

FACULDADE NOVOS HORIZONTES

**O PODER NAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES:
ADMINISTRADORES HOSPITALARES FANTOCHES DA
HEGEMONIA HIERÁRQUICA MÉDICA?**

Leticia Correa Magalhães Ferreira

Belo Horizonte

2008

LETICIA CORREA MAGALHÃES FERREIRA

O PODER NAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES:
administradores hospitalares fantoches da hegemonia hierárquica médica?

Projeto de dissertação apresentado à Faculdade Novos Horizontes para a obtenção do título de Mestre em Administração. Linha de pesquisa: Relações de poder e dinâmica das organizações.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Coutinho Garcia

Belo Horizonte
2008

AGRADECIMENTOS

Ao meu querido e amigo pai, Francisco Abel Magalhães Ferreira, já falecido, mas vivo em memória, pela sabedoria e pelos ensinamentos que ajudaram no desenvolvimento de meu caráter, pela visão real e futura de objetivos e pela força para trabalhar e lutar para vencer;

À minha amada mãe, adoentada desde 1997, que hoje, infelizmente, não pode estar aqui para vivenciar essa conquista tão importante para nós duas. Bato palmas para essa mulher guerreira, que me ofertou com todo seu carinho tudo que estava ao seu alcance e me ensinou a ter paciência, persistência, fé em Deus sempre e, principalmente, resignação e muito amor pelo próximo;

Ao meu coordenador, Alfreu Peres Lopes, meu segundo pai, pela compaixão exacerbada pelo próximo, a qual me moveu e permitiu concretizar esse sonho, pela sua humildade e conselhos que me guiaram até a concretização desse trabalho e pela paz de espírito e credibilidade depositada na minha pessoa;

Ao meu orientador, Fernando Coutinho Garcia, pela sabedoria, parceria, tranquilidade e elogios, fatores motivacionais que me repassou, sem deixar a exigência, durante todo o processo, possibilitando a construção desta pesquisa, um estudo sólido, ao encontro de muitos e novos conhecimentos, mas sem desgastes físicos e mentais absurdos, e, principalmente, pela credibilidade na minha capacidade de desenvolver nossa pesquisa;

À Jaqueline, por ser minha irmã e amiga, ao carinho e amor dedicados a mim, suportando meu estresse, momentos de altos e baixos nessa trajetória, na qual sempre me tranquilizava e acreditava na minha capacidade intelectual, e por ter me ajudado a manter a certeza de que eu conquistaria mais esse objetivo;

À minha amiga Júnia Ruas, por se manter imparcial durante meus momentos de estresse, onde com sua calma e paciência, ajudou-me a contornar situações que sozinha, com certeza, não conseguiria; à sua positividade e postura nos momentos de transtornos que conseqüentemente a vida nos gera.

Ao cunhado Flávio, ao sobrinho Luiz Guilherme, aos primos Leonardo Lanna e Ana Tereza Corrêa, pela ajuda em momentos difíceis, pela paciência, conselhos e amizade, que me permitiram ter dias mais tranquilos para desenvolver meu projeto e acreditar que eu conseguiria chegar até aqui;

A tia Urbana M. Ferreira, pela dedicação, carinho e proteção, sem alarde, dedicados a minha mãe Teresinha Corrêa, principalmente nesses últimos anos; ao carinho, amor e companheirismo a mim dedicados, trazendo-me tranquilidade e paz em momentos delicados de minha vida, o que proporcionou a possibilidade de trabalhar e estudar, e concluir meu mestrado.

A tia Santuza Corrêa, pelas pontuais revisões de inglês, pela imensa e constante dedicação com amor, carinho e respeito a minha mãe; aos momentos em que ajudou na minha criação, sempre que minha mãe precisava de ajuda; ao seu interesse deliberado em motivar-me a estudar e explorar minha capacidade intelectual.

Ao meu Avô, José Martins Corrêa (em memória), honesto, discreto e possuidor de grande destreza, que enquanto, eu era ainda menina, repassava suas experiências dialogando, ensinando-me como sobreviver a essa selva de pedra, na construção e reconstrução de bens materiais e intelectuais, sem se deixar abater pelas transformações inevitáveis que a vida nos determina; à sua forma direta, de conduzir os fatos, ao carinho dedicado a “família”, tratando democraticamente dos conflitos e evitando injustiças. Gestos emocionalmente inteligentes, que me ajudaram na formação de meu caráter.

A minha avó Elin Penna Magalhães Ferreira (em memória), pela sabedoria, força de espírito e amor aos netos; à sua inabalável perseverança em criar e desenvolver seus descendentes; à motivação constante e desafios propostos, durante minha formação; aos encontros de família, momentos de grande alegria, onde tive a chance de trocar experiências, certificar-me sobre a importância da representatividade dos patriarcas e matriarcas e nossa família, em minha vida, principalmente em relação ao respeito pelos mais velhos.

Aos tios, Vera, Edmundo, Vitória, Mônica, Gê, Jaqueline, Olga, Ivone, Carmem, Geraldo Corrêa e Viriato (em memória), pelo carinho e amor que me dedicaram desde o falecimento

de meu querido pai, o que substituiu um grande vazio em minha vida e me fortaleceu, ajudando a manter-me erguida e viva para enfrentar o dia-a-dia e suportar as perdas naturais da vida;

Às minhas queridas amigas, irmãs de coração, por mim escolhidas, Fatinha e Valéria Nonata, pelo carinho, amor e dedicação; aos momentos felizes que estão sempre me proporcionando, ajudando-me a contornar sérios problemas e amenizando minha caminhada na Terra;

Às minhas queridas sobrinhas Janaina e Camila, que sempre foram motivos de muito orgulho, e hoje confirmam sua força espiritual, dignidade e honestidade, retornando nesse momento, como um presente de Deus, para a minha vida e, juntas, trazem tantas alegrias, me fortalecendo em momentos delicados, lembrando-me que ainda existe esperança na reconciliação, no que se planta no nosso dia a dia, confirmando que a família, mesmo após sofrer uma grave degeneração, pode ser recomposta por aqueles que desejam amar e serem amados; à força e companheirismo que me ofereceram para adquirir mais um título, o de mestre em administração;

A minha sobrinha Tatiana, pela sua dedicação e compaixão sem limites oferecidos afetuosamente ao seu avô, Francisco Abel (já falecido) e a sua avó Teresinha Corrêa, desde a sua adolescência; à sua capacidade intelectual e força de espírito, necessárias para suportar tamanha pressão e opressão, deliberadas por fatalidades da vida; à sua determinação de ser e mostrar para o mundo, que a deficiência, não está no corpo físico, e sim na falta de compreensão e compaixão de muitos, pelo próximo; à sua persistência em vencer na vida e finalmente por ser um exemplo de ser humano, digno e honesto, o que me fortalece, crendo que mesmo diante a degeneração familiar, é possível que alguns membros de uma mesma família, mesmo em convivência, consigam manter e fazer prevalecer seu caráter e seus princípios;

Ao meu primo Márcio Augusto Lanna, pelas manifestações de carinho, amor, solidariedade permanente e dedicação. Por estar sempre ao meu lado, como um irmão, me estendendo as mãos, o coração sempre que preciso e precisei. A força de espírito e fé em Deus, que me ajudam a conduzir situações muito delicadas com positivismo, bons pensamentos e atitudes;

A minha amiga Maristela Costa, pela solidariedade infinita, dedicação genuína, companheirismo, confiabilidade e carinho, sentimentos que me propiciaram a rever princípios, e sentimentos em relação à família. Um modelo raro de honestidade e dignidade para a atual época, que me faz acreditar que devemos defender nossos princípios e nunca desistir de sermos autênticos;

Aos meus amigos, Rodney Coelho, Mario Pimenta, Ana Paula, Paulo Vinícius, Paulo Henrique, Renata Amoroso, Maria Clara Rennó, Celma Regina, Beth Hass, Kátia Freitas, Marcelo Xavier, Denise Vilela, Sônia Freitas, Jacinto, Zero, por estarem sempre próximos trazendo-me alegrias, e pelo companheirismo e amizade verdadeira que não termina aqui, nesta vida;

Aos meus colegas de profissão, administradores hospitalares, que facilitaram meu acesso a informações e tornaram possível a concretização dessa pesquisa;

Meu caráter é formado por profundas raízes, vindas de seres humanos honestos e corretos como esses, que se destacam entre muitos, sem se preocupar em brilhar.

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa à fé que tenho em DEUS, à minha amada mãe, Teresinha Corrêa Magalhães Ferreira, ao meu segundo pai, Alfreu Peres Lopes e a todos os meus queridos colegas de mestrado, em especial, a Alexandra Carla, Jane, Renata, Ionara heizer Marco Aurélio, Ricardo Shigeru, Maria do Carmo, Érika, Cleonice, Daniela e Patrícia, amigos e parceiros que estiveram presentes durante as etapas de construção desta pesquisa e ofereceram ajuda sempre que precisei; à humildade de cada um deles em desejar o melhor uns para os outros, evitando que a competitividade nos estrangulasse; ao equilíbrio oferecido nas horas em que mais precisei; e à sabedoria de todos em repassar seus conhecimentos ao invés de detê-los.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	9
1.1	Colocação do problema e justificativa.....	12
2.	OBJETIVOS.....	18
2.1	Objetivo geral.....	18
2.2	Objetivos específicos.....	18
3.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
3.1	Relações de poder e disputa de interesses.....	19
3.2	Controle e autonomia.....	29
3.2.1	Ciência e prática em administração como formas de dominação.....	33
3.2.2	A estrutura organizacional e a espacialidade.....	36
3.3	Breve histórico sobre o hospital e a administração hospitalar.....	41
3.3.1	O surgimento do hospital no Brasil.....	49
3.4	Poder nas organizações de Saúde.....	51
3.4.1	Complexidade de processos relacionados à organização e funcionamento do sistema de saúde (setor público de saúde versus setor privado de saúde).....	53
3.4.2	Surgimento do poder do médico: a disciplina como técnica de poder.....	56
3.5	Hegemonia dos médicos nas organizações de saúde.....	60
4.	METODOLOGIA.....	66
4.1	Amostra.....	68
4.2	Coleta de dados.....	71
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	77
5.1	Traçar, a partir da percepção do administrador hospitalar, os tipos de poderes delegados pelos médicos proprietários à sua gestão:.....	77
5.2	Identificação da percepção dos administradores hospitalares sobre os interesses individuais dos médicos proprietários e institucionais:.....	81
5.3	Especificação dos pontos de controle operacionais delegados aos administradores hospitalares no âmbito gerencial:.....	85
5.4	Levantamento dos tipos de conflitos gerados pelos médicos proprietários durante o processo de gerenciamento que envolve o administrador hospitalar:.....	86
6.	CONCLUSÃO.....	91
7.	REFERÊNCIAS.....	95
8.	ANEXO: ROTEIRO BÁSICO DE PESQUISA.....	109

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 3.1: Diagrama da trama do poder e seus elementos constitutivos.....	27
Figura 5.1: Perfil da administração organizacional. Legenda: 1: Familiar (70%); 2: Sociedade (30%), 3: Multinacional (0%); 4: Outros (0%). Referente à questão 1 das entrevistas em anexo.....	78
Figura 5.2: Escolha da direção executiva. Legenda: 1: Conselho Administrativo (37%); 2: Processo de seleção (18%); 3: Indicação (36%); 4: Outros (9%). Referente à questão 3 das entrevistas em anexo.....	79
Figura 5.3: Objetivos dos médicos proprietários entram em conflito com os organizacionais?. Legenda: 1: Sim (70%); 2: Não (30%). Referente à questão 9 das entrevistas em anexo.	82
Figura 5.4: Disputa de interesses entre médicos e administradores hospitalares. Legenda: 1: Sim (60%); 2: Não (40%). Referente à questão 10 das entrevistas em anexo.	83
Figura 5.5: Prejuízo em relação aos interesses organizacionais. Legenda: 1: Sim (70); 2. Não (30). Referente à questão 12 das entrevistas em anexo.	84
Figura 5.6: Reconhecimento dos médicos dos Conflitos de interesses. Legenda: 1: Sim (80%). Não (20%). Referente à questão 13 (a) das entrevistas em anexo.....	84
Figura 5.7: Nível de influência dos médicos proprietários nas tomadas de decisão. Legenda: 1 Alta (90%); 2: Média (10%) e baixa (0%). Referente à questão 18 das entrevistas em anexo.	85
Figura 5.8: Médicos transmitem a toda organização superioridade à classe dos administradores hospitalares? Legenda: 1. Sim (70%); 2: Não (30%). Referente à questão 23 (a) das entrevistas em anexo.....	87
Figura 5.9: opinião dos administradores hospitalares entrevistados sobre a afirmativa de que os médicos proprietários desautorizam os administradores perante o corpo operacional e gerência intermediária.Legenda: 1: Sim (60%); 2: Não (40%). Referente à questão 24 (a) das entrevistas em anexo.....	88
Figura 5.10: Opinião dos entrevistados sobre a afirmativa que os médicos proprietários obrigam os gestores a participar de quaisquer acontecimentos gerenciais rotineiros. Legenda: 1. Sim (50%); 2: Não (50%). Referente à questão 25 (a) das entrevistas em anexo.	88
Figura 5.11: A influência dos médicos proprietários na construção da cultura da organização na visão do administrador hospitalar. Legenda: 1 Sim (90%); 2. Não (10%). Referente à questão 26 (a) das entrevistas em anexo.....	89

RESUMO

As instituições hospitalares, além da saúde dos pacientes, precisam zelar também pela saúde da organização. Este trabalho descreve e analisa os resultados de uma pesquisa qualitativa realizada com administradores de organizações de saúde e médicos proprietários, visando identificar em que medida alguns elementos, tanto da prática médica como da natureza das organizações, contribuem para a maior participação dos profissionais médicos no posicionamento estratégico das instituições de saúde. Desenvolve-se uma análise comparativa no que diz respeito às motivações e aos aspectos inibidores identificados nas relações, tendo como foco as singularidades que envolvem tanto o médico quanto a complexidade das organizações de saúde. Os resultados apontam que a gestão destes profissionais de administração hospitalar, possuidores do conhecimento técnico no âmbito das organizações hospitalares, exige novos referenciais, de forma a contemplar algumas singularidades que representam um aspecto importante na montagem estratégica das organizações de saúde, visando torná-las mais competitivas.

Palavras-chave: Administração hospitalar. Poder. Interação médico-administrador.

ABSTRACT

Besides keeping their patients health, The hospital institutions have to keep also their owns organization health. The present essay shows the conclusions of a qualitative research which was made with health care organizations manager and medical doctors pointing out to what extent some elements contributive so as the medical practice as the organization nature to a greater participation of professional doctors in the strategical position taking inside the health care institutions. The study presents a comparative analysis as far as the motivations and the inhibiting aspects identified in these relations ail concerned focusing the peculiarities which involve the doctor himself and the complexity of the organizations, as well the results high light that the management of these hospitals professional managers who posses a wide and technical knowledge of hospital organizations demands new guidelines, in order to contemplate some peculiarities which represent an important aspect in the strategic setting up of health organizations , aiming at turning them more competitive.

Key-words: Hospital Management, Power; Doctor-Manager, Integration

1. INTRODUÇÃO

A pesquisa é uma atividade básica da ciência. Busca oferecer explicações acerca de um fenômeno, mas não é dogma; logo, é discutível. A efervescência de reflexões, discussões, contradições, sistematizações e ressistematizações é que lhe dão validade. A pesquisa é um processo permanente de busca da verdade (VERGARA, 2003, p. 11).

Boa parte da produção teórica sobre a gestão dos hospitais é feita a partir do referencial funcionalista/ sistêmico, hegemônico no campo designado como Administração Hospitalar. De acordo com esse referencial, o hospital funcionaria como um verdadeiro sistema, ou melhor, um subsistema dentro do sistema social mais amplo. Este subsistema consome insumos (humanos, materiais, tecnológicos, financeiros), para desenvolver certos processos internos que resultam em determinados produtos/ serviços para seus clientes (FEUERWERKER, 2007, p. 17).

Visando acrescer conhecimentos, buscar resultados que possam servir não só de referência para a comunidade acadêmica, mas também como ferramenta de pesquisa para profissionais e para o mercado na área de Administração da Saúde em visível mudança e reestruturação organizacional.

Traçando, a partir da percepção do administrador hospitalar, os tipos de poderes delegados à sua gestão, os interesses individuais dos médicos proprietários e institucionais e os tipos de conflitos gerados por estes médicos, a pesquisa busca identificar como os administradores hospitalares percebem as relações de poder entre a sua categoria profissional e a dos médicos proprietários de hospitais.

A organização hospitalar apresenta estrutura orgânica extremamente complexa, na medida que exige conhecimentos específicos necessários para gerir recursos físicos e humanos. Em épocas passadas, era administrada por curiosos, religiosos, militares e médicos que não tinham conhecimentos suficientes para geri-la. Hoje, é fundamental a busca de conhecimentos profissionais de todas as categorias de integrantes da equipe de saúde. “No hospital se encontram recursos instrumentais, o que fez com que a moderna tecnologia enriquecesse o exercício da medicina” (GONÇALVES, 1998, p. 81).

A disponibilidade de recursos de diagnóstico e tratamento, e as possibilidades de pesquisa e de aperfeiçoamento com que o hospital conta hoje constituem fatores fundamentais para identificá-lo como organismo qualificado que contribui com soluções para os problemas de saúde da comunidade. Esses fatores são importantes e devem ser analisados em sua funcionalidade.

O hospital é uma peça chave no processo de institucionalização, incluindo dimensões com impacto não negligenciável na modelação das experiências individuais e coletivas de viver a doença e trabalhar com a doença, como o papel da ciência e da técnica na medicina, a diversidade dos processos de qualificação e especialização profissional na construção de diferentes realidades médicas e técnicas sobre os mesmos fatos biológicos (CARAPINHEIRO, 1998, p. 43).

Mudanças, geralmente determinadas pela globalização, são necessárias para manter as empresas de um específico segmento dentre aquelas que geram lucro e atendam ao seu principal objetivo: a restauração da saúde. Para que as organizações de saúde, instituições privadas e públicas, promovam assistência segundo os padrões exigidos pela Organização Mundial de Saúde, pelos órgãos governamentais e demanda atual dos clientes, é necessário que o administrador hospitalar ganhe espaço, respaldado pela confiabilidade dos médicos. Somente com real autonomia para gerenciar de fato os relevantes interesses institucionais é que este profissional poderá desenvolver gerência participativa, não só visando o lucro, mas, acima de tudo, gerenciando recursos físicos e humanos para atender aos ensejos da sociedade.

A Organização Mundial da Saúde define assim o hospital:

O hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas bio-sociais (OMS, informe técnico nº 122, 1957).

Em vista da definição da OMS, a Comissão de Especialistas, que elaborou o *Informe Técnico* n. 122 fixa as seguintes funções para o hospital: prevenir a doença; restaurar a saúde; exercer funções educativas; e promover a pesquisa. Essa linha caracteriza a importância do hospital.

Turner afirma que “o hospital não é só uma instituição crucial nos sistemas de saúde modernos, mas simboliza também o poder social da profissão médica, representando a institucionalização dos conhecimentos médicos especializados” (TURNER, 1987, p.157). Larson (1977) reforça tal concepção quando sugere que a extensão contemporânea da

dominação médica entretece-se na história recente do hospital e que o impacto social crescente da tecnologia médica nas sociedades modernas resulta do poder social conferido à profissão médica através dos hospitais e das universidades (LARSON, 1977, p.3).

O hospital apresenta traços salientes de uma organização burocrática. Os hospitais modernos têm crescido em tamanho e em complexidade. O crescimento do pessoal, a multiplicação dos serviços e das especialidades médicas e o desenvolvimento tecnológico da medicina introduziram modificações importantes na estrutura hierárquica, na estrutura de poder e nos sistemas de comunicação do hospital, associando-se a este conjunto de modificações a expansão do sistema burocrático da administração profissional (CARAPINHEIRO, 1998, p. 46).

O hospital moderno difere em muitos aspectos do “tipo ideal” de organização hierárquica definida por Weber. Conforme Goss (1963), um dos traços específicos desse tipo de organização apóia-se no poder e na autonomia profissional que os médicos detêm, apesar da existência de uma estrutura administrativa burocrática, em que se conclui a existência de um sistema administrativo dual de autoridade (GOSS, 1963, p.39).

Cherubin (1999), em relação à crescente complexidade das organizações hospitalares, afirma que a área da saúde apresenta novas necessidades e oportunidades, exigindo a especialização adequada do seu administrador e das suas funções básicas. Para ele, as funções do administrador na área da saúde dividem-se em: administrativa e social.

A função administrativa consiste em: tornar produtivos os recursos humanos; liderar pessoas para um trabalho em equipe, valorizando suas aptidões e qualidades positivas; estabelecer desafios compatíveis, respeitando características e valores individuais; promover a administração participativa, dividindo com todos a responsabilidade pelos destinos da organização; e possibilitar a expressão da criatividade pessoal, canalizando-a para objetivos últimos e superiores.

A função social não se limita a quatro paredes. Suas ações têm repercussão e sentido comunitário, na medida em que o administrador responsabiliza-se pelo desempenho e direção da empresa, oferecendo uma parceria dos serviços da organização às comunidades locais e aos programas municipais, estaduais e federais. Dispondo de dois tipos de recursos – aliás, sempre escassos: os humanos e os financeiros –, o administrador hospitalar deve aproveitá-los ao máximo, para que a organização continue eficiente e próspera, centralizando seus esforços nas oportunidades, e não nos problemas.

O tipo ideal de burocracia elaborado por Weber (1991) pressupunha a emergência do Estado moderno, da economia capitalista de mercado e de um sistema de educação universal que fornecesse as bases para a formação especializada – em suma, a emergência da forma capitalista de racionalidade social, que exigia para sua realização histórica a organização burocrática moderna, que constitui a base principal de uma administração estável mais do que de uma administração eficiente, uma administração do tipo ideal.

Cherubin (1999) sinaliza a necessidade de a administração hospitalar no Brasil ser fruto de um sistema formador adequado. Reforça que milhares de hospitais ainda não dispõem de uma administração sólida, criativa, dinâmica e qualificada. “Os profissionais capacitados são poucos e as oportunidades de desenvolvimento gerencial são limitadas” (CHERUBIN, 1999, p.18).

Os profissionais que administram há mais tempo – médicos proprietários, em sua maioria – não adquiriram conhecimento necessário e agem como se fossem profissionais especializados na área. Dessa forma, a incompetência administrativa que impregna uma grande parte da organização social está presente também no hospital. “Daí o grande desafio e o grande imperativo: a capacitação daqueles que gerenciam é a única forma de efetivar as mudanças necessárias ao desempenho do hospital” (CHERUBIN, 1999, p. 18).

Na lógica do mercado, sobrevive o hospital que produz melhores produtos por meio de uma agressiva política de incorporação tecnológica e de um crescente aperfeiçoamento e controle de seus processos internos. “Quem não se atualiza buscando novos avanços internos não modernizando os processos de gestão, termina ultrapassado pela onda de modernização, competitividade e eficiência marcante em nossos tempos” (FEUERWERKER, 2007, p. 6).

1.1 Colocação do problema e justificativa

Gonçalves (1998) sugere que as naturais demandas sociais geradas na intimidade da sociedade moderna incluem o hospital no âmbito das instituições fundamentais para a comunidade.

Sua importância pode ser avaliada pelo grau de relações que o hospital mantém com os indivíduos em particular e com a coletividade em geral, resultante do papel essencial da instituição hospitalar em momentos fundamentais da vida das pessoas: no nascimento, na doença e na morte (GONÇALVES, 1998, p.82).

Através de outras pesquisas sabemos que é relativamente tardio o aparecimento da saúde, da doença e da medicina como objetos de investigação sociológica. Estudos sobre o hospital, como organização ou como empresa, tem sido gerados pela área da gestão ou administração hospitalar concentrando-se:

(...) nos objetivos do planejamento e de rentabilidade da aplicação de recursos econômicos e financeiros, deixando espaços consideráveis na sua abordagem como instituição social e ficando permanentemente obscuro os aspectos mais significativos da sua relação com a sociedade (CARAPINHEIRO, 1998, p. 34).

Nos hospitais, os pacientes não recebem muitas explicações sobre o que está acontecendo com seu corpo, o que está causando seu adoecimento. O controle do médico sobre a informação expropria o controle do paciente sobre o seu corpo, determinando a superioridade do médico e da instituição na esfera da prática social. O médico é detentor do saber.

Toda tentativa de explicar o que se sente será vista com tolerante ironia, sarcasmo ou silêncio. O paciente está ali para sentir. Tem o direito à sensação. Querer alcançar-se a explicação é pretender à Ciência (LUZ, 1986, p. 40).

No hospital ocorrem tensões de natureza grupal e profissional, assegura Gonçalves (1998), envolvendo, o corpo clínico, o qual é constituído por médicos que trabalham no hospital. Profissionais com os quais é complicado trabalhar, principalmente por serem formados para estarem capacitados a exercer suas funções a cada momento, funções que envolvem decisões em relação a vida e a morte das pessoas. Esse fato gera nestes profissionais médicos dificuldades em repartir seu poder, “aceitar normas de disciplina coletiva e em ouvir sugestões ou recomendações. Exposto este quadro, compreende-se a necessidade de se buscar um relacionamento harmonioso entre administração do hospital e seu corpo clínico” (GONÇALVES, 1998, p. 82).

Para atingir plenamente seus objetivos, conforme Gonçalves (1998) o hospital deve se estruturar racionalmente seus setores. Devem ser defendidos os interesses da organização, e é

nesse momento que começam surgir as dificuldades, porque a estrutura tenta definir as relações interpessoais e intergrupais que acontecem na organização hospitalar.

As normas de conduta resultantes de códigos formais passam a ser justapostas às relações informais, definindo novos padrões de comportamento no interior das instituições (GONÇALVES, 1998, p.82).

O tema “Autonomia e controle na gestão dos serviços de saúde” vem sendo estudado por Cecílio, que tenta responder a um problema prático da vida organizacional: a acentuada autonomia do trabalho em saúde – em especial, a prática médica – em contraposição à necessidade de coordenação por parte das direções dessas organizações. Durante sua pesquisa determina que “autonomia é mais expressiva aos médicos” (CECÍLIO, 1999, p. 589).

A gerência de cúpula permanece tradicionalmente centrada nos profissionais com formação em medicina embora recentemente outros profissionais como administradores, engenheiros, economistas, enfermeiros, entre outros, estejam assumindo cargos estratégicos nos hospitais. Essa situação é reflexo da lenta, porém progressiva, transformação nesse tipo de organização (BRITO, 2004, p. 26).

Conforme Carapineiro (1998), a área de saúde apresenta escassez de estudos produzidos sobre as dimensões de gestão hospitalar mais estreitamente ligadas aos fatores políticos, internos e externos, que bloqueiam o seu exercício, ou então aquelas que se prendem ao enquadramento institucional. “A então escassa bibliografia específica, no atual momento socio-político, carente de projetos, não direciona idéias que possam ser aplicadas na rotina das organizações hospitalares” (CARAPINEIRO, 1998, p.34).

Visando acrescer conhecimentos e diminuir a escassez de estudos para a área de Saúde, esta pesquisa trás resultados que podem servir como ferramenta de pesquisa para profissionais e para o mercado na área de Administração da Saúde em visível mudança e reestruturação organizacional, assim como, referência para a comunidade acadêmica.

Conforme Cecílio (2002), no microambiente das organizações hospitalares, encontram-se fatores que constituem a interação envolvendo médicos proprietários e administradores hospitalares, os quais são imanentes à trama do poder instituída pelos primeiros, que colocam interesses individuais em disputa.

As organizações de saúde devem levantar sem receios os elementos constitutivos que possam provocar disputa de interesses entre médicos e administradores. Elas podem se fortalecer quando delega harmonicamente e profissionalmente a

autonomia que compete a cada ator institucional, em específico nesta pesquisa, o administrador hospitalar (CECÍLIO, 2002, p.587).

Por ser esse um fato quase inevitável em qualquer ambiente de trabalho, é natural e compreensível a existência de tensões e conflitos que se estabeleçam entre pessoas que trabalham no hospital.

Em cada situação, há indivíduos que, por sua personalidade ou atividades exercidas, assumam papéis de liderança ou influencia. É uma situação natural aceita pelos outros e que influencia diferentes grupos, envolvidos em diferentes relacionamentos (GONÇALVES, 1998, p. 82).

Apesar de a organização hospitalar não fugir do padrão comum das empresas da área da saúde, Cecílio (1997) analisa a forte resistência das corporações médicas e de enfermagem à implantação de um modelo de gestão mais descentralizado e com ênfase nas equipes. Em uma avaliação sobre a implantação desse tipo de modelo de gestão na Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), situada em Belo Horizonte, foram levantados pelo autor dois aspectos relevantes: a existência de conflitos entre o projeto da equipe e o projeto da instituição evidenciando uma tensão entre a concepção de autonomia dos profissionais especialistas e das equipes; e os mecanismos de avaliação criados pela direção, vistos como controlistas, apesar desta se orgulhar de estar trabalhando com um modelo de gestão democrático e com ênfase na autonomia.

Um relatório de avaliação de quatro anos de implantação do modelo de gestão descentralizada e participativa no hospital São João Batista de Volta Redonda, Rio de Janeiro, elaborado como parte de uma pesquisa financiada pelo CNPq, em andamento no DMPS / FCM / Unicamp, confirma as já conhecidas estratégias de não adesão dos médicos a qualquer modelo que tenha algum valor controlador. “Estes fatos nos fazem pensar que os médicos na sua maioria desconhecem em parte o potencial do capital intelectual interno, e desta forma podem gerar conflitos na relação médico e administrador hospitalar” (CECÍLIO, 1997, p. 317).

O receio de perder poder para os administradores hospitalares pode impedir que os médicos visualizem a possibilidade de agregar novos conhecimentos para o crescimento institucional, correndo o risco de estagnar, muitas vezes, seu negócio durante longos períodos ou, até mesmo, levando-o à sua desmaterialização.

A baixa adesão a modelos de gestão participativa demonstrada pelos médicos resulta em um acentuado processo de distribuição de poder no interior da organização com todas as suas conseqüências. A não-adesão quase nunca assume a forma de confronto, mas de um silencioso boicote, uma espécie de resistência pacífica que resulta em eficaz arma contra mudanças pretendidas pelos dirigentes (CECÍLIO 1997, p. 317).

Buscando imprimir uma administração profissionalizada, apta a gerir as organizações de saúde, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 2.225/GM, de 5 de dezembro de 2002, na qual são estabelecidas exigências mínimas para a estruturação técnico-administrativa das direções dos hospitais vinculados ao SUS. Nesta ótica, são especificadas as exigências legais e os critérios de qualificação profissional para o exercício de funções relacionadas à direção, conforme classificação hospitalar do Sistema Único de Saúde. De acordo com a classificação por porte de hospital, passam a ser exigidos profissionais com formação específica em Administração Hospitalar ou com cursos de qualificação na área (BRITO, 2004).

Schraiber (1999) sugere que:

A problematização nas organizações giram em torno dos fatos, comportamentos e elementos constitutivos da trama do poder entre médicos e administradores hospitalares. Os problemas que possam surgir durante a gestão hospitalar são eleitos a serem para os gerentes algo a disciplinar ou transformar (SCHRAIBER, 1999, p.221).

Conforme Hortale (1996), a autonomia técnica e a política devem compor-se dialeticamente com a necessidade de “construção de consensos” para alcançar a articulação requerida nos modelos a serem implantados. Ele sugere que “o consenso permita a implantação de gestões descentralizadoras e participativas sem gerar não-adesões em grandes proporções, as quais podem comprometer os processos administrativos” (HORTALE, 1996, p.17).

Determinam-se, entre esses conceitos, a importância da comunicação e a veracidade do discurso como importantes fatores a serem utilizados pelos médicos ao impor sua autonomia sobre os administradores, no intuito de tentar subordiná-los aos sistemas anteriores de poder e controle.

O fato é que a evolução das organizações hospitalares no século XX ainda está sujeita ao poder dos médicos proprietários sobre os administradores hospitalares, o que pode ameaçar toda a organização. Dessa forma, a pesquisa sobre a percepção dos administradores

hospitalares vem buscar respostas para perguntas sobre “o quê ” e “ sobre quem” controla, e se isso é um potencial de domínio apenas dos médicos.

No universo composto por dez administradores hospitalares atuantes em hospitais gerais de médio e grande porte ¹ da cidade de Belo Horizonte, esta pesquisa qualitativa busca respostas, a partir dentro da percepção dos administradores hospitalares, sobre os tipos de relação de poder entre a sua categoria profissional e a dos médicos proprietários de hospitais que os constituem.

¹ Os Hospitais classificam-se, de acordo com o porte, como: pequeno porte: até 50 leitos; médio porte: 51 à 150 leitos; grande porte: 151 à 500 leitos e de porte extra: acima de 500 leitos. (Dados fornecidos pelo conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais, 2001)

2.OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar como os administradores hospitalares de Belo Horizonte percebem as relações de poder entre a sua categoria profissional e a dos médicos proprietários de hospitais.

2.2 Objetivos específicos

- Traçar, a partir da percepção do administrador hospitalar, os tipos de poderes delegados pelos médicos proprietários à sua gestão;
- Identificar, a partir da percepção dos administradores hospitalares, os interesses individuais dos médicos proprietários e institucionais; e
- Levantar os tipos de conflitos gerados pelos médicos proprietários durante o processo de gerenciamento que envolve o administrador hospitalar.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Relações de poder e disputa de interesses

O poder é um fenômeno cujo conceito tem sido amplamente discutido nos estudos organizacionais. O estudo do poder e das relações de poder é, sem dúvida, um dos mais polêmicos e um dos mais antigos das ciências humanas podendo ser encontrado expresso já nos primeiros escritos filosóficos de Platão e Aristóteles. A gênese do conceito de poder está vinculada mais propriamente à filosofia e à ciência política, mas seu uso disseminou por todas as áreas da humanidade e dos estudos sociais. A ligação entre a racionalização e os abusos do poder político é evidente. E não é preciso esperar a burocracia ou os campos de concentração para reconhecer a existência destas relações. O problema consiste em saber o que fazer com um dado tão evidente (FARIA, 2004).

Organizações antigas que obedeciam a um conjunto de regras técnicas universais têm evoluído e se transformado, demandando o desempenho de algumas tarefas com caráter de elaboração, supervisão e comando. O aumento da complexidade das organizações faz com que cresça a quantidade de estudos sobre o poder e suas relações no espaço organizacional. As estruturas, tarefas e habilidades se fragmentam e especializam cada vez mais, exigindo a criação de estratégias para o direcionamento comum da organização. (FARIA, 2004)

É importante tentar compreender como se processam determinadas relações de poder na esfera organizacional.

O conceito de poder tem sido confundido com o de relações de poder. Ou seja, o conceito de poder é usualmente tomado pelo de suas bases constitutivas, tornando-o muito amplo e genérico. Assim, é necessário precisar o conceito e estabelecer as formas de efetivação das relações de poder a partir da identificação de suas categorias e de suas bases ou fundamentos (FARIA, 2004).

O poder tem seus diversos conceitos e para alguns autores não está ligado as relações de poder entre os indivíduos. Foucault (2004) afirma que o poder não é uma substância. O poder não é um algo de particular nas relações entre os indivíduos. Tais relações são específicas: elas nada têm a ver com a troca, a produção e a comunicação, mesmo que lhes estejam

associadas. O que traça distintivamente o poder é o fato de determinados homens pensarem que podem poderem determinar inteiramente, a conduta de outros homens.

Um homem acorrentado e pisado está submetido à força que se exerce sobre ele, mas não ao poder. Se for possível levá-lo a falar, quando seu último recurso teria podido ser o de manter sua língua, preferindo a morte, é porque se impeliu a comportar-se de um determinado modo. Sua liberdade foi sujeitada ao poder. Ele foi submetido ao governo. Se um indivíduo pode continuar livre, por mais limitada que possa ser sua liberdade, o poder pode sujeitá-lo ao governo. Não há poder sem rejeição ou revolta em potência (FOUCAULT, 2004, p. 19-20).

A noção weberiana de poder tem sido, algumas vezes, mal interpretada. Weber deixa claro que o poder, materializando-se em uma relação social de solidariedade ou de representação em que um dos graus de conduta pode ser uma troca pacífica, também se apresenta em forma de relações mutuamente convenientes. A dominação, para Weber, vem a ser a probabilidade de que seja encontrada a obediência em virtude de um mando de determinado conteúdo e entre determinadas pessoas (FARIA, 2004).

Conforme Faria (1997), “ainda que o poder não implique disciplina, há que se considerar o pressuposto da obediência ou do acatamento, seja por força de atos de imposição, seja em decorrência de interesses de cooperação” (FARIA, 1997, p.30). Martin (1978) sugere que:

A coação (em que a obediência se dá em virtude de privações), a autoridade (baseada na legitimidade do mando) e a influência (termo residual que se refere à obediência em decorrência de um poder não – legítimo e, ao mesmo tempo, não-coercitivo) são as bases do poder (MARTIN, 1996, p.599).

Fica uma dúvida: os indivíduos que resistem ou se rebelam contra uma forma de poder não conseguiriam contentar-se com a denúncia da violência ou com a crítica a uma instituição. Não basta acusar a razão em geral. É necessário questionar a maneira racional como aplica-se o poder na atualidade. Conforme Foucault (2004), a crítica do poder exercido sobre os doentes mentais ou sobre os loucos não deveria limitar-se às instituições psiquiátricas.

De modo similar, os que contestam o poder de punir não deveriam contentar-se com a denúncia das prisões como instituições totais. A questão é: como são racionalizadas as relações de poder? Colocar tal questão constitui a única maneira de evitar que outras instituições, com os mesmos objetivos e os mesmos efeitos, tomem seu lugar (FOUCAULT, 2004, p.20).

Em uma percepção unidimensional Faria (1997) afirma que: o poder é percebido totalmente corporificado e plenamente refletido em decisões concretas ou em atitudes ligadas diretamente a sua elaboração. “Essa percepção enfoca o comportamento da tomada de decisões apenas em questões sobre as quais há um conflito de interesses com prevalência de grupos dominantes” que estabelecem maneiras para impedir a participação plena dos subordinados, ou de outros grupos, no processo de decisão (FARIA, 1997, p.30).

Conforme Orssatto e Clegg (1999) “o poder inerente às relações movimentam-se sob a forma de circuitos na organização” (ORSSATTO & CLEGG, 1999, p.263). Laclau e Mouffe (1985) reconhecem o poder na maneira como agentes e práticas que articulam em um conjunto particular de representações: os circuitos de poder.

O poder, nessa abordagem, não é somente ético, nem apenas micropolítico, e sim textual, considerado intrínseco às relações sociais organizadas. Assim, práticas disciplinares agem no sentido de facilitar o controle e a predominância relativa de determinadas instituições sobre outras no ambiente organizacional. O poder sempre vai apresentar resistências. Por isso, os conflitos são representados na articulação dos circuitos de poder, por exemplo, aqueles existentes no contrato de relações trabalhistas (LACLAU & MOUFFE, 1985, p.151).

A resistência à disciplina, conforme Faria (2004), é propiciada porque as representações do poder na organização podem divergir, visto que a constituição deste, ligada ao estabelecimento de regras, está sempre exposta à interpretação de seus significados. Para Motta (1980) “as análises organizacionais baseadas no poder disciplinar e nos circuitos de poder permitem outros enfoques que promovem a percepção das relações de poder no cotidiano dos indivíduos e organizações” (MOTTA, 1980, p. 7).

Produz no indivíduo relações com esse ambiente além de uma nova organização do próprio comportamento. Se procura investigar as atitudes dos indivíduos no grupo, especialmente sua participação e influência no que se refere à organização dos interesses políticos do mesmo, convém observar que, no sentido de atingir seu objetivo, o discurso é tão importante quanto a ação e que quanto mais complexa a ação exigida pela situação e menos direta a solução, maior a importância que o discurso tem na sua intervenção (FARIA, 2004, p. 80).

Vygotsky (1991) sugere que o discurso e a ação possuem função específica na história do desenvolvimento do indivíduo e demonstram a lógica de sua gênese: “essa estrutura humana complexa é o produto de um processo de desenvolvimento profundamente enraizado nas ligações entre história individual e história social” (VYGOTSKY, 1991, p. 33).

Porém, o grupo social não escolhe ou decide com base em fatos imediatos. Há um processo de construção antecedente, uma memória, que torna disponíveis fragmentos do passado e se transforma em um novo método de vincular as experiências com os fatos presentes. Não há ação social sem poder, sendo que todo poder supõe uma regulação dos comportamentos dos atores implicados, resultando, portanto, em uma relação de troca, em um jogo com regras definidas que regulam a ação (FARIA, 2004; GARCIA, 2004). Dessa forma, o poder não pode ser possuído.

Nenhum ator ‘armazena’ o poder mesmo que exista nas estruturas. Exerce-o, sacando os recursos sempre assimétricos que as estruturas de um contexto de ação põem à sua disposição; é ao exercê-lo que lhe dá a sua realidade e a sua eficácia, e é só assim que traduz essa assimetria de recursos em ação social (FRIEDBERG 1995, p. 120).

A definição proposta por Friedberg (1995) é clara sobre o elo irredutível do poder e da interdependência, na medida em que propõe a cooperação e a troca entre os atores envolvidos. Divergindo de Friedberg (1995), encontra-se Foucault (1989), quando afirma que o corpo encontra-se mergulhado no campo político, de maneira que:

As relações de poder têm alcance imediato sobre ele; elas o investem, o marcam, o dirigem, o suplicam, sujeitam-no a trabalhos, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais. Esse investimento político do corpo está ligado às relações complexas e recíprocas entre os sujeitos. O corpo só se torna útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso (FOUCAULT, 1989, p. 28).

O poder não é adquirido pelo controle sobre aparelhos ou instituições, mas seu exercício não pode ser inscrito senão pelos efeitos por ele introduzidos na rede em que se encontra. Dessa

forma, o poder produz saber, pois não há relação de poder sem uma correlata constituição de um campo de saber (FARIA, 2004; GARCIA, 1998).

A temática “Autonomia” também é abordada com uma inovadora visão por Campos (1992), o qual afirma que a co-gestão das organizações, incluindo trabalhadores, usuários e representantes, operacionalizada na forma de “rodas” articuladas em complexas engrenagens, possibilitaria a construção de espaços singulares nos quais seria possível articular múltiplos interesses em disputa e as diferenciadas cotas de poder dos atores institucionais.

Historicamente, o desenvolvimento das organizações, desde o surgimento do capitalismo e da própria teoria das organizações, demonstra a preocupação em transformar as organizações em uma zona intermediária de conflitos. Desde a época da exploração mais visível e imediata, e dos enfrentamentos sem mediações, sucederam-se a interiorização das coerções, a emergência das classes médias, a institucionalização dos conflitos e a linguagem unificada da “boa administração”, na tentativa de conciliar interesses (PAGÉS *et al.*, 1993). Assim, o conflito é encarado como o principal obstáculo ao desempenho do homem no trabalho, por “desnaturalizar” o esforço de trabalho e solapar os “estímulos”. Para esses autores, existe um conflito essencial entre o capital e os interesses dos indivíduos, e as organizações apresentam-se, essencialmente, como um sistema de mediações.

A supremacia dos interesses econômico-empresariais sobre os interesses dos indivíduos é fruto de uma relação de poder desigual. Historicamente, os indivíduos foram peças importantes na racionalização dos meios produtivos, desempenhando função instrumental nesse processo. Segundo Perrow (1990), formou-se como cenário uma sociedade composta por grandes organizações e dominada por elas, cuja relação converteu a política, as classes sociais, a tecnologia, a religião, a família e o indivíduo em variáveis dependentes. Desenvolveu-se a partir daí uma formação social voltada para essa relação, sem, contudo, fomentar paralelamente questionamentos mais sólidos sobre a dominação nela existente e as distorções por ela geradas.

Nas organizações, a disciplina exige o controle sobre as atividades dos indivíduos por meio do horário de trabalho, da elaboração temporal do ato (operações), da articulação do corpo que regula suas relações com os objetos e da utilização exaustiva (FARIA, 2004; GARCIA, 1998).

A disciplina no capitalismo gera a organização do trabalho, com fundamento na separação do planejamento e da execução. Esse fato faz com que a relação entre empregados e empregadores passe a ser vista como um campo de expressão da luta de forças (FLEURY, 1986).

Dessa forma, as relações de trabalho assumem formas diversas de expressão conforme as relações de força existentes entre os grupos de interesse na sociedade e na própria empresa (MELO, 1991). Os indivíduos, por sua vez, procuram se ajustar aos princípios, valores, regras e normas organizacionais, para se adaptem ao seu modo de vida e aos seus interesses. Padrões de organização do processo de trabalho podem então, gerar transformações nas relações de poder.

À medida que os sistemas de especialização taylorista e os modelos clássicos passam a não responder às exigências do contexto, emerge um novo discurso sobre a gestão de pessoas. Uma nova visão sobre a integração de pessoas na descoberta de novas práticas produção, configurando uma mensagem otimista da redução da alienação dos indivíduos, mediante o rompimento com políticas de gestão de pessoas características do modelo clássico de administração.

Esse discurso, na verdade, não se trata de uma flexibilização nem redução das formas de controle, mas sim de uma reconfiguração das relações de poder, visto que o ambiente tem demandado a mudança nos processos produtivos, resultando na adequação das formas de gestão das organizações. A produção de conhecimento passa a ser, nesse caso, o elemento central que possibilita à gestão de pessoas mediar as relações sociais na organização e manter a docilidade de seus empregados. Assim, os indivíduos e suas atividades são traduzidos em arenas mensuráveis, por meio de diversas tecnologias, a fim de se tornarem governáveis. De acordo com Foucault (1977), “as tecnologias disciplinares envolvem: a distribuição espacial dos indivíduos, o controle de suas atividades e a vigilância contínua” (FOUCAULT, 1977, p.126).

Uma abrangente descrição sobre políticas de gestão de pessoas na promoção da distribuição espacial dos indivíduos é apresentada por Townley (1993). Para a autora, esse mecanismo visa classificar e possibilitar a mensuração dos empregados, servindo como prática de poder

disciplinar. Aplicam-se métodos como: enclausuramento, divisão dos indivíduos no espaço e no tempo e raqueamento, os quais são incorporados como práticas de gestão de pessoas.

É possível avaliar a mudança na área de Gestão de Pessoas e sua influência direta nas relações de poder nas organizações. A cada momento, surgem novas técnicas de gestão de pessoas. Entretanto, as novas políticas de gestão da força de trabalho têm sido praticadas como forma de garantir a adesão e colaboração dos trabalhadores. Sewell e Wilkinson (1992) acreditam que se trata de uma reelaboração das práticas de administração científica ou da burocracia clássica, mas sob uma nova roupagem. “Os indivíduos nas organizações não devem ser vistos como sujeitos sob total dominação e impedidos de terem idéias, atitudes, reações e comportamentos próprios”. Pois mediante uma perspectiva que considera o poder resultado das relações e contingências, deve-se prever também que as relações que expressam poder, podem estar em constante transformação (CAPPELLE, 2006, p.37).

Essas mudanças no circuito de poder da integração sistêmica pela introdução de novas técnicas de gestão caracterizam uma reconfiguração das relações de poder.

Entre organizações e mercado e organizações e indivíduos, no sentido de buscar novas formas de gestão que melhor se adaptem às exigências do contexto atual. As organizações buscam produzir mais conhecimento sobre seus empregados para que possam melhor controlá-los. Os indivíduos (...) são influenciados pelas organizações, mediante suas políticas de gestão de pessoas (FARIA, 2004, p. 81).

Para Crozier (1981), não basta apenas a vontade de um agente em participar de uma relação de poder para que a mesma se dê, pois toda relação de poder é uma relação recíproca. Portanto, para que ocorra uma relação de poder faz-se necessário que o sujeito possua uma das quatro fontes de poder existentes, que, segundo o autor (1990), são: controle de uma competência em particular e especialização funcional; as relações de uma organização com o seu exterior; controle da comunicação e da informação; e relações que provêm da existência de regras gerais da organização.

Foucault (1988) sugere que o poder não tem uma origem, uma fonte, uma essência no Estado, na lei ou nas instituições constituídas, Deve ser compreendido como a multiplicidade de correlações de forças imanentes ao domínio onde se exercem e constituem sua organização; o jogo que, por meio de lutas e afrontamentos incessantes, transforma-as, reforça-as e inverte-as; os apoios que tais correlações de força encontram umas nas outras, formando cadeias ou

sistemas ou, no contrário, as defasagens e contradições que as isolam entre si; e enfim, as estratégias em que se originam e cujo esboço geral ou cristalização institucional toma corpo nos aparelhos estatais, na formação da lei e nas hegemonias sociais.

Em uma mesma linha de pensamento, o sociólogo Crozier (1981) define poder como sendo “relações que todas as pessoas mantêm com seus semelhantes para saber quem perde, quem ganha, quem dirige, quem influencia, quem depende de quem, quem manipula a quem e até que ponto” (CROZIER, 1981, p.6). Entretanto, para o sociólogo esse jogo não ocorre de uma forma harmoniosa, possibilitando a existência de jogos de poder. O autor acredita que o poder é uma relação instrumental, não transitiva e recíproca. Poder é uma relação, pois agir sobre um indivíduo é estar em relação com ele, atuando. Dessa forma, o poder também é um instrumento, pois é utilizado em uma relação que envolve negociação como ferramenta para ajustar os recursos que cada ator envolvido tem uma relação de poder que possui.

Cecílio (2002) quando afirma que: O poder é intangível. Pretende demonstrar a complexidade e diversidade nas formas de poder e de detectar esse poder.

Outros elementos são necessários para construir adequadamente suas manifestações. É possível ressaltar os problemas que envolvem manifestações de poder por meio dos elementos *controle*, *conflitos* e *interesses*, pesquisando a dinâmica entre eles (CECÍLIO, 2002, p.587).

Para Foucault (1979), durante a busca da real problematização, é necessário identificar o plano de produção e o fenômeno que envolve a disputa de interesses. Os fatos, como são percebidos superficialmente podem não revelar quem acumula ou exerce poder. A figura 3.2 representa o poder e seus elementos constitutivos. Define a dinâmica desses elementos e sua interligação direta e indireta nas relações de poder, a qual pode levar a organização a caracterizar internamente, entre classes e setores, a trama do poder e disputa de interesses entre eles.

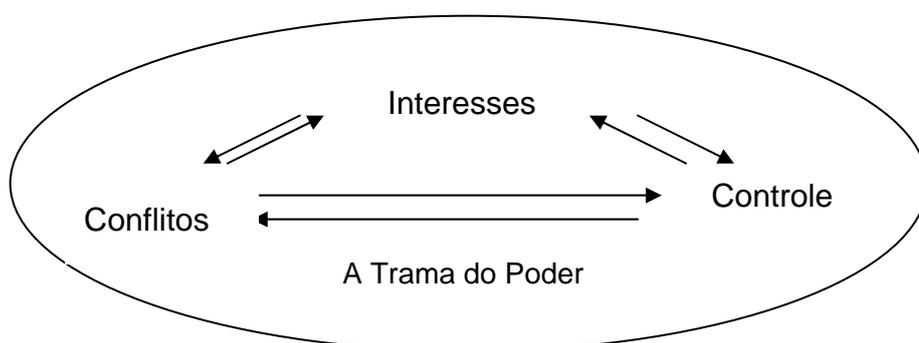


Figura 3.1: Diagrama da trama do poder e seus elementos constitutivos
Fonte: Cecílio, 2002, p. 597

A partir do diagrama representado na figura 3.2 é possível deduzir que os conflitos estão sempre presentes nas relações de poder nas organizações de saúde, as quais que deveriam orientar os interesses em jogo, assim como os projetos em disputa e as intenções dos atores envolvidos na microfísica do poder (CECÍLIO, 2002).

A microfísica do poder, definida por Foucault (1979), determina que “a busca de satisfação destes interesses é que norteia a ação organizacional dos sujeitos. Assim, é necessário explorar a contraposição entre os interesses, os desejos ou as representações e expectativas individuais” (FOUCAULT, 1979, p.18). – no caso, dos médicos.

Seguindo o raciocínio de Foucault (1979), Mintzberg (1992, 1995) reforça que existiriam agentes internos e externos lutando para exercer uma maior influência sobre uma determinada organização, ressaltando que a palavra *influência* tem o mesmo significado da palavra *poder*. Entretanto, os agentes internos e externos têm três opções em um jogo de poder: sair, calar-se ou exercer sua opinião. Assim, existem os agentes que optam por não participar do jogo pelo poder; ou seja, optam por sair ou não manifestar a sua voz, portanto, não atuando como agentes de influência na organização e, conseqüentemente, não exercendo e não participando do jogo pelo poder. Mintzberg (1992, 1995) sugere que somente os agentes que optam por exercer sua opinião têm influência e participam da disputa pelo poder.

Luz (1986) compreende que o tema “Conflito de interesses nas organizações” pode ser trabalhado com uma visão marxista, a qual entende que o conflito de interesses na organização é resultado de inconciliáveis interesses de classe, traçados no plano mais alto da pirâmide hierárquica, e que o desenvolvimento capitalista está ligado à produção relativa de alta-valia, que compreende processo de trabalho, processo de valorização do trabalho e exploração da força de trabalho. Essa produção, denominada “alta-valia relativa”, depende principalmente dos interesses econômicos e financeiros dos atores envolvidos nas relações de poder.

Observa-se no trabalho de Crozier (1990) a mesma visão intimista da ação dos atores ou, como aqui exposto, dos sujeitos, bem como o conceito de subjetividade como sendo algo pessoal e indevassável encontrada em Mintzberg (1995). Assim, para o autor, a participação de um sujeito em uma relação de poder depende da vontade do mesmo, sendo que essa vontade vem do seu interior, de sua personalidade, ou seja, do seu íntimo. A relação de poder, portanto,

Delimita-se em um campo central na teoria das organizações, que é pensar com” confluência “de interesses entre trabalhadores e patrões. (...) pensar que é possível por meios de mecanismos de gestão aproximar cada vez mais, o interesse individual do organizacional (CECILIO, 1997, p. 599).

Sobre a visão do poder, Foucault (1979) faz uma provocação: “as relações de poder são, ao mesmo tempo, intencionais e não subjetivas” (FOUCAULT, 1979, p.90). O poder é calculado friamente por quem controla, “não há poder que se exerça sem uma série de miras e objetivos”. Isso não quer dizer que é resultado da escolha de um sujeito individualmente. “A racionalidade do poder são táticas, muitas vezes, bem explícitas no nível limitado em que se inscrevem – cinismo total do poder” (FOUCAULT, 1979, p.90).

O que é curioso e motivo de pesquisa é a submissão ou aceitação dos administradores hospitalares a essa disputa de interesses. Alguns desconhecem sua existência, outros omitem sua presença e os mais ousados buscam destrinchá-la e entender os atores, sem muitos resultados. Pagés (1987), assim como outros autores, utiliza da psicanálise na tentativa de explicar por que os indivíduos aderem voluntariamente à organização fazendo seus os objetivos organizacionais, mesmo quando estes vão contra seus interesses mais fundamentais.

Para alguns autores, como Pagés (1987), os voluntários estão moldados por uma estrutura organizacional muito moderna e não estão ligados a ela apenas por vantagens econômicas e satisfações ideológicas. Inconscientemente, seu sistema de defesa é modelado pela organização e se espelha nela de tal maneira que o indivíduo passa a reproduzi-la. Apesar de a organização ser motivo de angústia, o voluntário produz o máximo de si e permite ser seduzido pela trama do poder que escapa a sua consciência. Dessa forma, o domínio organizacional constituído está na capacidade de influenciar o inconsciente dos administradores hospitalares.

3.2 Controle e autonomia

Se a autonomia e a natureza coletiva do trabalho passam a ser intrínsecas à nova organização do trabalho, a nova ordem é “Sejam sujeitos” e trabalhem em cooperação. Mas trata-se de uma cooperação produtiva e operacional, e não solidária e unificadora. A autonomia demandada ao trabalhador implica o desdobramento das atividades desde o fazer até a compreensão do que é feito. No entanto, também o fazer implica uma dimensão de investimento pessoal na tentativa de fazer “bem”, o que traduz um desejo de fazer bem feito e constitui a zona de autonomia a mais pessoal, a mais completa e a menos suscetível de ser acionada por um comando externo à pessoa do trabalhador (ROSENFELD, 2003).

Trata-se de uma lógica unilateral em que a identificação com a empresa se faz sem contrapartida contributiva, sem aumento de salário, nem distributiva, sem ou com mínima participação econômica na receita da empresa e na distribuição da mais-valia. Leva-se em consideração também a ameaça de não manter o trabalhador em seu emprego caso ele não se adapte às novas exigências. O preço da não adaptação à transformação é ser despedido ou bloqueado na sua evolução profissional. (ROSENFELD, 2003).

O trabalho em equipes autônomas dilui o julgamento dos pares (o trabalho em equipe limita-se ao “fazer”, sem que se instaure uma real solidariedade) e o julgamento da hierarquia é suprimido ou afastado em nome do trabalho autônomo. E, ainda, os médicos donos de clínicas que não têm domínio algum sobre administração hospitalar deixam os administradores expostos aos riscos da avaliação sem comprometimento pessoal.

A autonomia pode, assim, ser compreendida em dois sentidos. O primeiro, em seu sentido positivo, consiste na autonomia real no trabalho que é a autonomia do “fazer bem”, do “fazer o belo”, que é reconhecido pelos seus pares. Esta autonomia permite proteger-se, uma vez que ela preserva o grupo como base identitária e possibilita um retorno sobre si mesmo, capaz de conferir um sentido ao trabalho. (ROSENFELD, 2003. p.356).

O segundo, em seu sentido instrumental, consiste na autonomia outorgada enquanto instrumento de coordenação das relações de trabalho. Visa atingir um objetivo econômico de gestão da empresa. Essa autonomia aumenta a insegurança existencial do administrador, uma vez que enfraquece o investimento no “fazer o belo” em seu trabalho e reforça a destruição do grupo como base identitária.

A autonomia real é a iniciativa tomada, é a criação e o poder de decisão diante de uma situação imprevista. Estas situações existem sempre, mesmo que todos os esforços das organizações se orientem para uma previsão e uma prescrição máximas. Nas novas organizações, uma vez que uma iniciativa é tomada diante de um evento extraordinário, a hierarquia a integra imediatamente à regra, de maneira a difundir a intervenção e orientar todos os operadores (ROSENFELD, 2003.p.357).

Essa autonomia se torna heteronomia, uma vez que se transforma em uma ordem a seguir. Ao invés de uma autonomia real, trata-se agora de uma autonomia outorgada. Assim, a autonomia apresenta-se como um dom no qual o administrador é colocado mais uma vez como objeto, e não como sujeito.

O ato de exigir autonomia ao nível individual e de exercê-la vai fragilizar os elos de aliança, de interdependência (mas não de interdependência funcional) e de mobilização coletiva da inteligência e da identificação. A autonomia outorgada é a transgressão autorizada e institucionalizada, de maneira que a aliança necessária para que os trabalhadores possam transgredir o prescrito em segurança é quebrada. Simultaneamente, a autonomia outorgada mergulha os trabalhadores na ambivalência, uma vez que não é uma autonomia “real”; ela é um instrumento de regulação entre criação e norma. A criação e o ato de liberdade são arrancados de seu autor para integrar a regra de execução das tarefas com vistas à sua otimização. De um lado, a autonomia é liberdade; de outro, ela é normatização (ROSENFELD, 2003).

A organização, ao quebrar o coletivo de trabalho e ao instaurar a primazia do individualismo, induz uma solidariedade profissional, específica ao trabalho em equipe. O individualismo enfraquece o coletivo de trabalho, assim como a solidariedade profissional, pois ela também está inserida na lógica produtiva (ROSENFELD, 2003, p.358).

A questão que se coloca aqui é: Como o administrador vive a contradição entre um trabalho cooperativo, que exige implicação subjetiva, e a necessidade de uma inserção individual em uma organização que o mantém em situação de insegurança e que enfraquece sua relação simbólica ao trabalho? (ROSENFELD, 2003)

Normalmente existem quatro formas de reação do trabalhador. No caso específico do presente trabalho, o administrador hospitalar, com a empresa:

Adesão formal: É característica dos trabalhadores que se identificam de maneira categórica com o trabalho e com o projeto da empresa, sem elaborar críticas ou recuos importantes, o que, finalmente, favorece uma adesão concreta e o engajamento ao trabalho. A adesão formal é a mais importante no Brasil.

Adesão ambivalente: É o resultado da associação entre o desejo de se integrar à nova organização do trabalho e o desejo de resistir a essa integração, entre o princípio de realidade (é absolutamente necessário adaptar-se) e o desejo que remete ao eu-verdadeiro (ligado aos valores que remetem à justiça, à liberdade e a outras lógicas que não somente a lógica econômica).

Recusa: É marcada pela rejeição à lógica dominante. Estes trabalhadores encontram-se na negatividade e sem esperança de ter realmente a escolha de deixar este emprego. É fruto da tomada de consciência dos aspectos negativos apresentados pela nova organização. Se não há qualquer benefício, o trabalhador recusa de maneira crítica aquilo que lhe é proposto. O trabalho pode sempre ser feito de maneira correta, mas um posicionamento de negatividade resulta em um desinvestimento no trabalho. Trata-se de um posicionamento de resistência e de oposição que conduz a uma relação instrumental com o trabalho, uma vez que, ao lado da recusa e da perda de toda expectativa, há a necessidade de prosseguir, de manter o emprego, de se adaptar minimamente.

Recuo: Aparece atinge os trabalhadores de mais idade que vivem uma certa nostalgia dos velhos tempos, quando a classe trabalhadora era unida e combativa. As relações com a hierarquia eram, certo, marcadas pela autoridade do chefe, mas eram, no entanto, mais claras e mais simples. O recuo, ao contrário da recusa, repousa sobre uma identificação simbólica parcial à empresa, já que esses trabalhadores vivenciaram anteriormente uma situação de investimento ao trabalho, alimentada por uma implicação política e social. Seu sentimento é de perda (ROSENFELD, 2003, p. 360).

Alguns conceitos sobre autonomia facilitam o entendimento sobre o poder como controle. Cecílio (1999) conceitua autonomia como “responsabilidade, tanto individual, quanto organizacional”. Stelling e Burcher (1972) sugerem os conceitos de autonomia elástica e de responsabilidade para todos. Substituindo conceitos de autoridade e hierarquia weberianos e outros.

O conceito de autonomia elástica parte da definição de autonomia como a aptidão que os indivíduos dispõem numa situação de trabalho para determinar a natureza dos problemas com que defrontam e para saberem resolvê-los. É elástica no sentido de que não existe um domínio fixo de autonomia nem se liga de forma inerente a nenhuma posição hierárquica (STELLING & BURCHER, 1972, p. 50).

Entende-se que um indivíduo só tem autonomia quando possui o poder de controlar a sua própria produção e, conseqüentemente, ser responsável por ela.

Conforme Cecílio (1997) “estudar a temática do poder nas organizações é desvendar como se estabelecem os mecanismos de controle, que circuitos assumem e que arranjos e formas de relação concretas eles se revelam nas vidas das organizações” (CECÍLIO, 1997, p.589)..

Dessa forma, na área da Saúde, o tema “Poder” manifesta-se de maneira mais evidente em torno do controle e da autonomia dos profissionais envolvidos na administração de seus serviços.

Mintzberg (1979) afirma que os hospitais reúnem pessoas altamente treinadas em suas funções, que detêm alto grau de controle sobre seus processos de trabalho e que, muitas vezes, apenas utilizam as instalações físicas dos hospitais para o exercício de suas atividades. Esse fato introduz um complicador nas relações entre as organizações e os profissionais, uma vez que esses não julgam ter compromissos com as práticas e procedimentos que a gerência administrativa tenta implantar, visando exatamente adquirir maior controle sobre o processo de trabalho e assegurando o alcance dos objetivos da instituição.

O poder, inicialmente, é repassado, em parte e com muita cautela, por meio de informações financeiras sigilosas que até então eram mantidas em sigilo. Essas informações são repassadas em um processo lento e com pouca confiabilidade por parte dos proprietários para os administradores, denominados “generais sem exército” (LUZ, 1986, p. 17). Os administradores buscam a autonomia prometida pelo cargo e procuram desenvolver suas funções sem restrições. Porém, desde o início, suas ações estão limitadas e sofrem interferência freqüente dos contratantes, que temem perder o poder nas relações, o poder autoritário, o poder da punição e o poder do controle, até então centralizado pela cúpula.

O fato é que os médicos, conforme Carapinheiro (1998)

(...) detêm o poder por possuírem o saber capaz de curar doenças e de salvar vidas, como também pela competência técnica que lhes permite opor e sobrepor às exigências decorrentes do trabalho clínico e defender os privilégios profissionais da classe no interior do hospital” (CARAPINHEIRO, 1998, p.51).

Luz (1986) sugere que a acentuada autonomia dos médicos, defensores de regras e normas profissionais na rotina administrativa, em contraposição à necessidade de uma gestão eficaz por parte dos administradores contratados, mesmo nos modelos mais participativos e democráticos, tem demonstrado resistência por parte dos colaboradores, denunciando seu caráter autoritário. Assim se explica que muitos atributos de rigidez, mecanismos,

autoritarismo e coordenação inadequada com que se tem caracterizado os serviços de saúde, provêm mais da organização profissional do que das suas características burocráticas.

Os médicos, ao delegarem funções gerenciais aos administradores hospitalares durante o processo gerencial, evitando comprometer a legitimidade do modelo administrativo, mostram-se omissos quando optam por manter-se a distância, declarando uma posição centralizadora e onipotente. Foucault (1995) estabelece que “toda relação de poder é um sistema de diferenciações que permitem agir sobre a ação dos outros. Toda relação de poder opera diferenciações que são, para ela, condições e efeitos” (FOUCAULT, 1995, p.246).

Se os administradores hospitalares pudessem contar com a co-gestão, com a participação de todos no processo de administração, a organização se autocoodenaria e, conforme afirma Foucault (1979), mesmo cumprindo as exigências governamentais de mercado e, principalmente, a dos médicos proprietários, os interesses institucionais se reforçariam sem que os médicos perdessem o controle das informações e autonomia sobre os recursos físicos e humanos.

Para Foucault (1979), existe uma perspectiva de compatibilidade entre poder médico e poder jurídico. O que defenderia a possibilidade de troca de poderes entre as categorias de poder – no caso, a viabilidade da colonização dos poderes dos administradores e médicos mutuamente.

3.2.1 Ciência e prática em administração como formas de dominação

A pedra fundamental de uma discussão teórica normalmente nasce de uma inquietação, de um questionamento. Neste caso, mais que isso, surge no bojo do esforço de canalizar para a investigação a reação indignada aos incessantes esforços instrumentalizadores do homem no trabalho e às conseqüências desse processo numa sociedade como a nossa. Nestes tempos modernos, o homem tem sido vítima de uma ação opressora e aniquiladora de sua condição, que se impõe por meio de mecanismos cada vez mais sofisticados de controle e alienação (DOURADO & CARVALHO, 2006).

Já nos primórdios da ciência administrativa, Taylor se preocupava com os resultados do trabalho ao propor o estudo dos tempos e movimentos como meio de aferir o tempo ideal para cada tarefa. Em fase seguinte, a Escola das Relações Humanas inseriu variáveis sociais e humanas para obter indicadores superiores de performance e constatou que seriam a melhor maneira de manter as organizações em patamares de competitividade empresarial. Por trás do discurso liberal e dos ajustes nas políticas de tratamento do trabalhador pelas empresas estava a necessidade de efetivar transformações no controle dos indivíduos para minimizar o conflito capital *versus* trabalho e obter maiores rendimentos (DOURADO & CARVALHO, 2006).

Chanlat (1996) comenta desta forma esse interesse subjacente à lógica do capital:

A dominação do econômico à qual assistimos em nossa sociedade é de fato a lógica do capitalismo, fundada na propriedade privada, no jogo de interesses pessoais e na busca do lucro e da acumulação que se impôs gradualmente por toda parte (CHANLAT, 1996, p. 15).

A supremacia dos interesses econômico-empresariais sobre os interesses dos indivíduos é fruto de uma relação de poder desigual. Historicamente, os indivíduos foram peças importantes na racionalização dos meios produtivos, desempenhando função instrumental nesse processo. Segundo Perrow (1990) formou-se como cenário uma sociedade composta por grandes organizações e dominada por elas, cuja relação converteu a política, as classes sociais, a tecnologia, a religião, a família e o indivíduo em variáveis dependentes. Desenvolveu-se a partir daí uma formação social voltada para essa relação, sem, contudo, fomentar paralelamente questionamentos mais sólidos sobre a dominação nela existente e as distorções por ela geradas.

A tecnologia de gestão compreende o conjunto de técnicas, programas, instrumentos ou estratégias utilizadas pelos gestores para controlar o processo de produção em geral e de trabalho, em particular, afirma Faria (2004). Para ele, a tecnologia de gestão faz uso de técnicas de ordem instrumental e comportamental (ou ideológica), ambas usadas como formas de domínio e manipulação sobre o trabalho. Se as primeiras envolvem a racionalização do trabalho, a disposição racional de máquinas e equipamentos, e os sistemas e métodos de trabalho, as técnicas de ordem comportamental ou ideológica abrangem seminários de criatividade, mecanismos de motivação e programas de treinamento e desenvolvimento, entre

outros. No conjunto, estas pretendem introjetar nos trabalhadores valores gerais básicos sobre os resultados do trabalho, de acordo com o ponto de vista capitalista (DOURADO & CARVALHO, 2006).

Para Pagés *et al.* (1993) “há que distinguir, no exercício da mediação de interesses, as instâncias econômica, política, ideológica e psicológica” (PAGÉS et al, 1993, p.). A instância econômica refere-se a uma política de altos salários, a possibilidades abertas de carreira e a chances de desenvolvimento do indivíduo. A instância política comporta os mecanismos de administração a distância, atualmente comuns, como redes internas de comunicação, grupos autônomos de forças-tarefa e a participação dos funcionários na tomada de decisão, entre outras. A instância ideológica é exercida pela ideologia dominante produzida pela empresa, permitindo toda sorte de variantes e interpretações individuais e não contraditórias em relação à da empresa. A instância psicológica resulta da compensação das restrições e das coerções por privilégios e prazeres viabilizados pelo emprego e pela empresa (DOURADO & CARVALHO, 2006).

Novas formas provocam o surgimento de um trabalhador de novo perfil nos discursos demiúrgicos dos profissionais de recursos humanos, que têm defendido uma nova ideologia profissional que aponte para “uma empresa humana integrada, multidimensional, concebida como um lugar de desenvolvimento de iniciativas individuais e coletivas” (GORZ, 2003, p.70). Essa nova ideologia fundamenta a manutenção e a sobrevivência do sistema a partir da instrumentalização do indivíduo, sem conceder-lhe espaço para protesto ou tomada de consciência.

Motta (1993) denomina essa nova ideologia de “engodo da organização pós-burocrática”. Afirma que as novas teorias administrativas são disfarces das grandes mudanças socioeconômicas necessárias ao processo de reificação do sistema. Esses disfarces têm tomado várias formas e diversas denominações. Como: administração participativa, *downsizing*, *empowerment* e programas de qualidade de vida no trabalho. Essa nova ordem, sob o simulacro de “pós-burocrático”, combina métodos rígidos e maleáveis de controle, municiando os gerentes para manter a “harmonia” e os rendimentos organizacionais, consubstanciando um novo tipo de dominação.

Em contrapartida, conforme Cecílio (2002) surge o termo *autogestão*, que é recente e pode ser considerado como sinônimo de *autonomia*. A sua concepção advém do significado de um conjunto social de grupos autônomos, associados a suas funções econômicas quanto nas funções políticas.

Segundo Motta (1980), assim se caracteriza a autogestão:

Pela autonomia dos empregados nas decisões empresariais, desde o processo de formulação de diretrizes internas e divisão do trabalho à distribuição de renda. A autonomia constituiria uma forma de eliminar a apatia, falta de comprometimento, alienação desmotivação do trabalhador em relação à decisão sobre produção de serviços, e distribuição dos recursos gerados pela produção. (MOTTA, 1980, p.7).

A autogestão viria como fator de mudança de valores nas relações de poder, quando tenta responder a algumas indagações, como: “Quem deseja a mudança?” e “A quem interessa a mudança?” Pode-se conduzir as organizações a desvendar a existência de atores ímpares, de classes diferentes, com recursos de poder diferentes, os quais podem ser colocados para trabalhar juntos, unindo, assim, classes em equipes autônomas que englobem a administração e a assistência em uma única unidade de trabalho e de produção. Isso pode ser, *a priori*, um projeto idealista e de difícil construção, o qual pode surgir como uma solução para que a autogestão se desenvolva nas organizações.

3.2.2 A estrutura organizacional e a espacialidade

A estrutura organizacional tem sido comumente definida como sendo o padrão de relacionamento entre os indivíduos na organização. Pugh *et. al.* (1963) afirmam que:

Os estudos empíricos sobre a estrutura das organizações não podem ser realizados senão em relação ao seu funcionamento, uma vez que a estrutura não existe em si mesma, sendo um construto derivado das atividades dos membros da organização, como a análise da dinâmica dos fluxos (comunicação, relações de poder, materiais)” (PUGH *et.al*, 1963, p.305).

Com o surgimento da perspectiva estrutural, algumas variáveis foram englobadas no estudo da estrutura, como especialização, padronização, formalização, centralização, configuração e flexibilidade.

Blau (1977) define a estrutura organizacional como sendo a distribuição, em várias linhas, de pessoas em posições sociais que influenciam os relacionamentos entre os papéis dessas pessoas.

A especialização refere-se à divisão do trabalho dentro das organizações. A padronização é concernente à diferenciação das atividades em cada função. A formalização está relacionada à padronização dos procedimentos e regras formais. A centralização refere-se ao local ocupado pela autoridade que toma decisões que afetam a organização. A configuração é concernente ao sistema de relacionamento entre posições ou à descrição do trabalho em termos da autoridade de superiores e da responsabilidade dos subordinados. A flexibilidade expressa a capacidade de mudanças e adequações na estrutura organizacional.

Segundo Perrow (1972), a estrutura, na maioria das organizações, está ligada à burocratização dos padrões de comportamentos mais ou menos estáveis, com base em uma estrutura de papéis e tarefas especializadas.

Segundo Child (1984), a estrutura organizacional define as relações formais de subordinação, o agrupamento de indivíduos em departamentos e de departamentos na organização como um todo. Ela também inclui os sistemas que asseguram a comunicação e a coordenação de esforços entre os departamentos.

Para Aldrich (1979), a estrutura busca eliminar ou controlar todas as influências extra-organizacionais sobre os seus membros, possuindo mecanismos tanto de diferenciação como de integração, mas também, de acordo com Ranson, Hinings e Greenwood (1980), a capacidade de alteração, sendo ao mesmo tempo resultado e processo.

Segundo Lawrence e Lorsch (1967), a diferenciação compreende as distinções de orientação cognitivas e emocionais entre os agentes dos diferentes setores funcionais e a diferença de estrutura formal entre os setores. Já a integração está relacionada com a colaboração entre as

partes. As organizações têm melhor desempenho quando os níveis de diferenciação e integração se equivalem ao nível de incerteza do ambiente.

A compreensão do ambiente no qual está inserida a organização é um importante fator na análise organizacional, não só pelas trocas de recursos existentes entre eles, como também pelas pressões externas que influenciam a dinâmica interna das organizações, como suas escolhas estratégicas (CHILD, 1972) e a estrutura e tecnologia das organizações (THOMPSON, 1962), dentre outros.

Apesar de sua importância, somente nas últimas décadas o ambiente vem recebendo atenção especial dos teóricos das organizações. O ambiente organizacional tem sido caracterizado pelos diversos fatores que influenciam e recebem influência da organização, incluindo desde as questões locais até o contexto mundial. Apesar de variáveis ambientais estarem presentes nos trabalhos da Escola Clássica e Escola das Relações Humanas, somente com as perspectivas estruturalista e contingencial elas passaram a receber destaque na análise das organizações.

A relevância acadêmica da presente investigação crítica está em ressaltar os mecanismos pelos quais os edifícios contribuem para estabelecer e reforçar as instâncias ideológicas, políticas e socioeconômicas de dominação (DALE & BURRELL, 2002).

Estruturas físicas circunscrevem ações e interações de indivíduos ao instalá-los em espaços que têm como objetivos: prover um contexto por meio do qual as pessoas criam um senso de realidade; condicionar as possibilidades para os papéis sociais; e organizar as pessoas e suas atividades. Deve-se atentar, portanto, para a dimensão política desses espaços, que envolve questões tais como a lógica de repartição do poder, o local de tomada de decisões, a regulação do espaço e sua influência no comportamento humano e a ritualização na criação de cenários nos quais ocorre a explicitação de papéis sociais. Quando os indivíduos encenam tais papéis, estão sendo tomadas decisões a respeito de “quem ocupará um território, quem poderá mudar para onde e com que frequência, e quem poderá transitar pelo espaço” (TURNER, 1999, p. 261).

A estruturação das organizações depende, portanto, dos aparatos sociopolíticos referentes à espacialidade (CAPPELLE & BRITO, 2002; MACKEY, 2002) e que permitem a incorporação de práticas, hábitos e crenças. Assim, tendem a reforçar os mecanismos de alienação, submissão e apatia (ENRIQUEZ, 1997). Denunciar o espaço organizacional como mecanismo de controle e dominação dos indivíduos implica denunciar o controle de seu olhar

para atender interesses de desempenho e lucratividade. A eficácia desse controle é pedagógica. A literatura parece ter, no entanto, negligenciado a questão da “educação” do olhar.

No mundo do trabalho, quando o progresso técnico e a divisão do trabalho levaram à emergência do conceito de troca, o interesse das empresas nascentes voltou-se para a maximização dos retornos obtidos por sua atividade principal. Foram estabelecidas as fundações do capitalismo produtivo (SURET-CANALE, 2000, p.167).

A divisão do trabalho exige a constituição de mecanismos de controle, dentre os quais a manipulação do espaço. Em nome da eficiência, a racionalidade começa a ser privilegiada e as manifestações do caos passam a ser combatidas. Surgem os patrões e os empregados, os chefes e os comandados; criam-se horários de trabalho; estabelecem-se cronogramas de produção; e esboçam-se organogramas. As forças da ordem passam a ditar também a construção do ambiente físico: enquanto o olhar dos patrões se centraliza na perseguição do excedente (POLANYI, 2000), os olhos dos indivíduos devem ser contidos no espaço que produz o excedente, de modo que nada possa interferir no processo de sua apropriação. Nas organizações cria-se uma realidade no edifício da fábrica, um mundo de corpos curvados ante a necessidade de aumentar a produção. Nesse pequeno mundo, começam a manifestar-se fortemente a territorialidade e a competição por espaços de sobrevivência (STAUB & BULGACOV, 2000) que, por sua vez, estimulam o aparecimento da agressividade e da violência, fazendo da empresa uma arena na qual indivíduos e grupos tentam obter posições de domínio, em função de seus interesses.

As partes mais fracas, oprimidas pela ordem, são, então, enclausuradas no espaço para que o controle sobre elas seja exercido de modo mais próximo, objetivo e direto. As janelas para o exterior são fechadas, impedindo o indivíduo de conduzir livremente seu olhar para o mundo. O princípio da clausura, contudo, não é constante nem indispensável. A disciplina trabalha o espaço de maneira flexível e fina (FOUCAULT, 1987). Ainda assim, os olhos dos que trabalham só podem ver aquilo que o chefe deseja; sua imaginação passa a ser igualmente vigiada, controlada e direcionada. Os olhares fixam-se em linhas retas: linhas de montagem, linhas de produção, caixas empilhadas de produtos e pilhas de papel sobre as mesas.

O espaço organizacional transforma-se, então, em espaço disciplinar: “Cada indivíduo no seu lugar; e em cada lugar um indivíduo” (FOUCAULT, 1987, p. 123). Destaca-se o relato de um trabalhador colhido por Zuboff (1988):

“Tínhamos o hábito de ver uns aos outros e conversar. Mas agora, com o novo sistema, colocaram divisórias entre nós, pois não devemos ver uns aos outros”. Os propósitos pedagógicos do uso dos espaços físicos são confirmados por um gestor: “Nada justifica as pessoas interagirem entre si. O sistema permite que exista uma privacidade entre você e o sistema. Com a mobília que escolhemos, há um reforço da mensagem: ‘você está aqui para fazer o seu trabalho’. A mobília deve aumentar a produtividade, pois coloca cada indivíduo em seu próprio cubículo” (ZUBOFF, 1988, p. 139).

Sob a ótica da administração estratégica (ou “Administrar por antecipação”), pressupõe-se um conhecimento amplo e detalhado desse meio ambiente. Para Schuler (1994):

A administração estratégica da empresa depende das informações emitidas pelo meio ambiente onde ela se insere. As respostas que o ambiente dá às manifestações da organização são também fonte permanente de interesse (SCHULER, 1994, p. 231).

O ambiente organizacional (físico) interno também é definitivo e deve ser compreendido e interpretado como uma gama de espaços apropriados – “territorializados” (expressão nossa). Para Fischer, “a apropriação engloba... formas de interações que exprimem, a partir de uma ocupação ou de uma utilização específica do espaço, uma afirmação de si sobre os lugares”, mediante a sua privatização e personalização (FISCHER, 1994, p. 85).

A disposição de mesas e cadeiras, quadros na parede, vasos e porta-retratos sobre as mesas funciona como demarcadores de território, evidenciando desde logo a sua apropriação. Fischer acrescenta que “esses demarcadores tem uma função preventiva, indicando aos outros quem possui e ocupa o espaço assim delimitado” (FISCHER, 1994, p. 85). São, na realidade, símbolos – entes comunicantes – que evidenciam uma relação dual - entre si mesmo e os outros – de fronteiras caracterizadas.

Essas demarcações podem também refletir e traduzir a posição ocupada por indivíduos na organização: as dimensões da sala ocupada, o andar ou local onde se localiza (geralmente, a alta direção ocupa os andares superiores – comando “top down”), o espaldar da cadeira (cargos importantes demandam cadeiras de espaldar alto), as dimensões (e estilo) da mesa; enfim, esses elementos estão impregnados de *simbolismos* de mensagens intraambientais.

Para Fischer “a distribuição num espaço e a arrumação desse são uma expressão do sistema hierárquico e uma de suas formas mais visíveis” (FISCHER, 1994, p. 91). Assim, o espaço organizacional irá refletir “que a arrumação dos espaços dá lugar a uma dinâmica social que se manifesta através de diversas formas de interação com o espaço: o comportamento do espaço, a banalização do espaço e a avaliação do espaço” (FISCHER, 1994, p. 93).

Há outro aspecto a considerar: a relação espaço e cultura. O espaço possui uma dimensão cultural manifestada pelo conjunto de normas, valores que condicionam os usos de um local de trabalho e lhe dão sentido. Assim concebido, o espaço aparece como uma linguagem da cultura organizacional.

O arcabouço simbólico presente no ambiente (comunicante) interno da organização necessita ser adequadamente decodificado. E nesse processo é fundamental considerar o receptor das mensagens, percebendo-o não como um ente passivo, submisso e cordato, mas como um ente ativo (e comunicante) que atua também como emissor e canal das mensagens organizacionais. Tal premissa exigirá, portanto, o conhecimento dos diferentes repertórios (com seus significados) dos receptores das mensagens organizacionais.

Inquestionavelmente, o macro e o microambiente empresarial se constituem em elementos de comunicação. A aceitação dessa afirmação representa a possibilidade de sobrevivência das empresas, principalmente em face da rapidez das mudanças que se processam no ambiente globalizado. Atualmente, atitudes proativas, de vanguarda, impõem-se e são impostas às organizações. Não há administração estratégica sem conhecimento e análises profundas sobre todos os elementos que constituem e interagem no meio ambiente organizacional. É inaceitável que as empresas desconheçam ou ignorem o que acontece interna e externamente. É preciso informar e manter-se informado.

3.3 Breve histórico sobre o hospital e a administração hospitalar

Na análise dos primórdios da história da humanidade, dificilmente se encontra na Antigüidade, a denominação de um local específico onde pessoas doentes fossem aceitas para permanência e tratamento por elementos com algum conhecimento seja de doenças, seja da “vontade divina” (COE, 1973, p. 13).

Num sentido geral, pobres, órfãos, doentes e peregrinos misturavam-se no que se refere à necessidade de cuidados.

A indicação da palavra hospital origina-se do latim hospitalis, que significa "ser hospitaleiro", acolhedor, adjetivo derivado de hospes, que se refere a hóspede, estrangeiro, conviva, viajante, aquele que dá agasalho, que hospeda. Assim, os termos hospital e hospedale surgiram do primitivo latim e se difundiram por diferentes países. No início da era cristã, a terminologia mais utilizada relacionava-se com o grego e o latim, sendo que hospital tem hoje a mesma concepção de nosocomium, lugar dos doentes, asilo dos enfermos e nosodochium, que significa recepção de doentes (COE, 1973).

Há na história outros vocábulos que salientam os demais aspectos assistenciais:

- gynetrophyum = hospital para mulheres.
- ptochodochium, potochotrophium = asilo para pobres.
- poedotrophium = asilo para crianças.
- gerontokomium = asilo para velhos.
- xenodochium, xenotrophium = silo e refúgio para viajantes e estrangeiros.
- arginaria = asilo para os incuráveis.
- orphanotrophium = orfanato.
- hospitium = lugar onde hóspedes eram recebidos.
- asylum = abrigo ou algum tipo de assistência aos loucos. (COE, 1973)

Da palavra hospitium derivou hospício, que designava os estabelecimentos que recebiam ou eram ocupados permanentemente por enfermos pobres, incuráveis ou insanos. As casas reservadas para tratamento temporário dos doentes eram denominadas "hospital" e, hotel, o lugar que recebia pessoas "não doentes" (COE, 1973).

O exercício da prática médica na civilização assírio-babilônica é comprovado por alguns documentos e fatos: A biblioteca do palácio de Nínive, que continha peças de argila, apresentando, em escrita cuneiforme, textos (de ou para) médicos, documentando tal atividade, desde 3000 a.C. O código de Hamurabi (2.250 a.C) regulamentava a atuação, a remuneração e os castigos recebidos pela negligência médica. Porém, nada restou que permitisse saber onde e como essas atividades eram exercidas, pagas, fiscalizadas ou julgadas.

Entretanto, Heródoto, referindo-se a épocas remotas, indica-nos um mercado, onde os doentes eram conduzidos para serem interpelados sobre o mal que os afligisse (CAMPOS, 1944).

Deve-se ao budismo a propagação das instituições hospitalares. Segundo Mac Eachern (CAMPOS, 1944), Sidartha Gautama, o Iluminado (Buda), construiu vários hospitais e nomeou para cada dez cidades um médico já "formado", prática continuada por seu filho Upatise.

Em ordem cronológica, vários autores indicam a existência de hospitais: anexos aos mosteiros budistas, em 543 a.C. (Puech); existentes no Ceilão, entre 437 e 137 a.C. (Garrison); vários hospitais mantidos em diferentes lugares, "providos de dieta conveniente e de medicamentos para os enfermos, preparados por médicos", por Dutha Gamoni, em 161 a.C (Robinson); 18 hospitais, providos pelo rei Gamari, no Ceilão, em 61 a.C. (Puech). (CAMPOS, 1944).

Moisés, o primeiro legislador e profeta do povo hebreu, não tratou somente de aspectos religiosos. Seus preceitos de higiene, aplicados não apenas ao indivíduo e à família, mas a toda a coletividade, destaca-o entre os grandes sanitaristas de todos os tempos. As prescrições mais conhecidas referem-se ao contato com cadáveres, às mulheres durante a menstruação, à gravidez e ao puerpério, às doenças de pele, às doenças contagiosas e aos leprosos. Quanto à existência de hospitais permanentes, nada se sabe a este respeito em Israel (CASTIGLIONI, 1947).

Ao lado dos deveres sagrados de proteção aos órfãos e viúvas, e de hospitalidade aos estrangeiros, havia também o de amparo aos enfermos: em albergues gratuitos para viajantes pobres e em hospedarias existia um lugar especial reservado aos doentes. A importância da obra coletiva em favor dos enfermos ganhava destaque em caso de calamidade pública, quando se instalavam hospitais para a população. Além disso, havia o costume de visitar os doentes em suas casas (CASTIGLIONI, 1947).

Em se tratando de persas, fenícios e sírios, apesar de a documentação histórica nos apresentar um quadro de povos altamente evoluídos na navegação, na engenharia, na arte bélica etc., praticamente nada se sabe da existência de hospitais e pouco no que se refere aos cuidados da saúde e da doença (CASTIGLIONI, 1947, p. 22).

Apenas em relação à base das doutrinas médicas persas, Ormuzd, princípio do bem, e Ahriman, princípio do mal, encontramos menção no livro de Zoroastro: plantas medicinais ("criadas" por Ormuzd) e enumeração de 99.999 doenças. Entretanto, algumas fontes históricas referem-se a "hospitais" para pobres, onde estes eram servidos por escravos, sem esclarecer sua "independência", ou não, de aspectos "assistenciais", ou seja, devotados aos pobres e necessitados – em geral, órfãos, viúvas e viajantes (CAMPOS, 1944).

A medicina chinesa, assim como sua concepção do universo e sua filosofia, apresenta diferenças quanto à maioria dos povos orientais: o princípio das manifestações populares opostas, os cinco elementos e o culto dos antepassados atravessam toda civilização e impregnam o conceito de saúde e doença. Sobre o perfeito equilíbrio entre o princípio positivo masculino, Yang e o negativo feminino, Ying, fundamentam-se a saúde, o bem estar e a tranqüilidade (CAMPOS, 1944).

A influência da medicina chinesa chegou ao Japão, sobretudo através da Coréia, sendo que o hospital mais antigo de que se tem registro foi criado em 758 d.C., pela imperatriz Komyo. Dois aspectos se salientam: a utilização de águas termais e o grande incremento da eutanásia. Em 982 d.C., o livro Ishinho, escrito por Yasuyori Tamba, faz referências a hospitais exclusivos para portadores de varíola (CAMPOS, 1944).

A origem da medicina grega mescla-se também com a religião. Apolo, o deus sol, da mesma forma, é o deus da saúde e da medicina. Seu filho Asclépios – Esculápio – é o primeiro médico. Portanto, as primeiras figuras humanas a exercerem a "arte de curar" são os sacerdotes dos templos, e estes os primeiros locais para onde afluem os doentes. No início, são movimentos espontâneos, pois os enfermos iam orar ao deus, pedindo cura para seus males. Aos poucos, como o número desses enfermos ia aumentando, foi necessária a criação de lugares apropriados. E, finalmente, por iniciativa dos sacerdotes, os novos templos foram erigidos em locais de bosques sagrados, com fontes de água de propriedades terapêuticas, para atender aos doentes (CAMPOS, 1944).

Surgem, a seguir, como um desenvolvimento do conceito de "hospedagem", ou seja, atendimento de viajantes doentes, os iatreuns, lugares públicos de tratamento, servidos por médicos que não pertenciam à casta sacerdotal. Muitos não passavam de residência dos médicos e seus estudantes, que acolhiam enfermos. Outros representavam local de

"internação" de doentes, sob a supervisão dos especialistas (medicina empírica, eivada de magia e feitiçaria, pelo menos nos primeiros tempos). De qualquer forma, os iatreuns passaram a funcionar também como escolas de medicina (CAMPOS, 1944).

Os valetudinários militares foram os mais importantes, representando, mais que todos os outros, verdadeiros hospitais em tamanho, complexidade e pessoal. Inicialmente, eram incorporados aos exércitos. Havia médicos militares, tratando tanto de soldados feridos quanto dos que se encontrassem doentes. Após as batalhas, casos considerados "leves" eram atendidos ou a céu aberto ou em tendas armadas para tal fim. Para os casos mais graves, dispunha-se de hospitais de campanha, que se tornaram cada vez mais completos (CAMPOS, 1944).

Ruínas de tais instituições foram encontradas nas margens do rio Danúbio, em Viena, em Baden (Suíça) e em Bonn (Alemanha). Este último constitui-se "de construção de forma quadrada, com um pátio no centro. As alas do edifício medem 83m cada. Os feridos eram internados em salas com capacidade de três leitos cada, bem iluminadas e arejadas". As enfermarias se comunicavam com um pátio central quadrangular. "Havia lugar para os enfermeiros, médicos e depósito de medicamentos", assim como cozinha. "A localização norte-sul do edifício corresponde a critérios modernos". Alguns desses hospitais militares "tinham capacidade para 200 leitos, segundo a descrição feita por Vegezio (século IV d.C.). O hospital militar era supervisionado pelo chefe do acampamento e dirigido por um médico" (MUNARO et al., 1974). Da mesma forma que os exércitos em terra, cada navio de guerra possuía um profissional médico, considerado oficial não-combatente, com posto de "principal", dependendo "diretamente do comandante ou do tribuno das legiões" transportadas (CAMPOS, 1944, p. 33).

Pode-se dizer que na Antigüidade, antes do advento do cristianismo, havia civilizações altamente desenvolvidas em vários setores da atividade humana, mas pouco no que refere à assistência à saúde, tanto individual quanto coletiva. Cabia, geralmente, à religião o cuidado com os doentes – em algumas culturas, em forma de monopólio – ao lado de outros aspectos assistenciais: órfão, viúvas, pobres e viajantes. A iniciativa particular, ao lado da religião, deu início ao "atendimento do doente com finalidade lucrativa". Com a exceção dos hebreus e da civilização greco-romana, os demais povos não tiveram maiores preocupações com os aspectos sanitários, quer da coletividade, quer das famílias e indivíduos. O diagnóstico e a terapia estiveram sob o domínio das práticas "mágicas", "religiosas", "supersticiosas", de "encantamentos", de "interpretação de sonhos" e outras, muito mais do que da observação e análise do paciente e da doença. A Índia, a China e o Japão, da mesma forma que a civilização greco-romana, foram os países que integraram, em sua cultura, a "organização" hospitalar,

muitas vezes, complexa, em locais separados segundo a clientela, o tipo de doença e a característica do médico. (CAMPOS, 1944).

Com o surgimento do mundo empresarial, no século XVII, a idéia do surgimento de um hospital partiu da questão central da chamada "teoria das organizações", que sugeriu o conceito de punição aos trabalhadores. Nesta época, aparecem numerosas casas de internamento para corrigir e preparar as pessoas para o mundo do trabalho. Para se ter uma idéia da importância dessas casas de internamento, é necessário que se diga que mais de um habitante em cada cem da cidade de Paris viu-se fechado numa delas por alguns meses (FOUCAULT, 1978).

Essas casas de internamento surgiram em 1656, em Paris, com o nome de Hospital Geral, mas que, na verdade, possuíam funções bem determinadas que nada tinham a ver com a saúde física de seus hóspedes. Seus objetivos eram claros e definidos: impedir a mendicância e a ociosidade, bem como as fontes de todas as desordens, uma vez que os métodos empregados há cem anos não tinham mostrado uma certa eficácia na repressão aos desordeiros, bem como a harmonia social teria que ser cumprida a todo custo de acordo com a nova ordem social e econômica daquela época (GARCIA, 2004).

Avançando um pouco na história, percebe-se a criação de hospitais psiquiátricos, que representa, na verdade, uma sofisticação tecnológica das casas de internamento, pois é justamente nos lugares mais industrializados de toda a Europa que aparecem os primeiros asilos para abrigarem, no século XIX, os "loucos", que um século e meio antes eram confundidos com os vagabundos, miseráveis e desempregados (GARCIA, 2004).

Segundo Foucault (2000), até meados do século XVIII os religiosos detinham o poder institucional. Porém, a partir do momento em que o hospital é concebido como instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar, e a comunidade religiosa é banida para que o espaço possa ser organizado medicamente.

O médico confia aos religiosos um papel determinado, mas subordinado. Desta forma, aparece a categoria do enfermeiro, e o hospital bem "disciplinado", ou seja, que segue as ordens dos médicos e superiores, constitui-se no local adequado da "disciplina médica". Esta

disciplinarização permite ao médico curar os doentes e controlar o cotidiano dos demais profissionais, além de determinar o tipo de comportamento esperado no espaço hospitalar.

Foucault (2000) comprova esse dado acrescentando que:

Com a aplicação da disciplina no espaço médico e pelo fato de que se pode isolar cada indivíduo, instalá-lo em uma cama, prescreve-lhe uma dieta, etc (...) pretende-se chegar a uma medicina individualizante. Com efeito, é o indivíduo que será observado, vigiado, conhecido, curado. O indivíduo surge como objeto de saber da prática médica (FOUCAULT, 2000, p. 111).

Antes do século XVIII, o hospital era, essencialmente, uma instituição de assistência aos pobres. Era considerado como uma instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre, pela sua condição, tem necessidade de assistência. Como portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna (FOUCAULT, 1979). Posteriormente, o hospital é concebido como instrumento de cura e a distribuição do seu espaço torna-se um instrumento terapêutico

o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. (...) A partir de então, a forma do claustro, da comunidade religiosa, que tinha servido para organizar o hospital, é banida em proveito de um espaço que deve ser organizado medicamente (FOUCAULT, 1979, p.109).

O hospital, ao final do século XVIII é uma invenção relativamente nova como instrumento terapêutico. Foucault (1979) relata que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar, fato que aparece claramente em torno de 1780 e é assinalado por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais. No momento em que se colocava o problema da reconstrução do Hotel Dieu, de Paris, aconteceu na Europa uma série de viagens, a pedido da Academia de Ciências, entre as quais se podem destacar a do Howard, inglês, processador filantrópico, que percorreu hospitais, prisões e lazaretos da Europa, entre 1775/1780 e a do médico francês Tenon. Essas viagens-inquérito têm várias características, dentre elas destacam-se três:

1. Definir após o inquérito, um programa de reforma e reconstrução dos hospitais.

2. Pesquisar o percurso, o deslocamento e o movimento no interior do hospital, além das condições espaciais dos doentes hospitalizados por ferimentos, como são curados e quais as vizinhanças mais perigosas para eles.
3. Um novo olhar sobre o hospital considerando-o como máquina de curar e que se produz efeitos patológicos, deve ser corrigido.

Deve-se questionar como se deu a transformação, isto é, como o hospital foi medicalizado e a medicina pôde tornar-se hospitalar (FOUCAULT, 1979). O primeiro fator foi a busca da anulação dos efeitos negativos do hospital, em que o foco deixa de ser o doente e sua doença. O segundo foi o desenvolvimento do conhecimento na área gerencial da saúde por parte de enfermeiras, médicos e outros profissionais.

Os hospitais se inscrevem em uma nova realidade, a qual requer que profissionais que compõem as equipes de saúde desenvolvam competências específicas e diferenciadas, novos requisitos de qualificação, novos perfis, comportamentos e habilidades em face da alteração na configuração de equipes, dos papéis profissionais e das identidades dos indivíduos nos processos produtivos. Dessa forma, passa a ser “imprescindível a maior qualificação dos responsáveis pela gerencia” (CECÍLIO, 1997, p. 41), “a função gerencial especializada, a qual passa a ser central na vida daqueles profissionais que exercem o papel gerencial, exigindo preparo, vocação e disponibilidade de tempo” (BRITO, 2004, p. 25).

A organização do trabalho em saúde, buscando uma gestão mais apropriada:

Foi intensamente afetada pelo desenvolvimento tecnológico e pela especialização. Houve ampliação da capacidade de diagnosticar e tratar problemas de saúde, mas também dos custos, da institucionalização das práticas de saúde e da perda do controle dos meios de trabalho por parte da maioria dos profissionais. A intimidade do processo de trabalho em saúde foi afetada por mudanças no arranjo tecnológico das práticas de saúde (FEUERWERKER, 2007, p.1-2).

O trabalho médico e o trabalho em saúde em geral orientaram-se nos últimos quarenta anos por meio de procedimentos, e não das necessidades das pessoas, causando empobrecimento de sua dimensão cuidadora, conforme afirma Feuerwerker (2007):

Estes últimos anos foram marcados, simultaneamente, pelo aumento das expectativas dos usuários em relação aos benéficos potenciais da ciência e por uma crescente insatisfação em relação à possibilidade de acesso aos serviços de saúde e

a qualidade da relação entre profissionais de saúde e usuários (FEUERWERKER, 2007, p.2).

3.3.1 O surgimento do hospital no Brasil

Os primeiros hospitais surgiram no País a partir de duas grandes instituições operantes no Brasil: a Igreja, por meio das Santas Casas, e o exército, principal representante do Estado português. Em 1727, começava a funcionar o primeiro serviço hospitalar militar do Rio de Janeiro, no Morro de São Bento, que daria origem ao Hospital Real Militar. No caso dos hospitais ligados à Igreja, quase sempre nasciam como instituições destinadas a apoiar uma ampla variedade de excluídos: órfãos, mães solteiras, velhos, pobres e, claro, doentes (CHERUBIN, 1999).

Esse caráter polivalente aparecia também nos primeiros hospitais vinculados a comunidades estrangeiras, com destaque para as Beneficências Portuguesas. Eram, em geral, entidades criadas pelas famílias mais ricas de imigrantes, como centros de apoio – financeiro, social e médico – aos patrícios recém-chegados. O Real Hospital Português de Beneficência do Recife (PE) surgiu em 1855. Dois anos depois, era criado o Hospital Português de Salvador (BA). Em 1859, surgiram, quase ao mesmo tempo, a Beneficência Portuguesa do Rio de Janeiro e a Real e Benemérita Associação Portuguesa de Beneficência, em São Paulo (CHERUBIN, 1999).

A iniciativa de ministrar cursos de administração hospitalar, conforme Cherubin (1999) coube ao Dr. Theophilo de Almeida, de Pará de Minas, Minas Gerais. Ele se formou, em 1909, em Ciências e Letras, e em seguida cursou a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, tornando-se depois diretor da Divisão de Organização Hospitalar do Ministério da Saúde. Posteriormente, frequentou um curso de curta extensão de administração hospitalar na Universidade de Cornell, em Nova York. Ao retornar ao Brasil, em 1946, propôs o primeiro curso de administração hospitalar aprovado pelo presidente Getúlio Vargas, no dia 13 de maio de 1946, pelo Decreto n. 9.388 (CHERUBIN, 1999).

Esse primeiro curso teve uma aceitação inusitada e as quarenta vagas oferecidas tiveram que ser ampliadas para cinquenta. A maioria dos alunos provinha de Santas Casas, hospitais de

religiosos e estabelecimentos públicos. Ele foi ministrado, durante quinze anos e com a duração de dez meses, na escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro (CHERUBIN, 1999).

Em sua pesquisa, Dr. Theophilo de Almeida coleta informações sobre um segundo curso, o qual foi organizado pelo Prof. Odair Pedroso Pacheco, com o apoio da Kellogg Foundation e oferecido pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo em maio de 1951. O curso em apreço oferecia 36 vagas e foi ministrado na própria faculdade. Tinha a duração de um ano acadêmico e seis meses de prática profissional. Além do estágio curricular, nos fins de semana, eram feitas visitas e levantamentos de hospitais do interior do estado.

Em 1969, o Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares (IPH), de São Paulo, passou a oferecer o Curso de Administração Hospitalar, para graduados. Coube ao IPH apreciar realmente o desempenho dos formados nos cursos de curta duração nos hospitais. Constatou-se que, embora bem ministrados, não estavam formando profissionais qualificados.

Em 1972, o IPH toma a iniciativa de elaborar um projeto pedagógico que previa a formação do administrador hospitalar em cursos regulares de graduação e solicita ao Conselho Federal de Educação a fixação de um currículo mínimo para isso. Buscando atender às exigências do Conselho Federal de Educação (CFE), outras iniciativas foram se sucedendo, até que em 1973 foi aprovado pelo Conselho Federal de Educação o currículo mínimo para a habilitação em Administração Hospitalar. Publica-se no *Diário Oficial da União* (DOU) o Parecer n. 18, de 12 de julho de 1973. (CHERUBIN, 1999).

O curso era constituído de matérias básicas (de currículo obrigatório) de formação geral, matérias profissionais comuns à formação do administrador e matérias profissionais específicas de formação do administrador hospitalar, acrescido de estágio supervisionado em hospital. Era composto por uma grade curricular de 2.700 horas, a serem integralizadas em, no mínimo, três e, no máximo, sete anos, em contraste com o Curso de Administração de Empresas, cujo currículo mínimo estabelecia três mil horas, como consta da Resolução n. 2/93 do Conselho Federal de Educação.

Conforme Cherubin (1999) a primeira Faculdade de Administração Hospitalar do País instalou-se, em 6 de dezembro de 1973, no Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares de São Paulo, tendo como sucessor o Curso de Administração Hospitalar das Faculdades São Camilo, hoje Centro Universitário.

Tendo em vista a complexidade das atividades exercidas pelo gestor no atual contexto das organizações, Deve-se ressaltar a importância deste como agente de mudança (BRITO, 2004).

A história da Administração Hospitalar no Brasil e as exigências do Ministério da Saúde publicadas nas Portarias n. 2.224/GM, de 5 de dezembro de 2002, e n. 2.225/GM, de 5 de dezembro de 2002, as quais, respectivamente, definem a classificação hospitalar e estabelecem exigências mínimas para a estruturação técnico-administrativa das direções dos hospitais vinculados ao SUS. Ambas fortalecem a necessidade do aprimoramento acadêmico dos que pretendem administrar instituições de saúde e obrigam as organizações hospitalares a contratarem administradores hospitalares graduados na área.

Esse fato e a necessidade de os médicos transferirem a responsabilidade dos atos administrativos de suas empresas a profissionais da área promovem o processo inicial de contratação de administradores hospitalares, para os quais são passadas as funções administrativas delineadas por Fayol (1970): “prever, organizar, comandar, coordenar e controlar as organizações na sua íntegra” (FAYOL, 1970, p. 230).

O planejamento tratado como disciplina e prática, busca criar e aprimorar, experimentar e realizar tecnologias de poder. Planejar assume, desse modo, imediatamente as características de ação técnica, mais precisamente, estratégia racionalizadora e saber prescritivo, da perspectiva de tal ou qual política a realizar: ação estratégica para interesses do Estado, da empresa (SCHRAIBER, L.B., 1995, p. 12).

Mezomo (2001) afirma que o hospital moderno não pode ter mais apenas a visão interna e que seu foco deve ser na satisfação das necessidades de seus clientes. Para atender a essas necessidades, devem-se melhorar seus procedimentos e inovar, a fim de que obtenha novos e eficientes processos organizacionais.

3.4 Poder nas organizações de Saúde

Quando o tema é poder, é também necessário abordar algumas concepções, já que diferentes autores o caracterizam ou conceituam entre várias abordagens. Weber (1991) enfatiza a legitimidade e a obediência em relação ao poder, enquanto Foucault (1979) trata de poder como disciplina. Na tabela 3.1, apresentam-se algumas abordagens sobre poder.

Na tabela 3.1, apresenta-se um mapa conceitual do poder sob o foco de cada autoridade no assunto e autores correlacionados ao longo do texto do atual projeto de pesquisa.

Tabela 3.1: Mapa conceitual do poder

Poder como VIOLÊNCIA	Poder disciplinar Foucault (1979)	Autoridade Weber (1991)
Poder sobre		
Poder como CONSENSO	Potência Política De Homens em assembléia Hannah Arendt (1987)	Confluência de interesses Visando a objetivos sistêmicos Parsons (1967)
Poder de e Poder com		

Fonte: Cecílio, 2002

O poder, conceituado por Parsons (1967) como confluência de interesses visando atingir objetivos sistêmicos, vai diretamente contra a questão tratada nesta pesquisa, em que os interesses gerados pelos médicos proprietários nem sempre são comuns aos da organização. Esse fato causa à gestão dos administradores hospitalares dificuldades na tomada de decisão, forçando-os, muitas vezes, a atender desejos e necessidades dos patrões em lugar de priorizar um planejamento futuro e promissor para a organização. Seguindo essa linha de pensamento, de acordo com Foucault (1979), os administradores obedecem a uma hierarquia disciplinar, e com hegemonia política e autoridade bem definida.

A abordagem histórica do poder nas organizações de saúde é apresentada em Sociologia, Ciência Política e História. O poder se dispõe de formas diversas, mas, especificamente nas instituições de saúde, apresenta-se de forma *sui generis*. Existe, desde o século XVII, uma maneira própria de distribuir ou concentrar poder.

a medicina dos séculos XVII e XVIII era profundamente individualista, assegurada pela corporação dos médicos que compreendia conhecimento de textos e transmissão de receitas e não o campo de experiências que ele teria atravessado, assimilado e integrado (FOUCAULT, 1979, p. 102).

Conforme Foucault (1979), na luta contra a doença, o médico, prognosticador, deveria identificar a doença e curá-la, como também assumir o papel de árbitro e aliado da natureza. A cura só se desenvolvia na relação médico–paciente. Naquela época, a observação do paciente para o levantamento de dados, como generalidades, elementos particulares de cada paciente, até mesmo em relação aos que apresentavam iguais sintomas, não fazia parte da prática médica. Esse fato excluía a possibilidade da prática médica evoluir com maior segurança e de se estender a conhecimentos que envolveriam a área organizacional do hospital.

Foucault (1979) sugere que o fator que transforma essa passagem foi a anulação dos efeitos negativos do hospital com que médicos e estudiosos preocuparam-se, não apenas, em medicalizar o hospital como também em purificá-lo. A desordem citada aqui, até então, não era administrativa, e sim centrava-se na ausência do controle de infecção hospitalar, o que poderia se tornar uma epidemia interna ou, até mesmo, espalhar-se pela região.

De acordo com Foucault (1979), o primeiro regulamento em hospital aparece no século XVII. Trata de inspeção dos cofres detidos de marinheiros, médicos e boticários em hospitais. Os traficantes, fazendo-se de doentes, traziam mercadorias, objetos preciosos, especiarias, que eram levadas para os hospitais no momento que desembarcavam, escapando do controle fiscal. No mesmo momento, seus supostos proprietários eram encaminhados para o interior dos hospitais, facilitando o contato com marinheiros, médicos e doentes portadores de doenças infecto-contagiosas e aumentando sua disseminação junto à comunidade local.

3.4.1 Complexidade de processos relacionados à organização e funcionamento do sistema de saúde (setor público de saúde versus setor privado de saúde)

Conforme Carapineiro (1998) a complexidade dos problemas que caracterizam o processo de prestar serviços em saúde impõe uma análise diferente do sistema de saúde

Diferente daquela que é utilizada habitualmente, sendo caracterizada por práticas que tecem a densa malha social dos processos que os profissionais e os doentes protagonizam para conseguir atingir objetivos e desenvolver estratégias que maleabilizam o sistema de saúde, visando à integração da diversidade e de suas culturas (CARAPINEIRO, 1998, p.1).

A hipótese de base assentou na idéia de que associar cuidados primários aos centros de saúde e cuidados diferenciados aos hospitais tem contribuído para obscurecer duas realidades estruturais de extrema importância. A primeira diz respeito aos diferentes modelos de racionalidade que são estabelecidos aos centros de saúde e aos hospitais, em termos da sua história institucional, da sua história política, da especificidade da sua estrutura organizativa, das suas práticas profissionais e, finalmente, da natureza e composição dos seus recursos globais. A segunda tem a ver com as diferentes trajetórias sociais definidas pela população no consumo de cuidados de saúde, dando origem a estratégias orientadas para a minimização das ineficiências do sistema, a partir da diferenciação dos recursos que os vários grupos detêm para aceder aos cuidados de saúde e superar os seus fatores de bloqueamento (CARAPINHEIRO, 1998).

A análise das histórias de vida dos indivíduos que precisam dos serviços de saúde, revelam a existência de regularidades sociológicas que surgiram durante as trajetórias definidas por estes indivíduos ao procurarem acesso nos serviços de saúde, para resolverem as suas dificuldades. Problemas surgidos nesse acesso, são em alguns casos atribuídos aos médicos dos centros de saúde e aos médicos hospitalares e, finalmente, nas formas de percepção e avaliação do sistema de saúde que resultaram da multiplicidade das suas experiências.

Os caminhos traçados pelos doentes demonstram dificuldades na busca de profissionais especializados e capazes resolver os problemas de saúde.

Todas as narrativas evidenciam a descontinuidade entre os cuidados primários e os cuidados hospitalares e a interposição do sector privado, quer por procura voluntária dos doentes (na maioria dos casos, motivada por insucesso do tratamento no centro de saúde ou por insucesso do tratamento hospitalar), quer por sugestão do médico de família, quer por sugestão de familiares, amigos e vizinhos, quer ainda por procura induzida, quando os profissionais que trabalham no sector público procuram deslocar essa procura para o sector privado, nomeadamente para os seus consultórios particulares ou para as clínicas privadas onde exercem a sua atividade (CARAPINHEIRO, 2001, p.337).

Em alguns casos, estes trajetos desencadeiam-se numa situação de crise súbita do estado de saúde ou do aparecimento abrupto de sintomas preocupantes, em que a única solução é o recurso à urgência hospitalar, a que se segue o internamento imediato ou a orientação para a consulta hospitalar. Por sua vez, em todos os trajetos definidos, pode recorrer-se ao sector privado:

(...) configurando-se esse recurso segundo modalidades diversas. Começando pela procura voluntária da medicina privada, pode estar na origem deste tipo de procura a constatação da ineficácia do sistema público. Em casos extremos, é inevitável a procura pelo setor privado de saúde, uma vez que o setor público de saúde não apresenta uma resolução do problema do paciente, fazendo com que ele apele para o setor privado (CARAPINHEIRO, 1998, p.5).

Outra modalidade de que se reveste a procura voluntária da medicina privada organiza-se à volta da necessidade de confirmação de diagnósticos ou de decisões e procedimentos terapêuticos. Geralmente, é gerada desconfiança das práticas e das decisões tomadas pelos profissionais de saúde quando realizadas em meio hospitalar, levando o hospital a uma descrença geral. O insucesso do médico de família no atendimento do indivíduo pode também levar o indivíduo a procurar o setor privado. “O campo de consumos alternativos de saúde que sustentam as trajetórias dos doentes no acesso aos cuidados de saúde, torna-se irregular, sinuosa e, até mesmo, incompreensível” (MAC DONALD, 1993).

Os comentários feitos nos parágrafos correlatos revelam o quanto é falsa esta imagem de harmonia entre os cuidados e quão complexa é a trama urdida pelos indivíduos no uso de centros de saúde, hospitais, clínicas e consultórios privados, emergindo em cada história uma história única, constituída por percursos impulsionados por movimentos irreprimíveis de ação no sistema e de reação ao sistema (D’HOUTAUD, 1977; ZAKIA, 1988).

Os profissionais dos centros de saúde e dos hospitais reconhecem que os doentes não estão bem informados sobre o sistema de saúde, nem o conhecem. Admitem que a variação dos conhecimentos e informações sobre o sistema depende das culturas, das habilitações literárias, da educação, abrangendo numa mesma categoria genérica: os erros de cultura, os erros de tradição e os erros de educação. Por sua vez, a reprovação da escolha do setor privado é um julgamento que se consubstancia na incorreta definição da articulação entre o setor público e o setor privado, o que gera nos doentes uma percepção de indiferenciação entre os dois setores, deixando para o médico de clínica geral um papel de mero escriturário de receitas, de pedidos de exames e de pedidos de baixas e atestados (CARAPINHEIRO, 1998, p.14).

No que se refere à percepção dos profissionais sobre como os doentes estabelecem a relação entre centros de saúde e hospitais, e como organizam a relação entre os respectivos profissionais, funcionam algumas dicotomias básicas que separam inexoravelmente estas duas unidades de saúde e que cavam profundas irreconciliações entre os profissionais que trabalham em um e em outro lugar, mutuamente reconhecidas. E a relação médico–doente é dicotomizada numa relação distante, despersonalizada, desumanizada e tecnologicamente mediada, quando ocorre no hospital e numa relação próxima, personalizada, de confiança, de

amizade, propícia às confidências – em suma, humanizada, quando ocorre no centro de saúde. (CARAPINHEIRO, 1998).

Assim, atribui-se às utilizações desinformadas, desorientadas, distorcidas e perversas que os doentes fazem dos serviços de saúde a responsabilidade da persistência de traços estruturais que estão exclusivamente ligados à história institucional e política do sistema de saúde e dos modelos de profissionalização que a ele estão associados. Justamente a propósito dos modelos de profissionalização, um médico hospitalar acaba por defender a idéia de uma “divisão tribal” entre os médicos dos centros de saúde e os médicos dos hospitais (CARAPINHEIRO, 1998).

No que diz respeito às posições dos profissionais, nomeadamente dos médicos, sobre a utilização de outras medicinas e de outros sistemas terapêuticos na restauração da saúde, elas oscilam entre a complacência e a benevolência, a aceitação mitigada e a recusa liminar. Fala-se na sua utilização com limites, na medida em que correspondem a convicções, crenças e fé, e na medida em que se reconhece que é mais fácil assumir o contrato/compromisso com os praticantes de outras medicinas do que com os praticantes da medicina oficial, pela sua proximidade física e cultural, pela partilha de recursos, pela percepção clara dos problemas ou pelos sistemas de apoio local que fornecem. Fala-se do reconhecimento da liberdade de escolha da medicina desejada, mas não devendo partir de um ato instituído de liberalizar, mas (1998).

3.4.2 Surgimento do poder do médico: a disciplina como técnica de poder

A idéia de um governo dos homens teve sua origem no Oriente pré cristão e, posteriormente, em toda a extensão territorial na qual o Cristianismo estabeleceu sua influência no Oriente e no Ocidente. “E isso sob duas formas: primeiramente, sob a forma da idéia e da organização de um poder de tipo pastoral, e em segundo lugar, sob a forma da direção de consciência, da direção das almas” (FOUCAULT, 2004). Quanto à primeira forma de governo dos homens, o poder pastoral, este é etimologicamente o poder que o pastor exerce sobre o rebanho. Essa identificação pastor-rei e rebanho-homens é encontrada com freqüência no período antigo, em povos como os egípcios, assírios e mesopotâmios, mas principalmente entre os hebreus. Porém, são os hebreus que desenvolvem e ampliam o tema pastoral, com nada menos do que

uma característica muito singular: Deus, e só Deus, é o pastor de seu povo. Só há uma exceção positiva: em sua qualidade de fundador da monarquia, David é invocado sob o nome de pastor. Deus confiou-lhe a tarefa de reunir um rebanho.

No exercício de condução do rebanho, o pastor se via diante de um paradoxo: o poder pastoral era ao mesmo tempo totalizante e individualizante, já que o pastor devia cuidar de todo o rebanho e, em particular, de cada uma das ovelhas. Era preciso todo o cuidado para com a totalidade do rebanho, mas também era preciso cuidar especialmente de cada uma das ovelhas. Um olho sobre o rebanho e um olho sobre cada uma em particular, “*omnes et singulatin*” (FOUCAULT, 2004)

Devem-se destacar dois aspectos do devotamento do pastor. Em primeiro lugar, ele age, trabalha e desfaz-se em favor daqueles a quem nutre e que estão adormecidos. Em segundo lugar, ele cuida deles, presta atenção a todos, sem perder de vista ninguém dentre os mesmos. Ele é levado a conhecer seu rebanho no conjunto e em detalhe. Ele deve conhecer não apenas o lugar das boas pastagens, as leis das estações e a ordem das coisas, mas também as necessidades de cada um em particular. Mais uma vez, um comentário rabínico sobre o Êxodo descreve, nos seguintes termos, as qualidades pastorais de Moisés: ele põe a andar cada ovelha por vez – primeiro, as mais jovens, para lhes possibilitar comer a erva mais tenra; depois, as de mais idade; e, por fim, as mais velhas, capazes de mastigar a erva mais dura. O poder pastoral supõe atenção individual a cada membro do rebanho (FOUCAULT, 2004).

Herdeiro direto da tradição hebraica, o Cristianismo foi o principal difusor do pastorado, aquele que lhes daria importância considerável, tanto na Idade Média quanto nos tempos modernos.

De todas as sociedades da história, aquelas que apareceram no final da Antigüidade no lado ocidental do continente europeu são, talvez, as mais agressivas e as mais conquistadoras; elas foram capazes da violência mais estupefaciente, contra elas mesmas assim como contra as outras. Inventaram grande número de formas políticas diferentes. Com frequência, modificaram profundamente suas estruturas jurídicas. É necessário sublinhar o espírito com que só elas desenvolveram uma estranha tecnologia do poder, tratando a imensa maioria dos homens em rebanho com um punhado de pastores. Assim elas estabeleceram entre os homens uma série de relações complexas, contínuas e paradoxais. O desenvolvimento da "tecnologia pastoral" na direção dos homens transformou, com toda evidência, de alto abaixo, as estruturas da sociedade antiga (FOUCAULT, 2004, p.4-5).

Platão, por sua vez, fala muitas vezes do pastor-magistrado. Ele evoca a idéia no *Crítias*, na *República* e em *As Leis* e discute-o a fundo em *O Político*, que aparece como a reflexão mais sistemática da Antigüidade clássica sobre o tema do pastorado, que era chamada a ter tanta importância no Ocidente cristão. Isso parece provar que um tema, de origem oriental talvez, era suficientemente importante no tempo de Platão para merecer discussão, embora fosse contestado, ainda que não totalmente, pois Platão reconhecia claramente no médico, no cultivador, no ginasta e no pedagogo a qualidade de pastores. Por sua vez, rejeitava que se misturassem com atividades políticas. Ele o diz explicitamente: “Como poderia o político encontrar tempo para ir ver cada pessoa em particular, para lhe dar de comer, para lhe oferecer concertos e para cuidar dele em caso de doença? Só um deus da idade de ouro poderia agir deste modo” (FOUCAULT, 2004, p.139). Ou, ainda: “Como um médico ou um pedagogo, pode ser responsável pela vida e pelo desenvolvimento de um pequeno número de indivíduos?” (FOUCAULT, 2004, p.139). Mas, situados entre os deuses – os deuses e os pastores –, os homens que detêm o poder político não são pastores. Sua tarefa não consiste em manter a vida de um grupo de indivíduos. Consiste, sim, em formar e garantir a unidade da cidade. Em breve, o problema político é o da relação entre o um e a multidão no quadro da cidade e dos seus cidadãos. O problema pastoral tem a ver com a vida dos indivíduos (FOUCAULT, 2004).

A idéia de se insistir nestes textos antigos é porque eles revelam que este problema foi posto muito cedo. Cobrem a história ocidental na sua totalidade e são da maior importância para a sociedade contemporânea. Têm a ver com as relações entre o poder político em ato no interior do Estado enquanto quadro jurídico da unidade e um poder ao qual se pode denominar "pastoral", cujo papel reside em vigiar permanentemente a vida de todos e a de cada um.

No que diz respeito às relações entre os homens, muitos fatores determinam o poder. No entanto, a racionalização não cessa de perseguir sua obra e se reveste de formas específicas. Difere da racionalização própria dos processos econômicos ou das técnicas de produção e de comunicação. Difere também do discurso científico. O governo dos homens por parte dos homens – tanto no caso de formarem grupos modestos ou importantes quanto no caso de se tratar do poder dos homens sobre as mulheres, dos adultos sobre as crianças, de uma classe sobre a outra ou de uma burocracia sobre uma população, pois pressupõe uma determinada forma de racionalidade, e não uma violência instrumental (FOUCAULT, 2004, p.20).

O estudo da técnica de poder não foi inteiramente inventado, pois já existia na Idade Média e na Antigüidade, com os mosteiros. Entretanto, foi executada basicamente e aperfeiçoada durante o século XVIII, na época das tecnologias químicas e metalúrgicas, no momento em

que surgem novas técnicas de gerir homens, que visavam controlar suas multiplicidades, na tentativa de aproveitar ao máximo a força produtiva com efeito útil. No exército e nas escolas, durante o progresso da alfabetização na Europa, oficinas se formaram praticando e trazendo essa inovação do século XVIII: as novas técnicas de poder.

A disciplina é uma forma de controle sobre o desenvolvimento de uma ação, o que significa que:

A disciplina é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos. Não basta olhá-los às vezes ou ver se o que fizeram é conforme à regra. É preciso vigiá-los durante todo o tempo da atividade e submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares.(...) Implica um registro contínuo. Anotação do indivíduo e transferência da informação de baixo para cima, de modo que, no cume da pirâmide disciplinar, nenhum detalhe, acontecimento ou elemento disciplinar escape a esse saber (FOUCAULT, 1979, p. 107).

Conforme Luz (1986), as razões econômicas, o valor determinado a cada indivíduo e a busca de evitar a propagação de epidemias explicam o quadro disciplinar em que se enquadram os hospitais na época. O meio ambiente é fator importante e deve ser observado. O ar, a água, a temperatura ambiente e a dieta constituem o espaço no qual está submetido o indivíduo em tratamento. A intervenção médica e a disciplinarização do espaço hospitalar é um ajuste que dá origem ao hospital médico ou administrado por médicos.

A localização ambiental do hospital, principalmente em uma época onde os pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas deveriam ser afastados dos centros das cidades, era de supra importância e de ordem sanitária. Calcular a localização e a distribuição interna de seu espaço passa a fazer parte da ordem disciplinar. A arquitetura hospitalar transforma-se em instrumento de cura. O hospital que exclui, onde se rejeitam os doentes para a morte, não devem mais existir.

Conforme Foucault (1987) no século XVIII, o médico, que anteriormente oferecia assistência às residências, torna-se de hospital, assumindo o poder sobre todos esses aspectos e gerando uma inversão hierárquica no hospital. O ritual da visita, em que toda sua equipe, formada por enfermeiros, assistentes e alunos, seguia o paciente em um ritual religioso, marca o advento do poder médico. Regulamentos, a priori, em relação à visita aos leitos dos doentes, são criados e determinam o posicionamento de cada integrante da equipe, o caderno de anotações nas mãos da enfermeira e o momento em que a sineta deve ser tocada, anunciando a chegada do médico.

Na perspectiva de Foucault (1987), é criada a organização de um sistema precário, mas que determina o início da disciplina e da ordem na organização hospitalar, um sistema de registro permanente, procedimentos, normas, técnicas de atendimento, identificação, registros geral de entradas e saídas de doentes, um escopo de prontuário, são disciplinas que constituem um primeiro campo documental no ambiente interno do hospital.

Foucault (1979) afirma que a formação normativa de um médico deve passar pelo hospital. E os hospitais passam a servir de local de estudos, como campo de estágios (residências médicas). A clínica médica surge como um núcleo de estudos para os que ainda não se formaram e base de pesquisa para os que clinicam. A clínica, então, além de se caracterizar como um local de transmissão do saber, apresenta caráter disciplinar facilitando a organização de espaços e a coleta de dados sobre os doentes, como informações a respeito do tratamento e a sua interação com o hospital.

3.5 Hegemonia dos médicos nas organizações de saúde

Cecílio (1997) conclui que o poder se explicita de várias formas e em diversos ambientes, mostrando várias faces, as quais constituem o caráter específico de cada setor, de cada situação e, principalmente, na relação de profissionais que atuam nas organizações. Na saúde, em particular, podem-se observar seus correlatos como controle, interesses e conflitos de forma bem clara entre médicos e administradores hospitalares instituídos.

Weber (1991), Foucault (1979), Gonçalves (1998) e Feuerwerker (2007) ilustram muito bem o poder nas relações internas das organizações, onde a burocracia, disciplina, estrutura matricial e apoio matricial orientam os gestores na reestruturação hierárquica das organizações de saúde.

A estrutura formal mostra a responsabilidade que cabe a cada unidade dentro da organização e a autoridade que lhe é delegada, bem como algumas linhas formais de comunicação. Para Gonçalves, é fácil reconhecer que ao lado da autoridade formal existe a informal, que decorre de relações interpessoais que se desenvolvem entre os integrantes de qualquer grupo humano (GONÇALVES, 1998).

A disposição sistemática da estrutura organizacional, para Gonçalves (1998), não é estática. Ao contrário, as linhas estruturais devem indicar relações dinâmicas que ocorrem entre os componentes do grupo. Um bom exemplo no caso do hospital tem sido a absorção dos modernos aportes administrativos que a chamada “estrutura matricial” oferece. Trata-se de uma forma inovadora de representação, que busca superar a inadequação da estrutura convencional. A matriz é uma forma de estruturar recursos provenientes de diversos setores institucionais com o objetivo de desenvolver atividades de interesse comum a eles, quer sejam projetos, quer sejam produtos ou serviços.

Feuerwerker (2007) confirma a existência desta nova forma de estrutura:

Certamente os hospitais têm um importante papel a cumprir quando se pensa em arranjos mais dinâmicos, em apoio matricial, em construção de linhas de cuidado que articulem diferentes equipamentos de saúde na produção das respostas às necessidades dos usuários, desde que superado o marco conceitual hegemônico que orienta sua concepção (Feuerwerker, 2007, p. 4).

A base do novo estilo proposto, conforme Gonçalves (1998), para a organização do hospital situa-se na estrutura matricial, na eliminação da figura centralizadora e geralmente autocrática. Sugere-se a imagem de um conjunto de gerentes, formando um Conselho Técnico-administrativo. Este estará vinculado a um Conselho Superior, ou Diretor, que representa a entidade mantenedora do hospital, onde serão criadas as diretrizes e repassadas para ele, uma vez que, em sua maioria, os Conselhos Superiores, ou Diretores, são constituídos por médicos proprietários. O autor indaga se esta mudança estrutural alterará a antiga estrutura hierárquica.

No campo da gestão de saúde, o tema poder gira em torno do controle e da autonomia dos seus profissionais, aqui, como elementos de pesquisa, médicos proprietários e administradores hospitalares. Cecílio (1997), em seu trabalho, observa que mesmo nos modelos mais participativos e democráticos os colaboradores na área de saúde têm demonstrado resistência a gestões implantadas por médicos, o que vem gerando uma necessidade de os proprietários contratarem profissionais da área de administração em saúde.

O saber institucional-médico se exprime tanto em termos de ciência (currículos, programas, pesquisas) como em termos de normas. Com efeito, a normalização institucional médica é uma forma de regulação não só da prática institucional mas também do próprio saber médico,

na medida em que traça os limites de atuação médica em um tempo e espaço institucionais, em relação ao tipo e necessidades da clientela e de decisões. Por outro lado, as normas traçam também os limites do poder médico enquanto instância institucional, delimitando direitos e deveres do médico, agente submetido às regras da instituição, tanto quanto ao regime de trabalho e às relações sociais institucionais (LUZ, 1986).

Mediante esse cenário de contínuas mudanças, resultado das necessidades da clientela, dos processos disponíveis para serem empregados e dos resultados desejados, a estrutura funcional, conforme Gonçalves (1998), apresenta características fortemente hierarquizadas e verticalizadas as quais vêm se mostrando insatisfatórias, principalmente em relação à expectativa de cooperação entre os diversos segmentos da instituição, com a finalidade de atingir o objetivo que o hospital encontre sua própria razão de existir, que seria o melhor atendimento ao cliente.

De acordo com a descentralização de poder, na perspectiva das organizações, Cecílio (2002) propõe a autonomia como:

Responsabilidade tanto individual quanto para a organização, na qual compete à administração promover o desenvolvimento dos coordenados, com estilo adequado à organização, promovendo e criando condições para a autonomia dos mesmos (CECÍLIO, 2002, p.596).

As relações de poder acontecem de variadas maneiras, de homem para homem, na construção da comunicação interna entre os atores que compõem a administração geral da organização hospitalar, conforme sugere Foucault (1979). Essas relações não recaem sobre os indivíduos, mas interferem em suas ações. As instituições devem ser estudadas a partir de suas relações de poder, observando os diferentes objetivos, interesses individuais e institucionais, como privilégios, lucros, leis, normas, controle, tradições e hábitos.

O poder apresenta nas organizações também caráter político: o de minimizar a força humana na sua capacidade de resistência de contestação e de revolta (FLEURY & FISCHER, 1996).

A disciplina, ou o controle dela, de acordo com Cecílio (1997), não é fundamentalizada pela autonomia hierárquica dos médicos sobre os administradores hospitalares, e sim pelo caráter de legitimidade dos interesses em questão. Weber (1991) sugere que a legitimidade, por sua

vez, depende da atitude interna baseada na tradição, no afeto, na racionalidade, no estado legal ou em princípios religiosos ou de suas conseqüências externas, em função de interesses ou expectativas do grupo. Isso não impede que o grupo ou a classe específica que detém o controle coloque todos esses elementos a seu favor, para que suas ações possam parecer de interesse comum. Para Arendt (1987), o poder “resulta da capacidade humana não só de agir, porém de agir em conjunto”, o que, por sua vez, requer consenso de muitos quanto ao curso comum de ação

A comunicação é essencial nas organizações. O que faz a intermediação do poder entre os atores envolvidos na trama do poder é o discurso, que, ao mesmo tempo, possibilita o debate, base do agir em conjunto, permite a visibilidade do poder, pois o expressa no espaço da aparência, e cria a esfera pública. (FREDO, 1995)

Arendt (1987) refere-se ao poder e às palavras utilizadas para determiná-lo com exacerbada força de expressão.

O poder não é uma entidade, mas uma potencialidade, e só existe enquanto palavra e ato não se divorciam (...), quando as palavras não são usadas para valer intenções, mas para revelar realidades, e os atos, não são usados para violar e destruir, mas criar relações e novas realidades (ARENDR, 1987, p.212).

Cecílio (1997) sugere que a autonomia dos médicos apoiaria as ações em comum se guiassem os administradores hospitalares para um futuro mais assertivo e comungassem com os interesses da organização sempre que fosse colocada em prática.

O poder deve e precisa ser utilizado para conduzir as ações com firmeza e objetivo, mas o despoder dos que são contratados para gerenciar as instituições hospitalares enfraquece o poder em comum. Luz (1986) sugere que a estrutura hierárquica se decompõe diante das várias faces dos desejos individuais, interesses que geram conflitos entre os proprietários e administradores responsáveis pela racionalidade da produção.

Vários autores, como Hall (1984), Lebrun (1984), Luz (1986), Crozier & Friedberg (1990), Weber (1991) Mitzberg (1992), Cecílio (1997), Gonçalves (1998) e Padilha (1997), discutem a concepção de conflito de interesses. Dentre eles, Hall (1984) apresenta a idéia de que haveria três possíveis visões de conflito. Entre elas, seria encarado como fenômeno raro e

transitório que pode ser eliminado através da ação gerencial apropriada. É deslumbrada por ele em uma visão mais radical sobre o conflito, que este pode aparecer como uma força motora onipresente e causadora de rupturas, que impede as mudanças na sociedade em geral e conseqüentemente nas organizações em geral.

Reforçando essa concepção Cecílio (1997) sugere que o conflito pode ser um aspecto reprimido do sistema social, nem sempre visível no nível empírico como uma realidade, aparecendo de forma silenciosa ou como determina o autor, como “o não ruído”. Portanto, a individualização dos interesses nas organizações talvez não seja uma escolha consciente para os médicos e, de certa forma, faça-os sofrer a cada disputa de seus interesses.

Weber (1991) afirma que a outra concepção do conflito de interesses toma como ponto de partida a impossível realização do desejo individual no difícil contexto das organizações formais: o desejo prisioneiro da “gaiola de ferro” da racionalidade instrumental que move a burocracia.

Quando se pesquisa a história dos hospitais, da administração hospitalar, dos atores que a constituem e da hegemonia do poder que influencia o desenvolvimento organizacional, é relevante lembrar as palavras de Padilha (1997) quando relaciona a construção da história a conflitos e vitórias:

A construção da história de vida social tem sido em maior ou menor grau atravessada por conflitos, vitórias e derrotas que, mais do que meros “acidentes de percurso” no caminho do equilíbrio, são, na verdade, elementos constitutivos e essenciais da vida social (PADILHA,1997, p.26).

Nessa história de vida social na área da saúde, como em outras áreas, o gerente, ator fundamental, é imprescindível para o desenvolvimento organizacional. Ele deve otimizar a produtividade, manejar os problemas e os conflitos cotidianos, para a produção de serviços assistenciais oferecidos ao consumo individual e de mercado, envolvendo todas as questões da eficiência e funcionalidade empresarial, ainda que empreendimento ("empresa") estatal (SCHRAIBER , 1999).

Em relação à história dos hospitais e da administração hospitalar, Luz (1986) explica e justifica, em parte, o nível de autoridade exercido até os tempos contemporâneos pelos

médicos. As organizações formais e, por consequência, hierárquicas facilmente produzem atores autoritários, que são também profissionais interessados em organizar os serviços e a produção. Inconscientemente, os médicos tomam a direção para não perderem as rédeas de seus negócios. Em sua maioria, preocupam-se com a assistência à comunidade para a qual se destina o conhecimento acadêmico adquirido na escola de medicina.

Mudanças na estrutura organizacional e inúmeras e complexas informações na área da saúde, conforme Luz (1986), situam os médicos em desvantagem competitiva no setor administrativo. Operacionalmente, é inviável gerir e dar assistência a pacientes simultaneamente.

Castanheira (1996) sugere que deve-se considerar a mudança do tradicional papel do administrador público, ao somar à função anterior aquela de gerente de serviços de saúde. Vale dizer, a de organizar e controlar unidades produtoras de cuidados de assistência médica em redes do setor público.

O hospital está nas duas pontas da questão da formação. Como qualquer outro equipamento de saúde, necessita de trabalhadores formados adequadamente para a gestão e para a atenção. Ao mesmo tempo, cumpre um papel fundamental na conformação do perfil dos trabalhadores na área de saúde, como espaço privilegiado de aprendizagem durante a formação técnica, de graduação e de pós-graduação. Mas o hospital não é qualquer equipamento de saúde. É uma organização complexa, atravessada por múltiplos interesses, que ocupa lugar crítico na prestação de serviços em saúde, lugar de construção de identidades profissionais com grande conhecimento social (FEUERWERKER, 2007, p.1).

4. METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste trabalho foi de natureza exploratória, com abordagem qualitativa. Esta abordagem apresenta-se como uma possibilidade de escolha, na qual o pesquisador lida com categorias analíticas e explicativas que extrapolam os dados quantitativos. Segundo Tittoni & Jaques (2001), tais categorias são alcançadas na interface do teórico com o empírico, na tentativa de colocar em evidência as possibilidades de interpretação dos fatos estudados e não exclusivamente demonstrar sua evidência.

Visando compreender o significado que os acontecimentos e interações têm para os indivíduos, em situações particulares, utilizou-se a pesquisa qualitativa. A maioria dos investigadores qualitativos identifica-se com a perspectiva fenomenológica, embora existam diferenças teóricas entre as abordagens qualitativas. A perspectiva fenomenológica apresenta o uso de um conjunto de asserções que diferem daquelas que se utilizam quando se estuda o comportamento humano com o objetivo de descobrir fatos e causas, visando à compreensão interpretativa das interações humanas (BOGDAN & BIKKLEN, 1994).

Para Bicudo (2000), a investigação fenomenológica trabalha sempre com o qualitativo, ou seja, o que faz sentido para o sujeito, com o fenômeno posto em suspensão, como percebido e manifesto pela linguagem. Trabalha também com o que se apresenta significativo e relevante no contexto no qual a percepção e a manifestação ocorrem.

No planejamento das pesquisas, a leitura inicial intensiva sobre o tema estudado e seus desdobramentos teóricos tem sido crucial. É assim que o pesquisador começa a estabelecer uma perspectiva, amplia seus limites pessoais e esclarece inclinações. A abertura para as múltiplas visões do que estará sob foco começa com um exame atento do que o pesquisador conhece e dos seus valores sobre o tema. Posturas arraigadas e onipotentes não se coadunam com essa maneira de construir conhecimento. A consistência do projeto depende da clareza dos pressupostos do estudo, das crenças que o pesquisador possui acerca da realidade social, da construção científica e de quão coerentemente estes pressupostos são operacionalizados (RIESSMAN, 1993).

Com o objetivo de gerar informações consistentes, confirmando entre si os dados obtidos por instrumentos e procedimentos orientados pelos referenciais das organizações de

aprendizagem, buscou-se estabelecer alternativas de intervenção para o desenvolvimento do trabalho (ZANELLI, 1997b).

As informações foram apreendidas pelos seguintes instrumentos e procedimentos: entrevistas individuais semi-estruturadas e observações. As entrevistas foram realizadas com recorrência para os participantes, que puderam verificar a construção das matrizes de relações dos conteúdos. A coleta foi feita por meio de anotações e com uso de gravador, com a finalidade de obter-se as verbalizações e outros eventos que certamente não podem ser descritos por anotações. As principais categorias que norteiam a coleta e análise centraram-se nos fatores favoráveis ou desfavoráveis a um desempenho elevado (ZANELLI, 1992).

A seguir, passa-se a apontar aspectos que têm sido freqüentes ou que se destacam na prática efetiva da pesquisa qualitativa, nos moldes já referidos. Parece conveniente agrupar as ponderações em dois segmentos: 1) planejamento e coleta; 2) análise e redação. A conveniência da separação é muito mais arbitrária que real, porque os movimentos não são desconexos. O processo de pesquisa qualitativa é evidentemente permeável e recorrente em suas etapas de planejamento, familiarização com o campo, captação e registro dos dados, codificação, geração de categorias e temas, busca de padrões e forma de redigir e transmitir os achados e conclusões (ZANELLI, 1992. p 82).

No presente trabalho, o sujeito a ser considerado para a execução da pesquisa foi o administrador hospitalar atuante em instituições hospitalares privadas, que oferecem atendimento geral e classificadas como de médio e grande porte, por sua vez, constituídas por diretoria clínica formada, por médicos proprietários da cidade de Belo Horizonte do Estado de Minas Gerais.

A pesquisa está inserida no conceito de pesquisa desenvolvido por Demo em 1985, citado por Goulart (2002), que apresenta a pesquisa como característica de produção de conhecimento, e não de mera repetição. É necessário para a validade do estudo que se tenha uma investigação original.

A abordagem do estudo escolhida foi o modelo que combina características de exploração e descrição, em que se procura primeiro conhecer as características nas relações de poder entre a categoria do administrador hospitalar e a dos médicos proprietários de hospital.

Após a formulação do problema, o investigador define o plano de investigação, no qual, segundo Trivinhos (1987), “o esquema de pesquisa” deve permitir a coleta de dados e a análise

de informações na forma mais racional possível, economizando esforços, recursos financeiros e tempo.

4.1 Amostra

A definição da amostra obedece aos critérios por acessibilidade e a requisitos tais como: envolvimento no fenômeno; conhecimento amplo e detalhado das circunstâncias envolvidas na questão de pesquisa; e capacidade para exprimir a essência e o detalhe para a compreensão do fenômeno (TRIVIÑOS, 1987). Desse modo, a amostra foi composta por dez administradores hospitalares com no mínimo quatro anos de efetivo exercício gerencial na área hospitalar em instituições privadas de grande e médio porte, com atendimento geral, da cidade de Belo Horizonte.

4.1.1 – O perfil do Administrador Hospitalar

Observa-se que a carreira do Administrador começa, na chamada área administrativa e, à medida que vai conhecendo melhor as atividades específicas, adquire condições para administrar outras áreas da organização e até posicionar-se em cargo do nível estratégico (diretoria e presidência). Assim, poder-se-ia dizer, que a administração promove a progressiva ampliação de foco, da área administrativa para o restante da organização, vista como um todo articulado. Na área da administração hospitalar, onde o profissional trabalha com empresas extremamente complexas voltadas para a assistência à saúde, exige-se uma formação específica, especializada, vivências anteriores em empresas de pequeno porte, para posteriormente enveredarem em ambientes maiores, mais complexos, onde articulam-se políticas não só internas, como globais, as quais, envolvem interesses de variadas classes.

O administrador hospitalar, o sujeito da amostra, é graduado em administração hospitalar e ou de empresas. Atua em hospitais gerais da cidade de Belo Horizonte no estado de Minas Gerais, que funcionam 24 horas por dia, oferecendo serviços de saúde, que envolvem serviços de hotelaria (Sistema de nutrição e Dietética, Lavanderia, copa, transporte e segurança) sistema financeiro integrado, na maioria das vezes, a outros sistemas, mediante convênios, atendimento a clientes externos e internos, gestão de pessoas, auditoria interna, contabilidade, recepção, centros de tecnologia, sistemas informatizados em rede e todos os serviços que envolvem a assistência, como: Pronto Atendimento, Pronto Socorro, Centro Tratamento

Intensivo (CTI) , Unidade Tratamento Intensivo (UTI) , lembrando que na área assistencial o administrador hospitalar trabalha em conjunto com a diretoria clínica do hospital. O administrador hospitalar também responsabiliza-se pelos serviços laboratoriais, farmácia, compras, logística, home care, higiene e alimentação, medicina e segurança no trabalho, segundo as normas regulamentadoras (NR) que orientam e ajudam a definir desde a política interna da instituição.

A entrevista é um instrumento no qual o entrevistador tem por objetivo obter informações do entrevistado relacionadas a um objetivo específico. Neste estudo, utilizou-se entrevista semi-estruturada, que é caracterizada pela formulação da maioria das perguntas previstas com antecedência e sua localização é provisoriamente determinada. Na entrevista semi-estruturada, o entrevistador tem uma participação ativa. Apesar de observar um roteiro, ele pode fazer perguntas adicionais para esclarecer questões para melhor compreender o contexto (COLOGNESE & MÉLO, 1998).

Durante as entrevistas foi estabelecida uma interação entre entrevistador e entrevistado, e a linguagem foi repassada em uma seqüência de atos. Conforme ZANELLI (1992) o entrevistador deve almejar provocar no entrevistado as verbalizações, voltados para os conteúdos e seus significados.

De um modo simples, a entrevista é definida como uma conversação com um propósito. Antes de mais nada, o entrevistado aceita compartilhar crenças, valores e sentimentos com uma pessoa (o entrevistador), muitas vezes, estranha e que está vendo pela primeira vez (ZANELLI, 1992. p 83).

Quando não é o caso (o participante da pesquisa está no circuito relacional do pesquisador), outras dificuldades podem se interpor, como a desconfiança quanto ao que será feito com as informações (BURIGO, 1997). Podem aparecer pontos de convergência quando se elabora o planejamento, como: obtenção de credibilidade e a condução ética irrefutável. Para evitar esses pontos durante as entrevistas buscamos credibilidades no que diz respeito ao julgamento da base conceitual e do uso rigoroso da metodologia. “Além disto, o pesquisador certifica-se de que nenhum dano a outrem decorrerá da condução do estudo” (ZANELLI, 1992. p 83).

O objetivo principal da pesquisa foi buscar entender o que os administradores hospitalares aprendem ao perceber o que acontece em seus mundos. Durante esse processo de aprendizagem, é muito importante prestar atenção ao entendimento que se tem dos entrevistados, nas possíveis distorções e no quanto eles estão dispostos ou confiantes em partilhar suas percepções. O pesquisador, por conseguinte, é também um ator importante. Sua competência para reconhecer o que é fundamental para a pesquisa, além de profundidade no entendimento, flexibilidade na interação e compartilhamento autêntico.

O pesquisador qualitativo combina curiosidade e confiança para desafiar os próprios preconceitos, julgamentos e idéias preestabelecidas. Como não existem rotas claramente definidas (a riqueza da descoberta está justamente no inusitado para o pesquisador), é receptível a múltiplas possibilidades e sabe conviver com incertezas, enganos e retomadas (ZANELLI, 1997b, p.5).

É conveniente permitir que os entrevistados, no caso, administradores hospitalares, falem mais livremente sobre os temas para depois, definir o que deve ser mais explorado em busca das respostas desejadas. Assim, dá-se liberdade ao entrevistado até que se ganhe confiança e não se percam elementos que podem ampliar a visão do pesquisador. Apesar de ser necessário em algumas situações que o pesquisador afunile as questões evitando que respostas subjetivas, que podem prejudicar a análise de dados (ZANELLI, 1997b).

A boa vontade e interesse do participante e habilidades interpessoais do entrevistador são importantes ao explorar um tema. A falta de tempo, nesse caso, dos administradores em atender o pesquisador, limita o aprofundamento das entrevistas, que se complementam em diálogos entre pesquisador e entrevistado, posteriormente, após a primeira leitura dos roteiros.

É preciso saber o que procurar e saber escutar cuidadosamente. Bons entrevistadores são bons ouvintes e têm interesse profundo por pessoas. Possuem sensibilidade para com as necessidades dos atores na realidade pesquisada. Uma entrevista, se vivida como um desafio emocional e intelectual torna a atividade de pesquisa motivadora (ZANELLI, 1992.p.6).

A abordagem do pesquisador foi interpretativa. Respostas que para os entrevistados são corriqueiras, para o entrevistador podem fornecer importantes elementos de compreensão de um evento. Em alguns momentos, os entrevistados não se expressam bem e não conseguem explicar claramente coisas do seu cotidiano “Cabe ao pesquisador deixar clara a finalidade da conversação e mostrar por que é relevante para a pesquisa” (ZANELLI, 1997a).

A entrevista individual semi-estruturada, com dez administradores hospitalares de hospitais gerais de grande e médio porte em Belo Horizonte / MG foi o principal instrumento de coleta, enquanto para a interpretação dos relatos obtidos foi utilizada a análise categorial temática. As categorias norteadoras da análise são: integração, comunicação e eficácia. Deixar claro a finalidade da conversação é ponto chave para o agendamento da entrevista, pois de outra forma, sem adiantar o assunto, os administradores não disponibilizariam seu tempo.

Os administradores hospitalares entrevistados, todos graduados na área de administração hospitalar ou de empresas, tornaram a pesquisa possível, no momento em que se prontificaram em agendar as entrevistas. O tempo destes administradores é extremamente corrido, sem muitos espaços para assuntos que não estão ligados diretamente com sua rotina. A dificuldade para agendar a entrevista, atrasa o processo na coleta de dados e na maioria das vezes a entrevista é interrompida por outros profissionais ou problemas de natureza urgente. Para agilizar a entrevista foram levados em consideração alguns aspectos traçados por Zanelli (1997 a) e considerados de extrema importância para uma entrevista, como:

- O design, que oscila entre o tipo descritivo, avaliativo e exploratório;
- O emprego, em geral, de um número relativamente pequeno de participantes;
- A utilização de categorias para dirigir o roteiro de coleta e a análise dos dados, tomando como base modelos referenciais consagrados; em outra alternativa, as categorias serão pós-estabelecidas, com base nas informações coletadas, ou acrescentadas às categorias preestabelecidas;
- O recurso da observação será utilizado em todas as pesquisas, na medida em que todas utilizaram um caderno de notas;
- A utilização das técnicas de análise de conteúdo como recurso para organizar e interpretar os dados. (ZANELLI, 1997^a. p. 4).

4.2 Coleta de dados

O projeto assegura direção, rumo às informações que o problema requer e, ao mesmo tempo, preserva a ética sobreposta. Planejar pesquisas com os recursos qualitativos – em particular, a entrevista qualitativa – requer considerar minuciosamente o que focalizar, quem e,

principalmente, por que interrogar pessoas. O valor dos recursos que podem ser utilizados subsiste nas possibilidades que estes oferecem para o cumprimento da tarefa (KVALE, 1996; RUBIN & RUBIN, 1995).

O planejamento nas pesquisas qualitativas parece ser mais flexível do que nas pesquisas locais na orientação predominante, no sentido de que permite ou, mesmo, exige, em certos momentos, reencaminhar estratégias.

O que se impõe, primordialmente, é a busca do melhor modo de aproximar-se das respostas que o problema requer. Entre as pesquisas descritas anteriormente, Barbosa de Souza (1999), Búrigo (1997), Debetir (1999), Fernandes (1999), Ferraz da Silva (1998), Mazzucco (1999), Rocha (1999), Souza (1998), Tostes (1999) e Zanelli (1998, 1999), de algum modo, em algum momento, alteraram algum aspecto do que havia sido proposto em seus projetos, em justa adequação aos objetivos pretendidos. Um exemplo é a coleta calcada em entrevista semi-estruturada. (ZANELLI, 1997a, p. 5).

De acordo com Trivinõs (1987), a entrevista semi-estruturada corresponde a um dos principais meios para a coleta de dados:

A entrevista semi-estruturada é uma excelente opção, uma técnica que parti de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferece amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante (TRIVINÕS, 1987, p. 146).

O manejo da coleta é fundamental. Quando o recurso de coleta é a entrevista, o pesquisador está atento e facilita para que os conteúdos de interesse na pesquisa venham à tona. Quando o recurso é a observação ou a análise documental, o pesquisador procede a um constante e minucioso exame dos elementos que estão no contexto. A composição do quebra-cabeça (imagem alegórica do processo de pesquisa qualitativa) pode demorar, porque o pesquisador não percebe peças que, às vezes, há muito se escancaram diante dele. “O rigor na condução de estudos qualitativos é dado pela clareza e seqüência lógica das decisões de coleta, pela utilização de métodos e fontes variadas e pelo registro cuidadoso do processo de coleta, organização e interpretação” (ZANELLI, 1999, p. 151).

Para atingir o objetivo proposto, foram realizadas entrevistas com dez administradores hospitalares atuantes em hospitalais gerais de médio e grande porte da cidade de Belo Horizonte. As entrevistas seguiram um roteiro que permitiu conservar certa padronização das

perguntas sem impor opções de respostas, além de admitir ao entrevistado formular respostas pessoais que melhor expressem sua subjetividade (VERGARA, 2003).

Todo documento falado, escrito ou sensorial contém, potencialmente, uma quantidade de informações sobre seu autor, sobre o grupo ao qual ele pertence, sobre fatos e acontecimentos que são relatados, sobre o mundo ou sobre o setor da realidade que este documento questiona. A percepção dessas informações é filtrada, deformada, por toda uma série de seleções e interpretações que provêm dos centros de interesse, das motivações, das ideologias daqueles que as analisam.

De acordo com Goulart (2006), em 1915, Harold Laswell, nos Estados Unidos, durante a Primeira Guerra Mundial, pesquisou um método que fosse capaz de substituir a intuição individual no domínio da análise das comunicações. Laswell, consciente da importância da análise de notícias veiculadas pela imprensa, a partir da Segunda Guerra Mundial, inicia uma análise de textos jornalísticos e aplica o método de análise de conteúdo para demarcar a presença de agentes hitlerianos na grande imprensa americana.

O nome *documentação* aparece em 1930. O avanço da documentação e a lingüística aplicada em 1944 promovem a progressão da análise de conteúdo. O objetivo inicial era explorar de forma metódica a informação. Posteriormente, em 1960, surge à necessidade de condensar documentos para sua preservação.

Em 1955, em Illinois, Estados Unidos, foi realizado o primeiro simpósio sobre análise de conteúdo e em 1959 foi publicado um trabalho coletivo denominado *Trends in Content Analysis*. Esse breve histórico traçado por Goulart (2006) evidencia que a análise de conteúdo passa a reunir pesquisadores que buscam analisar as comunicações orais, escritas, por imagem, por signos de toda a natureza, desde as manifestações individuais às coletivas, veiculadas por jornais, vídeos, filmes, televisão e por toda literatura escrita ou registrada por meios diversos.

A análise de conteúdo originou-se para que pesquisadores evitassem recorrer à intuição, às impressões pessoais e à marca da subjetividade do operador. Características como objetividade, exploração exaustiva dos dados e sujeição a regras estritas, fazem parte desta

técnica. A análise também apresenta etapas, que são: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados; inferência; e interpretação (GOULART, 2006).

O processo de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens promovido pela análise de conteúdo é organizado em três etapas, realizadas em conformidade com três pólos cronológicos diferentes. De acordo com Bardin (1979) e Minayo (2000), essas etapas compreendem:

- a) Pré-análise – fase de organização e sistematização das idéias, em que ocorrem a escolha dos documentos a serem analisados, a retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa em relação ao material coletado e a elaboração de indicadores que orientarão a interpretação final. Pode ser decomposta em quatro etapas: leitura flutuante, na qual deve haver um contato exaustivo com o material de análise; constituição do *corpus*, que envolve a organização do material de forma a responder a critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; formulação de hipóteses e objetivos, ou de pressupostos iniciais flexíveis que permitam a emergência de hipóteses a partir de procedimentos exploratórios; referenciação dos índices e elaboração dos indicadores a serem adotados na análise; e preparação do material ou, se for o caso, edição.
- b) Exploração do material – trata-se da fase em que os dados brutos do material são codificados para se alcançar o núcleo de compreensão do texto. A codificação envolve procedimentos de recorte, contagem, classificação, desconto ou enumeração em função de regras previamente formuladas.
- c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação – fase em que os dados brutos são submetidos a operações estatísticas, a fim de se tornarem significativos e válidos e de evidenciarem as informações obtidas. De posse dessas informações, o investigador propõe suas inferências e realiza suas interpretações de acordo com o quadro teórico e os objetivos propostos ou identifica novas dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material. Os resultados obtidos, aliados ao confronto sistemático com o material e às inferências alcançadas, podem servir a outras análises baseadas em novas dimensões teóricas ou em técnicas diferentes.

Apesar de ser orientada nas três fases descritas anteriormente, a análise de conteúdo propriamente dita vai depender especificamente do tipo de investigação a ser realizada, do problema de pesquisa que ela envolve e do corpo teórico adotado pelo pesquisador, bem como do tipo de comunicações a ser analisado. Cabe ao pesquisador fazer o jogo entre as hipóteses, entre a ou as técnicas e a interpretação (BARDIN, 1979)

Para Bardin (1979), a análise de conteúdo possui duas funções, que podem coexistir de maneira complementar:

- a) Função heurística – visa enriquecer a pesquisa exploratória, aumentando a propensão à descoberta e proporcionando o surgimento de hipóteses quando se examinam mensagens pouco exploradas anteriormente.
- b) Função de administração da prova – serve de prova para a verificação de hipóteses apresentadas sob a forma de questões ou de afirmações provisórias.

Segundo esse modelo, não existe uma preocupação explícita de garantir a objetividade do conhecimento. Em via contrária, declara-se que ele é parcial e determinado pelo sujeito que conhece a partir de suas experiências e valores (FRANCO, 1986). Ao optar pela análise do conteúdo para as entrevistas semi-estruturadas, busca-se conhecer o sujeito envolvido no processo a quem se atribui o papel de criador da realidade.

Outra análise utilizada no presente trabalho foi a análise temática, que está relacionada diretamente a um determinado assunto, representada no caso aqui por desenhos ou escritas (pequenas frases), baseando-se na frequência das unidades. Conforme sustenta Minayo (2000). Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. No caso de uma análise temática, o tema é a unidade de significação, que se libera naturalmente de um texto analisado. Logo, fazer uma análise temática consiste em descobrir os temas, que são as unidades de registro nesse tipo de análise e que corresponde a uma regra para o recorte. Após o recorte, as unidades de significação foram classificadas e agregadas em categorias e subcategorias (MINAYO, 2000).

Segundo Bardin (1979) consiste em descobrir os 'núcleos de sentido' que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.

Com essa técnica, pode-se caminhar, também, na direção da “descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo analisado” (GOMES, 2000, p. 74).

A interpretação dos dados coletados por meio das entrevistas consiste no estabelecimento de uma relação entre a análise de resultados, que será realizada pelo pesquisador, com base na leitura da realidade, e a teoria que fundamenta a pesquisa (GOULART, 2006).

Como o tema em pesquisa é bastante polêmico e complexo, e se encaixa nas características e critérios exigidos pelos pesquisadores citados anteriormente, a escolha da adoção da técnica, análise de conteúdo por meio de entrevistas semi-estruturadas, certamente facilitou a leitura dos dados coletados. Com certeza, as precauções tomadas e sugeridas por Goulart (2006) em relação à interpretação indevida ajudaram a evitar o máximo de subjetividade, buscando afastar o ponto de vista do pesquisador e ressaltar a perspectiva do objeto ou sujeito pesquisado (GOULART, 2006).

O objetivo final da análise de conteúdo é produzir inferências válidas, e para isso é necessário ter bem claro o que se pretende investigar. Portanto, o roteiro de entrevista deve ser o mais objetivo possível, levando ao entrevistado – no caso, o administrador hospitalar – a ser claro em suas respostas, sem perder a expressividade natural.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, a partir da análise de conteúdo, foram agrupadas, por analogia, as informações e contabilizados os argumentos citados pelos entrevistados. Esta metodologia baseia-se na decodificação de um texto em quatro grupos de questões:

1. Traçar os tipos de poderes delegados pelos médicos proprietários à sua gestão.
2. Identificar através da percepção dos administradores hospitalares os interesses individuais dos médicos proprietários e institucionais:
3. Especificar os pontos de controle operacionais delegados aos administradores hospitalares no âmbito gerencial.
4. Levantar os tipos de conflitos gerados pelos médicos proprietários durante o processo de gerenciamento que envolve o administrador hospitalar.

Analisou-se o cruzamento das principais variáveis citadas, com o objetivo de identificar elementos intervenientes na relação entre médicos proprietários e a administração das instituições hospitalares. Nesta etapa, tentou-se justapor relações ou aproximações, ou seja, verificar a influência de uma variável na outra. Apesar de um configurar-se como estudo de caráter estritamente qualitativo, permitiu destacar alguns aspectos quantitativos, facilitando a compreensão do contexto atual e possibilitando uma visão de contraste ou de similaridade entre os grupos pesquisados, além de proporcionar um maior embasamento na construção deste estudo.

5.1 Traçar, a partir da percepção do administrador hospitalar, os tipos de poderes delegados pelos médicos proprietários à sua gestão:

Ficou evidente a necessidade de romper com a idéia do hospital como casa de saúde, em que essa tem um papel de pouca importância, a não ser o de fornecer infra-estrutura para que o médico, individualmente, atenda os pacientes; em que os serviços médicos tenham uma liderança institucional e os médicos atuem debaixo da proteção da organização e dos administradores hospitalares, fazendo reuniões científicas, freqüentando o serviço todos os dias, internando sempre no mesmo local e treinando a enfermagem.

Dos hospitais, cerca de 70%, segundo os entrevistados que responderam a questão 1 das entrevistas em ANEXO, têm perfil familiar de administração (Figura 5.1).

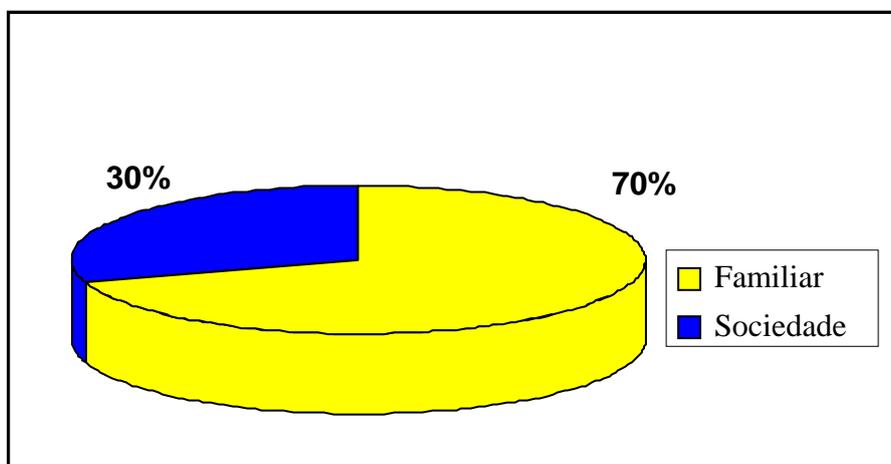


Figura 5.1: Perfil da administração organizacional.
Referente à questão 1 do roteiro de entrevista em anexo.

Esse perfil determina o tipo de administração realizada atualmente pelos administradores hospitalares, determinando, assim, uma administração liderada por médicos proprietários dos hospitais e que levam a questão de empresa familiar exatamente como é. Ou seja, caracteriza-se por uma instituição autoritária, paternalista e unicista. Nas organizações familiares, torna-se evidente a ligação entre a racionalização e os abusos de poder entre proprietários e colaboradores. Em empresas familiares hospitalares, a maioria de seus proprietários é constituída de médicos. Para o administrador hospitalar, interagir e integrar a Diretoria com a Diretoria Clínica e demais administradores torna-se, na maioria das vezes, a mais árdua função.

O Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 2.225/GM, de 5 de dezembro de 2002, na qual são estabelecidas exigências mínimas para a estruturação técnico-administrativa das direções dos hospitais. Alguns médicos proprietários contratam os administradores hospitalares buscando cumprir a Lei e repassar o histórico da organização e responsabilidades administrativas para especialistas da área. Mas outros médicos temem repassar informações reconhecidas por eles como extremamente sigilosas e transformam essa contratação obrigatória e legítima em uma complexa e sinistra relação entre médicos proprietários e administradores hospitalares, em que os proprietários encenam repassar e delegar responsabilidades para o administrador hospitalar, e esse contracena estar no comando da organização.

Ninguém precisa esperar grandes desentendimentos entre médicos e administradores para reconhecer a existência das grandes diferenças em suas relações diárias. O problema é saber o que fazer com um dado tão evidente.

Os hospitais devem buscar uma administração profissionalizada, apta a gerir as organizações de saúde, e nesta ótica devem confiar nesses profissionais que são qualificados para o exercício de funções relacionadas à direção conforme classificação hospitalar do Sistema Único de Saúde, que abrange as instituições privadas em todo o País. Deveria estar claro para os proprietários que essa discussão não deveria ainda estar em questão, pois de acordo com a classificação por porte de hospital, analisando a legislação vigente, é uma exigência governamental e da sociedade a contratação de profissionais com formação específica em administração hospitalar ou com cursos de qualificação na área (BRITO, 2004).

Em relação à forma de contratação de profissionais em hospitais, segundo a questão 3 das entrevistas em ANEXO, observou-se que há certa diversidade: 37% dos entrevistados foram contratados pelo Conselho Administrativo; 36%, por indicação; outros 18%, por processo de seleção; e 9%, outras formas, como mostrado na figura 5.2:

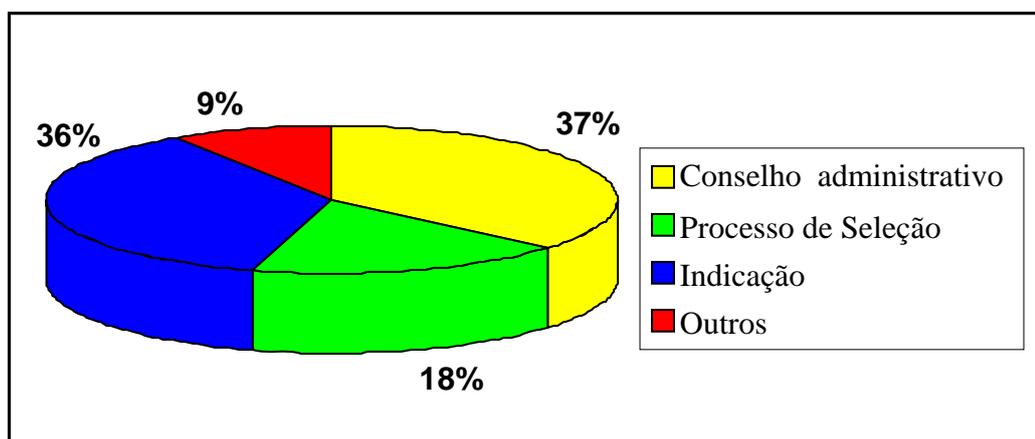


Figura 5.2: Escolha da direção executiva.
Referente à questão 3 do roteiro de entrevista em anexo.

Aqueles contratados pelo Conselho Administrativo, que somam 37% dos entrevistados, podem ser reconhecidos como indicados pelos integrantes do Conselho, pois não fica claro pelas entrevistas como o nome dos administradores hospitalares chegou até a reunião decisória do Conselho em relação à contratação desses profissionais. Isso permite verificar

uma possibilidade de os 36% indicados formarem um grupo ainda maior, cerca de 73% dos entrevistados. Durante as entrevistas, ao coletar-se também a resposta “Outras formas”, somando 9 %, pode-se analisar a possibilidade de os entrevistados terem omitido a forma de contratação, por temerem desvalorizar suas competências e reconhecimento mediante o mercado, dedução que soma 82% de supostos indicados para a Diretoria Executiva.

No caso de o perfil da administração ser sociedade, pode-se dizer que a gestão é composta por sócios fundadores, em que apenas três exercem uma função executiva. presidente executivo, diretor executivo e diretor financeiro. Os demais diretores fazem parte do Conselho, onde há uma reunião semanal para a tomada de decisões. Há, ainda, um superintendente, um gerente financeiro e um de enfermagem. Esse processo influencia a perda de agilidade e rapidez de resposta e solução de problemas. Segundo entrevistado:

Há uma autonomia limitada para a tomada de decisões. A partir do modelo empregado pela instituição, este modelo atrapalha todo o processo de qualificação, onde normas são impostas por um grupo que tem uma visão do mercado totalmente voltado para eles. Já se tentou por várias vezes colocarem gestores atualizados na instituição. Mas, com uma administração antiquada, não houve muito sucesso.

A Direção Executiva é representada por pessoas com força política ou com grande influência no mercado, por se tratar de uma empresa privada, mas sem fins lucrativos, São escolhidos profissionais que detêm muita influência e podem beneficiar qualquer processo de investimento ou, até mesmo, de fundos para Organização.

O que fica bem claro é que “o processo de seleção” ainda é pouquíssimo utilizado neste setor e que os motivos podem ser vários: poucos profissionais à disposição no mercado; o cargo exige altíssima confiabilidade; e falta de credibilidade no método de seleção. O processo de seleção para posterior recrutamento é bastante utilizado em organizações de grande porte e principalmente multinacionais. Mas, em contrapartida, as pequenas e médias empresas com perfil de direção familiar no Brasil resistem ao método, buscando muitas vezes manter o controle até mesmo de quem se contrata e se demite, evitando abrir a organização para estranhos que possam, após demitidos, operar no mercado futuramente como concorrentes, colocando a organização hospitalar em situação vulnerável a aspectos que até então eram sigilosos.

Existe pouca parceria entre médicos e administradores, que por sua vez, continuam na instituição pela idéia inicial do fundador. Vivem em constantes conflitos. Alguns médicos se relacionam bem com os administradores, mas por trás agem em troca de benefícios. Outros esquecem até da administração e valorizam apenas a classe médica. Outros que não se adequaram a essa política saíram da instituição. Segundo entrevistado:

Existe apenas um médico proprietário, político, eleito pelo fundador. Esse mesmo médico retirou o fundador que o elegeu para a administração da Instituição. O fundador visava à garantia da saúde aos menos favorecidos, como ele não tinham uma visão administrativa.

O administrador deve participar do sistema de uma empresa, para gerenciar. Faz-se necessário unificar propósitos, produtos, clientes e as necessidades a serem satisfeitas às características de qualidade a serem incorporadas ao produto para a satisfação da necessidade social, do papel do capital, do trabalho e do cliente. Sabe-se que o administrador não é bem remunerado e que também não participa de todas as decisões. Sua finalidade principal é responder às exigências e regulamentações do CRM, o que o torna uma pessoa não grata ao corpo clínico da instituição, por ter que cobrar um comportamento ético e profissional de todos.

5.2 Identificação da percepção dos administradores hospitalares sobre os interesses individuais dos médicos proprietários e institucionais:

O papel do médico consiste em retratar o desempenho do médico líder do corpo clínico – ou, em alguns casos, do dono do hospital – na elaboração de estratégias da instituição hospitalar. Foram abordadas a importância e a forma como é atualmente e como poderia ser. Não houve restrição sobre o enfoque a ser dado, visando exatamente à compreensão dos entrevistados a respeito das diretrizes, decisões, estratégias, aptidões e comportamento da administração em relação ao médico.

Cerca de 70% dos entrevistados que responderam à questão 9 da entrevista em ANEXO afirmaram que os objetivos dos médicos proprietários entram em conflito com os objetivos organizacionais (Figura 5.3). Segundo os entrevistados, a maioria dos médicos tenta valorizar seus interesses, ignorando o interesse do todo, ou seja, da organização.

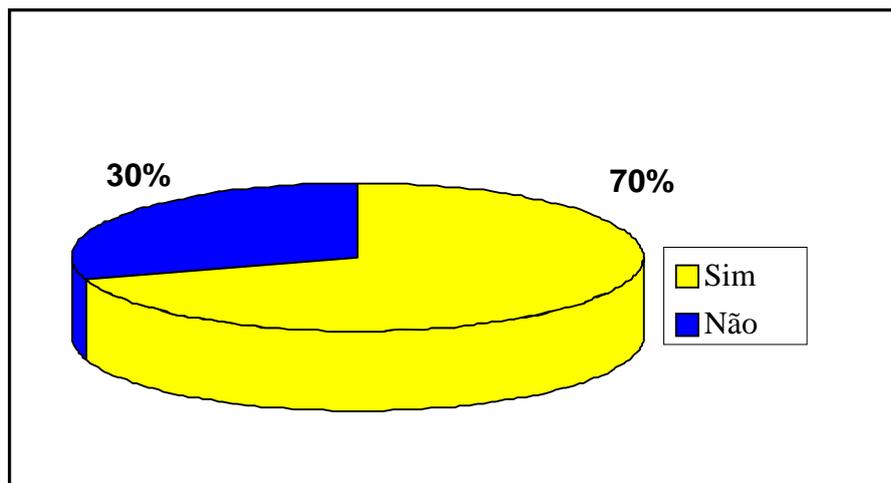


Figura 5.3: Objetivos dos médicos proprietários entram em conflito com os organizacionais?. Legenda. Referente à questão 9 do roteiro de entrevista em anexo.

Os objetivos gerais da organização passam pela idéia de um equilíbrio geral, ou de estabilidade externa, a ser mantido com seus ambientes, equilíbrio particular ou estabilidade interna, isto é a capacidade de operar dentro de limitações fisiológicas definidas, de sobreviver num mercado cada dia mais concorrente.

Essa dualidade de objetivos dentro de uma organização sugere a existência de uma disputa de interesses entre as classes (médico e administrador) (Figura 5.4). Dois dos entrevistados se expressam:

O poder é de fácil acesso para os médicos, desde a universidade. Eles adoram manterem-se no pedestal, distantes, superiores a outras classes.

Os médicos proprietários assumem bem mais o lado administrador do que deveriam. Desta forma, existe conflito quando se trata de respeitar regras para reduzir custos ou evitar processos criminais e civis.

Por outro lado, acredita-se que algumas respostas são tendenciosas e expressam medo. Ao perguntar se existe disputa de interesse entre as classes de médicos e de administradores, um dos entrevistados respondeu: “Não existe essa disputa. Cada qual sabe seu papel e todos trabalham em prol do mesmo objetivo. Atender bem às necessidades do todo e principalmente dos pacientes”. A afirmativa não se confirma na maioria dos dados referentes à questão 10 das entrevistas em ANEXO (Figura 5.4).

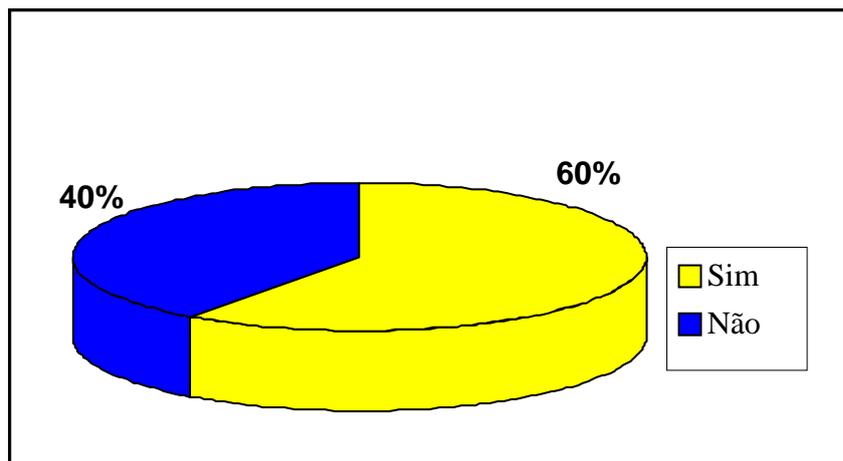


Figura 5.4: Disputa de interesses entre médicos e administradores hospitalares. Referente à questão 10 do roteiro de entrevista em anexo.

Alguns médicos proprietários, na maioria das vezes, não levam em consideração as decisões dos administradores hospitalares quando estes sugerem investimentos e redução de gastos nos hospitais. Normalmente, os médicos proprietários pensam em seu interesse próprio, acreditam que o tempo em que praticam a clínica médica fortalece paralelamente os conhecimentos em relação à administração hospitalar, tornando-os, na maioria das vezes, especialistas na área. A visão estreita de cerca de 60 % dos médicos visa apenas a área assistencial, o que tende a forçá-los a defender uma contínua compra e utilização de materiais e equipamentos para o setor em que operam, mesmo quando essa pode onerar o orçamento da organização. Acreditam que investimentos maiores na assistência valorizarão o atendimento e que, conseqüentemente, a organização captará mais clientes. Não percebem, como os administradores hospitalares, que a organização deve crescer unificadamente, que os investimentos devem ser distribuídos também por áreas, como hotelaria, recepção, transporte, redimensionamento de espaços, segurança, SND (serviço de nutrição e dietética) e outras. Os administradores hospitalares, ao tomarem decisões, buscam proteger a organização de investimentos altos e desnecessários. Responsabilizam-se em equilibrar o orçamento, negociar com planos de saúde, SUS e demais conveniados, evitando a queda ou perda da qualidade dos serviços oferecidos, protegendo o nome da organização em uma competição acirrada que o mercado atual provoca diariamente no setor.

Cerca de 70 % dos entrevistados acreditam que essa disputa de interesses prejudica o todo, ou seja, os interesses organizacionais, de acordo com a questão 12 das entrevistas em ANEXO (Figura 5.5).

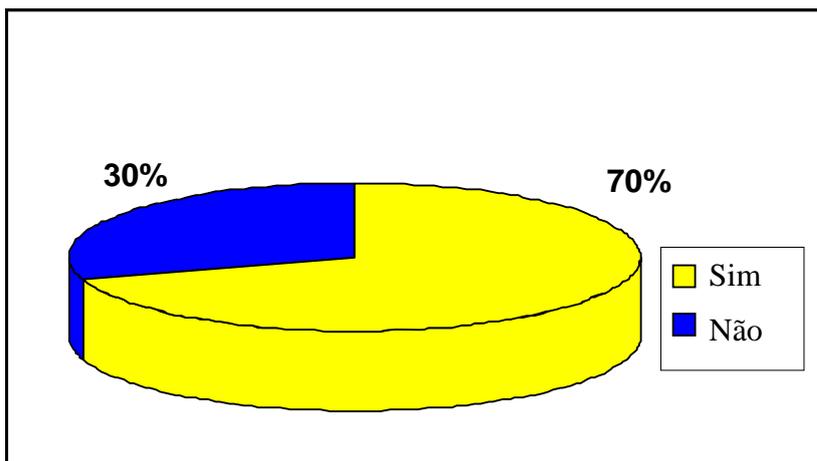


Figura 5.5: Disputa de Interesses e o prejuízo em relação aos interesses organizacionais. Referente à questão 12 do roteiro de entrevista em anexo.

Os médicos proprietários reconhecem que existem conflitos de interesse na da organização, mas permanecem na mesma postura de domínio, tendo, assim, consciência de sua participação ou co-participação. Dos entrevistados que responderam à questão 13 das entrevistas em ANEXO, 80% acham que os médicos sabem da existência dos conflitos internos e 20% acham que os médicos não sabem ou preferiram não responder, o que caracteriza uma postura cautelosa em relação aos proprietários, temendo possíveis represálias, referente à questão 13 (a) das entrevistas em ANEXO (Figura 5.6).

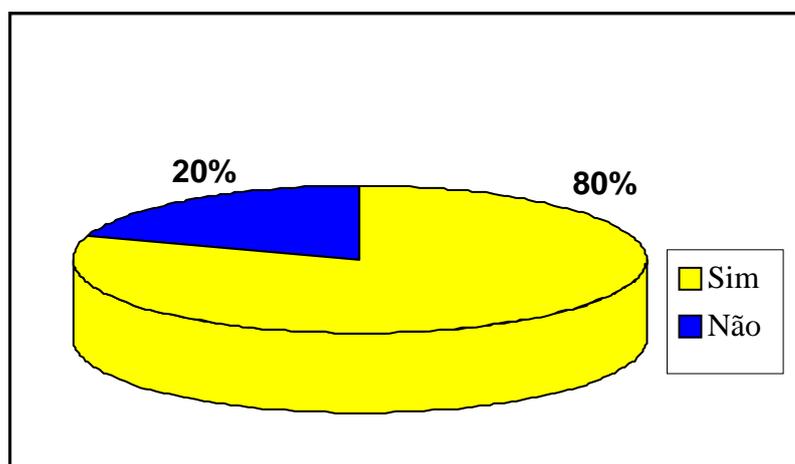


Figura 5.6: Reconhecimento dos médicos sobre os Conflitos de interesses. Referente à questão 13 (a) do roteiro de entrevista em anexo.

A maioria dos médicos reconhece que geram conflitos. Acham perda de tempo alguns investimentos sugeridos pelo administrador hospitalar. Mas, conforme um entrevistado, alguns médicos mais modernos estão totalmente voltados à qualidade de serviço. A minoria

acha que todos os recursos devem ser investidos em saúde. Uma das respostas referente à entrevista sobre a questão da disputa de interesses foi a seguinte:

Essa disputa desmotiva toda a equipe. É como se toda a equipe fosse um grupo de robôs trabalhando e no final do mês recebêssemos nossa remuneração, de direito. Se a instituição está indo bem ou não, o problema é da administração, e não dos médicos. Poucos médicos já se envolvem muito com todos os interesses da organização e ainda têm alguns médicos que por não suportarem tanta pressão ou o tipo de política interna, pedem demissão.

5.3 Especificação dos pontos de controle operacionais delegados aos administradores hospitalares no âmbito gerencial:

Cerca de 90% dos entrevistados consideraram o nível de influência dos médicos proprietários alto em tomada de decisões. Não acreditam nisso e argumentam que têm o domínio da situação, 10%, questão 18 das entrevistas em ANEXO (Figura 5.7).

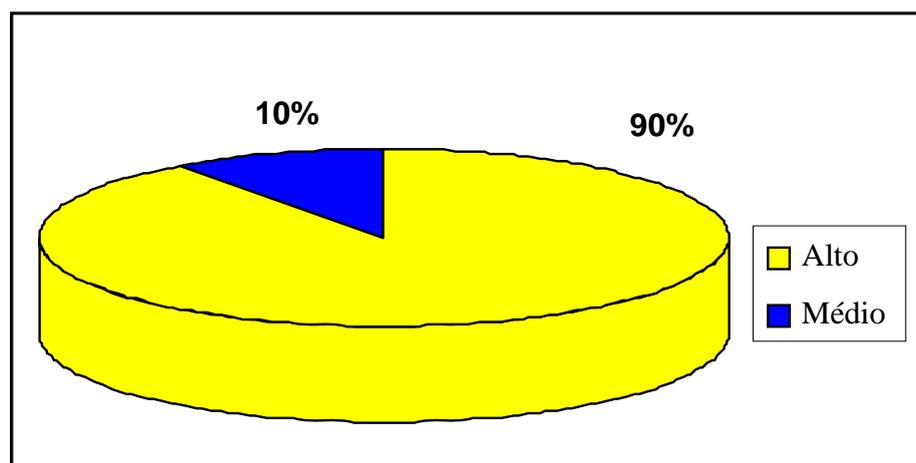


Figura 5.7: Nível de influência dos médicos proprietários nas tomadas de decisão. Referente à questão 17 do roteiro de entrevista em anexo.

A idéia de uma participação ativa nos caminhos da instituição é realçada quando os próprios profissionais se colocam desafios, com metas a serem atingidas, estabelecidas por esse grupo. Utilizam-se de ferramentas administrativas de acompanhamento de indicadores para argumentação. Isso envolve os médicos com as questões do hospital. A instituição aposta na condição de que as reações surgem por falta de comunicação ou por desconhecimento do que ali ocorre.

Em nível de discurso, os administradores sustentam que nas suas práticas gerenciais tudo é negociado e envolve a participação de seus subordinados. Já com relação aos seus superiores, a maioria afirma que a negociação e a participação são mais restritas. O papel de facilitador, catalisador e líder ainda está perdendo para o de centralizador e chefe. O papel do gestor de alto nível envolve as seguintes capacidades: estratégica, racionalidade administrativa e habilidades interpessoais de liderança e de tomada de decisão. Como defende MOTTA (1990), de certa forma, não vêm sendo plenamente assimiladas pelos gestores entrevistados, de acordo com suas respostas.

A formação em Administração Hospitalar é apontada como necessária por todos os entrevistados nos hospitais. As habilidades humanas, de relacionamento interpessoal, de lidar com os conflitos, do papel de facilitador enquanto gerente são apontadas como características ideais para o perfil do gestor hospitalar. A especialização técnica foi lembrada apenas como requisito para a chefia da área, mas as habilidades humanas foram mais valorizadas. A visão de negócios como habilidade do gestor hospitalar fica mais clara no hospital privado, enquanto o domínio da cultura acadêmica é mais forte no hospital público, como era de se esperar.

No âmbito do discurso, todos os gestores apontam que existe uma participação ativa de seus colaboradores nos processos internos. A negociação é tida como uma prática utilizada por boa parte dos entrevistados. Como fator limitador da negociação, o corporativismo é apontado, principalmente o dos médicos.

Essas opiniões demonstram que gerir um hospital equivale à introdução progressiva de instrumentos racionalizadores na utilização de recursos materiais, técnicos e humanos na produção de saúde, reconhecendo-se a necessidade do desenvolvimento de sensibilidades variadas para poder integrar, compatibilizar e coordenar os interesses.

5.4 Levantamento dos tipos de conflitos gerados pelos médicos proprietários durante o processo de gerenciamento que envolve o administrador hospitalar:

Em se tratando do grupo de perguntas referentes aos conflitos, verifica-se que as respostas continuam tendenciosas em relação ao que deveria ser a situação ideal. Ou seja, as respostas exprimem o que o papel do administrador de empresas deveria ser. Mas a real situação não é a

descrita pela maioria dos entrevistados. Ficou evidente pelas entrevistas com os profissionais o conhecimento conceitual a respeito de planejamento estratégico como um processo racional de análise sobre o contexto ambiental com o objetivo de maximizar a vantagem no longo prazo da organização. A maioria deles utiliza conceitos pouco abrangentes, mas a associação entre planejamento estratégico e desempenho da empresa foi firmemente demonstrada. O que se observa na maioria das organizações hospitalares são médicos liderando todas as situações e passando por cima das decisões dos administradores hospitalares, principalmente quando se trata de um hospital de propriedade familiar e particular. Isso se verifica pela análise estatística feita das entrevistas: 70% acham que os médicos transmitem a toda organização superioridade em relação à sua classe de forma autoritária quando há divergências de idéias do administrador hospitalar, questão 23 (a) das entrevistas em ANEXO (Figura 5.8). Os médicos têm o domínio da situação mesmo não tomando, muitas das vezes, decisões corretas para o bem do todo.

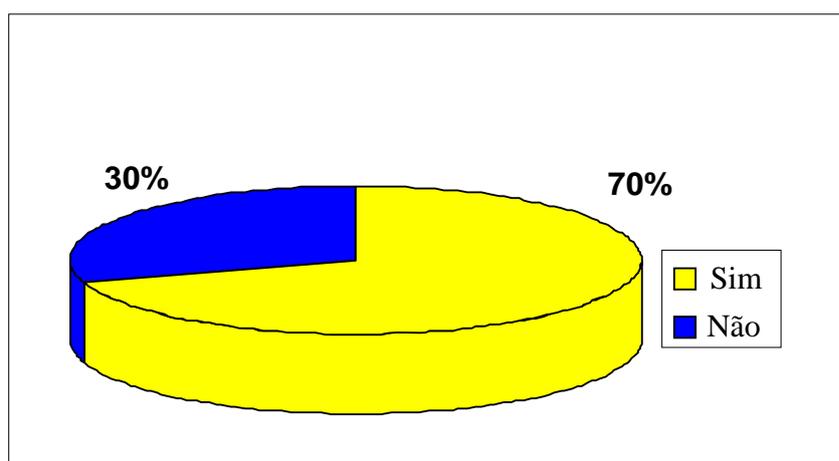


Figura 5.8: Médicos transmitem a toda organização superioridade à classe dos administradores hospitalares? Referente à questão 22 (a) do roteiro de entrevista em anexo.

Logo, cabe ressaltar que um dos pontos de divergência entre os médicos e os administradores hospitalares diz respeito à natureza do processo de planejamento estratégico. É irregular, sistemático e formal.

A maioria dos administradores hospitalares acredita que os médicos proprietários desautorizam os administradores perante o corpo operacional e a gerência intermediária. Este fato incomoda, pois prejudica a gestão, gerando descredibilidade entre os colaboradores, e deixa o gestor inseguro para tomar a decisão certa e profissional em sua administração, questão 24 (a) das entrevistas em ANEXO (Figura 5.9).

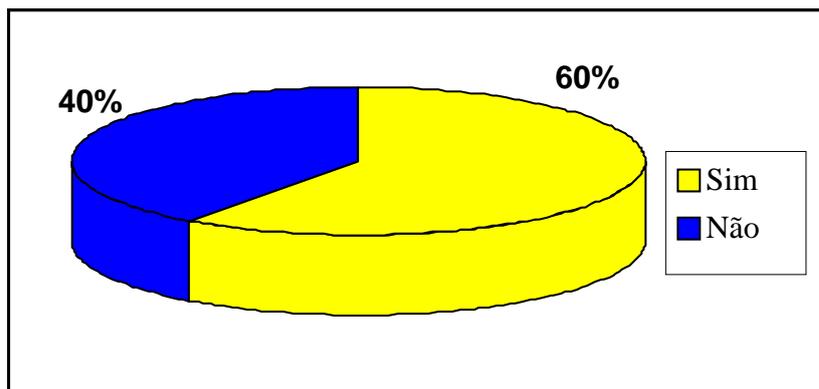


Figura 5.9: opinião dos administradores hospitalares entrevistados sobre a afirmativa de que os médicos proprietários desautorizam os administradores perante o corpo operacional e gerência intermediária. Referente à questão 23 (a) do roteiro de entrevista em anexo.

Cerca de 50% dos entrevistados acham que os médicos proprietários obrigam os gestores a participar de quaisquer acontecimentos gerenciais rotineiros, pois acreditam que esse procedimento permite maior entendimento da situação organizacional como um todo. Gerando uma melhor atuação dos administradores.

Os outros 50 % não acreditam nessa afirmação, pois acham que os médicos proprietários reconhecem que o administrador deve se responsabilizar apenas pela área administrativa, questão 25 (a) das entrevistas em ANEXO (Figura 5.10).

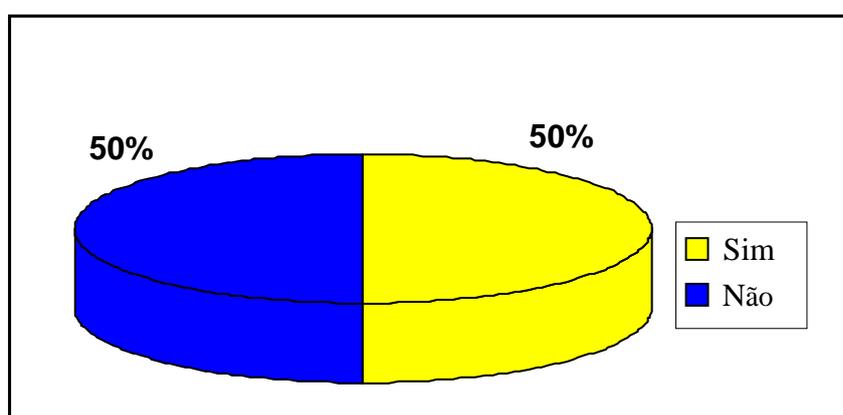


Figura 5.10: Opinião dos entrevistados sobre a afirmativa que os médicos proprietários obrigam os gestores participar de quaisquer acontecimentos gerenciais rotineiros. Referente à questão 24 (a) do roteiro de entrevista em anexo.

As instituições são um misto de pessoas, tarefas, estruturas, ambiente, tecnologia e cultura, interligadas a sistemas externos, funcionando na formalidade e na informalidade. O enfoque principal de todos os tipos de instituições se dá no homem, no seu comportamento, no sistema

de incentivos e na relação de seus objetivos com os da organização. O objetivo sempre é a obtenção de resultados favoráveis à organização e ao indivíduo (BITTAR, 1996).

A Estrutura Organizacional, comumente chamada de Organograma, mostra a hierarquia das diversas áreas da instituição, com a respectiva posição na organização. Para sua elaboração, são necessários conhecimento da cultura e as formas de organização da sociedade local e regional.

O atendimento dessas necessidades em conformidade com as estratégias e planos de ação é feito por intermédio de pessoas e processos.

Dos entrevistados, 90% acham que os médicos proprietários buscam construir a cultura da organização visando seus próprios valores, prejudicando o crescimento da organização, pois essa organização necessariamente deve crescer conforme seus valores internos e acompanhando os novos avanços delineados pelo mercado. Um dos entrevistados afirmou:

“Não aceitar este fato pode levar a nossa instituição à falência.”

No entanto, 10% dos entrevistados não têm a mesma opinião, pois os valores dos proprietários agregam os valores da empresa, questão 26 (a) das entrevistas em ANEXO (Figura 5.11).

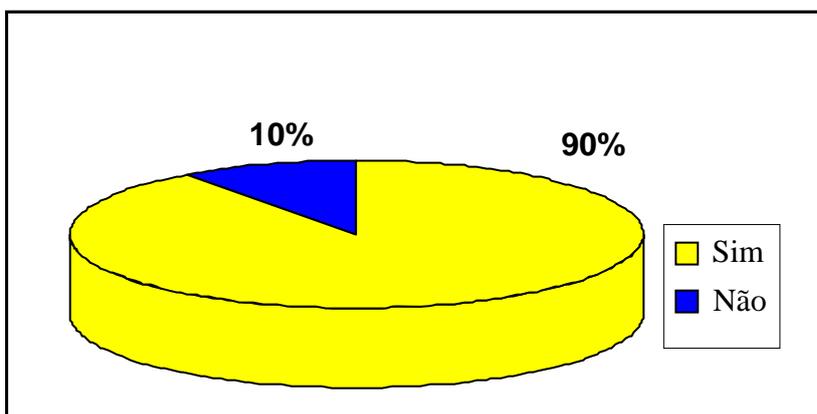


Figura 5.11: A influência dos médicos proprietários na construção da cultura da organização na visão do administrador hospitalar. Referente à questão 26 (a) do roteiro de entrevista em anexo.

A importância da cultura enquanto processo e produto de interações é estudada a partir da ótica de gerenciamento e planejamento das organizações hospitalares. As mudanças culturais dentro de um hospital são analisadas por meio de uma revisão de estudos sobre teorias e práticas nas organizações de saúde, como relações intermediadas por atores em um sistema

cultural, que, diante da introdução de mecanismos de envolvimento e comunicação, reagem mediante mecanismos de aprendizagem.

As entrevistas forneceram argumentos que garantiram a pluralidade e o aprofundamento do entendimento prévio sobre os caminhos traçados pelos médicos proprietários e administradores hospitalares na construção da cultura organizacional. Os entrevistados buscam sugerir a criação de mecanismos de comunicação para a construção de incentivos na aprendizagem organizacional e a instrumentalização de critérios simples de análise e desvendamento das culturas de uma organização hospitalar, mas, na maioria das vezes, sentem-se oprimidos por uma cultura já implantada pelos médicos proprietários conforme se pode constatar na resposta: *“A instituição está impregnada com a cultura dos médicos proprietários, prejudicando o crescimento da organização”*.

Poucos entrevistados afirmam que a cultura criada e implantada pelos médicos proprietários ajuda na transparência dos reais valores da organização para os seus trabalhadores e clientes externos. Acreditam que a cultura deve nascer de valores vindos dos médicos e dos administradores.

“Acredito que a empresa deve ter os valores dela, e estes valores deverão ser pautados um pouco nos valores do médico proprietário e um pouco nos valores da administração.”

Os entrevistados transmitem como a cultura é desenvolvida nas organizações de saúde, sua importância e as dificuldades quando essa condiz com a realidade da organização. Os dados mostram também a preocupação dos administradores na busca de uma cultura que ajude na eficiência institucional. Alertam que participação dos médicos é importante na construção da cultura, desde que em equipe, levando sempre em consideração o histórico e o presente da organização.

6.CONCLUSÃO

De acordo com os resultados das análises efetuadas, pode-se concluir que as ações realizadas pelas empresas pesquisadas com o objetivo de aproximar o administrador hospitalar das decisões estratégicas organizacionais ainda não representam uma maneira eficiente que venha contemplar as peculiaridades da atividade administrativa. O que confirma a percepção de Cecílio (1997) , quando afirma que vários fatos traçados na pesquisa nos fazem pensar que os médicos desconhecem em parte o potencial do capital intelectual interno, gerando muitas vezes conflitos na relação médico e administrador hospitalar. A análise de dados confirma as já conhecidas estratégias dos médicos em não aderir qualquer modelo gerencial que tenha algum valor controlador. Os conflitos levantados aparecem e pontuam claramente os interesses entre os profissionais médicos proprietários e os da instituição, dificultando a formação de uma estrutura clara de gerenciamento da relação. Esse fato exposto na pesquisa vem confirmar a maneira de pensar de Pagés (1993) quando afirma que o conflito é encarado como o principal obstáculo ao desempenho do homem no trabalho individual e em equipes, pois desnaturaliza os esforços e solapa os estímulos.

A análise realizada sinaliza algumas renovações na forma de relacionamento da organização com os profissionais nas instituições hospitalares e os relatos apontam para uma mudança de caráter estrutural. Tudo indica não ser mais possível manter a velha forma de organização dos hospitais, na qual onde atuam em paralelo um sistema administrativo e um assistencial. Evidencia-se o desencontro entre os dois sistemas. O controle financeiro de uma organização hospitalar depende da racionalização do emprego de recursos no atendimento aos pacientes, enquanto os médicos, detentores do saber técnico, obedecem, fundamentalmente, aos princípios estabelecidos pela profissão. Essa duplicidade, inerente às organizações de especialistas, expressa-se no dia-a-dia e deixa claro a disputa de interesses entre as classes. As relações de poder nos hospitais devem beneficiar os interesses institucionais e não aos dos indivíduos. Caso contrário, conforme afirma Foucault (2004) o poder passa a ser algo de particular nas relações entre os indivíduos e nas relações de poder, as quais são específicas: elas nada têm a ver com a troca, a produção e a comunicação, mesmo que lhes estejam associadas.

Apesar dos dados coletados na pesquisa mostrarem que ainda permanecem na esfera administrativa homens que tratam o poder como uma forma de determinar o que os outros

homens, aparentemente seus subalternos, devem fazer e até mesmo pensar, dominando por completo a conduta dos outros homens e delimitando o campo intelectual de cada profissional que compõe as organizações hospitalares, as organizações hospitalares precisam investir no profissional administrador hospitalar, delegando-lhe autonomia para conduzir as tomadas de decisões necessárias para a manutenção do clima organizacional e ações sociais, políticas e econômicas.

Os administradores hospitalares, como categoria, não parecem inseridos na realidade competitiva e de sobrevivência das organizações. Isso tem muito a ver com o que é ensinado aos estudantes de medicina nas faculdades, conforme citado nas entrevistas por vários profissionais. No passado, o profissional era vencedor se tivesse algumas qualificações técnicas. Ele automaticamente se imporia no mercado de trabalho e seria um vitorioso, na época em que a sociedade valorizava o profissional individualmente. Hoje, como afirma Motta (1990), vive-se numa sociedade composta de organizações, na qual os médicos continuam sendo treinados dentro das escolas de maneira individual. Os profissionais médicos têm como parâmetro e protótipo de sucesso os professores que tiveram reconhecimento quando bastava ter o saber técnico-científico e exercitá-lo segundo determinadas normas aceitas.

Formas de controle são inerentes a administração, mas utilizadas para a manutenção dos interesses da organização, podem trazer benefícios na construção de uma nova estrutura organizacional, que foca, seus trabalhadores, principalmente a produtividade desses em equipe. A pesquisa vem fortalecer as afirmações de Feuerwerker (2007), em relação a lógica do mercado, que permite apenas a sobrevivência de hospitais que produzem melhores serviços através de um crescente aperfeiçoamento e controle de seus processos internos. Aquele que não se atualiza, não moderniza processos de gestão, termina ultrapassado e sendo engolido pela competitividade do mercado do qual depende e para qual trabalha.

Na análise de dados, através da percepção do administrador hospitalar a estrutura do hospital moderno é amplamente diferente do “tipo ideal” de organização hierárquica definida por Weber (1991). Apesar de ser ainda caracterizado dentro do modelo definido por Goss (1963), o hospital moderno, apresenta traços específicos, apóia-se no poder e na autonomia profissional que os médicos proprietários detêm, reforçada pela arcaica estrutura

administrativa burocrática, em que se presencia abertamente a existência de duplicidade de autoridade no sistema administrativo.

Os médicos e administradores dos hospitais, juntos, devem antecipar-se às mudanças nas formas de relacionamento que mantêm com contratantes dos seus serviços. Devem estabelecer como objetivos a diminuição de custos e a melhoria da qualidade do atendimento prestado aos clientes, para, assim, posicionar-se favoravelmente no mercado. Os médicos, em seu trabalho, fazem a diferença, porém a maneira como os administradores trabalham com esses profissionais pode resultar em uma vantagem competitiva. As organizações de saúde precisam dotar seus profissionais de conhecimento, oferecendo-lhes oportunidades excepcionais para que possam contribuir com a ciência médica. A pesquisa reforça estudos de Gonçalves (1998) e reafirma que é fundamental a busca de conhecimentos profissionais de todas as classes que integram as equipes de saúde. As Organizações hospitalares, representadas aqui, por médicos proprietários e administradores hospitalares, comportam um parque de recursos instrumentais, o que permite que uma moderna tecnologia, bem utilizada, bem direcionada, possa enriquecer o exercício da medicina.

O hospital, como afirma Carapineiro (1998) é uma peça chave no processo de institucionalização, representa para a sociedade uma esperança para solução de suas patologias, local que inclui, experiências individuais e coletivas e não somente o papel “de viver a doença” e “trabalhar com a doença”. O hospital representa a prática da ciência e de novas técnicas da medicina, a diversidade dos processos de qualificação e especialização profissional, na busca de diferentes realidades médicas e administrativas sobre, na maioria das vezes, os mesmos fatos sociais.

Logo, administrar de forma eficiente um hospital deve passar a significar, antes de mais nada, por administrar o processo na totalidade, o que envolve diretamente a prestação do cuidado com a saúde física e mental dos trabalhadores e clientes externos. Parece claro que **não se pode mais continuar concebendo a ação do administrador como a de um mero zelador dos meios para a realização da atividade médica**. Se no passado as idéias correntes indicavam este caminho, o certo é que nos dias atuais será necessário alterar este padrão.

Em termos gerais, o resultado prático é que a administração hospitalar deverá conferir um realce muito maior à questão do relacionamento da instituição com os médicos. O avanço que

vem se dando no campo teórico não tem sido acompanhado de experiências concretas no âmbito das organizações. O ambiente mudou, mas não houve percepção dessa mudança. A tendência é fingir que nada está acontecendo. Embora se notem pequenas mudanças em algumas áreas de uma organização hospitalar, outras permanecem atadas a certas fórmulas de sucesso do passado. O ritmo das mudanças irá acelerar-se ainda mais, e as organizações de saúde que quiserem sobreviver nesse meio tão dinâmico terão que melhorar constantemente e aprender a adaptar-se a novas situações. Para ser superado, não é preciso parar; basta permanecer com a atual velocidade, atitude ou forma de pensar. A concorrência será cada vez mais acirrada, onde a imaginação, a criatividade, o conhecimento e a inovação é que farão a diferença.

Nesse cenário diferenciado, em que os administradores hospitalares são possuidores de um conhecimento técnico que representa um aspecto importante na montagem estratégica das organizações de saúde, deve entrar em cena um administrador envolvido com a aprendizagem organizacional. Num mundo empresarial dinâmico, desafiado por crescente competitividade, não basta mais planejar, organizar, dirigir e controlar para alcançar os resultados esperados. O ambiente da saúde, que está associado a enormes incertezas, exige criatividade e inovação. É de fundamental importância orientar e preparar médicos que possam ser parceiros de um negócio, envolvidos com os lucros e preocupados com os prejuízos das organizações.

Cabe ressaltar que a pesquisa não teve a intenção de criar um protótipo para o administrador hospitalar, mas ser um instrumento de referência para as organizações de saúde no sentido de não negligenciar a relação com seu corpo clínico na luta pela sobrevivência da instituição. Assim, este estudo é uma contribuição para que esses administradores melhor se conscientizem acerca de seus papéis como gestores, colaborando de modo efetivo para o aumento da produtividade e o aperfeiçoamento da qualidade dos serviços prestados pela organização hospitalar à comunidade que servem. E, sobretudo, desejou-se promover o conhecimento sobre o tema aos profissionais que participam do ambiente organizacional da saúde e que, de alguma forma, possam realizar aplicações com base nas descobertas desse estudo.

REFERÊNCIAS

ALDRICH, H. E. **Organizations & environments**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1979.

ARENDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro. Forense Universitária, 1987.

BARBOSA DE SOUZA, N. **Política de recursos humanos e proposição de uma gestão da qualidade: um estudo sobre a percepção dos dirigentes de uma instituição federal de ensino superior**. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa : 70 , p. 229, 1979.

BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa fenomenológica à procura de procedimentos rigorosos**. In: _____. **Fenomenologia: confrontos e avanços**. São Paulo: Cortez, . p. 71-102, 167 p, 2000.

BITTAR; O.J.N.V. **Hospital Qualidade & Produtividade**. São Paulo: Sarvier, 1996.

BLAU, Peter Michael. **Introdução ao estudo da estrutura social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

BOGDAN, R. C.; BIKKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Ed. Porto. 335 p, 1994.

BRASIL, 1990. **Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Assessoria de Comunicação Social, 22p. (Mímeo). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/lei8080.htm> . Acesso em: 02 Dez. 2006.

BRASIL, 1996. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS (NOB 01/96), de 6 de novembro de 1996**, Departamento de Imprensa Nacional/ Diário Oficial da União, Brasília, 1996.

BRITO, M. J. M. **A configuração identitária da enfermeira no contexto das práticas de gestão em hospitais privados de Belo Horizonte**. Tese (Doutorado em administração) Faculdade ACE de Ciências Econômicas e Faculdade Federal de Minas Gerais, 2004.

BÚRIGO, C. C. D. **Qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso na Universidade Federal de Santa Catarina**. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

CAMPOS, E. S. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde, Departamento Nacional de Saúde, 1944.

CAMPOS, G.W.S. **A Reforma da Reforma - repensando a saúde**. Cap. 2, p.35-86. BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Saúde da família, Brasília, 1999.

CAPPELLE, M. C. A.; BRITO, M. J. M. **Relações de poder no espaço organizacional: o caráter disciplinar das práticas de gestão de pessoas em uma organização de desenvolvimento de software**. In: Encontro nacional da associação nacional dos programas de pós-graduação em administração, 26., 2002, Salvador. *Anais...* Salvador: Anpad, 2002.

_____, M.C.A., BRITO, M. J.M., MOZAR, J. **Trabalho, Gestão e Poder**. Rio de Janeiro, Ed. FGV, 2006.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. 3. ed. Porto, Edições Afrontamento, 1998.

_____, G. **Inventar percursos, reinventar realidades: doentes, trajetórias sociais e realidades formais**. *Etnográfica*, Vol.V (2).2001.p.335-358

CASTANHEIRA, E. R L. **Gerência do Trabalho em Saúde: Desenvolvimento Histórico da Administração em Saúde nos Serviços Públicos do Estado de São Paulo**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, 1996.

CASTIGLIONI, A. **História da medicina**. São Paulo: Nacional. 2v, 1947. Catarina, Florianópolis, 1999.

CECÍLIO, L.C.O. **O singular processo de coordenação dos hospitais**. Saúde em Debate: Rio de Janeiro, v.27, n.64, p.110-122, 2003.

_____, L. C. O. **A Modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança**. Revista de Administração pública: Rio de Janeiro: 31(3) pg. 36-47, 1997.

_____, L. C. O. **Autonomia versus controle dos trabalhadores a gestão do poder no hospital**. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Ciência e Saúde Coletiva. 4(2); 315-329. São Paulo. 1999.

_____, L. C. O. **É possível trabalhar o conflito como matéria prima da gestão?** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.21, n.2, p. 508-516, 2005.

_____, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____, L. C. O. **Mudar modelos de gestão para mudar o hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensos**. Revista Espaço para a Saúde. V.1:4-26.p, 2002.

_____, L. C. O: **Disputa de Interesses, mecanismos de controle e conflito: a trama do poder nas organizações de Saúde**. Revista de Administração Pública: Rio de Janeiro, 36(4) 587-608, 2002.

CHERUBIN, N. A. **Administração hospitalar**. Fundamentos. São Paulo: Cedas. 1999.

CHILD, J. **Organization: a guide to problems and practice**. London: Harper & Row, 1977.

CLEGG, STEWART. **Frameworks of Power**. Londres: Sage, 1989.

COE, R.M. **Sociologia de la medicina**. Madrid: Alianza, 1973.

COLOGNESE, S. A., MÉLO, J. L. B. de. **A Técnica de Entrevista na Pesquisa Social**. In : Pesquisa Social Empírica: Métodos e Técnicas. Cadernos de Sociologia, Porto Alegre, PPGS/UFRGS, v. 9, 1998.

CORDEIRO, H. **As empresas médicas**. Graal, Rio de Janeiro: 1984.

CROZIER, M. **O fenômeno burocrático: ensaio sobre as tendências burocráticas dos sistemas de organização modernos e suas relações na França, com o sistema social e cultural**. Brasília: Universidade de Brasília, 1981.

_____, M.; FRIEDBERG, E. **El actor y el sistema: las restricciones de la acción coletiva**. México: Alianza Editorial Mexicana, 1990.

DALE, K.; BURRELL, G. An-aesthetics and architecture, *Tamara – Journal of Critical Postmodern Organization Science*, v. 2, n. 1, 2002.

DEBETIR, E. **Preparação para aposentadoria e qualidade de vida**. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal de Santa

DOURADO. D.C.P & CARVALHO.C.A. **Controle do homem no trabalho ou qualidade de vida no trabalho?** Cadernos EBAPE-Br V.IV,n 4, 2006.

DRUCKER, P. F. **A profissão de administrador**. São Paulo: Pioneira, 187 p; 1998.

ENRIQUEZ, E. **Os desafios éticos das organizações modernas**, RAE, v. 37, nº.2, abr/jun 1997.

FAORO, R. **Os donos do poder**. 2. ed. Globo, Porto Alegre. 2001.

FARIA, J.H. **Economia política do poder**. Curitiba:Juriá, vols: I,II e III, 2004.

_____,J.H. **Tecnologia e processo do trabalho**. Curitiba: Editora da UFPR, 1997.

FAYOL, H.. **Administração Industrial e Geral**. São Paulo: Editora Atlas, 1950. São Paulo: Editora Edgard Blücher Ltda, p. 230-231, 1970.

FERNANDES, J. M. **Percepção gerencial do sistema de acompanhamento e desenvolvimento profissional na Faculdade de Ciências e Letras da UNESP – campus de Assis**. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

FERRAZ DA SILVA, T. R. **Comprometimento organizacional de gestores em uma organização de serviços: o caso da Fundatecno**. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

FEUERWERKER, L. C. M.. **O hospital e a formação em saúde. Desafios atuais**. Revista Ciência e Saúde Coletiva: Abrasco. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciasaude/coletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=492> . Acesso em: 29 de Mar. 2007.

FISCHER, G. N, **Espaço, Identidade e Organização. In: O Indivíduo na Organização: Dimensões Esquecidas**. Jean-François Chanlat (coordenador). São Paulo: Atlas, pp. 82-102, 1994.

FLEURY, M.T.L.; FISCHER, R.M. (org). **Cultura e poder nas organizações**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

FOUCAULT, M. "Omnes et singulatim": vers une critique de la raison politique. In: *Dits et Écrits 1954-1988, Vol. IV (1980-1988)*. Édition établie sous la direction de Daniel Defert et François Ewald, avec la collaboration de Jacques Lagrange. Paris, Gallimard, 1994, pp. 134-161. O texto resulta de conferências feitas pelo Autor em 1979, e publicadas como um artigo em 1981.

_____, M.. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. & RABINOW, P. Michel Foucault. Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____, M. **Arqueologia do Saber**, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

_____, M. **Estratégia, poder-saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

_____, M. **Microfísica do poder**. 1 ed. Rio de Janeiro: Graall, 1979.

_____, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FRANCO, M. L. **O estudo de caso no falso conflito que se estabelece entre análise quantitativa e análise qualitativa**. São Paulo: PUC, 1986.

_____, M. L. **O que é análise de conteúdo**. São Paulo: PUC. Texto de Circulação Interna, 1986.

FREDO, A.C. **Poder e violência como ação estratégica**. Revista de administração Pública. Rio de Janeiro: FGV. 29(3): 111 – 121, maio / jun 1995.

GABRIEL, C., WEBER, M.: **Economia e sociedade: fundamentos de sociologia compreensiva**. Brasília: UnB, 1991.

GALBRAITH, J. K. **Anatomia do poder**. 4.ed. São Paulo: Pioneira, 1999.

GARCIA, F. C. **Gestão Estratégica da Competitividade**.; O Estado de Minas/Caderno de Economia; 08/02/1998; 2; 2; Português; Belo Horizonte - MG; BRASIL; ; Impresso; 1998.

_____, F.C. **Sobre o controle, a disciplina e a punição: notas teóricas para uma investigação empírica**. Revista de administração da FEAD, VOL.1, número1, JAN.JUN. , 2004.

_____, F.C: **FIAT: A integração competitiva vencedora**.; O Estado de Minas/ Caderno de Economia; 07/06/1998; 1998; 2; 2; Português; Belo Horizonte-MG; BRASIL; Impresso; 1998.

GOMES, R. **A análise de dados em pesquisa qualitativa.** In: *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade* (M. C. S. Minayo, org.), pp. 67-80, Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

GONÇALVES, E. L. **Estrutura Organizacional do hospital moderno.** Revista de administração de empresas. São Paulo. v. 38, nº 1, p.80-90. jan / março 1998.

GOSS, M. **Patterns of bureaucracy among hospital physicians,** in: Friedso, E., *The hospital in modern society*, Nova Iorque, The free Press, 1963.

GORZ, A. **Metamorfoses do trabalho.** São Paulo: Anna Blume. 2003.

GOULART, I. B & FILHO, S. P. **Empreendedorismo e Empreendedores. Sugestões para a Educação.** Belo Horizonte: Editora Newton de Paiva, 2004.

GOULART, I. B. **Estudos exploratórios em psicologia organizacional e do trabalho. In: Goulart, I.B. (org). Psicologia organizacional e do trabalho; teoria, pesquisa e temas correlatos.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

_____, I. B. Organizadora. **Temas de Psicologia e Administração.** São Paulo. Casa do Psicólogo. 2006.

HALFPENNY, P. **The analysis of qualitative data.** *Sociological Review*, 27(4), 799-827, 1979.

HALL, R. H. **Organizações, estrutura e processos.** Rio de janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1984.

HOBBS, T. **Leviatã, ou Matéria, Forma e Poder de um Estado Eclesiástico e Civil.** Col. Os Pensadores. São Paulo: Ed. Abril Cultural, 1979.

HORTALE, VA. **Descentralização, Autonomia Gerencial e Participação: Alternativas à Crise ou Transição para um Sistema Diverso.** Tese de Doutorado. FIOCRUZ, ENSP, 1996.

JICK, T. D. **Mixing qualitative an quantitative methods: triangulation in action.** *Administrative Science Quartely*, 24, 602-611, 1979.

KVALE, S. **InterViews: an introduction to qualitative research interviewing**. Thousand Oaks: Sage, 1996.

LACLAU, E. & MOUFFE, C. **Hegemony and Socialist Strategy: Towards a Radical Democratic Politics**. Londres: Verso, 1985.

_____, E.& MOUFFE C. **Hegemony & Socialist Strategy** : Towards a Radical Democratic Politics. London : Verso, 1985.

LARSON, Magali Sarfati. **The rise of professionalism: a sociological analysis**. Berkeley, University of California Press.1977.

LAWRENCE, P. R.; LORSCH, J. W. **As empresas e o ambiente** : diferenciação e integração administrativas. Petrópolis: Vozes, 1973.

LEBRUN, G. **O que é poder**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

LUKES, S. **O poder**: uma visão radical. Brasília: UnB, 1980.

_____, S. **Poder e autoridade**. In: BOTTOMORE, T.; NISBET, R. (Org.). **História da análise sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, p. 823-880, 1980.

LUZ, M. T. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro. V.5. n.2. Jan. 2000.

_____, M. T. **Instituições Médicas no Brasil: Instituição e estratégia de hegemonia**.3 ed. Rio de Janeiro: Graar, 1986.

MACKEY, S. **Drama, landscape and memory: to be is to be in place.** *Research in Drama Education*, v. 7, n. 1, 2002.

MAIR, J. **Chega de Oba Oba! Porque desempenho e disciplina rendem mais que inteligência competitiva, espírito de equipe e soft skills.** São Paulo: Martins Fontes, 2005.

MARCUSE, H. (1996). **Algumas implicações sociais da tecnologia moderna.** *Praga – Revista de Estudos Marxistas*, 1, 113-140.

MARCUSHI, L. A. **Análise da conversação.** São Paulo: Ática.1991.

MARTIN, David. Remise en question de la théorie de la sécularisation. In: GRACIE, Davis ; HERVIEU-LÉGER, Danièle (eds.) **Identités religieuses en Europe.** Paris : La Découverte, 1996.

MARTIN, R. **Sociologia do poder.** Rio de Janeiro: J. Zahar, 1978.

MARTIN, V.B. ANGELO, M. **Significado do conceito saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social.** *Revista Latino- americana de Enfermagem.* Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, p. 45-51, dezembro 1998.

MAZZUCCO, G. D. **Qualidade de vida no trabalho: uma investigação no nível gerencial de uma indústria do setor cerâmico catarinense.** Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

MCKINLAY, A & STARKEY, K. **Foucault, management and organization theory: from panopticon to technologies of self.** London: Sage, 1997.

MELO, C.M.M. **As interfaces no poder do setor de saúde e no trabalho de enfermagem : o jardim de caminhos que se bifurcam:** In Anais do 47º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1995.

MEZOMO, J.C. **Gestão da Qualidade na Saúde.** São Paulo: Manole. 2001.

MINAYO, M. C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7.ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 269p. 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **portaria nº 2.224/GM de 05 de dezembro de 2002**. Diário Oficial da União 236, Seção I, Disponível em <[http://dtr2001.saude.gov.br/sas/ PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2224.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2224.htm)> . Acesso em: 13 de abril de 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **portaria nº 2.225/GM de 05 de dezembro de 2002**. Diário Oficial da União 236, Seção I ,Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/port2002/gm-2225.htm>>. Acesso em: 13 de abril de 2007.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 1995.

_____, H. **El poder en la organización**. Barcelona: Ariel S.A., 1992.

_____, H. **The structuring of organizations**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1979.

MORGAN, M., & SMIRCICH, L. **The case for qualitative research**. *Academy of Management Review*, 5(4), 491-500.1980.

MOTTA, F.C.P & PEREIRA, L.C.B. **Introdução à organização burocrática**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1980.

MOTTA, P. R. **Administração Contemporânea. A Ciência e a Arte de Ser Dirigente**. Rio de Janeiro: Record, 1990.

MOTTA, F.C.P. **Controle Social nas Organizações**. RAE / EAESP / FGV. São Paulo, 1993.

_____, P.R. **Autogestão: a experiência empresarial**. Iugoslava. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro: 14(1): 7-24 ,1980.

MUNARO, J. S. et al. **Fundamentos da organização hospitalar**. São Paulo: Instituto Brasileiro de Desenvolvimento de Pesquisas Hospitalares, 1974.

ORSSATTO R. J., CLEGG S. R. **The political ecology of organizations.** *Organization & Environment*, v. 12, n. 3, p. 263-279, 1999.

PADILHA, M. I. C. S. **Enfermeira - a construção de um modelo de comportamento a partir dos discursos médicos do início do século.** *Rev. latino-am. enfermagem. Ribeirão Preto* - v. 5 - n. 4 - p. 25-33 – outubro, 1997.

PAGÉS, M et all. **O poder das organizações:** a dominação das multinacionais sobre os indivíduos. São Paulo: Atlas 1987.

PARSONS, T. **Ensaio de teoria sociológica.** Buenos Aires: Paidós, 1967.

PERROW, C. **Análise organizacional:** um enfoque sociológico. Rio de Janeiro: Atlas, 1972.

_____, C. **Uma sociedad de organizaciones.** In: RODRIGUEZ, Joseph e GUILLÉN, Mauro. 1990.

POLANYI, K. **A grande transformação:** As origens da nossa época. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

PUGH, D. et. al. A conceptual scheme for organizational analysis. **Administrative Science Quarterly**, n. 8, n. 3, Dec., 1963.

RIESSMAN, C. K. **Narrative analysis.** Newbury Park: Sage. 1993.

ROCHA, V. Q. **Reposicionamento organizacional e valores gerenciais no Banco do Estado do Amazonas.** Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

ROSENFELD, C. **Autonomia outorgada e relação com o trabalho: liberdade e resistência no trabalho na indústria de processo.** *Sociologias*, Porto Alegre, ano 5, n 10, p. 350-378, 2003.

RUBIN, H. J., & RUBIN, I. S. **Qualitative interviewing: the art of hearing data**. Thousand Oaks: Sage. 1995.

SCHRAIBER, L.B.; Peduzzi, M.; Sala, A.; Nemes, E.R.L & Kon, R. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde : identificando problemas**. Ciência e Saúde coletiva, 4(2): 221-42pp., 1999.

SCHULER, M. & LESCA, H., **Uma ajuda possante na implementação do sistema de informações para o planejamento estratégico das empresas**. Anais do 18º Congresso Nacional da ANPAD, Curitiba, 1994.

SEWELL, G. & WILKINSON, B. "Someone to watch over me: Surveillance, discipline and the just-in-time process" in *Sociology* vol.26 (2), may.p.271-289, 1992.

STAUB, I. D.; BULGACOV, S. **Territorialidade, competição e papéis gerenciais: um estudo de agências bancárias de Curitiba**. In: Encontro nacional da associação nacional dos programas de pósgraduação em administração, 24., 2000, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: Anpad, 2000.

STELLING, J; BURCHER, R. **Autonomy and monitoring on hospital wards, the sociological quarterly**. 13, 1972.

SURET-CANALE, J. **As origens do capitalismo (séculos XV a XIX)**. In: PERRAULT G. *O livro negro do capitalismo*, 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

THOMPSON, James D. **Organizations in action: social science bases of administrative theory**. New York: McGraw-Hill Book, 1967.

TITTONI, J; JACQUES, M. da G. Pesquisa In M. N. Strey et al. (Org.), **Psicologia social contemporânea: livro-texto**, (p. 73-85). Petrópolis: Vozes, 2001.

TOSTES, A. C. **A percepção do desempenho organizacional e pessoal: um estudo de caso nos serviços públicos de prevenção e assistência em Aids no município de Florianópolis**.

Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

TOWNLEY, B. Foucault, **power/knowledge, and its relevance for human resource management**. *Academy of Management Review*. v.18, n.3. p.518-545, 1993.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TURNER, B. **Medical power and social knowledge**. Londres: Sage, 1987.

TURNER, J. H. Teorização analítica. In: GIDDENS, A.; TURNER, J. H. **Teoria social hoje**. São Paulo: Unesp, 1999.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2003.

VYGOTSKY, L. S. **A Formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

WEBER, M. **Economia e Sociedade: Fundamentos da Sociologia Compreensiva**. Brasília: UnB, 1991.

ZANELLI, J. C. **Ações estratégicas na gestão da Universidade Federal de Santa Catarina: reações dos participantes**. *Psicologia & Sociedade*, 11(2), 151-174; 1999.

_____, J. C. **Acompanhamento de ações estratégicas na gestão da Universidade Federal de Santa Catarina: um estudo descritivo do período 92-96**. Relato de pesquisa não-publicado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo; 1998.

_____, J. C. **Estudo do desempenho pessoal e organizacional: bases para o desenvolvimento de uma equipe de consultores**. *Revista de Administração Contemporânea*, 1(2), 121-143; 1997 b.

_____, J. C. Pesquisa qualitativa em psicologia e administração. In A. Tamayo, J. E. Borges-Andrade & W. Codo (Orgs.), **Trabalho, organizações e cultura** (pp. 83-94). São Paulo: Coletâneas da ANPEPP; 1997 a.

_____, J. C. **Um procedimento informatizado de entrevistas recorrentes para identificação e análise de problemas organizacionais e sociais**. In Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração (Org.), *XVI Encontro da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração*, Anais (pp. 66-80). Canela: Autor; 1992.

ZUBOFF, S. In the age of the smart machine. New York: Basic Books, 1988.

7. ANEXO: ROTEIRO BÁSICO DE PESQUISA

I) Traçar a partir da percepção do administrador hospitalar os tipos de poderes delegados pelos médicos proprietários à sua gestão:

1. Qual é o perfil da administração Organizacional?
Familiar Sociedade Multinacional Outro(descrever)
2. Como esse perfil influencia na sua gestão?
3. Como é escolhida a direção executiva?
Conselho administrativo Processo de seleção Indicação
Outro(descrever)
4. Como os médicos proprietários se relacionam com o administrador?
5. Quais são os poderes delegados pelos médicos proprietários à sua gestão?
6. Quais poderes seriam grandes facilitadores à sua gestão e não são delegados pelos médicos proprietários?
7. O administrador hospitalar participa de todas as decisões gerenciais?

II) Identificar a partir da percepção dos administradores hospitalares os interesses individuais dos médicos proprietários e institucionais;

8. Quais são os objetivos da Organização?
9. Os objetivos dos médicos proprietários entram em conflito com os organizacionais?
10. Existe disputa de interesses entre a classe médica e a sua classe?
11. Se existe a disputa de interesses entre as classes, como e por quê ela acontece?
12. Essa disputa de interesses é prejudicial aos interesses organizacionais?
13. Os médicos proprietários reconhecem os conflitos de interesses existentes dentro da organização? Têm consciência de sua participação ou co-participação?
14. Existe alguma política interna ou externa que estrategicamente força os médicos proprietários a contratação de um administrador?

III) Especificar os pontos de controle operacionais delegados aos administradores hospitalares no âmbito gerencial:

15. Como a diretoria executiva trabalha sistemas de influência e autoridade na organização?
16. Como é formado o corpo gerencial? Que diretrizes compõem a política de formação gerencial?
17. Qual é o nível de influência dos médicos proprietários nas tomadas de decisões?
Baixo Médio Alto
18. Quais são os principais fatores que influenciam o sistema político na organização hospitalar?
19. Como os médicos proprietários utilizam o sistema de influência político para manterem o controle sob as ações administrativas?

IV) Levantar os tipos de conflitos gerados pelos médicos proprietários durante o processo de gerenciamento que envolve o administrador hospitalar.

20. Como os médicos proprietários atuam como agente influenciador?
21. Quais são os tipos de resistência gerados pelos médicos proprietários em relação ao crescimento geral da organização?
22. Os médicos transmitem a toda organização superioridade em relação a sua classe? Como?
23. Os médicos proprietários o desautorizam perante o corpo operacional e gerencia intermediária? Esse fato o incomoda? Prejudica à sua gestão? Como?
24. Os médicos proprietários o obrigam a participá-los de quaisquer acontecimentos gerenciais rotineiros? Por quê?
25. Os médicos proprietários buscam formas de dissolver conflitos gerados por eles em relação a sua autonomia administrativa?
26. Os médicos proprietários buscam construir a cultura da organização, visando seus próprios valores? Esse fator prejudica o crescimento da organização? Por quê?