixavam de exercer sua autoridade e poder para tornarem-se “mais um” na consecução da construção do hospital. Desta maneira, talvez, por não haver distâncias hierárquicas acentuadas, pelo processo desta “co-gestão”, traduzido pela necessidade desesperada de colaboração, as pessoas se sentissem mais responsáveis e mais atuantes e, até mesmo, mais próximas dos administradores. Com o tempo, provavelmente, após o

estabelecimento dos limites das linhas hierárquicas, aqueles que foram de extrema valia em outro momento e adquiriram poderes pelo seu valor útil na consecução dos objetivos, passaram a ocupar cargos ou funções com menor poder e, daí, podem ter surgido os problemas que ora se mostram naquele hospital.

Ainda reforçando o exposto, Freitas (1991) menciona a existência de trabalhadores ocupando cargos não gerenciais os quais freqüentemente rejeitam seu *status* não privilegiado, da mesma forma que não aceitam que seus superiores tenham um salário superior, maior prestígio e mais autoridade. Esta visão dos trabalhadores acaba por produzir ressentimentos e desconfiança em relação à administração.

Apesar desta possível interpretação ter sido realizada a partir do exemplo oferecido pela dissertação de Ávila (2006), é provável que possa ser estendida, evidentemente sem generalizações, a algumas situações similares a outras organizações hospitalares, podendo ser reforçada pelos dizeres de Erdman (1996, p. 81):

É marcante a diferença das pessoas pelo cargo que ocupam. O poder como direito e dever de mando e a autonomia de decisão/ação se distancia do direito e dever de obediência, submissão e menor liberdade de participação nas decisões e mesmo de ações diante do fato de estar numa ou noutra posição, ou em ambas concomitantemente, ao fazer o jogo do envolvimento/pertencimento/ compromisso [...].

No recorte que faz parte da tese de doutoramento de Menezes (2003), observa-se que o “mito da família” não é só um mito, mas uma realidade, pois efetivamente existem laços familiares entre alguns membros da organização. Isto pode ser interpretado pela mesma relação de submissão-dominação e solidariedade exposta já acima, ao mesmo tempo em que pode ser traduzido como uma maneira de fortalecer a identidade destes membros co-sangüíneos como grupo.

Transcendendo o pensamento de Geertz (2001b, p. 207) sobre a questão de “nação” e “país” para estas relações familiares, observo que, para o autor,

o sentimento de quem são aqueles de quem se descende, quem são aqueles com quem se é parecido no pensar, na aparência, na maneira de falar, de comer, de rezar ou nos gestos e a quem, por conseguinte, sente-se que se está empaticamente ligado, haja o que houver.

Assim, este grupo tão fortemente identificado pode, em algumas circunstâncias, ser resistência ou força de manobra organizacional, porque intrinsecamente coeso. Afora isto, o parentesco é uma relação social consagrada pelo nascimento, o que provoca algumas obrigações, ajudas mútuas, troca de favores, reciprocidades, fidelidades, pactos, que podem ocasionar o clientelismo familista. Sob outro ângulo, o caráter doméstico imputado a estas relações pode reproduzir, também, um caráter doméstico demasiadamente informal nas relações com o hospital, podendo provocar como conseqüências ações ou decisões paternalistas ou de “comadres/compadres”:

As falas das depoentes, bem como minhas apreensões durante o trabalho de campo confirmam esse modo de configurar as relações entre as enfermeiras na unidade. As relações de compadrio são encontradas, sendo algumas delas, de fato, comadres. Algumas casaram-se com médicos e profissionais de outras áreas, seus filhos cresceram juntos na creche do hospital e até os dias atuais freqüentam as casas umas das outras e programam saídas nos finais de semana. [...] Outra vertente para o momento da reunião da “família” em torno da mesa é a manutenção e demarcação de espaços, onde transitam as relações de dominação, no âmbito da dinâmica organizacional (MENEZES, 2003, p. 97-98).

Relações informais, sem serem parentais, formam respiradouros naturais nos hospitais que fizeram parte das teses e dissertações pesquisadas e serão melhor enfocadas adiante, no sub-capítulo intitulado “A cultura de hospitais públicos brasileiros nos encontros e desencontros dos sujeitos no trabalho”.

Alguns recortes podem remeter a figuras de heróis, que parecem existir também nos hospitais, personificados na figura de alguns antigos trabalhadores ou fundadores destas organizações:

De cavalos de raça a aprendizes de camaleão. O vôo dos cisnes como metáfora para a adaptação organizacional poderia ser um título, empregado para evidenciar a configuração da identidade das “enfermeiras pioneiras”, como “cavalos de raça”, sugerindo o sentido de valor, beleza, adestramento e submissão; como cisnes, aludindo à elegância, imponência e trabalho em equipe, e como camaleões; significando a multiplicidade de ajustes identitários para adaptar-se à realidade, após a incorporação da unidade pelo INCA (MENEZES, 2003, p. 88).

[...] se sentir responsável e “fazer acontecer”, ainda que sem

condições ideais, acima de tudo, era a representação de um grande desafio, em que a ousadia e a coragem pareciam ser valores subjacentes aos princípios e metas que norteavam e motivavam o comportamento do grupo inicial de trabalhadores do HU/FURG. Estimulados pela busca do sucesso da instituição que nascia, o qual, como produto do esforço do grupo, seria mérito de todos os envolvidos, fortalecendo o caráter afetivo do comprometimento (ÁVILA, 2006, p. 66).

Freitas (1991) indica que os heróis são considerados figuras simbólicas que encorajam e motivam os indivíduos nas organizações e podem ser identificados em todos os níveis hierárquicos. Os heróis possuem a função de tornar o sucesso atingível e humano, fornecer modelos a outros integrantes da organização, simbolizar a organização para o exterior, preservar aquilo que a organização possui de especial, estabelecer padrões de desempenho, além de motivar os trabalhadores.

Na mitologia grega, os heróis estavam em uma situação intermediária entre os deuses e humanos, pois, em geral, eram filhos de um deus e uma mortal ou vice-versa, portanto, semideuses, que possuíam um lado humano em contraposição a outro que o homem jamais poderia atingir. Os heróis, quando executavam tarefas sacrificantes e que necessitavam paciência descabida, resignação, sacrifícios para atingir nobres ideais, viviam o que se chama de martírio (GUIMARAES, 1999).

Em relação aos arquétipos de heróis existentes nos hospitais parece-me que eles estão mais identificados com esta última colocação sobre os heróis da mitologia grega, pois carregam em seus memoriais sinais de abnegação como “fazer acontecer”, ainda que sem condições ideais” (ÁVILA, 2006), “adestramento e submissão” (MENEZES, 2003), os quais demonstram a dedicação extremada no exercício de suas funções, atrelando, possivelmente, esta condição de herói a algumas situações de sofrimento para atingir os objetivos. Isto, provavelmente, esteja relacionado à gênese da concepção dos hospitais, como locais de assistência caritativa e de purgação de pecados daqueles que lá realizavam suas atividades, e da administração, ambos fundados sob premissas religiosas e militares.

Apesar de não ser levantado nos estudos pesquisados o significado que os sujeitos trabalhadores possuem acerca dos heróis, não posso me furtar de realizar algumas pontuações a respeito, alicerçadas na minha própria experiência

profissional na Enfermagem. Assim, penso que o que se assiste hoje no interior dos hospitais é uma reprodução daquilo que a sociedade como um todo está atravessando. A fragmentação das relações, a confusão de valores morais e éticos passam a ter assento também nos hospitais, bem como o descompromisso com aquilo que é público e, mais ainda, com o próprio trabalho, conforme enfocado mais adiante. Um dos resultados desta convulsão social é a ausência de grandes heróis nacionais, porque ser herói é difícil, requer condições excepcionais em uma sociedade em que a cultura de “levar vantagem em tudo” assume vultos alarmantes. Nos hospitais, igualmente, ser herói requer, muitas vezes, uma indisposição com as acomodações funcionais, um esforço a mais raramente reconhecido, uma postura coletiva que substitua a já consagrada do “eu sozinho”. Enfim, ser herói dos tempos atuais, nos hospitais públicos brasileiros, requer bem mais do que simplesmente ser um semideus. Por isso, parece-me que cultuar alguns heróis antigos ainda é uma solução para reforçar a identidade e a cultura hospitalar. As grandes perguntas que se colocam são: - Como os hospitais sobreviverão sem novos heróis? - Serão os heróis imprescindíveis para o fortalecimento da cultura hospitalar? - A história dos hospitais e a própria história das profissões que atuam nos hospitais por si só produziram heróis suficientes que bastam à atualidade? -Existirão heróis ainda encobertos que serão revelados no futuro, uma vez que o tempo passado pode ser o condicionante de sua existência?

O sistema de significados, que expressou a dimensão organizacional dos hospitais públicos, foi atravessado pela minha interpretação acerca destes fenômenos organizacionais e se constituiu, basicamente, naquilo que o modelo de gestão público burocrático dos hospitais oferece como alicerce e parâmetro a estas organizações. Nesta orientação, o papel da cultura organizacional nos estudos pesquisados foi o de “conseqüência organizacional”, isto é, algo que construído pelos trabalhadores da saúde incide tanto em seus membros como nas estruturas dos hospitais, abarcando e estando presente/fazendo parte de todos os fenômenos organizacionais.

4.2 A CULTURA DE HOSPITAIS PÚBLICOS BRASILEIROS NA DIMENSÃO DOS SUJEITOS NO TRABALHO

Da cultura dos hospitais públicos como burocracias intermediada pela construção da realidade dos sujeitos destes espaços com o trabalho é de que trata esta estrutura de significação.

Diferentemente da estrutura de significação anterior, em que busquei interpretar a interpretação dos autores de teses e dissertações concernente aos significados construídos pelos trabalhadores da saúde⁴⁶ sobre o arcabouço organizacional dos hospitais, agora, aqui, tentei fazer o caminho inverso, isto é, usei interpretar a interpretação dos autores sobre como as construções culturais individuais/coletivas emanadas dos sujeitos sobre o seu trabalho repercutem na cultura de hospitais de modelo público e burocrático e vice-versa. Evidentemente, como salientei antes, a linha que separa ambas reinterpretações é por demais tênue e, às vezes, parece haver uma sobreposição de informações. O ângulo pelo qual se opta, porém, para enxergar esta incerta e irregular separação, pode ser decisivo.

Inúmeras foram as unidades de pensamento que brotaram sobre esta perspectiva, diante da leitura das teses e dissertações pesquisadas, porque sempre que se fala em sujeitos ou de sujeitos no trabalho fala-se em pluralidades, subjetividades e diferenças, pela complexidade e riqueza da construção do pensamento que é manifesto na sua cultura. Destarte, sobre a questão das diferenças e da aceitação destas como características afeitas ao ser humano Geertz (2001, p. 74-75) refere que

O mundo social não se divide, em suas articulações, entre um nós perspícuo, com o qual podemos ter empatia, por mais que sejamos diferentes entre nós, e um eles enigmático, com o qual não podemos ser empáticos, por mais que defendamos até a morte seu direito de ser diferente de nós.

⁴⁶ A CAPES estabelece como as profissões da Grande Área da Saúde, as Áreas de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Saúde Coletiva e Terapia Ocupacional. O Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução CNS 287/1998, relaciona as seguintes categorias profissionais de saúde de nível superior: Assistentes Sociais; Biólogos; Biomédicos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários; Nutricionistas; Odontólogos; Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais (BRASIL, 1998a). Mas, para efeitos deste estudo, os trabalhadores da saúde nos hospitais são todos aqueles que direta ou indiretamente prestam assistência aos usuários que lá aportam.

E ainda a respeito da multiplicidade das unidades de pensamento que surgiram a partir da estrutura de significação “sujeitos e trabalho”, Geertz (1989) menciona que, em qualquer sociedade, o número de padrões culturais, aquele amontoado de símbolos significantes em que o homem encontra sentido nos acontecimentos através dos quais ele vive, é extremamente amplo, tornando o trabalho de analisar os padrões mais importantes e traçar relações entre eles uma tarefa vertiginosa.

Diante do exposto, foi difícil a opção por unidades de pensamento que evidenciassem aspectos da realidade dos hospitais e que, ao mesmo tempo, suscitasse interpretações interessantes, porque todas soavam instigantes e desafiadoras. Contudo, escolhi desenvolver aquelas que, por sua peculiaridade e maneira com que se apresentavam nos estudos, poderiam significar contundentemente algumas expressões da cultura de hospitais. Neste rumo, a instrumentalidade interpretativa desta análise correu pela vertente dos significados das relações desses sujeitos com o seu trabalho, isto é, como eles se encontram, se confrontam e se desencontram com o trabalho no cotidiano de hospitais públicos brasileiros.

Não foram contemplados aqui os usuários, pacientes, doentes ou clientes⁴⁷, que também integram os hospitais, apesar de que, na transversalidade das explanações, eles inegavelmente assumiram seu papel explícita ou implicitamente, como a razão da existência de todo o espaço organizacional e humano dos hospitais. Entretanto, um estudo que enfoque a perspectiva cultural da inserção destes sujeitos nos hospitais, através de sua voz, igualmente parece-me imprescindível, porém, por ora postergado. Um trabalho desta importância justifica-se porque pode também auxiliar a desvendar este intrincado mundo hospitalar, no momento em que estes sujeitos percebem, sentem, raciocinam, julgam e agem produzindo significados sobre estas realidades. A experiência humana, que se processa através da vivência real destes acontecimentos nos hospitais, não é uma mera sensação. Ela é uma sensação significativa, interpretada, apreendida e construída, cujos significados incorporados em símbolos são o meio pelo qual os

⁴⁷ Neste estudo, utilizarei o termo usuário para designar estes sujeitos. Usuário é “cada um daqueles que usam ou desfrutam alguma coisa coletiva, ligada a um serviço público ou particular; utente [...]” (FERREIRA, 1986, p. 1744).

homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida (GEERTZ, 1989).

A questão levantada nesta estrutura de significação, “A cultura de hospitais públicos brasileiros nos encontros e desencontros dos sujeitos no trabalho”, foi discutida em quatro itens: “A cultura organizacional de hospitais públicos expressa nos significados das relações de subsistência entre os trabalhadores da saúde e seu trabalho”; “A cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros expressa nos significados das relações de vínculo entre os trabalhadores da saúde e seu trabalho”; e “A cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros expressa nos significados das relações de oposição entre os trabalhadores da saúde e seu trabalho” e “A cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros expressa nos significados do desenvolvimento profissional dos trabalhadores da saúde” (Figura 5). Juntos, estes itens parecem configurar os aspectos e seus significados os quais julguei como relevantes nesta dimensão.

Figura 5 – Evidências culturais da dimensão dos sujeitos no trabalho

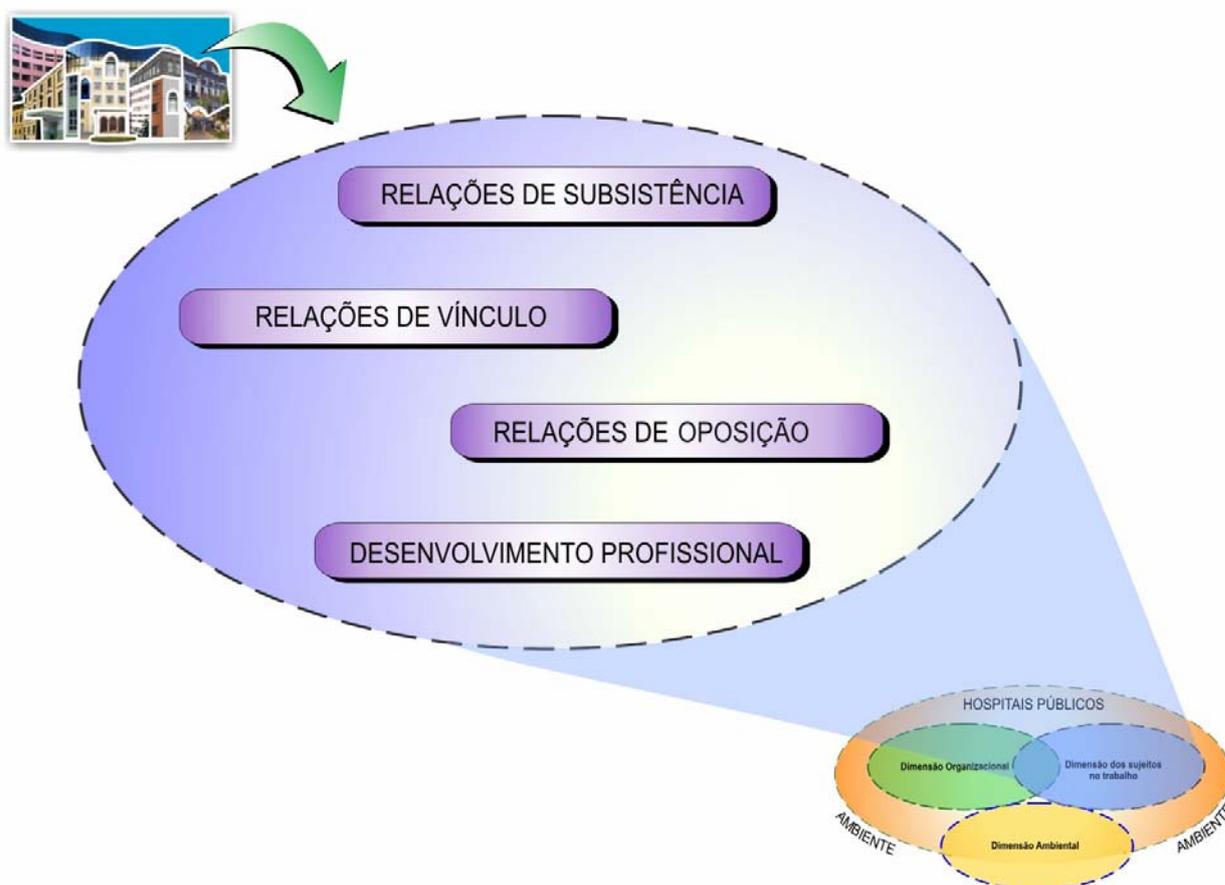


Figura 5 – Ideografia das evidências culturais da estrutura de significação intitulada “A cultura de hospitais públicos brasileiros na dimensão dos sujeitos no trabalho”.

4.2.1 A cultura de hospitais públicos brasileiros nos encontros e desencontros dos sujeitos no trabalho

Segundo o Relatório Mundial da Saúde, em 2006, existiam no mundo 59 milhões de trabalhadores de saúde⁴⁸ distribuídos de forma desigual entre os países e dentro deles. Este número ainda era, à época, insuficiente para atender as necessidades de saúde, porque o déficit total estava na ordem dos 4,3 milhões de

⁴⁸ O Relatório Mundial de Saúde define trabalhadores da saúde como todos aqueles engajados em ações cuja intenção principal é a melhoria da saúde, sendo este significado derivado da definição de Sistema de Saúde da OMS. Todavia, este número de trabalhadores apresentado está limitado às pessoas que exercem atividades remuneradas (OMS, 2006).

trabalhadores. Nas Américas, o total de trabalhadores da saúde era de 21.740.000 com uma densidade de 24,8 por 1.000 habitantes (OMS, 2006).

No Brasil, em 2002, havia 729.742 trabalhadores do SUS⁴⁹ de nível superior, 624.324 de nível técnico/auxiliar, 244.791 de nível elementar e 581.711 trabalhadores exercendo atividades administrativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). De todos os profissionais da saúde, 56% estão empregados nos hospitais do SUS (FORGIA & COUTTOLENC, 2008), sendo que os Hospitais Universitários Federais, aqueles ligados diretamente às Instituições Federais de Ensino Superior, contavam, em 2007, com 64.765 trabalhadores, incluindo o pessoal da área da saúde e o administrativo (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2007).

O trabalho, como atividade humana é, por natureza, a relação entre sujeito e objeto, e o trabalho em saúde pode ser entendido como intermediário entre o sujeito portador da necessidade e o objeto capaz de satisfazê-la. Desta forma, ações executadas por trabalhadores da saúde constituem uma prática social que está inserida em um setor especializado do sistema de saúde e tem como objeto de trabalho o indivíduo que possui carência de saúde (LEOPARDI, 1999).

O trabalho em saúde é um trabalho reflexivo em que as decisões a serem tomadas implicam na articulação de vários saberes que provêm de distintas instâncias, como a formação geral (com ênfase no conhecimento científico), a formação profissional (com ênfase no conhecimento técnico) e as experiências de trabalho social (qualificações tácitas), que são mediados pela dimensão ético-política. Este trabalho caracteriza-se pelas incertezas decorrentes das demandas, das descontinuidades e da necessidade de prontidão no atendimento a todos os casos, inclusive os excepcionais. Por isto, o trabalho em saúde não segue uma lógica rígida como a racionalidade dos critérios da produção material, sendo difícil a sua normatização técnica e a avaliação de sua produtividade (OFFE, 1991).

Para Pires (1999, p. 29-30) o trabalho em saúde é essencial à vida humana e é parte do setor de serviços, caracterizando-se por ser um trabalho de esfera não material, que se completa no ato da sua realização. Por esta razão,

⁴⁹ Trabalhadores do SUS "são todos aqueles que realizam ações e exercem as suas atividades ou funções em serviços públicos de saúde e em serviços de saúde privados, conveniados e contratados pelo SUS" (BRASIL, 2005d, p. 31).

não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comerciável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade. A prestação do serviço – assistência de saúde – pode assumir formas diversas [...]. Envolve, basicamente, avaliação de um indivíduo ou grupo, seguida da indicação e/ou realização de uma conduta terapêutica.

Mendes (2004), ainda, traz o trabalho como fonte de prazer associado aos significados dos resultados que ele produz, às exigências intelectuais, à autovalorização e ao crescimento pessoal. Para a autora, o trabalho não se reduz à tarefa ou ao emprego em si, mas é algo que transcende o concreto e instala-se numa subjetividade em que o trabalhador é simultaneamente parte integrada e integrante do fazer.

Nas teses e dissertações que foram objeto de análise, os sujeitos trabalhadores da saúde pesquisados expressaram estas e outras várias relações com o trabalho que é desenvolvido no interior dos hospitais públicos, cujos significados expressos pelos autores destes trabalhos se configuraram, na minha interpretação, em relações de subsistência, vinculares e de oposição.

Estas relações assim situadas, ou mesmo embaralhadas e misturadas, conformaram-se em alguns aspectos que se refletiram na cultura dos hospitais, pois, conforme Geertz (1989, p. 150), “é preciso compreender tanto a organização da atividade social, suas formas institucionais e os sistemas de idéias que as animam, como a natureza das relações existentes entre elas”, na tentativa de esclarecer os conceitos de estrutura social e de cultura.

Cabe salientar que esta tipologia acerca das relações trabalho/trabalhadores da saúde, que estabeleci a partir dos estudos pesquisados, não segue ou contesta aparentemente nenhum referencial teórico particular, mesmo que se aproxime, se fundamente ou até seja diametralmente oposta às especificidades de muitos deles.

Outro ponto levantado e objeto de análise na relação dos trabalhadores com o seu trabalho nos hospitais públicos ficou por conta do desenvolvimento profissional e a significância do mesmo para estes sujeitos e o hospital.

4.2.1.1 A cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros expressa nos significados das relações de subsistência entre os trabalhadores da saúde e seu trabalho

Pesquisas indicam que o salário é a maior razão para que as pessoas trabalhem, pois raros são os casos em que os indivíduos trabalham por opção e o dinheiro é o objeto de troca mais comum entre os trabalhadores e as organizações (BOM SUCESSO, 2003). O dinheiro, na atualidade, “fala, explica e convence”, e mentalidades são edificadas ou destruídas a partir dos modos com que este circula e é distribuído. Esta verdade é aplicada tanto a pessoas que trabalham em instituições que buscam o lucro como a outras que estão vinculadas a instituições antagônicas à racionalidade do ganho (CAMPOS, 2007, p. 238). Para Pires (1996), a realização das pessoas no trabalho, inexoravelmente, depende das recompensas financeiras que recebem, e a remuneração adequada é aquela que provoca a satisfação do trabalhador, mesmo que esta noção de satisfação seja definida social e historicamente.

Um estudo realizado na Turquia, na cidade de Konya, intitulado “*Job satisfaction of health care staff employed at health centres in Turkey*”⁵⁰, de autoria de Bodur (2002), indicou que as principais insatisfações dos trabalhadores da saúde diziam respeito à renda e às condições de improvisação no trabalho, o que reitera a questão salarial como motivo de descontentamento em diferentes culturas e diferentes sociedades. Isto pode ser explicado porque a cultura, apesar de ser diversa para distintos grupos sociais, possui significados que podem ter um sentido comum, pois a cultura “é simplesmente uma forma de falar sobre identidades coletivas” (KUPER, 2002, p. 24). Assim, esta constatação liga-se por um fio condutor à realidade brasileira dos trabalhadores da saúde com relação ao seu trabalho.

Bom Sucesso (2003) menciona que existem indivíduos que vêem o trabalho apenas como aquele lugar onde recebem seus salários não encontrando significado naquilo que fazem. Desta forma, estão continuamente queixosos, consideram que ganham menos do que merecem, comparam seu salário aos de outros e sentem-se continuamente injustiçados.

⁵⁰ “Satisfação profissional dos trabalhadores em serviços de saúde na Turquia” (Tradução minha).

Quando as relações com o trabalho se fundam essencialmente nestas prerrogativas e nas condições para que estas se mantenham e sustentem, entendo que há a configuração de relações de subsistência com o trabalho. Assim, denomino relações de subsistência aquelas em que o trabalho é mero símbolo de satisfação ou insatisfação econômica para os trabalhadores da saúde e estes encontram-se descontentes, desmotivados e com baixo ou nenhum comprometimento em suas atividades nos hospitais. Estas atitudes, aparentemente, podem estar relacionadas às suas vivências nas burocracias hospitalares e, por conseqüência, no modelo público de gestão da saúde, discussão que será abordada na dimensão ambiental.

As relações de subsistência a que me refiro, em que o trabalho é enfocado como possibilidade de satisfação imanente da necessidade financeira, estão representadas pelos seguintes fragmentos textuais captados das teses e dissertações pesquisadas:

Trabalham por necessidade financeira e pelo vínculo estável de trabalho, proporcionado por um hospital da rede pública (SALGADO, 2003,p. 52). [...]

Observou-se no caso estudado que o sentido do trabalho está voltado à satisfação de necessidades financeiras. A satisfação pessoal e o interesse não são fatores que prevalecem na motivação para o trabalho (SALGADO, 2003, p. 56).

Tal realidade tem retratado que os profissionais envolvidos no processo de produção de serviços em saúde no HU/FURG parecem ter incorporado uma forma de trabalho bastante particular, na qual a aparente desmotivação e o descompromisso transparecem no fazer de muitos. Salvo melhor juízo, este cenário pode estar relacionado, além de valores pessoais, à estrutura, política e filosofia organizacionais, corroborando para a instalação e manutenção desta realidade (ÁVILA, 2006, p.17)

Nesta vertente, o comprometimento parece ser conseqüência da necessidade que o empregado tem da organização para obter e manter as condições de sua subsistência (ÁVILA, 2006, p. 65).

À medida que os funcionários do setor ambulatorial realizam seu trabalho por necessidade, e não por oportunidade, a natureza da tarefa é um fato limitante ao desempenho humano daqueles profissionais (SALGADO, 2003, p. 58).

Segundo os entrevistados, o baixo comprometimento pode ser expresso através do não cumprimento da carga horária contratual, da não adesão aos projetos institucionais e do desinteresse na participação de questões ditas “burocráticas” (MACEDO, 2006, p. 28).

Estas relações de subsistência encontram eco em Marx, cujas idéias contribuíram para a compreensão de alguns fenômenos organizacionais, quando, entre outros postulados, concebeu a doutrina de que o trabalho ou função coletiva formava a base do mundo social e nela expôs suas idéias sobre alienação. Para o economista alemão, alienação ocorria quando o trabalho transformava-se em artigo de compra e venda, como uma mercadoria de troca, que abandonava as pessoas em uma relação instrumental com outra base da economia de valor em seu potencial de trabalho (MARX, 2004). Para o autor, “a *alienação* do trabalhador no seu produto significa não só que o trabalho se transforma em objeto, assume uma existência *externa*, mas que existe independentemente, *fora dele* e a ele estranho”, tornando-se “um poder autônomo em oposição a ele: que a vida que deu ao objeto se torna uma força hostil e antagônica” (MARX, *op. cit.*, p. 112). O estudioso ainda reitera que o trabalho não pertenceria à natureza do trabalhador, sendo condição apenas para que ele sobrevivesse, isto é, o trabalho não se constituiria na satisfação de uma necessidade, mas, sim, um meio de satisfazer outras necessidades.

A alienação, que traduz o trabalhador e o trabalho- seu objeto, processo e produto-, em símbolos de subsistência da vida econômica individual e coletiva, associada ao significado da condição pública do hospital, enquanto organização, já referido anteriormente, conduz a relações que se particularizam em uma cultura de desapego, desinteresse e acomodação do trabalhador no trabalho:

Por outro lado, existem ainda alguns poucos departamentos com a antiga “cultura do funcionalismo público” arcaicos, retrógrados, com líderes descomprometidos, descrentes e menos envolvidos, gerando maiores resistências às mudanças. Eles têm a visão mais reativa da natureza humana, dando menor importância aos seus clientes internos e externos (LIMA, 2006, p. 113).

Em vista disso, os funcionários de enfermagem possuem características típicas do funcionalismo público: reatividade, passividade, acomodação, falta de perspectiva, medo de mudança, dificuldade de aceitar desafios, entre outras (SALGADO, 2003, p. 64).

Além disto, estas relações de subsistência são reforçadas pela estabilidade⁵¹ que o emprego público produz, ao mesmo tempo que alimenta a alienação e permite a expressão do descompromisso com o trabalho:

A priorização de interesses políticos e/ou particulares em detrimento da eficácia, do profissionalismo e do bom desempenho coletivos, acaba comprometendo a seriedade com que se deve exercer a função pública. As vantagens e os direitos proporcionados pela legislação própria do funcionalismo público se sobressaem descabidamente, quando colocados lado-a-lado dos deveres e das responsabilidades contidas na mesma legislação. Nas unidades de análise, os entrevistados explicitam sua percepção, neste sentido. [...] A estabilidade proporcionada ao servidor público somada à fragilidade da hierarquia de valores da instituição parecem ter viabilizado que elementos disfuncionais do comportamento (como a falta de comprometimento e o descaso) se instalassem e ganhassem força, trazendo conseqüências, principalmente, à eficácia dos serviços (ÁVILA, 2006, p. 82-83).

O estudo de Vaitsman (2001)⁵², intitulado “Gerencialismo, cultura e expectativas entre os servidores públicos de saúde”, realizado em um hospital da rede municipal do Rio de Janeiro, identificou que a estabilidade no trabalho constituiu-se na principal razão (38%) para a entrada dos entrevistados no serviço público, enquanto a complementação salarial atingiu a marca de 4%, situando-se como a quinta alternativa escolhida. Já como a principal condição para desenvolver um bom trabalho, os resultados da pesquisa indicaram que a estabilidade contou com 6% das escolhas e a remuneração com 10%. Com relação à concepção de trabalho, 30% dos sujeitos da pesquisa entenderam-na como uma condição de sobrevivência.

Estes dados expostos são enfileirados aos recortes textuais abaixo recolhidos das teses e dissertações que fizeram parte do meu estudo e que também mostram a questão do emprego público associada à estabilidade e, ainda, às

⁵¹ A Lei 8.112 de 11 de dezembro de 1990, que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais, em seu Art. 21 estabelece que “O servidor habilitado em concurso público e empossado em cargo de provimento efetivo adquirirá estabilidade no serviço público ao completar 2 (dois) anos de efetivo exercício” e no Art. 22 refere que “O servidor estável só perderá o cargo em virtude de sentença judicial transitada em julgado ou de processo administrativo disciplinar no qual lhe seja assegurada ampla defesa” (BRASIL, 1990b).

⁵² Para esse estudo, foram entrevistados 27 funcionários de apoio administrativo e serviços gerais, 63 de serviços de saúde (técnicos e auxiliares de enfermagem), 21 médicos e 17 outros profissionais de nível superior.

repercussões desta combinação:

Atualmente, percebem que as energias parecem que não estão sendo mais canalizadas para o bem da empresa, mas apenas para o próprio bem do trabalhador ou de toda uma classe. Assim, a intensidade do comprometimento apresenta-se variável, conforme as necessidades e os objetivos do trabalhador, muito mais, agora, por perceber-se apoiado pela situação confortável promovida pelo regime estatutário, que é a “estabilidade” do servidor público (ÁVILA, 2006, p. 69).

Ficou claro, no manancial de informações dos depoimentos, a questão das limitações do serviço público diante das dificuldades, tais como: insubordinação, morosidade nas tomadas de decisão, crença na constância de direitos com poucos deveres (PROCHNOW, 2004, p. 90).

Na mesma investigação, Vaistman (2001) refere que a estabilidade está associada ao “descompromisso”, “desmotivação” e “mau desempenho” e ilustra esta afirmação com alguns discursos coletados das entrevistas que realizou: *“A estabilidade a deixa acomodada. Não leva o trabalho a sério, acha que faz favor em trabalhar”*; *“[...] porque o funcionário se prevalece de que tem a estabilidade e acaba transgredindo certas normas, porque sabe que não vai ser demitido, falta, chega atrasado no serviço, apresenta morosidade”* (VAISTMAN, *op. cit.*, p. 41). Estes achados vão ao encontro das evidências que pontuei através dos fragmentos acima e reforçam as similaridades entre os comportamentos dos trabalhadores da saúde em distintos hospitais.

Também posso inferir, a partir dos resultados da pesquisa de Vaistman (2001), que a estabilidade como fator primordial para a entrada no serviço público passa a não ser mais tão importante após o ingresso, porque, uma vez adquirida, a estabilidade é um direito e, portanto, quase intocável e quase desnecessária ao cumprimento do trabalho. Aliás, a estabilidade, neste rumo, pode até ser entendida como álibi às rupturas com o bom desempenho no trabalho, assim como pode significar a posse de uma aposentadoria remunerada e um futuro economicamente tranqüilo.

Alguns fragmentos textuais revelam que, se não bastasse o emprego público, os trabalhadores da saúde ainda possuem outros empregos como forma de aumentar seu rendimento. Isto pode ser interpretado como uma insatisfação da

necessidade econômica, que se agiganta e se avoluma tanto mais é saciada. O consumismo exacerbado da sociedade capitalista vigente e o próprio achatamento salarial, que tem acompanhado o funcionalismo público nos últimos anos, além da insatisfação com o trabalho, que se mascara na busca da pretensa realização financeira, podem ser, também, causas deste desenfreio na busca de maiores rendimentos. Desta maneira, conforme Marx mencionou em seus Manuscritos econômico-filosóficos, o salário ou o próprio trabalho remunerado “constitui apenas uma conseqüência necessária da alienação do trabalho”, pois “o trabalho aparece, não como fim em si, mas como escravo do salário” (MARX, 2004, p. 120):

Outro problema é o achatamento salarial que leva o profissional a buscar outras fontes de renda, atendendo convênios, por exemplo (ARTMANN, 2002, p. 299).

[...] as enfermeiras dizem que se trata de uma situação que decorre, além de outros fatores, do papel social que a caracteriza, da indiferença para com a atividade, da sobrecarga de atividades pelo duplo ou triplo vínculo empregatício, e ainda da falta de um grande estímulo (GUARIENTE, 2006, p. 215).

A idéia da subsistência, reforçada pela multiplicidade de empregos, faz com que alguns trabalhadores infrinjam normas como, por exemplo, a de horários de trabalho. Em minha experiência, esta ocorrência é bem característica da realidade local onde me insiro e representa a relação de descaso entre determinados trabalhadores da saúde e seu trabalho nos hospitais públicos. O Hospital Universitário, onde desenvolvo minhas atividades docentes, fica a alguns metros de um hospital filantrópico⁵³ e muitos funcionários da enfermagem trabalham nos dois lugares. Como os horários de entrada e saída são coincidentes, os trabalhadores saem mais cedo e chegam mais tarde no Hospital Universitário, porque, segundo eles, no outro existe uma maior rigidez em relação à pontualidade e eles podem ser advertidos e até demitidos pela recorrência dos atrasos. Além do fato em si, o mais interessante é que os funcionários não se sentem constrangidos por esta ação. Pelo contrário, agem como se isto fosse absolutamente normal e pouco “escondem” esta

⁵³ O regime de trabalho dos hospitais filantrópicos é, via de regra, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que não prevê a estabilidade naqueles termos do Regime Jurídico Único.

transgressão⁵⁴, chegando a mesma até a ser banalizada e avalizada pelos colegas. Os trabalhadores infringem as normas de horário e não temem a perda do emprego e a sanção das chefias, numa relação concreta de enfrentamento ao instituído, que se reforça pela impunidade respaldada na estabilidade.

Silveira (2006), em estudo realizado no mesmo hospital de onde retirei o exemplo que citei acima, refere que, na unidade de tratamento intensivo, os trabalhadores não possuem limites no exercício de sua liberdade e agem de acordo com sua subjetividade em condutas individualizantes. Isto se inscreve em uma cultura que dissocia os trabalhadores do cumprimento de normas, deveres e responsabilidades: “[...] parece que cada um faz o que achar conveniente, como se houvesse uma desconsideração frente à necessidade de cumprimento de suas obrigações morais, pela transgressão às normas e rotinas” (SILVEIRA, *op. cit.*, p. 150).

Alguns autores, como Merhy (2007a) e Campos (1994), utilizam a expressão “autogoverno” para designar as ações autônomas, principalmente dos médicos, em seus processos de trabalho em saúde. Merhy (*op. cit.*, p. 77) refere que “o trabalhador de saúde opera em um espaço de ‘autogoverno’ que lhe dá inclusive a possibilidade de ‘privatizar’ o uso deste espaço, [...], sem ter de prestar contas *do que e do como* está atuando”. Tomo por empréstimo este termo, “autogoverno”, para designar as idéias que tento expressar sobre as arbitrariedades cometidas pelos trabalhadores da saúde nas suas relações de subsistência com o trabalho nos hospitais, pois verifico que eles agem independentemente daqueles preceitos que regem os servidores e organizações públicas, estipulando e formando novos princípios de acordo com suas vontades e necessidades. Os significados destas novas configurações são construídos sob a subjetividade destes sujeitos e repassados aos demais trabalhadores e incorporados à cultura organizacional dos hospitais na forma de “transgressões permissivas”.

Melo (2002, p. 163, 164) menciona que o comportamento do trabalhador diante das transgressões está na dependência de sua habilidade em equacionar ações dirigidas à formação de alianças com seus colegas e à mobilização da

⁵⁴ Para Costa (1995, p. 40), “[...] A imoralidade é percebida como excesso ou omissão; desequilíbrio ou inadequação à norma. A transgressão é desafio e falência no desempenho esperado. O incômodo, a insatisfação são efeitos do que falta: falta de culpa; de vergonha; de decoro; de compromisso, de responsabilidade; de solidariedade; de sentido cívico; de sensibilidade política”.

solidariedade de outros ou do grupo; além da sua “capacidade de construir e estabelecer relações; de comunicar, de estabelecer e reverter alianças e, principalmente, de suportar tensões psicológicas decorrentes do risco de um conflito”.

Talvez estas transgressões ocorram pela fragilidade das normas e regras institucionais, que historicamente se constituem em direitos de muitos e deveres de poucos nas organizações públicas, pela dubiedade de valor em relação às mesmas (dois pesos, duas medidas) e pela própria natureza infratora de alguns indivíduos assentada nas famosas assertivas “*si hay gobierno, yo soy contra*” e “regras existem para serem quebradas”:

[...] quanto às regras e às normas do sistema organizacional institucional, no geral, eles declaram que existem normas, mas não são explícitas, são poucas e as que existem não são cumpridas (PROCHNOW, 2004, p. 126).

Mas o questionamento que se põe é de que se o sistema hospitalar público brasileiro está calcado em uma burocracia, em que os níveis hierárquicos mostram-se operantes e a rígida autoridade formal aparece como uma das formas de insatisfação no trabalho, como pode haver regras e normas e estas não serem seguidas? Quem sabe a certeza da impunidade somada à idéia de corporativismo no possível testemunho em morosos processos administrativos também sustentem esta questão.

O explanado também pode estar associado à idéia do patrimonialismo, que será também focado na dimensão ambiental, que, amplamente, refere-se à “cultura de apropriação daquilo que é público pelo privado” (MARTINS, 1997, p. 171). O público, nesta circunstância, e em outras da vida no trabalho, parece assumir o caráter da posse individual, isto é, “se o público é do povo e eu faço parte do povo, então o público é meu e eu posso dele fazer uso como bem ou mal me aprouver”, instituindo uma cultura de que o público serve, essencialmente, para atender os interesses individuais acima daqueles coletivos⁵⁵.

⁵⁵ Hannah Arendt (1993, p. 37) cita que existe uma dificuldade muito grande em compreendermos a divisão entre as esferas pública e privada, porque “vemos o corpo de povos e comunidades políticas como uma família cujos negócios diários devem ser atendidos por uma administração doméstica nacional e gigantesca”.

Para Hollanda (1986), no Brasil existe uma dificuldade acentuada em desvincular os valores familiares das funções públicas, pois, não raro, as instituições públicas foram, em sua gênese colonial, e são tomadas pelos governantes como algo de interesse próprio, com finalidades pessoais e particulares. Segundo o autor, o costume de tratar as situações de interesse geral tal qual se abordam as questões pessoais, com cordialidade, faz com que tanto as relações de cunho particular como as de finalidade pública freqüentem o círculo familiar. Isto não permite que o Estado exerça sua função para superar esta ordem doméstica e familiar e tornar o indivíduo um cidadão portador de direitos e deveres.

Os seguintes recortes textuais também parecem se configurar no que foi exposto:

Nos hospitais federais há uma cultura dos feudos, a construção da missão gira mais em função de desejos e motivações pessoais e profissionais (ARTMANN, 2002, p. 301).

Essa parece ser uma entre tantas outras vantagens exclusivas do regime estatutário que motiva uma gama de indivíduos a quererem ingressar no funcionalismo público. Ainda que as regras, os deveres e as proibições apareçam em maior escala nos códigos e regimentos, tudo que possa ser revertido em “benefício próprio” acabará por prioridade, no interesse e no direcionamento das condutas (ÁVILA, 2006, p. 83).

Acho interessante dispor sobre outras situações que se apresentam como relações de subsistência com o trabalho e que não foram explicitadas nos estudos pesquisados, pois são tratadas como tabus e não são discutidas nem questionadas, apesar de serem do conhecimento corrente e um costume nas realidades hospitalares. A primeira trata do comércio informal, praticado no interior dos hospitais, em que roupas, alimentos, produtos de contrabando, higiene e beleza e toda sorte de artigos são vendidos e cuja renda torna-se uma fonte alternativa de receita a alguns trabalhadores da saúde. Da mesma maneira, ou da pior maneira, conforme a mídia recorrentemente denuncia, existe, eventualmente, a cobrança por parte de médicos de procedimentos que já estariam sendo pagos a eles pelo SUS, o que se configura, também, em uma forma paralela de lucro. A segunda situação, não se constitui em comércio, mas, indiretamente, contribui, se não para ganho extra dos trabalhadores, para seu proveito à custa dos hospitais. É comum servidores

tomarem “emprestados” materiais de curativos para a realização de procedimentos fora do hospital, bem como é usual médicos levarem seu instrumental da clínica particular para ser esterilizado nos centros de materiais e os funcionários administrativos realizarem tarefas, como declarações de imposto de renda para terceiros, no ambiente e com recursos do hospital, entre outras tantas atitudes que se revertem em autofavorecimento dos trabalhadores.

Nestes termos, o hospital é um “grande patriarca provedor” que, mesmo tendo dificuldades em financiar suas próprias contas, acaba por financiar os empreendimentos paralelos de seus trabalhadores. O significado do uso do espaço público neste sentido prostitui a relação dos trabalhadores com o trabalho e transforma-se naquilo que foi falado anteriormente sobre a apropriação do público para usufruto do privado, além de ferir a ética, o respeito e a dignidade do trabalho público na saúde.

Afora isto, ações de desperdício e mau uso daquilo que é público podem ser constantemente observadas, como o gasto abusivo de água, luz, oxigênio, utilização indevida e desnecessária de produtos descartáveis, bem como a apropriação de medicamentos para uso próprio. Estas ações, além de se constituírem em pequenos grandes escoadouros de dinheiro público, compreendem mais uma mera relação perdulária entre trabalhadores da saúde e seu trabalho nos hospitais.

Se inquéritos administrativos ou processos penais fossem instituídos nos casos citados, certamente, chegariam à conclusão, mesmo que de uma maneira mais radical e extrema, de que tais atos poderiam configurar-se em crime de Peculato (art.312 do Código Penal em vigor) e de Peculato de Uso - Decreto-Lei nº 48/95 de 15/03/1995 - (CÓDIGO PENAL, LIVRO II, Parte especial, TÍTULO V - Dos crimes contra o Estado, CAPÍTULO IV - Dos crimes cometidos no exercício de funções públicas, SECÇÃO II - Do peculato), que se configura como aquele em que o funcionário faz uso ou permite que outra pessoa faça uso, para fins alheios àqueles a que se destinem, de veículos ou de outras coisas móveis de valor apreciável, públicos ou particulares, que lhe forem entregues, estiverem na sua posse ou lhe forem acessíveis em razão das suas funções (CÓDIGO PENAL E CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 2007).

4.2.1.2 A cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros expressa nos significados das relações de vínculo entre os trabalhadores da saúde e seu trabalho

Entendo como relações de vínculo aquelas que se estabelecem a partir das ligações entre os trabalhadores da saúde e os hospitais, dos relacionamentos informais desenvolvidos nestes espaços e do produto do trabalho, a assistência/cuidado direto ou indireto que é realizado. Nestes casos, respectivamente, os sujeitos trabalham porque os significados que constroem sobre os hospitais vão ao encontro de suas identidades profissionais–pessoais e assumem um caráter moral; há uma satisfação no/do trabalho pelas relações informais que são lá cultivadas; porque existe um prazer genuíno calcado na assistência/cuidado ao usuário e porque suas ações assim dispostas acabam por amenizar as pressões decorrentes dos gerenciamentos intervindos. Estas relações são modos encontrados pelos trabalhadores de sobrevivência nas organizações, diante das adversidades proporcionadas pelos modelos de gestão intra e extra-hospitalar.

A relação estreita das organizações com os trabalhadores, nas últimas décadas, está ligada “à crise de identidade vivida pelos indivíduos nessa sociedade ocidental que permite a ampliação no papel das organizações modernas”, tendo em vista que referências culturais, religiosas e sociais quebraram-se e os homens procuram respostas que se traduzam em certezas em suas vidas (FREITAS, 2000, p. 10).

Neste caso, as organizações tornam-se um refúgio seguro em que os trabalhadores buscam amparo e referenciais para suas existências. Em contrapartida, os trabalhadores retribuem estabelecendo um contrato de parceria, lealdade e responsabilidade com os objetivos e a missão organizacional. Os seguintes recortes textuais ilustram estas situações:

[...] O comprometimento é definido a partir da identificação afetiva e do envolvimento psicológico do empregado com sua organização. [...] Desse modo, outro elemento significativo e sugestivo extraído das unidades de análise é o fato dos trabalhadores se perceberem “parceiros da organização”, co-responsáveis pelo empreendimento que estava sendo proposto. Assim, a identificação de cada profissional com o seu local de trabalho favorece este tipo de atitude, sendo necessário, para isto, que os objetivos, princípios e valores da organização, ou seja, que os objetivos, princípios e valores de seus fundadores, estejam claros e evidentes para todo grupo e em todos os níveis hierárquicos. [...] O “contrato psicológico” que se estabelece gera

uma expectativa recíproca do trabalhador e da instituição, devendo ser ajustado logo de início, quando se faz necessário um relacionamento claro e objetivo entre as partes (ÁVILA, 2006, p.65- 66).

Através das falas dos entrevistados, percebe-se a incorporação de elementos ideológicos que manifestam sua origem na forma de organização do trabalho, e reportam a idéia de lealdade às instituições, de talento, de reconhecimento, de valores relacionados à questão moral como: responsabilidade, disciplina, engajamento, harmonia, comprometimento, valorização do ser humano, que resultam em um sentimento que demonstra afinco com o caráter religioso e militar, o que justapõe alguns mitos e ritos, que servem de base à sua prática (PROCHNOW, 2004, p. 66).

Verificamos que, ante as atividades de gerenciamento, os profissionais consideram-se membros responsáveis pela estrutura do serviço, provedores da organização da seção de trabalho e responsáveis pelas relações interpessoais no grupo (PROCHNOW, 2004, p. 68).

É possível falar em responsabilidade sim, mas teria que ser uma experiência com base na transparência, que tenderia a acabar com coisas passadas por debaixo dos panos, com disfarces... O primeiro passo é a clareza, transparência e a democracia dos espaços. Na medida em que as pessoas participam, tomam decisões conjuntas, ninguém vai brigar sozinho, tem uma população respaldando as reivindicações. É necessário incorporar as pessoas, na medida em que participam assumem maior responsabilidade, se sentirão mais livres e responsáveis, tenho exemplos disso aqui no hospital (ARTMANN, 2002, p. 302).

Acima daquilo que expôs Freitas (2000), pode-se depreender destes fragmentos que o sentimento de pertença ao hospital estimula as relações de vínculo com o trabalho, porque os sujeitos trabalhadores da saúde vêm-se imbuídos de uma força motivadora que os impulsiona na realização de suas atividades. Ao contrário do que relatei nas relações de subsistência, aqui, o sentimento de posse e do partilhar do “nosso” parece gerar um compromisso acentuado com o trabalho.

Esta relação trabalhador/hospital sugere ser bem mais original do que aquela que se estabelece na direção organização/trabalhador explicitada por Freitas (2000), pois, segundo a autora, esta última configura-se em um “discurso” de que as organizações formam uma comunidade e servem para amenizar conflitos, e a

primeira, no meu entender, está assentada em uma relação mais concreta e legítima. Da mesma maneira, distingo esta relação exposta aqui entre trabalhador/hospital de outra, que será melhor explanada adiante, a qual trata da relação hospital/trabalhador e dispõe sobre a pseudoparticipação do trabalhador nas decisões organizacionais, e daquelas que se estabelecem a partir do “mito da grande família” já abordadas. Esta diferença, talvez, esteja posta na origem e na direção que a ação assume, mesmo que o objeto organização/hospital seja o mesmo. No caso agora em pauta, a ação é emanada dos trabalhadores e não do hospital ou da sua administração propriamente dita e, por isto, mais genuína.

A aceção trabalhador/hospital, a que me refiro neste momento, pode ser sintetizada no jargão “vestir a camisa”, tão utilizado para conclamar os trabalhadores ao exercício de suas funções, ou, no entendimento de que os hospitais são uma grande “causa” a ser abraçada e defendida. Acredito que esta relação, a qual me reporto, também está pautada na idéia de respeito derivada da confiança/credibilidade inspirada por certos hospitais, o que se torna motivo de orgulho para os trabalhadores lá exercerem suas atividades. Por exemplo, muitos trabalhadores utilizam-se de símbolos como crachás e logotipos nos aventais e uniformes para reverenciar e reafirmar sua pertença e seu compromisso com os “seus” hospitais.

A valorização da tradição dos hospitais por parte dos trabalhadores que, igualmente, fomenta as relações de vínculo, está relacionada às trajetórias dos hospitais, ao quanto eles contribuíram ou contribuem para satisfazer as necessidades da população, bem como à significância e reconhecimento que possuem. Exemplificando, os significados positivos que a população constrói acerca dos grandes hospitais especializados, como os hospitais de olhos, de clínicas, do coração e as santas casas, denotam uma simpatia coletiva por tais locais, e o fato dos sujeitos desempenharem seus ofícios nestes espaços promove uma maior aproximação e engajamento com os mesmos. Sob outro ângulo, a impressão dos sujeitos trabalhadores acerca dos hospitais é um significado construído, que define a identidade coletiva e, conseqüentemente a identidade dos hospitais.

Em uma pesquisa realizada no Hospital do Coração, em São Paulo, hospital privado, filantrópico, mas não credenciado junto ao SUS, Arruda (2006, p. 84), ao questionar os entrevistados acerca de sua satisfação no trabalho, obteve, entre

outros, os seguintes depoimentos: “[...] *aqui é agradável de se trabalhar, quando falo que trabalho aqui todos acham ótimo, é gratificante...*” (funcionária da hotelaria); “... *é um hospital ímpar, [...] , você se sente seguro, eu sou fã do hospital...*” (médico). Estes discursos podem ilustrar as minhas assertivas dispostas, mesmo que se trate de um estudo que não fez parte de minha análise pelas características do hospital que foi campo de investigação.

Esta posição de cooptação entre os trabalhadores e o hospital pode ser encontrada de maneira similar no estudo intitulado “*Relationship of organizational culture and readiness for change to employee commitment to the organization*”⁵⁶. Neste, Ingersoll et. al. (2000) utilizam o termo “*organizational readiness*” para designar um estado de “prontidão organizacional” ou “disponibilidade organizacional”, que é capaz de manter o compromisso dos trabalhadores da saúde com a organização na qual estão inseridos, buscando atingir os objetivos e contribuir para mudanças necessárias.

Outro aspecto que demonstra o forte vínculo com os hospitais é a questão do controle, elemento característico das burocracias mecanicistas encontrado na cultura de hospitais públicos. Este controle configura-se, basicamente, como uma maneira de fazer com que a burocracia funcione sem interrupções e que o trabalho se realize nas organizações (MINTZBERG, 2004).

Erdmann (1996, p. 85), em sua investigação intitulada “Sistemas de cuidados de enfermagem”, refere que, na organização onde efetivou sua pesquisa, em nome da eficiência administrativa, a racionalidade econômico-financeira da burocracia “tende a deixar de lado os múltiplos aspectos ou dimensões de uma pessoa como ser humano e até o próprio respeito à sua vida para dar espaço/oportunidade, atendendo às regras fim da instituição, privilegiando a desigualdade social”.

Assim, com base nestas disposições, aqueles significados que certos trabalhadores da saúde imprimem ao empenho e dedicação ao trabalho podem ser, em algumas situações, interpretados como controle direto ou indireto. Este controle exercido pelos trabalhadores da saúde sobre os sujeitos sob sua supervisão direta, indireta e, até, sobre o hospital propriamente dito, disfarça-se em uma preocupação

⁵⁶ “A relação da cultura organizacional e a disposição para a mudança na manutenção do compromisso do trabalhador com a organização” (Tradução minha).

excessiva com o trabalho, que se torna extenuante, porque ramificado em inúmeras e diferenciadas funções. O controle, assim enrustido no extremismo do comprometimento, também gera um empoderamento das pessoas que o praticam. Se não exercem grandes poderes por estarem em linhas hierárquicas que não lhes conferem autoridade plena, os trabalhadores praticam seu poder limitado em situações cotidianas, através de pequenos mandos como, por exemplo, no controle acirrado de materiais, na inflexibilidade diante das escalas de pessoal (escalas de folgas e férias) e em alguns excessos burocráticos. Este aspecto cultural foi observado principalmente naqueles estudos que envolveram profissionais enfermeiros e os significados foram assim expressos:

As atividades desenvolvidas pelas enfermeiras gerentes, principalmente no nível setorial, detêm uma amplitude que se estende, desde a aquisição de materiais, provisão e adequação de recursos humanos, prestação de cuidado direto, até as atividades de ensino extra e intra muros (MENEZES, 2003, p. 114).

Os pesquisados sustentam que, quando os enfermeiros extrapolam o horário, não se importam, permanecem no ambiente de trabalho por mais tempo, também, levam serviço para casa. Eles interpretam tal atitude como inadequada, mas afirmam que ela é necessária para o alcance da eficácia no trabalho. [...] Percebemos, nas falas, a necessidade imperiosa de o enfermeiro sistematizar o seu trabalho, a fim de alcançar êxito nas atividades; para tanto, ele se esquematiza por meio de um roteiro mental diário para a consecução e a união das atividades administrativo-assistenciais, como revelado nos depoimentos. Contudo, alguns referem levar as atividades administrativas (escalas, férias, revisão de cartão ponto, etc.) para casa, para dar conta de todo o serviço pertinente a sua função, embora eles salientem que estão diminuindo tal incidência, ainda o fazem (PROCHNOW, 2004, p. 79).

Lunardi Filho (2000), em seu estudo “O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina”, caracteriza o trabalho do enfermeiro como complexo, devido à interpenetração de diversas funções e o compara ao trabalho de Sísifo que, eternamente, põe-se a rolar a pedra cume acima, mesmo diante de sua provável queda montanha abaixo. Da mesma maneira, o autor aproxima o trabalho do enfermeiro ao de um síndico, que luta diariamente para a manutenção e aquisição de condições materiais para a realização de suas tarefas envolvendo-se em múltiplas e diversas atividades.

A intensa dedicação e esforço no trabalho podem levar a um esgotamento e desgaste profissional que se configura como *burnout* (MENDES & CRUZ, 2004; BORGES ET AL., 2002; TAMAYO, 2002). O *burnout* é uma síndrome decorrente do estresse laboral crônico que afeta os profissionais e sua relação com o trabalho, sendo mais comum naqueles indivíduos que desempenham funções assistenciais e que estão sob extremo desgaste físico e emocional. As conseqüências do *burnout* são a queda da auto-estima, o esgotamento emocional e a presença de comportamentos inadequados diante da clientela, como irritação, descaso, cinismo e distanciamento, diminuição da produtividade, problemas psicossomáticos e absenteísmo (MENDES & CRUZ, 2004). Estes sintomas foram observados nos relatos de muitos estudos, apesar de não serem efetivamente relacionados a esta síndrome. Exemplo de esgotamento pela sobrecarga de trabalho se observa no fragmento abaixo, que pode sugerir um possível desencadeamento do *burnout*.

A sobrecarga de trabalho e de tarefas até o limite do possível acontece, porque os enfermeiros se permitem assumir uma quantidade de trabalho superior à média, pois isso lhes fornece uma sensação benévola, de consciência tranqüila, de satisfação em prestar serviço, proporciona prazer, inicialmente. Com a perpetuação desse ritmo, chega a um ponto em que eles se esgotam pelos sacrifícios permanentes. Então, o profissional desmorona, manifestando seu sentimento via emoções: chorando, manifestando sua censura aos demais, culpando-os por terem ficado com a melhor parte do trabalho e deixado para ele todo o sofrimento, ou demonstrando tensão nervosa, estresse e até hipertensão arterial, expressando, assim, sua situação de vítima, mergulhada em uma estrutura organizacional perversa. [...] Denotamos, pelos depoimentos, que a sobrecarga de trabalho diz respeito tanto ao psicológico como físico, pois a principal queixa fica velada pela falsa naturalização dos fatos, já que são ocultados os esforços dissipados para a execução das atividades, a fim de corresponder à imagem esperada (PROCHNOW, 2004, p. 74).

Afora o *burnout*, sabe-se que o processo saúde e doença do trabalhador⁵⁷ envolve questões extremamente complexas, determinantes ou agravantes da sua saúde, que vão desde a multicausalidade e unicausalidade de doenças até as cargas de trabalho físicas, químicas, biológicas e psíquicas enfrentadas no ambiente

⁵⁷ Sobre a produção da saúde do trabalhador, ler AZAMBUJA, E.P. de. **É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?** um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho. 2007. 276 p. Tese (Doutorado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

hospitalar, que podem resultar em doenças, decorrentes do trabalho propriamente dito, ou em acidentes no trabalho. O Ministério da Saúde (2002), na definição que expõe sobre a saúde do trabalhador, relaciona, entre outras, as condições de vida e trabalho e o próprio processo de trabalho com a produção da saúde dos trabalhadores (AZAMBUJA, 2007). Apesar de entender a relevância desta problemática e sabendo-a como importante às questões da cultura organizacional de hospitais, aqui ela não terá destaque, porque não foi levantada nas pesquisas que foram base para este estudo.

As relações informais que se situam nos hospitais acabam por produzir/fortalecer os vínculos do trabalhador com o trabalho, uma vez que atendem à necessidade imperiosa dos seres humanos enquanto seres sociais. Se a remuneração não é excelente, se a relação com a organização não é das melhores, as relações informais tendem a ancorar o indivíduo no seu trabalho, principalmente, no trabalho na saúde, com suas desgastantes jornadas e multiplicidade de fatores geradores de estresse. A cultura posta nas relações informais é a da “boa vizinhança” formada pelo relacionamento amigável entre os iguais (mesma categoria funcional) ou entre os desiguais. Esta postura facilita o trabalho que é executado pelo clima de camaradagem e cumplicidade existente ou, até, pelo favorecimento na resolução de algumas situações em que a vontade pessoal sobrepuja o institucionalizado, configurando o famoso “jeitinho”⁵⁸ brasileiro.

Geertz (1989, p. 152) denomina os integrantes deste tipo de relação de “consócios”, isto é, pessoas que se encontram realmente umas com as outras em qualquer lugar no curso da vida cotidiana. Os consócios compartilham, mesmo que breve ou superficialmente, de uma comunidade no tempo e no espaço e estão envolvidos na biografia um do outro, sendo que, por momentos, envelhecem juntos, interagindo direta e pessoalmente com egos, sujeitos e individualidades. Para o autor, estas relações estabelecidas entre os sujeitos só podem ser apreendidas através de uma tela de símbolos significantes construída nesta convivência.

⁵⁸ BARBOSA (1992), em sua obra “O jeitinho brasileiro: a arte de ser mais igual que os outros”, revela que o “jeitinho” é uma forma especial de resolver problemas ou situações difíceis através de soluções criativas, seja sob a forma de burla a alguma regra ou norma, seja pela conciliação, esperteza ou habilidade. Tal comportamento, entretanto, não pode ser confundido com a corrupção e o favor, sendo a corrupção entendida como prática negativa que acontece quando existe cabedal envolvido na relação e o favor visto como prática positiva, normalmente aceita, que, na maioria das vezes, exige uma retribuição entre as partes envolvidas.

Com este olhar, as relações informais que se estabelecem entre os trabalhadores da saúde são construídas sob a subjetividade destes diversos sujeitos e, portanto, construídas sob um significado que é também imposto por estes mesmos sujeitos. Evidentemente que existem relações entre os trabalhadores da saúde que são desgastantes, conflituosas e perniciosas ao trabalho e que têm sido pauta de inúmeros estudos. Contudo, destas não tratarei neste estudo, mesmo que elas se exponham e se manifestem em alguns aspectos levantados no decorrer da pesquisa.

Alguns recortes podem representar as considerações efetuadas acima:

Ficou evidente o espírito de cooperação e harmonia entre os grupos. O ambiente de trabalho era cordial, sem conflitos pessoais aparentes, com possibilidade de negociação em nível profissional (MENEZES, 2003, p. 109).

Por outro ângulo, a relação entre as assistentes sociais, as psicólogas e as enfermeiras é de parceria, principalmente, quando se trata dos grupos de orientação às clientes. Todavia, em função do quantitativo insuficiente dessas profissionais para suprir as necessidades da unidade, as enfermeiras tentam minimizar essa lacuna, orientando e encaminhando-lhes, os casos mais prementes (MENEZES, 2003, p. 126).

A direção dos hospitais até possuem uma visão mais clara, mas nas relações acaba predominando a questão pessoal, de contatos pessoais, a tal cultura do jeitinho (ARTMANN, 2002, p. 290).

Na pesquisa de Vaistman (2001), referida no início desta exposição, o “ambiente cooperativo” figurou como a terceira condição relatada pelos entrevistados para o desenvolvimento de um bom trabalho, somando 19% dos resultados e exibindo a importância de uma rede de cooptação no interior dos hospitais para a sustentação do trabalho. Entendo este ambiente cooperativo como as relações que se cultivam nos hospitais criadas a partir da sociabilidade dos sujeitos nestes espaços e que é decisivo para o bom desempenho e para a qualidade de vida dos envolvidos.

O estudo de Fernandes (2007), realizado com docentes de um curso de enfermagem, evidenciou que as relações interpessoais no trabalho influenciam diretamente a qualidade de vida das pessoas, e o uso de habilidades sociais, com o intento de aprimorar estas relações, tem sido associado ao maior sucesso

profissional e à realização pessoal, além de contribuir para a melhoria da saúde mental e física. A qualidade das relações interpessoais no trabalho, onde as pessoas passam grande parte de seu tempo, nesta orientação, repercute em todos os segmentos da vida dos indivíduos, sendo desencadeante de fatores tanto positivos como negativos em suas vidas. A autora refere, igualmente, que a capacidade de resolver problemas interpessoais tem sido apontada como relevante para manter a qualidade das relações e, conseqüentemente, a qualidade de vida.

Acredito, pois, diante das colocações acima, que há uma necessidade imperiosa de estimular estratégias, no interior das organizações hospitalares, que fomentem as relações no trabalho, através de exercícios que instrumentalizem os trabalhadores da saúde ao exercício da convivência saudável e prazerosa no ambiente de trabalho. Iniciativas como o projeto proposto por Vaghetti; Bech Nappi; Kerber (2002) intitulado “Desenvolvimento das Relações Interpessoais no trabalho nas Instituições Públicas de Saúde - Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.”, que objetivava, em primeira e última análise o fortalecimento das relações interpessoais, parece ser uma possibilidade concreta a ser seguida para suprir esta necessidade. Ainda que alguns problemas de relações interpessoais tenham origem e residam no nível estrutural das organizações e se assentem na cultura que é construída pelos sujeitos, estratégias deste tipo, mesmo que não solucionem ou mudem os conflitos existentes, podem colaborar para amenizá-los e estreitar laços entre os trabalhadores.

Sobre a socialização do indivíduo nas organizações, Emile Durkheim (2004), sociólogo francês, escreveu em 1893 seu livro intitulado “A função social da divisão do trabalho” em que estendeu o conceito de divisão do trabalho para além das organizações de manufatura, para explicar a mudança da sociedade agrícola para a industrial, que acompanhou a revolução industrial. Afora isto, ele apresentou esta mudança em termos de ampliação da especialização, hierarquia e a interdependência das tarefas no trabalho. Em especial, no capítulo dedicado ao “Método para determinar a função da divisão do trabalho”, Durkheim enfatizou a necessidade dos indivíduos estabelecerem relacionamentos sociais para se completarem, uma vez que não se bastam. Assim, segundo o autor, cada ser humano desempenharia uma determinada função na sociedade, mas necessitaria de outros para complementar aquelas não exercidas por ele. A divisão do trabalho,

apregoadada por Durkheim, traduzia-se pela complementaridade de deveres sociais, que interligaria e aproximaria os indivíduos, fazendo com que os mesmos constituíssem entre si relações de solidariedade e coesão social. Portanto, para o autor, cada ser deveria conhecer e desempenhar seu papel social para depois compartilhar seus esforços de maneira solidária. Estas disposições poderiam desdobrar-se para todas as esferas da vida social, pois “os indivíduos são ligados uns aos outros [...] em vez de se desenvolverem separadamente, eles ajustam seus esforços; são solidários, por meio de uma solidariedade que não age somente nos curtos períodos em que trocam serviços, mas que se estende muito além” (DURKHEIN, *op. cit.*, p. 64). O pensador também acreditava que os fenômenos sociais eram fenômenos simbólicos e, portanto, também culturais, indo ao encontro daquilo que argumentei acerca da cultura instituída a partir das relações que se processam nos hospitais e a imanência destas com o trabalho realizado.

A despeito disto tudo, Dejours (2003, p. 35) menciona que estes laços, que se estabelecem nas relações no trabalho, podem constituir-se em estratégias coletivas de defesa ante às adversidades encontradas:

A psicodinâmica do trabalho descobriu também a existência de estratégias coletivas de defesa, que são estratégias construídas coletivamente. Se, mesmo nesse caso, a vivência do sofrimento permanece fundamentalmente singular, as defesas podem ser objeto de cooperação. As estratégias coletivas de defesa contribuem de maneira decisiva para a coesão do coletivo de trabalho, pois trabalhar é não apenas ter uma atividade, mas também viver: viver a experiência da pressão, viver em comum, enfrentar a resistência do real, construir o sentido do trabalho, da situação e do sofrimento (DEJOURS, *op. cit.*, p. 103).

Estas estratégias se configuraram nas relações de amizade e na formação de “respiradouros sociais” para aliviar as tensões diárias no trabalho da saúde e são exemplificadas na forma do seguinte recorte textual:

[...] e da prática do almoço em grupos, geralmente com pares setoriais, no próprio refeitório do hospital ou em um restaurante localizado nas proximidades. Tudo se comemora e discute ao redor da mesa (MENEZES, 2003, p. 98).

O estudo de Silveira (2006), realizado na Unidade de Tratamento Intensivo

de um Hospital Universitário, revelou que a questão ética do trabalho em saúde é fomentada através do convívio, da amizade e do companheirismo, que possibilitam aos trabalhadores pensarem sobre as condições necessárias para se desenvolverem como sujeitos morais e éticos, cultivando valores como a honestidade, o coleguismo, a tranqüilidade, a alegria, o respeito e a justiça.

Assim, verifica-se que as relações que se estabelecem no trabalho em saúde favorecem a construção de uma ética grupal que edifica a cultura dos hospitais públicos.

O produto do trabalho⁵⁹, a assistência⁶⁰, o cuidado⁶¹, como fator de importância às relações vinculares que se desenrolam entre os trabalhadores da saúde e seu trabalho nos hospitais, aparenta ser um dos traçados mais paradoxais que encontrei nos estudos pesquisados. Se, por um lado, algumas investigações pautam a questão da assistência/cuidado, outras passam ao largo, como se o hospital estivesse organizado independentemente da existência de seu objeto de trabalho, o usuário, e de sua finalidade, a assistência/cuidado.

Posso tentar buscar duas interpretações a este respeito. A primeira está baseada na prerrogativa de que a palavra hospital passou a ser metonímia da palavra assistência/cuidado e, portanto, não mais se fazendo necessária sua explicitação como produto do trabalho da saúde. Isto é, quando se fala em assistência/cuidado, imediatamente recorre-se à idéia de hospital. Neste caso, o

⁵⁹ Pires (1999, p. 32) refere que “o processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade - a ação terapêutica de saúde; como objeto – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho – os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida”.

⁶⁰ Diferencio, neste estudo, os termos assistência e cuidado. Entendo o cuidado hospitalar como privativo das profissões da saúde, especialmente da Enfermagem, ainda que este cuidado tenha diferentes conotações e seja exercido de diferentes maneiras no interior destas profissões. A assistência, a meu ver, pode ser exercida indistintamente por todos os trabalhadores da saúde dos hospitais.

⁶¹ O cuidado é “conteúdo ou essência da vida dos seres da natureza ou processo dinâmico produtor e protetor da vida configurado ora por pequenos atos/momentos e ora como atividade básica da profissão de enfermagem, ora como um misto de atividades de saúde e ora como um encadeamento de medidas assistenciais administrativas e legais, ora situado no mundo concreto e nos limites de uma estrutura organizacional, ora transcendendo ao controle objetivo real, extrapolando até mesmo as políticas sociais e as vontades individuais (ERDMANN, 1996, p. 38). Ainda, para Erdmann (*op. cit.*, p. 55), “o cuidado é visto enquanto ato/tarefa/técnicas simples ou complexas, imediatos e mediatos, e enquanto necessidade do cliente. [...] o cuidado é parte e todo, é conteúdo e processo, é estilo e estética, é sistema e elemento componente de sistemas, é estrutura e propriedade da manutenção de vidas, ou melhor, é próprio dos sistemas de manutenção de vidas”.

hospital passa a ser símbolo da assistência/cuidado, com seu significado construído socialmente pelos sujeitos que lá atuam, em cima do significado do hospital. A segunda, que me tensiona mais, arranja-se na possibilidade de que a assistência/cuidado esteja sendo apenas pano de fundo (meio) para outras questões que atravessam o hospital (fim), quando deveria ser ao contrário, a assistência/cuidado e o usuário, palco e personagens principais. Nessas circunstâncias, as atividades de pesquisa e extensão desenvolvidas pelos trabalhadores da saúde, por exemplo, deveriam estar sempre voltadas para a assistência/cuidado, para a defesa da vida⁶².

A verdade é que, explícita ou implicitamente, a assistência/cuidado e a satisfação produzida pela sua efetividade, talvez em uma avaliação missionária, necessitaria estar acima de toda a série de entraves administrativos que encontramos nos hospitais, como a falta de recursos humanos⁶³ e materiais e modelos de gestão caóticos. A assistência/cuidado, como a razão e o porquê da existência dos hospitais, deveria ser a marca distintiva dos trabalhadores da saúde. Como afirma Geertz (1989, p. 151), o mundo cotidiano no qual se movem os membros de qualquer comunidade, seu campo de ação social não é habitado por homens quaisquer, sem rosto, sem qualidades, “mas por homens personalizados, classes concretas de pessoas determinadas, positivamente caracterizadas e adequadamente rotuladas”, cujos sistemas de símbolos não são dados pela natureza das coisas, mas, sim, pela sua construção histórica, que se mantém socialmente e se aplica na individualidade.

Uma disposição, retirada da minha experiência profissional, que talvez valha a pena expor, trata dos trabalhadores da saúde em atividades administrativas nos hospitais públicos, e está plantada na questão de que muitos não se vêem como agentes da assistência e se fecham em seus processos de trabalho, como se fossem produtores de outro tipo de serviço que não aquele direcionado à saúde.

⁶² O termo defesa da vida é utilizado por Campos (2007, p. 242), e eu o transponho, neste momento, para a especificidade da assistência/cuidado, sendo entendido como o princípio basilar dos profissionais da saúde seguido pelo resto: “o interesse econômico, as conveniências políticas, as normas burocráticas, etc.”

⁶³ Fortuna et al. (2002, p. 273) propõem um distanciamento da expressão “recursos humanos”, pois entendem que “os trabalhadores da saúde são sujeitos sociais em processo de relação (relações atuais, passadas, históricas, sociais, culturais, de poder) no qual produzem as práticas de saúde, não sendo assim, mais um dentre os muitos recursos necessários como os materiais e físicos”.

Esta acepção de coadjuvância construída por estes servidores merece ser revista e discutida com maior aprofundamento, em prol do resgate de seu efetivo papel nos hospitais públicos brasileiros, pautado pela ética, responsabilidade e solidariedade no atendimento aos usuários.

Isto se soma, em alguns hospitais, à ausência de vínculo entre certos trabalhadores da saúde e os usuários devido a diversas questões, dispostas anteriormente, agravadas, entre outras, pelas jornadas exaustivas de trabalho e pela fragmentação dos processos de trabalho na adoção de modelos tecnoassistenciais pautados na realização de cuidados parciais.

Estes modelos já não são mais privativos da enfermagem, como o eram historicamente, pois, atualmente, a fragmentação do cuidado/assistência acontece em quase todas as profissões da área da saúde, porque existe uma diversidade de sujeitos, principalmente naqueles hospitais universitários e de ensino (estudantes de vários cursos e níveis de graduação e pós-graduação), que executam atividades de complexidades diversas no atendimento aos usuários. Neste rumo, conforme enfatiza Campos (2007), a organização parcelar do trabalho em saúde produz alienação, ou seja, se o profissional não se sente como sujeito ativo no processo de reabilitação ou na trajetória de invenção de programas, “ele não somente perderá contato com elementos potencialmente estimuladores de sua criatividade, como tenderá a não se responsabilizar pelo objetivo final da própria intervenção [...]”. A esta proposição eu acrescento que este trabalhador também estará impossibilitado de criar/manter vínculos com os sujeitos do cuidado. Como reitera Rollo (2007, p. 323), neste processo de fragmentação do trabalho em saúde, o “doente é de todos e não é de ninguém, é de um ser abstrato chamado instituição ou hospital”.

A ausência do vínculo, no caso dos médicos, pode estar também encravada em uma moralidade da prática, que se daria em nome “de uma honra profissional abstrata, de regras de boa conduta profissional” (CAMPOS, 2007, p. 243), em que a esterilidade das relações configurar-se-ia em competência.

Em relação à ausência/diminuição do vínculo, os seguintes recortes são representativos:

Não existem vínculos com os pacientes, o que não significa ausência de cuidados no momento do atendimento. Os vínculos dos enfermeiros com os pacientes referem-se ao momento apenas, não existe o acompanhamento do histórico do paciente, como acontece na relação médico – paciente (SALGADO, 2003, p. 52).

Como a tarefa exige uma velocidade bastante grande, não há tempo hábil para a formação de vínculos com os pacientes, numa relação qualitativa. Afetando o desempenho do funcionário com o paciente (SALGADO, 2003, p. 58).

Uma dificuldade apontada foi com relação à pouca importância dada à humanização, principalmente pela classe médica. Muitos consideram que é suficiente o conhecimento técnico para um bom atendimento. A sobrecarga de atividades também é um problema apontado como dificultador para implantação do programa (VIANA, 2004, p. 81).

Porém, em boa hora, ações dirigidas aos trabalhadores da saúde vêm sendo encaminhadas no rumo de humanizar as relações nos hospitais, como o PNHAH (Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar), que visa a aproximar as pessoas estabelecendo vínculos. Em 2003, o PNHAH adotou um caráter mais geral, assumindo uma dimensão de Política de Humanização (BRASIL, 2004b) e, a partir de 2005, a Política Nacional de Humanização tornou-se ação prioritária da Agenda de Compromissos da gestão do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a), com o objetivo de fortalecer ainda mais a humanização na atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2005b). O PNHAH propôs “um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições”. Seu objetivo fundamental é “aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade” (BRASIL, 2002d, p.7). Nesta orientação, humanizar significa “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”, sendo que a humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais para a construção de uma Política de Qualificação do SUS, que opere transversalmente toda a rede SUS (BRASIL, 2005b, p. 6).

Os recortes textuais que seguem demonstram os empreendimentos hospitalares que estão sendo feitos em favor da humanização, apesar de que em algumas situações esta humanização ainda não atinge seu pleno desenvolvimento por restrições da direção de uma determinada organização:

Uma dificuldade apontada foi com relação à pouca importância dada à humanização, principalmente pela classe médica. Muitos consideram que é suficiente o conhecimento técnico para um bom atendimento. A sobrecarga de atividades também é um problema apontado como dificultador para implantação do programa (VIANA, 2004, p. 81).

Apesar do grupo apresentar um grau de consciência sobre as necessidades do agir para humanizar o atendimento, apresentando um envolvimento alto, temos a impressão de que a humanização não é tida como uma política prioritária. Existe uma consciência por parte da direção da necessidade de melhorar a qualidade do atendimento, mas a humanização não é um caminho pragmático (VIANA, 2004, p. 86).

Os valores que os depoentes citam como bases para suas ações gerenciais, estão demarcados no respeito, justiça, responsabilidade, honestidade, comprometimento ético; enfim, na valorização do ser humano, na humanização. [...] Pelas falas, denotamos a preocupação com o ser humano em si, com o colaborador. Fica enfático, como valor, o ser humano; como um padrão de significado para o profissional enfermeiro (PROCHNOW, 2004, p. 88).

A simpatia e a cordialidade são posturas que podem ser identificadas desde a chegada no hospital pelo atendimento da recepção, e também pelo telefone, quando se percebe a atenção e interesse em ajudar da atendente.[...]. Ainda segundo o administrador do hospital São José, a maioria dos grupos que lidam diretamente com pessoas no hospital “têm a idéia já voltada para a humanização, no trato bom com o público, de saber orientar a pessoa, de saber conduzir a pessoa à realização das suas necessidades, das suas ansiedades (VERBIST, 2006, p. 167-168)

A humanização, a meu ver, é muito mais uma disposição individual, que se reproduz em coletiva, do que a força de programas ou políticas. Todavia, o questionamento posto é se a humanização não estaria intrínseca ao trabalho na saúde, pois, sendo direito de todo cidadão receber um atendimento público de qualidade, é dever, além de ser o papel esperado, de todos aqueles que trabalham nos hospitais proporcionar um acolhimento digno e fraterno aos usuários.

A resposta que surge, fundamentada em Geertz, mas nem sempre condizente com a atitude real dos trabalhadores dos hospitais públicos, é de que a função social exercida por eles deveria, sim, servir de veículo simbólico através do qual fosse percebida a identidade pessoal na assistência humanizada, uma vez que

“os homens são aquilo que eles fazem” (GEERTZ, 1989, p. 165).

A maioria das graduações, cursos técnicos ou cursos profissionalizantes vêm acrescentando em suas estruturas curriculares, no mínimo, noções de relações interpessoais, ou, até, semestres inteiros em que saberes e práticas são tematizados, buscando resgatar ou fortalecer os vínculos e os laços entre os trabalhadores e seu objeto de trabalho. Inclusive, as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem preconiza que a formação profissional, além de atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, e assegurar a integralidade e qualidade da atenção, deve enfatizar a humanização do atendimento. Entretanto, tem-se observado que esta habilidade, teoricamente já adquirida nas escolas, não vem se constituindo parte das competências⁶⁴ voltadas ao trabalho humanizado na saúde. Ela vem sendo aplicada timidamente nos hospitais, menos pelo próprio curso de graduação em enfermagem e mais pelos outros da área da saúde, e merece ser tratada tão seriamente como o são outros aspectos da formação acadêmica e profissional, que envolvem a clínica, a epidemiologia e as técnicas e que são altamente valorizados e valorados na área da saúde.

Afora esta humanização “profissionalizada”, ações simples de cordialidade, de solidariedade e de fraternidade implicam naquele cuidado genuíno e natural de que fala Boff (1999), que representa a essência humana e atitudes de ocupação, preocupação, responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro devem ser empreendidas, sob pena de esfacelamento total das relações humanas nos hospitais. Geertz (1989) indica que, na cultura balinesa, os atos de cortesia são obras de arte e, como tal, demonstram a sensibilidade do povo. Isto exhibe, mesmo naquela cultura longínqua que, acima de tudo, ser cordial, agir com humanização e cuidar são atos que dependem essencialmente da natureza afetiva do indivíduo e que devem ser considerados como construções de sociabilidade também nas sociedades ocidentais.

Além disto, uma nova consciência ética do cuidar em saúde deve emergir

⁶⁴ Para o Conselho Nacional de Educação, no art. 7º da Resolução CNE/CP nº 3, competência é "a capacidade pessoal de mobilizar, articular e colocar em ação conhecimentos, habilidades, atitudes e valores necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho e pelo desenvolvimento tecnológico" (BRASIL, 2002g). Competências também são abordadas no item intitulado "A cultura organizacional de hospitais públicos expressa nos significados do desenvolvimento profissional dos trabalhadores da saúde".

de um modelo de práticas de cuidar, que conduza os profissionais da saúde a um paradigma ancorado na sensibilidade, nas diferentes linguagens e experiências, que reúna ciência, tecnologia, natureza e universo (MAIA & VAGHETTI, 2008). O cuidado, assim, é entendido como um conjunto de intenções e ações voltadas à dignidade no processo de viver desenvolvido nos hospitais, que implica em interação social dos usuários e trabalhadores da saúde.

Anteriormente, tratei os trabalhadores da saúde, em relações informais com outros trabalhadores, de “consócios” e, agora, mais uma vez, denomino os trabalhadores da saúde e os usuários, no encontro com a assistência, igualmente, de “consócios”, uma vez que, ao se relacionarem, confrontam-se e apreendem um ao outro num presente imediato (GEERTZ, 1989). Afora isto, na relação de consócios (tipificada por mim, neste momento, como aquela estabelecida entre os trabalhadores da saúde e os usuários), o corpo, os gestos e as expressões faciais são imediatamente observáveis em sua significação fisionômica, como expressões dos pensamentos, sendo que a participação na vida corrente do outro pode propiciar o compartilhamento das antecipações do futuro, como planos, esperanças e ansiedades (SCHULTZ, 1964 *apud* GEERTZ, 1989).

Acima dos desencontros que abordei no decorrer da exposição deste tema, ainda posso identificar que a assistência/cuidado, em sua essência, dá-se no contorno genuíno do encontro entre o trabalhador da saúde e o usuário e mostra-se como uma das formas com maior significação de realização e satisfação⁶⁵ do trabalhador em seu trabalho. Os fragmentos textuais apresentados a seguir foram bases para algumas interpretações que realizei até aqui:

Durante a realização do trabalho de campo, observei que as enfermeiras, em algumas ocasiões, cuidavam no terreno do imponderável, da absoluta falta de perspectiva para o sucesso terapêutico; porém o cuidado se revelava como expressão máxima e soberana. [...] Observo a realização de vários curativos e percebo que a relação do cuidado transcende à técnica do curativo, perpassando pela escuta da família e dos problemas sociais. Observo uma escuta atenta, afetuosa e preocupada no atendimento às questões da evolução da ferida cirúrgica, às questões de arranjo familiar para o cuidado e as necessidades materiais para o curativo. Tais situações são reveladoras da

⁶⁵ Estudos como os de Lima Jr. & Ésther (2001), Gonzáles & Beck (2002), Gelbcke (2002), Azambuja (2006) verificaram em suas pesquisas com trabalhadores da enfermagem que o cuidado e a recuperação dos usuários correspondem à consagração de sua atividade, constituindo-se em motivo maior de satisfação no trabalho na saúde.

realidade do cuidado deste cenário tão específico (MENEZES, 2003, p. 90).

[...] identifica-se presentes no Hospital São José a “empatia genuína” e o profissionalismo afetivo”, pois muitos são os profissionais que se envolvem genuinamente com os clientes de saúde, estando presente nas trocas empreendidas o *afeto* e a *simpatia* – “empatia genuína”, enquanto outros não têm o *afeto* e a *simpatia* presentes nas relações estabelecidas, mas prezam pelo *respeito*, pela *atenção* e pelo *diálogo* – “profissionalismo afetivo” (VERBIST, 2006, p. 175).

Percebeu-se na pesquisa de campo que a rede de significados, formada pelo conjunto de valores e símbolos compartilhados pela equipe de enfermagem do ambulatório do Hospital Antonio Pedro, baseia-se principalmente na preocupação com o paciente (SALGADO, 2003, p. 52).

Observou-se que existe uma eficiência no serviço da equipe para os médicos e pacientes, já que eles procuram melhorar o serviço por meio de soluções técnicas, quando não existem recursos suficientes para realizar suas funções (SALGADO, 2003, p. 55).

A partir do exposto, a assistência/cuidado adquire contornos peculiares delineados pela cultura organizacional gerada através das interações simbólicas do pessoal hospitalar, estabelecendo uma conduta coletiva, que referencia e norteia os comportamentos e atitudes direcionados à assistência/cuidado. Estes modos de agir são repassados aos demais e aos novos trabalhadores da saúde que chegam aos hospitais, sedimentando-os e perpetuando-os.

Apesar de algumas vezes desacreditada, banalizada e relegada, ainda acredito que a assistência/cuidado, como o conjunto de ações que promove a vida, fornece sentido à existência dos trabalhadores da saúde nos hospitais.

4.2.1.3 A cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros expressa nos significados das relações de oposição entre os trabalhadores da saúde e seu trabalho

A relação com o trabalho, ou com o lugar do trabalho, tende a se tornar uma referência aos indivíduos, ora fornecendo sua identidade social e individual, ora sendo alimento para sua alienação, conforme sublinhado em alguns trechos deste

estudo. Na cultura construída a partir do primeiro caso, quando a identificação mencionada é falha ou não se estabelece, pode ocorrer aquilo que nomeei de relações de oposição ao trabalho, que se caracterizam, principalmente, pelo descontentamento permanente sobre a condução dos hospitais, suas normas e rotinas. O produto que surge desta desintegração, também resulta em descaso, descompromisso, indiferença, queixas⁶⁶, insubordinação, falta de ética, além de causar enorme sofrimento aos trabalhadores da saúde e controverter a ordem, que deveria ser natural, do prazer no trabalho.

O exposto pode converter-se em uma crise de valores, provocando um sem número de distorções éticas, que ecoa no exercício profissional, fazendo com que os trabalhadores da saúde se acomodem ou sucumbam frente às dificuldades operacionais do dia-a-dia. Eles “deixam-se arrastar por uma avalanche de subterfúgios e casuísmos que fazem crescer a burocracia e diminuir a qualidade final da atenção em saúde” e passam “a exercer (consciente ou inconscientemente) princípios incompatíveis com os valores que anteriormente eles próprios julgavam corretos à justa convivência humana” (GARRAFA, 1995, p. 13). Este fenômeno é freqüentemente encontrado nos hospitais públicos quando observamos funcionários que, eram exemplo de responsabilidade, comprometimento e dedicação, diante de algumas indisposições com chefias, por mandos ou desmandos, assumem uma postura de oposição ao instituído, que subverte sua conduta anterior.

Modelos de gestão com estruturas hierárquicas verticalizadas e centralização do poder já discutidos antes, bem como a quebra nas expectativas em relação ao trabalho, principalmente pelo não reconhecimento das chefias de valores e capacidades individuais, inegavelmente, também, conduzem à insatisfação generalizada dos trabalhadores da saúde nos hospitais, acabando por reproduzir-se na relação com o trabalho que é realizado.

Os indivíduos, em uma situação em que o poder é desigual, podem apresentar alienação, baixa motivação e conseqüente passividade e pouca iniciativa no trabalho, o que significa situações de conflitos latentes (PRATES & BARROS, 1997). Isto na relação trabalhador/trabalho gera descontentamentos e sofrimentos

⁶⁶ Para Bom Sucesso (2003), a queixa é dos disfarces da hostilidade e é expressa pelo descontentamento, indignação e revolta. Pode ser traduzida em lamentação, desprazer, mágoa ou ressentimento e possui uma natureza paralisadora.

capazes de se repercutirem, simultaneamente, nas relações entre os próprios trabalhadores. Para Dejours & Abdoucheli (1994, p. 137), o sofrimento patogênico no trabalho, pelas relações que se estabelecem e pelos modelos gerenciais que se apresentam, acontece quando as pessoas estão diante de “pressões fixas, rígidas, incontornáveis, inaugurando a repetição e a frustração, o aborrecimento, o medo ou o sentimento de impotência”, que as conduzem à descompensação mental ou psicossomática e à doença. Neste caso, o trabalho funciona como mediador da desestabilização e da fragilização da saúde.

Entretanto, uma situação interessante encontrada nos hospitais, é que, mesmo não satisfeitos ou sofrendo com o trabalho e com as conseqüências deste sofrimento, geralmente, os sujeitos não se retiram, não se demitem da realidade que os atormenta. Submetem-se e violentam-se, mas permanecem trabalhando nos hospitais. Isto talvez possa ser explicado quando Geertz (1989, p. 139) refere que “um homem não tem que concordar com os atos de seu governo para se ver incorporado a ele, da mesma forma que não precisa aprovar seus próprios atos para reconhecer o que o Estado ‘faz’ como resultado natural de um ‘nós’ familiar e inteligível”. Com isto, contudo, existe um confronto entre aquilo que é instituído e corrente, e aquilo que os trabalhadores aspiram e pensam no seu cotidiano, gerando um conflito de proporções imensuráveis que irá se refletir no trabalho.

Complementando ou contrapondo este pensamento, Velho (1981, p. 46), em seu livro intitulado “Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea”, trabalha a questão do individualismo e cultura nas operações familiares e reporta a idéia de que o indivíduo, ao pertencer a uma família (que aqui transiro para “hospital”), já possui referências de paradigmas culturais preexistentes, ainda que sua performance seja mais ou menos bem sucedida, com mais ou menos satisfação. Quando ocorre deste indivíduo não responder à idéia pré-concebida de sucesso, há a alternativa de romper ou de renunciar a um mundo que se tornou opressivo e indesejável em sua concepção, ou permanecer no seu grupo original e conviver com a pouca gratificação, frustração e escasso prestígio. “Sair, fugir, afastar-se, renunciar, apagar-se e apagar seu mundo podem ser a expressão de uma impossibilidade de encontrar um *status*, uma posição que confira honra e prestígio social condizentes com expectativas culturalmente elaboradas”.

A este respeito e à colocação de Geertz (1989), transpondo-as novamente

aos hospitais, entendo que continuar trabalhando na organização hospitalar, mesmo em oposição a essa, ocorre, prioritariamente, pela questão salarial (subsistência), seguida por uma tentativa de não desapontar os pares e familiares, ao abandonar um trabalho em momentos de tão grave crise de oferta de empregos, além de uma avaliação ingênua dos trabalhadores em resgatar, em algum momento, aquele ideal que um dia os fez ingressar nestas organizações.

Em minha experiência em hospitais de ensino e universitários, observo que esta permanência dos trabalhadores ocorre, também, em alguns casos, porque eles esperam a mudança de gestores. Isto é, como as direções dos hospitais, via de regra, são temporárias e eletivas, eles aguardam novas gestões que se afinem com seus ideais administrativos e que sejam menos maléficas, no seu pensar, a sua vida no trabalho. Não raro, servidores de hospitais universitários solicitam transferência para setores em que não haja um contato direto com as administrações ou chefias até que venha uma nova direção com a qual ele possua maior aderência.

Também verifico que este conflito, não raro, é silencioso e dá-se, particularmente, pela indiferença dos trabalhadores para com o seu mundo do trabalho intermediado por aquilo que entende como violência organizacional. Ao invés de se rebelarem e travarem lutas, eles se fecham em si mesmos e assumem o papel de “contraventores organizacionais”. São aqueles indivíduos que boicotam seu trabalho, o de outros e o da própria organização e ficam à espreita de erros, nutrindo mórbida satisfação ante o fracasso do hospital ou dos processos lá desenvolvidos. São aqueles que, diante do caos ou do insucesso, exclamam entre dentes: - *Eu não disse que ia dar errado??* Esta não adesão aos “processos capturantes”, expressão utilizada por Merhy (2007a, p. 97), faz com que os trabalhadores criem formas de gerir seu cotidiano de trabalho, faltando ao serviço, expondo-se a situações de risco ou promovendo acidentes no trabalho por automutilação.

Para Erdmann (1996, p. 60), os trabalhadores da saúde, em especial aqueles da enfermagem estudados por ela, apelam para a indiferença frente às agressões do poder, “fugindo do tormento que o ameaça, ou das torturas, ou do peso do domínio”. Assumem ares de quem não sabe o que se passa em seu ambiente de trabalho, de quem não viu, não se interessa, ou faz pouco caso dos acontecimentos. Seu tempo livre é utilizado para devaneios e não para interação com outros trabalhadores e este estado pode se configurar como de extremo

sofrimento, porque o trabalhador aliena-se “do espaço-poder como um mecanismo para sobreviver [...]”. Seus sentimentos transitam pela “tristeza, ódio, raiva, menosprezo, angústia, integridade humana ferida, frustrações de um horizonte que pode ser marcado por vinganças [...]”.

Os fragmentos abaixo, mesmo que implicitamente, parecem corresponder a estas disposições que discutidas:

No entanto, no HU/FURG, o cenário apresenta-se completamente avesso, pois suas práticas são muito diferentes, o comprometimento dos profissionais com o que desempenham mostra-se bastante inferior e não parece haver real preocupação com os processos e seus resultados. Desta forma, o padrão cultural representado pelos valores e práticas informalmente instituídos é, no mínimo, preocupante, pois revela um descompasso entre a qualidade esperada de uma instituição pública de saúde e o que, de fato, apresenta-se como resultado e produto (ÁVILA, 2006, p. 17).

Recusando-se a reconhecer os fatores humanos, a empresa finge não enxergá-los tampouco reconhece o empenho e o sofrimento de seus funcionários em prol dela; em vista disso, o profissional é coisificado. Mesmo assim, ele tenta, o tempo todo, equilibrar-se em suas funções a fim de fazer decorrer o trabalho, para tanto, o gerente assume e reveste-se de uma máscara que o robotiza. Tal manipulação é reproduzida aos demais profissionais sob seu domínio (sua dirigência). Ele ressalta uma frieza, um distanciamento que, certamente, é refletido no desinteresse demonstrado às tarefas cotidianas e nas ações profissionais manifestadas por um desamor durante o cuidado ao paciente ou ao usuário do serviço. Portanto, evidencia-se a necessidade de uma política de valorização desse profissional, na qual se respeite o próprio indivíduo (PROCHNOW, 2004, p. 80).

[...] O baixo comprometimento pode ser expresso através do não cumprimento da carga horária contratual, da não adesão aos projetos institucionais e do desinteresse na participação de questões ditas “burocráticas” (MACEDO, 2006, p. 28).

Entendo que o significado desta oposição esteja também pautado, em muito, na decepção que o trabalho, na figura da organização, pode despertar nos trabalhadores. Segundo entrevistas realizadas por Vaistman (2001, p. 39), muitas pessoas ingressam nos serviços de saúde com sonhos profissionais, “com vontade de trabalhar”, mas acabam “se desiludindo, desistindo, largando tudo”. Isto pode ser explicado através de Dejours (1994, p. 24), quando relata que o trabalhador chega ao trabalho com uma história pessoal repleta de aspirações, desejos, motivações e

necessidades psicológicas que integram sua história passada.

Porém, ao se deparar com a realidade organizacional, onde, na maioria das vezes, não existe espaço para brilhos individuais, o trabalhador da saúde assume um papel em que ele deixa de ser o protagonista da história como o era, por exemplo, em sua vida familiar ou de afetos, ou em outras organizações, e passa a ocupar um plano de menor importância, sendo apenas mais um na engrenagem organizacional. Esta sensação de desvalia pode ocasionar conflitos, que se refletem nestas atitudes de oposição ao trabalho, gerando uma cultura de que a organização é perversa e injusta, e formatando até mesmo uma contracultura⁶⁷ à, já referida, adesão à organização mencionada em “A cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros expressa nos significados das relações de vínculo entre os trabalhadores da saúde e seu trabalho”.

Estudos demonstraram que a satisfação no trabalho não depende apenas da natureza do emprego, mas, fundamentalmente das expectativas que as pessoas possuem sobre o mesmo (LU; WHILE; BARRIBALL, 2005). Piko (2006), referindo-se à sua pesquisa realizada na Hungria, cita que os profissionais da área da saúde são aqueles que possuem maior dificuldade em obter satisfação no trabalho, o que acarreta, também naquela realidade, absenteísmo e baixo desempenho no cumprimento das atividades. A satisfação, segundo a pesquisa, na maioria das vezes, está associada à política hospitalar, ao bom relacionamento interpessoal e ao sentimento de ser capaz de proporcionar uma boa qualidade de cuidados.

Por outro lado, esta decepção com a organização pode estar assentada na questão da mensagem dúbia que, muitas vezes, esta organização ou chefias emitem aos trabalhadores da saúde no momento de sua contratação, confundindo-os e possibilitando sua oposição ao trabalho. Esta ocorrência dá-se quando os trabalhadores são admitidos e existe um discurso de que devem ser críticos, atuantes e de que são “parte” do hospital, transferindo-lhes e até mesmo cobrando-lhes antecipadamente uma interação associada à imagem da “grande família”, já disposta. No decorrer do tempo, contudo, este discurso torna-se vazio, pois não se

⁶⁷ Utilizo o termo contracultura essencialmente como uma maneira de referir o “fluxo contrário da cultura construída” e não como um movimento que condiciona a existência de múltiplas culturas no interior das organizações públicas de saúde, aspecto que não discuto neste estudo. Freitas (1991) menciona que contracultura é uma resistência à cultura dominante em que grupos de escalão inferior reagem às formas de controle negando ou boicotando informações, agindo com cinismo ou sarcasmo e pouco colaborando para o sucesso dos processos organizacionais”.

assenta na realidade, uma vez que, em verdade, o que o hospital pretende é que seus trabalhadores possam ser domesticados para atender às suas necessidades.

Freitas (2000, p. 15) explana esta situação:

[...] pedem que ele seja inovador, criativo, ousado, mas que obedeça à tradição e não provoque rupturas; elas querem que ele tenha iniciativa, mas sendo obediente; ele pode tudo, mas não sabe de nada; ele é grande e potente como elas, mas frágil a cada reestruturação que elas farão [...].

Igualmente, indivíduos que possuem um curso de graduação, por exemplo, em enfermagem, nutrição ou administração e atuam nos hospitais como auxiliares de enfermagem, técnicos de nutrição ou auxiliares de escritório, respectivamente, também se vêem “mal aproveitados”, “sublocados”, desprestigiados e acabam por assumir posturas como as mencionadas acima. Outra situação, talvez ainda pior, é a violência a que se submetem alguns profissionais que desenvolvem funções diametralmente opostas à sua formação, em virtude da ausência de oferta de empregos na sua área. Ao contrário da “oposição silenciosa”, nestes casos, os trabalhadores reagem às determinações das chefias, contestam posicionamentos, não cumprem normas e acabam por prejudicar o andamento do trabalho, pois, conforme Dejours (1994, p. 141), “o sentido que o sujeito constrói é fortemente singularizado pela forma através da qual a situação atual de trabalho se encaixa, faz ressonância com as expectativas passadas e expectativas atuais do sujeito”.

O aumento do número de profissionais que após o término do curso superior desempenham funções não relacionadas diretamente com sua formação acadêmica tem contribuído “para o cenário atual de grande insatisfação profissional, em que a identidade da pessoa com aquilo que faz nem sempre ocorre, comprometendo o envolvimento e a auto-realização”. Fatores relativos à cultura organizacional exposta nos modelos gerenciais, valores e crenças da administração e as características dos trabalhadores afetam “de forma significativa o sentimento em relação ao que se faz e à organização em que se atua” (BOM SUCESSO, 2003, p. 9).

A interrogação que não cala é aquela que se volta para a ética destes trabalhadores da saúde. Quais os valores morais que estão em jogo no trabalho quando o senso de dever parece ter já sucumbido diante desta oposição burra, que continua existindo e assombrando os hospitais públicos brasileiros?

4.2.1.4 A cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros expressa nos significados do desenvolvimento profissional dos trabalhadores da saúde

Os significados do desenvolvimento profissional, através da educação permanente⁶⁸ na cultura dos hospitais públicos brasileiros, pautando o lado do trabalhador e dos hospitais, também foram motivos de algumas reflexões.

Para Silva (2007, p. 143), a educação no trabalho pode relacionar-se a alguns fatores que atingem diretamente a organização e o processo de trabalho. Para o autor, o desenvolvimento profissional é afetado pela internacionalização da economia, que interfere na oferta de emprego, e pelas políticas salariais e condições de trabalho, devido ao mercado requisitar qualidade, rapidez e custos baixos de produção, além de determinar diferentes formas de contratação de pessoal. Para além disto, visões mais humanistas, dirigidas ao trabalho e ao trabalhador, que entendem a educação no trabalho voltada à promoção dos sujeitos, convivem com visões mecanicistas, em que a capacitação no trabalho destina-se ao aumento da produtividade, sendo esta última voltada ao desenvolvimento de conhecimentos instrumentais, que moldam comportamentos para a execução de tarefas.

Dutra (1997), em um estudo realizado em 1996, constatou, entre outros pontos, que as pessoas, usualmente, não pensam de forma estruturada nas suas vidas profissionais, deixando a cargo das empresas ou do acaso o direcionamento de suas carreiras. Verificou, igualmente, que quando isto acontece, as empresas adotam duas condutas: uma caracterizada por postura autoritária em relação ao desenvolvimento de seus trabalhadores, designando ações específicas de treinamento, definindo trajetórias profissionais e estabelecendo qual o momento mais adequado de oferecer desafios e oportunidades; e outra de alienação, não promovendo qualquer ação organizada para este fim. Mais do que isto, o autor detectou que as empresas, de uma maneira geral, estão despreparadas para estimular, orientar e dar suporte ao desenvolvimento profissional dos trabalhadores.

Os recortes textuais extraídos dos estudos pesquisados demonstram estas

⁶⁸ Silva (2007), consultando diversos autores, refere que os programas educativos podem possuir diversas nomeações como treinamento em serviço, educação no trabalho, educação em serviço, gestão do conhecimento, educação corporativa, educação continuada, educação em saúde, educação continuada no trabalho, práticas educativas para gestão em saúde, educação permanente, prática educativa em saúde, entre outras. Neste estudo, o termo utilizado será o de educação permanente, pois é aquele que se encontra descrito nos Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) (BRASIL, 2005d).

faces explicitadas na particularidade dos hospitais:

Os profissionais de nível médio de Enfermagem também são encaminhados para realização do Curso Técnico em Oncologia, como parte de um esforço institucional do INCA para capacitação desses profissionais (MENEZES, 2003, p. 96).

Outro direcionamento do ensino refere-se à atualização, formação e especialização de pessoal, através do qual as enfermeiras e profissionais de nível médio têm a oportunidade de manter-se atualizados e inseridos na dinâmica organizacional. Essa poderia ser citada como uma diretriz gerencial inclusiva no campo do saber, na medida em que propicia chance de instrumentalização dos técnicos de Enfermagem na área específica da Oncologia, através da realização do Curso Especialização de Nível Médio em Enfermagem Oncológica do INCA (MENEZES, 2003, p. 124).

Digno de nota é o esforço institucional empreendido no sentido de instrumentalizar os gerentes em todos os níveis hierárquicos, para desenvolver uma gerência mais científica e proporcionar densidade cultural à Instituição como um todo, através do Programa de Desenvolvimento Gerencial (PDG), coordenado pelo Centro de Recursos Humanos do INCA (MENEZES, 2003, p. 113).

A preocupação com a profissionalização da gestão se evidencia na quantidade de gerentes que realizaram cursos de Gestão Hospitalar: 9 dos 11 que desempenham esse tipo de atividade. Foi atribuído à atual direção do Instituto, o incentivo à realização do curso (MACEDO, 2006, p. 47).

No entanto, observou-se que os funcionários mantêm-se em constante aprimoramento profissional, investindo, por iniciativa particular, em sua própria qualificação. [...] Observou-se que a organização não cumpre o seu papel de estimular o desenvolvimento humano do funcionário, em contrapartida ao que este oferece ao trabalho, onde passam mais horas de suas vidas (SALGADO, 2003, p. 56).

Os fragmentos, que se voltam ao direcionamento por parte dos hospitais das atividades de desenvolvimento do trabalho das pessoas, parecem encontrar justificativa em algumas das assertivas de Gutteridge (1993), expressas por Dutra (1997), sobre esta posição das empresas, mesmo que estas assertivas não versem exclusivamente sobre o “direcionamento”, mas, sim, sobre o incentivo ao desenvolvimento do trabalhador. A primeira destas assertivas considera que as empresas, ao oferecerem este estímulo, estarão fazendo com que o trabalhador se comprometa e se envolva afetivamente com elas. A segunda assevera que este procedimento fará com que as empresas passem a contar com pessoas em

condições de interagir com elas, num processo de aprendizagem recíproca, sem que ambos percam sua individualidade.

O recorte recolhido do estudo de Salgado (2003), que trata da pouca importância dada pelo hospital para que os funcionários realizem algum movimento na orientação de seu desenvolvimento, pode ser entendido, conforme Dutra (1996), como o interesse dos hospitais em manter seus trabalhadores alienados, pois, desta maneira, podem melhor conduzi-los.

Na Sérvia, pesquisa realizada por Jovic-Vranes et al. (2008) com 170 trabalhadores da saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e fonoaudiólogos) revelou que lá também não existe estímulo à educação no trabalho. A maioria dos entrevistados (64%) refere não possuir desenvolvimento profissional adequado no local onde desenvolvem suas atividades. O que pode se depreender em relação a esta situação na Sérvia é que a conjuntura política e social deste lugar, com bombardeios incessantes que deterioraram todos os aspectos da vida dos cidadãos nos últimos 15 anos, não permite grandes investimentos no sentido da educação no trabalho, pois outras prioridades se fazem presentes.

A situação exposta a seguir, em posição diferente das mencionadas acima, relata o desinteresse de alguns trabalhadores da saúde em fomentar seu desenvolvimento profissional, caso que é, também, freqüentemente encontrado nos hospitais onde exerci minhas atividades:

Porém, apesar de toda a estrutura oferecida, algumas enfermeiras ficaram a parte do processo de pesquisar. Esse comportamento de rejeição à mudança cultural, instaurada por meio das atividades desenvolvidas no NUPE⁶⁹, estava provavelmente relacionado aos limites de ordem pessoal, pelo cansaço resultante da dupla jornada de trabalho em que muitos estão envolvidos, pela desmotivação no serviço e pelas dificuldades de ordem instrumental, como o pouco conhecimento do método científico, das técnicas de redação e da falta do hábito de leitura, entre outros obstáculos (GUARIENTE, 2006, p. 113)

Em circunstâncias como esta, parece haver uma acomodação dos trabalhadores em seus limites de conhecimento, uma acomodação gerada pela

⁶⁹ Núcleo de Pesquisa.

idade, conformidade e passividade. Alguns acreditam, também, que fazer especialização, mestrado ou doutorado, os afastará da sua prática e que estes cursos são teóricos demais perante a dinâmica por eles vivida no seu cotidiano de trabalho. Em inúmeras oportunidades, ouvi comentários jocosos de médicos, enfermeiros e outros profissionais acerca dos cursos *lato* ou *strictu* senso. As falas reportavam que alguns colegas, ao finalizarem esses cursos, retornaram “diferentes” ao trabalho no hospital, sendo esta diferença até motivo de afastamento entre os pares profissionais. Isto se configura naquilo que Motta (1990, p.70) chama de “conflitos entre posição de classe e pertencimento de classe”, já que a titulação tende a colocar os trabalhadores em uma posição diferenciada em relação aos demais de sua classe profissional. Nos hospitais, na maioria das vezes, objetivamente, a titulação não indica nada mais do que um aumento da remuneração, por conta do quadro de cargos e salários existente no serviço público federal.

A realização de cursos também implica em arranjos internos no hospital para liberação dos funcionários que queiram freqüentá-los, causando problemas às chefias diante da necessidade de cobertura de plantões e de serviços. Pois se por um lado, existe a possibilidade de dispensa, por outro, é difícil, quando não impossível, a contratação de substitutos para as funções, apesar de que nos hospitais universitários esta alternativa é viável. A liberação, concedida por direito aos trabalhadores, acarreta também em discriminação entre os colegas, porque, de alguma forma, no seu entendimento, eles devem trabalhar a mais para cobrir a ausência daquele que está afastado, pois, usualmente, estas negociações não são encaminhadas de maneira transparente entre todos. O trabalhador de saúde a quem é concedida a licença sente-se como recebendo um favor ou prestando um favor para o hospital por estar se qualificando, ao mesmo tempo em que o hospital acredita estar prestando um favor para o funcionário ao dispensá-lo. Esta relação de “troca de favores”⁷⁰, somada às demais descritas, parece ocasionar, no trabalhador, um pseudodesinteresse pelo seu desenvolvimento, pois, em verdade, alguns até

⁷⁰ Barbosa (1992, p. 35) refere que o favor é uma situação que implica em reciprocidade direta, isto é, quem recebe um favor fica “devedor” e vê-se obrigado a retribuí-lo na primeira oportunidade. Entre quem recebe o favor e quem o faz, “estabelece-se uma hierarquia em que o credor fica em situação superior ao devedor. Esta situação para muitos nunca é revertida, mesmo quando o favor é ‘pago’. Favor, segundo alguns, não se paga nunca.”

gostariam de participar de cursos, mas desistem da idéia diante de tantos obstáculos.

Entretanto, acima de todas estas situações expostas, deliberadas pelas vontades individuais ou (des)interesses organizacionais, os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH–SUS) referem em seus Princípios e Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador do SUS que

a qualidade da atenção à saúde exige a formação de pessoal específico, com domínio de tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva. Os novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da Saúde passam a exigir novos perfis profissionais (BRASIL, 2005d, p. 53),

Esta disposição entende o Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS como aquelas atitudes, ações e eventos que asseguram ao trabalhador seu desenvolvimento humano, através de seu crescimento tanto profissional como laboral. Os Princípios e Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador do SUS visam a repercutir no engajamento institucional do trabalhador e na sua consciência de cidadania (BRASIL, 2005d).

A estratégia de desenvolvimento deverá ser equacionada através da Educação Permanente, que se constitui em um processo permanente de aquisição de informações pelo trabalhador, tanto por meio da escolarização formal ou informal, quanto através de vivências, experiências laborais e emocionais no âmbito institucional ou fora dele. A Educação Permanente compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização, para “melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha” (BRASIL, 2005d, p. 32).

Além do exposto, a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que implementa a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) considera, entre outros, que é de responsabilidade constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde e de incrementar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 2007).

Desta maneira, a alavanca, que está se projetando na direção do

compromisso bilateral entre o Estado, na figura dos hospitais, de oferecer, e os trabalhadores da saúde, de estarem receptivos a estas novas possibilidades, inaugura uma outra concepção que pode significar a produção, divulgação e disseminação de conhecimentos⁷¹ através de competências⁷², proporcionando distintas visões para os problemas cotidianos dos hospitais.

A gestão destes conhecimentos torna-se importante, no momento em que se buscam as competências organizacionais, pois, para Fleury & Fleury (2001, p. 33), “a gestão do conhecimento está imbricada nos processos de aprendizagem nas organizações e, assim, na conjugação desses três processos: aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, disseminação e construção de memórias, em um processo coletivo de elaboração das competências necessárias à organização”.

Os hospitais, principalmente os de ensino e os universitários, cuja principal função é a formação e capacitação de recursos humanos, através de seus trabalhadores da saúde, sedimentam e constroem as identidades profissionais, no momento em que existe a convivência direta, pelo ensino e a prática, entre estes trabalhadores e os estudantes, reproduzindo uma cultura sobre a aquisição de conhecimentos que pode ser decisiva na vida dos futuros profissionais.

Backes et al. (2002, p.200) ainda referem uma outra questão a ser

⁷¹ O conhecimento é um conjunto que inclui cognição e habilidades, ferramentas que os indivíduos utilizam para resolver problemas. O conhecimento baseia-se em dados e informações, mas, ao contrário deles, está sempre ligado a pessoas. O conhecimento organizacional consiste em ativos de conhecimento individuais e coletivos que a organização pode utilizar para realizar suas atividades. A base de conhecimento organizacional também inclui os dados e as informações sobre os quais se constroem o conhecimento individual e organizacional (PROBST et al., 2002).

⁷² Durand (1998) considera a competência em três dimensões, que englobam aspectos técnicos, sociais e afetivos: o conhecimento, a habilidade e a atitude. O conhecimento são informações assimiladas e estruturadas pelo indivíduo, que lhe permite um entendimento de mundo baseado naquilo que foi acumulado ao longo da vida. A habilidade, por sua vez, está relacionada ao saber como fazer algo ou à capacidade de aplicar e fazer uso produtivo do conhecimento adquirido. As atitudes dizem respeito a aspectos afetivos e sociais relacionados ao trabalho e Durand (1998) utiliza Gagné et al (1988) para referir que as atitudes são estados complexos do ser humano que afetam o comportamento em relação a pessoas, coisas e eventos, determinando a escolha de um curso de ação pessoal. Inclui a identidade do indivíduo com os valores da organização e, por conseqüência, seu comprometimento e motivação para atender aos padrões de comportamento esperados para atingir resultados no trabalho. O autor ainda menciona que o desenvolvimento de competências dá-se por meio da aprendizagem individual e coletiva, envolvendo, simultaneamente, as três dimensões, isto é, a assimilação de conhecimentos, a integração de habilidades e a adoção de atitudes relevantes para um contexto organizacional específico ou para a obtenção de alto desempenho no trabalho. Da mesma forma, para Fleury&Fleury (2001), competência é um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes voltadas à atividade de alguém, que relaciona com o desempenho, podendo ser medida segundo padrões preestabelecidos e melhorada por meio de treinamento e desenvolvimento, além de servir aos propósitos da empresa.

analisada, que é o papel das universidades como propulsoras do desenvolvimento profissional, uma vez que na missão dessas, também deve estar inserida a preocupação com a educação continuada de seus egressos. As autoras mencionam que “é na Universidade que o indivíduo encontra terreno fértil para desenvolver e aprimorar valores relacionados à sua vida profissional e pessoal”, visto que esse é o espaço em que se deve encontrar condições para o desenvolvimento de uma consciência crítica e cidadã essencial para a formação profissional voltada ao comprometimento social.

Disciplinas direcionadas à preparação ao trabalho e, em particular, que estimulem a pesquisa e a publicação científica já podem ser encontradas no Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina. A disciplina Enfermagem no Contexto Social IV (Int. 5124), por exemplo, na qual realizei Estágio de Docência⁷³ durante o ano de 2005, continha, entre os conteúdos programáticos, a elaboração de artigos científicos, a publicação de trabalhos em periódicos e a construção do *curriculum vitae*, e seus objetivos estavam voltados para:

reconhecer diferentes linhas do planejamento em saúde, relacionando-as à prática brasileira no setor saúde e na enfermagem; reconhecer diferentes linhas filosóficas no trato da realidade social; caracterizar as tendências atuais de política de saúde e da prática de enfermagem, segundo a visão do aluno e autores que as formulam, relacionando-o ao quadro conjuntural do país; identificar o processo de trabalho no setor saúde, especialmente na enfermagem, contextualizando o mesmo, no quadro das grandes transformações mundiais; instrumentalizar os alunos para a elaboração de artigos científicos e divulgação em periódicos especializados; articular os projetos de prática assistencial com o contexto em que se insere (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2005).

Além de promoverem o futuro desenvolvimento profissional dos alunos, tais

⁷³ O Estágio de Docência - RESOLUÇÃO Nº 10/CUN/97 - NFR 4126 (UFSC, 1997), é uma disciplina obrigatória dos Cursos de Mestrado e Doutorado para os alunos que possuem bolsa do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) ou Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). O CNPq e a CAPES são agências de fomento à pesquisa científica e tecnológica e à formação de Recursos Humanos para a pesquisa, bem como são responsáveis pela expansão e consolidação da pós-graduação *strictu sensu* (mestrado e doutorado) em todos os estados da Federação. Eu fui contemplada com Bolsa CNPq para a realização do Curso de Doutorado e Bolsa CAPES para o Estágio de Doutorando - Sanduíche/PDEE (Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior).

abordagens os incentivam à promoção de um pensamento crítico acerca da realidade de saúde e possibilitam que eles sejam atores de suas próprias histórias e da sociedade que os recebe como força, em busca de melhores condições de vida e de saúde para toda a população. A função do docente, neste ponto, é de vital importância, pois ele é parte, entre outras tantas, que contribui para a formação de uma cultura de pesquisa que é repassada aos alunos e que vai ser reproduzida em suas vidas profissionais. Para tal, o docente deve, continuamente, auxiliar os “ainda” alunos a construir seu instrumental e a traçar suas rotas direcionadas, evidentemente, ao cuidado, mas, àquele cuidado pautado no conhecimento e na investigação científica (VAGHETTI & PADILHA, 2005).

Alguns matizes de *adhocracia*⁷⁴ podem ser encontrados nos hospitais públicos brasileiros, através do trabalho multidisciplinar, que reúne diferentes especialistas em equipes multidisciplinares para operacionalizar projetos ou inovações específicas, mesmo que a *adhocracia* se afaste da estrutura burocrática, da divisão acentuada do trabalho, da diferenciação entre as unidades operacionais e da utilização de sistemas de controle e planejamento (MINTZBERG, 2004) comuns às organizações hospitalares.

Nos hospitais públicos brasileiros, a cultura do trabalho multidisciplinar, aos poucos, vai se formando, através de projetos de ensino, de pesquisa e de extensão, que caracterizam estes hospitais e, em especial, os hospitais de ensino e universitários. Além disto, formas inovadoras de gestão que vêm sendo instituídas timidamente em algumas organizações prevêm o trabalho em equipe ou em rede imbuindo nos sujeitos a busca dos objetivos organizacionais:

[...] As especialidades cada vez interagem mais (terapia intensiva, suporte diagnóstico...). O cirurgião está sempre cada vez mais ligado com outros setores. O processo da *démarche* permitiu que se avaliasse também as deficiências, as necessidades de áreas que interagissem com a Cirurgia Geral. É impossível trabalhar hoje fora da interdisciplinaridade. Só as intervenções mais simples precisam apenas de um cirurgião. As mais complexas precisam de um olhar interdisciplinar. Oncologia, por exemplo, precisa da tecnologia de imuno-histoquímica, de laboratório de análises, método semiótico, radiologia e endoscopia intervencionista. É necessária a interação com a Oncologia Clínica, tanto que tiramos aquele documento (ARTMANN, 2002, p. 305).

⁷⁴ *Adhocracia* é caracterizada como uma estrutura orgânica com pouca formalização, com uma especialização horizontal elevada baseada na formação e uma tendência para agrupar os especialistas em unidades funcionais para a realização do trabalho (MINTZBERG, 2004).

Internamente à instituição, foi observado que, a partir da instauração da cultura da pesquisa, houve um acento positivo mais forte nas relações entre as enfermeiras e seus pares e outros profissionais da equipe de saúde, e ainda possibilitou uma parceria com as professoras de enfermagem. O aperfeiçoamento da assistência em enfermagem também foi evidenciado (GUARIENTE, 2006, p. 262).

Apesar dos estudos não demonstrarem claramente, a minha experiência revela que isto se fortifica com a presença dos professores universitários nos espaços dos hospitais universitários e de ensino, pois, além de atuarem como formadores de recursos humanos para a saúde, estes profissionais executam seus projetos, geralmente, de maneira interdisciplinar. Somam-se a estas investidas aquelas provenientes do Ministério da Saúde/Ministério da Educação, que visam à implementação de estratégias para o desenvolvimento dos hospitais e que habitualmente pregam a interdisciplinaridade e o envolvimento de todos os sujeitos do hospital na consecução de programas ou políticas, como o Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar, Qualificação de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (Qualisus), Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, Acreditação Hospitalar, Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde, Humanização da Assistência Hospitalar, Humanização do Pré-natal e Nascimento, Gestação de Alto Risco, Redes Estaduais de Assistência de Urgência e Emergência, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b).

Assim, sobre a cultura do desenvolvimento do trabalhador nos hospitais públicos paira um paradoxo, que pode se sustentar por algumas indisposições organizacionais alimentadas e retroalimentadas pelo aparente desinteresse de alguns trabalhadores da saúde com seu desenvolvimento profissional e pelo empenho dessas organizações na promoção da qualidade de seu atendimento, acabando por proporcionar, mesmo que secundariamente, (uma vez que o foco prioritário pode não ser a satisfação do trabalhador) a almejada educação permanente. Neste cenário, o papel das universidades é decisivo, tanto para fomentar entre os alunos da graduação o espírito da pesquisa e do desenvolvimento do conhecimento, como pelo incentivo na produção de projetos multidisciplinares e interdisciplinares que envolvam os trabalhadores da saúde em parceria na

consecução dos mesmos.

4.3 A CULTURA DE HOSPITAIS PÚBLICOS BRASILEIROS NA DIMENSÃO AMBIENTAL

Os hospitais públicos brasileiros, que fizeram parte deste estudo, mostraram-se funcionalmente como sistemas abertos⁷⁵, possibilitando trocas com o seu ambiente, que é composto por outros sistemas⁷⁶, especialmente o sistema de saúde. Se analisarmos sob esta ótica, os hospitais, na macroestrutura da saúde, são subsistemas do sistema de saúde, que é subsistema de um grande sistema socioeconômico político. Ao mesmo tempo, os hospitais também são sistemas, se comparados com os microssistemas que freqüentam o seu interior, e, assim, sucessiva e inversamente, na dependência exclusiva do modo com que se olham os arranjos sistêmicos na sociedade.

Esta idéia de sistema está vinculada à evolução biológica, que forneceu as bases à formulação da teoria dos sistemas por Bertalanffy (1975) e proporcionou aos teóricos organizacionais a metáfora do organismo e sua relação com o ambiente. A partir da abordagem sistêmica, a teoria das organizações tem enfatizado a importância do ambiente nas organizações, apesar das diferentes definições e conseqüentes correntes teóricas que decorrem de tal envolvimento.

As trocas efetuadas entre os hospitais e o ambiente configuram-se em movimentos, talvez mais centrípedos do que o contrário, que, nas últimas décadas, têm produzido uma identidade hospitalar muito peculiar. A administração pública brasileira, que também influencia o modelo público de gestão da saúde, parece organizar, em cascata, o viés público que igualmente atravessa os hospitais, já mencionado na estrutura de análise “A cultura de hospitais públicos brasileiros na

⁷⁵ Nesta estrutura de significação, vou me referir ao hospital, simplesmente, como sistema ou subsistema, utilizando apenas algumas concepções sistêmicas ou a nomenclatura decorrente, sem entrar nos méritos teóricos que esta opção implica.

⁷⁶ Vários são os outros sistemas que interagem com os hospitais como o ecológico, o social, o macroeconômico, o macropolítico, o legal, entre tantos, mas que não são motivo de discussão neste momento.

dimensão organizacional”.

Para Habermas (1984), a esfera pública é um espaço de livre acesso, onde cidadãos encontram-se para debater e desenvolver argumentos racionais sobre a vida em comum como, por exemplo, a questão do poder, que deve ser visível e transparente. Para o autor, “O Estado é o ‘poder público’. Ele deve o atributo de ser público à sua tarefa de promover o bem público, o bem comum de todos os cidadãos” (HABERMAS, *op. cit.*, p. 14). Desta maneira, as organizações públicas, de uma maneira geral, fazem parte do Estado e têm a função de promover o bem público a todos os cidadãos. Testa (2007, p. 41) indica que público é algo “*que está disponible para cualquiera que desee acceder a ello o que afecta [implica, impacta, concierne, compromete, responsabiliza – es obvio que estos términos no son sinónimos, pero alguno de ellos es aplicable, en algunos casos, a la noción de ‘público’] a todos por igual*”.

Tanto o Estado como a administração pública brasileira nasceram sob a égide do patrimonialismo entendido enquanto uma confusão entre aquilo que é público e o que é privado, ou, como a apropriação pelo privado daquilo que é público, decorrente das disfunções generalizadas da má administração da coroa portuguesa ao tempo do Brasil colônia (MARTINS, 1997).

Modernamente, a administração pública brasileira vem tentando substituir a administração patrimonialista pela burocrática, mas este processo “tem sido marcado pelas discontinuidades e contradições político-administrativas do Estado, que impuseram um caráter dissociativo às tentativas de implementação de uma burocracia pública no Brasil” (MARTINS, 1997, p. 175):

A trajetória da modernização da administração pública brasileira revela, na perspectiva do Estado, uma difícil compatibilização e uma relação de disfuncionalidade recíproca entre política e administração, entre burocracia e democracia. Ora tentou-se consolidar uma burocracia, racionalizando-se funcionalmente a administração, à revelia da Política e à custa da democracia, ora tentou-se descaracterizar o caráter funcional da burocracia pública pretensamente até em nome da democracia; ora obstaculizada, ora estimulada pelos agentes do Estado e da política nacional.

A história da administração pública brasileira tem sido uma guerra contínua, entre a burocracia formalista, ritualista, ineficaz e adversa às tentativas periódicas de

modernização do aparelho do Estado, aliada a interesses econômicos conservadores, e algumas correntes inovadoras da burocracia e seus coligados políticos e empresariais. A primeira necessita perpetuar o controle social e seus privilégios por meio de uma centralização burocrática de natureza conservadora e imobilista, e a segunda, de caráter industrial e aberta ao exterior, exige novas missões para o Estado, principalmente no quesito ampliação da infra-estrutura econômica e social, o que sinaliza para a globalização e o liberalismo. Estas forças inovadoras procuram introduzir nas organizações públicas uma cultura de flexibilidade e de gestão empreendedora, que lhes permita atuar de forma ágil e eficiente, num mundo de rápidas transformações, mas, não raramente, encontram muitas dificuldades para implementar de maneira efetiva projetos de reforma (CASTOR & JOSÉ, 1998).

Nestas veredas, o público organiza as políticas e o próprio sistema de saúde, através do modelo público de gestão da saúde. Assim, nesta estrutura de significação (Figura 6), destaquei algumas evidências culturais na relação dos hospitais com este modelo, na forma do controle do Estado ou de seus representantes, municípios/estados sobre e nos hospitais e, conseqüentemente, sobre e nos os trabalhadores da saúde, e interpretei os significados oriundos desta aproximação.

Figura 6 – Evidências culturais da dimensão ambiental

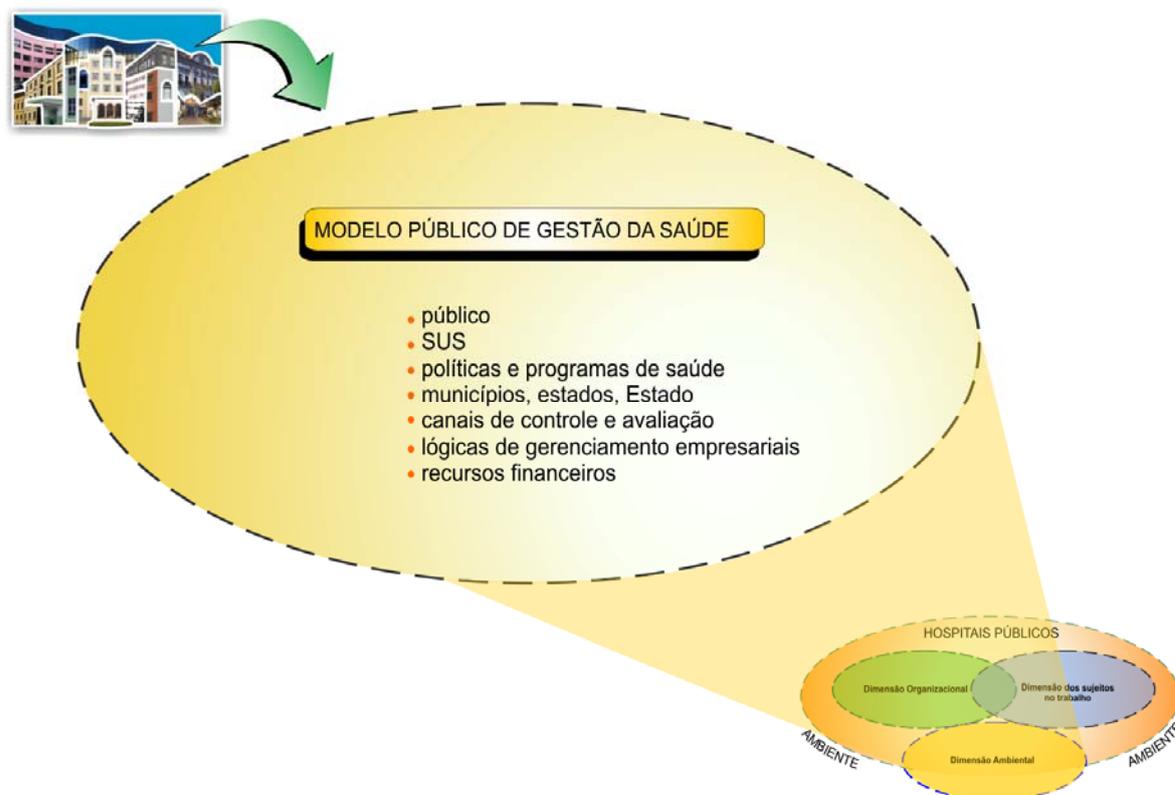


Figura 6 – Ideografia das evidências culturais da estrutura de significação intitulada “A cultura de hospitais públicos brasileiros na dimensão ambiental.”

4.3.1 Os controles do modelo público de gestão da saúde na cultura de hospitais públicos brasileiros

Mintzberg (2004) afirma que as burocracias mecanicistas, quando possuem um controle externo, principalmente do Estado, constituem-se em burocracias mecanicistas públicas, natureza dos hospitais onde se processaram os estudos apresentados nas teses e dissertações analisadas, visto seu regime jurídico de direito. Assim, o funcionamento destas organizações hospitalares está estritamente condicionado a resoluções externas, que acabam por dificultar os processos internos referentes principalmente a recursos humanos, financeiros e econômicos.

Desde 1993, por exemplo, as aquisições de materiais nas organizações públicas, e aí incluídos os hospitais, são regidas pela Lei n. 8666, que estabelece

normas gerais sobre licitações e contratos administrativos pertinentes a obras, serviços, compras, alienações e locações no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 1993). Isto, por um lado, dificulta a compra de material permanente, de consumo e serviços, mesmo que, por outro, ofereça uma pretensa transparência das contas públicas. Igualmente, a contratação de pessoal exige concurso público e disponibilidade de vagas junto ao Ministério da Educação, no caso dos Hospitais Universitários e junto ao Ministério da Saúde, no caso dos Hospitais de Ensino, o que também ocasiona o grave problema quanto à mão de obra (quantidade), mesmo que o estudo de Forgia & Couttolenc (2008, p. 11) indique um excesso de recursos humanos nos hospitais, com “a taxa de funcionários por leito muito acima dos padrões internacionais”.

Ainda no quesito recursos humanos, os hospitais, hoje, vivenciam uma realidade, no mínimo, desagregadora, que se refere à contratação de pessoal⁷⁷ através de Fundações de Apoio ou empresas terceirizadas. Os sujeitos contratados nestas modalidades são regidos pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), diferentemente daqueles concursados que têm o RJU (Regime Jurídico Único) como sua legislação trabalhista, o que gera uma disparidade salarial e, às vezes, de carga horária de trabalho, entre os sujeitos trabalhadores da saúde com idêntica qualificação e função. Estes dois regimes de trabalho convivendo no mesmo hospital vêm causando discriminação entre os funcionários, formatando uma cultura em que a diferenciação de regime de trabalho institui o *status* dos trabalhadores da saúde:

Os profissionais relacionaram como dificuldades, quando ainda não ocupavam cargos de gerência, o quantitativo de recursos humanos reduzido; multiplicidade de vínculos de trabalho, com profissionais vinculados do Ministério da Saúde (MS), da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR) e outros contratados por empresa terceirizada, que exercem as mesmas atividades, sem isonomia salarial (MACEDO, 2006, p. 28).

Por sua vez, alguns dos entrevistados, não da área da

⁷⁷ “Os problemas gerados pelos diferentes regimes de contratação existentes desde 1988 (servidores das diferentes esferas de governo – e de diferentes órgãos –, de uma ou várias instituições da administração indireta – autarquias, institutos e fundações – e terceirizados, originados das propostas de trabalho em parcerias e da tentativa de se implantar as Ações Integrais de Saúde -AIS-, lotados em um mesmo local de trabalho nos serviços de saúde, recebendo salários, vantagens e benefícios diferenciados), quando da elaboração da Constituição Federal, foram agravados pela não implementação do Regime Jurídico Único e, posteriormente, pela sua extinção” (BRASIL, 2005d, p. 19).

enfermagem, mencionaram outro fator relevante para auxiliar a desvelar o universo cultural. Relembrou a discriminação/desigualdade e, até mesmo, alguns indícios de “opressão” que permeavam as relações de trabalho entre alguns profissionais e suas chefias atribuídos à diferenciação de tratamento dispensado aos trabalhadores e que era justificado pela coexistência de dois regimes jurídicos distintos. [...] Os sentimentos de “castração”, insegurança, frustração e desigualdade transmitidos por essas falas apresentam a política de recursos humanos adotada na época, a qual promovia a diferenciação e, como consequência, uma aparente desarmonia entre os trabalhadores e nas suas relações hierárquicas. Ao que parece, a falta de liberdade, autonomia, participação, valorização e de uniformidade de posturas/tratamentos atribuídos aos trabalhadores pertencentes ao regime “celetista” incitava o conflito e a revolta, inclusive de caráter filosófico, em detrimento do próprio profissionalismo (ÁVILA, 2006, p. 62- 63).

Torna-se importante salientar outro aspecto preponderante nas verbalizações, o fato do “marco” divisor no diferenciamento de posturas e de conflitos de identidade ter sido, ao que parece, o Concurso Público de 1994, quando houve a alteração de regime jurídico e uma nova modalidade de vínculo de uma quantidade significativa dos recursos humanos, os quais já pertenciam ao quadro funcional celetista do HU/FURG (ÁVILA, 2006, p. 78-79).

Os dois elementos hospitalares fundamentais - recursos humanos e financeiros -, a partir da NOB/96, ainda correm por um outro canal, onde alguns hospitais conveniados com o SUS, além da rede básica de saúde, passaram a ser geridos pelos municípios ou estados (Gestão Plena da Atenção Básica)⁷⁸ (BRASIL, 1997; 2002c). Isto vem ocasionando ainda maiores dificuldades para o provimento destes recursos, o que acaba por formatar uma cultura de engessamento dos processos de aquisição de materiais/equipamentos e contratação de pessoal:

As ondulações no fornecimento de insumos, por parte do município, atrapalharam muito. Este hospital não conseguiu aceitar com tranquilidade a municipalização e ainda hoje tem muitos ‘feudos’. As duas mudanças na gestão da SMS⁷⁹ também contribuíram para que algumas coisas não evoluíssem e para a não continuidade daquele processo (ARTMANN, 2002, p. 287).

⁷⁸ “A assunção da gestão plena do sistema pressupunha que o gestor assumisse a responsabilidade pela regulação do conjunto de serviços existentes no seu território, incluindo a organização dos fluxos assistenciais, e a oferta de ações e serviços disponíveis assegurando acesso aos usuários dos municípios que integram a região de saúde, mediante processo de pactuação, mediados por instrumentos de gestão como o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI)” (VASCONCELOS; PASCHE, 2007, p. 551).

⁷⁹ Secretaria Municipal da Saúde.

Outra dificuldade relatada é a limitação orçamentária, por tratar-se de uma unidade federal e o orçamento ser previamente definido, dificultando a aquisição de equipamentos em algumas ocasiões (MACEDO, 2006, p. 28).

A Secretaria resistia, mas queríamos mais autonomia, não na licitação/aquisição de materiais, mas no gerenciamento dos recursos humanos (ARTMANN, 2002, p. 292).

Até o momento, a SMS exerce uma gestão excessivamente centralizada, o que acarreta desabastecimento; o processo de aquisição de instrumental e de aparelhagem é extremamente demorado e ineficaz. A substituição de peças de aparelhos complexos também leva anos (ARTMANN, 2002, p. 294).

Só se houver uma mudança de cultura será possível falar em participação e responsabilidade. Fica difícil a participação, enquanto se estiver com um pé atrás, achando que o município veio para destruir (ARTMANN, 2002, p. 301).

Sobre este assunto, Cecílio (2007a, p. 304-305) menciona que ultimamente já é possível estabelecer um “certo padrão de financiamento” para que os hospitais governamentais tenham supridas suas necessidades financeiras mais básicas. Através deste padrão de financiamento, “a folha de pagamento de pessoal fica sob responsabilidade do governo municipal ou estadual” e aquele recurso oriundo do próprio hospital, a produção de AIHs (Autorização de Internação Hospitalar) e BAUs (Boletim de Atendimento de Urgência), por exemplo, “é repassado integralmente para seu custeio, política salarial complementar e pequenas obras de investimentos”. Destarte, “não é correto afirmar que existe uma escassez de recursos financeiros de tal ordem que justifique o mau funcionamento dos hospitais governamentais” e esta aludida escassez “não deveria ser utilizada para justificar ou ocultar o que tem sido nossa incapacidade histórica de implementar melhores formas de gestão e aproveitamento de recursos existentes” (CECÍLIO, *op. cit.*, p. 305).

Estudo recente elaborado por Forgia & Couttolenc (2008), para o Banco Mundial, intitulado “Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da eficiência”, identificou, a partir de pesquisa em 488 hospitais, que o sistema hospitalar brasileiro, de uma maneira geral, é ineficiente em escala e produtividade, oneroso, mal gerido e, em um escore de avaliação que varia entre 0 e 1, a rede obteve 0,34. Esta avaliação negativa foi mais acentuada naqueles hospitais que possuem menos de

100 leitos, sendo que quanto maior o hospital maior foi a pontuação. Por exemplo, os hospitais que obtiveram nota superior a 0,45 contam com mais de 250 leitos, enquanto aqueles com até 99 leitos ficaram com uma nota inferior a 0,35.

Ainda sobre o assunto, os autores mencionam que, das 20 milhões de internações por ano, acima de 30% são desnecessárias, isto é, os usuários poderiam ter sido tratados ambulatorialmente. Referem, também, que existe cerca de meio milhão de leitos, com uma taxa ociosa em torno de 60%, sendo muitos destes não ocupados pela precariedade de condições ou porque, mesmo os leitos estando disponíveis, o hospital não dispõe de outros recursos para que as internações se processem e o atendimento seja efetivo. Este quadro “é dominado por provedores privados, que respondem por 70% de todos os leitos”, mas a maior parte do atendimento hospitalar ainda é custeada pelo SUS, por meio de vários mecanismos de repasses e pagamentos (FORGIA & COUTTOLENC, 2008, p. 9).

Entretanto, informações do Ministério da Saúde dão conta de que em 2005 a rede hospitalar do SUS possuía 2,03 leitos por 1.000 habitantes, que receberam 6,21 internações por cada 100 habitantes (BRASIL, 2008a; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a). Disposto desta maneira, este número de leitos ainda é muito aquém da necessidade, pois em 2002, a média de espera por leitos era de 13,99 dias (1,29 a 27,32) entre a indicação médica e a internação propriamente dita (BRASIL, 2002e). Este déficit, contraposto pelo excedente divulgado por Forgia & Couttolenc (2008), talvez tenha respaldo na própria justificativa dos autores, exposta no parágrafo acima, de que existem leitos mas estes não possuem condições de receber pacientes ou o próprio hospital não têm estrutura para realizar o tratamento aos usuários.

O controle externo ainda mostra uma crise resultante do dissenso em relação às competências gerenciais de cada esfera governamental. Isto se deve, fundamentalmente, porque desde o nascimento do SUS ocorreram disputas, sobre o papel destas esferas na gestão do SUS, em relação à autonomia e responsabilidades para o cumprimento dos compromissos pactuados em torno dos cuidados à saúde. Hoje, isto se evidencia mais nitidamente, porque, apesar da municipalização ser uma realidade, os municípios não possuem total autonomia para efetuar arranjos de organização da saúde. Além disto, são tensionados pelo Ministério da Saúde, que utiliza mecanismos financeiros para induzir a adoção e

implementação de políticas, visto que a esfera federal é responsável por quase 50% do financiamento da saúde (FEUERWERKER, 2005).

Os seguintes fragmentos são significativos do exposto:

Não podemos esquecer que o cenário da saúde no Distrito Federal, há pelo menos dois anos, é “caótico” chegando à necessidade de intervenção federal, o que dificulta qualquer iniciativa de melhoria. Um outro fator relevante são as questões partidárias que de uma forma ou de outra acabam por facilitar ou impedir que determinadas ações caminhem em prol dos interesses da população (VIANA, 2004, p. 78).

Aqui vale uma observação quanto à situação crítica que se encontra a saúde no DF, estando a partir de fevereiro/2004 em processo de intervenção por parte do Ministério da Saúde e da Promotoria Pública, com gestão dupla da Secretaria de Saúde do DF e do Ministério da Saúde (VIANA, 2004, p. 86).

Afora estas colocações, os hospitais agonizam diante de gerenciamentos meramente políticos e afastados das realidades hospitalares. A conseqüência que se firma é a de que o controle externo exercido pelo Estado ou por seus representantes, nesta fresta, é ineficaz e ineficiente:

A relação com a rede é uma questão gerencial. Quando se administra um hospital público, devemos definir duas questões: controle social e modelo gerencial. Não é possível dirigir um hospital sem a visão da análise epidemiológica para ser elemento de correção (ARTMANN, 2002, p. 290).

O impacto do ambiente externo (político e econômico) no comportamento organizacional, as inúmeras sucessões de dirigentes (cada qual com seus valores - gestão personificada) [...] são alguns fatores que podem ter representado uma intervenção negativa, ao longo dos anos (ÁVILA, 2006, p. 67).

Hoje, o grande problema da Secretaria é não ter uma visão de saúde e este é o grande obstáculo. O grande gestor da saúde é o município que tem 80% do sistema de saúde em suas mãos e teria que ter um norte claro. Uma grave situação é a centralização administrativa, o retrocesso é imenso. A Secretaria não sabe nem quanto custam suas unidades. O controle exercido é meramente burocrático. O município não estava preparado para gerenciar unidades complexas e ainda não está; a rede está sendo sucateada (ARTMANN, 2002, p. 298-299).

Um outro fator relevante são as questões partidárias que de uma forma ou de outra acabam por facilitar ou impedir que determinadas ações caminhem em prol dos interesses da população (VIANA, 2004, p. 78).

A preocupação excessiva com os baixos custos acaba por vezes gerando desabastecimento e outros resultados mais graves. A não valorização dos recursos humanos seja por uma política de baixos salários, seja pelo pouco investimento em formação de RH e em pesquisa também demonstra uma cultura de planejamento e de gerência com baixa capacidade para absorver a complexidade inerente a hospitais de níveis terciários (ARTMANN, 2002, p. 315).

A incapacidade e incompetência dos controladores externos dos hospitais, o Estado propriamente dito, ou, eles mesmos, na figura dos municípios ou dos estados, aparece contundentemente quando se trata de saúde e de doença, pois a dificuldade de aquisição de material, um entre tantos outros problemas, acaba por repercutir na assistência que é realizada nos hospitais. Uma coisa é faltar papel em determinada organização, outra, é um hospital comprometer sua produção de cuidado por falta de luvas de procedimentos, para citar um exemplo dos mais corriqueiros.

O material de consumo e permanente para o trabalho nos hospitais é imprescindível para o cuidado e não pode ser substituído tal como se troca uma matéria-prima por outra numa organização industrial. Há situações críticas que exigem a presença imediata de tecnologias duras⁸⁰, como equipamentos para intervenções terapêuticas e elucidações diagnósticas, além de medicamentos, cuja falta/insuficiência pode ocasionar risco grave e prejuízo à vida/saúde dos cidadãos. Da mesma maneira, pessoal em quantidade e qualidade é fundamental para operacionalizar as ações hospitalares em suas diversas complexidades e sua escassez determina o desgaste naqueles poucos que estão em atividade e diminui a qualidade do atendimento aos usuários. Contudo, não raramente, o controle externo é conferido a pessoas sem conhecimento desta realidade hospitalar e que seguem objetivos externos mais amplos daqueles dos hospitais, uma vez que o exercício do público acarreta que certos cargos sejam preenchidos por meios políticos partidários.

Este ponto sobre comandos/controles externos atravessa duas questões, que se alinhavam a uma terceira, que podem ser assim interpretadas. A primeira delas, já mencionada, diz respeito à instituição da NOB/96 e suas repercussões na

⁸⁰ Sobre tecnologias em saúde, consultar Merhy et. al. (2007b).

gestão das ações de saúde e seus financiamentos. A segunda, também já referida, foca-se na questão da multiplicidade de meios de contratação de servidores. A última trata das mudanças⁸¹ ocasionadas no interior dos hospitais pelas duas primeiras.

Estas mudanças estruturais, que se configuraram externamente⁸² aos hospitais, através de instrumentos legislativos, podem acarretar uma confusão interna, que se repercute naquilo que os sujeitos trabalhadores dos hospitais entendiam, acreditavam e compartilhavam sobre a administração dos mesmos. Isto pode ser explicado da seguinte maneira: os trabalhadores da saúde estavam ligados a uma cultura gerencial historicamente construída e caracterizada por determinados aspectos que eram vivificados e repassados a outros integrantes dos hospitais no decorrer dos tempos. No momento em que estas mudanças externas ocorrem, elas necessariamente forçam mudanças internas, que acabam por colocar em xeque o passado e o presente. Daí, por opção de referência, os sujeitos tendem a valorizar o passado que é notório em detrimento da realidade presente, que pode ser ameaçadora porque desconhecida.

Mesmo que estas mudanças não tenham sido explícitas, ou formalmente comunicadas, acabaram por afetar os trabalhadores da saúde dos estudos pesquisados, fazendo com que eles passassem a valorizar, sobremaneira, o passado. Isto foi traduzido dos significados expressos nos fragmentos abaixo, pois a teia de significados tecida pelos trabalhadores a este respeito configura sua cultura, que é um padrão historicamente transmitido, por meio do qual os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem o conhecimento e as atitudes acerca da vida (GEERTZ, 1989):

Quando nos reportamos às manifestações de contradição presentes nas diferentes falas, também inclusas nesta categoria de análise, somos levados a questionar a relação paradoxal que se manifesta com o reconhecimento, por parte dos entrevistados, da “existência de melhores condições de trabalho *versus* piores

⁸¹ Por mudança organizacional entende-se qualquer alteração significativa, articulada, planejada e empreendida por pessoal interno ou externo à organização, que seja apoiada e operacionalizada pela administração superior e atinja todos os componentes da estrutura organizacional (ARAÚJO, 1982).

⁸² Diferentemente do que se processa nos hospitais, Perrow (1981, p. 88-89) refere que “uma estrutura burocrática pode absorver muita mudança superficial sem modificar sua estrutura. Os fabricantes de carros e aparelhos domésticos adaptam-se a mudanças na procura e aperfeiçoamentos ocasionais dos produtos, fazendo da mudança uma rotina, criando unidades, esquemas e programas que produzem novos modelos em bases previsíveis e ‘burocratizadas’”.

resultados no trabalho assistencial realizado”, na atualidade. Esta constatação faz alusão às dificuldades encontradas nos dias atuais, que parecem ser de outra ordem, que não as expressas no nível dos “artefatos visíveis”, mas que implicam diretamente na qualidade da assistência realizada (ÁVILA, 2006, p.58-59).

Transitando numa rota de sentimentos positivos para negativos, verbalizados como “*reconhecimento, valorização e orgulho*” no passado para “*esquecimento, medo, insegurança e provação*” no presente, as enfermeiras, através das brechas da nova oportunidade e adaptação, que o momento organizacional oferece, asseguram a imagem da “enfermeira pioneiras”, mantendo os elos relacionais e os domínios do cuidado (MENEZES, 2003, p. 86).

As mudanças, sejam elas quais forem, primeiramente, precisam ser bem construídas para serem aceitas e incorporadas pelos sujeitos e, depois de consolidadas, requerem um tempo para sua aceitação e propagação. Neste ínterim, pode se formar um hiato que se caracteriza por um vazio cultural a respeito do aspecto gerencial externo dos hospitais, ou, diante desta confusão, pode se criar uma cultura de administração do tipo “terra de ninguém”, já que as mudanças não estão solidificadas e a cultura não está assimilada, o que gera instabilidades entre os sujeitos. Se lento é o processo de formação cultural, mais lento ou até, às vezes, impossível, é o processo de mudança cultural, haja vista que transformações culturais são complexas e demoradas e, até porque, segundo Geertz (1989), mudanças implicam em outras mudanças e provocam a instabilidade de significados já construídos socialmente. Contudo, tentativas de mudanças efetivas sem a mudança da cultura, invariavelmente, tropeçam, demandam muito mais tempo ou simplesmente não acontecem.

Reiterando o exposto, Merhy (2007a, p. 99) enfatiza que uma intervenção institucional no canal da mudança de processos de trabalho e de sistemas de direção é extremamente complexa, ainda mais em serviços de saúde. Para o autor, os gestores não devem apenas seguir uma receita de técnicas administrativas e sim desenvolver uma postura mais eclética sobre os vários instrumentais que conduzem a mudanças efetivas.

Afora o controle externo que é realizado pelo Estado, os hospitais públicos, assim como outras organizações públicas de saúde, possuem a especificidade de

estar sob o controle social da população, que participa na condução da política de saúde, através de sua integração efetiva nas conferências e conselhos de saúde, nas três esferas de governo. Isto foi assegurado pela Lei n. 8.142/90, que garantiu, nessas instâncias, a composição paritária entre os usuários (50%) e os trabalhadores da saúde, prestadores de serviços e gestores (50%) nos órgãos de representação social (VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

4.4 O RETRATO DA CULTURA ORGANIZACIONAL DE HOSPITAIS PÚBLICOS BRASILEIROS PRODUZIDO NA BRICOLAGEM DAS DIMENSÕES ORGANIZACIONAL, DOS SUJEITOS NO TRABALHO E AMBIENTAL COM MODELO PÚBLICO DE GESTÃO DA SAÚDE

Diferentemente da sistemática que eu vinha adotando até agora, em que os fragmentos textuais eram expostos e os significados interpretados paulatinamente, o exercício realizado neste momento foi o de olhar sobre as interpretações já realizadas e percebê-las na forma de outros arranjos interpretativos, que significassem o retrato da cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros, para a compreensão de alguns fenômenos correntes das realidades hospitalares.

A interconexão que o conjunto formado pela dimensão organizacional e a dimensão dos sujeitos no trabalho estabelece com o ambiente, na forma do modelo público de gestão da saúde, está intrinsecamente relacionada a alguns dos significados construídos pelos trabalhadores acerca de evidências culturais que circulam nos hospitais. Esta relação, assim disposta, revelou movimentos que animam a realidade hospitalar, através de uma série de características, que ora se acentuam, ora se esmaecem, mas que são, fundamentalmente, marcas distintivas destes espaços, mesmo que, parafraseando Foucault (1996), cada “epidemia” seja uma nova “epidemia”.

A inserção do SUS nos hospitais, através do modelo público de gestão da saúde, que os desafia a proporcionar estratégias que se voltem à operacionalização dos princípios de universalidade, igualdade e equidade e das diretrizes de descentralização, participação social e integralidade, por exemplo, por si só já

evidencia a dinâmica mencionada. Da mesma maneira, externamente onde se produz, o SUS exerce grande impacto em outras realidades, porque mais do que se ocupar com a saúde dos cidadãos, ele tem se tornado um campo de disputa de interesses políticos e econômicos, pela projeção que a saúde ocupa nestas duas esferas. As repercussões destas contendas também se voltam à realidade dos hospitais, configurando a ênfase sistêmica de ambos.

A verdade é que o SUS está visceralmente imbricado nos hospitais e amalgamado como um costume, um hábito que se organiza na rotina hospitalar. Muitas vezes, nem é possível um distanciamento para uma análise mais crítica deste projeto, pois esta sua penetração dá-se de uma forma comensalista, em que o SUS se mostra como parceiro dos hospitais e vice-versa. Igualmente, ao incorporar os sujeitos em torno de uma mesma filosofia, o SUS acaba por embalar o sonho de alguns trabalhadores em ver instituído um referencial cidadão de saúde. Diferente é o *status* do modelo público de gestão da saúde, que, talvez, pela sua existência dominadora/provedora signifique um parasita dos hospitais sendo a recíproca também verdadeira. Este pensamento se reafirma, se pensarmos que os hospitais são responsáveis pelos maiores gastos em saúde do Brasil, cerca de dois terços do setor (FORGIA & COUTTOLOLENC, 2008).

Assim, esta relação dos hospitais com o modelo público de gestão da saúde, não guardando os limites da concepção sistêmica, mostra-se bem mais complexa do que um simples intercâmbio entre organização/ambiente. O modelo, que o Estado oferece e apresenta como prescrição e objeto de troca aos hospitais públicos, exhibe-se como uma força gestora e impositora mais poderosa daquela emersa dos resultados deste modelo reproduzido nas organizações hospitalares e revelado pela cultura que é emanada das mesmas. A desigualdade, proporcionada por esta troca de insumos também desiguais, provoca um contrapeso a favor do Estado que, como regulador e disciplinador, acaba por não se deixar influenciar pelas demandas oriundas dos hospitais.

O hospital, como já mencionado, em sua dimensão organizacional, transaciona suas diversas evidências culturais com o modelo público de gestão da saúde. O resultado desta alimentação é uma retroalimentação que vai influenciar decisivamente todos os aspectos culturais que dizem respeito à estrutura organizacional dos hospitais. Da mesma forma, a dimensão dos sujeitos no trabalho

alimenta-se desta fonte e suporta as influências desencadeadas por estes fenômenos. O “efeito dominó”, então, não se dá só em um rumo, mas oscila entre dois pólos de efeito e causa. A via de mão dupla, que se estabelece a partir daí, parece organizar todo o pensamento a respeito da cultura dos hospitais públicos brasileiros.

Assim, por um lado, os hospitais questionam (?) e são submetidos aos moldes de financiamento da saúde, às diversas formas de contratação de pessoal, à dificuldade de aquisição de materiais, à confusão de papéis das esferas governamentais na gestão do SUS e ao próprio sistema de saúde, que acabam por desestabilizar estas organizações. Por outro, o Estado clama por capacidade operacional, produtividade, eficiência, eficácia. Nesta relação patronal de cobranças bilaterais, os hospitais tentam, através de arranjos organizacionais, modelos de gestão sazonais, ou outros nem tanto, como os burocráticos, satisfazer as exigências do patrão, ao mesmo tempo em que este patrão reage lançando novas diretrizes, programas e políticas ao sistema hospitalar, numa estratégia cíclica de ação e reação em busca da efetiva vitalização dos hospitais.

A burocracia mecanicista, entre outras estratégias, instaurada e consagrada pelas estruturas hierárquicas verticalizadas, centralização do poder e autoridade, e canais caóticos de comunicação, que parece se camuflar na forma de uma pseudoburocracia profissional, é uma das tantas respostas oferecidas pelos hospitais às cobranças externas, como se somente os modelos de gestão intra-hospitalares pudessem responder à altura aos requisitos do Estado.

A este respeito, Cecílio & Mendes (2004, p. 39) discorrem que as propostas de modelos de gestão que os hospitais públicos vêm equacionando desde a década de 1990 podem ser explicadas “pela necessidade de se fazer frente às dificuldades gerenciais próprias da administração pública, em particular os complicados e burocratizados processos de provimento de todo o tipo de insumos para o funcionamento rotineiro do hospital” e pela perspectiva da consolidação do SUS. E, mais ainda, segundo Thévenet (1989), a cultura não só opera através das pessoas mas atravessa os sistemas de gestão e outros processos organizacionais que colaboram na identidade organizacional.

Alguns modelos de gestão que buscam a produtividade, a redução de custos e a melhoria da qualidade da assistência que é prestada vêm sendo

difundidos e adotados nas organizações hospitalares públicas. A gestão pela qualidade total (*Total Quality Management –TQP*)⁸³, por exemplo, é um modelo amplamente utilizado nos hospitais, não só com o objetivo de obter qualidade, mas também como uma ferramenta estratégica para atingir a missão, os objetivos e as metas que são impingidas aos hospitais.

Tecnologias de Planejamento Estratégico como a desenvolvida por Robirosa (1982), vinculado à Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, o Planejamento Estratégico Situacional (PES), de Carlos Matus, e o Planejamento Orientado por Objetivos (ZOOB), citadas por Cecílio (2007c, p. 151) também concorrem para “aumentar a capacidade de governo e governabilidade de atores com um determinado projeto político, mas com poucos recursos para sua execução.”

Coadunando-se a estas táticas, em 1998, o Ministério da Saúde criou, através do Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde, o Programa de Acreditação Hospitalar⁸⁴, já mencionado no Capítulo II deste estudo, propondo que os hospitais adotassem processos de gestão que objetivassem melhorias contínuas na qualidade dos serviços, certificando a qualidade destas unidades hospitalares, por meio de uma avaliação integral (BRASIL, 1998b).

Além destas estratégias, o importante é que fossem instituídos canais para operacionalizar estas medidas, principalmente, através de práticas de capacitação voltadas aos gestores e a todos os envolvidos no processo, sob pena de virem a fracassar os esforços no intuito da modernização gerencial das organizações hospitalares. Porque, o que se assiste hoje, em alguns daqueles hospitais que tomaram por modelo estas estratégias, é uma confusão gerencial, que ora é pautada na qualidade, ora nos princípios tayloristas e ora na intuição dos gestores ou nas políticas governamentais. Evidentemente que as contingências e as características próprias de cada organização devem ser levadas em conta, mas essencialmente o que se espera é que haja uma efetiva resolução dos problemas, a partir de

⁸³ Sobre programas de qualidade, ler, entre outros, GURGEL JUNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 325-334, 2002 .

⁸⁴ Os hospitais acreditados possuem maiores índices de eficiência e qualidade do que aqueles que não participam do programa. Entretanto, até 2003, somente 55 hospitais haviam sido acreditados, devido, provavelmente, aos poucos incentivos recebidos para a participação e o cumprimento dos requisitos para obtenção do título, pois, na atualidade, a expansão deste programa não faz parte da agenda do SUS e este não é considerado pelos compradores privados de serviços (FORGIA & COUTTOLENC, B.F., 2008).

ferramentas criadas e dirigidas à realidade hospitalar brasileira e não a partir de exemplos importados de outros países, os quais, muitas vezes, não passam de inovações transitórias. Por exemplo, já há indícios de aplicação/adaptação na realidade hospitalar brasileira, assim como nas do Canadá e Estados Unidos, do Sistema de Produção Toyota⁸⁵, metodologia desenvolvida nas fábricas Toyota, no Japão, o qual adota os princípios de redução de custos, erros zero, diminuição das linhas hierárquicas, valorização da estrutura organizacional e do trabalho, entre outros tantos artifícios voltados à eficiência e eficácia industrial.

Todavia, ao reagir desta maneira às pressões institucionalizadas externamente, para obterem maior agilidade gerencial, os hospitais vêm-se constrangidos pelos reflexos internos que algumas destas medidas ocasionam aos trabalhadores da saúde. Por esta razão, estas organizações lançam mão de artifícios idealizados e pouco eficientes, como alimentar o “mito da grande família”, valorizar ritos de integração, editar jornais e sancionar outras pretensas formas de sociabilidade e integração, que, pautadas pelo desagravo da culpabilidade decorrente das distâncias hierárquicas e dos conflitos disseminados, em pouco resultam, a não ser no jogo histórico de poder entre trabalhadores da saúde e direção.

Merhy & Cecílio (2003) parecem decifrar esta controvérsia gerencial entre o modelo público de gestão da saúde e os hospitais, quando enfatizam que estes últimos não são empresas que precisam sobreviver ao mercado e, sim, espaços comprometidos com a construção do SUS, onde a política de saúde cidadã funda-se em outra lógica. Assim, estas tentativas de transformação dos hospitais em empresas talvez possibilitem o exercício de velhas formas gerenciais fundadas nos parques industriais, maquiadas e reempregadas em busca da excelência em produtividade.

Contudo, parece-me que o nexos imposto pelo modelo público de gestão da saúde aos hospitais, para que estes se tornem empresas rentáveis e

⁸⁵ A este respeito, ler KAPLAN, G.S. Maximizing hospital outcomes with tips from Toyota: using less to do more. **Physician's Weekly**, v.22, n. 37, oct., 2005; OHNO, T. O **sistema Toyota de produção**: além da produção em larga escala. Porto Alegre: Bookman, 1997; SILVA, O.R. da; SACRAMENTO, F.J.S.; MEIRELES, M. A engenharia de produção nas instituições hospitalares: elementos para a identificação de fontes de desperdício. Trabalho apresentado no XXVI Encontro Nacional de Engenharia de Produção (ENEGEP), Fortaleza, 2006. Disponível em: >http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR470326_8367.pdf<. Acesso em: 22 jul. 2008.

economicamente viáveis/sustentáveis, não encontra eco em muitos hospitais, pois, estes ainda não estão preparados para esta nova realidade, uma vez que são gerencialmente imaturos ou estão aprisionados à sua história caritativa e assistencialista.

Em alguns daqueles hospitais, entretanto, em que esta idéia está sendo cultivada, observo que a eficiência e eficácia requeridas, centradas na economia e copiadas com rigor das empresas privadas, parecem corromper, em vários momentos, aqueles ideais de cuidado pertinentes à missão hospitalar, quando esta idéia reproduz-se nas posturas dos trabalhadores da saúde e contratualiza-se naquelas relações de subsistência que mencionei anteriormente. Acredito, pois, que talvez esteja se inaugurando uma nova maneira de trabalho nos hospitais, dissociada daquela mais abnegada a que estávamos familiarizados e pautada na própria história das profissões da área da saúde, em que a relação econômica está fortalecida e irreversivelmente instituída.

Por outro ângulo, questiono: - Como conciliar a necessidade de sobrevivência econômica dos hospitais às exigências do modelo público de gestão da saúde ao financiamento hospitalar? - Como conciliar a missão hospitalar com as estratégias propostas por este modelo de gestão da saúde?

As respostas a estas questões parecem surgir apenas de um dos lados envolvidos, através do lançamento de programas e políticas, além de estratégias de controle das mesmas, que muitas vezes não atendem a esta demanda e, mesmo assim, são implantadas indistintamente nas mais variadas realidades hospitalares. A repercussão destas medidas no significado das mesmas expresso pelos envolvidos nem sempre é apurada, o que impossibilita o revide dos hospitais, tanto no sentido de aprimorá-las como no sentido de adequá-las. E, mais ainda, políticas e programas voltados ao fortalecimento da identidade dos trabalhadores da saúde como agentes do cuidado/assistência parecem inexistir e ações na direção de um contrato psicológico restringem-se à implantação da humanização em alguns hospitais.

Com base no exposto, creio que nem sempre estratégias nascidas em lugares diferentes daqueles aos quais se destinam e formatadas em modelos previamente estruturados possam ter resultados positivos, pois os hospitais, seus trabalhadores e usuários são diferentes e estão em constantes modificações. Estas

podem decorrer: dos avanços tecnológicos específicos destes espaços; das transformações e evoluções naturais por que passam os trabalhadores da saúde como sujeitos inacabados e não como seres autômatos “programáveis” por manuais; do aumento das necessidades e exigências dos usuários; e da própria configuração social que se apresenta em constante movimento.

Mesmo que a cultura dos hospitais públicos, desenrolada a partir das colocações dispostas em todo o percurso deste relatório, seja uma cultura pública e dinâmica - porque os significados também o são - e evidencie um sistema de significados quase homogêneo, que produz algum tipo de identidade compartilhada entre os hospitais, traduzida por algumas características comuns que os diferencia de outras organizações (GEERTZ, 1989), não se pode observar esta cultura como comum a todos os hospitais. Geertz (2001b, p.219) explica esta posição, informando que

A visão da cultura, de uma cultura, desta cultura, como um consenso em torno de elementos fundamentais – concepções comuns (sentimentos comuns, valores comuns) – parece muito pouco viável, diante de tamanha dispersão e desarticulação, são as falhas e as fissuras que parecem demarcar a paisagem da identidade coletiva. Seja o que for que define a identidade no capitalismo sem fronteiras e na aldeia global, não se trata de acordos profundos sobre questões profundas, porém de algo mais parecido com a recorrência de divisões conhecidas, argumentos persistentes ou ameaças permanentes, e com a idéia de que, haja o que mais houver, de algum modo é preciso manter a ordem da diferença.

Porém, esta idéia de identidade compartilhada de que há algo comum incorporado em algumas particularidades que unem os hospitais públicos, mesmo não entendendo estas características como gerais e universais, assim como o faz Geertz (2001b), demonstra fragilidades e fortalezas comungadas pelos hospitais e fundadas num núcleo comum, o modelo público de gestão da saúde. Isto os torna, de alguma forma, cúmplices e reféns de uma cultura, o que parece ser confortante por um lado, ao se saber de problemas comuns e possibilidades de soluções construídas em conjunto, e inquietante por outro, quando se percebe quão disseminada e homogênea é a cultura destes espaços, independente de equações geográficas ou espaciais. Reporto-me, até, à questão do difusionismo cultural, em que as semelhanças entre culturas diversas são explicadas pela difusão de traços

culturais de uma sociedade para outra (LINTON, 1981). Entretanto, a globalização parece ter se encarregado de também estabelecer estes padrões de aproximação, uma vez que os laços que nos ligam a outras sociedades estão mais consistentes, assim como ficamos mais conscientes dos problemas do mundo (GIDDENS, 2000). Eventos direcionados a hospitais, como congressos, simpósios e encontros que visam a discutir a situação destes espaços, igualmente, socializam dados que acabam por ser copiados, adaptados e reproduzidos. Os aparelhos sindicais também se ocupam em homogeneizar algumas características, disseminando informações sobre a inserção dos trabalhadores nos diversos órgãos de controle social, seus direitos como servidores públicos e proporcionam uma análise da conjuntura social e da saúde. O próprio sistema de saúde, como traço que busca unir os pontos chamados hospitais, em sua tentativa de entender os diferentes espaços como iguais, acaba por produzir estas aproximações.

Mesmo que alguns hospitais reflitam a estratificação do sistema de saúde, isto é, mesmo que alguns se apresentem como centros de referência em saúde mundial e outros, na grande maioria, estejam muito aquém das necessidades mínimas de saúde da população (FORGIA & COUTTOLENC, 2008), existe um fio condutor entre eles, que os torna próximos, mesmo que distantes.

O aspecto que se observa neste viés, também se reproduz naquilo que se processa no interior dos hospitais entre trabalhadores e trabalho/hospital, e já bem enfatizado neste estudo, com reações e contra-reações ao instituído. Os trabalhadores da saúde, com suas subjetividades, valores e crenças, vão construindo significados que denotam a cultura dos hospitais acerca destas relações de troca com o meio externo e as repercussões e implicações das mesmas em seu trabalho, ao mesmo tempo em que instituem e propagam esta cultura no espaço hospitalar. A impressão desta cultura é reproduzida na forma com que estes sujeitos interagem com o trabalho, estabelecendo com ele relações de subsistência, de vínculo e de oposição, além de estar expressa, também, no seu desenvolvimento profissional.

Assim, o produto deste exercício da construção cultural dos trabalhadores com o seu trabalho oscila entre significados de dedicação e descompromisso, desalento e satisfação, apego e incúria, em que os substantivos mais negativos acabam aflorando diante das vicissitudes que atravessam os hospitais, na forma de

conflitos, e os mais positivos são guardados em uma capa protetora à sobrevivência intra-organizacional.

A interpretação, diante de tudo que foi abstraído das teses e dissertações pesquisadas, é que a lógica hegemônica do modelo público de gestão da saúde, em relação aos hospitais, reproduzida no interior destes através das relações que se estabelecem entre trabalhadores da saúde e direção, fortalece a distância e as práticas dialógicas pouco efetivas.

Entretanto, alguns discursos, na contramão do referido, parecem sustentar-se em locais em que não existe uma maior politização dos trabalhadores acerca da realidade de saúde na qual estão inseridos. Geralmente, é em hospitais de menor porte, em regiões mais distantes dos grandes centros, em que as discussões entre trabalhadores não envolvem maiores reflexões acerca do grande contexto de saúde.

Os hospitais universitários e os hospitais de ensino, de uma maneira geral, parecem ser os espaços privilegiados para os grandes embates, entre os trabalhadores, sobre a administração dos hospitais e a realidade de saúde em suas mais variadas racionalidades e é onde transparece a maioria das reações negativas e positivas em relação a estes espaços. Estes hospitais, pela sua própria missão de formar recursos humanos e pela convivência de diferentes tipos de profissionais, discentes e docentes, propiciam a desalienação dos trabalhadores tornando-os mais críticos tanto em relação às microadministrações que se processam no seu interior quanto ao sistema de saúde de uma maneira mais abrangente. Ao mesmo tempo, é nestes locais que existe uma resistência mais acentuada aos instituídos, tanto pacífica como em forma de boicote, relacionada aos modelos de gestão. As formas de relacionamento informal constituem-se, nestes hospitais, como modos de expressar uma autonomia muitas vezes abafada no espaço das macrodecisões administrativas, revelando-se, mesmo que camufladamente, também em pontos de resistência e em ilhas de poder paralelo, tal como facções político-partidárias existentes no modelo público de gestão da saúde.

Estas situações expostas acabam por promover processos de trabalho, em muito, dependentes da lógica gerencial, que se produz e reproduz no interior dos hospitais, e da intensidade com que os trabalhadores passiva ou ativamente reagem aos instituídos, formando novos arranjos criativos de sobrevivência intra-organizacional e vice-versa, mesmo que estas eclosões internas pareçam pouco

influenciar a máquina externa, como já referenciado anteriormente. A figura do trabalhador da saúde, então, diante do modelo público burocrático dos hospitais, não parece mais se traduzir em subjugação, pois estas reações demonstram sua força quando ressoam na assistência que é prestada e na organização do hospital como um todo.

Entretanto, estas ebulições, provenientes dos movimentos dos trabalhadores da saúde, muitas vezes, não alcançam o ambiente, instaurando um modelo hospitalar em que este tipo de troca não se estabelece. Os hospitais, neste rumo, encontram-se como reféns de seus próprios processos internos, ao mesmo tempo em que galgam rapidamente à entropia, pela pressão interna que se reforça e se acumula numa eterna “retroautoalimentação”.

As evidências culturais, que emergiram das teses e dissertações pesquisadas e que foram organizadas a partir das três estruturas de significação expostas aqui, “A cultura de hospitais públicos brasileiros na dimensão organizacional”, “A cultura de hospitais públicos brasileiros na dimensão dos sujeitos no trabalho” e “A cultura de hospitais públicos brasileiros na dimensão ambiental”, foram traduzidas, interpretadas e bricoladas com o referencial teórico, as idéias de vários autores e as minhas conjeturas e experiências. Para além disso, o retrato (Figura 7) que pretendi apresentar, da cultura organizacional dos hospitais públicos brasileiros, revela um cenário composto pela questão do público e da burocracia nos hospitais, em que os personagens principais são os trabalhadores da saúde em relações com seu trabalho cotidiano e a moldura constitui-se no modelo público de gestão da saúde. Este “símbolo significativo” é a expressão material da minha percepção sobre a cultura dos hospitais, “da emoção e da compreensão – e a afirmação das regularidades subjacentes da experiência humana implícitas em sua formação” (GEERTZ, 1989, p. 181).

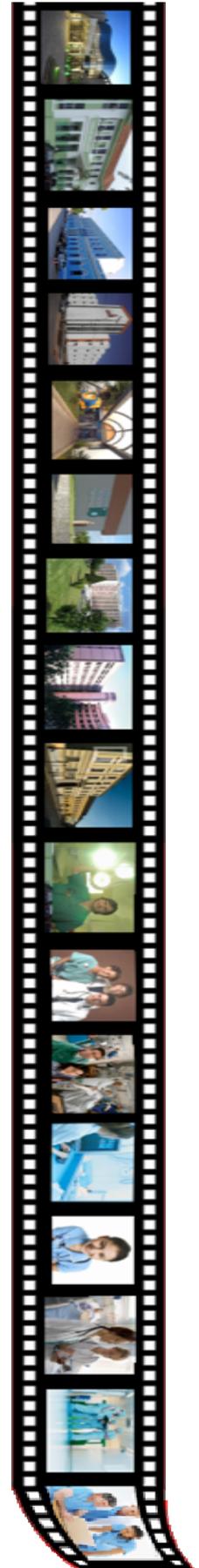
Figura 7 – As perspectivas de um retrato da cultura organizacional dos hospitais públicos brasileiros: uma tradução, uma bricolagem



Figura 7 – Símbolo significativo da cultura organizacional dos hospitais públicos brasileiros. O cenário é composto pela questão do público e da burocracia, os personagens principais são os trabalhadores da saúde em relações com seu trabalho cotidiano e a moldura constitui-se no modelo público de gestão da saúde.

Capítulo 5

“Não se terminam trabalhos, eles são abandonados” (GEERTZ, 2001, p. 14 *apud* VALÉRY).



CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do abstrato, ao pensar este estudo há quatro anos, a esta produção na forma de relatório, muitos obstáculos foram transpostos. Não só limitações pessoais, medos e ansiedades, mas barreiras tomadas por dúvidas teóricas e metodológicas que me arremessaram por dogma às leituras, para descerrar os caminhos que me conduziram até aqui. Olhando para trás, posso observar meu crescimento e o quanto hoje eu sou diferente daquela doutoranda que chegou à UFSC, com uma idéia no papel e poucos, muito poucos conhecimentos na cabeça.

A exploração da temática cultura organizacional era uma inquietação que se avizinhava há muito, mas, concomitantemente, trazê-la na configuração de um projeto era um desafio temerário. Aos poucos, entretanto, as formas delinearam-se e “algo” se fez, em silhueta e conteúdo. Depois de muitas idas e vindas, talvez mais idas do que vindas, pude vislumbrar a possibilidade palpável da execução do projeto, que visava, ao mesmo tempo, satisfazer minhas necessidades como uma pesquisadora em formação e preencher alguns hiatos no conhecimento sobre hospitais públicos brasileiros, sem desabar, contudo, em casuísmos e vazios teóricos. Assim, eu possuía uma dupla preocupação: queria compreender a dinâmica dos hospitais e seus descompassos estruturais, gerenciais e humanos, e produzir uma outra maneira de olhar a cultura destes espaços, que não fosse a partir de pesquisas *in loco*. Então, a provocação estava posta e construir o estudo a partir de teses e dissertações, formando um outro, e por que não, um novo retrato da cultura organizacional de hospitais pareceu-me uma alternativa que contemplaria ambas as disposições.

A pergunta que desencadeou o estudo, semeada a partir de minhas incompreensões e inconformidades diante da realidade hospitalar, organizou-se em torno da questão: - Como traços da cultura de hospitais públicos brasileiros podem ser desvelados a partir de estudos empíricos que contêm a temática? Este questionamento foi sendo respondido ao mesmo tempo em que era respondido, num processo dialógico que se formou entre os estudos pesquisados e minhas percepções e suposições, na forma da tese de que “aspectos da realidade hospitalar presentes em estudos empíricos, como a configuração estrutural, as relações dos

trabalhadores da saúde com o seu trabalho e a interface de ambos com o modelo público de gestão da saúde, evidenciam significados, emergentes da interpretação dos autores, sobre os significados construídos e incorporados pelos trabalhadores acerca dos mesmos. A re-interpretação do conjunto destes significados leva à compreensão de traços da cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros”.

Através dos objetivos de traduzir/interpretar o conjunto de significados emersos de estudos empíricos que contêm a temática cultura organizacional de hospitais, e compor um retrato destes hospitais, na forma de bricolagem, acredito ter confirmado a tese posta acima.

As sensibilizações, para olhar aspectos da realidade dos hospitais e transcendê-los para o inusitado da tradução de seus significados e da bricolagem, foram favorecidas pelo referencial teórico simbólico/interpretativo proposto por Geertz. A minha aproximação com a hermenêutica, apesar de não tão evocada no percurso do relatório, forneceu uma rede invisível, mas sensorial, que também uniu as congruências interpretativas deste estudo.

As idéias de Geertz, igualmente, sustentaram a análise dos dados pelo ângulo interpretativo, ao mesmo tempo em que os desdobramentos do eixo metodológico ocorreram mais por um viés intuitivo, que foi se desenvolvendo e tomando forma no decorrer do estudo, do que estiveram assentados em um feitiço mais convencional de método.

Os aspectos emersos dos estudos empíricos sobre hospitais públicos brasileiros foram dispostos em três perspectivas que conformaram evidências da cultura dos hospitais, uma voltada à estrutura organizacional, outra relacionada aos trabalhadores da saúde e seu envolvimento com o trabalho que é realizado nos hospitais e uma última, em interface com as primeiras, voltada ao ambiente. Estas perspectivas orientaram a organização das estruturas de significação assim nomeadas: “A cultura de hospitais públicos brasileiros na dimensão organizacional”; “A cultura de hospitais públicos brasileiros na dimensão dos sujeitos no trabalho”; e “A cultura de hospitais públicos brasileiros na dimensão ambiental”.

As evidências culturais, relativas à perspectiva da organização/hospital, arranjadas na dimensão que denominei organizacional, mostraram significados referentes e contra-referentes às evidências cujos significados foram catalogados na dimensão dos sujeitos no trabalho e na ambiental. A inevitável imbricação, já referida

durante todo este relatório, revelou a dificuldade de se estudar estes fenômenos em separado, quando se pretende entender a organização da vida dos hospitais. Esta indissolubilidade apresentou-se, inclusive, quando tentei, didaticamente, inventariar os pontos de análise e discussão do Capítulo IV, e, não raro, estes eram lincados a outros pontos em outra estrutura de significação. Entretanto, estas perspectivas, ainda que tão aderidas, propiciaram a leitura da cultura construída pelos sujeitos, sob o reflexo do modelo público de gestão da saúde, que dirige e ordena a realidade hospitalar.

O cenário dos hospitais públicos, que se estabelece historicamente nestes espaços, é constituído pela evidência pública, decorrente do regime jurídico destas organizações, e pela burocracia e as implicações desta, como estruturas hierárquicas rígidas, centralização do poder/autoridade e conseqüente dificuldade de comunicação. Em cima deste e afora este, os hospitais ainda estabelecem outros arranjos organizacionais de gerenciamentos materiais e humanos como resposta à tensão a que são submetidos pelo modelo público de gestão da saúde, que busca empresariá-los. O resultado desta articulação impacta os significados que os trabalhadores da saúde constroem acerca do seu trabalho e desta lógica gestora. Assim, eles instituem e propagam, através da cultura organizacional, meios criativos de sobrevivência intra-organizacionais e contra-reações ao modelo público de gestão da saúde pela ingerência nos hospitais, reproduzidos nas relações de vínculo, subsistência e oposição que se processam nestes locais. Esta interface com modelo público de gestão da saúde define o retrato da cultura organizacional dos hospitais públicos brasileiros em uma relação de equivalência transitiva.

As gêneses das implicações desta síntese e outros desdobramentos serão dispostos a seguir, tendo sempre em vista a perspectiva epistemológica subjetivista, própria da antropologia simbólico-interpretativa balizadora deste estudo, em que os significados emersos de estudos empíricos foram reinterpretados na busca da compreensão de traços da cultura de hospitais públicos brasileiros.

O conjunto de significados, que é produzido acerca do binômio - público e burocracia -, é traduzido por uma cultura em que ambos são ineficientes às demandas hospitalares, dificultam a dinâmica organizacional e geram baixa produtividade e insatisfação nos trabalhadores. No trajeto da burocracia, as evidências culturais, que indicam a existência de níveis hierárquicos verticalizados

nos hospitais, assumem significados que podem ser traduzidos na cultura de que as configurações hierárquicas aumentam as distâncias entre os sujeitos, dificultam a produção do trabalho, acirram conflitos e são instrumentos de discriminação e disputas profissionais. Entretanto, algumas evidências apontam para significados que expressam uma aceitação e incorporação da hierarquia. A interpretação advinda disto pode ser a existência de alguns modelos hierárquicos não tão rígidos, ou, talvez, mais descentralizados, encontrados em organizações gerencialmente maduras, que estimulam e incentivam a participação dos trabalhadores e o exercício de suas autonomias. O ponto nevrálgico desta questão mostra-se na possibilidade da naturalização/banalização que a hierarquia pela hierarquia pode definir nas organizações hospitalares.

A cultura historicamente posta sobre a questão subordinação/dominação entre médicos e enfermeiros também se manifestou nos significados expressos pelos sujeitos. Alguns autores ratificam esta cultura, enquanto outros, com os quais eu coaduno minhas opiniões, entendem que ambas as profissões possuem especificidades que se somam e não são motivos de disputas. Esta evidência, entretanto, revelou uma peculiaridade que se prende a uma passividade em relação à subordinação médica, o que pode indicar uma incorporação dos significados de sujeição, fundando uma cultura em que o poder abandonou o palco da disputa e a hegemonia médica nos hospitais passou a ser acolhida como verdade.

Os significados de algumas evidências encontradas nos estudos pesquisados conduziram à constatação da existência nos hospitais de um movimento híbrido, diferenciando algumas destas organizações, que oscila entre a burocracia mecanicista e a profissional, quando o caráter público parece conferir o aspecto burocrático, e o sentido de hospital/saúde/doença determina a dobra profissional. Entre as características que podem ilustrar a convivência destas estruturas organizacionais no mesmo espaço, cito a existência paralela de dois modos de olhar as questões hospitalares: um técnico e profissional voltado aos aspectos da assistência direta; e outro, mais gerencialista, que se atém aos problemas estruturais. A cultura imposta pelo significado desta colisão inevitável gera discordâncias que se evidenciam em conflitos de competência gerencial e técnica, ocasionando soluções de continuidade nos processos de trabalho.

Ainda decorrente da burocracia mecanicista, há evidências que apontam

que a comunicação existente nos hospitais públicos brasileiros dificulta a propagação da cultura, sendo a comunicação direta pouco difundida em detrimento da comunicação formal. A interpretação destes significados orienta-se no trajeto de que a comunicação direta pode gerar ou acentuar conflitos, enquanto a comunicação formal reforça a cultura de distanciamento entre os trabalhadores já configurada pelas estruturas hierárquicas verticalizadas. Os jornais de circulação interna nos hospitais são símbolos que têm a pretensão de suprir o vazio na transmissão cultural deixado pela precária comunicação direta.

O ambiente físico dos hospitais públicos constitui-se em uma evidência cultural simbólica e a sua qualidade significa a expressão de poder e *status* dos trabalhadores da saúde. A precariedade, ou a ausência de espaços condizentes com as necessidades destes, pode indicar a materialização do desprestígio dos trabalhadores perante a população, os usuários e os outros trabalhadores. Atualmente, o ambiente sadio do trabalho passou a ser um direito transindividual do trabalhador e uma obrigação social constitucional do Estado, que, se não cumprida, é passível de ação civil que resguarde este direito.

Os ritos de integração estão presentes em alguns hospitais que apresentam relações hierárquicas mais flexíveis, mesmo que signifiquem uma fragilidade destas e encubram possíveis conflitos na pretensa celebração. Naquele hospital em que há uma relação quase nula entre subordinados e superiores, a inexistência de celebrações reforça e evidencia a rigidez da cadeia hierárquica. A idéia do mito da grande família, nos hospitais onde ocorreram as pesquisas, se estabelece de duas maneiras.

A primeira está vinculada a um passado em que havia uma co-gestão de responsabilidades e sucessos na implantação do hospital, diminuindo, ainda que ilusoriamente, a diferenciação hierárquica entre os trabalhadores e reforçando a idéia de comunhão, pela contratualização imposta pelo hospital em torno da representação do mito da família. Pela própria evolução organizacional e o estabelecimento de limites hierárquicos este mito não permaneceu, pelo contrário, diluiu-se e antagonizou-se. Isto pode ser interpretado pela insatisfação dos trabalhadores em ocuparem seus reais lugares na cadeia hierárquica com poder de decisão restrito, ou pela incorporação da aceção da relação submissão/dominação presente nas relações familiares originais. A segunda idéia está associada à

existência real de vínculos familiares entre os trabalhadores, o que pode fortalecer o conceito do poder familiar ou acentuar o sentimento de grupo e de pertença, bem como estabelecer relações domésticas no ambiente organizacional.

A presença de heróis personificados na figura de trabalhadores antigos ou fundadores, em alguns hospitais, organizou-se em outra evidência da cultura dos hospitais públicos. Os significados construídos sobre os heróis dos hospitais indicam que eles demonstraram abnegação e dedicação extremada nestas organizações, enfrentando situações adversas e de sofrimento. Isto pode estar coadunado à concepção da gênese caritativa/religiosa/militar dos hospitais e da própria administração.

As relações de subsistência, entre os trabalhadores da saúde e seu trabalho, são traduzidas pela alienação com o trabalho, sendo a remuneração, neste caso, um aspecto simbólico que funciona como veículo de satisfação econômica ou não. A estabilidade no emprego parece ser um fator que mantém estas relações, pela certeza da continuidade do salário mesmo diante da falta de dedicação ao trabalho. A estabilidade também alimenta ações que favorecem a transgressão de normas e facilita os autogovernos, através da invasão da esfera pública dos hospitais pelos interesses privados, bem como estimula o desperdício, o descuido e o mau uso daquilo que é público.

As relações de vínculo são aquelas que se estabelecem a partir das ligações entre os trabalhadores da saúde e os hospitais, os relacionamentos informais que se desenvolvem nestes espaços e o produto do trabalho, a assistência direta ou indireta que é realizada. No primeiro caso, os sujeitos trabalham porque os significados que constroem sobre os hospitais vão ao encontro de suas identidades profissionais/pessoais e assumem um caráter moral que os conduzem ao compromisso. No segundo, há uma satisfação no trabalho pelas relações informais que são lá cultivadas e que impulsionam o trabalho, a qualidade de vida e satisfazem os indivíduos enquanto seres sociais. Nesta relação, os trabalhadores são chamados de consócios (GEERTZ, 1989) e interagem direta e pessoalmente com egos, sujeitos e individualidades. No terceiro caso, a assistência, em sua essência, dá-se no encontro entre trabalhador e usuário e significa, em todas as acepções, a satisfação no trabalho e a própria identidade do trabalhador da saúde na sua função social, mesmo que alguns indícios apontem para a fragilidade de

preceitos de humanização e ausência de vínculo pelo desgaste do trabalho. O vínculo com o hospital pode chegar a uma forma extremada traduzida pelo controle, que é uma maneira de fazer funcionar as burocracias hospitalares. Os significados deste controle estão enrustidos em um trabalho extenuante, cuja abrangência excede as atividades que competem ao cargo instituído e que pode levar a um desgaste físico, emocional e profissional. Isto se revela em uma cultura em que o poder relativo pode se produzir pela centralização de pequenas, mas múltiplas ações cotidianas que, mesmo diminutas, diante daquelas macroorganizacionais, são representativas para os trabalhadores da saúde, como a elaboração de escalas de férias e folgas, o controle de materiais, entre outras tantas variantes.

As relações de oposição ao trabalho acontecem quando não existe uma identificação efetiva dos trabalhadores da saúde com a condução dos hospitais e pode resultar em uma crise de valores que provoca distorções éticas, as quais se repercutem no trabalho que é realizado. As estruturas hierárquicas verticalizadas, a centralização do poder, a quebra de expectativas pelo não reconhecimento de capacidades individuais, a ocupação de cargos incompatíveis com a formação e a decepção com os objetivos organizacionais, geram alienação, baixa motivação, indiferença, absenteísmo, não cumprimento de normas, insubordinação, exposição a riscos e boicote à organização, entre outros, e controvertem a ordem natural do prazer no trabalho na saúde. A permanência nos hospitais, mesmo diante das reações de oposição, parece ocorrer pela questão salarial (subsistência), para não desapontar os familiares com a demissão diante da conjuntura de desemprego atual, pela idéia de que haverá um re-encantamento com o trabalho, ou porque os trabalhadores esperam que uma possível mudança de administração reverta sua oposição em aderência às organizações.

O desenvolvimento profissional dos trabalhadores da saúde revela que, muitas vezes, este é direcionado pelos hospitais que ora impõe ações específicas de treinamento e define trajetórias profissionais, ora não promovem qualquer ação neste trajeto, preferindo que os trabalhadores permaneçam alienados e passíveis de manipulação. Quando os hospitais assumem a postura de incentivo, buscam que os trabalhadores assumam uma atitude de compromisso e afeto para com estes ambientes, ao mesmo tempo em que objetivam contar com pessoas que contribuam para o crescimento do conhecimento nestas organizações. Uma outra face desta

questão mostra um aparente desinteresse de alguns trabalhadores para a realização de cursos, decorrente das dificuldades impostas pelos hospitais na liberação para realização de cursos. Atualmente, está se formando uma alavanca que projeta o desenvolvimento profissional na forma de ações de Educação Permanente emanadas dos Princípios e Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador do SUS. Esta política deve fundar uma nova concepção que vai impulsionar a produção, divulgação e disseminação de conhecimentos, através de competências que proporcionarão distintas visões para os problemas cotidianos dos hospitais. Algumas experiências ainda incipientes de trabalho em rede e multidisciplinar parecem instaurar, em alguns hospitais, principalmente naqueles de ensino e nos universitários, uma cultura calcada em alguns princípios da adhocracia. O significado deste trabalho em equipe pode se tornar um canal para promover a união dos trabalhadores da saúde estratificada pelos vieses organizacionais.

O controle externo, característico também das burocracias mecanicistas do tipo pública, que é exercido sobre os hospitais por diferentes esferas governamentais (Estado, municípios ou estados), traduz-se em uma cultura distinguida pelo engessamento dos processos de aquisição de recursos, contratação e gerenciamento de pessoal em diferentes regimes de trabalho. Isto se agrava quando o provimento dos cargos gerenciais é meramente político e os dirigentes não possuem competência técnica para perceber e suprir as necessidades dos hospitais da rede do SUS. Os significados vinculados a esta cultura exposta, de que existem poucos recursos financeiros disponibilizados e de que o número de pessoal é insuficiente para realizar uma assistência de qualidade, são contrapostos por autores como Cecílio (2007a) e Forgia & Couttolenc (2008). O primeiro indica que os financiamentos suprem as necessidades básicas dos hospitais, havendo, sim, uma incapacidade histórica destes em gerenciarem e aproveitarem os recursos existentes e os autores seguintes referem que há um excessivo número de trabalhadores nos hospitais brasileiros. Afora isto, a multiplicidade e confusão de comandos, proporcionada pela municipalização da saúde, ainda hoje não efetivada em grande parte das cidades, e a intervenção federal em muitos hospitais, parecem propiciar dissensos suficientes para reforçar a cultura de que o controle externo embutido no modelo público de gestão da saúde institui formas de gerenciamento controversas e/ou intervencionistas, que se mostram ineficientes e ineficazes às necessidades

dos hospitais. E, mais ainda, observa-se que os processos de mudanças pelos quais os hospitais vêm passando, decorrentes de toda a (des)estruturação do modelo público de gestão da saúde, não têm sido bem sedimentados, acarretando instabilidade nos trabalhadores da saúde, que costumam, como uma maneira de se proteger contra o novo, apegar-se à história pregressa destas organizações supervalorizando-as.

A tradução do conjunto de significados das evidências culturais, dispostas nas teses e dissertações por seus autores, expressou um recorte da cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros, que poderá auxiliar na construção de caminhos que conduzam à compreensão destas organizações e suas complexas interligações. O retrato aqui composto, revelado na exposição de algumas particularidades culturais dos hospitais, pode instigar e inquietar aqueles pesquisadores comprometidos com o conhecimento sobre o processo de condução destes espaços tornando-se motivo de críticas, mas, essencialmente, de reflexões sobre estas realidades.

Entretanto, afora quaisquer outras considerações, devemos ter em mente que, quando olhamos para a cultura dos hospitais, estamos olhando para os trabalhadores da saúde e que as ações e reações destes sobre e naqueles espaços indicam muito mais do que “meros veículos de sentimentos alojados noutra lugar, como um punhado de reflexos, sintomas e transpirações”, como refere Geertz. As palavras destes sujeitos, “imagens, gestos, marcas corporais e terminologias, assim como as histórias, ritos, costumes, sermões, melodias e conversas”, “são o *lócus* e a maquinaria da coisa em si” (GEERTZ, 2001b, p. 183). Então, posso afirmar, diante de todo o exposto, que os trabalhadores da saúde são o *continuum* dos hospitais, que são uma cultura, a qual é construída por estes trabalhadores. Este é o ciclo natural da cultura nas organizações hospitalares e nele e através dele é que devemos pautar ações que conduzam à otimização dos hospitais públicos, com vistas ao atendimento ético e digno da população brasileira.

Ainda cabe salientar que do total das teses e dissertações (dez), com a temática cultura organizacional de hospitais, analisadas nesta investigação, quatro foram realizadas por enfermeiras. Este contexto permite inferir que o estudo da cultura organizacional sob o olhar da Enfermagem, direta ou indiretamente, é uma possibilidade para a compreensão de fenômenos hospitalares, configurando a

profissão como um dos pontos nucleares no fomento do conhecimento acerca destes espaços plurais. Afora isto, o conjunto da produção referida demonstra que a cultura organizacional pode conduzir ao entendimento da própria Enfermagem, oferecendo reflexão crítica e instrumentos para o enfrentamento dos desafios postos diante da torrente de mudanças e avanços tecnológicos, gerenciais, políticos e sociais, que afetam os hospitais e, conseqüentemente, a profissão.

Agora, ao abandonar a tese e inventariar este processo no tempo, avalio que a experiência mais contundente, que eu vivenciei, não se resumiu na construção do conhecimento ou no título simbólico a que isto conduz. A lição da tese, o exercício que ela me propiciou, primordialmente, foi o de me reconhecer com limitações diante do mundo, das coisas e das pessoas e verificar com humildade de que ainda existem outros mundos, outras coisas e outras pessoas com quem me encontrarei em breve para provar novos sabores, cores e toques, num eterno aprendizado.

A largueza de espírito, no entanto, sem a qual a objetividade é nada mais que autocongratulação, e a tolerância apenas hipocrisia, surge através de uma conquista muito mais difícil: a de ver-nos, entre outros, como apenas mais um exemplo da forma que a vida humana adotou em um determinado lugar, um caso entre casos, um mundo entre mundos (GEERTZ, 2001a, p. 30).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem. **Catálogo de informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem**. Brasília-DR, 2001. 1 CD-ROM.

ABEN. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem. **Dissertações e teses**. Disponível em <http://www.aben.org.br..> Acesso em: 22 de junho de 2006.

ALBERTI, V. A existência na história: revelações e riscos da hermenêutica. **Revista de Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, n. 17. 1996.

ALCÂNTARA, M. de L. B.; FILHA, L.G. de L.; RAPCHAN, E.S.; SOBRAL, G.L.; TSUKIOKA, C.G. Um breve estudo sobre cognição e simbolização. **Imaginário**, São Paulo, n. 1, out. 1993. Disponível em: http://www.imaginario.com.br/artigo/a0001_a0030/a0024.shtml. Acesso em: 12 fev. 2006.

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. Tradução de Alfredo Bosi e revisão e tradução de Ivone Castilho Benedetti. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

ALVES, R. **Filosofia da ciência**: introdução ao jogo e suas regras. São Paulo : Brasiliense, 1993.

ALVES, R.V.; BORGERT, A.; SCHULTZ, C.A. A influência da cultura organizacional na implementação de um sistema de controle de custos em hospitais. **Associação Brasileira de Engenharia de Produção (ABEPRO). XXVI ENEGEP**. Fortaleza, 2006

AKTOUF, O. O simbolismo e a cultura de empresa: dos abusos conceituais às lições empíricas. In: CHANLAT, J.F. (Coord.). **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. 2 v. São Paulo: Atlas, 1993. p. 39-79.

ARAÚJO, L.C.G. de. **Mudança organizacional na administração pública federal brasileira**. São Paulo: EAESP/FGV, 1982.

ARENDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.

ARRUDA, M.F. de. **Cultura organizacional e inovação**: estudo de caso em um hospital privado com características de inovação no município de São Paulo. 2006. 120 p. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas). Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2006.

ARTMANN, E. **Démarche Stratégique** (Gestão Estratégica hospitalar): um enfoque que busca mudança através da comunicação e da solidariedade em rede. 2002. 370 p. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências

Médicas, Campinas. 2002.

ÁVILA, G.F. de. **Elementos da cultura de um hospital universitário: repercussões no comportamento organizacional**, 2006. 100 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2006.

AZAMBUJA, E.P. de. **É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?** Um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho. 2007. 276 p. Tese (Doutorado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

BACKES, V. M. S.; NIETSCHE, E. A.; CAPONOGARA, S.; FRAGA, R. da S.; CERESER, R. de C. Educação continuada dos alunos egressos: compromisso da universidade? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.55, n. 2, p. 200-204, mar/abr. 2002.

BARBOSA, L. **O jeitinho brasileiro**: a arte de ser mais igual que os outros. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BARBOSA, L. N. de H. Cultura administrativa: uma nova perspectiva das relações entre antropologia e administração. **Revista de Administração de Empresas – RAE**, v. 36, n. 4, p. 6-19, out./dez. 1996.

BASTOS, M.A.R. O saber e a tecnologia: mitos de um centro de tratamento intensivo. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v.10, n. 2, p. 131-136, mar./abr. 2002.

BENEDICT, R. **Padrões de cultura**. Lisboa: Livros do Brasil, s/d.

BERTALANFFY, L. von. **Teoria geral dos sistemas**. Petrópolis: Vozes, 1975.

BLEICHER, J. **Hermenêutica contemporânea**. Lisboa: Edições 70, 2002.

BOAS, F. **Antropologia cultural**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

BODUR, S. Job satisfaction of health care staff employed at health centres in Turkey. **Occup. Med.**, London, v. 52, n. 6, p. 353-355. 2002.

BOEHS, A.E. A narrativa no mundo dos que cuidam e são cuidados. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 5-10, jul. 2000.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOM SUCESSO, E. de P. B. **Relações interpessoais e qualidade de vida no trabalho**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2003.

BORGES, L.O.; ARGOLLO, J.C.T.; PEREIRA, A.L. de S.; MACHADO, E.A.P.; SILVA, W.S. da. . A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 189-200. 2002.

BRAGA, J.C. de S.; PAULA, S. G. de. **Saúde e previdência**: estudos de política social. São Paulo: CEBES- HUCITEC, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Geral. Grupo de Trabalho-Unidade de Sistema de Desenvolvimento de Serviços da Saúde. **Terminologia básica em saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990a.

_____. **Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Brasília: Presidência da República, 1990b

_____. **Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993**. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 287 de 08 de outubro de 1998**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998b.

_____. **Lei n. 9.790, de 23 de março de 1999**. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como organizações da sociedade civil de direito público. Brasília: Presidência da República, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1.413, de 30 de agosto de 2001**. Instituir o Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos e sem fins lucrativos e o Sistema Único de Saúde – Integrasus II. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **A política de saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**/Ministério da Saúde. NEGRI, B. (elab.). Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 117 . Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373/GM, de 27 de fevereiro de 2002**. Norma Operacional da Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência à Saúde**. 2ª edição revisada. Brasília: Ministério da Saúde. 2002d. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 20).

_____. Ministério da Saúde. **Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil: 1998-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002e. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. **Lei nº 27/2002 de 08 de novembro de 2002**. Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.o 48/90, de 24 de Agosto. Brasília: Presidência da República, 2002f.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional da Educação. **Resolução CNE/CP nº 3 de 18 de dezembro de 2002**. Brasília: Ministério da Educação, 2002g.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira**. Brasília, 2004a. 164 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 1.702, de 17 de agosto de 2004**. Cria o Programa de reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n. 1.006/MEC/MS, de 27 de maio de 2004**. Institui o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.044/GM, de 1º de junho de 2004**. Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. Brasília: Ministério da Saúde, 2004e.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n. 1.000, de 15 de abril de 2004. Certifica como hospital de ensino...** Brasília: Ministério da Saúde. Ministério da Educação, 2004f.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos pela saúde**: Proposta para discussão na reunião da CIT de 15/09/05 (2ª versão preliminar). Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **A Humanização como política transversal na rede de atenção e gestão em saúde: novo momento da Política Nacional de Humanização Projeto - PNH/2005-2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.721/GM de 21 de setembro de 2005**. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES 2008**). Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>. Acesso em: 26 mar. 2008.

BUENO, W.S; MERHY, E.E. Os equívocos da NOB/96: Uma proposta em sintonia com os Projetos Neoliberalizantes. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26; mai. 1997.

BURRELL, G.; MORGAN, G. **Sociological paradigms and organisational analysis: elements of the sociology of corporate life**. London: Heinemann, 1979.

BUSS, P. M. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, P. M.; LABRA, M. E. (Org.). **Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1995. p. 61-101.

CAMPOS, G.W. de S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G.W. de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 229-266.

CAPES. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Bolsas no Exterior 2008**. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/bolsas/noexterior/>. Acesso em: 22 set. 2008.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. Porto: Edições Afrontamento, 2005.

CARNEIRO, G. **O poder da misericórdia: a irmandade da Santa Casa na história social e política da cidade de São Paulo, 1560-1985**. São Paulo: SCMSp, 1986.

CASTOR, B.V.J.; JOSÉ, H.A.A. Reforma e contra-reforma: a perversa dinâmica da administração pública brasileira. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 97-111; mar./abr. 1998.

CAVEDON, N.R. 2000. 326 p. **Administração de toga**: desvendando a cultura organizacional da UFRGS e da UNISINOS. Tese (Doutorado em Administração). Programa de Pós-Graduação em Administração da UFRGS, Universidade Federal do Rio grande do Sul, Porto Alegre. 2000.

CECILIO, L.C. de O.; MENDES, T.C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saude soc.** , São Paulo, v. 13, n. 2, p. 39-55, mai./ago. 2004.

CECILIO, L.C. de O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007a. p. 293-319.

CECILIO, L.C. de O. Indicadores de avaliação de desempenho: um instrumento estratégico para a administração gerencial dos hospitais públicos. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007b. p. 373-385.

CECILIO, L.C. de O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007c. p. 151-167.

CHANLAT, J.F. **O indivíduo nas organizações**: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1993.

CLEGG, S.R.; HARDY, C. Introdução: organização e estudos organizacionais. In: CLEGG, S.R.; HARDY, C.; NORD, W.R. (org). **Handbook de estudos organizacionais**: modelos de análise e novas questões em estudos organizacionais. São Paulo: Atlas, 1999. p.27-57.

CÓDIGO Penal e Constituição Federal. São Paulo: Saraiva, 2007.

COSTA, J. F. **A ética e o espelho da cultura**. Rio de Janeiro: Rocco, 1995.

COSTA, J.O.; BRITO, M.J.M.; MELO, M.C. de O.L.; MONTEIRO, P.R.R.. Interfaces das mudanças hospitalares na ótica da enfermeira-gerente. **RAE- Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 44, Edição Especial Minas Gerais, p. 34-47, 2004.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil**: políticas e organizações de serviços. São Paulo: Cortez, 1996.

CUCHE, D. **A noção de cultura nas ciências sociais**. 2. ed. Bauru: EDUSC, 2002.

DAFT, R. L. **Organizações: teoria e projetos**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

DAMATTA, R. **Relativizando: uma introdução à antropologia**. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS C. ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Editora Atlas, 1994, p. 21-32.

_____. **A Banalização da Injustiça Social**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

DEJOURS, C.A; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico. In: DEJOURS C. ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Editora Atlas, 1994, p. 119-145.

DE MASI, D. **Criatividade e grupos criativos**. Rio de Janeiro: Sextante, 2003.

DUPUIS, J.P. Antropologia, cultura e organização: proposta de um modelo construtivista. In: CHANLAT, Jean-François. (org.). **O indivíduo nas organizações: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1993.

DURAND, T. Strategizing for innovation: competence analysis in assessing strategic change. In: **Competence-based strategic management**. Chichester, England: John Wiley & Sons, 1998.

DURKHEIM, E. **A função da divisão social do trabalho**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Os Pensadores).

_____. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Martin Claret, 2004.

DUTRA, J.S. Autonomia para o desenvolvimento profissional: utopia ou realidade no contexto brasileiro. In: MOTTA, F.C.P; CALDAS, M.P. (orgs). **Cultura organizacional e cultura brasileira**. Atlas: São Paulo, 1997.

ERDMANN, A.L.; BENITO, G.A.V. A ergonomia como instrumento no processo de trabalho da enfermagem. **Rev. Texto & Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 4, n.1, p. 41-46, jan../jun. 1995.

ERDMAN, A.L. **Sistema de cuidados de enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFPel, 1996.

ETZIONI, A. **Organizações complexas: estudo das organizações em face dos problemas sociais**. São Paulo: Atlas, 1999.

FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO-FAPESP. **Indicadores de ciência, tecnologia e inovação em São Paulo 2004**. São Paulo: Papesp, 2004. p. 44.

FERNANDES, J.D.; DUMÊT, J.; MOTA, G.L.C.; OLIVEIRA, M.R. de; LUCENA, R.

Relações interpessoais no contexto organizacional: representações sociais de profissionais de saúde. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 68-75, jan./jun. 2000.

FERNANDES, G.F.M. **Qualidade de vida: representações sociais de docentes de enfermagem**. 2007. 220 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2007.

FERRAZ, C.A. **A transfiguração da administração em enfermagem: da gerência científica à gerência sensível**. 1995. 248 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 1995.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986.

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

FLEURY, M.T.L. (1989) O desvendar a cultura de uma organização: uma discussão metodológica. In: FLEURY, M.T.L.; FISCHER, R. M. 2. ed. **Cultura e poder nas organizações**. São Paulo: Atlas, 1996. p. 15-27.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 26-42.

FLEURY, A.; FLEURY, M. T. L. **Estratégias empresariais e formação de competências: um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

FORGIA, G.M. La; COUTTOLENC, B.F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Editora Singular, 2008.

FORTE, B. P. **Cultura organizacional em saúde: padrões culturais em emergências hospitalares**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1996.

FORTUNA, C.M., MATUMOTO, S.; PEREIRA, M.J.B.; MISHIMA, S.M. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n.62, p. 272-281, set./dez. 2002.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1996.

_____. **Estética, ética y hermenêutica**. Barcelona: Paidós, 1999.

FREITAS, M.E. **Cultura organizacional: formação, tipologias e impactos**. São Paulo: Makron/McGraw-Hill, 1991.

_____. Cultura organizacional : o doce controle no clube dos raros. In: MOTTA, F.C.P.; CALDAS, M.P. (Orgs). **Cultura organizacional e cultura brasileira**. São Paulo: Atlas, 1997. p. 293-304.

FREITAS, M. E. de. Contexto social e imaginário organizacional moderno. **ERA-Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.40, n.2, p. 6-15, abr./jun. 2000.

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

GARCÍA-PEÑA, C.; REYS-FRAUSTO, S.; REYS-LAGUNES, I.; MUÑOZ-HERNANDEZ, O. Family physician job satisfaction in different medical care organization models. **Fam. Pract.**, Oxford, v. 17, n. 4, p. 309-313. 2000.

GARRAFA, Volnei. **A dimensão da ética em saúde pública**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública-USP, 1995.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

_____. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2001a.

_____. **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001b.

_____. **Observando o Islã: o desenvolvimento religioso no Marrocos e Indonésia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

_____. **Obras e vida: o antropólogo como autor**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.

GELBCKE, F. L. **Interfaces dos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais do trabalho da enfermagem e o desgaste do trabalhador**. 2002. 270 p. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

GIDDENS, A. **Mundo em descontrole**. São Paulo: Record, 2000.

_____. **Sociologia**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.

GODOY, M. G. M. Os desafios da antropologia em favor da interdisciplinaridade. **Tempo & Memória**, São Paulo, n. 2, p. 21-32. 2004.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

GONZÁLES, R.M.B.; BECK, C.L.C.

O sofrimento e o prazer no cotidiano dos trabalhadores da enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v.11, n.1, p.169-186. 2002.

GUARIENTE, M.H.D. de. **Articulação da atividade investigativa com a prática profissional**: processo e produto de enfermeiras apoiadas por um núcleo de pesquisa. 2006. 324 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2006.

GUIMARÃES, C. Situação assistencial brasileira. In: Gonçalves, E. (org.). **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1989. p. 103-109.

GUIMARAES, R. **Dicionário de mitologia grega**. São Paulo: Cultrix, 1999.

GURGEL JUNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 325-334. 2002 .

HABERMAS, J. **Mudança estrutural da esfera pública**: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

_____. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

HATCH, M.J. **Organization theory**: modern, symbolic and postmodern perspectives. New York: Oxford University Press, 1997.

HERZBERG, F.; MAUSNER, B.; SNYDERMAN, B. **The motivation to work**. New York: John Willey, 1967.

HOLLANDA, S. B. de. **Raízes do Brasil**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1986.

INGERSOLL, G.L.; KIRSCH, J.C.; MERK, S.E.; LIGHTFOOT, J. Relationship of organizational culture and readiness for change to employee commitment to the organization. **Journal of Nursing Administration**, Philadelphia, v. 30, n. 1, p. 11-20, jan. 2000.

JESUS, M. C. P. DE, PEIXOTO, M. R. B. & CUNHA, M. H.F. O paradigma hermenêutico como fundamentação da pesquisa etnográfica e fenomenológica. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, n. 6, v. 2, p. 29-35, abr. 1998.

JOVIC-VRANES, A., BJEGOVIC, V., VRANES, B.; MILIC, N. Job satisfaction in Serbian health care workers who work with disabled patients. **Cent. Eur. J. Med.**, v. 3, n. 2, p. 221-224. 2008.

KAPLAN, G.S. Maximizing hospital outcomes with tips from Toyota: using less to do more. **Physician's Weekly**, v.22, n. 37, oct. 2005.

KATZ, D.; KAHN, R. **Psicologia social das organizações**. São Paulo: Atlas, 1978.

KUPER, A. **Cultura**: a visão dos antropólogos. Bauru: EDUSC, 2002.

LAPLANTINE F. **Aprender antropologia**. 14. reimp. São Paulo: Brasiliense, 2002.

LARAIA, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LEACH, E. **A diversidade da antropologia**. Tradução de Marília Costa Fontes. Rio de Janeiro: Edições 70 (Brasil), 1989.

LEOPARDI, M.T. Instrumentos de trabalho na saúde: razão e subjetividade. In: _____. (Org.) **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Ed. Papa-Livros, 1999. p. 71-81.

LÉVI-STRAUSS C. **O pensamento selvagem**. São Paulo: Nacional, 1976.

_____. **Antropologia estrutural dois**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1993.

_____. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

LIMA, M.B.B.P.B. **A gestão da qualidade e o redesenho de processos como modelo de desenvolvimento organizacional em Hospitais Públicos Universitários**: o caso do Hospital de Clínicas da UNICAMP. 2006. 193 p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Engenharia Mecânica, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2006.

LIMA JÚNIOR, J.H.V.; ESTHER, A.B. Transições, prazer e dor no trabalho da enfermagem. **Rev Administração de Empresas**, São Paulo, v.41, n. 3, p. 20-30, jul./set. 2001.

LINTON, R. **O homem**: uma introdução à antropologia. Tradução de Lavínia Vilela. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1995

LU, H.; WHILE, A. E; BARRIBALL, K. L.. Job satisfaction among nurses, a literature review. **Int. J. Nurs. Stud.**, v. 42, p. 211-227. 2005.

LUCHESE, P. Políticas públicas em saúde. **Biblioteca Virtual em Saúde BVS Saúde Pública Brasil e BIREME/OPAS/OMS**. Disponível em: [http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_introduction.php?lang=pt&menuId=2&subject=healthPolicies&search=\(introduction/\(channel\)\)](http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_introduction.php?lang=pt&menuId=2&subject=healthPolicies&search=(introduction/(channel))). Acesso em: 27 mar. 2008.

LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. Uma nova abordagem de enfermagem e de administração em enfermagem como estratégia de (re) orientação da prática profissional do enfermeiro. **Revista Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 5, n.2, p. 20-34, jul./dez. 1996.

LUNARDI FILHO, W. D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Pelotas: Universitária/ UFPel; Florianópolis: UFSC, 2000.

LUZ, M. T. **Medicina e ordem política brasileira**: políticas e instituições de saúde (1850-1930). Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MAIA, A. R., VAGHETTI, H. H. O cuidado humano revelado como acontecimento histórico e filosófico In: Souza, F.G.M.; Koerich, M. (Orgs.). **Cuidar-cuidado: reflexões contemporâneas**. Florianópolis : Papa-Livro, 2008. p. 15-33.

MAIR, L. **Introdução à antropologia social**. 4. ed. Tradução de Edmond Jorge. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

MACEDO, A. do N. **Autonomia profissional e uso da informação no hospital**: discutindo a cultura organizacional. 2006. 68 p. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Gestão). Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

MACHADO, V.B.; KURCGANT, P. O processo de formação de cultura organizacional em um hospital filantrópico. . **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.38, n.3, p.280-287. 2004.

MARTINS, H.F. A ética do patrimonialismo e a modernização da administração pública brasileira. In: MOTTA, F.C.P; CALDAS, M.P. (orgs). **Cultura organizacional e cultura brasileira**. Atlas: São Paulo, 1997.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Martin Claret, 2004.

MELLO, L. G. de. 1987. **Antropologia cultural**: iniciação, teoria e temas. Petrópolis: Vozes, 2004.

MELO, M.C.L. Estratégias do(s) empregado(s) no cotidiano das relações de trabalho: a construção de processos de auto-regulação. In: DAVEL, E.P.B.; VASCONCELOS, J.G.M. (org) **Recursos humanos e subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 2002. p.168-174.

MENDONÇA, N.D. **O uso dos conceitos**: uma questão de interdisciplinariedade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MENDES, A.M. Cultura organizacional e prazer-sofrimento no trabalho: uma abordagem psicodinâmica. In: TAMAYO, A. (org.). **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MENDES, A.M.; CRUZ, R.M. Trabalho e saúde no contexto organizacional: vicissitudes teóricas. In: TAMAYO, A. (org.). **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MENEZES, M. de F. B. de. **A cultura administrativa do gerenciamento de enfermagem em unidade oncológica**: um estudo etnográfico. 2003. 196 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ, Rio de Janeiro. 2003.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.; ONOKO, R.T. (Org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007a. p. 71-112.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C. de O. Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais. **Rev. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.22, n. 64, p. 110-122, mai./ago. 2003.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M.E.; SANTOS, C.M.; RODRIGUES, R.A.; OLIVEIRA, P.C. P. de. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.; ONOKO, R.T. (Org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007b. p. 113-150.

MERRY, M. D. Hospital-medical staff culture clash: is it inevitable or preventable? **Health Trustees of New York State**, New York, mai. 2005. The challenge of Governance.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRAMO, 1996.

_____. **Pesquisa social**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Secretaria de Ensino Superior. Coordenação de Hospitais Universitários. **Sistema de informações dos HUs federais (2007)**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=content&task=category§ionid=10&id=97&Itemid=301> Acesso em: 24 jun. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de Informática do SUS (2002)** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ams/cnv/namsrbr.def> Acesso em: 09 jun. 2008.

_____. Departamento de Informática do SUS. **Número de internações hospitalares (SUS) por habitante (2008a)**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2006/f03.def>. Acesso em: 17 abr. 2008.

_____. **Portal da saúde (2008b)**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/> Acesso em: 06 jun. 2008.

MINTZBERG.H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 1995.

_____. **Estrutura e dinâmica das organizações**. Lisboa: Dom Quixote, 2004.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadores de enfermagem e famílias, no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia de alojamento conjunto**. 2003. 472 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-

Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MORA, J. F. **Dicionário de filosofia**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

MOTTA, F.C.P. **Organização e poder: empresa, Estado e escola**. São Paulo: Atlas, 1990.

_____. Cultura nacional e cultural organizacional. In: DAVEL, E.; VASCONCELOS, J. **Recursos humanos e subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 1995.

OFFE, C. **Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho**. v. 2. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

OHNO, T. **O sistema Toyota de produção: além da produção em larga escala**. Porto Alegre: Bookman, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial de Saúde 2006. **Trabalhadores de saúde: um perfil global**. Genebra: OMS, 2006. 18p.

PADILHA, M. I. C. de S. **A mística do silêncio - a enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX**. Pelotas: UFPel, 1998.

PALMER, R.E. **Hermenêutica**. Lisboa: Edições70, 2006.

PARKER, M. Post-modern organizations or postmodern organizations theory? **Organizations studies**. v. 13, n. 1, 1992. p. 1-17.

PAZ, M. das G. T. das; TAMAYO, A. Perfil Cultural das organizações. In: TAMAYO, A. **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PERROCA, M. G.; SOLER, Z.A.S.G. O desempenho profissional de enfermeiras de um hospital de ensino: influência da cultura organizacional. **Acta Paul.Enf.**, São Paulo, v.11, n. 3, p. 16-23. 1998.

PERROW, C.B. **Análise organizacional: um enfoque sociológico**. São Paulo: Atlas, 1981.

PESSOA, F. **Obras completas**. Rio de Janeiro: José Aguilar, 1960.

PETTIGREW, A.M. On studying organizational cultures. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, n. 4, p. 570-581. 1979.

PETTIGREW, A.M. A cultura das organizações é administrável? In: FLEURY, M.T.L.; FISCHER, R. M. 2. ed. **Cultura e poder nas organizações**. São Paulo: Atlas, 1996. p. 145-153.

PIKO, F.B. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. **Int. J. Nurs. Stud.**, v. 43, p. 311-318. 2006.

PIRES, D.E.P. **O processo de trabalho em saúde no Brasil no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho**: estudo em instituições escolhidas. 1996. 347 p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Departamento de Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas UNICAMP, Campinas, 1996.

_____. **Reestruturação produtiva e trabalho na saúde**. São Paulo: Annablume, 1998.

_____. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M.T. (Org.) **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Pappalivros, 1999. p. 25-55.

PRATES, M.A.S.;BARROS, B.T. de. O estilo brasileiro de administrar. In: MOTTA, F.C.P; CALDAS, M.P. (orgs). **Cultura organizacional e cultura brasileira**. Atlas: São Paulo, 1997.

PROBST, G.; RAUB, S.; ROMHARDT, K. **Gestão do conhecimento: os elementos construtivos do sucesso**.Porto Alegre: Bookman, 2002.

PROCHNOW, A. G. AG. **O exercício da gerência do enfermeiro: cultura e perspectivas interpretativas**. 2004. 171 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ, Rio de Janeiro. 2004.

PROCHNOW, A.G.; LEITE, J.L.; ERDMANN, A.L.; TREVISAN, M.A. O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.41, n.4, p.542-550, dez. 2007.

_____. Teoria interpretativa de Geertz e a gerência do cuidado: visualizando a prática social do enfermeiro. **Rev. Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v.13, n. 4, p. 583-590, jul./ago. 2005.

REED, M. **Redirections in organizational analysis**. London: Tavistock Publications, 1985.

_____. Teorização organizacional: um campo historicamente contestado. In.:CLEGG, S.; HARDY, C.;NORD, W. (Org.). **Handbook de estudos organizacionais**. São Paulo: Atlas, 1999.

REZENDE, A. L. M. de. **Saúde**: dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez, 1989.

RIBEIRO, D. **O processo civilizatório**: estudos de antropologia da civilização: etapas da evolução sociocultural. São Paulo: Companhia das Letras; Publifolha,

2000. (Grandes nomes do pensamento brasileiro).

ROLLO, A. de A. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 321-339.

RUSSELL-WOOD, A.J.R. **Fidalgos e filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1775**. Brasília: Universidade de Brasília, 1981.

SAINT-GEORGES, P. de. Pesquisa e crítica das fontes de documentação nos domínios econômicos, social e político. In: ALBARELLO, Luc et al. **Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Gradiva Publicações Ltda, 1997. p. 15-47.

SALLES, P. **História da medicina no Brasil**. Belo Horizonte: G. Holman, 1971.

SALGADO, S. P. V. **Importância da cultura organizacional como fatores determinantes nado pessoal de enfermagem do Hospital Universitário Antonio Pedro**. 2003. 80 p. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas). Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2003.

SANTOS, R. dos. **Metodologia científica: a construção do conhecimento**. Rio de Janeiro:DP&L, 1999a.

SANTOS, A.S.R. Meio ambiente do trabalho: considerações. **Rev. Meio Ambiente Industrial (SP)**. São Paulo, n.21, p. 50-51, nov./dez. 1999b.

SANTOS, S.R. Cultura nas instituições de saúde e suas relações com a identidade individual. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.12, n.2, p. 229-235; abr./jun. 2007.

SAVIC, S. S.; PAGON, M. Relationship between nurses and physicians in terms of organizational culture: who is responsible for subordination of nurses? **Croat. Med J.. Slovenian**, n. 49, p. 334-343. 2008.

SCHEIN, E. **Organizational culture and leadership**. San Francisco: Jossey-Bass, 1992.

SCHEIN, E. **Guia de sobrevivência da cultura corporativa**. Rio de Janeiro: J. Olympio, 2001.

SCOTT, W. R. **Organizations: rational, natural and open systems**. New Jersey: Prentice Hall, Upper Saddle River, 1998.

SECAF, V.; KURCGANT, P. A cultura organizacional segundo a percepção de chefes de serviços de enfermagem de hospitais de diferentes grupos étnicos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.35, n.3, p.282-286. 2001.

SEGNINI, L.R.P. Sobre a identidade do poder nas relações de trabalho. In: FLEURY,

M.T.L.; FISCHER, R. M. (Orgs). **Cultura e poder nas organizações**. São Paulo: Atlas, 1996. p. 89-112.

SENHORAS, E.M. A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. **R. Eletr. De Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 45-55, jan./jun. 2007.

SILVA, D.M.G.V. **Narrativas do viver com diabetes melittus**: experiências pessoais e culturais. 2000. 197 p. Tese (Doutorado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

SILVA, L. A. A. da. **Perspectivas de transcender na educação no trabalho**: tendências da enfermagem latino-americana. 2007. 230 p. Tese (Doutorado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

SILVA, O.R. da; SACRAMENTO, F.J.S.; MEIRELES, M. **A engenharia de produção nas instituições hospitalares**: elementos para a identificação de fontes de desperdício. Trabalho apresentado no XXVI Encontro Nacional de Engenharia de Produção (ENEGEP), Fortaleza, 2006. Disponível em: >http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR470326_8367.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2008.

SILVEIRA, R. S. da. **A construção moral do trabalhador de saúde como sujeito autônomo e ético**. 2006. 225 p. Tese (Doutorado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SMIRCICH, L. Concepts of culture and organizational analysis. **Administration Science Quarterly**. v. 28, n. 3, p. 339-58. 1983.

TAMAYO, M.R. **Burnout**: relações com a afetividade negativa, o coping no trabalho e a percepção de suporte organizacional. Brasília, 2002. 165 p. Tese (Doutorado em Psicologia), Universidade Federal de Brasília, Brasília, 2002.

TAYLOR, F. W. **Princípios de administração científica**. São Paulo: Atlas, 1995.

TESTA, M. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 17-70.

THÉVENET, M. **Cultura de empresa**. Lisboa: Monitor, 1989.

TREVISAN, M.A. **Enfermagem hospitalar**: administração e burocracia. Brasília: UnB, 1988.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da

saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

ULLMANN, R.A. **Antropologia cultural**. São Paulo: Es. Sup. de Teologia, 1983.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Pós-graduação em Enfermagem. **Resolução n. 10/CUN/1997**. Florianópolis: Pós-graduação em Enfermagem, 1997.

_____. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. **Disciplina Enfermagem no Contexto Social IV – INT 5124**. Florianópolis, 2005.

VAGHETTI, H.; PADILHA, M.I.C. de S.; MAIA, A.R. O referencial teórico-metodológico de Geertz como uma possibilidade para o estudo da cultura das organizações hospitalares. **Cuad. Adm.**, Bogotá, v. 19. n. 32, p. 179-194, jul./dec. 2006.

VAGHETTI, H. H.; BECH NAPPI, J.; KERBER, N. P. da C. **Desenvolvimento das relações Interpessoais no trabalho nas Instituições Públicas de Saúde**- Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. 2002. 10 p. Mimeografado.

VAGHETTI, H.H.; PADILHA, M.I.C. de S. **Estágio de docência: desafios e possibilidades**. 2005. 12 p. Mimeografado.

VAITSMAN, J. Cultura de organizações públicas de saúde: notas sobre a construção de um objeto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n. 3, p. 435-445, jul./set. 2000.

VAITSMAN, J. Gerencialismo, cultura e expectativas entre os servidores públicos de saúde. **Rev. Adm. pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 7-27, jan./fev. 2001.

VASCONCELOS, C.M. de; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.de S.; MINAYO, M.C. de S.; AKERMAN, M. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

VELHO, G. **Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

VERBIST, C.F. **A gestão da hospitalidade sob a perspectiva da humanização dos hospitais** - um estudo de caso. 2006. 261 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Turismo). Programa de Mestrado Acadêmico em Turismo, Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2006.

VIANA, R. V. **A humanização no atendimento à saúde: construindo uma nova cultura**. 2004. 122 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

VIEIRA, M. P. A.; PEIXOTO, M. R. C.; KHOURY, Y. M. A. **A pesquisa em história**. São Paulo: Ática, 1991.

VILLA, E.A.; CADETE, M.M.M. A cultura institucional como determinante da prática educacional do enfermeiro. **Texto&Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.9, n.3, p. 115-132, ago./dez. 2000.

WEBER, M. **Economia e sociedade**: fundamentos da sociologia compreensiva. Brasília: UnB, 2004.

WHITE, L. **O conceito de sistemas culturais**: como compreender tribos e nações. Tradução de Áurea Weissenberg. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

WRIGHT, S. Culture in anthropology and organizational studies. In: WRIGHT, S. **Anthropology in organizations**. London: Routledge, 1994.