

MARIA MARCE MOLIANI

**A CONSTRUÇÃO DA SOCIABILIDADE:
CONSENSO E CONFLITO NAS RELAÇÕES DE TRABALHO NO
HOSPITAL**

Dissertação de mestrado apresentada ao Departamento de Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, para a obtenção do grau de Mestre em Sociologia.
Orientador: Prof. Dr. Thomas Patrick Dwyer.

CAMPINAS

1999

MARIA MARCE MOLIANI

**A CONSTRUÇÃO DA SOCIABILIDADE:
CONSENSO E CONFLITO NAS RELAÇÕES DE TRABALHO NO
HOSPITAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do grau de Mestre em Sociologia.
Orientador: Prof. Dr. Thomas Patrick Dwyer

Este exemplar corresponde à redação final da dissertação de mestrado defendida e aprovada pela comissão julgadora em 03 de dezembro de 1999

Banca:

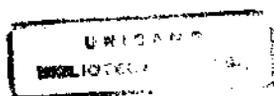
Prof. Dr. Thomas Patrick Dwyer - Orientador

Prof. Dr. Gastão Wagner Souza Campos

Prof. Dr. Guilherme Raul Ruben

CAMPINAS

1999



UNIVERSIDADE IFCH
CHAMADA:
Ex
NUMERO BC/ 40332
PREC. 278/00
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99
R\$ 11,00
01/02/00
* CPD

CM-00136003-3

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DO IFCH - UNICAMP

M733c

Moliani, Maria Marce

A construção da sociabilidade: consenso e conflito nas relações de trabalho no hospital / Maria Marce Moliani . - - Campinas, SP: [s.n.], 1999.

Orientador: Thomas Patrick Dwyer.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Sociabilidade. 2. Fenomenologia. 3. Relações humanas.
4. Hospital escola. 5. Hospital e comunidade. 6. Saúde pública.
I. Dwyer, Thomas Patrick. II. Universidade Estadual de
Campinas Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Para

Lúcia, minha filha

Antonia, minha mãe

AGRADECIMENTOS

No longo período em que este trabalho foi elaborado, pude contar com o apoio e a ajuda inestimável de muitas pessoas a quem sinceramente agradeço.

À Tom Dwyer, por me acolher como sua orientanda e me ajudar a pensar sobre o papel do sociólogo. Graças a ele fui capaz de rever muitas de minhas idéias pré-concebidas e manter maior objetividade para com o objeto, além do inestimável apoio e carinho em todos os meus percalços. Obrigado.

Aos professores da banca de qualificação Prof. Dr. Guilherme R. Ruben e Prof. Dr. Emerson Elias Mehry, pela gentileza nas arguições e contribuições na problematização do objeto.

Aos professores do IFCH-Unicamp Prof. Dr. Armando Boito Jr. e Prof. Dr. Décio A. M. Saes, pelo seu valor intelectual e pelo exemplo de seriedade e dedicação à ciência.

À Lurdinha e aos demais funcionários da Secretária da Pós-Graduação do IFCH, que sempre foram além de competentes extremamente atenciosos.

Ao CNPq, que por dois anos concedeu-me bolsa de pós-graduação.

Aos profissionais do hospital que se dispuseram a conceder-me entrevistas e depoimentos, alguns bastante dolorosos.

Às companheiras do GETS-DECISO-UFPR, especialmente à Sílvia M. Araújo, por sempre terem me acolhido e oferecido espaço para a discussão do meu trabalho.

À José Miguel Rasia, por sua compreensão sobre o universo hospitalar e do significado de trabalhar com a dor e a doença.

À Hilda Soares Braga, por seu efetivo apoio que foi muito importante durante todo esse trabalho.

À Antonio Alberto Ravagnani, querido amigo que me auxiliou de diversas maneiras, sempre gentil e disposto, mesmo quando muito ocupado.

À Antonia. Schwinden... por sua revisão cuidadosa e sua generosidade, que me ajudou a recuperar o entusiasmo pelo trabalho.

Christine Alencar Chaves e Simone Meucci, além de me presentarem com sua amizade, suportando meus muitos momentos de angústia, me ofereceram muito estímulo e leituras benevolentes.

Márcia Maria C. Moreira Fantinatti, Ana Luiza Fayet Salles, Cecília Cintra Cavalheiro de Macedo e Ana Paula Palamatchuk, amigas sempre presente em horas difíceis.

Meu irmão Julio Cesar Moliani, além de estar sempre interessado por tudo que faço, ajudou-me inúmeras vezes, quando minha ida à Unicamp era impossível.

Às mulheres de minha vida: minha mãe Antonia, minhas irmãs Marilce e Tânia e, especialmente, minha filha Lúcia, por serem absolutamente maravilhosas.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE 1 - O HOSPITAL E A INVESTIGAÇÃO: A CONSTRUÇÃO DO OBJETO.....	9
CAPÍTULO 1 - AS TEORIAS E OS MÉTODOS NA CONSTRUÇÃO DO OBJETO.....	10
1.1 PARTICULARIDADES DA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR.....	13
1.2 A PRODUÇÃO DO CUIDADO.....	22
1.3 CATEGORIAS SOCIOLOGICAS.....	39
1.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS ADOTADOS.....	41
1.5 A COLETA DE DADOS.....	43
1.5.1 As Entrevistas.....	49
CAPÍTULO 2 - O HOSPITAL E A INVESTIGAÇÃO.....	53
2.1 BREVE HISTÓRICO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.....	53
2.2 HOSPITAIS PÚBLICOS A PARTIR DA DÉCADA DE 1980.....	62
2.3 HOSPITAL: UMA ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICA.....	64
2.4 OBJETO DE ESTUDO:HOSPITAL DAS CLÍNICAS.....	76
PARTE 2 - OS SERVIÇOS ESTUDADOS.....	89
CAPÍTULO 1 - SERVIÇOS SOCIOLOGICAMENTE RELEVANTES.....	90
1.1 A CHEGADA DO PACIENTE AO HOSPITAL.....	96
1.2 AS FALTAS DE VAGAS.....	99

CAPÍTULO 2 - O PRONTO-SOCORRO.....	106
2.1 PRONTO-SOCORRO PEDIÁTRICO.....	107
2.2 PRONTO SOCORRO DE ADULTOS.....	108
2.2.1. Forma de Funcionamento.....	110
2.2.2 Atendimento.....	113
2.3 AMBIENTE POLÍTICO-ORGANIZACIONAL.....	118
2.3.1 As chefias.....	121
2.3.2 Relacionamento Entre as Categorias.....	128
2.3.2.1 Residentes e Contratados.....	132
2.4 APROPRIAÇÃO DOS ESPAÇOS.....	135
2.2.2 Relação com outros setores.....	139
CAPÍTULO 3 - CENTRO CIRÚRGICO CENTRAL.....	143
3.1 FUNÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO CENTRAL.....	147
3.2 AMBIENTE POLÍTICO-ORGANIZACIONAL.....	151
3.3 AMBIENTE FÍSICO - APROPRIAÇÃO DOS ESPAÇOS.....	161
3.3.1 O Preparo.....	162
3.3.2 As Salas Cirúrgicas.....	168
3.3.3 A Recuperação Anestésica.....	171
3.3.4 Área de Circulação e Convívio.....	175
3.4 CONTROLE DE IMPRESSÕES.....	177
3.5 DESCOMPENSAR: ATRIBUTOS DO PODER.....	179
3.6 MANIFESTAÇÃO DA SOCIABILIDADE.....	182
CONSIDERAÇÕES FINAIS:	
AS RELAÇÕES HUMANAS NO TRABALHO.....	186
BIBLIOGRAFIA.....	206

INTRODUÇÃO

O objetivo desta pesquisa é a análise das posições dos agentes dentro do processo de trabalho, verificando a influência das assimetrias entre os profissionais de saúde, em relação tanto ao lugar ocupado pelas diferentes categorias na hierarquia organizacional quanto aos saberes que orientam o diversos tipos de trabalho e a detecção dos problemas decorrentes destes saberes. Pretendemos fazer uma contribuição sociológica sobre a influência do processo de trabalho nos inter-relacionamentos entre os diferentes profissionais que atuam no hospital, compreendendo suas motivações e sua percepção sobre os papéis desempenhados.

Optamos por uma abordagem microssociológica de uma instituição de saúde, estudando-a enquanto organização – sistema estável de relações coordenadas –, buscando compreender a particular forma de ordenamento do trabalho dentro do hospital. Este estudo não pretende ser mais que um ponto de partida para a análise da organização hospitalar, mas temos a pretensão de que, a partir da apreensão das particularidades do processo de trabalho, será possível verificar seus efeitos sobre a produção dos cuidados, efeitos estes que em última análise, concorrem para a qualidade dos serviços prestados a qualidade de vida no trabalho.

Pretendemos, portanto, fazer um estudo crítico das relações humanas de trabalho, analisando o processo de trabalho em hospital e verificando os efeitos do desenvolvimento da medicina, que se apresenta superespecializada, e cada disciplina médica apresenta um *modus operandi* próprio. A organização do trabalho atribui a cada

indivíduo presente no processo produtivo um conhecimento parcial das atividades executadas pelo conjunto. Sendo assim, objetivamos verificar os efeitos da segmentação dos conhecimentos para a organização.

A medicina é hoje uma profissão que sofre grande influência do desenvolvimento tecnológico, o que faz com que o saber sobre o corpo, a saúde e a doença, sejam saberes compartimentalizados entre as especialidades médicas. Este aspecto da medicina será visto como um fato, pois, uma vez que não estamos fazendo um trabalho na área da sociologia da medicina ou da saúde, e sim no âmbito das organizações e das relações humanas de trabalho, nosso interesse é verificar a forma como se constitui o atendimento à saúde no hospital e sua influencia nas relações humanas de trabalho.

O fato de o sistema de saúde brasileiro viver uma grande crise de financiamento e a influência desta crise sobre os problemas vividos pelos trabalhadores da saúde, devido aos baixos salários, que os levam a manter mais de um emprego, bem como a insuficiência do atendimento à população, que oferece sofrimentos ainda maiores para os que necessitam de cuidados médicos, têm sido devidamente denunciados por pesquisadores em saúde e em políticas públicas, e por órgãos da imprensa.

Essa denúncia cotidiana do sucateamento do sistema de saúde e dos hospitais públicos é indiscutivelmente necessária para as conquistas sociais por saúde, no entanto, pretendemos com este estudo fornecer um outro tipo de contribuição para a análise dos problemas vividos pelo hospital, uma vez que consideramos que a organização do trabalho hospitalar em si é extremamente importante para a qualidade e quantidade dos serviços prestados à população.

Consideramos, que mesmo numa situação ideal, em que os problemas de financiamento do serviço público de saúde estejam resolvidos, caso não sejam equacionados os problemas decorrentes da organização dos trabalhos em saúde,

persistirão dificuldades para a aquisição da qualidade dos serviços ofertados, da otimização dos recursos disponíveis, além da satisfação no trabalho dos profissionais de saúde.

A retração do financiamento público em contraste com o desenvolvimento científico-tecnológico da medicina – que exige aportes cada vez maiores de recursos –, conjugada com os interesses pessoais dos funcionários, transforma o hospital num local onde grandes dramas humanos se desenvolvem. Os integrantes dessa instituição convivem diretamente com problemas e dificuldades de outras pessoas - sua dor, doença e sua morte, e, em consequência disto, as decisões tomadas buscam articular interesses diversos e muitas vezes antagônicos.

À medida que nos aproximávamos da complexidade do trabalho no hospital, mais nos chamavam a atenção as peculiaridades da forma como os relacionamentos humanos se processam nesse local, pois o trabalho em saúde, em especial numa organização desse porte, apresenta uma grande incerteza em relação ao resultado final dos serviços prestados.

Cada ato de cada trabalhador pode desencadear consequências inesperadas e, diferentemente de outras organizações de trabalho, o hospital não tem como controlar o resultado de sua produção, devido à natureza do trabalho em saúde. O número de óbitos ou de altas verificados num determinado período de tempo não significa necessariamente um determinado grau de eficácia, pois, no tratamento dos enfermos, o resultado da terapêutica não depende apenas da técnica empregada, mas também de como cada paciente reage a esta, uma vez que a capacidade de reação à moléstia de cada indivíduo está envolta numa margem de possibilidades, algumas nem sempre previstas. Estes aspectos inerentes ao atendimento aos enfermos, dificulta a análise quantitativa dos resultados obtidos na produção hospitalar.

Além disso, a natureza do trabalho em saúde coloca para estes trabalhadores a necessidade cotidiana de ajustes emocionais e o desenvolvimento de um sistema defensivo frente ao sofrimento presenciado, para preservar sua própria integridade psicológica¹.

Ao observador causava espanto as constantes oscilações de atitudes dos trabalhadores do hospital frente ao (aparente) mesmo problema, tanto no trato com os pacientes quanto na sociabilidade necessária entre os agentes para a execução das tarefas.

Ao conhecermos mais profundamente toda a organização hospitalar, seus agentes, sua forma particular de funcionamento e sua cultura, mais nos surpreendíamos com as reações observadas ante os inevitáveis constrangimentos impostos pela natureza do trabalho. Trabalhadores que apresentavam reações absolutamente insensíveis frente o sofrimento alheio, em determinados momentos demonstravam todo seu pesar ante estes sofrimentos. Atos que num primeiro olhar aparentavam um comportamento limitadamente burocrático, quando analisados, mostravam-se mecanismos de defesa devido a incerteza e a subjetividade colocadas pela presença dos doentes e da enfermidade.

Uma vez constatado que estes fenômenos não se apresentavam de maneira isolada, mas atingiam as mais diversas categorias profissionais dos diferentes níveis do escalão hierárquico e nos mais diversos setores do hospital, pudemos compreendê-los não como uma inconstância de comportamento, e sim como uma manifestação das incertezas e ansiedades no processo de trabalho, que se apresenta no trato com o paciente e nos relacionamentos com os colegas de trabalho. Estas incertezas não são

¹ Ana Pitta realizou um estudo interessante sobre o sofrimento do trabalhadores de hospital em relação à natureza do trabalho, em que a autora analisa as contrapartidas defensivas e os efeitos sobre a saúde dos trabalhadores de saúde. Pitta, A. (1991). *Hospital dor e morte como ofício*. São Paulo, Hucitec, 2.º ed.

oriundas apenas da natureza do trabalho, mas também da forma como este é estipulado nesta organização específica.

Desta forma procedemos à investigação buscando compreender quais eram, nesse local específico, as peculiaridades tanto da organização do trabalho quanto do processo de trabalho e, especialmente, seus efeitos sobre as relações sociais estabelecidas neste local, pois o hospital, enquanto instituição de saúde moderna, coloca a seus trabalhadores duas exigências cruciais que, se não são contraditórias, demandam deles habilidades diferentes: de um lado, a precisão técnica, o ato objetivo e racional, o respeito à regra e ao protocolo ao executar o procedimento; e de outro o objeto deste procedimento: o paciente, um indivíduo portador de sofrimentos e esperanças que acredita (ou deseja), em uma capacidade ilimitada de cura e alívio de seus males pela medicina, capacidade esta, que os trabalhadores em saúde sabem que nem sempre podem corresponder.

O desejo de restabelecimento do paciente, em contraste com os limites tanto da medicina – que não é capaz de oferecer curas ilimitadas – quanto da instituição – que sofre limites de recursos (capacidade de atendimento, de equipamentos e mesmo de material de consumo) para o atendimento adequado de todos que a procuram –, cria no ambiente de trabalho uma tensão permanente, que se manifesta nos relacionamentos cotidianos, tanto entre o corpo de funcionários quanto com os pacientes, por não poder atender a todas as expectativas.

A partir da constatação desta tensão inerente ao trabalho hospitalar, oriundo da natureza deste trabalho, buscamos compreender o papel da organização institucional frente a esta realidade. Ou seja, a influência da forma particular da organização do trabalho na amenização ou acirramento desta tensão - melhor dizendo: os efeitos da organização sobre as relações de trabalho.

O hospital é o local privilegiado de asilo a enfermos, mas devido às características da medicina atual é também o local da utilização de procedimentos sofisticados do processo terapêutico que não necessariamente demandam a internação dos pacientes. Uma característica do hospital é retirar dos indivíduos que o procuram suas singularidades. São todos pacientes e enquanto tais estão sujeitos à mesma forma particular e padronizada de tratar a enfermidade. O hospital transfere para os prontuários médicos, devidamente numerados, as características dos pacientes que lhe importa apreender: as informações pertinentes ao tratamento da patologia do paciente.

No entanto, o hospital funciona por intermédio de pessoas e para pessoas: de um lado o trabalhador que, apesar de seus esforços, nem sempre consegue ver o paciente como apenas um “caso”, ou uma patologia, e de outro, o paciente que não tem um comportamento padronizado, apresenta dificuldades em adequar-se às regras previamente definidas, insistindo em apresentar-se como um indivíduo dotado de vontades, e expressa pesares que vão além de sua enfermidade. Isto coloca para os trabalhadores da saúde problemas demasiadamente humanos a serem equacionados. Problemas estes que o cumprimento do protocolo não consegue abranger e não lhes diz como proceder.

O trabalho em hospital exige o atendimento padronizado aos enfermos, procedimento este que é uma exigência do funcionamento burocrático da organização e, um meio de proteger os trabalhadores dos constrangimentos colocados pelos sofrimentos alheios, pois, “(...)sofrimento dos pacientes é demasiado visível e não inspira só piedade, mas também repugnância; é um sintoma de falta de educação ou desarranjo mental.” (Pitta, 1991:36). Por outro lado, toda esta busca de objetividade no atendimento aos pacientes, mediante os mecanismos de tratamento usados para evitar as ‘indiscrições’ e manter as pessoas contidas, são insuficientes e acabam deixando todos, pacientes e funcionários, insatisfeitos.

O paciente, ao ver-se constrangido em manter uma atitude de discrição e ocultação de suas dores e pesares, ressentir-se da frieza do tratamento recebido, e os funcionários, apesar de impor este tipo de conduta aos pacientes, como meio de protegerem-se dos constrangimentos inevitáveis, não apenas não conseguem o resultado esperado, como ressentem dos sofrimentos impostos e por eles vividos.

Tendo em vistas os poucos estudos sociológicos brasileiros que enfocam como objeto privilegiado de análise o hospital e, uma vez que os estudos de saúde pública, concentram-se nos problemas de financiamento, administração, democratização de oferta e na humanização dos serviços de saúde, nossa análise tem como objetivo específico a compreensão da sociabilidade vivida pelos trabalhadores do hospital.

Sua característica seminal visa oferecer novas perspectivas de análise sobre o processo de trabalho em hospital e, a partir do levantamento dos problemas internos à organização e do levantamento dos conflitos no trabalho, oferecer subsídios para o enriquecimento dos estudos na área de saúde pública, pois estamos levantando aspectos que interferem na elaboração de uma estratégia administrativa e na qualidade e quantidade dos serviços oferecidos.

Apesar de este estudo estar centrado num hospital específico, tivemos oportunidade de observar um outro hospital-universitário, não na mesma profundidade, mas o suficiente para percebermos que muitos dos processos observados não são particulares ao objeto escolhido, mas dizem respeito a condicionantes organizacionais presentes na forma de ordenamento dos serviços públicos de saúde. Assim, optamos por não identificar o Hospital-Universitário pesquisado, com o objetivo de não induzir a interpretação de que os processos observados são restritivos a este local particular.

Para dar conta da análise proposta, este trabalho está estruturado em duas partes distintas e complementares. Na primeira parte fazemos a apresentação do arcabouço teórico-metodológico e do objeto de pesquisa em si: o Hospital-Universitário. Dividida

em dois capítulos, esta parte expõe a forma como abordamos o hospital, bem como procura apresentar a dimensão do local escolhido.

A segunda parte do trabalho vai analisar dois serviços escolhidos dentro do hospital, a fim de apresentar a manifestação da sociabilidade a partir dos diversos condicionantes organizacionais. Apresentamos dois locais distintos, com lógicas distintas de trabalho e de relacionamentos com os demais setores do hospital, e a partir da análise dos tipos de relacionamento de trabalho produzidas nestes locais, inferimos o papel da organização, da natureza do trabalho e da convivência de categorias profissionais na cordialidade e hostilidade apresentada pelos trabalhadores em seus relacionamentos no trabalho, bem como no efeito destas sobre os trabalhos executados.

A conclusão visa apresentar, a partir da análise teórica e do levantamento empírico, os condicionantes das relações humanas no trabalho. Nesta parte da dissertação, buscamos equacionar as características condicionantes da organização sobre a condução das atividades e os elementos da cultura da empresa a fim de compreender o padrão de conduta dos agentes, que lhes permite empreender, com relativo sucesso, uma obra coletiva: o cuidado aos enfermos.

PARTE 1

**O HOSPITAL E A INVESTIGAÇÃO:
A CONSTRUÇÃO DO OBJETO**

CAPÍTULO 1

AS TEORIAS E OS MÉTODOS NA CONSTRUÇÃO DO OBJETO

Ao iniciarmos este trabalho, já possuíamos um conhecimento razoável do hospital escolhido, conhecimento este que havíamos adquirido em sete anos de trabalho como funcionária do hospital, quando, nesse período, exercemos diversas funções em locais distintos e com características distintas, tanto na forma de organizar o trabalho quanto na forma de apreender o paciente. Este conhecimento prévio, naturalmente, influenciou na escolha do objeto de estudo e na forma de abordá-lo.

A partir do conhecimento prévio do hospital e uma vez conseguida a autorização tanto da comissão que trata da pesquisa e da ética, quanto da administração do hospital, procedemos à investigação, num primeiro momento, buscando apreender as particularidades dos diversos setores do hospital e as características macroestruturais que condicionam o funcionamento dos diversos locais, além da forma como os agentes apreendem o seu papel social nesta organização específica.

Essa pretensão inicial cedo mostrou-se inviável. Um projeto de tal magnitude demanda do pesquisador um conhecimento abrangente e profundo das ferramentas teórico-metodológicas, e uma capacidade de análise que conseguisse articular as diversas variáveis, para a apreensão da complexidade do objeto, sem perder de vista o necessário rigor em sua construção. Nossas limitações, tanto em termos intelectuais quanto em relação ao objetivo do projeto – dissertação de mestrado –, levou-nos a restringir essas pretensões iniciais.

No entanto, os caminhos seguros que se apresentavam, inevitavelmente levavam a optar entre a análise macroestrutural do hospital, a partir da qual poderíamos apreendê-lo enquanto organização e articulá-lo com os condicionantes histórico-econômicos ou, por outro lado, verificar o sentido da ação dos sujeitos sociais, como um estudo de caso de um sistema fechado em termos de um cenário, onde poderíamos produzir um relato mais fiel das relações sociais.

Nenhuma das alternativas nos satisfazia. Compreendíamos que uma análise macroestrutural não nos permitiria ver as nuances que condicionam as ações dos sujeitos sociais concretos, numa realidade objetiva. Por outro lado, centrar o foco na ação dos sujeitos sociais, desconsiderando seus condicionantes histórico-econômicos, reduziria a apreensão destes sujeitos, destacando-os da realidade objetiva de que fazem parte.

Nossa opção foi temerária: por um lado, buscamos não desconsiderar totalmente os condicionantes da ação social dos agentes em questão, apreendendo a estrutura social em que trabalham – o hospital –, sem, no entanto, problematizar exaustivamente as características da sociedade em que fazem parte e, por outro lado, apreender as racionalidades dos agentes sociais frente a esta estrutura social, buscando compreender o sentido por eles atribuídos tanto às tarefas executadas quanto à sociabilidade vivida.

Os riscos desta análise são previsíveis: ao invés de oferecer uma análise completa das motivações das ações sociais numa organização específica, corremos o perigo de oferecer uma visão fragmentária e incompleta da ação dos sujeitos, e da análise da organização. Nossa opção ao invés de ousada, pode mostrar-se frágil. No entanto, justificamos intimamente este caminho, lembrando tratar-se de um trabalho inicial, necessário para o início da vida acadêmica e intelectual; trabalho este que pretendemos dar continuidade nas etapas futuras de nosso desenvolvimento intelectual e profissional

Maria Helena Machado escreveu um artigo interessante, em que aborda a dualidade das análises macro e microssociológica, refazendo o recente debate intelectual sobre estas duas posições. As críticas mais contundentes às posições macrosociológicas vão no sentido de que ao enfatizarem o papel das estruturas coercitivas sobre a ação dos sujeitos sociais, utilizando categorias como estrutura, classes sociais, Estado, poder e ideologia, não captam a ação dos sujeitos dentro das estruturas questionando-as; por outro lado as análises microssociológicas, são constantemente questionadas quanto à cientificidade destes estudos, considerados como reducionistas, a-históricos, esotéricos etc.

Retomando a pertinência dos estudos macro ou microssociológicos no campo das ciências sociais em saúde, a autora vai concluir que os enfoques teóricos que privilegiam as análises centradas nas ações dos sujeitos sociais têm

“(...)demonstrado mais sensibilidade às questões polêmicas que envolvem o campo de saúde, e mais especificamente a área de profissões, trabalhos e gestão de saúde.(...) Deparamos com questões que envolvem: acordos, jogos de interesses, poder (micro poderes organizacionais e profissionais) disputas, e acima de tudo uma ordem social a ser negociada diariamente no interior das organizações de saúde (...) As corporações profissionais têm demonstrado vigorosa capacidade de negociação através de arenas conflitivas e poderosas que disputam o poder, saber, espaço organizacional, mercado de trabalho, prestígio e hegemonia no setor público” (MACHADO, 1987:92-93).

A autora parece apoiar sua posição teórico-metodológica em autores como Cicourel (1981), Alexander (1985) e Giddens (1984) , que salientam a necessidade de compreender o mundo social não como estruturas estáveis, mas onde os indivíduos ao agirem sobre estas estruturas estabelecem uma nova ordem cognitiva, resultado da integração concreta e comunicativa entre os indivíduos. Conclui a autora que “o grande desafio é a necessidade de flexibilizar posturas acadêmicas que advogam uma ou outra

corrente, deixando de lado a ortodoxia da opção metodológica rígida e meramente acadêmica, para uma real compreensão do mundo da vida” (Machado, 1995:93).

Pretendemos, portanto, a partir de uma compreensão do hospital enquanto organização e sua forma de funcionamento, apreender a ação dos indivíduos, verificando os lógicas que regem esta estrutura e a influência desta lógica na elaboração das estratégias individuais, tanto na busca e manutenção de poder (micro poder - ou seja poder dentro do espaço organizacional) quanto na adequação de uma sociabilidade própria. Não estamos assumindo o desafio das ciências sociais em conseguir conciliar as grandes posturas macro e microssociológica e sim empreender uma análise que lance luz sobre os condicionantes das ações dos sujeitos sociais no espaço organizacional.

1.1 PARTICULARIDADES DA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

O hospital nos últimos trinta anos observou grandes mudanças em sua prática e em sua organização, mudanças estas que fizeram com que a gestão e o cuidado perdessem o caráter filantrópico - religioso para adquirirem um caráter empresarial. As transformações ocorridas no interior do hospital, juntamente com o avanço científico tecnológico observado neste período, tornaram-no uma organização moderna e complexa, “(...)local de ancoragem de processos sócio-históricos recentes, incorporando progressivamente a noção moderna de serviço público e constituindo-se como campo fundamental da produção do saber médico e da prática da medicina moderna”. (CARAPINHEIRO, 1993: 45).

Não é novidade o fato de os hospitais brasileiros viverem uma grande sorte de adversidades financeiras, assim como é conhecida a influência destas adversidades na

qualidade e quantidade de serviços prestados e nos relacionamentos profissionais dos trabalhadores em hospital

Naturalmente, os limites impostos pelas dificuldades financeiras – falta de material de consumo, exigüidade e obsolescência dos equipamentos, demanda superior à capacidade de atendimento, baixos salários (responsáveis por duplas jornadas de trabalho) etc. –, surtem efeitos que exigem uma grande capacidade de adaptação tanto do hospital – enquanto organização assistencial –, quanto dos profissionais, que se vêem às voltas com uma quantidade de solicitação, impossível de ser atendida adequadamente. Isto se deve, evidentemente, à presença do indivíduo enfermo, para quem os avisos de que *não há vagas* ou o conselho para procurar outro serviço de saúde suscitam sofrimentos imensuráveis, para os quais os profissionais de saúde, por mais treinados e experientes que sejam, não conseguem encontrar um antídoto adequado para impedir o seu contágio. Ou seja, o sofrimento alheio – do paciente –, suscita inevitavelmente, sofrimento nos trabalhadores de saúde.

Esses aspectos estruturais que normatizam e condicionam o trabalho em hospital são, evidentemente, um assunto importante para a investigação científica, uma vez que esses problemas traduzem uma série de questões que dizem respeito à forma como está constituído o Estado brasileiro, bem como aos caminhos das políticas sociais no país². No entanto, uma observação atenta da forma como se processam as relações de

² A esse respeito, é importante salientar grandes esforços que têm sido empreendido por inúmeros pesquisadores da área de saúde coletiva, na tentativa de problematizar o modelo de desenvolvimento em saúde no Brasil e buscar soluções para os problemas colocados. Vale citar alguns livros absolutamente fundamentais para a compreensão desses aspectos.....Victoria, C.G. *Epidemiologia da desigualdade*, Campos, G.W.S. *A saúde pública em defesa da vida*, Minayo, M.C.S.(org.) *Os muitos Brasis- Saúde e população na década de 80*, Merhy, E.E. e Onoko, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*, Cecilio, L.C.O. *Inventando a mudança na saúde*, Mendes-Gonçalves, R.B. *Tecnologia e Organização social das práticas de saúde.*, além de outros.

trabalho no hospital faz emergirem problemas cuja explicação a partir de uma análise estrutural mostra-se insuficiente.

Com efeito, quando nos deparamos com a natureza do trabalho em hospital, onde a presença constante da dor e da morte demanda dos profissionais em saúde um ajuste emocional constante³, aliada à capacidade profissional formal destes trabalhadores (todos tecnicamente treinados, sendo dotados, portanto, de capacitações para o exercício de suas atividades), e os efeitos da organização sobre o trabalho, podemos inferir que mesmo em condições ideais de trabalho, com a ausência de problemas de financiamentos e de demanda por atendimento, ainda assim conflitos de sociabilidade poderiam ser verificados.

O hospital que estudamos é um *hospital das (de) clínicas*, ou seja, um hospital que foi concebido como local de aglutinação e de prática das diversas *clínicas*, ou especialidades da Medicina. Isto faz com que os diversos saberes sobre a dor e a doença, traduzidos em disciplinas médicas específicas, detentoras de técnicas necessárias para combater as diversas enfermidades, tenham um local próprio de exercício de suas atividades e de sua racionalidade dentro deste hospital.

Desta forma, enquanto organização, o hospital coordena e condiciona o trabalho dos diversos grupos profissionais e dos diversos locais de atendimento, não logrando, contudo, abolir as diversas lógicas de atuação dos diferentes grupos profissionais. Além disso, trata-se de uma organização médica e acadêmica, onde o atendimento ao doente deve conciliar-se com a formação profissional dos alunos.

³ Ana Pitta tem um interessante estudo sobre o sofrimento dos trabalhadores em hospital, devido à natureza do seu trabalho, em que a autora demonstra que estas pessoas, mesmo aquelas que trabalham por longos anos no hospital, têm dificuldades em lidar com a dor e o sofrimento alheio, dificuldades estas que traduzem-se muitas vezes em sintomas de sofrimentos psíquicos. PITTA, Ana (1991). *Hospital, dor e morte como ofício*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec.

As diferenças fundamentais, nas técnicas de tratamento utilizadas pelas diversas disciplinas médicas, aliadas às distintas formas de atuação, tempo/ritmo de trabalho, risco de vida dos casos atendidos, prognósticos dos pacientes, entre outras diferenças, faz com que o hospital depare-se não apenas com diferentes lógicas de atuação no seu interior, mas também com conflitos entre os agentes devido à forma de conceber o seu próprio trabalho e o de outrem.

Melhor dizendo, os agentes deparam-se com dificuldades em compreender a forma como o trabalho dos outros é organizado e realizado, considerando que a racionalidade orientadora das condutas profissionais de sua área de atuação é a mais adequada, apresentando resistência em aceitar e compreender outras maneiras de trabalhar.

Por tratar-se de uma organização complexa, existem setores que não prestam atendimento direto ao paciente, mas cuja atuação eficaz é absolutamente necessária para o funcionamento do hospital. Estes setores também enfrentam sérias dificuldades no relacionamento com os locais que prestam atendimento direto ao paciente, uma vez que a lógica burocrática, com o seu tempo/ritmo de execução das atividades que orientam sua conduta, choca-se inevitavelmente com a urgência e imprevisibilidade que fazem parte das atividades terapêuticas.

A especialização⁴ observada no hospital abrange desde as disciplinas médicas até as outras áreas do conhecimento. Assim, o hospital conta com nutricionistas habilitadas à orientação da conduta alimentar não apenas da comunidade hospitalar,

⁴ Lilia Blima Schraiber vai definir este termo para a compreensão do trabalho na medicina ampliando-o do termo usualmente utilizado como “conhecimento em ramos parcelares do saber, quanto o processo de divisão técnica do trabalho”, para incluir também o processo “consistindo de transformações referidas à constituição de trabalhos parcelares e à presença maciça de tecnologia material, dimensões articuladas e simultâneas, cuja análise inicial, individualizando-as busca apenas desfazer a separação artificial que o próprio pensamento médico realiza entre ambas.(...) A especialização significa portanto, uma nova delimitação do objeto de intervenção do ato médico.”(SCHRAIBER, 1993:195).

mas também no preparo da dieta dos diversos casos clínicos. No setor de manutenção, é possível presenciar engenheiros de diversas especializações, que atendem tanto as instalações prediais quanto a manutenção e desenvolvimento de equipamentos biomédicos. Os setores administrativos contam não apenas com funcionários, mas também com especialistas diversos para a orientação da aquisição material médico adequado (farmacêuticos, especialistas em órteses e próteses etc.), além de advogados, administradores, matemáticos, entre outros, responsáveis pela condução burocrática da administração.

Deparamo-nos, portanto, com um grande elenco de profissionais, distribuídos em diversos setores, todos dotados de habilitações técnico-formais para a execução de suas atividades. Uma vez que todos os profissionais responsáveis pelas diversas atividades inerentes ao trabalho da organização são devidamente habilitados para exercer estas atividades, todos consideram que os profissionais de outras áreas não têm condições intelectuais – capacitações – para questionar suas atividades, por não serem formalmente habilitados, uma vez que os titulares das funções são pessoas *preparadas* formalmente para exercê-las. Da mesma forma que o médico não aceita a intervenção de outros profissionais na conduta de seus pacientes, os demais profissionais são resistentes em aceitar sugestões de outras formas de organização de seu próprio trabalho oferecida pelos médicos ou pelos demais companheiros.

Assim, o nutricionista, ou o membro do departamento de nutrição e dietética, não considera o médico um profissional plenamente qualificado para interagir ou discutir o seu trabalho, da mesma maneira que o médico não o considera em condições de orientar certas condutas de seu paciente. O relacionamento entre estes dois agentes, apesar de necessário – o trabalho do nutricionista é importante para o restabelecimento do paciente –, estabelece-se de maneira tensa no momento em que estes profissionais devem discutir os procedimentos adequados ou, por outro lado, pode ser um

relacionamento que simplesmente não aconteça, quando estes profissionais apenas executam suas atividades, sem discuti-las conjuntamente, de certa forma ignorando o trabalho do outro. Nestes casos, há um silêncio significativo entre estes dois atores, quando um deliberadamente ignora a presença ou atuação do outro.

O fato de o hospital contar com um conjunto de *locais* e de profissionais com sua própria racionalidade, forma de funcionamento e modo de compreender a finalidade da organização, coloca seus membros numa situação de conflito permanente, pois a convergência desta multiplicidade de racionalidades nada tem de espontâneo, sendo necessário conduzi-la e normatizá-la para conseguir um produto, cujo resultado seja o trabalho coletivo.

A organização não é um conjunto de engrenagens e de mecanismos organizados e postos em movimento unicamente pela racionalidade. Também não é um conjunto natural, cujas necessidades ou imperativos funcionais de sobrevivência e de adaptação assegurariam como que por milagre os ajustes necessários entre os elementos constitutivos. (...) Não é mais que um universo de permuta e de conflito, um instrumento de cooperação entre interesses conflituais (...) uma estrutura de jogos cujas características e regras formais e informais canalizam e regularizam simultaneamente as estratégias de poder dos diferentes participantes e de que constituem elas próprias o processo e o resultado.(FRIEDBERG, 1995:386).

Desta forma, muitos teóricos das organizações (Burns, Stalker, Crozier) colocam a necessidade de compreender a estrutura formal da organização como um produto do processo de funcionamento. Ou seja, a gestão pelo controle hierárquico, a cultura específica e os fins de uma organização fazem parte de um processo em que a estrutura não é a expressão de uma racionalidade, mas compreende parte do produto deste processo, sofrendo os mesmos limites da racionalidade que caracteriza o comportamento humano em geral. Pois a estrutura da organização é produto da interação dos indivíduos que fazem parte da mesma, os quais perseguem,

inevitavelmente, seus interesses particulares no seio da organização, quer sejam interesses de caráter abrangente ou sociais, quer sejam interesses pessoais ou mesquinhos.

Nesse sentido, percebemos que os diversos saberes existentes no hospital, aliados à *capacidade de uso destes saberes* – os indivíduos são recrutados com base em sua competência individual, sendo dotados, portanto, de *dons e méritos* para o exercício de suas funções, ou sejam são capacitados formalmente para o executar suas atividades –, criam no ambiente hospitalar uma dinâmica de negociação e de estratégias utilizadas pelos agentes, em que o domínio parcial e especializado de um aspecto de sua atuação na organização hospitalar é o orientador de sua conduta profissional e pessoal. Assim, um importante elemento de negociação para a aquisição e manutenção de espaço de atuação no hospital é o conhecimento específico que cada agente tem de sua atividade. Conhecimento este que não pode ser contestado pelos demais, apenas por seus pares.

A solidariedade necessária para a execução de um trabalho cujo produto é coletivo, se dá por meio de um “entrelaçamento de objetivos diversos, onde as regras formais e informais canalizam e regularizam simultaneamente as estratégias de poder dos diferentes participantes, e de que constituem elas próprias o processo e o resultado” (FRIEDBERG, 1995: 386.).

O conhecimento parcial, do qual é dotado os agentes, leva-os a valorizar o **procedimento realizado em si mesmo** em detrimento do processo necessário para a obtenção de resultados, de maneira que o trabalho ou procedimento realizado por outrem somente é valorizado à medida que facilita ou é necessário para o seu próprio trabalho. Podemos considerar que o trabalho coletivo é muito mais impulsionado pela concorrência do que pela cooperação.

Utilizando a contribuição de Crozier para a análise das organizações, verificamos que este autor atribui uma certa autonomia para os agentes, que são capazes de agir apesar dos limites colocados pela estrutura da organização. No entanto, em sua ação os agentes buscam fundamentalmente seus objetivos próprios e particulares.

Dessa forma, os agentes estão sempre elaborando estratégias, que são definidas nas relações com os demais agentes, no quadro de uma dada organização, o que resulta sempre numa margem de incerteza, uma vez que os objetivos e as intenções de cada um são sempre desconhecidos. Para este autor, nas organizações os indivíduos são capazes de agir apesar dos constrangimentos e limitações existentes, pois mantêm uma racionalidade própria e perseguem seus objetivos particulares; o que resulta, para os membros da organização, numa certa margem de incerteza, uma vez que desconhecem quais são os objetivos e as intenções dos outros.

As idéias de negociação e poder são centrais na formulação deste autor, sendo que para ele não há poder sem negociação, assim como não há nunca poder absoluto.

O estudo das formas de distribuição do poder e a análise da estratégia utilizada pelos indivíduos e os grupos em suas negociações, constituem um ponto de partida para compreender o funcionamento de uma organização. Todavia como já salientamos, o mundo do poder não abrange mais do que uma parte das complexas relações entre indivíduos e organizações. O mundo do consentimento e da cooperação, cuja importância já aparece quando se procura levar até o fim a interpretação de todas as relações humanas, em termos de análise estratégica, constitui outro aspecto muito importante dessas relações (CROZIER, 1981:257-258).

Assim, podemos acrescentar que a dinâmica institucional se dá a partir do estabelecimento de estratégias de negociação entre atores particulares e instituição. O espaço da negociação garante o exercício da autonomia, sem porém anular a existência

do poder na instituição. Desta forma, o resultado da negociação entre os agentes numa relação de poder não é imposto, mas é o reconhecimento de uma certa liberdade dos agentes no espaço da organização.

Crozier distingue quatro tipos fundamentais de fontes de poder, no quadro das organizações de trabalho: 1º, o poder ligado a um 'saber específico' ou de uma competência própria; 2º, o poder ligado à capacidade de controlar as relações exteriores da organização; 3º, a capacidade de controlar informações dentro da organização e, finalmente, 4º, a utilização das regras organizacionais. Podemos observar que os diferentes agentes sociais que fazem parte da organização hospitalar contam com as diferentes estratégias para perseguir e manter o seu espaço de atuação dentro da organização, de acordo com o seu interesse.

Se preferencialmente os médicos podem contar com o poder oriundo do conhecimento – do saber médico –, para conquistarem seu espaço dentro da organização; os funcionários burocráticos podem utilizar das regras organizacionais e do controle das relações exteriores, para pressionarem as categorias assistenciais. Finalmente, a enfermagem, que numericamente é a maior categoria profissional do hospital, tem maior facilidade em utilizar do controle das informações, de forma a pressionar as demais categorias profissionais. Estas estratégias podem ser utilizadas pelas diversas categorias dependendo do objetivo perseguido e dos recursos disponíveis.

Enquanto sistema, o funcionamento do hospital exige a atribuição de atividades determinadas a pessoas determinadas, a aceitação de sua responsabilidade por parte de cada um dos seus membros e a coordenação destas atividades. Trata-se de uma organização de trabalho e como tal apresenta traços salientes de uma organização burocrática, ou seja, um sistema social em que a divisão do trabalho é racionalmente realizada.

Uma vez que a distribuição de poder nas organizações acontece por meio da negociação, na qual cada membro utiliza-se de estratégias diversas para melhorar sua posição relativa em relação aos demais. À medida que a capacidade de negociação com os outros está ligada à incerteza que se controla diante destes, em última análise a imprevisibilidade do comportamento dos agentes, procurará proteger, ou até aumentar a margem de manobra pessoal de cada um, ou reduzir a interdependência funcional que o liga aos demais (...) “as organizações são extremamente vulneráveis às tendências de seus membros de tirarem partido das assimetrias de informação existentes a seu favor, a fim de construir nichos próprios e se protegerem contra o controle das organizações.” (FRIEDBERG, 1995:386).

As relações diretas entre os trabalhadores do hospital com a doença e o paciente não são, na organização hospitalar, mais do que um aspecto das diversas facetas do processo de trabalho que orientam as relações estabelecidas, pois se, por um lado, é o paciente o objeto justificador da existência de toda atividade necessária para a execução dos trabalhos individuais de cada agente, por outro lado, este (o paciente) não é mais do que a *matéria-prima*, o elemento que confere a estes agentes condições para a execução das técnicas e aplicação dos saberes adquiridos. Melhor dizendo, o paciente é ao mesmo tempo o motivo de existência do hospital e, conseqüentemente, dos inúmeros profissionais que aí atuam, mas é também o *meio* pelo qual estes profissionais exercem suas atividades.

1.2 A PRODUÇÃO DO CUIDADO

A racionalidade orientadora das condutas profissionais traz mudanças do ponto de vista da evolução científico-tecnológica na intervenção sobre as enfermidades,

fazendo com que a área da saúde vivencie um nível de desenvolvimento não observado em outros ramos de atividade, a produção do tratamento para com o paciente, ou seja, a intervenção terapêutica promovida pelos diversos profissionais de saúde, perde o seu caráter *humano* de cuidado ao enfermo para adquirir um caráter técnico, em que o *procedimento* em si é valorizado, em detrimento do resultado final.

Isso acontece porque o médico especializado não é mais o profissional que cuida da ‘saúde’ do paciente e, sim aquele que lhe prescreve condutas para ‘uma determinada’ enfermidade. Essa redução da amplitude de intervenção do médico sobre a saúde do paciente, com um aumento de sua capacidade de oferecer respostas positivas a determinadas queixas; torna do trabalho médico uma atividade técnica, onde o espaço para a interação com o paciente se reduz à queixa específica que levou o doente a procurar ajuda clínica. A preocupação do médico é fornecer diagnóstico e tratamento ao paciente e não em mantê-lo saudável ou com qualidade de vida.

Ao discutir a forma neoliberal de produção de saúde no Brasil, Campos (1997) salienta que a especialização da medicina, ao fracionar a abordagem sobre a doença, cria uma nova forma de atenção ao doente, um novo objeto de trabalho, cada vez mais destacado do diagnóstico terapêutico: o procedimento, “(...) a realização de algum procedimento – que só raramente coincide com a cura integral, mas que, de fato, não depende das ações que lhe deveriam suceder caso prevalecesse o critério técnico científico de busca da saúde. Desta maneira, dilui-se o compromisso que o profissional teria com o restabelecimento do doente e com a proteção à comunidade.”(CAMPOS, 1997:58).

Ao discutir a tecnificação da medicina e seus efeitos sobre o trabalho médico, Lilia Blima Schraiber salienta que esta (a tecnificação) imprime uma nova estratificação entre os profissionais de saúde, que implica em novas distribuições de poderes, presentes tanto dentro da categoria médica, mediante posições consideradas

mais ou menos intelectuais, quanto nas relações dos médicos com as instituições de saúde.

A crescente incorporação da tecnologia na produção dos cuidados médicos inviabiliza uma prática terapêutica completamente centrada no consultório, modificando até o ato médico em si, em que a até mesmo a anamnese tem o seu significado modificado, necessitando do apoio de exames complementares para fundamentar as terapêuticas médicas adotadas. Isto faz com que as clínicas de diagnósticos por meio de aparelhos e os hospitais ocupem um espaço cada vez maior no processo curativo, o que modifica também a forma de captação da clientela do médico e o seu relacionamento com o paciente, transformando a prática da medicina liberal e estabelecendo o trabalho cooperativo.

Essa tecnologia produziu transformação radical no processo de trabalho em três direções complementares e parcialmente superpostas: em primeiro lugar, os efeitos sobre as relações sociais dos agentes do trabalho que se transformam à proporção que os custos desses equipamentos modificam suas possibilidades de apropriar-se deles, como ocorre por exemplo no assalariamento enquanto relação de trabalho; em segundo lugar, devemos considerar que o desenvolvimento de equipamentos estende e leva às últimas conseqüências, de modo coerente, a racionalidade clínica, antes sustentada quase exclusivamente no saber, radicalizando a medicina como trabalho ultratécnico e tendencialmente impessoal; em terceiro lugar, devemos enfatizar que essa autocorroboração da racionalidade clínica sob formas progressivamente ‘mais objetivas’(grifo do autor), multiplica seu poder correlato de re-produzir, para o espaço da sociedade, as ideologias que apreendem e explicam a saúde e a doença como fenômenos individuais e naturais, por exemplo induzindo a noção de saúde como questão essencialmente de consumo de bens e serviços.(SCHRAIBER, 1993:200).

Ao especializar-se a medicina fracionou o saber sobre o corpo e as enfermidades, fracionamento este que levou também a uma visão parcial sobre o indivíduo objeto da intervenção médica. Percebemos que o paciente não é mais uma pessoa dotada de vontades, que busca a cura de seus males para conseguir uma melhor

qualidade de vida, ele passa a ser apenas um órgão doente, em que deverá o especialista intervir. O paciente perdeu sua identidade enquanto sujeito, tornando-se um diagnóstico. Não se trata mais da *dona Maria*, que tem cinco filhos, mora na favela, não tem companheiro e encontra-se desempregada; ela é apenas a paciente do *tumor de mama*, que deve ser operada.

Por ter perdido o saber sobre o corpo completo e aprimorado, o saber especializado, o médico perdeu também a visão holística sobre o paciente. Ao fazer o diagnóstico, não faz parte das preocupações do médico buscar compreender e apoiar psicologicamente o paciente. Sua atuação limita-se àquela área do conhecimento na qual é especialista, ou seja: estabelecer o procedimento adequado para intervenção técnica sobre o órgão doente.

A preocupação médica é com o procedimento e não com o cuidado ou a cura, pois a preocupação com a cura demandaria deste a necessidade de intervir em outras fases sobre as quais não tem controle – como as possibilidades financeiras, sociais e psicológicas do paciente em manter o tratamento pós-operatório –, a capacidade de adquirir medicamentos, possibilidade objetiva de fazer o repouso necessário, o cuidado com os filhos e até mesmo a forma como o paciente irá lidar com o fato de ter tido um órgão extirpado: a mutilação.

Essa fragmentação do saber sobre o corpo leva o profissional da medicina a uma visão deficitária sobre o indivíduo que está tratando. Os problemas sociais, psicológicos, ou mesmo outros aspectos da saúde do paciente (a *dona Maria* pode ter catarata ou problemas na coluna), somente fazem parte do universo de preocupação do médico à medida que interferem no procedimento por ele realizado; se, por exemplo, a paciente apresentar-se anêmica (quadro clínico que interfere na recuperação cirúrgica do paciente), o médico irá preocupar-se com este seu estado de saúde, ao contrário do

que acontece com a catarata (problema visual), pois a anemia pode comprometer a cirurgia, o que demanda, anteriormente ao procedimento operatório, um tratamento.

No entanto, ainda que o médico não tenha a capacidade de estar oferecendo uma assistência global ao paciente e, devido a isto, mantenha-se numa atitude de recolhimento e de desinteresse em relação a quaisquer outros problemas do paciente, atribuindo a outros profissionais a responsabilidade sobre estes – as dimensões financeiros e sociais devem ser conduzidos pelo Assistente Social, assim como os psicológicos pelo psicólogo ou psiquiatra –; por mais que ele busque enxergar a dona Maria apenas como um *caso* entre tantos outros, ela *é* uma pessoa e enquanto tal lhe transmitirá sentimentos demasiadamente humanos para que ele possa ignorá-los.

A incapacidade dos profissionais de saúde de estarem equacionando diversas demandas dos pacientes, tanto em termos estruturais – capacidade limitada de atendimento – quanto em termos emocionais ou sociais – as dificuldades pessoais de estarem lidando com sua enfermidade, traduzem-se numa insatisfação com o conteúdo significativo da tarefa, difícil de ser por eles identificadas e que muitas vezes traduzem-se em dificuldades nas relações de trabalho e na aceitação das regras organizacionais.

Isso acontece, porque mesmo quando não expressas verbalmente, as dificuldades vividas pelos pacientes encontram-se manifestas em sua forma de agir (a dor e o sofrimento são quase impossíveis de serem totalmente ignorados, por mais que o profissional busque racionalizar este sofrimento, compreendendo-o como transitório ou contingência da doença) e criam um sentimento de incompletude entre o trabalhador e o trabalho. O que faz com que a satisfação com o trabalho só se manifesta no *ato* técnico em si, ou seja, o necessária prazer no trabalho, se manifesta na sensação do *trabalho* bem feito, trabalho este que aparece apenas como o ato de intervenção em si, a *técnica* minuciosamente aplicada.

Apesar de não ser possível verificar os efeitos psicológicos dos limites impostos pelas condições de trabalho sobre os profissionais de saúde, percebemos na pesquisa realizada a imensa satisfação destes trabalhadores quando conseguem auxiliar positivamente o paciente a resolver alguns de seus problemas pessoais em relação à doença. É o caso, por exemplo, de conseguir um medicamento dispendioso para o paciente desonerando-o deste gasto e perceber o alívio do paciente por livrar-se desta preocupação. Isto demonstra que apesar da busca por um relacionamento distante com o paciente, pautado por orientações de caráter terapêutico, os profissionais de saúde se, por um lado, procuram proteger-se dos sofrimentos colocados pelos pacientes, por outro lado, ressentem-se desta distância.

Para os objetivos deste trabalho, importa apreender estas dificuldades, inerentes do processo de trabalho tal como ele está organizado hoje, e verificar seus efeitos nos relacionamentos entre os trabalhadores e sua influência na organização estrutural do hospital. Uma vez que estamos considerando, junto com os teóricos da organização, que os problemas estruturais fazem parte do *seu* processo, sendo ao mesmo tempo o meio de realizar o trabalho e um produto do próprio trabalho, as formas como se manifestam as diversas racionalidades dos agentes são fundamentais para compreender o consenso e o conflito no ambiente de trabalho.

Por tratar-se de uma grande organização, onde cada disciplina e cada agente têm o seu *locus* próprio de atuação, a compreensão do hospital de forma global é difícil para os seus agentes, devido ao lugar específico que cada um ocupa no processo produtivo, bem como à organização burocrática e meritocrática desta organização.

Dessa forma, as frustrações vividas pelo indivíduo no processo de trabalho, aparecem como culpa de *alguém*, que estes não sabem apontar. Uma vez que a estrutura organizacional não é um ente racional, e sim, um conjunto de equipamentos e regras, explicadas racionalmente e dirigidos por *pessoas*, não é possível atribuir as

insatisfações no trabalho ao hospital. Os funcionários sentem que *deve haver* um responsável pelas dificuldades vividas no trabalho, mas não conseguem precisar a quem cabe a tarefa de minimizar os sofrimentos vividos no trabalho. Portanto, os indivíduos vêm-se às voltas com sentimentos difusos que não sabem muito bem a quem atribuir.

A necessidade de compreender a manifestação da racionalidade dos agentes, sua forma própria de compreender o seu papel social no interior da organização e a influência desta compreensão sobre as relações de trabalho aí manifestas, nos leva a uma aproximação daquelas correntes teóricas na sociologia que buscam compreender a forma como os agentes sociais interpretam sua realidade social. Em outras palavras, nossa preocupação sociológica parte da vida cotidiana ou, mais precisamente, de como os atores sociais que estamos analisando interpretam sua vida cotidiana e, a partir desta compreensão, reelaboram continuamente suas relações sociais.

O mundo da vida cotidiana não somente é tomado como uma realidade certa pelos membros ordinários da sociedade na conduta subjetivamente dotada de sentido que imprimem a suas vidas, mas é um mundo que se origina no pensamento e na ação dos homens comuns, sendo afirmado como real por eles (...) devemos tentar esclarecer os fundamentos do conhecimento na vida cotidiana a saber, as objetivações dos processos (e significações) subjetivas graças às quais é construído o mundo inter-subjetivo do senso comum. (BERGER & LUCKMAN, 1976: 36).

Nesse sentido, o método fenomenológico nos parece uma ferramenta adequada para a apreensão desta realidade vivida pelos agentes sociais, uma vez que se trata de um método empírico que busca abster-se de qualquer hipótese causal relativa ao *status* ontológico dos fenômenos analisados, em que se busca compreender um determinado fenômeno social a partir dos dados originários da experiência humana. O ponto de partida para esta análise são as experiências do “ser humano consciente, que vive e age

em um mundo que ele percebe e interpreta e que faz sentido para ele". (SCHUTZ, 1979:7).

Neste sentido, nossa intenção é investigar um mundo repleto de significados, significados estes que são interpretados pelos agentes sociais, pois as relações sociais e a consciência que cada indivíduo tem de seu papel social são produto da atividade humana. Aprendemos com Marx que a consciência do homem é determinada pelo seu ser social, ou seja, que o pensamento humano funda-se na atividade humana e nas relações estabelecidas por esta atividade.

Os seres humanos, claro, transformam a natureza... mas a natureza não é um produto humano, a sociedade sim. Embora não tenha sido feita por uma única pessoa, a sociedade é criada e recriada novamente, ainda que ex nihilo, pelos participantes de cada encontro social(...) Na verdade, isso só se torna possível porque cada membro (competente) da sociedade é um teórico social prático; ao manter qualquer espécie de encontro, ele lança a mão de seus conhecimentos e teorias, normalmente de uma maneira espontânea e rotineira, e a utilização desses recursos práticos é precisamente a condição para a produção de qualquer encontro. Esses recursos como tais não são corrigíveis à luz das teorias dos cientistas sociais, mas são rotineiramente obtidos por eles no curso de qualquer pesquisa que seguir. Isto é, a compreensão dos recursos utilizados pelos membros da sociedade para gerar a interação é uma condição para que os cientistas sociais possam entender sua conduta, da mesma maneira como o é também para os próprios membros. (GIDDENS, 1978:16)

A proposta da fenomenologia consiste em construir modelos teóricos típicos da conduta dos seres humanos em sociedade. O objetivo é esclarecer da melhor maneira possível o que pensa do mundo social aqueles que nele vivem, pois em sua vida cotidiana os indivíduos interpretam sua realidade e esta realidade torna-se um todo dotado de sentido para eles.

O limite deste tipo de análise, no campo da sociologia, é preciso: uma vez que o objetivo é compreender a forma como o sujeito interpreta o seu papel social e explica sua própria racionalidade, a fenomenologia não busca a forma como se dá a transformação estrutural da sociedade. Por outro lado, não relacionando o *saber* prático

dos agentes sociais a uma cultura ou ideologia que orienta toda a sociedade, a fenomenologia, assim como as teorias correlatas que partem do sujeito para a compreensão dos fenômenos sociais, apresentam dificuldades para passar do plano conjuntural para o plano histórico.

Seu alcance é microssociológico: compreender os critérios utilizados pelos agentes sociais - as relevâncias motivacionais que os levam a agirem de determinada maneira. Nossa proposta, ao adotar estas correntes da sociologia como norteadoras da pesquisa, visa compreender como as diversas formas de sociabilidade se manifestam e qual a explicação dos sujeitos sociais para as situações vividas em seu ambiente de trabalho.

Acreditamos ser este um caminho adequado para a compreensão dos fenômenos observados, pois uma explicação sociológica que buscasse compreender apenas os condicionamentos históricos que orientam a conduta dos sujeitos não nos permitiria entender adequadamente os fatos sociais observados, uma vez que estas teorias mais macrossociais acabam inevitavelmente, devido ao enfoque sobre o objeto, perdendo ou reduzindo a racionalidade dos sujeitos sociais a explicações abrangentes sobre a conduta de todos os indivíduos, que naturalmente não conseguem penetrar em toda a multifacetária conduta humana.

É importante ter em mente que a objetividade do mundo institucional, por mais maciça que apareça ao indivíduo, é uma objetividade produzida e construída pelo homem. O processo pelo qual os produtos exteriorizados da atividade humana adquirem o caráter de objetividade é a objetivação. (...) a relação entre o homem, o produtor, e o mundo social, produto dele, é e permanece sendo uma relação dialética, isto é, o homem e seu mundo social atuam reciprocamente um sobre o outro. (BERGER & LUCKMAN, 1976:87).

Não pretendemos, evidentemente, considerar um método mais adequado que o outro. Ao contrário, uma vez que a realidade mostra-se opaca, difícil de ser apreendida em sua totalidade, é desejável que ambas as análises sociológicas sejam devidamente utilizadas a fim de tornarem os fenômenos sociais mais claros. Ou seja, não estamos aqui fazendo um juízo de valor sobre uma ou outra teoria sociológica, à medida que as compreendemos complementares; mas devido aos limites tanto do pesquisador quanto da capacidade objetiva de se estar apreendendo em sua totalidade um determinado fenômeno social, fizemos uma opção, a que consideramos mais segura para a análise dos aspectos da realidade social que estamos observando.

Nesse sentido, ao abandonar os princípios gerais que norteiam a vida social, adotando as análises que buscam descrever a situação vivida pelos agentes sociais, temos a intenção de dar a conhecer as minúcias da vida social. Ou seja, aqui interessa não apenas as regularidades da vida social, mas também as singularidades, uma vez que todo fenômeno social é o resultado de ações individuais, condicionadas pelo contexto histórico e social em que se inscrevem. “Isso implica a aceitação de um postulado essencial: que uma das tarefas principais da sociologia e talvez a principal fonte de legitimação, consiste – como sugerem Weber ou Popper – em reconhecer ou, conforme o caso, em reconstituir as razões que levam o ator social a adotar um determinado comportamento, atitude ou convicção”.(BOUDON, 1995: 21).

A análise fenomenológica proposta por Alfred Schütz tem como relação social central o relacionamento *nós*, ou seja, em qualquer encontro social, o ator traz para o seu relacionamento cotidiano um estoque de conhecimento disponível, ou compreensões de sentido comum, nos termos dos quais ele tipifica o outro e é capaz de calcular a provável resposta que o outro dará às suas ações e de manter uma comunicação com ele. Ao buscar uma interação com o outro, os atores sociais estabelecem critérios de relevância, ou seja, nem tudo que está presente numa situação

é importante para o ator envolvido, fazendo com que este priorize determinadas atitudes a serem tomadas nos diversos momentos de sua interação social.

Schutz estabelece três tipos de relevância adotados pelos atores sociais, no decorrer de uma ação relativa a um projeto particular que, nesse momento, é de interesse do ator: a relevância motivacional, relevância temática e relevância interpretacional. Estes três critérios de relevância adquirem importância de acordo com a situação com que os indivíduos se deparam. Num primeiro momento, os atores sociais buscam atender a seus interesses específicos, predominantes num determinado momento, numa determinada situação.

Dessa forma, a relevância motivacional se caracteriza pela separação “(..)dentre os elementos presentes na situação, os que servem para defini-la à luz dos propósitos que essa pessoa tem em mente. Essa relevância motivacional é imposta quando a pessoa tem de atentar para certos elementos da situação de modo a compreendê-los; ou surge espontaneamente de sua vida volitiva: a pessoa se sente livre, isto é, desimpedida, para definir a situação de acordo com os seus planos e intenções”. (SCHUTZ, 1979: 23).

No caso de o indivíduo não poder agir de acordo com os seus interesses ou motivações, pode surgir um segundo nível de relevância, no qual a ação motivacional é suspensa, dando lugar à relevância temática, em que a ação do ator social é orientada à compreensão ou ao reconhecimento do problema.

Naturalmente, esta capacidade de reconhecer ou interpretar um problema depende da capacidade cognitiva de cada ator em particular, pois:

“(...)o desconhecido ou o problemático, numa dada situação, só se torna relevante na medida em que impede a formação de uma definição da situação de acordo com os interesses e planos atuais da pessoa. Pois assim, em vez de prosseguir com seus planos, ela é obrigada a concentrar-se em

atividades de cognição e investigação. Solucionar o problema adquire prioridade em relação ao projeto original". (SCHUTZ,1979:24).

O terceiro tipo de relevância é decorrente do segundo. Uma vez reconhecido um problema em si, este demanda do ator social uma interpretação mais aprofundada, pois, quando se trata de um problema rotineiro, a interpretação se dá rapidamente e a ação pode ser consumada. No caso de o problema mostrar-se complexo, "(...)a pessoa vai ter de fazer esforços deliberados para chegar a uma interpretação satisfatória desse problema, antes mesmo no sentido de sua solução real. Tudo o que ela considerar potencialmente importante com relação a esses esforços constitui o domínio da relevância interpretacional". (SCHUTZ,1979: 24).

Apesar de colocados de forma relativamente simples os critérios usados por Schutz para verificar a relevância atribuída pelos atores sociais em suas ações, é importante notar que cada ator social faz parte de uma determinada comunidade cultural de valores, na qual os indivíduos hierarquizam os critérios a serem utilizados em cada ação cultural. Assim, o trabalho do sociólogo constitui-se tanto na apreensão deste universo cultural no qual está inserido o ator social quanto na interpretação dos seus atos em si.

Assim colocada, esta abordagem da ação dos indivíduos, consideramos importante para a possibilidade da pesquisa sociológica estar realizando diversos planos de análise simultaneamente, no âmbito da compreensão das atitudes dos sujeitos sociais. Melhor dizendo: uma vez apreendidos os elementos constitutivos da vida social, os critérios de relevância nos permitem compreender as diversas ações dos indivíduos de acordo com o tipo de interesses postos em jogo naquele determinado momento, e as mudanças de atitude em face dos objetivos estratégicos e táticos dos

atores sociais, permite compreender a racionalidade inerente de cada ator social frente a seus próprios atos.

Partindo da teorização sociológica de Alfred Schutz, a etnometodologia de Harold Garfinkel vai buscar a maneira peculiar de os indivíduos teorizarem ou conhecerem suas atividades ordinárias. A etnometodologia considera a flexibilidade sobre os fenômenos como uma característica singular da ação, ou seja, os participantes das ações sociais tornam estas ações inteligíveis para si.

Os estudos sobre o enfoque da etnometodologia, conseqüentemente, são dirigidos para a tarefa de detectar como as atividades rotineiras dos indivíduos consistem de métodos para tornar analisáveis as ações práticas, as circunstâncias, o conhecimento baseado no senso comum sobre as estruturas sociais e o raciocínio sociológico prático, assim como de entender suas propriedades formais vistas 'de dentro' dos ambientes como parte integrante do próprio ambiente. Em outras palavras, a etnometodologia procura descobrir os 'métodos' que as pessoas usam na sua vida diária em sociedade a fim de construir a realidade social; procura descobrir também a natureza da realidade que elas constroem. (HAGUETTE, 1995:50).

Buscamos compreender as atividades cotidianas da organização, tal como os agentes as vêem, tentando encontrar a racionalidade inerente de cada ator sobre o seu próprio ato. "Essa prática da vida cotidiana é interpretada pelos atores...os atores sociais alocam sentidos aos objetos circundantes, passando então, a interpretar seu mundo significativo."(HAGUETTE, 1995:50). Isto é possível, porque os atores sociais, ao intervirem cotidianamente na realidade em que estão inseridos, adquirem conhecimento desta própria realidade, estabelecendo regras tácitas compartilhadas que permitem a sociabilidade e tornam estável o mundo social.

Entretanto, a internalização das normas e valores sociais não assumem para Garfinkel um aspecto de regras imutáveis. Ao contrário, elas são frágeis, uma vez que as pessoas infringem deliberadamente as convenções sociais. Para Garfinkel as regras sociais existem e orientam a conduta dos indivíduos, um universo de valores que

oferece respaldo às condutas individuais, o que permite a estabilidade social. Mas estas regras não são imutáveis, pois os indivíduos agem de acordo com os desejos e interesses, transgredindo-as em determinados momentos e criando relações conflitivas. “...é com efeito, uma espécie de microconfrontação com uma reação não violenta ao status quo. Ela é um substituto e uma rebelião simbólica contra uma grande estrutura que a juventude não pode e, muitas vezes, não quer mudar. Ela substitui a rebelião possível para a revolução inacessível”. (HAGUETE, 1971:51 apud GOULDNER 1967:394)⁵.

Dessa maneira, esta abordagem nos permite compreender a insatisfação dos agentes sociais frente a uma realidade contra a qual não conseguem lutar ou modificar, mas que se manifesta em atitudes que visam, em última instância, desestabilizar os acordos instituídos.

Erving Goffman sugeriu na “*Representação do eu na vida cotidiana*” uma abordagem dramaturgica para a análise dos sistemas sociais. A análise da ação dos indivíduos, comparando-os a atores a encenarem uma peça, busca compreender a forma como estes atores desempenham seus papéis no palco da vida. Para esse autor, os agentes sociais estão sempre a representar papéis de acordo com a impressão que desejam causar. Desejam, portanto, controlar estas impressões. As mudanças de atitudes dos atores sociais no desempenho de uma mesma tarefa, a forma de representar, depende da platéia e, portanto, da impressão que o ator quer passar.

A compreensão da impressão que os atores sociais representam nos diversos momentos e a forma como estes tentam controlar as impressões, permitem compreender o significado das diversas atitudes destes agentes para cada platéia para a

⁵ GOULDNER, A. W. (1971). *The coming crisis of western sociology*. Nova York, Equinox Book, publicado por Avon. Apud. HAGUETE, M. T. F. *Metodologias Qualitativas na Sociologia*.(1995), Petrópolis, Vozes.

qual se encena. Ao buscar ‘controlar as impressões’, por meio da representação, os indivíduos, para Goffman, vão buscar preservar uma identidade, difícil de ser conseguida num mundo cheio de pressões exercidas por um sistema social dominador.

A verificação da forma como os indivíduos adaptam-se à realidade, mediante a representação dos papéis socialmente esperados, assim como dos momentos em que a máscara cai e o papel social é parcialmente posto de lado permitindo a entrada nos espaços interiores, são para Goffman artifícios metodológicos importantes, através da análise desta tentativa de controle de impressões representada continuamente pelos indivíduos, o pesquisador pode verificar de que maneira as sociabilidades manifestas se processam.

A contribuição dessas análises para a apreensão da racionalidade dos agentes sociais tem inegável valor metodológico, uma vez que permitem apreender tanto as estratégias de sociabilidade, manutenção e expansão de suas esferas de influência (espaço de exercício do poder de cada ator social) quanto auxilia na penetração dos espaços interiores, onde os agentes encontram-se despidos de suas máscaras sociais, além de facilitar a verificação da forma como os agentes compreendem seu trabalho e a importância que lhes atribuem.

Isso se deve, basicamente, ao fato de o comportamento humano ser uma construção contínua, em que os atores agem de acordo com estratégias estabelecidas para atender a interesses individuais e não apenas devido a condicionamentos históricos. Como salientamos anteriormente, esta abordagem metodológica tem um limite preciso que é a desconsideração das inter-relações entre as ações individuais e as estruturas sociais – políticas, econômicas e ideológicas – que influenciam na construção do universo cultural e econômico dos indivíduos.

Não obstante esse limite preciso da metodologia adotada, entendemos que ela é adequada para a apreensão do objeto específico da pesquisa – a sociabilidade manifesta

num ambiente específico por considerarmos que métodos que centralizam a análise na abordagem sócio-históricas ou estruturais descuram da ação humana enquanto uma ação racional que transforma e condiciona continuamente os ambientes sociais, reduzindo a ação dos sujeitos sociais a condicionamentos macroestruturais. Naturalmente, consideramos que seria desejável uma análise sociológica que contemplasse os diversos aspectos – tanto macroestruturais quanto de microprocessos – , que desse conta de uma análise completa da realidade social.

No entanto, as dificuldades de transitar satisfatoriamente de um objeto teórico outro e de equacionar a contento a análise microsociológica e o aporte macro-estrutural, sob pena de comprometer a difícil objetividade para a execução da pesquisa, levaram-nos a fazer uma opção: opção esta que, esperamos, lance alguma luz na apreensão da realidade observada.

A escolha do objeto, bem como do método adotado para o estudo do hospital, foi fundamentada a partir do conhecimento prévio que a pesquisadora havia adquirido deste ambiente específico. O fato de haver trabalhado durante sete anos no hospital permitiu conhecer profundamente a organização e as características da natureza do trabalho em hospital, assim como possibilitou o conhecimento dos agentes de dentro da organização, como um deles. As inquietações sofridas enquanto funcionária, devido à sociabilidade presenciada e vivida nesta organização nos levou a elaboração das questões que norteavam nosso trabalho e a formulação de algumas hipóteses centrais, como as apresentadas a seguir.

Dessa forma, nossa opção metodológica buscou a apropriação por parte do pesquisador dos nuances do comportamento dos indivíduos, como gestos, entonação, polidez, simpatia ou frieza, que se mostraram tão importantes quanto a fala destes agentes na reconstrução do objeto de pesquisa. É a partir desta interação entre as falas dos agentes e a compreensão da forma como estes desempenham suas tarefas, aliada à

apropriação do fluxo de trabalho propriamente dito, que buscamos responder às perguntas que fundamentavam esta pesquisa:

1º) O hospital é uma organização que conta com grande elenco de atores que apresentam objetivos individuais e conflitantes, uma vez que disputam entre si poder e prestígio no mesmo espaço. Essa concorrência entre os atores os levam a dificultar, intencionalmente ou não, o trabalho alheio, uma vez que na tentativa de melhorar sua posição relativa dentro da organização, ocultam informações, promovem boicotes e manipulam impressões. Uma vez que a natureza do trabalho neste local faz com que a imperícia e imprudência na execução das atividades, assim como o fornecimento de informações enganosas e incompletas, ou mesmo a ausência de informações, podem trazer conseqüências trágicas para o paciente. Como é possível, num ambiente que apresenta um grande grau de hostilidade, o empreendimento com sucesso de uma obra coletiva, em que o produto do trabalho está relacionado ao bem-estar das pessoas?

2º) Como é possível o desenvolvimento de uma sociabilidade que não desaba num conflito aberto, ou seja, quais são os processos que mantêm as hostilidades em estado latente, sem ultrapassar os níveis de civilidade? Quais são os mecanismos que fazem com que os agentes sociais não permitam que as tensões no ambiente de trabalho – tensões estas que são oriundas tanto da natureza do trabalho, dos conflitos existentes devido a saberes distintos, quanto da concorrência dos agentes entre si – impeçam o desempenho cotidiano de suas tarefas?

3º) Qual é a cultura própria desta organização, quais são os *ethos* que regem a condução destes agentes e de que maneira as regras formais e informais que orientam o trabalho na organização são utilizados pelos agentes, tanto na busca de seus interesses individuais quanto no cumprimento dos objetivos da organização? Podemos inferir que este *ethos*, esta cultura da organização vista

como um todo, e os ideais de consenso desempenham justamente o papel de constituir uma linguagem comum que, na prática, auxilie a constituição da colaboração no trabalho, a despeito do conflito e dos interesses e saberes?

1.3 CATEGORIAS SOCIOLÓGICAS

Convém explicitarmos a divisão que estabelecemos para fins de análise dos serviços do hospital: estamos considerando como *Serviços Assistenciais* aqueles que dão atendimento direto ao paciente (e/ou sua família), ou seja, serviços que atendem ao público, independente de prestar-lhe atendimento médico. Incluímos neste grupo serviços como o de Assistência Social, Internação e Agendamento de Consultas, além dos serviços de cuidados médicos propriamente ditos, como o Pronto-Socorro, Centros Cirúrgicos, Enfermarias, ambulatórios etc. Nossa opção por englobar nesta categoria analítica serviços de naturezas distintas, justifica-se por nossa análise estar centrada nos trabalhadores do hospital e não nos pacientes.

Na exposição do material empírico, podemos observar que muito mais do que a gravidade do paciente é a *forma* como este se apresenta nos diferentes serviços que leva a maiores ou menores níveis de ansiedade nos trabalhadores de saúde. Desta maneira, um paciente em estágio terminal (com morte prevista) pode causar um nível de ansiedade menor (quando o paciente encontra-se sob sedação, coma ou não responde mais a estímulos e a família já aceita o fato da perda de seu ente querido) do que um paciente que apresenta uma queixa simples (na visão do pessoal do hospital queixa simples é um mal curável rapidamente), mas que se apresente nervoso e amedrontado.

A segunda categoria analítica que utilizaremos para designar os departamentos é a de *Serviços de Apoio*. Nesta categoria consideramos aqueles serviços que, apesar de não lidarem diretamente com o paciente, são necessários para dar suporte ao atendimento dele pelos serviços assistenciais. Assim consideramos como serviços de apoio, locais como Engenharia e Manutenção, Limpeza e Conservação, Nutrição, Lavanderia, Arquivo Médico etc.

A peculiaridade apresentada por estes serviços é que devido ao fato de trabalharem diretamente com os serviços assistenciais, o cumprimento de suas tarefas deve ser feito de forma pontual, pois o mau funcionamento dos serviços de apoio pode causar transtornos no atendimento aos pacientes. Desta maneira, os serviços de apoio estão num ponto intermediário entre os serviços administrativos e os serviços assistenciais. Devem manter um planejamento adequado de suas atividades, mas também devem atender prontamente a qualquer imprevisto.

Além disto, esses serviços de apoio são sempre ‘contagiados’ pelas demandas e urgências surgidas nos serviços assistenciais, de forma que são sempre obrigados a adequar seu ritmo de trabalho de acordo com as necessidades colocadas, pois sofrem uma grande pressão dos serviços assistenciais.

A terceira categoria por nós utilizada é a categoria de *Serviços Administrativos*. Nesta categoria enquadram-se aqueles serviços que têm a função de planejamento e administração do hospital, e devem providenciar o suprimento de material e a manutenção de toda a organização, ou seja, as funções tipicamente administrativas. As particularidades destes serviços se devem a sua lógica de *planejamento*. Os serviços administrativos, ao manterem a lógica de funcionamento burocrática mais acentuada que em outros serviços, têm dificuldades em lidar com imprevistos e freqüentemente recusam-se a adequar o trabalho protocolar às demandas colocadas pelos serviços de apoio e assistenciais.

Em relação aos serviços médicos, optamos por separar as diversas especialidades em dois grandes blocos: o atendimento *clínico* e o atendimento *cirúrgico*. Naturalmente esta divisão é apenas para efeito de exposição, uma vez que estamos distinguindo os médicos entre clínicos e cirurgiões, ou seja, os dois grandes recortes da medicina; porém, esta divisão não corresponde literalmente ao trabalho médico, pois especialidades cirúrgicas mantêm atendimento clínico, assim como especialidades clínicas recorrem muitas vezes a procedimentos cirúrgicos.

Além disso, existem especialidades médicas em que a atividade cotidiana compreende tanto o atendimento clínico quanto o cirúrgico, como é o caso da ortopedia, otorrinolaringologia e oftalmologia. Também existem especialidades médicas cujo trabalho não está relacionado com o atendimento ao paciente e sim com o fornecimento de diagnósticos, como é o caso da anatomia patológica, que se debruça sobre tecidos e cadáveres e dos profissionais da imagenologia, que manipulam equipamentos de diagnóstico por imagens do corpo, como a radiologia, ultrassonografia, medicina nuclear, tomografia etc., que fornecem subsídios diagnósticos para as demais especialidades médicas.

A partir destes pressupostos teóricos-metodológicos e da construção das principais categorias analíticas que orientam este trabalho, construímos nosso objeto de pesquisa.

1.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS ADOTADOS

•A estrutura da organização, apesar de permitir o desenvolvimento das racionalidades dos agentes e do uso de sua subjetividade na elaboração de suas estratégias cotidianas, de busca e manutenção de seus objetivos particulares, condiciona a ação dos indivíduos de forma que esta não transgrida os objetivos de toda

organização. Ou seja, os conflitos existentes no trabalho somente sofrem os limites colocados pela organização social, limites estes que são conhecidos por todos, na forma de regras formais e informais de convivência.

•Os agentes estabelecem um limite para suas ações sociais, que permitem tanto o desenvolvimento adequado (ou socialmente aceito) do trabalho quanto de uma sociabilidade que não descambe no conflito aberto e que permita a construção do consenso. O estabelecimento deste limite diz respeito não apenas ao fato da necessidade da cooperação na execução das atividades, assim como às particularidades deste ambiente de trabalho, que não tem apenas as características de uma organização moderna e complexa, mas também de uma instituição social, com funções terapêuticas.⁶

•O respeito destes limites acontece por dois motivos principais: a) a cultura específica desta organização que comporta uma ética, cuja premissa é que os pacientes não podem ser prejudicados irreversivelmente⁷; b) caso os agentes ultrapassem os “limites tácitos” permitido aos conflitos no trabalho, os demais (mesmo aqueles

⁶ Estamos utilizando a distinção entre os conceitos de organização e instituição formulado por Enriquez, em que o autor salienta que, enquanto a organização tem um compromisso com o produto final, a característica fundamental da instituição é o da existência e da encarnação do bem comum. Nas instituições os indivíduos encontram-se inacabados, colocando-se numa situação de dependência. Desta forma as instituições enquanto sistemas culturais, simbólicos e imaginários, “apresentam-se, portanto, como conjuntos englobantes, visando imprimir a sua marca distintiva sobre o corpo, o pensamento e o psique, de cada um de seus membro. Elas vão favorecer a construção de indivíduos para a sua devoção, na medida em que conseguiram se instaurar para eles como pólo ideal e a obcecá-los com o ideal.” (ENRIQUEZ, 1991:57). Neste sentido, para o autor são exemplos de instituição: a família, o Estado, os Hospitais, as escolas etc., locais que têm função de *completar e sociabilizar* o indivíduo.

⁷ Os agentes estabelecem um limite para o que consideram um grande prejuízo para o paciente. Exemplificando: numa cirurgia adiada devido a um conflito entre agentes há um prejuízo para o paciente, mas não irreversível se esta puder acontecer num outro momento com um bom prognóstico. Neste caso a racionalidade daquele que atrapalha a execução da cirurgia é que ele prejudicou muito mais – ou exerceu sua esfera de influência – sobre aquele agente do hospital que desejava a cirurgia; mas ele jamais faria isto se fosse comprovado que o adiamento da cirurgia representasse um risco qualquer para o paciente, além, naturalmente, do sofrimento causado pelo seu adiamento.

considerados como aliados) se organizam para impedir sua ação, ou lhe impor uma retaliação; ou seja, existe uma pressão do grupo para que os comportamentos sejam mantidos dentro de certos limites, limites estes que permitem a sociabilidade.

1.5 A COLETA DE DADOS

Em seu livro sobre metodologia, Howard S. Becker argumenta que este (metodologia) é um assunto muito importante para ser deixado nas mãos de metodólogos, devendo cada sociólogo construir a metodologia adequada de acordo com as necessidades apresentadas pela pesquisa, observando naturalmente, os princípios que norteiam o trabalho científico. Salienta em seu texto que muitos dos postulados referentes aos procedimentos metodológicos são enunciados *ad hoc*, ou seja, uma vez pronta a pesquisa e confiante dos resultados obtidos, sociólogos e pesquisadores descrevem estes procedimentos, mostrando como foi possível controlar os dados.

O problema da pesquisa, segundo Becker, é que as metodologias ao alcance do sociólogo têm uma abrangência relativamente pequena, ou seja, a abordagem dos problemas “(...)e os problemas do método são sempre relativos à organização das relações entre pesquisadores e as pessoas às quais estudam”. (BECKER, 1997:14).

Desta forma, ao falar sobre a observação participante, o autor salienta a importância de o observador estar continuamente refazendo suas hipóteses frente às evidências do trabalho de campo, além de o contato contínuo com aqueles que estuda permitir a flexibilização de condutas na coleta de dados. “Quero comentar três das possibilidades criadas por estas flexibilidades (...): 1) utilizar medidas não convencionais sugeridas pela experiência na situação; 2) fazer uso da própria experiência como evidência; e 3) usar estilos agressivos e ardilosos para provocar as

peçoas a ponto de fazer com que elas digam coisas que de outro modo guardariam para si mesma”(BECKER, 1997:91).

Refazer as hipóteses, flexibilizar os nossos pressupostos, desarmarmo-nos, enfim, para compreender as atitudes dos nossos atores sociais, foi uma das tarefas mais rotineiras de nossa pesquisa. Não podemos pretender haver sido completamente ‘isentos’ de preconceitos ao fazermos a análise do trabalho em hospital, mas buscamos sinceramente *olhar* os atores sociais, a partir de seus próprios olhos, compreendendo suas próprias justificativas e até mesmo aquelas que estes não formularam para as suas atitudes.

Para exemplificar uma mudança de atitude do observador que foi importante tanto para a condução do trabalho quanto para o resultado final deste, podemos colocar nossa pressuposição em relação às condutas dos residentes de cirurgia. Enquanto funcionária, observávamos cotidianamente estes profissionais ‘negligenciarem’ o atendimento aos pacientes, demorando para fornecer laudos, tratando-os de maneira fria e impessoal, mantendo-os numa atitude de subserviência aviltante.

Nossa conclusão frente a essas condutas era que estes residentes tinham uma preocupação excessiva em aprimorar sua técnica terapêutica (procedimento cirúrgico) em detrimento do atendimento total ao paciente. Nossa revolta, frente a estas atitudes, atribuía às mesmas uma cultura de grupo, em que apenas a perícia era valorizada, aliada a um *tipo* de personalidade que levava alguém a optar pela residência em cirurgia, personalidade esta que importava menos em manter uma relação mais próxima com o paciente e com o *cuidado* do mesmo, em favor de uma busca de prestígio técnico e equivalente monetário.

Nossa pesquisa de campo mostrou nosso engano frente às conclusões em relação ao tratamento dispensado pelos residentes da cirurgia a seus pacientes. Estes residentes

realizam uma jornada de trabalho extensiva – em torno de 80 horas semanais, dependendo do estágio; vivem uma grande pressão, devendo responder a problemas múltiplos nos diversos locais do hospital, trabalham num ritmo muito acelerado e fazem parte de um grupo em que realmente a perícia é valorizada, mas, mais que isso, não oferece nenhum mecanismo de controle de ansiedade ou pressão.

Ou seja, a incapacidade tanto do grupo quanto individual de lidar com o *stress* do trabalho não lhes permite uma maior proximidade com o paciente, sob pena de não suportarem mais ansiedades (desta vez advindos do paciente). Ansiedades estas que apesar de não declaradas estão presentes em toda a sua atividade, pois se não existe um espaço para a exteriorização dos pesares frente aos sofrimentos dos pacientes, não significa que os médicos não sofram o seu *contágio*. Assim, o aparente descaso dos residentes para com os pacientes não pode ser explicado unicamente por uma busca de perícia técnica e prestígio social, mas também é necessário compreender a situação de trabalho destas pessoas e a cultura de grupo da qual fazem parte.

Nossa coleta de dados não teve uma seqüência linear, ao contrário, durante a pesquisa fomos construindo os procedimentos metodológicos à mesma medida em que revíamos alguns dos pressupostos que orientavam a busca dos dados. É importante salientar este fato, pois, ao iniciarmos o trabalho, estávamos prenhes de idéias pré-concebidas sobre os motivos das atitudes dos atores sociais que iríamos investigar.

O fato de havermos trabalhado no hospital, se por um lado nos municiou com um conhecimento prévio razoável sobre o funcionamento, a cultura, além de permitir um conhecimento das atitudes de bastidores⁸ dos atores sociais, o que facilitou

⁸Goffman, ao discutir a representação dos papéis que os indivíduos produzem a fim de controlar as impressões que desejam causar, vai mostrar que nos ambientes passíveis de observação é possível sempre observar um ambiente de *fundos* - o local dos bastidores, onde os atores podem interromper momentaneamente os seus papéis a fim de fazer um descanso. Este controle dos bastidores

imensamente a penetração nos 'espaços interiores', por outro lado, enquanto funcionária não saímos ileso de uma visão parcial e julgamentos pré-conferidos às atitudes destes mesmos atores. Nossa insatisfação e até mesmo ira frente a algumas atitudes presenciadas, naturalmente, influenciaram a abordagem do problema, pois buscamos a princípio a confirmação de algumas hipóteses previamente formuladas.

No entanto, quando enfrentamos novamente a realidade do hospital, já como pesquisadora, buscando compreender quais eram os elementos constituintes que levavam a uma forma particular de sociabilidade, fomos obrigados a rever muitas de nossas idéias e a refazer continuamente nossas etapas de pesquisa: refazer este que nos levou a limitar a escolha dos locais observados.

Para maior comodidade, faremos a seguir uma exposição *linear* do procedimento adotado na coleta de dados, exposição esta que não podemos precisar o tempo demandado para cada etapa do trabalho. Salientamos, no entanto, que o trabalho completo de pesquisa, descontados os diversos momentos em que este foi interrompido quando acreditávamos já haver coletado todo o material necessário e na análise dos dados percebíamos algum outro aspecto que deveria ser melhor observado, o que nos fazia voltar novamente ao estudo de campo – levou não menos que 6 meses de trabalho intensivo, que incluía acompanhamento de todos os plantões: manhã, tarde e noite.

Primeiramente fizemos um re-reconhecimento do hospital, visitando os serviços e explicando aos trabalhadores destes locais a natureza de nossa presença, e lhes garantimos sigilo e descrição tanto dos relatos quanto dos fatos sociais observados. Este primeiro contato foi importante para compreendermos a magnitude do trabalho

“desempenham um papel significativo no processo de controle do trabalho, pelo qual os indivíduos tentam se premunir contra as exigências deterministas que os cercam.”(GOFFMAN, 1989:108). Desta forma é fundamental para a apreensão dos fundamentos da vida cotidiana a penetração nestes locais, onde é possível confrontar o papel desempenhado pelo indivíduo e sua real atribuição a este papel.

que nos era reservada, bem como para focalizar nosso olhar em alguns setores que consideramos sociologicamente relevantes.

Os critérios de relevância utilizados para a escolha dos serviços apresentam duas características principais e opostas: locais onde os conflitos entre agentes de categorias distintas, ou entre o grupo e o conjunto da organização, mostravam-se mais saliente em relação aos demais e, do lado oposto, serviços onde o consenso apresentava-se mais espontâneo, ou onde os agentes apresentam uma visão mais tolerante em relação ao restante da organização. Exemplificando: vários serviços do hospital desenvolvem ansiedades oriundas da falta de estrutura e do receio de que o cumprimento não pontual de suas tarefas prejudiquem o paciente. No entanto, para estudar este fenômeno escolhemos um departamento onde estas ansiedades são particularmente visíveis.

Todos os locais do hospital desenvolvem sua sociabilidade a partir do inter-relacionamento de diversos fatores: visão fragmentária da organização, demanda externa, lógicas de atuação diferentes das diversas categorias profissionais, cultura de grupo etc. Privilegiamos em nossa análise, aqueles locais onde alguns fenômenos pudessem ser observados com maior facilidade, assim como a análise das categorias profissionais buscou perceber a lógica própria de cada uma delas.

Evidentemente, o estudo dos locais escolhidos não se restringiu aos seus limites físicos ou organizacionais. Foi necessário buscar em setores que mantêm relacionamentos próximos com os serviços por nós escolhidos, suas próprias impressões sobre estes, de maneira a complementar as informações recebidas. Exemplificando: A UTI não foi considerada como um serviços sociologicamente relevante, mas o estudo da UTI nos permitiu enriquecer nossa visão do Pronto-Socorro e do Centro Cirúrgico Central, estes sim considerados sociologicamente relevantes.

Uma vez escolhidos os serviços sociologicamente relevantes, estes passavam a ter uma maior atenção por parte do observador durante um certo período. A magnitude do período de observação seguia o critério da ‘saturação’, ou seja, no momento que considerávamos já haver apreendido a sociabilidade existente naquele local e conseguidas as entrevistas e depoimentos, passávamos a outro. Novamente, não podemos precisar o tempo despendido em cada local, pois constantemente éramos obrigados a deixar temporariamente aquele serviço, quando nossa presença e perguntas começavam a causar inquietação entre os agentes, para retomar o trabalho em outro momento.

As inquietações eram visíveis quando os trabalhadores percebiam que o pesquisador havia penetrado numa ‘área de bastidor’ e fazia necessário que o pesquisador suspendesse as entrevistas para evitar receios nos trabalhadores. Uma vez recebido pelos funcionários dos locais pesquisados e após a apresentação de suas considerações sobre o trabalho, estes esperavam que o pesquisador ‘abandonasse’ aquele local, acreditando que não havia ‘mais nada’ a ser dito.

Essa apropriação da rotina dos diversos locais e a conquista dos agentes foram facilitadas pelo fato de conhecê-los anteriormente. Este conhecimento anterior do hospital e de parte considerável de seus membros permitiu que alguns relatos e depoimentos fossem feitos sem reservas, pois os agentes acreditavam não ter muito o que esconder de alguém que *já* conhecia o hospital.

Por outro lado, podemos ter perdido alguns aspectos do trabalho e considerações dos agentes, que poderiam apresentar-se de outra maneira a alguém *estranho* à organização. Infelizmente, estes são limites do trabalho que devem ser considerados e que fazem parte da investigação científica, na qual a realidade social apresenta-se de maneira diferente para cada pesquisador, dependendo do olhar deste e das perguntas

que este coloca, pois devemos considerar que de uma mesma realidade social fazem parte estruturas diversas.

5 1.4.1 As Entrevistas

Num primeiro momento, tentamos proceder às entrevistas utilizando o gravador, mas com este instrumento não conseguíamos que os agentes nos ‘falassem’ espontaneamente. O gravador foi definitivamente descartado quando o sétimo entrevistado, após responder protocolarmente uma questão, pediu licença, desligou o aparelho e fez uma declaração bastante diversa da feita anteriormente, o que demonstra que apesar da garantia de sigilo do entrevistador, as pessoas apresentam receios de terem suas opiniões divulgadas e de serem responsabilizadas por fatos ‘internos’ ao hospital serem revelados.

Além disso, parte das pessoas convidadas a conceder uma entrevista recusava-se, mas em momentos de relaxamento dispunha-se a ‘conversar’ sobre o trabalho e concediam longos depoimentos. Nessas ‘conversas informais’, buscávamos manter nosso roteiro básico de entrevistas e acreditamos ter obtido por meio delas informações muitas vezes mais reveladoras que nas entrevistas propriamente ditas. Apesar de ‘as conversas informais’ não estarem sendo computadas no número de entrevistas abaixo mencionadas (estamos considerando entrevistas apenas aquelas que foram concedidas espontaneamente pelos agentes), os dados obtidos formam um material empírico muito rico: deles adquirimos boa parte das informações relevantes e extraímos muitas das falas dos agentes, presentes neste texto.

Foi na observação da dinâmica do trabalho e nos depoimentos fornecidos pelos agentes que pudemos continuamente construir nosso objeto de pesquisa, revendo as

idéias pré-concebidas que tínhamos dos trabalhadores do hospital e, acreditamos, conseguindo compreender as motivações destes agentes.

Procuramos entrevistar atores de todos os locais considerados sociologicamente relevantes, das diversas categorias profissionais e indivíduos de outros locais que poderiam dar opinião sobre o hospital e sobre os serviços escolhidos. A duração média de cada entrevista era de 1 hora e 30 minutos, mas chegamos a fazer entrevistas de até 5 horas. Durante a coleta de dados por meio das entrevistas percebemos a necessidade de controlar o tempo das mesmas e de procedê-las em horários em que o risco de interrupção fosse menor.

As entrevistas eram realizadas em locais de trabalho e durante o expediente e, quando se alongavam muito, os entrevistados precisavam interrompê-las. Interrupções estas que se mostraram extremamente prejudiciais à coleta de dados, pois, uma vez interrompida a entrevista, o entrevistado tinha tempo de reelaborar as questões e, ao fazê-lo, voltava tentando minimizar informações fornecidas e 'conduzir' o pesquisador a reelaborar as questões de forma mais protocolar.

Esse fato demonstra as dificuldades em conseguir depoimentos sinceros dos entrevistados, dificuldades que atribuímos especialmente à natureza do trabalho do hospital, uma vez que os trabalhadores têm medo das conseqüências de fornecer informações que firam a ética (e também sobre infrações éticas) e a necessária (e de certa forma aparente) eficácia do trabalho em saúde. Além do medo da interpretação errônea ou singular de um indivíduo que não conheça as particularidades do trabalho em saúde.

Um não iniciado pode entender uma atitude do profissional de saúde como perversidade ou falta de decoro, quando esta é de fato decorrente do trabalho. Todos os depoimentos tinham muito cuidado em salientar que determinadas atitudes eram decorrentes do trabalho e se não as mais adequadas não necessariamente eram erradas.

Mas todas estas ressalvas não impediram os agentes de referirem-se a atitudes condenáveis de alguns profissionais e mesmo a ‘suposições’ de que alguns erros graves foram cometidos.

A coleta de dados junto aos agentes – entrevistas, observações, conversas informais, análise de procedimentos – foi encerrada quando foi possível observar muitas repetições nos dados obtidos, ou seja, quando as respostas para nossas perguntas começaram a obedecer a um mesmo padrão. Confiamos, baseados em Becker, que “De modo geral, ao fazermos numerosas observações, nós nos vemos diante dos principais traços da atividade coletiva que estudamos de modo repetido e gritantemente explícito, de tal forma que é pouco provável que inconscientemente evitemos registrar algumas questões importantes.”(BECKER, 1997:90-91).

Ao escolhermos nossos entrevistados, não nos preocupamos com a proporcionalidade numérica entre o número de entrevistados de cada categoria profissional e quantidade de funcionários dessa categoria presente no hospital, técnica que pretendíamos adotar a princípio, mas que mostrou-se inviável devido à resistência de alguns profissionais em nos conceder depoimentos nos termos que desejávamos. Quando convidados a conceder entrevistas, no início, os solicitantes mostravam-se cooperativos; porém, quando percebiam que estas não versavam apenas sobre as dificuldades estruturais do hospital, mas também sobre a forma como a sociabilidade era vivida, muitos recusavam-se a nos atender alegando grande ocupação, ou tentando resumir nossas inquisições em pequenas ‘frases feitas’ e dispensando a conversa.

Devido a isso, é preciso notar que a escolha dos entrevistados não foi tarefa fácil e que parte considerável do trabalho apresentado deve-se à observação da dinâmica do trabalho e, não apenas aos depoimentos recebidos.

Assim nossos entrevistados foram:

TABELA 1 – ENTREVISTADOS

Docentes de Disciplinas Cirúrgicas	5
Docentes de Disciplinas Clínicas	4
Docentes da Anestesiologia	2
Enfermagem de nível superior	7
Residentes de Disciplinas Cirúrgicas	4
Residentes de Disciplinas Clínicas	3
Residentes da Anestesiologia	2
Médicos Contratados (sem função de ensino e pesquisa)	3
Enfermagem de nível médio	9
Enfermagem de nível assistente	8
Funcionários administrativos	7
Funcionários de serviços de apoio	8
Assistentes Sociais	2
Nutricionista	1
Fisioterapeuta	1
TOTAL	66

O resultado da pesquisa que apresentamos é um equacionamento entre as respostas obtidas através das entrevistas semi-estruturadas que aplicamos à população pesquisada e a observação das manifestações de sociabilidade nos locais escolhidos. Devemos notar que, muitas das respostas obtidas não o foram durante as entrevistas formalmente marcadas, mas em momentos de relaxamento dos agentes – no fim da entrevista, ou em ‘bate-papos’ descompromissados – quando estes se dispunham a manifestar seus apreços e insatisfações com os colegas de trabalho e com a instituição.

CAPÍTULO 2

O HOSPITAL E A INVESTIGAÇÃO

2.1 BREVE HISTÓRICO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Ao observarmos o desenvolvimento econômico no período compreendido entre as décadas de 1960 a 80, ficamos surpreendidos com o volume das mudanças ocorridas no país. O valor do PIB multiplicou-se por 5 durante os anos 60 e 70, e apesar de os analistas apontarem este crescimento como concomitante a uma grande concentração de renda – grande parte da população brasileira que ocupa a base da pirâmide de estratificação social¹ não teria se beneficiado com este crescimento – observamos que os padrões indicadores da qualidade de vida demonstram que houve uma melhoria significativa nas condições de saúde brasileiras, mesmo quando incluímos a década de 1980, quando houve uma grande estagnação econômica, com uma queda de 5% na renda per capita da população (Tavares, Ricardo e Monteiro Mário, F. G.)².

¹Estamos utilizando o conceito de estratificação social tal qual este é empregado por Rodolfo Stavenhagen, em que este autor, ao analisar os diferentes e atribuições dos conceitos de Classes Sociais e Estratificação Social, demonstra que o conceito de Classes Sociais somente tem sentido como parte de uma teoria das Classes Sociais. Nestes casos a teoria das classes sociais é um elemento fundamental para compreender as relações de antagonismos no seio de uma estrutura sócioeconômica determinada. O conceito de Estratificação Social constitui uma categoria descritiva estática, em que os indivíduos estão dispostos hierarquicamente numa escala e serve como instrumento de classificação numa pesquisa social, pois é possível observar por este tipo de análise a disposição hierárquica dos indivíduos dentro da sociedade. Neste sentido, as estratificações pertencem à superestrutura, condicionadas pelos sistemas de valores da sociedade, enquanto as relações entre as classes são determinadas diretamente pelas relações de produção da sociedade e pertencem, portanto, à base. STAVENHAGEN, Rodolfo. (1971) “Estratificação Social e Estrutura de Classes”. in: O .G.Velho, M.G.S. Palmeira e A. R. Bertelli (orgs.), 3º ed. *Estrutura de Classes e Estratificação Social*. Rio de Janeiro, Zahar editores.

² GUIMARÃES, R. E TAVARES, R. (orgs.) (1994). *Saúde e Sociedade no Brasil - anos 80*. Rio de Janeiro, Abrasco, IMS, UERJ, Relume-Dumará.

Entre os anos 60 e 80, o Brasil observou uma queda da mortalidade infantil na ordem de 40%, queda das doenças infecto-parasitárias de 70%; a taxa de natalidade diminuiu de 43 nascidos/vivos por mil habitantes em 1960 para 31 nascidos vivos/mil habitantes em 1980; a taxa de mortalidade teve uma queda de 13/1000 habitantes em 1960 para 8/1000 habitantes em 1980 e a expectativa de vida pulou de 42,7 anos nas décadas de 30/40 para 64,5 anos no final da década de 1980, (Milena, Possas e Ricardo)³.

As estimativas disponíveis dos indicadores de qualidade de vida no período recente também demonstram um desempenho favorável destes, pois “a esperança de vida ao nascer aumentou em cerca de sete anos na década de 1980, passando de 60,7 anos para 67,6 anos. A mortalidade infantil caiu de 75,9 óbitos por mil nascidos vivos em 1980 para 41,7 em 1993”. (BARROS, 1995:116)⁴.

Cristina Possas chama a atenção para um outro dado importante para compreender a evolução do setor saúde nas décadas de 1960/70: o significativo crescimento do emprego formal no Brasil, que contribuiu para um crescimento de cerca 13% ao ano na arrecadação da previdência social. Tendência oposta tem se verificado em fins da década de 1990, com queda do número de empregos formais e a total incapacidade de financiamento da previdência social, tanto em seu aspecto de seguridade social (aposentadorias e pensões) quanto no aspecto de financiamento à saúde.

Os estudos sobre a previdência social no período do milagre econômico demonstram que o modelo de financiamento à saúde adotado no Brasil no período pós-67, quando foi criado o INPS a partir da unificação dos Institutos de Aposentadorias e

³ POSSAS, Cristina (1989). *Saúde e Trabalho: A crise da Previdência Social*. 2ª ed. São Paulo. Hucitec.

⁴ BARROS, Maria Elizabeth Diniz. Política de saúde :a complexa tarefa de enxergar a mudança onde tudo parece permanência... In CANESQUI, Ana Maria (org.) (1997). *Ciências sociais e saúde*. São Paulo, Hucitec-Abrasco.

Pensões, privilegiava o sistema de prestação de serviços, pelo qual o Estado estimulava a iniciativa privada na construção de hospitais e clínicas particulares, por meio de convênios, e desestimulava a expansão da esfera pública. Desta forma, houve um crescimento significativo de hospitais privados responsáveis pela maioria das internações, exames complementares e assistência médica especializada aos beneficiários da previdência social, em relação aos hospitais públicos.

A partir da adoção dessa política, a 'área de saúde' surge como um importante setor da economia brasileira, com a articulação do Estado, por meio do INPS, das empresas nacionais (empresas médicas, hospitais e clínicas privadas) e das empresas estrangeiras (indústrias de fármacos, matérias-primas e equipamentos médico hospitalares).

“(...)quando se dá a entrada do Brasil na etapa de acumulação industrial, ou seja, a formação no interior da economia de um setor de produção de bens de capital inter-relacionados com a diversificação do consumo, dá-se também a constituição capitalista de um setor de atenção à saúde, em que a produção privada de bens e serviços é crescente e aceleradamente financiada pelo Estado via arrecadação previdenciária. O crescimento deste setor se dá a taxas maiores que o restante da economia, como decorrência tanto de seu movimento interno, como das pressões sociais a exigirem maior cobertura e universalização do sistema previdenciário” (BRAGA E PAULA, 1981:76).

Uma das características peculiares desse setor econômico, levantada por Braga e Paula, é a presença da corporação dos médicos, pois devido ao controle (monopólio) de um saber específico esta categoria profissional detém um poder político importante. Devido a sua capacidade organizativa, os órgãos reguladores da profissão, sindicatos e associações, são capazes de influenciar nas políticas de saúde adotadas, seja nos hospitais, seja no sistema de saúde como um todo. Foucault (1977) acentua que com o surgimento da clínica dá-se a expropriação do saber sobre o corpo, a saúde e a doença, que deixam de ser um patrimônio comum a todo grupo social e passam a ser

monopolizados por sujeitos socialmente legitimados que, detendo o conhecimento e a técnica, têm o controle sobre o processo de trabalho.

Desse modo o poder político desta categoria profissional sobre as políticas adotadas no setor saúde é muito grande, pois cabe aos profissionais de saúde, especialmente aos médicos, orientar os investimentos necessários para a manutenção das forças vivas de uma determinada sociedade; ao mesmo tempo a especificidade do trabalho destas categorias profissionais não permite que os não iniciados em saúde interfiram em seu processo de trabalho e na cobrança de resultados.

Apesar de os gastos com saúde no Brasil terem aumentado a partir da década de 1960, esse crescimento sempre se mostrou insuficiente para atender à demanda, uma vez que houve um crescimento brutal da massa trabalhadora urbana e, a partir da década de 1960, a medicina tornou-se cada vez mais tecnicizada e cara em todo o mundo. Além disso, o modelo de saúde adotado no Brasil privilegia "(...)uma medicina individualizada, sintomática, curativa e de natureza essencialmente hospitalar(...)" (POSSAS, 1989:29), em detrimento de uma medicina coletiva de caráter preventivo.

Essa tecnicização do ato médico aconteceu, segundo Donnangelo, não apenas pela divisão do trabalho entre as especialidades médicas, mas também em função das suas articulações com procedimentos técnicos cada vez mais sofisticados. "A especialização, como uma forma da divisão técnica do trabalho, aparece como o resultado mais imediato da inovação técnico-científica". (DONNANGELO, 1975:54). Desta forma, acontece a alteração no processo de conhecimento, formação de mão-de-obra e da própria organização das unidades de atenção vinculadas ao processo de produção dos serviços de saúde.

A crescente incorporação de tecnologias na produção dos cuidados em saúde teve conseqüências diretas na organização do trabalho médico, fazendo surgir novas profissões e colocando necessidades crescentes de especialização na profissão médica.

O aumento da quantidade de especialidades de disciplinas médicas fez com que os médicos, enquanto categoria profissional, apresentassem assimetrias de renda e prestígio, criando uma estratificação técnica e social no interior da categoria profissional (SCHRAIBER, 1993).

À medida que vai se intensificando o desenvolvimento de disciplinas médicas e equipamentos de diagnósticos e tratamento, vai-se seccionando o saber sobre o corpo, ou seja, cada vez mais a habilidade e o conhecimento médicos vão se reduzindo e concentrando em um órgão do corpo humano.

A medicina tecnificada é cada vez mais exercida no interior dos hospitais e clínicas, uma vez que a grande necessidade de equipamentos sofisticados e profissionais para operá-los coloca limites para a medicina de modelo liberal, tanto economicamente quanto em termos de assistência. Um mesmo profissional raramente tem qualificações para manusear equipamentos de diagnósticos (exames laboratoriais, exames por imagem, intervenções cirúrgicas etc.) e conduzir tratamentos além disso, o alto custo para manter num consultório particular equipamentos de diagnósticos leva o trabalho médico a tornar-se cada vez mais socializado, com a necessidade de interação entre diversos profissionais, e ao mesmo tempo em que cada um executa uma parte do trabalho, sendo que sempre existe um chefe de equipe - clínico ou cirurgião - responsável pela condução do diagnóstico e da terapêutica.

As crescentes mudanças no processo de trabalho em saúde também introduzem mudanças no papel dos hospitais no sistema de saúde, pois além de sua histórica função asilar de cuidado intensivo aos enfermos, os hospitais passam cada vez mais a exercer uma função terapêutica não asilar convivendo com a função asilar.

Ou seja, é o hospital o local por excelência do exercício de terapêuticas sofisticadas que, apesar de não exigirem a internação do paciente, são suficientemente complexas para a exigência de pessoal altamente qualificado, além da disponibilidade

de socorro imediato no caso de intercorrências de urgência que necessitem procedimentos e instalações para o atendimento imediato do paciente, como, por exemplo, é o caso da hemodiálise que, apesar de não exigir internação, exige a possibilidade desta.

Desta forma, o trabalho médico convive com diversas lógicas de assistência a saúde: a lógica liberal do trabalho em consultório particular exercido por profissionais independentes, a lógica do trabalho cooperativo, na qual diversos profissionais interagem para prestar atendimento a saúde, além da burocracia que institui uma forma de nas grandes organizações.

Não nos cabe, nos limites deste trabalho, avaliar as conseqüências do modelo de saúde adotado no Brasil e, tampouco, o significado da tecnificação do ato médico, uma vez que não estamos fazendo um estudo sociológico da *profissão* médica. No entanto, é importante salientar a posição central dos hospitais como prestadores de serviços de saúde no sistema previdenciário brasileiro e o fato da assistência médico-hospitalar ser mais complexa e cara que a ambulatorial. Ao adotar um modelo de medicina que privilegia a função 'curativa' ao invés da função 'preventiva', aumenta-se significativamente o custo da saúde.

Braga e Paula observam que, a partir de 1975/6, houve um grande crescimento no investimento de assistência médica individual, com o aumento dos contratos de prestação de serviços com o setor privado e de convênios com empresas "para manterem serviços próprios ou contratados para o atendimento de seus empregados em caso de doença. Observe-se, que neste, caso os empregados das empresas perdem o direito aos serviços médicos do INPS, exceto em situações previstas explicitamente, de tratamento muito longo ou custoso". (BRAGA e PAULA, 1981:99). Da mesma forma, esses autores observam que cresceram, porém em escala muito menor, os convênios

com a rede oficial não previdenciária, principalmente hospitais universitários e secretarias estaduais e municipais de saúde.

Esse modelo de financiamento à saúde adotado no Brasil fez com que os hospitais públicos (em especial os hospitais-escolas) sempre melhores equipados que os hospitais privados se encarregassem dos casos de maior complexidade na atenção à saúde. Possas (1989), ao referir-se aos hospitais públicos, cita pesquisa realizada no início da década de 1970 (1974) pelo Instituto Presidente Castelo Branco - IPCB e pelo Programa Intensivo de Preparação de mão-de-obra -PIPMO, em que fica demonstrado que os hospitais do setor públicos absorviam quase três vezes mais profissionais de nível superior que os do setor privado.

Diz a autora:

“(…)isto pode, de um lado, ser explicado pelo fato de grande parte dos hospitais gerais do setor público constituírem hospitais de grande porte, mantendo unidades de pacientes externos e unidades de tratamento intensivo para os quais há maior necessidade de pessoal; mas por outro lado, não esclarece a utilização proporcionalmente maior, por parte do setor privado, de mão-de-obra elementar (grifo da autora), de pequena ou quase nenhuma preparação, o que fortalece a hipótese de que o setor privado tenderia a utilizar mão-de-obra pouco qualificada para a redução de seu custo operacional” (POSSAS, 1989: 251-152).

De acordo com José Paranaguá Santana, o número de empregos em estabelecimentos públicos de saúde em 1992 era de 735.820, representando 51% do total desse segmento no mercado de trabalho do país e “Considerando a oferta global de ocupações em serviços de saúde, tanto do segmento formal quanto informal do mercado de trabalho, é razoável supor que cerca de 1 milhão de empregos resultem da participação direta ou indireta de instituições públicas nesse mercado, que atuam como prestadoras ou financiadoras de serviços” (SANTANA, 1996:35).

Em nossa pesquisa, pudemos observar que a clientela tradicional do hospital por nós observado, o Hospital das Clínicas - HC – Hospital-escola ligado a uma universidade pública, até meados da década de 1980 era composta além da população previdenciária que por um motivo ou outro (em geral a complexidade do tratamento) deixava de buscar os hospitais privados conveniados com a previdência⁵ e pela população não previdenciária (trabalhadores não-assalariados, trabalhadores rurais, mendigos etc.), sendo que a população previdenciária que procurava o hospital apresentava-se em número bastante reduzido, em relação à população não previdenciária, e a grande maioria dos pacientes atendidos pelo hospital era oriunda das camadas mais baixas da estratificação social.

A característica da clientela atendida foi se alterando significativamente até a década de 1990, quando o perfil socioeconômico dos pacientes atendidos abrangem todos os estratos da população: desde a classe média alta até as camadas que ocupam os patamares da estratificação social. Em nossas entrevistas, foi notado por diversos profissionais com mais de 10 anos de “casa” que os pacientes do HC antigamente eram pessoas bem mais simples, o hospital não era muito procurado por trabalhadores qualificados que tinham emprego formal.

Esta observação para nós faz sentido, uma vez que durante as décadas de 1960/70 e meados de 80, a grande maioria dos hospitais privados, sempre em maior número que os hospitais públicos, mantinha convênios com a previdência, não sendo, portanto, necessário que a população previdenciária recorresse aos hospitais públicos, enquanto no período em que a pesquisa estava sendo realizada (a partir da metade da década de 90), a queda do emprego formal, da capacidade de financiamento da previdência social e o alto custo de manutenção dos seguros saúde, fizeram com que

⁵ Estamos usando o termo genérico de previdência, para não utilizarmos as diversas siglas pelas quais o Instituto previdenciário ou órgão financiador da saúde passou nos últimos anos, INPS, INAMPS, SUDS, SUS.

parcela significativa da população - a que ocupa o centro da pirâmida social - deixasse cada vez mais de buscar os serviços privados de atenção à saúde optando pelos serviços públicos.

Como foi mostrado anteriormente, houve uma melhoria significativa nos padrões indicadores de saúde da população, no entanto, o crescimento urbano ocorrido entre as décadas de 1960-80, juntamente com o aumento da expectativa de vida, colocaram novos problemas no perfil epidemiológico brasileiro.

A partir da década de 1980 houve um grande crescimento das mortes violentas e, evidentemente, dos atendimentos de urgência; também houve um crescimento da incidência de doenças crônico-degenerativas, devido ao aumento da expectativa de vida da população, sem que houvesse extinção das doenças infecto-contagiosas. Isto faz com que os hospitais públicos, especialmente os de grande porte, vejam-se às voltas com um grande elenco de doenças a serem tratadas e com a necessidade de uma estratégia administrativa que ofereça opções de tratamento a uma clientela bastante diversificada.

No aspecto epidemiológico, o perfil de morbimortalidade do país faz com que o sistema de saúde tenha de enfrentar desde doenças infecto-parasitárias, típicas de regiões subdesenvolvidas, a doenças cardio-vasculares, devidas ao envelhecimento da população, passando pelos diversos tipos de neoplasias e o grande aumento de atendimento emergencial, devido à violência. Na década de 1980, a mortalidade por causas externas, ou seja, traumas, acidentes de trânsito e violências em geral, foi a que proporcionalmente mais aumentou.⁶

Em fins da década de 1980, a falência do sistema previdenciário fez com que os hospitais privados passassem paulatinamente a se descredenciar do sistema de saúde

⁶ SOUZA, Ednilza R. & MINAYO, Maria Cecília. O impacto da Violência social na saúde pública: década de 80. In MINAYO, M.C. (1995), op. cit.

para o atendimento da população, devido à baixa remuneração por procedimentos médico-hospitalares feita pela previdência social. Desta forma, os hospitais públicos passaram a sofrer uma grande pressão pelo atendimento de toda população previdenciária, sem, no entanto, aumentar de forma significativa sua estrutura. Ao contrário, os hospitais públicos também se ressentem da má remuneração feita pela previdência.

Os hospitais universitários passam a conviver, a partir de meados da década de 1980, com uma pressão social que antes não observavam em tal magnitude. A procura massiva da população agora engloba todos os níveis da estratificação social; da classe média alta que o busca para atendimentos de alta complexidade, pois o Hospital-escola é um hospital de referência (ou seja, considerado de alto padrão em alguns dos serviços prestados) à população não assalariada, passando por trabalhadores rurais (que sem recursos no interior buscam os grandes centros urbanos) e a classe média, que não consegue mais manter convênios com empresas médicas e/ou seguros saúde, até mesmo porque muitos dos convênios médicos não oferecem cobertura completa à assistência médica.

2.2 HOSPITAIS PÚBLICOS A PARTIR DA DÉCADA DE 1980

O conjunto dessas mudanças tiveram um impacto importante na estratégia administrativa dos hospitais universitários, uma vez que estes são administrados pela própria comunidade hospitalar, e que tem como incumbência, além do atendimento à saúde, o ensino e a pesquisa

Uma característica estrutural desse hospital, que demonstra o efeito da pressão por atendimento, é a triagem. O hospital contava até 1997 com um serviço de triagem

aos pacientes, onde os médicos faziam um primeiro atendimento ao paciente que procurava o hospital e, dependendo do diagnóstico encaminhava o paciente para o próprio HC ou outra unidade de atendimento à saúde, ligada ao SUS.

O objetivo dessa triagem era amenizar a pressão por consultas dentro do hospital, resolvendo casos de pequena complexidade e enviando às unidades básicas de saúde (Postos e Centros de Saúde) os casos que pudessem ser atendidos nestas unidades sem prejuízo ao paciente. No entanto, este ambulatório de primeiro atendimento acabou se tornando um forte instrumento de pressão para o hospital, uma vez que ele não tinha como desviar a maior parte dos pacientes que o procuravam. Com sua abolição, os próprios ambulatórios encarregam-se de fazer as triagens e selecionar os casos a serem atendidos pelo hospital.

Essas dificuldades acabam trazendo para a comunidade hospitalar, especialmente aos docentes, uma série de problemas, que vão desde questões administrativas práticas, sobre quem e como atender, até questões éticas mais profundas, sobre como fazer a escolha do paciente a ser atendido. Se perguntados, todos inegavelmente consideram importante oferecer um atendimento universal de qualidade, mas na prática as funções formadora de mão-de-obra especializada, prestadora de assistência à saúde e a “vocação de centro de excelência”, preocupado com o desenvolvimento científico e tecnológico, conflituam-se: é preciso decidir onde e como investir, ou pior ainda como gastar o pouco que se tem e, conseqüentemente, qual “caso” privilegiar.

Se perguntado, qualquer profissional da área de saúde dirá tratar-se de uma temeridade o hospital escolher qual paciente ou que tipo de enfermidade o hospital deve atender prioritariamente, uma vez que qualquer tratamento de saúde, tanto de baixa quanto de alta complexidade (ou baixo e alto custo) são considerados importantes. No entanto, isto está presente na mente dos agentes de saúde ao decidirem a compra de medicamentos e/ou equipamentos, e está mais presente ainda quando

insistem na necessidade da triagem, ou mesmo avisam ao pessoal responsável pela triagem que não mais aceitarão pacientes com este ou aquele diagnóstico.

2.3 HOSPITAL: UMA ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICA

Na constituição de uma problemática que delimitasse o hospital como local privilegiado de análise, deparamo-nos com a escassez de trabalhos brasileiros em saúde que elegessem esta unidade assistencial como campo de estudo. Apesar do grande crescimento observado nas produções intelectuais sobre saúde no Brasil, que justificaram recentemente um congresso específico sobre este tema⁷, é importante notar a grande ausência na literatura brasileira de trabalhos sociológicos sobre o hospital.

Os trabalhos mais robustos realizados neste campo do conhecimento a partir da década de 70, seguindo a tradição sociológica brasileira, desenvolveram-se nas universidades, institucionalizadas como campo de pesquisas sociais em saúde e buscaram responder as grandes questões do sistema de saúde, como o modelo assistencial desenvolvido no Brasil e sua relação com a saúde do trabalhador⁸.

Como projeto científico autônomo, o campo de investigação que no Brasil assumiu a denominação de Saúde Coletiva, representou um esforço de qualificar os problemas de saúde pela temática da 'modernização periférica' em voga nas décadas de 60 e 70, com a atenção voltada para a expansão dos aglomerados humanos nos grandes centros urbanos, a mudança nos padrões demográficos do mercado de trabalho, a intensificação da conflitividade social e as práticas de regulação desfechadas pelo Estado de Bem Estar Social, em sua fraca versão local. (CARVALHO, 1997:60).

⁷ 1º Congresso brasileiro em ciências sociais e saúde - Curitiba-1995

⁸ Alguns trabalhos importantes, que servem para ilustrar esse período são:

BRAGA, J.C. e PAULA, S.G. (1981) *Saúde e Previdência. Estudos de Política Social*, Cebes-Hucitec, S.P; COHN, A. (1980) *Previdência Social e Processo Político no Brasil*, Ed. Moderna, S.P. DONNANGELO, M.C.F. (1975) *Medicina e Sociedade*, TEIXEIRA, S. M. F. (1986), *(Im)previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*; POSSAS, C. (1989) *Saúde e Trabalho. A crise da Previdência Social, Hucitec, 1989, entre outros.*

Dessa forma, os estudos sobre saúde no Brasil são um “movimento politizador (...) volta(m)-se para denunciar o quanto suas práticas estão comprometidas com o contexto social: com as necessidades sociais diferentes e desigualmente atendidas, com os conflitos de interesses e com os jogos de poder(...)”(SCHRAIBER, 1995:29). Seguindo esta linha de pesquisa comprometida com a realidade social, temos o desenvolvimento de estudos que vão no sentido de discutir a saúde do trabalhador, saúde nos municípios, sobre a necessária reforma sanitária e, mais recentemente, estudos sobre o trabalho em saúde especificamente, situando os profissionais de saúde em relação tanto ao seu processo de trabalho quanto sua influência nas políticas de saúde adotadas no Brasil.

Não nos cabe aqui discutir a importância desses estudos (que são bastante numerosos⁹) para a compreensão da problemática de saúde no Brasil. No entanto, é importante notar que, devido ao enfoque adotado para a abordagem do problema, foi neles privilegiado um saber militante, em que a crítica do sistema de saúde elevava a discussão para o enfoque preventivista, reduzindo as abordagens sobre o hospital a análises de gestão no campo da administração hospitalar, ou sobre a humanização do hospital, especialmente no campo da psicologia.

Não pretendemos aqui suprir a lacuna dos estudos sobre saúde no Brasil, no que diz respeito ao processo de trabalho em saúde e à sociologia das profissões médicas, no entanto, esperamos com esta pesquisa apontar um outro ângulo de análise do trabalho em saúde. Nossa abordagem não irá tratar prioritariamente das terríveis questões econômicas que limitam a oferta dos serviços públicos de saúde no Brasil, nem o

⁹ Exemplos de alguns trabalhos que abordam esses aspectos: BERLINGUER, G. *Medicina e Política*; BERLINGUER, G. *A saúde nas fábricas*, CAPISTRANO FILHO, D. *Saúde para todos: um desafio ao município*, CAMPOS, G.V. S. *Os médicos e a política de saúde*; SCHRAIBER L. B. op. Cit. GONÇALVES, Ricardo Bruno M. G. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*; CECÍLIO, L.C.O (org.). *Inventando a mudança na saúde, etc..*

desenvolvimento científico e tecnológico que se, por um lado, oferece maiores perspectivas de sobrevivência à população, por outro lado encarece a saúde limitando ainda mais sua oferta universal.

Partiremos da situação presente: nossa análise das Relações de Trabalho no Hospital-Escola e dos conflitos e consensos vividos pelos trabalhadores dessa instituição será feita a partir da forma como está organizado o trabalho nesse local e os efeitos desta organização sobre o desempenho profissional desses trabalhadores, desempenho, que naturalmente influi diretamente não apenas na população atendida, mas também na quantidade e diversidade dos atendimentos oferecidos.

Nesse trabalho estamos analisando o hospital enquanto organização, considerando que este elabora continuamente um processo dinâmico, em que a produção e a reprodução de suas atividades só se sustentam e se viabilizam numa forma particular de sociabilidade, permeada pelas relações de poder, presentes tanto na definição dos objetivos comuns como nos objetivos particulares de cada ator. O poder nas organizações pode conviver com estes dois níveis de interesses, desde que os interesses mais gerais não sejam transgredidos ou desviados pelos interesses particulares, porém, se não consegue articular objetivos particulares e objetivos institucionais, emergem os conflitos.

A exemplo das demais organizações modernas, o hospital mantém o modelo racional, conceituado por Weber¹⁰, de administração burocrática, que, além das regras

¹⁰ O modelo de Burocracia racional de Weber pressupõe o Estado Racional Legal, no qual a autoridade emana da lei e repousa nos seguintes princípios: "1º de competências (dos cargos) são rigorosamente determinadas pelas leis ou regulamentos, de sorte que as funções são nitidamente divididas e distribuídas, bem como os poderes de decisão necessários à execução das tarefas correspondentes, 2º, a proteção dos funcionários no exercício de suas funções, em virtude de um estatuto. Em geral as pessoas se tornam funcionárias para toda a vida, de maneira que o serviço do Estado vem a ser uma profissão principal e não uma ocupação secundária ao lado de outro ofício, 3º, a hierarquia das funções, o que quer dizer que o sistema administrativo é fortemente estruturado em serviços subalternos e em cargos de direção, com possibilidade de recurso da instância inferior à instância superior; em geral, esta estrutura é monocrática e não colegiada e manifesta uma tendência no sentido da maior centralização; 4º, o recrutamento se faz por concurso, exames ou títulos, o que exige dos candidatos uma formação

formais de recrutamento e seleção dos funcionários e da normatização das funções, conta com uma rígida hierarquia que vai do topo à base, obedecendo ao organograma.

Esse sistema é baseado no princípio da hierarquia, cuja divisão de trabalho é feita com base em competências especializadas, regras sistemáticas e impessoalidade na condução das tarefas que definem a conduta de cada indivíduo.

Uma das particularidades da organização que estamos analisando, reside no fato de esta não poder ser fielmente adequada ao modelo de burocracia racional de Weber, pois os postos de autoridade que vão do topo à base da pirâmide burocrática não são ocupados por indivíduos dotados de competências técnicas para administração e, sim por médicos, enfermeiros e funcionários que detêm 'cargos de confiança' indicados pelo seu superior hierárquico. Desta forma, os ocupantes dos cargos de chefia e direção devem estar alinhados politicamente com a administração central do hospital - o superintendente -, caso contrário suas funções de chefia podem ser retiradas e transferidas a outro indivíduo que não ofereça constrangimento à administração.

Em estudos clássicos sobre a estrutura hospitalar realizados na França e nos Estados Unidos¹¹, as principais críticas à adequação do modelo de burocracia racional de Weber na análise da organização hospitalar referem-se ao fato de, no hospital, o poder e a autonomia profissional dos médicos, que são dotados de um saber específico,

especializada. Em geral, o funcionário é nomeado (raramente eleito) com base na livre seleção e por contrato; 5º, a remuneração regular do funcionário sob forma de salário fixo e de uma aposentadoria quando ele deixa o serviço público. Os tratamentos são hierarquizados em função da hierarquia interna da administração e da importância das responsabilidades; 6º, o direito que tem a autoridade de controlar o trabalho de seus subordinados, eventualmente pela instituição de uma comissão de disciplina; 7º, a possibilidade de promoção dos funcionários com base em critérios objetivos e não segundo o livre arbítrio da autoridade, 8º, a separação completa entre a função e o homem ocupa, pois nenhum funcionário poderia ser dono de seu cargo ou dos meios da administração." FREUND, J.(1970) *Sociologia de Max Weber*. Rio de Janeiro, Forense Universitária.

¹¹ Cf. STEUDLER, F. (1974) *L'Hôpital en observation*. Paris, Armand Colin. e SMITH, H. (1970). "Un double système d'autorité: Le dilemme de l'hôpital" (1958), in: HERZLICH, C. *Médecine et Société*, Paris, Mouton. Como não tivemos acesso à íntegra destes estudos estamos nos reportando a análise feita destes por Graça Carapinheiro em seu estudo sobre o hospital português. CARAPINHEIRO, G. (1993). *Saberes e Poderes no hospital*. Porto, Edições Afrontamento.

entrarem em confronto com o poder administrativo, que emana da burocracia. Isto levaria a um 'sistema dual de autoridade', no qual concorrendo com a autoridade formal que emana da administração, emergiria o poder carismático dos médicos, pois o saber médico pode opor-se às exigências administrativas que, desconhecendo as exigências terapêuticas, têm dificuldades em impor sanções financeiras e regras de conduta administrativas sem suscitar problemas de ordem ética e moral.

Poderíamos dizer que há nos hospitais duas linhas de poder, duas hierarquias distintas. Uma, que tem no topo um diretor ou superintendente, que administra o hospital, em seus aspectos financeiros, materiais e controla aqueles profissionais significativamente denominados 'paramédicos', e que na realidade, constituem a parcela da força de trabalho assalariada que auxilia na execução dos vários procedimentos possíveis: exames, diagnósticos, cirurgias, consultas, internações, atividades de apoio etc.. A segunda, e que em rigor não poderia nem ser considerada uma linha de poder, já que a distribuição de direitos e de responsabilidades é mais horizontal, seria constituída pelo autodenominado 'corpo clínico'. A relação desse todo ou de suas partes com a direção obedece, via de regra, um padrão negociado de tomada de decisão, caracterizando mais uma relação habitualmente existente entre governo, empresários – ou seus representantes – e pequenos produtores.”(CAMPOS, 1997:59).

Pelo fato de deterem o saber capaz de curar doenças e salvar vidas e a competência técnica que lhes permite opor e sobrepor-se às exigências da administração, às exigências decorrentes do trabalho clínico, os médicos, mais que qualquer outra categoria profissional, utilizam o seu saber de forma a manter a defesa dos privilégios profissionais no interior dos hospitais. Assim coexistem na mesma instituição, numa relação de conflito, dois princípios de autoridade, cuja natureza aproxima-se da racional-legal, no caso da autoridade que emana da administração e que se aproxima da autoridade carismática, no caso da autoridade que emana do corpo médico, tal como estes dois tipos de autoridade foram definidos por Weber.¹²

¹² “Max Weber fundamenta a distinção dos tipos de legitimidade da dominação na justificativa que o dominado apresenta para o seu ato de legitimação e não nas formas de execução do poder por parte do dominador. O dominado pode legitimar o poder do dominador acreditando na legalidade das ordenações estatuídas e nos direitos de mando dos chamados por essas ordenações a exercer a autoridade,

A pertinência desses estudos para a análise da forma de funcionamento dos hospitais é indiscutível, pois os médicos assumem o papel crucial no trato dos pacientes dentro do hospital e são os detentores das decisões sobre procedimentos e terapêuticas adotados.

No entanto, no hospital que estamos analisando os postos-chaves da administração, especialmente do primeiro escalão, são detidos por médicos, e a escolha dos indivíduos para ocupar estes postos não segue os critérios da meritocracia¹³ tão caros aos princípios da burocracia. Segue critérios políticos, com a função situada no ápice da pirâmide é detido por um indivíduo (médico) eleito por aqueles sobre quem mantém a autoridade, e os demais cargos são considerados cargos de confiança, ocupados por pessoas de sua escolha.

A especificidade desta organização reside no fato de que nela os postos de mando e chefia não são ocupados por indivíduos dotados de “competência técnica para a administração” e sim por médicos dotados de capacidade para a cura. Isto faz com que as negociações entre as diversas disciplinas médicas e a administração apresentem uma dinâmica peculiar, uma vez que, apesar de manterem os postos de mando, os médicos não são dotados do ‘saber administrativo’ e, devido às suas atividades terapêuticas, os cargos administrativos devem ser conciliados com o cuidado para com o paciente.

A distribuição de cargos apresenta traços contraditórios, pois a organização do trabalho segue dois princípios distintos: de um lado, trata-se de uma organização

determinando por seu ato o tipo de dominação legal, chamada por Weber de dominação de caráter racional. Ou bem pode acreditar na santidade das tradições mantidas desde tempos antigos e na legitimidade dos indicados por essas tradições a exercer a autoridade, determinando com o seu ato o tipo de dominação tradicional. Ou, finalmente, pode se justificar por sua fé extracotidiana na santidade, exemplaridade ou heroísmo de uma pessoa e nas ordenações que esta pode criar, determinando com sua confiança o tipo de dominação carismática”. SAINT-PIERRE, H. L. (1994). *Max Weber, entre a paixão e a razão*. Campinas, ed. Unicamp.

¹³ A idéia de meritocracia pressupõe que os indivíduos ocupam lugares distintos numa dada estrutura hierárquica de acordo com as suas capacidades individuais.

burocrática, para a qual princípios como hierarquia, definição de funções e competência técnica para a execução das tarefas são muito caros; e, de outro lado, os detentores dos cargos administrativos são escolhidos a partir de critérios políticos, uma vez que os principais cargos administrativos são detidos por médicos, que mantêm autoridade sobre funcionários dotados de competência técnica para a administração.

Isto faz com que haja uma contradição entre o responsável formal pelo serviço - o médico ocupante do cargo - e o executante habilitado - o funcionário administrativo, uma vez que o funcionário subordinado mantém o domínio do saber administrativo, domínio este que serve como meio de pressão sobre seu superior hierárquico. Temos aí uma situação invertida dos estudos sobre hospitais acima mencionados. Por não conhecerem os meandros administrativos e terem dificuldades em lidar com procedimentos burocráticos, os médicos vêm-se na dependência de informações passadas por seus funcionários de “confiança”, colocando um outro personagem em cena. É comum observarmos funcionários subalternos como secretárias e assessores tornarem-se figuras absolutamente indispensáveis em qualquer tomada de decisão, sendo dotados, muitas vezes, de poderes informais superiores aos conferidos aos detentores dos cargos.

Se no caso de um hospital administrado burocraticamente os médicos podem pressionar a administração com base no seu conhecimento técnico da cura, exigindo investimentos que a administração não está disposta a ceder, neste caso em estudo a situação é inversa: com base no seu conhecimento administrativo e tendo em vista tratar-se de um hospital público, sujeito à fiscalização do tribunal de contas, os funcionários têm meios de pressionar os médicos para cumprirem determinados procedimentos formais, ameaçando-os com o fantasma da legalidade institucional.

Dessa maneira, apesar da detenção dos principais postos-chaves da organização, a confiança na capacidade dos funcionários em conduzir administrativamente o hospital

é fundamental. Esta confiança, especialmente naqueles escolhidos para os postos intermediários e para a assessoria dos postos-chaves (por ocuparem o ápice da pirâmide hierárquica, os médicos têm a prerrogativa de escolher todos os principais cargos intermediários e a capacidade de interferirem nas escolhas dos demais), cria uma dinâmica peculiar no hospital: se, por um lado, os médicos têm a capacidade de conduzir a política hospitalar, por outro lado esta política é sempre negociada com as demais categorias.

O superintendente do hospital, que ocupa o vértice da pirâmide hierárquica, assume o cargo após consulta à comunidade hospitalar¹⁴, entre todos os membros da organização, sendo o peso da opinião dos médicos maior que dos demais agentes. Desta maneira, não é possível distinguir claramente um conflito entre 'duas linhas' de autoridade e sim conflitos diversos entre grupos políticos distintos e as diversas categorias profissionais, na busca pelo poder dentro da organização.

A capacidade de negociação dos funcionários administrativos reside no controle material do hospital e das demais categorias de assistência, no fato de serem elas, especialmente a enfermagem, as responsáveis pelos cuidados com o paciente, ou seja, os responsáveis pela viabilização do trabalho médico. Desta forma, os funcionários administrativos contam com a regra como elemento de barganha e disputa pelo poder, enquanto as categorias médicas e paramédicas utilizam o paciente, a necessidade de cura e cuidado para pressionar os funcionários administrativos.

Além disso, observamos que as diversas categorias profissionais não apresentam uma homogeneidade estratégica. Devido à complexidade da organização e a necessidade do trabalho ser cooperativo, existe uma dinâmica de elaboração de grupos de interesses dentro da organização. Um mesmo indivíduo pode fazer parte de diversos grupos de acordo com os seus interesses.

¹⁴ Comunidade hospitalar - todos os membros da organização incluindo funcionários e alunos.

Assim, uma enfermeira de uma unidade cirúrgica pode aliar-se com os membros de sua própria categoria profissional alocados em outros setores do hospital para pleitear redução de carga de trabalho ou privilégios profissionais para a categoria, pode aliar-se aos médicos cirurgiões para conseguir espaço na organização para a implementação de uma nova modalidade terapêutica e também pode aliar-se com os companheiros de trabalho do próprio setor - médicos, funcionários, assistentes sociais etc.- para conseguir conforto físico no trabalho.

Para fins de análise, podemos estabelecer três principais tipos de grupos de interesses que surgem para defender seus objetivos no hospital, grupos estes que, apesar de não formais e de não apresentarem uma estabilidade temporal (geralmente surgem para a conquista de um interesse imediato, desfazendo-se quando este é conquistado ou mostra-se completamente inviável), quando surgem, aliam indivíduos que disputam conjuntamente por seus interesses: 1º - o nível meritocrático, 2º o nível político e, finalmente, o nível econômico.

No primeiro nível encontramos especialmente os grupos formados por uma determinada categoria profissional, ou parte dela; assim, nas disputas meritocráticas podemos observar grupos lutando por privilégios para sua categoria profissional: funcionários que se recusam a fazer determinadas atividades, considerando que estas devem ser atribuídas às categorias assistenciais (médicos, enfermeiras, paramédicos¹⁵ etc.); enfermeiras que se recusam a fazer trabalhos burocráticos e/ou determinados procedimentos terapêuticos, atribuindo-os para as demais categorias, e assim sucessivamente com as demais categorias profissionais.

¹⁵ Apesar de estarmos utilizando este termo por ser de domínio geral, o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução N.º 44 de 03/03/93, eliminou o termo Paramédico, assim se pronunciando: *"Embora algumas pessoas continuem utilizando o termo paramédico, não existe no Brasil profissional com essa designação. (...) indicar (...) a eliminação do termo paramédico e a substituição do mesmo para profissional de saúde inclusive o médico (...)"* (CNS - Resolução n.º 44/93)

No nível político, podemos observar grupos formados por membros de diversas categorias, a fim de influir na estratégia administrativa do hospital. Neste nível, os conflitos ideológicos aparecem mais acentuados que nos demais, pois geralmente tratam-se de conflitos por busca de recursos financeiros, expansão ou retração de oferta de serviços. Uma discussão que freqüentemente é travada no hospital, e que ilustra bem este tipo de conflito entre os grupos, é aquela sobre cobrança de procedimentos: parte da comunidade hospitalar é absolutamente contrária a qualquer tipo de arrecadação que não a oficial, considerando que, uma vez que o hospital começasse a receber recursos de pacientes ou planos de saúde, a organização começaria a privilegiar o atendimento a esta clientela, em prejuízo aos mais despossuídos; de outro lado, parte da comunidade argumenta que estes recursos ajudariam a financiar o hospital que poderia expandir o atendimento, beneficiando todos os usuários, especialmente os sem recursos.

No terceiro nível de conflito - o econômico -, observamos especialmente grupos formados no interior dos setores e departamentos do hospital, que se unem solicitando melhores condições de trabalho, como expansão de espaço físico, troca de equipamentos, prêmios de produtividade, aumento de pessoal etc.

Dessa maneira, quando colocamos que os agentes travam uma disputa pelo poder, não estamos considerando tal disputa como a vontade de alcançar o topo da pirâmide hierárquica, o que evidentemente é o desejo de alguns, mas estamos estendendo-a a todos os níveis da organização, desde interesses que aliam diversos agentes na busca por determinados objetivos, como foi acima exposto, até interesses individuais como o alcance e a manutenção de prestígio e influência pessoal no interior da organização. Exemplificando, quando um funcionário de qualquer área ou categoria consegue a confiança do seu chefe, aumenta sua possibilidade de substituí-lo, ou mesmo passa a ser uma espécie de assessor do chefe, o que eleva sua posição em relação aos demais companheiros de trabalho, pois aumenta sua influência nas tomadas

de decisões naquele setor específico, o que ajuda a elevar o nível de satisfação deste funcionário em relação ao seu trabalho.

Um outro aspecto importante a ser notado sobre a organização hospitalar reside no fato de que neste local específico o imponderável faz parte do dia-a-dia do trabalho. Trata-se de uma instituição de cura, onde a reação dos organismos à terapêutica adotada pode não seguir da forma esperada, impondo uma agilidade ao trabalho médico, que nem sempre a estrutura administrativa tem condições de corresponder. A necessidade imperativa de transferência de pacientes de um local a outro do hospital, de exames emergências ou compra de medicamentos não usuais, gera um certo 'caos' ao trabalho metódico dos diversos setores burocráticos, que não compreendem a incapacidade de previsão do trabalho médico. Por outro lado, os médicos ressentem-se da necessidade de justificativa para 'leigos' de cada uma de suas solicitações.

O produto do trabalho em hospital é o procedimento realizado, o número de consultas, cirurgias, internações etc. No entanto, apesar de a administração estar constantemente fazendo relatórios que demonstram o aumento da produtividade, estes números não traduzem nem a qualidade dos serviços prestados, nem a capacidade real de atendimento do hospital. Devido às características da medicina atual - especializada e utilizando cada vez mais equipamentos sofisticados - e da complexidade da organização, que não tem controle sobre a qualidade do trabalho de seus membros, o hospital somente pode 'supor' que está realizando procedimentos adequados, a partir de dados estatísticos comparativos com outras instituições, como número de óbitos e/ou de infecções hospitalares.

Esses números, no entanto, não traduzem, mesmo quando bem analisados, se nesta organização específica todas as disciplinas médicas e todos os departamentos do

hospital estão realizando o trabalho de forma mais eficiente e com menor custo, tanto financeiro quanto humano.

A estrutura administrativa do hospital, apesar de ser composta por médicos, não tem condições de avaliar se o tempo de internação de cada paciente está sendo utilizado adequadamente e se os exames laboratoriais pedidos suprem exatamente as necessidades de diagnóstico. Um médico pode estender ou reduzir o tempo de internação de seu paciente, ou mesmo solicitar exames desnecessários àquela patologia, seguindo interesses particulares, sem que a organização tenha controle sobre o seu trabalho. Ou seja, a autonomia profissional dos médicos no interior do hospital é certamente superior à autonomia de qualquer outro profissional no interior de uma outra organização, uma vez que o hospital não tem como inferir a quantidade e a qualidade do trabalho de cada um de seus membros, devido às características deste trabalho.

Esse fato faz com que esta organização apresente uma cultura própria¹⁶, na qual a idoneidade de seus membros não deve jamais ser contestada. A crença nos valores individuais, tanto morais quanto profissionais de cada um dos membros do corpo médico da organização, é condição fundamental para o funcionamento do hospital, ou seja, a organização não tem condições de interpelar cada médico questionando seus procedimentos e a forma como utiliza os recursos oferecidos.

¹⁶ Utilizamos o conceito de cultura na empresa tal como ele é empregado por Sainsaulieu, entre outras razões porque se situa no prolongamento do trabalho de Crozier. Para Sainsaulieu há em primeiro lugar, uma influência profunda da experiência de trabalho e da vida nas empresas, sobre as estruturas mentais das pessoas, não tanto no aspecto das psicologias individuais mas sobretudo nos comportamentos relacionais. Daqui se segue que, não é possível identificar uma cultura própria da empresa (de cada empresa), como devido às experiências concretas dissemelhantes dos vários membros da organização, haverá lugar igualmente à produção, existência e recriação de subculturas de grupo, com base no setor da empresa ou na categoria profissional. SAINSAULIEU, Renaud. (1977). *L'Identité au travail (les effets culturels de l'organisation)*. Paris, FNSP.

Apesar de reconhecer que os membros da organização perseguem objetivos particulares como a coleta de dados para uma pesquisa que estão desenvolvendo, busca de prestígio junto à sociedade, ou aumento de sua clientela particular - já que parte dos médicos não trabalha em dedicação exclusiva ao hospital - a cultura que impera no hospital acredita que cada indivíduo faz o melhor que pode com os recursos disponíveis e atende ao maior número de pessoas com a melhor qualidade possível.

Esse aspecto - o da cultura da empresa - é importante de ser observado, por ser um elemento de estabilidade no funcionamento da organização hospitalar. Caso a organização apresente desconfiança em relação ao trabalho de seus membros, a liberdade de ação desses indivíduos poderia ser cerceada, o que no limite inviabilizaria suas atividades, comprometendo o trabalho da organização como um todo

2.4 OBJETO DE ESTUDO: HOSPITAL DAS CLÍNICAS

MISSÃO

Ser um hospital de referência e excelência, prestando assistência complexa e hierarquizada, formando e qualificando recursos humanos, produzindo conhecimento, atuando no Sistema de Saúde e valorizando os princípios de humanização com racionalização de recursos e otimização de resultados.¹⁷

Buscaremos nas páginas que seguem apresentar o hospital objeto desta pesquisa, descrevendo dados físicos e organizacionais a fim de situar a pesquisa realizada. A necessidade desta apresentação, apesar do recorte que fizemos na análise do trabalho

¹⁷ Relatório de Gestão Maio/91 a maio 94 - Hospital das Clínicas

hospitalar, impõe-se para a compreensão do ambiente físico e organizacional onde os fenômenos analisados se processam.

Os hospitais universitários ocupam uma posição estratégica, tanto na rede de ensino quanto no sistema de saúde brasileiros. Isso acontece por diversos fatores: uma vez que fazem parte das universidades, estes hospitais são co-responsáveis pela formação profissional dos membros de um grande elenco de ocupações, entre os quais médicos, enfermeiros, terapeutas, técnicos de laboratório, engenheiros biomédicos etc. Além disso, por sua característica de pesquisa, desenvolvem, testam e difundem novas técnicas terapêuticas.

Um outro aspecto importante a ser observado desde logo é que, pelo fato de estarem ligados às redes de ensino e saúde públicas, são mantidos com verbas da Universidade e do SUS (Sistema Único de Saúde) e contam esporadicamente com o auxílio das Secretarias estaduais e municipais de saúde.

O hospital objeto desta pesquisa é ligado a uma universidade pública, e no ano de 1998, teve um gasto estimado de R\$ 90 milhões com manutenção, sendo que deste total o Estado, por meio do orçamento da Universidade foi responsável por R\$ 49 milhões e o SUS por R\$ 41 milhões. Quando se incluem os gastos com expansão de serviços e compra de equipamentos, a secretaria de orçamento e finanças do hospital informa que dos gastos totais do hospital (que ultrapassam os R\$ 100 milhões), a Universidade participa com 61%, o SUS com 38% e a Secretaria Estadual de Saúde com 1%.

O Hospital de Clínicas - HC- faz parte da área de saúde da Universidade sendo por ela governado. Pelo fato de estar ligado à Universidade, o contato do hospital com a comunidade científica além de seus próprios muros é freqüente, uma vez que parte significativa de seus membros (docentes, residentes e alunos de pós-graduação) mantém, além de sua função na divisão técnica do trabalho, a função de pesquisa, o que

lhes permite a constante avaliação de novas tecnologias e técnicas terapêuticas, participação em eventos científicos, publicações etc..

Em sua função curativa, o HC é considerado um hospital de grande porte e de referência regional, ou seja, oferece serviços a uma região que compreende mais de 100 municípios do Estado e de Estados vizinhos, sendo comum a procura de atendimento por pacientes oriundos de localidades distantes da Federação. Uma característica importante é o oferecimento de tratamentos de alta complexidade, como transplantes, tratamentos oncológicos, diagnósticos de alta precisão, cirurgias de todos os tipos etc., o que faz com que a procura da população por este centro de atendimento à saúde seja muito grande, tratando-se inclusive da única opção de tratamento para a grande parte da população que o procura.

Pelo fato de estar ligado à Universidade, o HC mantém características peculiares: sua estrutura administrativa segue o padrão da Universidade, possuindo conselhos deliberativos (que como veremos a seguir influem muito pouco nas decisões tomadas); a comunidade hospitalar (funcionários, professores e alunos) é consultada quanto à escolha de alguns cargos de alto escalão (superintendente, para toda a comunidade, e os docentes podem escolher o diretor clínico, a comissão de ética e comissão de residência); a Universidade participa indiretamente de sua gestão, vetando orçamentos e/ou pronunciando-se a respeito de projetos de expansão ou retração de serviços; deve manter uma certa comunicação com a Faculdade de Ciências Médicas – FCM, uma vez que os docentes que prestam serviços no Hospital, além de ocuparem seus postos-chaves, são ligados organicamente à FCM .

Situado no campus da Cidade Universitária, próximo aos demais centros de saúde da Universidade, o HC é a maior das unidades assistenciais, ocupando uma área de 56 mil metros quadrados. A ocupação de seu espaço físico foi gradativa, tendo iniciado com o ambulatório médico em 1979. Em 1985 foi inaugurada uma das alas de

internações, sendo que a instalação de toda a estrutura foi oficialmente inaugurada em 1986, e a partir dessa data, já funcionando em prédio próprio, vários serviços e unidades foram paulatinamente sendo implantados. Os docentes e alunos da FCM, em períodos anteriores à inauguração, prestavam serviços de assistência médica em um hospital público da cidade, que a partir da inauguração do HC, passou a contar apenas com o seu efetivo profissional, uma vez que os docentes e funcionários pertencentes ao quadro da universidade foram transferidos ao novo hospital.

Por sua característica de hospital geral, especializado, o HC tem por objetivo o ensino, a pesquisa e a assistência, e é neste local onde se desenvolve a maior parte dos programas de ensino e residência da Faculdade de Medicina, ou seja, ao servir de campo de treinamento para residentes e estudantes dos cursos de graduação e pós-graduação de medicina e enfermagem, o hospital em suas funções de assistência deve primar sempre pela utilização adequada do protocolo, tanto terapêutico quanto ético, a fim de preparar adequadamente seus estudantes para a atuação no mercado de trabalho.

Por ser um hospital público, o HC presta atendimento universal, deve atender a todos que o procuram, independentemente de serem segurados pela previdência social ou contarem com algum tipo de convênio médico ou seguro saúde. O fato de os pacientes possuírem meios ou não de pagar por seu tratamento não influi nas técnicas terapêuticas adotadas em sua assistência e mesmo na aceitação do paciente, pois o hospital não conta com mecanismos de recebimento pelos serviços prestados. Assim, mesmo que desejem fazer contribuições voluntárias os pacientes não têm meios de fazê-las, pois os meandros burocráticos são complicados, sendo necessário doar a verba para a Universidade, que por sua vez a repassará para o hospital na distribuição das cotas orçamentárias.

Os leitos para internados são divididos entre as disciplinas médicas que não contam com números iguais de leitos, espaço/tempo para atendimento ambulatorial ou

utilização das salas de cirurgias, e aquelas que contam com equipes (docentes, residentes e médicos contratados) de tamanhos diferentes. A capacidade de atendimento das disciplinas médicas é distribuída por critérios políticos, que buscam oferecer capacidades proporcionais à procura de pacientes por certa especialidade dentro da política de serviços oferecidos pelo hospital, ou seja, uma vez que este busca ser um hospital de referência, oferecendo tratamentos de alta e média complexidade, os casos menos complexos de acompanhamento ambulatorial são encaminhados para os postos e centros de saúde.

Em termos físicos o Hospital conta com cerca de 400 leitos divididos entre as especialidades. Porém, como a área de saúde da universidade conta com um hospital materno-infantil, que presta atendimento de ginecologia, obstetrícia, oncologia feminina e serviços de puericultura (atendimento aos recém-nascidos), o HC não oferece estes serviços. Dos leitos para internação existentes no hospital, cerca de 150 são reservados às disciplinas cirúrgicas (Urologia, Traumatologia, Gastro Cirurgia etc.) e aproximadamente 170 demais às disciplinas clínicas (Infectologia, Pneumologia, Neurologia, etc.), em torno de 50 para a pediatria (clínica e cirúrgica), 15 para a enfermaria de emergência e os demais encontram-se na UTL.

A pediatria conta com 4 leitos para diálise peritoneal e 44 leitos na enfermaria, onde os diferentes especialistas na pediatria (cirurgia pediátrica, reumato-pediatria etc.) distribuem-nos de acordo com as necessidades e conveniências, perfazendo um total de 48 leitos pediátricos. O Hospital conta ainda com 14 leitos na enfermaria de emergência clínica.

O quadro abaixo demonstra algumas características da produção do HC:

TABELA 2 PRODUÇÃO NO HOSPITAL 1998

PACIENTES/DIA	MÉDIA MENSAL	MÉDIA - JAN/JUL - 1998
Internações	1.267	8.871
Internações - PS	551	3.859
Consultas Médicas	24.113	168.792
Consultas - PS	8.841	61.892
Cirurgias	637	4.849
Cirurgias ambulatoriais	622	4360
Cirurgias Catarata	208	1461
Transplante Medula Óssea	2	15
Transplante Rim	3	26
Transplante Fígado	1	11
Transplante Córnea	9.57	68
Radiologia (RX+Ultrasson)	11.302	79.119

Em relação ao quadro funcional, o Hospital conta com cerca de 3.000 funcionários, entre funcionários administrativos, de enfermagem, técnicos diversos, limpeza e manutenção etc., em torno de 400 médicos que cumprem residência médica. A distribuição dos funcionários por categoria profissional segue a seguinte proporção: 1.150 funcionários de enfermagem; 350 funcionários administrativos; 150 médicos contratados (sem função de ensino e pesquisa) e 1.590 funcionários de Apoio – Assistentes Sociais, Fisioterapeutas, Farmacêuticos, Nutricionistas entre outros profissionais de nível superior e técnico, e funcionários de baixo nível de especialização, como serviços de limpeza e manutenção, lavanderia, cozinha etc. Os docentes não são lotados no hospital e sim na Faculdade de Medicina, e geralmente prestam serviços no HC em torno de 250 a 300 docentes da medicina¹⁸.

¹⁸ Estes dados são aproximados, pois não foi possível conseguir o número exato de funcionários de cada especialidade. Em relação aos docentes, o número proposto - 250, é o número que alguns setores do hospital 'imaginam' que trabalham no HC, pois nem na FCM e nem no Recursos Humanos do HC, foram capazes de informar quantos são os docentes que prestam trabalho no HC. A FCM, responde que todos os docentes da medicina prestam serviços de atendimento médico, no entanto, como além do HC, a universidade presta atendimento à saúde em outros centros médicos da universidade e em outros hospitais públicos que mantêm convênio com a Universidade, e os médicos apoiam e orientam os

A política de distribuição de espaços para as disciplinas médicas e a política assistencial adotada devem ser tomadas pelo colegiado da FCM, que é composto pelos docentes da mesma instituição. No entanto, como o controle sobre o hospital é exercido pela administração hospitalar, esta acaba detendo o monopólio das decisões sobre o hospital.

A administração principal do hospital, ou seja, o primeiro escalão, é composta por um superintendente, cuja escolha é feita pela comunidade (funcionários, professores e alunos), seguindo os critérios eletivos da Universidade, com os docentes sendo responsáveis por três quintos dos votos e os alunos e funcionários por um quinto respectivamente; um coordenador de Assistência, escolhido pelo superintendente, cuja responsabilidade principal circunscreve-se à área médico-assistencial, e um coordenador de Administração, responsável pelo gerenciamento dos recursos materiais e humanos. Ambos os cargos de coordenadores são detidos por médicos.

A Diretoria Clínica tem a função de supervisão médica. Este é um cargo eletivo, cuja escolha é feita unicamente pelos médicos do hospital, e sua atribuição é “Zelar pela boa qualidade e eficácia da assistência médica prestada aos pacientes do HU, bem como pelo respeito às disposições do código de Ética e o apoio às atividades de assistência, ensino e pesquisa desenvolvidos pela FCM no âmbito do hospital”¹⁹.

Na prática, o diretor clínico é chamado para mediar conflitos entre as diferentes disciplinas médicas, passar informes administrativos aos médicos, e como estes são resistentes nos preenchimentos de formulários e no cumprimento das regras da enfermagem e das normas burocráticas, mediar os conflitos entre o corpo clínico e as demais categorias quando o não cumprimento das regras ameaça emperrar a administração.

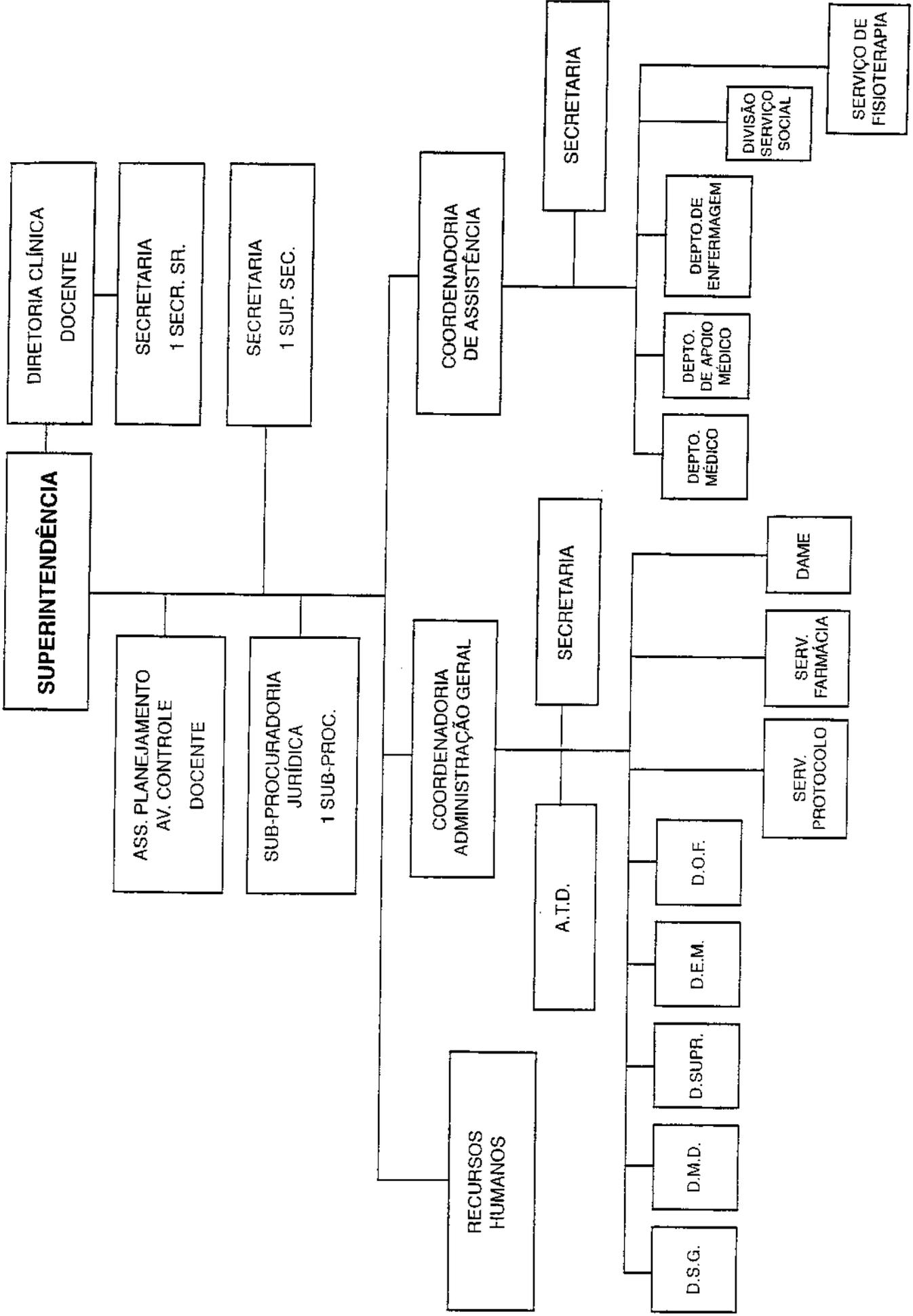
trabalhos de alunos e residentes em postos e Centros de saúde, a FCM, não sabe precisar, quantos docentes exatamente trabalha especificamente no HC.

¹⁹ Manual dos Residentes - HC 1996.

Apesar de não fazer parte do topo da administração, existe uma grande diretoria que é a Divisão de enfermagem, que se reporta unicamente ao primeiro escalão e cuja função é regulamentar e supervisionar o trabalho da enfermagem dentro do hospital. Este núcleo diretor conta com três enfermeiras na coordenação geral, além do *staff* de apoio (secretárias, uma psicóloga e outras enfermeiras com funções que vão de supervisão de escalas a educação continuada). O papel desta diretoria é muito importante dentro do hospital, pois controla uma categoria fundamental, que está presente em todas as áreas assistenciais e que disputa o poder político e o controle administrativo nos diversos setores do hospital.

Todos os setores do hospital estão ligados organicamente a um departamento ou e recebem as diferentes denominações de serviços, departamentos e/ou divisões, cujos critérios para as diversas denominações não estão suficientemente claros. O próprio organograma do HC passa por mudanças constantes, com inclusão e exclusão de serviços e funções.

Apresentamos a seguir um organograma resumido dos principais serviços e departamentos do hospital, organograma por nós elaborado com base nas informações recebidas, uma vez que o HC não tinha um organograma atualizado para nos oferecer.



Os núcleos são as maiores unidades administrativas e normalmente contam com diversos serviços e setores a eles ligados. Estas unidades contam com três diretores, com a função de representarem as três principais categorias profissionais que compõem o hospital, nas três funções fundamentais: a cura - pelos médicos, o cuidado - pelas enfermeiras e a administração - pelos funcionários administrativo. Cada um destes diretores reporta-se diretamente ao superior de sua categoria; ou seja, o diretor médico reporta-se ao coordenador de assistência, o diretor de enfermagem reporta-se à diretoria de enfermagem e o diretor administrativo, ao coordenador de administração, não existindo um chefe formal responsável pelo núcleo.

No entanto, apesar de não existir um responsável formal em cada núcleo administrativo, na prática um dos diretores acaba assumindo esta função; e, naturalmente, é absolutamente indispensável que os três diretores entendam-se bem na condução de suas atividades, pois, apesar da relação hierárquica formal supor que cada diretor vá responder aos problemas considerados pertinentes para a sua categoria profissional diretamente com o coordenador responsável por aquela função – cura, cuidado ou administração –, o funcionamento no cotidiano da organização é bastante diverso.

Uma vez que em todas as áreas há sempre um diretor que conduz o trabalho daquele local, este acaba resolvendo os problemas do seu setor com o coordenador adequado, independente de sua categoria. Nos locais onde as diretorias dividem equitativamente o trabalho, ou trabalham de forma mais cooperativa, é comum o diretor médico usar de sua influência para pressionar a divisão de enfermagem nas questões relativas ao cuidado (substituição de enfermeiros, mudança de turnos, aumento do quadro etc.), a coordenadoria administrativa e a superintendência para prover recursos, e a coordenadoria médica nos assuntos assistenciais.

Como foi dito, o sentido de haver três diretores em cada núcleo é que cada um representaria um segmento do hospital, mas na prática um dos diretores destaca-se de acordo com o tipo de trabalho executado naquela unidade. Assim, o núcleo de informática não conta com uma enfermeira como diretora e sim com dois funcionários administrativos, e as áreas de internação (enfermarias) mantêm os diretores de enfermagem em destaque em relação aos diretores administrativos, sendo comum uma enfermeira assumir o papel de diretor administrativo. No entanto, toda grande unidade administrativa mantém um docente da medicina em posição de destaque.

A comunidade hospitalar participa da escolha apenas do cargo que ocupa o vértice da pirâmide hierárquica - o superintendente -, sendo que a escolha dos demais cargos consultivos é restrita aos médicos, especialmente os docentes. O superintendente escolhe seus assessores e nomeia os diretores dos núcleos e departamentos que, por sua vez, escolhem seus supervisores e chefes intermediários.

Núcleos, departamentos e divisões também apresentam divisões administrativas internas, de forma que a quantidade de pequenos 'chefes' e supervisores responsáveis pelos locais de trabalho, departamentos e núcleos é razoavelmente grande. O HU já chegou a contar no início da década de 90 com um (1) supervisor para cada três (3) funcionários - este número tem sido reduzido paulatinamente. No entanto, devido ao costume, apesar de não constar no organograma do hospital, informalmente muitos funcionários mantêm ainda um *status* de chefe em sua unidade.

A ocupação de cargos administrativos traz àquele que o exerce uma gratificação monetária proporcional à importância hierárquica do cargo que ocupa. A política administrativa da Universidade permitia que um indivíduo que ocupasse um cargo por um tempo superior a dois anos tivesse incorporado ao salário o valor da gratificação, mesmo depois de haver se afastado do cargo. Como a quantidade de cargos de supervisão era grande, a atribuição dos cargos servia muitas vezes como aumento

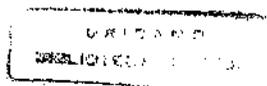
salarial, ou seja, alguns funcionários recebiam cargos não por serem considerados competentes para ocupá-los e sim para terem um aumento salarial, como forma de recompensa por serem bons funcionários durante longos anos. Naturalmente, tal política fazia com que a massa salarial crescesse em projeção geométrica e foi sendo paulatinamente revista. O número de cargos de baixo escalão foi sendo suprimido, assim como a incorporação no salário da gratificação a ele referente.

Como essa política de distribuição de cargos vigorou durante muito tempo, mesmo depois de terem sido suprimidos os pequenos cargos de supervisão, o costume fez com que muitos indivíduos que os ocuparam, continuassem mantendo posição de ascendência sobre os colegas. Além disso, ainda existem diversos níveis hierárquicos dentro do hospital, ou seja, o número de cargos foi reduzido mas não suprimido.

A impossibilidade de retirar gratificação de indivíduos que assumiram cargos no passado, o costume de manter uma grande quantidade de supervisores, além da dificuldade em transferir o cargo de um supervisor a outro, devido à extinção de verbas para cargos novos, fizeram com que o costume organizacional de muitas chefias nos setores se mantivesse. Antigos chefes e funcionários atribuem-se a capacidade de definir no cotidiano suas próprias normas na condução do trabalho, conduta esta que ocasionalmente burla as normas burocráticas que regem a organização. Este fato faz com que coexista, em situação de conflito, dois poderes que podemos caracterizar como poder formal, no caso das novas chefias e normas administrativas e poder tradicional, oriundo do costume em que era organizado o trabalho.

Uma característica cultural importante do HC é que os membros deste orgulham-se de prestar serviços e/ou estudar numa instituição bem conceituada em nível nacional.

A manutenção do prestígio do hospital por parte tanto da administração quanto da comunidade hospitalar é muito cara. Por fazer parte da Universidade, o hospital, a exemplo desta, elege o cargo administrativo mais importante, que se por um lado é



sempre ocupado por um docente da Medicina, por outro necessita do apoio do restante da comunidade hospitalar. Apoio que somente é cedido após a oficialização de alguns compromissos do candidato. Compromissos estes que sempre incluem a promessa da participação da comunidade hospitalar na elaboração das estratégias administrativas.

Esses compromissos não significam que os mandatos sejam sempre democráticos, mas a necessidade de qualquer pretendente a este cargo necessitar manter relações cordiais com o conjunto dos membros da organização, aliada à cultura universitária que tem repulsa às atitudes arbitrárias, faz com que a administração hospitalar procure manter sempre as relações de trabalho num nível de grande polidez.

O fato de tratar-se de uma instituição que comporta em seu quadro personagens proeminentes no mundo acadêmico, além do papel extremamente importante deste hospital tanto como prestador de serviços, como difundidor de técnicas terapêuticas, leva a sociedade como um todo a acompanhar mais acentuadamente seu cotidiano, uma vez que ele esta sempre em evidência na *mídia*, além de serem ‘fiscalizados’ com maior insistência tanto pelos órgãos de saúde quanto pela sociedade civil em geral (sindicatos, ONGs, comunidade científica, órgãos de saúde pública etc.).

PARTE 2

OS SERVIÇOS ESTUDADOS

CAPÍTULO 1

SERVIÇOS SOCIOLOGICAMENTE RELEVANTES

A escolha dos serviços do hospital que estamos considerando como sociologicamente relevantes - utilizando o conceito de Schutz de atribuição de relevância aos fenômenos observados - seguiu os critérios de priorizar locais e departamentos onde alguns aspectos típicos de sociabilidade se manifestam mais acentuadamente.

Naturalmente os diversos níveis e tipos de cooperação e conflito, angústias e satisfações vividos pelos trabalhadores do hospital observado em cada um dos locais escolhidos aparecem em todos os demais. Verificamos que os diferentes processos de trabalho, o modo como se apresenta o paciente em cada local atendido, a forma como os trabalhadores dos diversos departamentos se relacionam, tanto com os demais setores do hospital quanto no interior de seu local de trabalho, aliados à maneira como apreendem sua própria importância no conjunto da organização, influenciam a sociabilidade vivida em cada local de trabalho, acentuando diferentemente traços de inter-relacionamentos de um local de trabalho a outro.

Por ser uma organização complexa, cada setor ou departamento do hospital, funciona de forma relativamente autônoma em relação aos demais. A lógica de trabalho e os problemas vividos em cada ambiente específico são determinados pelos tipos de serviços prestados e pela pressão que recebe tanto do público atendido quanto do conjunto da organização. Isto faz com que, apesar de trabalharem numa mesma

organização, sujeitos à mesma situação de trabalho, os agentes desse local, dependendo do setor onde exerçam seus ofícios, tenham uma visão particular do hospital.

O hospital é visto assim como uma instituição que se, por um lado, condiciona o seu cotidiano, determinando os aspectos formais de sua vida funcional, como salário, obrigações e direitos trabalhistas, influenciando no seu ritmo de trabalho e na oferta das condições de trabalho, por outro lado sua influência, seu conjunto de práticas cotidianas, tem um alcance limitado, uma vez que as decisões tomadas visam responder a problemas imediatos, uma vez que a participação formal da administração hospitalar não pode ser esperada.

O hospital, com sua administração e suas normas de funcionamento, aparece para os funcionários de uma forma ambivalente. De um lado, é o elemento unificador de todas as atividades executadas nos diversos departamentos. Tem a função organizativa e normativa tanto da vida funcional quanto dos serviços prestados nos diversos setores. Por outro lado, o conjunto de normas de conduta profissional formuladas pelo hospital não consegue abarcar todas as nuances da complexidade do tratamento a enfermos. Em muitos casos, para o bom atendimento ao paciente é necessário que funcionários de diversos setores 'negociem' a conduta a ser tomada, e alguns agentes da administração são chamados a intervir.

Pudemos observar alguns casos em que as regras formais foram postas de lado a fim de fornecer um serviço mais humano. Um exemplo disto foi presenciado num caso de doação de órgãos: toda morte considerada acidental (causas externas) deve ter o cadáver encaminhada para o Instituto Médico Legal para o procedimento de autópsia, não estando os médicos patologistas autorizados legalmente a fornecer o atestado de óbito. Quando se trata de uma morte violenta em que a família autorizou a doação de

órgãos¹, a autópsia somente pode ser realizada após a retirada dos mesmos, quando o cadáver será enviado ao I.M.L. No caso de morte encefálica, quando é possível utilizar uma maior quantidade de órgãos², o procedimento de doação pode demorar até 24 horas, pois, após a autorização da retirada dos órgãos pela família, há que esperar a reserva de sala cirúrgica e a reunião de várias equipes médicas de disciplinas diferentes para procederem à remoção dos diversos órgãos.

Toda a complexidade do procedimento de retirada de órgãos e tecidos, aliada à necessária autópsia do corpo, pode fazer a família do paciente que foi a óbito esperar até 48 horas para realizar o enterro. Esta espera para ter o corpo de seu ente querido é muitas vezes insuportável para a família, especialmente quando se trata do óbito de uma criança. Nestes casos, os funcionários responsáveis em orientar a família muitas vezes penalizam-se com esta e, percebendo a necessidade de garantir a doação dos órgãos, começam uma negociação com os médicos da medicina legal – que apesar de não trabalharem no HC, fazem parte do corpo docente da Universidade –, com os médicos responsáveis pela retirada dos órgãos e com o departamento de anatomia patológica, para conseguir que a autópsia seja feita concomitantemente à retirada dos

¹ Durante a realização desta pesquisa, ainda não havia sido promulgada a lei da doação compulsória de órgãos, mas acreditamos que a sistemática de doação não mudou, visto que os médicos do hospital não consideravam adequado fazer a retirada de órgãos sem o consentimento da família, por ferir uma série de problemas de ordem moral.

² A maior parte dos órgãos utilizados para transplante é oriunda de morte encefálica, cuja causa do óbito foi morte acidental. Isto acontece porque as mortes naturais, geralmente são decorrentes de doenças infecto-contagiosas ou crônico degenerativas. Nestes casos, a doação é desnecessária porque o órgão não pode ser utilizados em outros pacientes, pois no caso de doenças infecto-contagiosas eles poderiam contaminar o receptor e no caso de doenças crônico-degenerativas, os órgãos podem não estar em condições de atender às necessidades do receptor. Além disto, muitos órgãos somente têm condições de serem utilizados se forem retirados do doador quando este ainda mantém algumas funções vitais, casos onde somente é possível a retirada, quando constatada a morte encefálica sem a morte cardíaca.

órgãos, no próprio hospital, a fim de que a família possa providenciar o enterro mais rapidamente³.

Uma vez que cada departamento apresenta sua própria especificidade, estes mantêm uma certa autonomia de funcionamento em relação ao hospital como um todo. Ao contrário de uma fábrica, banco, ou mesmo outra organização de grande porte que conta com unidades produtivas diferentes, mas que conseguem imprimir um mesmo '*modus operandi*' em todas elas, isto não é possível no hospital. Guardadas as diferenças de ocupação entre os funcionários de qualquer grande empresa, funcionários da mesma categoria sempre cumprem jornadas idênticas de trabalho e executam trabalhos semelhantes em qualquer unidade a que venham trabalhar. Os caixas de banco, por exemplo, exercem basicamente as mesmas funções, trabalham eles numa grande ou pequena agência bancária, numa grande ou pequena cidade.

No hospital, não é possível padronizar o trabalho das diversas categorias profissionais entre os diversos setores. Se numa enfermaria a função da enfermeira em dispensar cuidados para com o paciente inclui a assistência psicológica e emocional, instruindo-os, acalmando-os e explicando os procedimentos adotados; no pronto socorro, a enfermeira raramente tem tempo suficiente para conversar longamente com o paciente, restringindo-se a passar orientações de condutas, enquanto no centro cirúrgico o tempo que o paciente permanece acordado é muito curto para que a enfermagem chegue a relacionar-se com ele. Da mesma forma, o trabalho burocrático dos funcionários administrativos é drasticamente diferentes, dependendo do setor em que estão lotados. Os funcionários dos serviços de assistência e apoio vivem solicitações

³ A exigência legal é que o paciente que sofreu uma morte violenta tenha seu cadáver examinado por um legista, mas o hospital não infringe nenhuma lei ao autorizar a realização da necrópsia em suas dependências. A maior dificuldade está em localizar um legista, que aceite fazer esta necrópsia no próprio hospital e não no I.M.L.

extraprotocolares (que extrapolam suas funções), sequer imaginados pelos funcionários dos serviços tipicamente administrativos.

Em relação aos médicos e às demais categorias, a situação não é diferente. As diferenças de trabalho entre as especialidades médicas não se resumem aos procedimentos técnicos de abordagem das enfermidades, mas se estendem à forma como se relacionam com os pacientes e com os serviços do hospital.

Se a visão de um médico da medicina interna sobre o paciente inclui não apenas a sua enfermidade, mas também seus aspectos psicológicos e sociais; no caso do anesthesiologista, limita-se à análise orgânica total do paciente, enquanto para o cirurgião, o paciente normalmente é visto como o órgão infectado. Além disso, existem especialidades médicas em que o paciente enquanto indivíduo dotado de personalidade, sequer é considerado, como é o caso de disciplinas em que a função do médico é a análise de resultados de exames diagnósticos, como a anatomia patológica (que se debruça sobre tecidos e cadáveres), e as ligadas à imagenologia (raio X, medicina nuclear, ultrassonografia etc.).

Naturalmente tais considerações estão sendo feitas em sentido genérico e servem apenas para ilustrar as diferentes lógicas que regem não apenas o trabalho em si de cada categoria, mas também o trabalho de cada setor do hospital.

Devido a isto, por um lado estamos considerando o hospital em si como um sistema, em que os diversos setores funcionam em conjunto para o cumprimento dos serviços objetivados pela organização, por outro lado, cada setor pode ser visto autonomamente. Trata-se de unidades particulares, com lógicas e procedimentos particulares, pois, apesar de fazerem parte do conjunto da organização, os trabalhos dos diversos setores são bastante distintos, devido à forma que o paciente se apresenta,

interagindo, sedado, em desespero etc., e ao tipo de intervenção médica necessária: de urgência, de investigação clínica, educativa, social... .

A opção de fazer a análise do hospital, sob essa perspectiva, pode ser considerada como temerária, uma vez que, apesar de tratar-se de um único hospital, a lógica de trabalho dos diversos agentes não segue um único padrão, pois estes têm de responder a problemas distintos em seu processo de trabalho. Além disso, não será possível, dado os objetivos e limites deste trabalho, tratar de todas as particularidades dos serviços hospitalar.

Nossa opção, por considerar o hospital como um todo e de levantar certas particularidades existentes em cada um dos serviços elencados, que não representam mais que parte da organização hospitalar, reside no fato de que estamos considerando este um trabalho seminal – apesar de reconhecermos os limites deste estudo – para a compreensão da complexidade do hospital, uma vez que não conhecemos estudos brasileiros sobre hospital que façam análises empíricas minuciosas sobre os diversos aspectos funcionais.

Além disso, quando fazemos a opção por uma análise organizacional, a intenção é compreender de que maneira a organização é capaz de conciliar os diversos objetivos, tanto pessoais quanto institucionais, que orientam as ações de indivíduos e grupos em seu conjunto, ou seja, mesmo quando consideramos cada setor do hospital como um sistema social próprio, com seus fenômenos de interação e conflito, devemos considerar que este *locus* social faz parte de um sistema maior. Sistema este que condiciona sua ação social, impondo limites (econômicos, físicos, políticos) e cobrando resultados.

Neste sentido, o uso da teoria fenomenológica de Alfred Schutz é uma ferramenta extremamente útil para a análise, tanto do hospital enquanto um sistema

social, como dos diversos departamentos do hospital, pois, pela verificação da atribuição de relevâncias pelos atores sociais dos seus atos, podemos identificar os diversos fatores interpretados pelos sujeitos sociais como condicionantes de suas ações.

1.1 A CHEGADA DO PACIENTE AO HOSPITAL

Para melhor compreensão das dificuldades vividas em cada um dos locais observados – os serviços sociologicamente relevantes – frente ao atendimento, é importante esclarecer de que maneira o paciente é recebido pelo hospital e o que o leva a procurar este hospital especificamente. Antes de descrever a chegada do paciente, é preciso alertar que para melhor compreensão do funcionamento do hospital, nos limitaremos a uma exposição linear do trajeto do paciente.

A realidade vivida pelo paciente é muito mais penosa. Em cada serviço procurado ele depara-se com uma longa espera naquele ‘local’ de atendimento, e no agendamento dos serviços procurados (espera que pode durar meses, dependendo da necessidade terapêutica), idas e voltas em busca dos encaminhamentos necessários, informações confusas, adiamentos devido à falta de material ou vagas nos serviços solicitados, isto faz com que o seu recebimento pelo hospital transforme-se numa jornada verdadeiramente penosa.

Quando observamos a carência de serviços de saúde, particularmente os especializados, oferecidos à população, podemos perceber o grau de ansiedade com que chega o paciente no HC. Melhor dizendo: apesar de todas as dificuldades para conseguir o atendimento, dado que a oferta de serviços oferecida pelo hospital é menor que a demanda, o paciente que o procura, na maioria das vezes, não tem condições de optar pelo atendimento em outro local. A escassez de recursos para o atendimento à

saúde da população não acontece apenas no HC, mas diz respeito à rede de saúde como um todo.

Podemos caracterizar três motivações básicas que levam os pacientes não emergenciais a procurar os ambulatórios, ou o agendamento dos serviços médicos do HC.

Primeiro: encaminhados por algum serviço de saúde primário (postos e centros de saúde), que sem recursos para oferecer o atendimento necessário ao paciente, envia-o ao HC, a fim de que este receba a terapêutica adequada ao seu caso clínico. Este grupo de pessoas é composto principalmente de indivíduos residentes na própria cidade, ou em cidades vizinhas.

Segundo: por vontade própria, quando cansados de buscar a cura para seus males em outros serviços de saúde, que não respondem satisfatoriamente às suas necessidades, buscam o hospital devido à sua 'fama' de bom hospital, indivíduos que transferem para o HC uma grande esperança de cura para seus males. Este segundo grupo de pessoas é composto principalmente por pacientes oriundos de outras localidades, alguns de Estados longínquos da Federação, que empreendem longas viagens em busca de tratamento no HU.

O terceiro grande grupo é composto principalmente por pacientes oriundos de cidades vizinhas que não dispõem de serviços de saúde adequados e/ou suficientes e cujas prefeituras mantêm ônibus, veículos utilitários e ambulâncias à disposição da população, para a busca de atendimento em centros maiores. Devido às suas características, hospital geral com atendimento universal, o HC é um dos alvos principais destas pequenas cidades.

Uma vez no hospital, o paciente deve ser 'triado' nos ambulatórios, pela disciplina médica que atende à sua queixa específica. O sentido desta triagem é atender mais rapidamente os casos de maior urgência e enviar queixas de solução mais simples

a outros serviços de atendimento primário ou secundário. A própria necessidade de triagem já demonstra o grau de pressão por demanda vivida pelo hospital por não poder atender a todos que o solicitam. Além disso, algumas disciplinas médicas vivem dificuldades, por não conseguirem atender aos pacientes não-emergenciais, uma vez que a demanda por atendimento não lhes deixa tempo hábil para todos que as procuram.

Pois bem, uma vez encaminhado pelo ambulatório, o paciente procura o serviço de agendamento para marcar suas consultas e exames laboratoriais. Neste serviço é aberto o “prontuário do paciente”, uma pasta numerada que irá conter toda a história do paciente dentro do hospital: consultas, resultados de exames, internações, terapêuticas adotadas etc. Esse prontuário será utilizado em todos os procedimentos que o paciente sofrer dentro do hospital. Por conter a história clínica do paciente é fundamental para a orientação do médico em relação tanto do caso clínico quanto das reações do paciente frente às terapêuticas adotadas.

Devemos lembrar que se trata de um hospital público universitário onde o paciente não é atendido por um único médico, mas por toda uma equipe médica. Isto faz com que raramente o paciente seja atendido seguidamente pelas mesmas pessoas, ao contrário, é comum ele deparar-se em cada consulta com um médico diferente, a menos que se trate de um caso específico, que é do interesse de um médico em particular⁴.

Quanto aos pacientes que não necessitam de internações ou exames sofisticados, o percurso deles dentro do hospital limita-se aos ambulatórios – onde são feitas as

⁴ Carapinheiro em seu trabalho sobre os hospitais portugueses, refere-se ao fato de lá existir o “paciente do doutor”. Este paciente do doutor seria aquele que por algum motivo - investigação científica, interesse pessoal, ou outro qualquer, receberia um atendimento diferenciado por parte do médico que lhe oferece tratamento. No HC, o termo utilizado para este paciente é de “paciente diferenciado”, que seria o paciente que por algum motivo, recebe um atendimento mais pessoal em relação aos demais.

consultas médicas; ao próprio serviço de agendamento; aos laboratórios de coleta e exames complementares; ao serviço social – já que parte significativa dos pacientes necessita de orientações e auxílios deste serviço para conseguir medicamentos, transportes etc. e, uma vez que a maior parte dos pacientes tem baixo poder aquisitivo, encaminhamento à farmácia⁵ do hospital para conseguir medicamentos.

1.2 AS FALTAS DE VAGAS

Dependendo do caso clínico apresentado pelo paciente, o médico vê-se obrigado a solicitar exames e/ou procedimentos sofisticados (como cateterismo cardíaco, ressonância magnética, endoscopia, tomografia computadorizada etc.), que a exemplo dos leitos e de todos os demais serviços oferecidos pelo hospital, têm uma procura bem maior que a capacidade de oferta. Nestes casos, dependendo da gravidade do paciente, os médicos e/ou profissionais envolvidos no caso começam uma certa negociação com os responsáveis pelos serviços necessitados, para conseguir agilizar o atendimento, mediante o ‘encaixe’ do paciente.

Um artifício que ocasionalmente é utilizado pelos médicos a fim de apressar a realização de procedimentos e cirurgias é internar o paciente, pois o internado tem prioridade no atendimento dentro do hospital. No entanto, tal artifício tem os seus limites, uma vez que a quantidade de leitos de internação também é limitada e sempre insuficiente para atender aos pacientes, além disso mesmo o paciente internado é obrigado a aguardar vagas para procedimentos e cirurgias.

⁵ A maior parte dos medicamentos recebidos pelos pacientes são fornecidos pelo CEME - Central de Medicamentos, órgão do governo federal, no entanto, como o CEME fornece apenas os medicamentos padronizados, que não suprem todas as necessidades dos pacientes, o HC vê-se obrigado a fornecer uma parte dos medicamentos necessários para atender aos pacientes.

O volume de pessoas que buscam atendimento e a falta de condições para atender a todos com a presteza necessária/desejada são fatores importantes de estresse no trabalho e motivo de conflitos entre os trabalhadores do hospital. Apesar de todos compreenderem que a superlotação é o grande responsável pela morosidade nos agendamentos; no cotidiano, no momento em que se tem um paciente necessitando de atendimento, não poder oferecê-lo adequadamente é motivo de angústias e ressentimentos. Estes ressentimentos dirigem-se principalmente a alguns serviços de diagnósticos e exames complementares. Por não poderem atender rapidamente aos procedimentos solicitados, esses locais passam a ser vistos de forma negativa pelo conjunto da organização, que os consideram como setores onde as pessoas trabalham de má-vontade e oferecem uma quantidade de procedimentos aquém do esperado/desejado.

É interessante observar, que, em todos os locais, sejam serviços de apoio ou serviços assistenciais, as equipes trabalham sobre uma forte pressão da demanda por atendimento, e as mesmas pessoas que sofrem esta pressão do público transferem-na àqueles a quem enviam suas demandas. Ao solicitar um exame ou procedimento sofisticado – no caso dos médicos, ou qualquer outra atividade, no caso dos funcionários dos serviços de apoio – quando não são atendidos prontamente, os solicitantes relativizam o volume de trabalho dos outros setores e desenvolvem uma mágoa difusa que nem sempre é dirigida para alguém em especial (o indivíduo que deu uma resposta negativa a sua solicitação), mas que abarca toda a equipe do setor em questão, considerando que estes não ‘se esforçam o suficiente’, que não são capazes de ‘dar um jeito’ para prestar os atendimentos necessários.

Esse relacionamento necessário entre os setores é pontuado por conflitos e, invariavelmente, os diretores de dois ou mais setores devem sentar, muitas vezes na presença dos administradores gerais do hospital, a fim de normatizar a forma de

relacionamento entre eles de maneira a tornar a convivência menos penosa e agilizar o fluxo de trabalho.

Naturalmente, tais ressentimentos têm uma origem social, mas são vistos no cotidiano de uma forma muito pessoal, pois um setor está sempre acusando o outro de não colaborar, fazer muitas exigências, pôr em dúvida seus procedimentos, não cumprir normas etc. Defeitos estes que tomam um caráter não de problema organizacional, mas de defeitos de caráter - quando se atribui a um técnico ou chefe de setor a ineficácia no cumprimento das tarefas, ou descompromisso com a instituição e com o paciente, quando as queixas são voltadas para todo o setor.

Quando perguntados sobre os motivos dos conflitos, todos respondem que compreendem que os outros setores têm muito serviço e que também sofrem muitas pressões, mas sentem-se pessoalmente ofendidos com as recusas de 'quebrar o galho', ou quando são obrigados a seguir normas. Consideram que os colegas em questão nem tentam compreender os problemas por eles vividos e, uma vez que grande parte dos funcionários e docentes tem muitos anos de trabalho no HC (que por ser um serviço público, garante estabilidade a seus funcionários) os relacionamentos conflituos entre setores se estende por muitos anos, o que faz com que as acusações passem para o nível pessoal. Assim, o setor X é ruim porque as pessoas que lá trabalham são ruins, ou seja, preguiçosas, desorganizadas, desinteressadas, desatenciosas com os pacientes.

Em decorrência, as relações de trabalho necessárias entre os setores que deveriam seguir os canais normais da organização, muitas vezes são estabelecidas no plano pessoal, o que dificulta ainda mais os relacionamentos. Exemplificando: por considerar que o setor X sempre presta um serviço inadequado, o solicitante evita fazer as solicitações formais e as dirige a um funcionário específico, a quem considera mais razoável, ou, quando faz a solicitação formal, busca a intervenção deste funcionário para que o pedido seja atendido prontamente. A insistência do solicitante em procurar

sempre um indivíduo específico para atender seus pedidos, seja ele um funcionário, seja, mais comumente, o chefe do setor, acaba atraindo a antipatia dos demais funcionários, que podem se mostrar mais taciturnos burocráticos, reafirmando a visão do solicitante de que aquele setor é realmente composto por indivíduos desagradáveis e pouco cooperativos.

Em geral, os servidores buscam sempre elevar o conceito do local em que trabalham, entendendo que este faz sempre o melhor com os recursos que têm para atender o paciente e atribuem as falhas e problemas na execução das atividades à organização. No entanto, raramente atribuem esta característica positiva aos setores com os quais se relacionam, considerando que os demais têm sempre melhores condições de trabalho, recebem mais atenção e recursos por parte da administração e demonstram menor interesse no cumprimento de suas atividades.

Podemos inferir que a organização vivencia sérios problemas de comunicação entre os setores, e o desconhecimento do processo de trabalho em toda a organização, aliado à grande demanda, dificulta os relacionamentos. Geralmente os funcionários trabalham num mesmo setor, executando as mesmas atividades por anos a fio, o que os leva a criar uma sociabilidade própria com os colegas com os quais se relacionam. Além disso, o fato de cada setor desenvolver atividades específicas, com padrões de comportamento próprios e de forma relativamente autônoma em relação ao hospital, aliados ao desconhecimento da realidade vivida nos demais locais da organização, com os quais os relacionamentos de trabalho seguem os padrões burocráticos-formais, confere a todos uma visão parcial do hospital como um todo.

Assim, os problemas que são da organização em geral passam a ser personalizados. Ou seja, todos sabem que o hospital vive problemas financeiros, mas como a revolta não pode ser canalizada ao hospital, que é apenas “um prédio”, nem aos administradores pessoalmente, pois estes são pouco acessíveis aos funcionários, além

de serem todos (os administradores) médicos com sua aura de competência e poder, e em sua maioria atenciosos e simpáticos aos funcionários quando ouvem suas queixas, além da relativa autonomia dos setores, o que confere aos seus próprios membros responsabilidade sobre os trabalhos executados, o rancor em relação às insatisfações sobre as condições de trabalho volta-se em parte para os colegas com os quais se relacionam.

As queixas sobre a incompreensão dos demais setores sobre as dificuldades vividas no cotidiano são freqüentes e, apesar de a pressão do paciente ser verdadeira, em muitos casos, elas servem como justificativa e como elemento de negociação e pressão entre os agentes. Assim um setor ou funcionário que se mostre hostil para com o outro, pode sofrer retaliações e receber uma grande demanda de solicitações, com o uso da regra, da conduta formal podendo tornar-se um aliado na afirmação da esfera de competência dos diversos locais.

Um bom exemplo de como isso ocorre é o envio de pacientes do setor de internação para as enfermarias: até cerca de quatro anos atrás o paciente somente poderia subir ao leito com expressa autorização da enfermaria onde ficaria alojado; no entanto, este procedimento trazia uma série de problemas tanto para o paciente quanto para o setor de internação, pois as enfermarias protelavam o recebimento do paciente de acordo com a sua conveniência, o que fazia com que o paciente tivesse de aguardar horas para apossar-se de seu leito.

Esse invariável atraso das enfermarias em receber o paciente mantinha o setor de internação em constante conflito com as enfermarias, o que fez com que a rotina de internação fosse alterada. Agora, uma vez que o paciente tenha sido formalmente internado e o leito encontre-se vago, sua subida para a enfermaria deve ser imediata. Esta mudança das regras fez com que mudasse também a correlação de forças entre os setores envolvidos. Anteriormente, a internação deveria aguardar a autorização das enfermarias para enviar o paciente, o que lhes deixava numa situação desvantajosa em

relação a estas, pois os funcionários administrativos da internação não tinham condições de avaliar a real situação de trabalho das enfermarias, o que os mantinha em constante ‘desconfiança’ sobre os motivos da espera. Com a mudança das regras, a internação não precisa mais esperar a autorização das enfermarias, bastando avisá-las de que o paciente encontra-se internado, o que fez com que as enfermarias passem a ser agora as solicitantes, justificando cuidadosamente os motivos pelos quais precisam que o paciente aguarde a subida ao leito.

Naturalmente, ambos os setores envolvidos neste caso têm sua parcela de razão: é muito sofrido para o pessoal de internação – e principalmente para o paciente, aguardar a subida do leito. A dificuldade do paciente refere-se ao fato de o setor de internação, um setor de apoio, não ter condições de prestar atendimento terapêutico, fornecer refeições, sanitários etc. já para o pessoal da internação a dificuldade reside em ouvir continuamente as queixas do paciente, sem poder atendê-lo adequadamente. No caso das enfermarias, suas protelações para receber os pacientes também são procedentes: o recebimento de um paciente na enfermaria exige um grande dispêndio de trabalho em sua chegada, como consulta de enfermagem e providências de dieta, medicamentos, preparação para exames etc. Quando as enfermarias vêm-se às voltas com casos clínicos complicados dos pacientes já internados, ou no aguardo de roupa de cama para preparar o leito do paciente, preferem adiar o recebimento de um outro paciente, para um momento de trabalho menos ‘tumultuado’.

Agora, com a mudança dos procedimentos de internações, as solicitações das enfermarias para com o serviço de internação são atendidas de acordo com a forma como esta é feita, ou seja, a cordialidade do relacionamento entre os setores vai indicar maior ou menor cooperação entre os mesmos. É preciso notar, porém, que essa mudança de procedimento em relação à internação dos pacientes reduziu o tempo de espera do mesmo, que atingia uma média de 5 horas no passado, para uma média de 1 hora no presente.

A cultura que orienta as condutas no hospital faz com que adquiram maior respeito do conjunto da comunidade hospitalar aquelas pessoas - médicos e funcionários - que são vistas como mais 'comprometidas' em oferecer um atendimento de qualidade para o paciente. Pessoas que são vistas como apenas cumpridoras de 'horário de trabalho', que a comunidade considera que não tem compromisso para com a instituição e que não se 'esforçam' para dar o melhor de si, são mal vistas pela comunidade.

CAPÍTULO 2

O PRONTO-SOCORRO

Antes de iniciarmos a discussão do Pronto Socorro convém esclarecermos que em nosso estudo sobre a dinâmica das Relações de Trabalho no Hospital, não nos detivemos na análise do setor de pediatria, mas pudemos observar que o funcionamento desta área apresenta relações de trabalho menos conflituosas em todos os locais do hospitais onde atendem aos pacientes e, o cuidado tem sempre uma preocupação mais global, em comparação ao dispensado aos pacientes adultos. Isto se deve a diversos fatores, nos quais não nos deteremos, mas que indicamos aqui com vistas a estudos mais aprofundados no futuro:

Por tratar-se de um paciente que não pode ser responsabilizado por seus atos e que não precisa ser infantilizado – já que trata-se de criança –, os profissionais que o atendem assumem uma responsabilidade maior com o seu bem estar, que vai além da preocupação com a intervenção sobre a moléstia apresentada. Além disso, o paciente infantil sempre apresenta-se acompanhado, especialmente pela mãe, que geralmente observa atentamente todos os procedimentos adotados e tem um papel importante na ajuda psicológica e de cuidados – especialmente os de higiene e alimentares – sobre o paciente.

Essa atenção mais completa para com o paciente que inclui diversos profissionais – no caso de longas internações, estes recebem atendimento pedagógico e psicológico –, aliado à presença de familiares, faz com que a relação médico-paciente e

a cooperação entre os profissionais de saúde, sejam mais próximas, aumentando o nível de satisfação com o conteúdo significativo do trabalho.

Tendo esses fatores em vistas faremos uma breve apresentação da dinâmica do Pronto Socorro pediátrico a fim de notar que apesar de funcionar juntamente ao Pronto-Socorro de Adultos, este apresenta particularidades.

2.1 PRONTO SOCORRO PEDIÁTRICO

O Pronto-Socorro Pediátrico – P.S.Ped., apesar de funcionar junto ao P.S. de adultos e ser administrado pelo mesmo núcleo diretor, tem uma dinâmica própria, a qual não examinaremos detidamente, uma vez que a dinâmica de atendimento no PS.Ped. está ligada a toda dinâmica de funcionamento das disciplinas pediátricas, tanto no ambulatório quanto na enfermaria.

É importante notar que, a exemplo das especialidades que atendem adultos, existem diversas disciplinas pediátricas especializadas em casos específicos – como a gastro-pediatria, reumato-pediatria etc. – geralmente no atendimento emergencial, os pacientes são tratados como casos clínicos ou cirúrgicos, não sendo necessária a existência de plantões de especialistas diversos. Naturalmente, independente de sua especialidade, qualquer médico clínico ou cirurgião tem uma formação generalista, que lhe confere um conhecimento amplo da medicina, capacitando-os a fazer diagnósticos clínicos.

No entanto, as disciplinas clínicas e cirúrgicas responsáveis por atendimentos de adultos no hospital tem o seu âmbito próprio de atuação, delimitando rigorosamente as fronteiras do atendimento. No caso da pediatria, a dinâmica de atendimento ao paciente, especialmente nos casos que exigem internação e cirurgia, acontece no

interior deste grande grupo disciplinar, e os conflitos existentes são resolvidos entre eles, o que lhes confere uma dinâmica própria de negociação. Assim, o paciente pediátrico não é um paciente apenas da gastro-pediatria ou da reumato pediatria, ele é um paciente *pediátrico*, da responsabilidade de todos os pediatras.

Este fato faz com que todas as crianças, independente dos casos clínicos, fiquem alojadas durante a internação na mesma enfermaria, da mesma maneira que as consultas ambulatoriais acontecem no mesmo ambulatório. Com isso, a negociação em torno de leitos ou procedimentos, para os pacientes pediátricos, acontece de uma forma bem mais tranqüila do que para adultos, pois todos os envolvidos no atendimento infantil são responsáveis por todos os pacientes.

2.2 PRONTO SOCORRO DE ADULTOS

Devido à natureza do atendimento, no P.S. não há quartos, apenas salas para a observação, insuficientes para acomodar adequadamente os pacientes. Isto impossibilita separá-los por gênero, ou casos clínicos e acaba por criar uma grande promiscuidade, uma vez que a precariedade das divisões por meio de biombos e a exigüidade do espaço físico permitem que cada paciente presencie o atendimento dispensado aos demais.

Em relação aos demais setores do hospital, ao observador chama a atenção o aparente 'caos' reinante no P.S., uma grande quantidade de pacientes, pessoal de enfermagem (de todas as graduações), médicos de todos os níveis: contratados (médicos com a única função de prestar serviços clínicos, sem função de ensino), docentes, residentes, alunos e servidores administrativos e de limpeza, confundem-se num primeiro olhar.

Uma vez que médicos, enfermeiros e alunos geralmente vestem-se de branco e já que estas pessoas transitam por todos os locais do P.S., sem conhecê-los pessoalmente é difícil identificar a qual categoria profissional o indivíduo pertence e, mesmo que este seja identificado corretamente em relação a sua categoria profissional, não é possível fazê-lo em relação ao nível que ocupa nesta categoria, se trata-se de uma enfermeira de nível superior ou uma auxiliar de enfermagem, um docente ou um residente.

É interessante notar os motivos desta confusão entre os agentes. Nas enfermarias e ambulatórios dificilmente o observador se engana quanto à posição ocupada pelos indivíduos das diferentes categorias. E isto ocorre não apenas pela forma de vestimenta, mas principalmente pelos locais ocupados pelos diversos agentes dentro de cada setor e a fronteira clara do trabalho de cada um. No Pronto-Socorro, devido tanto à quantidade de trabalho quanto ao grau de exigência do trabalho, que imprime um ritmo mais acelerado em comparação aos demais locais, os agentes trabalham de forma mais cooperativa e auxiliam os demais na execução de seus trabalhos.

Naturalmente um não executa o trabalho do outro, pois as fronteiras do conhecimento são bastante delimitadas, mas o médico pode ajudar uma enfermeira segurando o paciente na maca enquanto esta troca os lençóis e esta pode estar presente enquanto este orienta um paciente. Além disso, devido à longa prática em atendimentos emergenciais, as enfermeiras podem passar instruções aos médicos em início de residência que não estejam habituados com o atendimento emergencial, o que nunca é visto em outros locais do hospital.

A troca de informações sobre os pacientes também é feita de forma mais direta, e pudemos observar uma menor queixa da enfermagem lotada no Pronto-Socorro a este respeito. Ou seja, eles não trabalham apenas cooperativamente, mas executam conjuntamente o seu trabalho, ao contrário do que é observado nos demais locais do

hospital, onde este trabalhar conjuntamente só acontece quando se trata de uma necessidade pontual da atividade executada.

2.2.1 Forma de Funcionamento

Os pacientes que buscam atendimento emergencial também podem ser enviados de outras unidades de saúde (postos de saúde, centros de saúde ou hospitais menores) sem recursos para lhes dar o atendimento necessário. Nestes casos a transferência do paciente costuma ser previamente acertada com o Pronto-Socorro (PS), ou com a disciplina médica que irá recebê-lo. Mas a maior parte dos pacientes que buscam atendimento no P.S., o faz por seus próprios meios ou é levado por terceiros, especialmente nos casos de acidentados ou vítimas da violência urbana; não sendo comum, devido à natureza deste tipo de atendimento, paciente oriundos de localidades distantes.

A grande maioria¹ dos pacientes que buscam o P.S., tem suas queixas resolvidas no próprio P.S., ou seja, não necessita de internação hospitalar. Após o atendimento, estes pacientes podem ser dispensados, encaminhados a outros serviços de saúde ou ao próprio hospital para acompanhamento médico. De qualquer forma, seu percurso dentro do hospital limita-se ao Pronto-Socorro ou, no máximo, ao departamento de Raio X.

No entanto, existe um segundo grupo de pacientes cuja gravidade clínica não permite sua alta hospitalar. Assim, quando após consulta médica é constatada a

¹ De um total demais de 61.000 consultas realizadas no P.S. no período compreendido entre janeiro a julho de 1998, foram internados em torno de 6% do total. Obs.: estamos inferindo estes números a partir dos dados de produção fornecidos pelo hospital, que compreende também o P.S. Pediátrico.

necessidade de internação, seja para acompanhamento clínico, seja para intervenção cirúrgica, o paciente deve ser internado em uma das enfermarias destinadas para pacientes emergenciais: a enfermaria do trauma, para pacientes cirúrgicos, ou enfermaria de emergência para os casos clínicos, ou em casos de maior gravidade, para uma das UTIs. Segundo as regras do hospital, o P.S. não é uma unidade de internação, sendo suas instalações inadequadas para uma longa permanência de pacientes.

Uma característica importante do paciente emergencial é o nível de ansiedade com que chega no Pronto-Socorro. Evidentemente, qualquer enfermo ao buscar o atendimento de saúde encontra-se fragilizado e ansioso. A particularidade do paciente que busca o atendimento emergencial é a consideração de que esta queixa deve ser resolvida prontamente. Mesmo um paciente que apresenta uma enfermidade crônica – aqueles cuja enfermidade demanda longos tratamentos –, ao buscar o atendimento emergencial, ele espera uma resposta imediata a um problema específico, oriundo da enfermidade.

O atendimento do P.S. segue a ordem de chegada do paciente. No entanto, devido à natureza do atendimento de urgência, é comum a chegada intempestiva de um caso grave. Naturalmente os pacientes que aguardam o atendimento compreendem a necessidade de antecipar os cuidados aos casos de grande ou maior gravidade. Entretanto, o presenciamento das chegadas contínuas de pacientes graves e a convivência durante a espera por atendimento, com outros indivíduos em sofrimento, eleva o nível da ansiedade das pessoas que estão aguardando consulta.

Além disso, o indivíduo enfermo e seus acompanhantes, apesar de penalizarem-se com os companheiros que também aguardam atendimento, têm uma tendência natural a minimizar o sofrimento do outro em relação ao seu próprio sofrimento, além do desejo de ser atendido e deixar rapidamente o hospital. Esta ansiedade faz com que

se mantenham constantemente atentos em relação aos pacientes que estão sendo atendidos, tentando observar se a equipe do Pronto-Socorro não está transgredindo, injustamente, a ordem de chegada dos pacientes, e interpelando continuamente os funcionários com solicitações.

Porque é difícil lidar com o paciente, eles estão sempre nervosos... além disso o paciente passa por uma consulta com o residente e tem de esperar a decisão do docente... ele não entende porque não é atendido logo... vê vários médicos e espera que um deles lhe atenda, mas pode ser que o médico que vai atender o paciente esteja ocupado e aquele que ele está vendo é de outra especialidade... Tem de informar direito ao paciente o que está acontecendo... a gente tem de estar o tempo todo instruindo...(os médicos e a enfermagem)..(Func. PS).

Uma certa curiosidade mórbida faz parte do comportamento de pacientes e familiares que aguardam atendimento: eles buscam saber o que ‘está acontecendo lá dentro’, ou o que foi que aconteceu com “aquele paciente” grave que foi atendido rapidamente, qual era o motivo de sua gravidade, especialmente nos casos de acidentes. Esta curiosidade leva-os sempre a tentar ‘espionar’ o atendimento que está sendo prestado, além de abordar os funcionários, para obter informações. Isto transtorna o trabalho dos funcionários, que devem se manter vigilantes a fim de que os pacientes não adentrem indevidamente nos locais de atendimento e os obriga a serem ‘firmes’ nas orientações sobre as condutas, o que, evidentemente, é um motivo a mais de desgaste oriundo das condições de trabalho. Não tivemos permissão da comissão de ética do hospital para entrevistar pacientes, a fim de melhor analisar a extensão de suas ansiedades, no entanto, pudemos observar acompanhando o trabalho dos funcionários e por meio das entrevistas com eles, o quanto esta ansiedade do paciente influencia na dinâmica do trabalho e na sociabilidade desenvolvida pelos agentes de saúde.

2.2.2 Atendimento

No Pronto-Socorro o paciente passa por uma avaliação clínica, que pode ser oferecida por médicos de especialidades clínicas diversas, em plantão neste local, e uma vez constatada a necessidade da intervenção de um especialista, o paciente é encaminhado ou no próprio Pronto-Socorro, no caso da necessidade do atendimento especializado ser imediato, ou o médico que prestou o atendimento emergencial pode tomar as condutas necessárias naquele momento e encaminhá-lo para o especialista num segundo momento.

Exemplificando: o chefe de plantão do Pronto-Socorro pode ser da especialidade de infectologia, mas ao deparar-se com um caso cardíaco, ele pode tomar uma conduta de emergência, encaminhando o paciente para o acompanhamento com a cardiologia num segundo momento ou, dependendo da gravidade, o cardiologista de plantão no hospital, que não necessariamente se encontra de plantão no P.S., pode ser chamado a atender aquele caso específico. O mesmo se dá com qualquer outra especialidade médica dependendo da gravidade do paciente, o especialista pode ser chamado a intervir a qualquer momento no Pronto-Socorro.

Por ser um local de atendimento de qualquer tipo de queixa que pede uma resposta imediata, o P.S. depara-se com todos os tipos de casos clínicos (excetuando-se o atendimento materno e infantil, que são feitos no hospital da mulher e no P.S. Pediatria, respectivamente), muitos dos quais precisam da intervenção de mais de um especialista. Nestes casos o P.S. vive as dificuldades, mais que qualquer outro lugar do hospital, de o saber sobre o corpo estar fracionado entre as várias disciplinas médicas.

Em qualquer outro local de atendimento, o paciente é acompanhado por uma disciplina específica: se o paciente ambulatorial necessitar do atendimento de várias

especialidades médicas, ele fará as consultas com cada especialidade separadamente. Por exemplo: um paciente que apresente problemas cardíacos, endócrinos e gastroenterológicos tratará de cada um destes problemas com o(s) médico(s) de cada disciplina separadamente, e cada especialista tomará conhecimento dos procedimentos adotados pelos demais pelas informações oferecidas pelo paciente e por meio do seu prontuário; eventualmente, as disciplinas envolvidas no atendimento podem discutir o caso conjuntamente. No caso de um paciente internado, este sempre o é por uma disciplina específica, que pode durante o tratamento solicitar a avaliação de um outro especialista, sem, no entanto, perder a responsabilidade pela condução geral do paciente.

No P.S. a situação é bastante diversa. Quando o paciente emergencial tem uma moléstia definida, ligada a uma disciplina médica qualquer, apesar de continuar sendo atendido como paciente emergencial, ele passa a ser visto como paciente da disciplina X. Porém, se ao chegar, o paciente necessitar do atendimento de várias especialidades, porém, quando não há proeminência de uma moléstia específica, ele continua a ser tratado como um paciente do P.S., e as diversas especialidades médicas fazem sua conduta para o paciente, sem, no entanto, admiti-lo como um paciente *seu*. Este fato cria uma série de constrangimentos na condução do trabalho do P.S., pois uma vez que *ninguém* é responsável pelo paciente, não há quem oriente precisamente qual a melhor atitude a tomar.

O paciente fica muito fracionado... ninguém se responsabiliza por ele... ele (o paciente) fica abandonado. Os médicos não vêem o paciente, só a doença. Os mais gentis com o paciente são os internos (alunos em treinamento), que não tem pressa e ouvem o que o paciente tem a dizer...o grande problema do hospital-escola é que se discute em torno do paciente como se ele não estivesse aqui...(Func. Assis.PS).

Assim, a equipe do P.S. – o médico responsável pelo plantão, o pessoal de enfermagem e os funcionários administrativos – precisa buscar os médicos das diversas especialidades, para verificar a necessidade ou não de internação, o que fazer frente ao resultado dos exames laboratoriais, qual dieta deve ser oferecida ao paciente.

Esse fracionamento do atendimento ao paciente, que faz com que até mesmo a alta hospitalar seja concedida de forma fracionada, é motivo de constantes atribuições no trabalho e constrangimentos ao paciente. Uma vez que as disciplinas médicas não se responsabilizam pelo paciente, estas passam a conduta necessária quando chamadas pelo médico de plantão no P.S. e voltam às suas atividades em outros locais do hospital, desconsiderando a necessidade retornar ao P.S. e acompanhar as reações do paciente, já que existe no P.S. um outro médico responsável pelo atendimento.

No entanto, o médico de plantão pode constranger-se em modificar a conduta de outro colega e, devido à grande quantidade de trabalho que deve executar, tem pouco tempo para o paciente que já está sendo atendido por duas ou mais especialidades. Aos funcionários administrativos e de enfermagem, o constrangimento também é grande, pois os funcionários administrativos, uma vez que o paciente encontra-se há mais de doze horas em atendimento no P.S., devem providenciar sua internação, internação esta que deve ser de responsabilidade de *algum* médico, que deve assinar o laudo de internação.

Freqüentemente o plantonista do P.S. assina o laudo de internação para cumprir o procedimento protocolar, uma vez que não tem condições de enviar o paciente a uma enfermaria, pois não tem autoridade sobre os leitos das demais especialidades médicas e, uma vez que o paciente não é responsabilidade da *sua* especialidade médica, não há motivos para interná-lo em sua enfermaria.

Às vezes o paciente já está aqui há mais de 24 horas, daí precisa fazer internação..., se não tem leito na retaguarda (enfermaria de emergência), aí ninguém quer dar o leito para o paciente, eles (os médicos) querem deixar o paciente no P.S. para não ocupar um leito de enfermaria.... daí a gente tem de ficar atrás deles (do médico de plantão e do especialista), para ver quem assina o laudo e se o paciente vai ou não subir para o quarto...(Func. Assist.).

Esses problemas oriundos da especialização médica agravam-se no período noturno e nos finais de semana, quando os médicos trabalham em regime de plantão, o que dificulta a localização dos diversos especialistas; além disso, muitas vezes o médico de plantão, por não ter atendido o caso desde o início, evita assumi-lo durante o processo. Nestes casos, freqüentemente o paciente fica internado no P.S. até obter alta hospitalar, no caso de internações curtas – 2 ou 3 dias, ou até que, após negociações com as diferentes disciplinas, uma delas assumia a responsabilidade pelo paciente, nos casos de internações mais longas.

Um motivo de constrangimento no atendimento diz respeito ao *paciente diferenciado*. Paciente diferenciado é, na linguagem do hospital, aquele que por um motivo ou outro se destaca dos demais. Pode tratar-se de um paciente classe média/alta, que, devido ao seu nível de escolaridade e poder aquisitivo, tem melhores condições de discutir condutas e interpelar médicos e enfermeiros de maneira menos subserviente que a maioria dos pacientes; pode tratar-se de um paciente que é parente ou conhecido de alguém do hospital que solicita às equipes de atendimento maior atenção ao seu amigo/familiar ou pode tratar-se de alguma personalidade pública, “um figurão”, alguém que, devido à sua importância social, sempre suscita maior curiosidade e demanda maior atenção por parte da equipe de atendimento, seja para protegê-lo de olhares indiscretos, seja porque há uma pressão social sobre o atendimento dispensado a esta pessoa.

Um outro motivo que também pode destacar o paciente, tornando-o um diferenciado é o caso clínico apresentado. Quando a doença apresentada pelo paciente suscita interesse dos profissionais que o atendem, nestes casos não há constrangimento na equipe de atendimento, pois a ‘diferença’ do paciente apresenta um aspecto de ‘fatalidade’.

Em qualquer dos casos, os pacientes diferenciados por condições sociais, sempre demandam das equipes um *atendimento diferenciado*, pois são pessoas que não se sentem satisfeitas com um atendimento protocolar, sem uma explicação detalhada dos motivos da conduta médica a ser adotada. Além disso, seus acompanhantes, geralmente, mostram-se questionadores a respeito não apenas das condutas médicas, mas também dos procedimentos burocráticos do hospital, exigindo direitos (como o de acompanhar o paciente em qualquer procedimento, visitá-lo a qualquer momento, levar alimentos, bebidas, leituras) raramente solicitadas pelos acompanhantes dos demais pacientes. Estas solicitações exigem sempre uma resposta, resposta esta que a equipe de atendimento nem sempre está preparada para oferecer.

Dessa forma, o paciente diferenciado sempre traz algum tipo de constrangimento à equipe, que pode se mostrar mais polida e hostil ou mais insegura na hora de oferecer informações. Naturalmente, a conduta da equipe de atendimento é influenciada pela forma como o paciente diferenciado se apresenta: quando se trata de pacientes e/ou acompanhantes que mantenham uma atitude arrogante, exigindo muita atenção ou fazendo muitas solicitações, o atendimento pode tornar-se mais protocolar e a equipe pode utilizar-se das regras com mais diligência, a fim de ‘colocá-los em seu lugar’. Nestes casos, o paciente pode receber um atendimento mais *frio* que os demais, e as relações de poder entre paciente e equipe se manifestam na forma de embate.

Porém, quando se trata de alguém 'indicado' por um funcionário do hospital (de qualquer categoria), apesar do constrangimento em ter de dispensar maiores atenções ao paciente, a equipe costuma mostrar-se mais atenciosa, para demonstrar ao companheiro de trabalho que está lhe prestando um favor. Favor este que pode ser um elemento importante de negociação entre os envolvidos nas demais relações de trabalho.

Ninguém gosta do diferenciado... só porque é um figurão, ou tem mais dinheiro ele(s) acha(m) que deve(m) ser tratado(s) melhor... Todos são pacientes iguais, o pobre tem tanto direito de ser atendido quanto eles... Dá raiva quando os médicos ficam de 'rapapés' com estes diferenciados...

Quando (o paciente) é um funcionário, ou da família do funcionário, a gente tenta dar maior atenção... Porque quem trabalha no hospital se preocupa mais, sabe mais das intercorrências possíveis... também ajuda depois no relacionamento com as pessoas... elas ficam agradecidas... às vezes a gente nem conhece a pessoa direito, mas depois da sua internação, acaba ficando amigo...já é difícil trabalhar no hospital, todo mundo trabalha muito e ganha pouco... se a gente não se ajudar, fica pior. (Func. Assis. – PS).

2.3 AMBIENTE POLÍTICO-ORGANIZACIONAL

O Pronto-Socorro, devido à sua importância para o conjunto do hospital, é considerado um núcleo administrativo, que a exemplo dos demais conta com um diretor médico, um diretor administrativo e um diretor de enfermagem. Em relação aos demais núcleos diretores, pudemos perceber certas particularidades na organização do trabalho e a influência deste núcleo diretor – especialmente o diretor administrativo -, em comparação com os demais diretores do hospital.

O funcionamento do P.S. não se atém aos procedimentos burocrático-formais do hospital, pois a busca de solução dos problemas apresentados acontece sempre de forma imediata, seja este um problema de grande monta, ou seja um problema

rotineiro, oriundo da situação de trabalho. Isto acontece não apenas em função da necessidade do serviço, pois evidentemente surgem problemas que pedem respostas imediatas, mas também de uma cultura própria do P.S., onde todas as questões são consideradas importantes e pedem uma resposta rápida.

Atribuimos esta forma de procedimento a dois fatores: a) a necessidade do próprio setor, onde a insegurança devido à natureza do trabalho exige de todos um estado permanente de alerta, e b) a cultura específica deste local, que mais que em qualquer outro prima por uma orientação de condutas adequadas. Esta segunda afirmação não significa que o trabalho no Pronto-Socorro tenha um padrão de qualidade indiscutível – mesmo porque não temos condições de avaliar a qualidade dos serviços prestados – e sim que, neste local, caso não haja um *mote* orientador de conduta carregado de valores morais, o risco de comprometimento do trabalho devido à imperícia, imprudência e mesmo aos preconceitos dos agentes, é infinitamente maior que em outros locais do hospital.

A característica principal do trabalho imediato é a necessidade de prontidão para atender a qualquer caso que apareça, o que faz com que os trabalhadores deste local mantenham-se sempre numa certa expectativa sobre o que lhe reserva o plantão². Assim, não é possível adiar serviços ou deixar de cumprir uma determinada atividade, com a expectativa de que haverá condições de realizá-la em melhores situações num outro momento. A imprevisibilidade da demanda está presente no P.S. mais que em

² Plantão no hospital pode ter vários significados: para os serviços de apoio ou administrativos é considerado plantão aqueles dias ou horários em que a maior parte dos trabalhadores esteja de folga, quando se mantêm funcionários em serviço – seja efetivamente, com a presença física do funcionário, ou através de *bip*, a fim de atender a alguma necessidade imprevista. Nos serviços de assistência, são considerados plantões todos os dias de trabalho, uma vez que independente do horário ou do dia da semana, pacientes internados ou que chegam emergencialmente, devem ser atendidos. Porém, uma vez que parte significativa dos serviços de apoio e assistência não trabalham nos períodos noturnos e nos finais de semana, o que diminui a demanda por atendimento nos serviços de assistência, normalmente nestes períodos há uma redução do contingente de trabalhadores em todos os locais.

qualquer outro local de atendimento, por isso os trabalhadores deste local devem buscar resposta imediata a qualquer problema que surja, como a substituição de funcionários, reposição imediata de medicamentos e/ou equipamentos, encaminhamento de pacientes etc.

Essa necessidade de manutenção de condições de trabalho adequadas para o atendimento de qualquer imprevisto faz com que haja uma manutenção constante das condições de atendimento e influencia nas tomadas de decisões sobre os procedimentos puramente administrativos, que não são dissociados do atendimento ao paciente. Quando um procedimento burocrático, ou relacionamento entre dois setores do hospital, não atende às necessidades de um dos setores envolvidos, geralmente leva-se um certo tempo – que pode variar de dias a meses – para o entendimento entre os setores, ou a mudança formal do procedimento burocrático. Este desenvolvimento ‘normal’ dos problemas organizativos do hospital não atende às necessidades do P.S., onde, normalmente, os diretores (especialmente o administrativo) não aguardam os trâmites e interferem pessoalmente em todos os níveis necessários para ver solucionado um determinado problema.

É interessante comparar essa forma de procedimento administrativo do P.S. com o restante dos serviços do hospital. Apesar da especificidade da organização hospitalar, já mencionada anteriormente, esta mantém procedimentos burocrático-formais para as tomadas de decisões, e as reivindicações dos serviços passam por pareceres de todos os locais envolvidos até ser deferida, ou não, a solicitação. Evidentemente, os serviços interessados em alguma resolução procuram exercer influência sobre os envolvidos, especialmente sobre a administração central, a fim de que esta intervenha a seu favor. O P.S., ao fazer qualquer tipo de reivindicação ou buscar a solução para qualquer problema, não se limita a aguardar os trâmites burocráticos ou influenciar a administração, mas atua positivamente a fim de convencer a todos os envolvidos da

necessidade de suas solicitações, antecipando possíveis entraves e buscando soluções a argumentos dos opositores.

A atuação do P.S. nunca é pautada pela disputa de poder, como geralmente acontece onde os serviços que exercem maior influência conseguem ter resolvidas mais prontamente suas queixas, e sim pela argumentação baseada nas condições de atendimento e trabalho do P.S. Evidentemente, estes argumentos também estão presentes nas reivindicações dos demais setores, mas, poderíamos dizer que, se as tomadas de decisões e as argumentações da organização como um todo buscam sempre ser baseadas na racionalidade e no procedimento legal, as negociações do P.S. são baseadas na dádiva e no caráter missionário do atendimento.

2.3.1 Chefias

Convém explicitarmos o que compreendemos por equipe do P.S., como os próprios atores se identificam. É considerada como 'equipe' o pessoal permanente do P.S., aqueles funcionários – administrativos, de enfermagem, apoio e médicos, que estão lotados no setor, além dos docentes e residentes – que prestam serviços freqüentemente no P.S., pois conseguem manter um trabalho cooperativo com certa satisfação, reduzindo o nível de formalidade nas relações de trabalho.

Residentes, alunos e docentes, que trabalham eventualmente no P.S., não costumam ser vistos como parte da equipe, pois devido à baixa freqüência com que executam atividades nesse local, têm maiores dificuldades em manter relações de cordialidade com a equipe permanente. Para serem considerados como da equipe, é necessário que os docentes, alunos e residentes se insiram na rotina de trabalho desse local e partilhem da mesma cultura e camaradagem aí existentes. Como este

aprendizado da cultura e o estabelecimento de laços levam um tempo para ser adquiridos, os trabalhadores eventuais do P.S. costumam constituir um grupo à parte.

Devemos adiantar que os residentes e alunos sofrem a mesma dificuldade em qualquer ambiente do hospital onde comecem uma nova atividade, dificuldade esta que pode ser atribuída aos seguintes fatores: a residência médica é considerada um período de aprendizado e treino, após a formação generalista obtida pela FCM, o médico residente deverá especializar-se na disciplina por ele escolhida. No entanto, apesar de estar ainda em treinamento, trata-se de um médico, e os médicos são sempre os responsáveis pela conduta dos pacientes, além disso são sempre os residentes de primeiro ano R1, os médicos que mais tempo permanecem nos locais de estágio, sendo que os demais residentes têm maior mobilidade entre os diversos setores onde trabalham³.

Essa situação paradoxal que coloca um aprendiz como responsável pela conduta dos pacientes, cria um grande mal-estar no corpo das equipes, especialmente com a enfermagem que está sempre presente em maior número nos locais de assistência, pois, de um lado, esta categoria devem seguir as orientações do residente e, de outro lado, pelo fato de já estar habituada com os casos clínicos mais freqüentes em seus locais de trabalho, considera-se mais preparada que os recém-formados.

O Pronto-Socorro, devido ao tipo de atendimento oferecido, conta, além da equipe permanente, com médicos especialistas do hospital, que aí cumprem escalas de trabalho, uma vez que os médicos devem atender aos pacientes em todos os locais onde

³Percebemos que em todos os locais que os residentes chegam para iniciar uma nova atividade, estes passam por um certo 'teste' das equipes. Com o tempo o relacionamento entre os residentes e os demais funcionários, especialmente os assistenciais, vai se tornando mais cordial. Esta dificuldade inicial deve-se ao fato de os funcionários, por sua posição hierárquica inferior aos médicos, sentirem-se inseguros com os ingressantes, e ao manterem atitudes hostis para com estes, vai delimitando o espaço de atuação de cada um.

estes se apresentam. Assim, as equipes das diversas disciplinas médicas (docentes e residentes) elaboram escalas de trabalho, distribuídos por períodos (dias, semanas ou meses), na qual cada membro da equipe prestará atendimento prioritariamente, de forma que, geralmente, docentes e residentes passam um determinado período de sua jornada de trabalho mensal ou semanal, dependendo da disciplina médica, no P.S.

É importante observar a importância do prestígio desfrutado pelo grupo diretor em relação tanto à equipe de trabalho dentro do Pronto-Socorro quanto em relação aos demais setores do hospital. O Pronto-Socorro é o local mais nevrálgico do hospital em termos de demandas sociais e pressão por atendimento, pois atende a uma grande quantidade⁴ de pacientes diariamente, pacientes estes que apresentam sempre uma queixa que pede resposta imediata. É rotineira a presença de óbitos em suas dependências, o que evidencia o nível de gravidade de parte dos casos atendidos.

Um outro fator de estresse dentro do P.S é que, além dos problemas clínicos apresentados, este é o setor do hospital que mais presencia indivíduos vítimas da violência e problemas sociais. São vítimas de violência urbana – como assaltos e agressões –, acidentes de trânsito, problemas psiquiátricos dos mais diversos, problemas sociais, como vícios e maus-tratos. Isto torna freqüente a presença de policiais militares nas dependências do Pronto-Socorro a fim de registrarem ocorrências de casos de saúde oriundos da violência urbana. Tal diversidade de casos exige atitudes dos agentes de saúde que extrapolam a função terapêutica, pois freqüentemente eles são obrigados a comunicar às autoridades policiais que seus pacientes são vítimas de crimes, que crianças atendidas são vítimas de violência; devem

⁴ Pelos dados de produção fornecidos pelo hospital, calculamos que o P.S. atende à uma média diária de 289 pessoas. Obs.: a exemplo da nota 5, estes dados estão sendo calculados com base na produção do hospital, o que inclui o P.S. Pediátrico.

ainda buscar auxílios sociais para os pacientes, além de eles próprios – os funcionários do P.S. – sofrerem constantemente ameaças de violência.

Esse grau de pressão vivido cotidianamente pelos funcionários do P.S. faz com que estes considerem o caráter e a personalidade dos diretores como características fundamentais para a necessária prontidão nas tomadas de decisões. Além disso, devido à quantidade de problemas sociais enfrentados, é necessário que a equipe mantenha sempre um bom conhecimento da dimensão das agressões sofridas por aqueles que procuram o P.S. para oferecer-lhes um atendimento o mais isento possível de preconceitos. Ou seja, a necessária isenção de preconceitos dos atores sociais, a fim de oferecer um tratamento objetivo ao paciente, no Pronto-Socorro assume maior importância do que em qualquer outro lugar do hospital.

Evidentemente, parte dos pacientes vítimas de violência necessita do atendimento em outros setores do hospital, causando sempre comoções por onde passam, dependendo do problema vivenciado. De qualquer forma, é no P.S. que eles chegam com uma grande carga emocional, muitas vezes acompanhados de pessoas (familiares ou socorrentes) também ansiosos, exigindo maior tranquilidade daqueles que os atendem.

Nesse sentido, pudemos observar que o papel dos diretores do P.S., em especial a diretora administrativa, que é a pessoa de maior trânsito entre as diversas categorias, ultrapassa em muito as atribuições burocráticas conferidas aos diretores do hospital. Esses diretores, incluindo os chefes e supervisores, têm também para a equipe uma função educativa e tranquilizadora; funcionam como negociadores e buscam sempre minimizar os inevitáveis conflitos e constrangimentos oriundos da natureza do trabalho, além da necessária sensibilidade em estar observando as reações dos funcionários frente aos problemas enfrentados pela equipe.

O pessoal (equipe), não sabe atender direito o usuário..., não chamam ele pelo nome: usam a expressão tio/tia/vó, principalmente a enfermagem... a gente tem de estar sempre falando: olha é uma pessoa doente... ela está sofrendo, tenha paciência (Func. adm.).

A natureza do trabalho emergencial coloca um alto nível de exigência aos trabalhadores. Prontamente, devem tomar decisões quanto à terapêutica a ser adotada nos primeiros socorros, coordenar os trabalhos entre toda a equipe a fim de facilitar o atendimento, fornecer orientações precisas e firmes aos familiares e acompanhantes e deter bom trânsito de informações, tanto dentro do Pronto-Socorro quanto nos demais setores do hospital, que devem ser avisados imediatamente quando surge a necessidade, como o Centro Cirúrgico de emergência, a UTI ou o departamento de Raio X.

Nesse sentido, o papel dos diretores e das chefias intermediárias é extremamente importante, não só para a manutenção do funcionamento do P.S., mas também para a estabilidade das relações de trabalho e manutenção de valores orientadores das condutas profissionais.

Quando a gente avisa a enfermagem que vai subir um paciente, ou pede uma pasta com urgência... qualquer coisa que a gente precisa, bom... então às vezes o pessoal (de outros setores) não quer colaborar... Nem sempre a gente pode explicar tudo, tem muito serviço aqui ... Mas daí fulano e sicrano (chefes), vão lá conversar e explicam as coisas. Sempre ajuda. Quando eles entendem (as dificuldades) as coisas ficam mais fáceis... (Func. adm.)⁵

Em todos os núcleos administrativos, pudemos perceber uma certa proeminência de um diretor em relação aos demais, o que sempre causa um relativo mal-estar na equipe de trabalho. No entanto, geralmente sobressaem-se os diretores-médicos, pela posição hierárquica superior que eles ocupam no hospital e pela influência política que

⁵ Recebemos outros depoimentos semelhantes de funcionários de outras categorias, o que demonstra a necessidade de comunicação entre os setores do ambiente hospitalar.

exercem, seja junto à administração, seja junto ao conjunto dos médicos do hospital. Também há um diretor do P.S. que desfruta de um grande prestígio, tanto dentro do P.S. quanto no resto da instituição.

É importante observar os motivos desse grande prestígio desfrutado por este núcleo diretor e pelo diretor administrativo em particular: trata-se de pessoas consideradas absolutamente idôneas, competentes em suas funções e comprometidas com o serviço público. O diretor administrativo, especialmente, tem em torno de 25 anos de casa e durante esse período sempre foi considerada uma pessoa comprometida com a qualidade do atendimento oferecido ao paciente. Este comprometimento com o serviço prestado, que inclui uma grande abnegação no trabalho, lhe confere um prestígio junto à comunidade, que não se compara ao desfrutado pelos médicos, mesmo os mais influentes em sua área, por tratar-se de um tipo de prestígio diferente: o respeito conferido à comunidade ao diretor administrativo, não se deve apenas à sua competência na condução do setor, mas, especialmente, pela maneira como conduz os problemas vivenciados pelo setor e a sua característica pessoal de agir sempre com tranqüilidade e sem autoritarismo.

Todo mundo gosta deles (os diretores), porque são pessoas que vestem a camisa... fazem tudo pelos pacientes, estão sempre querendo melhorar as coisas... Eu não iria gostar se os diretores fossem desses que só 'cumprem o horário', que aceitam qualquer coisa que a administração diga... Se não brigar, o PS cai aos pedaços...(Func. assis.).

Apesar de considerarmos as características pessoais do diretor administrativo fundamental para compreendermos a orientação moral observado pela equipe do P.S. na condução de seus trabalhos, consideramos que as características do trabalho dos demais diretores do Pronto-Socorro, bem como sua respeitabilidade junto à comunidade hospitalar são fundamentais para a manutenção do bom relacionamento

tanto do P.S. para com os demais serviços do hospital quanto para conseguir a cooperação dos diversos médicos (docentes e residentes) que prestam serviços neste local.

Devido à natureza do trabalho, é fundamental para o atendimento ao público a manutenção de uma atuação cooperativa tanto dentro do Pronto-Socorro quanto com os demais setores do hospital. Isto faz com que a conduta administrativa do P.S. busque resolver qualquer problema que apareça de forma imediata. O esclarecimento da necessidade de certas condutas é feita continuamente, assim como a busca do esclarecimento de todos os conflitos, o que diminui significativamente os problemas de relacionamentos humanos.

Percebemos que os diretores do P.S. mantêm um relacionamento de trabalho bastante cooperativo, criando inclusive laços de amizade, e intervêm de maneira organizada e consensual nos problemas oriundos do processo de trabalho, nas relações interpessoais das diversas categorias, assim como atuam em conjunto nas reivindicações à administração do hospital. Esta solidariedade observada na atuação das diretorias é, naturalmente, um motivo de estabilidade nos relacionamentos da equipe.

Esses diretores, incluindo os chefes e supervisores, têm também uma função educativa e tranquilizadora da equipe, funcionando como negociadores e buscando sempre minimizar os inevitáveis conflitos e constrangimentos oriundos da natureza do trabalho, além da necessária sensibilidade em estar observando as reações dos funcionários frente aos problemas enfrentados pela equipe.

Se, por um lado, o respeito atribuído à diretoria tem um efeito positivo na manutenção do modo de proceder do P.S., por outro lado, faz com as relações de trabalho da equipe permanente tenham sempre um caráter pessoal, o possibilitando que

as características *personais* dos trabalhadores influenciem nas conquistas de espaço e nas negociações e relações de trabalho.

Desta forma, o respeito atribuído à diretoria tem um efeito positivo na manutenção do modo de proceder dos funcionários do P.S., por outro lado, faz com que as relações de trabalho da equipe permanente tenham sempre um caráter pessoal, o que influencia nas conquistas de espaço e nas negociações e relações de trabalho.

(...) a gente sabe quem é mais comprometido com o paciente... tem gente que não é muito atenciosa, então os que atendem melhor sempre se desgastam mais. Os chefes percebem isso, e acabam facilitando as coisas para estas pessoas (os melhores funcionários) quando querem mudar a folga, ou precisam de alguma coisa...Eu acho justo, porque quem trabalha melhor tem de ser valorizado... (Func.assis.).

Como vemos por essa fala, a atitude de valorizar a *qualidade* do atendimento em si é respeitada pela equipe, o que salienta a cultura do grupo de primar pelo atendimento. É interessante notar que esta valorização da atenção do paciente não cria disputas – pelo menos não num nível importante –, e sim constrange os funcionários a comprometerem-se mais com o trabalho, mantendo uma cultura de grupo em que o valor orientador é o atendimento ao paciente.

2.3.2 Relacionamento Entre as Categorias

Observamos que a comunicação entre os médicos e a enfermagem a respeito dos casos clínicos e as terapêuticas adotadas – a discussão do caso – é diretamente proporcional à necessidade de cooperação entre as categorias. Assim, quanto maior a necessidade clínica de cooperação entre as equipes maior o entrosamento entre elas e maior é o respeito conferido pela categoria médica à opinião da enfermagem. Nas

enfermarias onde os casos crônicos são mais observados, as queixas da enfermagem sobre a falta de discussão com os médicos a respeito da terapêutica adotada é mais significativa do que em locais (mesmo enfermarias) onde a imprevisibilidade está mais presente. Podemos inferir daí, que o respeito do médico ao trabalho da enfermagem aumenta na proporção da necessidade de que esta responda prontamente às necessidades terapêuticas, e de sua própria incerteza na condução do caso, em que a opinião da enfermagem pode ajudar a confirmar a melhor atitude a tomar frente ao diagnóstico.

Nas enfermarias e ambulatórios, dificilmente o observador se engana em relação à posição ocupada pelos indivíduos das diferentes categorias profissionais, pois, se, por um lado, todos vestem-se de branco, por outro lado, cada categoria deixa claro qual é a sua função dentro do setor, havendo uma certa ordenação para a entrada *em cena* de cada ator social. Além disso, os médicos – especialmente os residentes – procuram sempre manter o estetoscópio em torno do pescoço, porque esse aparelho, que além da função óbvia de verificar batimentos cardíacos, serve para deixar claro a um estranho qual é a sua função. Por isso, consideramos o uso do estetoscópio como simbólico. Uma afirmação ostensiva da profissão médica, pois é assim que este aparece para o público leigo, quando, efetivamente, as pessoas que mais fazem controle sobre os dados vitais do paciente nas enfermarias – ou as que mais usam o estetoscópio –, são os funcionários de enfermagem.

Um outro fator a considerar é que, apesar do bom relacionamento entre as diretorias, os chefes intermediários – administrativo e de enfermagem – nem sempre trabalham consensualmente, o que mantém os funcionários destas duas categorias em seus locais próprios de atuação, dificultando o entrosamento no trabalho. Isto se deve à forma como é organizado a distribuição de poder nas categorias profissionais dentro do hospital: ao organograma.

Todos os funcionários de apoio ou administrativos do hospital respondem às suas chefias imediatas e aos diretores de seus setores. No entanto, a diretoria de enfermagem tem uma forma particular de organizar a distribuição de poder. Os funcionários da enfermagem respondem aos seus chefes imediatos (enfermeiro chefe) quem responde à diretoria de enfermagem. Aparentemente a forma de distribuição hierárquica é semelhante à das demais categorias, porém, o departamento de enfermagem tem um senso de corporativismo muito forte, o que faz com que o seu comprometimento no trabalho não se direcione especialmente ao seu local de trabalho e sim para com o departamento de enfermagem.

Eu acho que a gente tem de se unir, senão vira 'empregada' de médico. A enfermagem tem um espaço de atuação, é uma profissão, mas se a gente não tomar cuidado os médicos não nos respeitam como profissionais. O departamento (de enfermagem) sempre apoia a gente nesse sentido, está sempre promovendo discussões, educação continuada... (Enf.)

Às vezes a enfermagem faz pirraça, - não põe o paciente em jejum, ou se o médico esquece de prescrever cirurgia que ela sabe que vai ter, ela não prepara o paciente. É muito difícil..., mas elas só respeitam o departamento (de enfermagem), a gente tem que pedir tudo com muito jeito(...). (Doc. cirurgia).

Assim todas as diretoras de enfermagem, distribuídas nos núcleos administrativos, assim como as enfermeiras-chefes, reportam-se principalmente ao departamento de enfermagem em detrimento do setor em que estão lotadas, criando um sentimento de solidariedade especialmente para com a *categoria* e não para com o setor em que trabalham.

Esse sentimento corporativo dessa categoria profissional também está presente no Pronto-Socorro, criando nos funcionários de enfermagem uma situação ambivalente: por um lado, a cultura do P.S. estimula a confiança nas chefias locais e a solução dos problemas pontuais imediatamente, por outro lado, o senso corporativo da enfermagem,

com suas regras próprias de conduta e intervenção do departamento de enfermagem sobre o trabalho dos membros de sua própria categoria, desestimula a cooperação com as demais categorias, especialmente os funcionários administrativos, uma vez que sobre estes a enfermagem não tem ascendência.

A enfermagem orienta o trabalho dos funcionários de apoio e têm suas condutas orientadas pelos médicos. Mas a orientação dos médicos em relação ao trabalho da enfermagem diz respeito apenas às terapêuticas adotadas, sendo a enfermagem a categoria profissional que administra efetivamente os trabalhos. Desta forma, o relacionamento entre estas categorias profissionais (assistenciais) tem um caráter cooperativo, imposto pelas necessidades de inter-relacionamento no trabalho.

Os funcionários administrativos exercem funções pautadas pelos protocolos formais da organização, o que freqüentemente se choca com os imperativos do atendimento. Por não conhecerem as conseqüências do adiamento nos atendimentos diversos e não poderem dimensionar a gravidade dos casos atendidos, esses funcionários procuram mostrar-se o mais cooperativos possível para com as categorias assistenciais, buscando agilizar o atendimento, pois, mais que qualquer outra categoria profissional do P.S, são os funcionários administrativos os que sofrem maior influência do caráter sagrado da distribuição da cura, oferecida pelos funcionários assistenciais.

No entanto, esse sentimento de respeito ao atendimento que é visto como uma dádiva, é atribuído em graus diferentes às diferentes categorias profissionais, sendo os médicos seus maiores receptáculos, o que enciúma a enfermagem. Além disso, o comportamento corporativo da enfermagem e sua atitude controladora em face dos trabalhos executados faz com que estejam sempre interferindo nos trabalhos administrativos, o que, evidentemente, desagrada aos funcionários, que se apegam às suas atividades, fazendo com que as relações entre estas duas categorias sejam menos pautada pela negociação e sim pelo procedimento formal.

O pessoal de assistência consegue exercer muito mais pressão sobre a administração do que os funcionários administrativos, que estão sempre relegados ao segundo plano. Quem não conhece direito o trabalho de assistência, às vezes acha que alguma 'coisa' que eles querem é para melhorar o atendimento, mas muitas vezes não é exatamente para o paciente, é para os próprios funcionários. É claro, que trabalhar em ambiente melhor, facilita o trabalho e também o atendimento, mas isto se aplica também aos funcionários administrativos...mas o respeito dos funcionários administrativos ao trabalho assistencial, os deixa sempre numa posição de subserviência...ficam sempre em segundo plano. (Func. Assist. do P.S.⁶)

Isto faz com que os diretores do P.S. devam sempre estar intermediando o relacionamento entre as duas categorias, e até mesmo junto ao departamento de enfermagem. Além disso, por ser a categoria mais numerosa, os funcionários de enfermagem apresentam mais problemas oriundos de fofocas e mal-entendidos, o que desestimula o relacionamento com os funcionários administrativos.

2.3.2.1. Residentes e contratados

Os conflitos entre os médicos sempre dizem respeito à função de cada um dentro do P.S., o que incorre em conflitos de poder nas tomadas de decisões sobre os procedimentos. Esses conflitos são oriundos tanto das posições hierárquicas diferentes quanto das diferentes concepções sobre como proceder em relação atendimento emergencial. Podemos perceber, especialmente entre os médicos contratados e os residentes, as diferentes lógicas entre o tipo de trabalho médico oferecido pelo hospital-escola e o trabalho típico dos serviços públicos sem função educativa, com os primeiros primando pela discussão exaustiva do caso e os segundos, pelo atendimento rápido.

⁶ Estamos utilizando aleatoriamente os termos chefe e funcionário administrativo, a fim de melhor proteger nossa fonte de informação. Em alguns casos tratam-se de informações oferecidas por um diretor, chefe administrativo ou chefe de enfermagem, mas como estes não existem em grande número, é fácil identificá-los, caso especifiquemos suas funções.

A responsabilidade pelos procedimentos é sempre do chefe de plantão, que pode delegar ou não estas tarefas aos residentes e médicos contratados, que acabam sendo sempre os procurados pela enfermagem, tanto do P.S. quanto das enfermarias, para atenderem as intercorrências, especialmente durante o período noturno. Normalmente, os residentes apenas chamam os chefes que já se recolheram quando sentem inseguros de executar procedimentos, ou seja, em casos muito graves, especialmente os cirúrgicos.

Os médicos contratados têm a única função de prestar atendimento ao paciente e são autônomos o suficiente para adotar procedimentos sem consultar os docentes. São médicos que fazem parte apenas do hospital, não mantendo nenhum vínculo com a FCM. No entanto, a maior parte destes médicos foi residente no HC e mantém uma relação de respeito com a função de ensino do hospital. A atitude destes médicos em geral é manter um trabalho cooperativo, discutindo procedimentos com residentes e respeitando as posições dos docentes, mas, como sua função não é de ensino, podem executar procedimentos que os docentes 'deixariam' para os residentes a fim de que estes fossem aprimorando sua técnica.

Essas atitudes dos contratados acontecem ou por não confiarem totalmente na perícia dos residentes ou porque anseiam por 'tocar serviço', ou seja, atender o mais rapidamente possível os pacientes a fim de manter o P.S. o mais vazio possível. Estas atitudes agradam o pessoal de enfermagem e aos servidores administrativos, que estimulam a agilidade no atendimento, e criam ressentimentos nos residentes, que querem participar do atendimento ao paciente. Além disso, os médicos do P.S. têm uma lógica de atendimento diferente dos residentes, ou mesmo dos docentes. Os contratados querem resolver o problema do paciente imediatamente, enquanto, devido ao fato de ser um hospital-escola, docentes e residentes buscam a investigação da moléstia. Estas lógicas distintas na indicação terapêutica são as maiores responsáveis pelo mal-estar entre os médicos, especialmente os residentes.

O anseio dos residentes em observar calmamente as moléstias, verificando as implicações possíveis das diversas terapêuticas, assim como o desejo de adotarem procedimentos pouco usuais e, por isso mesmo, interessantes do ponto de vista do treinamento pessoal, esbarram necessariamente na experiência e lógica de atendimento dos médicos contratados, já habituados aos procedimentos emergenciais.

Por conhecerem melhor os problemas da saúde pública, que não oferece condições de tratamento adequadas à população, assim como as condições sociais dos pacientes, que raramente podem investir grandes somas na compra de medicamentos sofisticados e dispor de tempo para tratamentos prolongados, a opção terapêutica dos médicos habituados aos problemas de saúde pública é oferecer tratamentos que surtam efeito num curto espaço de tempo e sob menor custo possível, a fim de devolver o paciente ao seu convívio social. Já a lógica acadêmica é oferecer tratamentos que sejam mais adequados, no longo prazo e que ofereçam menores riscos de efeitos colaterais.

Um exemplo disso pode ser percebido na emissão das receitas de medicamentos. Normalmente para as patologias mais comuns, especialmente as infecções, existe um leque de opções medicamentosas que podem ser utilizadas. As diferenças entre estas opções estão na forma de administração, em seu efeito de espectro geral (se abrange um grande número bactérias, ou uma especificamente) e os efeitos colaterais possíveis. As drogas mais modernas e adequadas do ponto de vista médico são sempre as mais caras e podem exigir tratamentos complementares, enquanto as mais baratas costumam oferecer maiores efeitos colaterais.

Ao indicar uma terapêutica ao paciente, um médico experiente sabe que não adianta receitar um medicamento muito caro, caso o paciente não o consiga nas farmácias públicas, mesmo que este seja o mais moderno, pois o ele não irá comprá-lo, dado sua falta de condições financeiras. Neste caso, o médico considera como melhor opção receitar um medicamento mais barato, que responda à queixa do paciente e que

ele tenha condições de adquiri-lo, mesmo que sua administração seja mais desagradável – via injetável, por exemplo.

Os residentes não tem idéia das diferenças de preços, tem muita propaganda de medicamentos nas revistas médicas... eles estão sempre sendo bombardeados com novidades. O trabalho nos ambulatorios, direto com o paciente vai ensinando a eles a 'realidade'. (...) a profissão (médica) não tem o nível de exatidão de outras disciplinas. Para ser um bom médico, depende de sua própria experiência, precisa 'ouvir' o doente. (Docente da cirurgia).

O hospital compra medicamentos pelo principio ativo e, ganha a concorrência a empresa que vender mais barato. Mas os médicos receitam pelo nome genérico e às vezes pedem um remédio que tem no hospital, só que com outro nome. Eles não entendem as diferenças de preços... (Func. Adm. Farmácia)

Essas diferentes lógicas de atendimento no Pronto-Socorro não chegam a causar uma situação de conflito aberto, pois todos devem sempre respeitar a conduta indicada pelo chefe de plantão. Quando o chefe de plantão é o docente, este explica aos residentes os motivos das opções e vai introduzindo-os nos terríveis problemas sociais que a profissão médica deve enfrentar; quando se trata de um médico contratado, os residentes aceitam a conduta proposta, pois é ele o responsável pelo paciente, e o respeito hierárquico deve ser mantido. O que não elimina as insatisfações dos residentes.

2.4 APROPRIAÇÃO DOS ESPAÇOS

Uma vez constatada a necessidade de internação dos pacientes, a equipe do P.S. vê-se às voltas com uma série de problemas para o atendimento, devido à falta de leitos (na verdade um problema do sistema de saúde brasileiro, sendo o hospital apenas uma

das peças deste sistema precário). Apesar de a permanência de pacientes superior a doze horas caracterizar a sua internação, é comum observarmos pacientes internados no P.S. por 2, 3 ou mais dias, devido à insuficiência de leitos. É este fato o grande responsável por uma série de conflitos vívidos pela equipe do P.S., tanto dentro do próprio serviço quanto nos relacionamentos com outros setores do hospital.

Essa situação traz constrangimentos aos pacientes e à equipe de saúde que, além do estresse pelo convívio com o grande aporte de pessoas, tem que administrar as angústias e ansiedades dos pacientes, pois estes quando sabem não ser possível obter alta hospitalar anseiam para serem internados em enfermaria. Além disso, os familiares também pressionam a equipe do P.S. para conseguir um atendimento mais adequado para os seus entes queridos.

A quantidade de pacientes para a exigüidade de leito faz com que exista no interior do H.C., toda uma dinâmica de negociação. Quando decorridas doze horas de permanência do paciente no P.S., a equipe de plantão, especialmente as enfermeiras, começam a pressionar o médico (ou equipe) responsável para conseguir uma internação adequada ao paciente (em enfermaria); o médico pressionado percorre o hospital em busca de leito.

O hospital conta com duas enfermarias para atendimento emergencial: a enfermaria de emergências clínicas e a de emergências cirúrgicas, assim como as UTIs, que também recebem pacientes emergenciais. No entanto, os leitos somados destas duas enfermarias raramente são suficientes para atender à quantidade de pacientes que diariamente aporta no P.S.

As enfermarias e os leitos são divididos entre as especialidades, de forma que, não encontrando leito nas enfermarias emergenciais ou em sua própria enfermaria (devido à especialização da medicina o paciente é sempre acompanhado por um

especialista, que naturalmente tem o seu lugar no hospital, ou seja uma enfermaria correspondente à sua especialidade), o médico começa a “negociar” o leito com outro médico de outra especialidade. Esta negociação sempre inclui a promessa de liberação do leito em um determinado prazo, prazo este que quando esgotado, se o paciente ainda não tiver condição de receber alta, e o ‘devedor’ do leito não tiver como oferecer um outro, cria sempre um mal-estar entre os ‘negociadores’.

A falta de leito para o paciente do P.S. e os conflitos gerados por ele levou a administração a informatizar a internação e criar um sistema de ‘bloqueio do leito’, de forma que a disciplina não pode internar outro paciente enquanto não acomodar aquele que aguarda no P.S. Exemplificando: se no P.S. há um paciente internado e este paciente está sendo atendido pela neurocirurgia, o primeiro leito que vagar ou na enfermaria de emergências cirúrgicas ou na enfermaria de neurocirurgia fica reservado a esse paciente, assim, caso a disciplina neurocirurgia conceda alta para um paciente, ela não pode internar um outro enquanto não acomodar seu paciente do P.S.

No caso do paciente do P.S. ser encaminhado para a cirurgia de urgência (paciente que dá entrada no P.S. e deve ser operado imediatamente) a situação é um pouco diversa, mas não menos angustiante, pois o paciente uma vez operado não pode (e não deve) retornar ao P.S., e apesar das constantes investidas dos cirurgiões em devolver o paciente ao P.S. por não encontrar leito em enfermaria, a equipe do P.S. sempre resiste em recebê-los do pós-operatório, assim como não recebe pacientes das enfermarias.

Desta forma, o cirurgião, terminada a cirurgia emergencial, precisa encontrar um leito para o paciente, e uma vez que não haja vagas nas enfermarias emergenciais, o paciente acaba ocupando qualquer leito vago; o que evidentemente traz toda uma sorte de transtornos e conflitos, uma vez que o ‘dono’ do leito ocupado já tinha em vistas um

outro destino a ele, ou seja, um paciente agendado para a internação, para o qual se deverá encontrar um outro leito.

A falta de leitos é um problema tão angustiante para alguns médicos, que estes deixam de conceder alta Hospitalar -AH- ao paciente internado, enquanto não houver um outro para substituí-lo, ou internar o paciente para mantê-lo dias esperando a cirurgia. Isso ocorre principalmente nos finais de semana, quando a chance de manter o leito vago e encontrá-lo ocupado na segunda-feira acentua-se. Esta observação foi feita de forma cautelosa por funcionários assistenciais, que 'suspeitam' que alguns pacientes ficam internados no fim de semana quando poderiam ter recebido alta. No entanto, devido à especialização do saber clínico e à pequena comunicação existente ente os médicos e o pessoal assistencial, os segundos sentem-se inseguros em questionar as atitudes dos médicos, e estes não admitiriam tal prática por ser eticamente e clinicamente condenável. Naturalmente não temos condições de avaliar a necessidade de internação dos pacientes.

O P.S., apesar do pouco espaço disponível, mantém uma sala para os médicos e outra para a enfermagem, e é interessante notar o contraste entre esses locais. A sala dos médicos encontra-se num dos lados do P.S., após um pequeno corredor onde ficam as salas da administração e pode-se considerá-la relativamente distante da balbúrdia do local de atendimento. Conta com sofás e uma televisão e é o local de descanso dos médicos, quando não são requisitados para atendimento.

A sala da enfermagem é menor e envidraçada e está localizada no meio do P.S. No entanto, o maior contraste entre a sala dos médicos com a sala da enfermagem não é o tamanho ou o conforto e sim a forma como estas salas são utilizadas. A sala da enfermagem é uma sala de trabalho da enfermagem, onde são passadas as ordens do dia, discutida a distribuição das tarefas, organizadas suas escalas de plantão, verificada

as intercorrências e problemas durante o plantão etc. Além disso, é uma sala onde todas as categorias, especialmente as assistenciais – médicos, enfermeiros, técnicos etc. – se encontram. Conta apenas com escrivaninha, cadeiras e bancos. É uma sala onde médicos podem adentrar tranqüilamente mantendo uma certa camaradagem com o pessoal de enfermagem. O mesmo não acontece na sala dos médicos; o estar médico inspira respeito, somente aí se adentra se houver algo importante para se dizer.

2.5 RELAÇÃO COM OUTROS SETORES

Ao observarmos a dinâmica de funcionamento do P.S., chama a atenção o fato de ser um setor que sofre uma grande pressão externa, sob constante ameaça de violência, trabalha num ritmo acelerado, mantém relacionamentos conflituosos com os setores com os quais se relacionam e, no entanto, os trabalhadores conseguem manter um bom nível de cooperação e relativa satisfação no trabalho. Porém, a solidariedade é conseguida apenas com os colegas da mesma categoria, mas se mostram satisfeitos com chefias, sendo suas queixas direcionadas à administração que não melhora as condições de trabalho e com os demais setores que consideram não serem eficientes ou compreensivos, quando deles necessitam.

A comunidade hospitalar considera o P.S. como o lugar mais estressante do hospital. No entanto, um olhar atento perceberá que, apesar de o P.S., devido ao tipo de atendimento oferecido e aos problemas vividos pela pressão da clientela, exigir dos seus trabalhadores uma grande agilidade, tanto nas decisões tomadas quanto um cumprimento absolutamente pontual das tarefas executadas, o ‘clima’ de trabalho entre os companheiros de serviço parece ser mais agradável que em outros setores.

Não pretendemos com esta observação amenizar as dificuldades vividas pelos funcionários do P.S., no entanto é importante observar que devido mesmo a esta situação de premência no cumprimento das tarefas, a equipe do Pronto-Socorro desenvolve uma sociabilidade peculiar.

A tensão inerente ao trabalho, aliada à constante ameaça de violência por parte de pacientes e familiares (é comum a equipe do P.S. receber ameaças por parte da clientela, que já chega ao hospital num estado de grande ansiedade e, devido à demora no atendimento, não consegue controlar-se investindo contra o pessoal que presta atendimento – já houve episódios de pacientes e familiares quebrarem portas e cadeiras, em arroubos de histeria), faz com que a equipe do Pronto-Socorro mantenha uma grande solidariedade entre seus membros.

Essa solidariedade manifesta-se espontaneamente. Quando a equipe observa que um de seus membros está sobrecarregado de trabalho, ou sob grande tensão, os demais organizam-se para auxiliá-lo. Esta atitude acaba tendo uma característica funcional para todo o setor, pois ao aliviarem-se mutuamente, tanto em relação à carga de trabalho quanto em relação às ansiedades vividas no processo de trabalho, conseguem que todos os membros mantenham um bom ritmo de trabalho.

Os pacientes que aportam no P.S. apresentam características distintas que demandam formas diferenciadas de intervenção. Recebem pacientes em estado gravíssimo, com infartos e acidentes vasculares cerebrais; acidentados de todos os tipos: domésticos, de trânsito, brigas, assaltos, violências sexuais (inclusive a crianças), pacientes psiquiátricos, além de pacientes com patologias simples, como gripes e resfriados ou pequenos mal-estar. Além disso, a presença de pessoas que não fazem parte da equipe do P.S., como é o caso da Polícia Militar e sobre as quais esta deve manter constante vigilância, para não intervirem inadequadamente nas condutas dos pacientes, também mantém a equipe sob constante sobreaviso.

Devido a todo esse processo de trabalho, os funcionários do P.S. têm dificuldades em aceitar que os demais setores do hospital também vivam problemas oriundos do atendimento. Consideram os diferentes ritmos de trabalho nos demais locais e as diferentes lógicas de atuação como “enrolação”, tendo dificuldade em aceitar que as solicitações feitas a outros setores não possam ser prontamente atendidas.

Nesse sentido, os funcionários do P.S. vêem a si mesmo com um certo estoicismo. Orgulham-se de ser capazes de trabalhar em situações adversas e não buscam relacionar-se com funcionários de outros setores. Quando perguntados se gostariam de mudar de setor, as respostas são sempre negativas, pois consideram que os chefes e funcionários dos outros locais têm uma série de características negativas, características estas que não chegam a apontar diretamente, mas que podemos perceber tratar-se de pusilânimidade, descaso, fofoca etc. Em relação, às chefias (administrativa, de enfermagem e médica), as equipes do P.S. demonstram uma grande satisfação, considerando-as pessoas sérias e “humanas”, da mesma maneira que demonstram satisfação com os colegas de trabalho, estando todas as queixas direcionadas às condições de trabalho.

Atribuímos esta grande solidariedade verificada nas relações de trabalho no Pronto-Socorro ao relativo isolamento deste setor dos demais setores do hospital, com os quais os relacionamentos de trabalho apresentam sempre uma certa tensão, devido às diferentes lógicas de funcionamento (o P.S. quer sempre uma resposta imediata, e os demais setores trabalham sempre seguindo suas própria normas de conduta, que nem sempre permite responder ao P.S., na velocidade que este deseja) e à constante ameaça externa pelo grande aporte de pacientes.

Assim, para fazer frente à hostilidade externa causada pela ansiedade e solicitações dos pacientes, e as grandes dificuldades de comunicação com os demais

setores da organização, a equipe do P.S. cria um tipo de sociabilidade ímpar, que se, por um lado, não chega a ser um relacionamento de tipo familiar, por outro lado, consegue uma grande cordialidade nos relacionamentos.

Por viverem uma mesma situação de trabalho, os funcionários do P.S. têm dificuldade em formular queixas de seus companheiros; isso acontece por trabalharem num ambiente em que a pressão externa é muito grande, então as dificuldades surgidas nos relacionamentos entre categorias diferentes são justificadas pelo estresse vividos por todos. No entanto, as diferenças de poder e prestígio são mantidas, e podemos observá-la na apropriação dos espaços.

CAPÍTULO 3

CENTRO CIRÚRGICO CENTRAL

Ao fazermos a escolha dos locais a serem analisados mais detidamente - os serviços sociologicamente relevante - utilizamos os critérios, já mencionados no capítulo metodológico, de escolher locais significativos para a análise de um tipo particular de sociabilidade. O Centro Cirúrgico Central - CCC - foi um dos locais escolhidos, por apresentar um caso típico de relações de trabalho, onde os conflitos e consensos são construídos a partir dos diversos saberes profissionais. No CCC, mais que em qualquer outro local do hospital, a forma como as diversas categorias profissionais vêem o paciente, a partir de seu saber profissional, condiciona a sociabilidade vivida.

Nesse local, trabalham, conjuntamente, médicos de várias especialidades cirúrgicas, anestésicas, enfermeiros de todos os níveis, técnicos diversos (raio X, laboratório, perfusionistas etc.), pessoal de limpeza e em menor número, mas não menos importante, funcionários administrativos.

Cada categoria profissional tem uma maneira própria de conceber o paciente e o seu trabalho no hospital e as diferenças entre estes saberes fazem do CCC palco privilegiado de análise de como, devido aos saberes distintos, os conflitos e consensos se manifestam e se resolvem. O conhecimento técnico-formal dos diversos profissionais faz com que suas fronteiras de atuação sejam claramente definidas, não se permitindo nenhum tipo de invasão por parte dos demais. Melhor dizendo, a identidade profissional, aliada a um elevado senso do lugar de atuação de cada categoria, estabelece fronteiras rígidas para a execução do trabalho de cada profissional.

Ao contrário do que possa parecer, em outros locais de assistência, o contraste na forma de agir, de conceber o paciente e especialmente os conflitos oriundos destas diferenças não são tão evidentes quanto no centro cirúrgico. Isto se deve a diversos fatores:

1º) A inexistência no interior do centro cirúrgico de indivíduos estranhos a este, por tratar-se de um local fechado¹ onde somente é permitida a entrada de pessoas que aí trabalham. Os relacionamentos estabelecidos entre o CCC e os demais setores do hospital acontecem pelo telefone, ou por meio de recebimento e de entrega de comunicado, materiais e pacientes, onde esta 'troca' é estabelecida apenas pelo gesto formal, de forma que podemos considerar o CCC como um setor que mantém certas características de instituição total.

2º) A forma como o paciente se apresenta; pois o tempo em que este se encontra acordado e interagindo no centro cirúrgico é muito pequeno, uma vez que ao chegar no centro cirúrgico geralmente recebe medicações que o mantém sonolento a fim de prepará-los para a anestesia e quando cessa o efeito da anestesia é enviado de volta ao seu leito hospitalar. Neste caso o paciente enquanto indivíduo não se manifesta, tornando-se, de certa maneira, apenas num objeto passível de intervenção.

No entanto, o aspecto que consideramos mais importante para a análise da forma de relacionamento desses atores é que neste local a atuação profissional está sempre em

¹Erving Goffmann, em seu estudo sobre manicômios, prisões e conventos, cria o conceito de Instituição Total, em que uma forma particular de ordenação dos membros da instituição condicionaria os comportamentos, pela mortificação do *eu*. Naturalmente, o CCC não tem esta característica, uma vez que os indivíduos que aí trabalham ou são atendidos, tem outras esferas de vida social; porém, por tratar-se de um local fechado, onde apenas os membros das equipes podem adentrar, mantém muitas das características elencadas por Goffman de instituição total.

evidência para os demais membros do setor, onde em sua ação cada ator sente-se em observação constante: observação esta que, devido à necessidade de eficácia do ato terapêutico, mantém as representações dos agentes o mais protocolar possível. Ou seja, os atores sociais mantêm-se numa atitude de grande concentração sobre o ato desempenhado a fim de que este não seja passível de críticas pelos demais atores sociais.

É um tipo de trabalho muito exposto aos olhares das equipes, pois todo procedimento cirúrgico do pré-operatório ao pós-operatório conta com a participação de diversos profissionais, ao contrário de outros locais, onde os diversos profissionais têm o momento certo de intervir com o paciente, havendo um certo revezamento entre as atividades de cada categoria profissional. Não há bastidores, mas há o momento certo de atuação de cada membro, de forma que a perícia profissional está sempre exposta.

Assim, no ambulatório o momento da consulta médica é um momento de interação entre o médico e o paciente, sendo a presença da enfermagem apenas verificada quando solicitada pelo médico, ou ao contrário, as atividades de enfermagem somente contam com a participação dos médicos quando esta se faz necessária. Isso ocorre da mesma maneira nas enfermarias, quando presente nas visitas médicas aos pacientes, as enfermeiras limitam-se a fornecer informações ou auxiliar em alguns procedimentos quando estes se fazem necessários, mantendo-se em atitude de recolhimento, de forma a conceder toda liberdade para a atuação médica.

Então, os cuidados de enfermagem nos ambulatórios, enfermarias e demais locais de assistência, têm o seu momento próprio para acontecer, momento este em que a enfermagem controla totalmente o seu próprio trabalho, da mesma maneira que os médicos no atendimento. Os cuidados de enfermagem, ou demais profissionais de saúde, são feitos antes ou após a presença dos médicos junto aos pacientes, e a atuação conjunta destas equipes, quando se trata de um procedimento que a exija, a dualidade

mando-obediência é sempre observada, abstendo-se a enfermagem de discutir qualquer procedimento na presença dos pacientes. Além disso, as regras protocolares desses locais são menos rígidas do que as observadas no centro cirúrgico, havendo sempre um espaço maior para a negociação entre as diversas equipes e as diversas categorias.

Usando uma linguagem goffmaniana, podemos inferir que, nos demais locais de assistência, cada ator tem seu próprio momento de entrar em cena, sendo que todos conhecem os momentos de colocar-se em evidência ou atuar de forma coadjuvante. No centro cirúrgico, todos podem ser considerados como atores principais dos dramas desenvolvidos, uma vez que os momentos de atuação, guardadas as diferenças dos papéis, são sempre concomitantes. Assim, se o momento da cirurgia é o momento da atuação dos médicos cirurgiões por excelência, a atuação dos médicos anestesistas e das enfermeiras auxiliares não é periférica, sendo seu papel fundamental para o andamento adequado do procedimento, e não há um diretor de cena, pois os papéis são previamente definidos.

Nesse sentido, todos os atores do CCC, por conhecerem profundamente a importância de sua atuação, são muito ciosos de todos os aspectos dessa, exercem uma vigilância permanente tanto sobre a sua conduta quanto a dos demais. O respeito hierárquico é bastante acentuado neste local, o que não impede, porém, que um funcionário do mais baixo escalão hierárquico alerte um médico graduado sobre a necessidade de observar os protocolos de atendimento. Assim, uma auxiliar de enfermagem pode mostrar-se indignada se um médico, por maior que seja sua graduação, não observar as regras de assepsia ou fizer algum comentário ligeiramente jocoso sobre algum aspecto do caso que está atendendo.

É importante notar o alto nível de conduta ética e moral observado para com os pacientes neste local. Naturalmente, é desejado que em todos os ambientes hospitalares este nível de conduta mantenha-se elevado, no entanto, não devemos esquecer que o centro cirúrgico é um local fechado, onde o paciente encontra-se sempre adormecido

(ou anestesiado) e onde qualquer exposição física ou comentários que se fizer a seu respeito não chegará ao seu conhecimento, o que poderia levar a um maior *relaxamento* nas condutas éticas.

Todas as equipes que trabalham no centro cirúrgico, em especial a enfermagem, procuram manter uma forma de atendimento ao paciente de maneira a lhe trazer o menor constrangimento possível, evitando exposições físicas do mesmo, e absoluta discrição tanto no trato para com o paciente quanto sobre qualquer comentário que este possa fazer inconscientemente. Este procedimento não diz respeito apenas à conduta ética-moral reservada para o paciente, mas também ao fato de os atores estarem sempre sob o julgamento das demais equipes, o que os mantém numa conduta sempre comedida ou ensaiada, uma vez que seus atos estão sempre sob julgamento dos demais.

O paciente não interfere no Centro cirúrgico não interfere na sua ação, então é a sua consciência que manda na hora em que você está cuidando dele. r...quando é um caso que atrai curiosidade (aleijões, pessoas muito belas ou feias), então a gente toma mais cuidado ainda, procura sempre cobrir o paciente...a mesma coisa com gente que fica espiando a cirurgia, se é um interesse pelo procedimento, tudo bem...mas se é alguém que não tem nada que fazer ali (pessoal de limpeza e manutenção ou funcionários administrativos), todo mundo - médicos e enfermeiras - deixa claro que ali não é lugar de ficar (olhando através dos vidros das salas cirúrgicas), então todo mundo respeita o paciente.(Func. Enf).

3.1 FUNÇÃO DO CCC

O HC conta com três Centros Cirúrgicos : O Centro Cirúrgico Central - CCC -, onde são realizadas as cirúrgicas eletivas de médio e grande porte, ou seja, cirurgias previamente marcadas que normalmente exigem a internação do paciente e/ou equipamentos e procedimentos mais sofisticados; o Centro Cirúrgico de Urgência - CCU – que, como o nome já diz, é reservado para cirurgias emergenciais, que por algum motivo clínico não podem aguardar o agendamento no CCC e, por último, o

Centro Cirúrgico Ambulatorial – CCA –, reservado a cirurgias de pequena complexidade que não demandem anestésias de longa duração.

O CCA, a exemplo dos demais, tanto pode atender internados ou não, sendo mais comum o atendimento de pacientes cuja terapêutica ou estado clínico não exija longos períodos de internação ou observação.

Neste Centro Cirúrgico, os médicos estão de acordo sobre os tipos de casos que podem ser atendidos, e aceitam que somente podem operar com os recursos disponíveis neste local. Caso haja necessidade de cooperação mais sofisticada de outros profissionais (anestésistas, perfusionistas, exames laboratoriais rápidos etc.), ou de salas cirúrgicas melhor equipadas, os cirurgiões estão cientes que devem procurar o CCC. Para o interesse de nosso trabalho, os problemas de sociabilidade vividos com maior frequência neste local são devidos a intercorrências clínicas, quando, ocasionalmente, os pacientes demandem necessidade não prevista de internação, sendo que os fenômenos de relacionamento no trabalho aí desenvolvidos, apresentam-se de forma mais aguda em locais que estamos analisando mais pormenorizadamente.

O CCU é destinado a um tipo de intervenção específica: a emergencial. Devido às características do tipo de atendimento prestado por este Centro Cirúrgico, são mantidas equipes de plantão permanente. Os maiores conflitos de trabalho vividos neste ambiente ocorrem pela capacidade limitada de atendimento oferecido pelo hospital. Melhor dizendo, uma vez que não conseguem atender a todos seus pacientes com a presteza que desejariam, os cirurgiões tentam, ocasionalmente, operar pacientes internados que estão aguardando cirurgias eletivas, mas cujo caso apresenta-se grave. Esta estratégia utilizada pelos cirurgiões esbarra sempre na resistência dos anestésistas, que somente consentem uma cirurgia emergencial, quando esta realmente se faz necessária.

A busca incessante dos cirurgiões por condições para operar seus pacientes, é fonte de grande mal-estar em seus relacionamentos com os anestésistas, pois de um

lado os cirurgiões buscam otimizar todo o tempo (ou salas cirúrgicas) disponíveis e vêm a recusa dos anestesistas em aceitar cirurgias que podem aguardar uma sala no CCC como “quebrada de mão”, ou seja, como preguiça ou má vontade, sentindo-se indignados pelo que consideram falta de colaboração dos anestesistas em agilizar o atendimento. Por outro lado, os anestesistas em plantão no CCU mantêm uma rotina de trabalho muito intensa e o CCU tem, naturalmente, uma capacidade limitada de atendimento devendo manter sempre condições de socorro para casos que podem chegar repentinamente.

Na visão dos anestesistas, os cirurgiões devem sempre buscar atender seus pacientes da forma mais adequada, que seria no CCC, e, em alguns casos, sentem-se indignados com o que consideram uma espécie de ‘trapaça’ dos cirurgiões, que utilizam seu tempo disponível no CCC para pacientes menos urgente, com a finalidade de operar casos mais prementes no CCU. No entanto, apesar do constante mal-estar causado por estas concepções diferentes do uso das salas cirúrgicas no CCU, o entendimento sempre acontece quando a gravidade do paciente é comprovada, ou quando a solicitação é feita num dia que apresente poucos pacientes aguardando cirurgia, com uma rotina tranqüila que mantenha capacidade ociosa no CCU. A negociação entre as equipes é um fator fundamental para o atendimento ou não do paciente, e, esta negociação depende basicamente dos atores envolvidos, de seu grau de prestígio desfrutado no conjunto da organização.

Um outro fator importante para o CCU atender ou não a solicitação dos cirurgiões nestes casos “semi-emergenciais”², depende do interesse do anestesista de

² Estamos utilizando este termo “semi-emergencial” a fim de distingui-los das emergências de fato. Não temos, evidentemente, condições de avaliar a real urgência de cada um dos casos que causam controvérsia no CCU, no entanto, percebemos que os médicos estabelecem uma espécie de “hierarquia” entre os casos que devem ser atendidos imediatamente e os que podem aguardar algumas horas ou poucos dias. Esta hierarquia, apesar de ser sempre motivo de controvérsia entre cirurgiões e anestesistas, apresenta sempre um ponto de concordância, a partir de argumentação, ou seja, a disciplina “vencedora” da discussão travada sobre o momento de executar o procedimento cirúrgico, consegue “convencer” a

plantão. Em geral os residentes (de todas as especialidades, incluindo a anestesia) têm grande interesse em atender o máximo de casos possíveis, a fim de aprimorar-se tecnicamente: então se o docente, ou chefe de plantão da anestesia, confia que os residentes podem conduzir sozinhos aquele procedimento, a cirurgia pode ser consentida.

Como vimos rapidamente, os maiores conflitos vividos no CCU e no CCA, a exemplo dos demais setores do hospital, novamente referem-se à capacidade limitada de atendimento oferecida pelo hospital, que confere a seus trabalhadores grandes angústias devido ao desejo de atender aos pacientes e a impossibilidade de fazê-lo adequadamente. Como este tipo de problema é comum no dia-a-dia do hospital e já discutimos seu efeito nas angústias vividas pelo pessoal do P.S., dado os limites deste trabalho, não discutiremos pormenorizadamente a sociabilidade vivida nestes locais, uma vez que neste trabalho não iremos tratar de todos os setores do hospital. Estes departamentos – CCA e CCU somente foram elencados na narrativa com a finalidade de mostrar ao leitor que o hospital conta com locais próprios para o atendimento de cirurgias de urgência e de pequena complexidade, apesar de o Centro Cirúrgico Central observar uma grande quantidade de cirurgias de urgência.

Isto se deve ao fato de o CCU ter um tamanho muito inferior que o Centro Cirúrgico Central, e de, durante os trabalhos no dia-a-dia, as equipes cirúrgicas serem obrigadas pela demanda a mudar sua agenda operatória do dia. Exemplificando: a equipe da oftalmologia pode estar preparada para operar o paciente X, no entanto, aparece um paciente Y de maior gravidade. Devido à capacidade limitada do CCU, ao

outra dos motivos para se efetuar ou não a cirurgia e apesar da insatisfação causada por este convencimento, uma vez feito o entendimento, não se discute mais o assunto. Melhor dizendo: se a equipe cirúrgica consegue convencer a equipe anestésica da real necessidade da cirurgia, esta autorizará sua execução e fará o seu trabalho sem causar constrangimentos à equipe cirúrgica e, por outro lado, se a equipe anestésica mostrar que tem outras urgências a serem atendidas, satisfeitos ou não a equipe cirúrgica aguardará o momento adequado para trazer de volta aquele caso, ou enviá-lo ao CCC.

fato de ser a mesma equipe responsável por ambos os pacientes e a existência de uma sala cirúrgica para esta disciplina no CCC, a disciplina pode trocar o paciente que pretendia operar, ocupando o senhor Y o lugar do senhor X.

3.2 AMBIENTE POLÍTICO ORGANIZACIONAL

CCC é considerado no organograma do hospital como um núcleo administrativo e, a exemplo dos demais núcleos, conta com três diretores: um diretor médico – cargo que sempre é ocupado por um cirurgião –, um diretor de enfermagem e um diretor administrativo. É interessante notar que a disciplina médica de presença obrigatória no CCC é a anestesiologia, sendo que esta disciplina, apesar de ter um papel de destaque na política do CCC não foi nos últimos dez anos convidada a compor o núcleo administrativo do CCC.

A resposta dos anestesistas sobre o motivo desta ausência refere-se à composição dos grupos políticos no hospital, que seria formado por clínicos e cirurgiões e dos quais estariam alijados. Consideram, porém, importante a presença de cirurgiões na condução administrativa do CCC, afirmando que estes seriam ouvidos, caso o cargo de diretor médico fosse ocupado por um anestesista. Os anestesistas pesquisados afirmam, no entanto, que apesar de não fazerem parte da administração formal do CCC, são sempre ouvidos nas tomadas de decisões, uma vez que são elementos fundamentais para a condução do trabalho nos Centros Cirúrgicos.

Os cirurgiões, por outro lado, não consideram que a escolha desta disciplina para compor a administração deva-se a uma atitude deliberada de excluir a anestesia. Também afirmam que o chefe da anestesia no CCC sempre participa das discussões referentes ao local, mas consideram que é mais adequado o departamento de cirurgia

ocupar o cargo de diretor médico, uma vez que é este departamento o maior interessado no desenvolvimento dos trabalhos cirúrgicos.

Pudemos perceber mediante a análise da estrutura política do hospital, que caso a função de chefe do CCC fosse ocupada por um anestesista o nível de conflitos aí existente poderia elevar-se. Naturalmente, esta afirmação não pode ser categórica, uma vez que, como foi visto anteriormente, estes cargos são ocupados por pessoas de confiança da administração, e se a administração central do HC indicasse um anestesista este deveria estar afinado com a política do Hospital evitando o máximo de problemas possíveis, o que compreende também atender às demandas do departamento de cirurgia.

Fazemos esta consideração tendo em vista os conflitos vividos neste ambiente, que, como veremos a seguir, dizem respeito a duas formas distintas de conceber o paciente e, naturalmente, à condução dos trabalhos no centro cirúrgico. Os cirurgiões não passam toda a sua jornada de trabalho dentro do centro cirúrgico, pois sua atenção ao paciente inclui o trabalho em outros locais como o P.S., ambulatórios, enfermarias etc.

Já os anestesistas, apesar de também manterem um ambulatório para o atendimento de consultas e de fazerem visitas pré-operatórias aos pacientes que estão com cirurgias agendadas, executam a maior parte do seu trabalho dentro dos Centros Cirúrgicos, de maneira que o domínio que eles exercem sobre estes locais diz respeito não apenas à sua função profissional, mas também um conhecimento aprofundado sobre a forma como as atividades aí se desenvolvem, como os relacionamentos se processam, além de ocupar um local privilegiado de observação dos trabalhos, tanto das diversas disciplinas cirúrgicas quanto da equipe permanente que compõe o CCC.

Quando dizemos que os anestesistas ocupam um local privilegiado de análise estamos nos referindo ao fato de esta categoria profissional trabalhar em todos os

turnos em que funcionam tanto o CCC quanto os demais centros cirúrgicos. A diretoria de enfermagem, a exemplo do papel desta categoria profissional nos demais serviços assistenciais, controla todo o trabalho assistencial no hospital. É preciso notar, porém, que as equipes de enfermagem têm um local próprio de atuação dentro do centro cirúrgico, além de trabalharem em turnos fixos, ou seja, ou se trabalha sempre no turno da manhã ou no da tarde, o que limita o seu conhecimento às equipes com quem se relacionam com maior frequência e da rotina diária de trabalho a um determinado turno.

A particularidade do trabalho dos anestesistas faz com que estes ocupem todos os locais do CCC, pois além de trabalharem em todos os turnos, que estão sempre trocando de atividades entre si, de maneira que acompanham todo o processo de atendimento ao paciente. Assim, cada dia da semana um anestesista mantém-se preferencialmente de plantão em um locais de assistência - como sala de preparo e recuperação anestésica - ou com as diversas especialidades cirúrgicas, não sendo comum um anestesista fazer um único tipo de trabalho, pois mesmo o trabalho anestésico durante a cirurgia é submetido a um 'rodizio', pelo qual os anestesistas cada dia atendem a disciplinas cirúrgicas diferentes.

Voltando à composição do núcleo administrativo no CCC, pudemos observar que os diversos diretores têm funções absolutamente distintas e buscam sempre respeitar o âmbito de atuação dos demais. Assim a função do diretor médico (estamos utilizando o termo no masculino, por facilidade de expressão, mas no CCC assim como nos demais setores do hospital as mulheres ocupam cargos de chefia tanto quanto os homens) é conduzir a estratégia política do CCC.

Seu papel é atender às demandas das diversas disciplinas médicas negociando os espaços entre elas e buscando recursos junto à administração central do hospital. Por seu papel político mantém uma posição de proeminência sobre os demais diretores que

recorrem a ele na busca de soluções para problemas estruturais, além de, evidentemente, ser este diretor a pessoa indicada a passar orientações para os demais médicos e fazer as reprimendas necessárias.

Ao assumir o cargo de diretor, o médico cirurgião não abandona suas outras atividades de cuidado aos pacientes, o que faz com que seu tempo de permanência no CCC seja bastante reduzido, se comparado com os outros dois diretores. É importante notar a importância atribuída pelo conjunto de pessoas que trabalham no CCC à figura do “chefe”. Fazemos esta observação, pois, quando comparamos o prestígio atribuído pelos funcionários de outros departamentos a diretores pouco presentes, verificamos que neste local a figura do “médico chefe” é dotada de um respeito maior.

Atribuímos este prestígio ao fato de todo procedimento terapêutico adotado no centro cirúrgico ser de responsabilidade médica. Naturalmente, a enfermagem mantém sua própria rotina de trabalho, mas toda a autonomia de trabalho da enfermagem ou de técnicos que aí prestam serviços se reduz a procedimentos de manutenção da estrutura, enquanto todo o trabalho com o paciente é conduzido pelos médicos. Explicando melhor, podemos dizer que em outros locais assistenciais a enfermagem ou as demais categorias não médicas tem um espaço de atuação sobre o paciente que não é controlada totalmente pelos médicos. Nas enfermarias, ambulatórios e demais locais assistenciais, a enfermagem, por exemplo, tem um espaço maior de intervenção sobre o paciente, conduzindo consultas de enfermagem, interagindo com a família, prestando cuidados, como administrar medicamentos, trocar curativos ou orientar os pacientes, longe dos olhares dos médicos.

No centro cirúrgico, toda a intervenção direta sobre o paciente é fiscalizada continuamente pelos médicos, além de procedimentos que em outros locais podem ser realizados por enfermeiras ser preferencialmente realizada por médicos, como a troca de curativos e boa parte das aplicações medicamentosas. Desta maneira, o trabalho de

enfermagem que permanece completamente autônomo refere-se a criar condições para o trabalho médico, como fiscalizar a assepsia do centro cirúrgico, providenciar equipamentos e material de cirurgia.

A função da diretoria de enfermagem é manter o bom funcionamento do centro cirúrgico. Isso significa a administração cotidiana do local, como a manutenção das escalas de trabalho do pessoal de enfermagem, encaminhamento de equipamentos que exijam manutenção para a diretoria administrativa providenciar a troca ou conserto, controle do trabalho do pessoal de limpeza, atendimento de enfermagem adequado aos pacientes – dispor o pessoal de enfermagem nas salas de cirurgia e nos demais locais de atendimento aos pacientes, fiscalização do trabalho do pessoal de enfermagem etc.

Enquanto categoria permanente no centro cirúrgico, a enfermagem é a mais numerosa (os cirurgiões, apesar de estarem todo o tempo presente, não são sempre os mesmos, havendo grande rotatividade de médicos das diversas equipes cirúrgicas durante todo o dia), sendo composta por enfermeiras de todas as graduações: auxiliar de enfermagem, técnicas de enfermagem e enfermeiras de nível superior, havendo entre elas uma divisão do trabalho de acordo com sua habilidade formal.

Por ser em grande número e exercer funções diferentes, é comum a existência de *fofocas* e desentendimentos entre o pessoal de enfermagem, por isso uma das funções principais da diretoria de enfermagem é manter o trabalho num clima cooperativo desestimular as desavenças. O contato estreito entre médicos e enfermeiros faz com que seja comum o aparecimento de conflitos entre estas duas categorias, desta maneira a diretoria de enfermagem está sempre pressionando a diretoria médica a fazer com que os diversos médicos - especialmente os cirurgiões -- respeitem os protocolos e as ajude a minimizar os conflitos.

Por ser responsável pela manutenção adequada da estrutura do centro cirúrgico, a enfermagem sofre uma grande pressão por parte dos médicos, que têm dificuldades

em aceitar tanto o ritmo de trabalho da enfermagem quanto o fato de que alguns problemas estruturais não são facilmente solucionados por elas.

Um exemplo disto é o preparo das salas cirúrgicas. Entre as cirurgias é preciso proceder à assepsia das salas cirúrgicas, o que demanda um certo tempo da enfermagem, além disso quando termina uma cirurgia considerada “contaminada” (cirurgia em que o paciente apresenta patologias infecciosas, em que se faz retirada de material purulento, quando o paciente evacua durante o procedimento ou qualquer outra excreção), é necessário um procedimento de desinfecção da sala cirúrgica bastante demorado, pois a sala cirúrgica é isolada num procedimento sanitário sob efeito de fortes anti-sépticos durante um certo período, nunca inferior a uma hora.

Nesses casos os cirurgiões que estão aguardando o preparo da sala ficam ansiosos e pressionam a enfermagem para lhes conseguir uma outra sala cirúrgica. Numa comparação ‘grosseira’, podemos dizer que o papel da diretoria médica no centro cirúrgico se assemelha a antiga imagem do “pai” o provedor e o responsável pelas tomadas das grandes decisões, enquanto a diretoria de enfermagem pode ser comparada à imagem da “mãe”, como responsável pela administração cotidiana, provedora do conforto e da conduta moral.

Já a diretoria administrativa conta com um número pequeno de funcionários e é responsável pela condução da “burocracia” do centro cirúrgico, como elaboração de relatórios, requisição de materiais e manutenção da estrutura. Devido às dificuldades financeiras do hospital, que naturalmente atingem o centro cirúrgico, esta diretoria está sempre pressionada pelas demais para a aquisição e reposição de material, mas raramente consegue atender a todas necessidades.

Um outro problema vivido pela diretoria administrativa é a resistência da categoria médica em justificar seus pedidos por meio de ofícios e relatórios. Um exemplo disto é a forma como é feita a aquisição de material no hospital: trata-se de um hospital público, onde qualquer tipo de compra deve ser submetido a um processo

de licitação em que o fornecedor que oferecer o menor preço para o produto ganha o processo. Ocorre que nem sempre o produto mais barato é o de melhor qualidade ou o mais adequado para o uso que se destina. Nesses casos o usuário do produto - médico - deve fazer um relatório apresentando uma justificativa técnica para a recusa da compra do produto vencedor da licitação e a indicação para a aquisição do material que lhes parece mais adequado.

Esta necessidade não é colocada pelo diretor administrativo, mas uma exigência da burocracia pública; porém os médicos irritam-se com isso e colocam sua resistência sobre o diretor administrativo, atribuindo a ele a responsabilidade de viabilizar os procedimentos burocráticos; da mesma maneira, quando precisam de um material específico, não procuram a diretoria administrativa, mas diretamente o diretor médico ou o superintendente do hospital.

O CCC conta com 11 salas de cirurgia, distribuídas proporcionalmente entre as disciplinas, de acordo com a quantidade de pacientes que estas atendem normalmente, a exemplo da distribuição de espaço nas enfermarias e de leitos hospitalares. De modo que, cada dia da semana, apresenta frequências diferentes de disciplinas cirúrgicas. Assim uma disciplina que tem muito tempo disponível no centro cirúrgico, como a gastrocirurgia, pode ter salas cirúrgicas disponíveis todos os dias da semana, enquanto outra cujo tempo disponível é menor pode apresentar-se no centro cirúrgico uma vez ou duas na semana, como é o caso da disciplina cabeça e pescoço ou a cirurgia plástica; há disciplinas que somente esporadicamente utilizam o CCC, como é o caso da odontologia.

É importante notar que o índice de ocupação do CCC varia em torno de 50% das horas disponíveis, e que as diversas disciplinas cirúrgicas estão sempre a queixar-se da falta de horário (tempo e sala disponível) para cirurgia, apesar deste tempo ocioso, responsabilizando a enfermagem e a administração do centro cirúrgico por não operarem o suficiente:

**TABELA 3 - OCUPAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO CENTRAL
CIRÚRGIAS ELETIVAS/ DEZ/98**

ESPECIALIDADE	HORAS/DISPONÍVEIS	HORAS/UTILIZADAS	%OCUPAÇÃO	CIRURGIASE FETUADAS	CIRURGIASSUSPENSAS
Cir. Cab.e Pescoço.	78	18	23%	7	00
Cir. Cardíaca	207	81	39%	18	07
Cir. Pediátrica	72	55	76%	22	05
Cir. Plástica	108	51	47%	20	06
Cir. Tórax	84	54	64%	19	03
Cir. Vascular	96	50	52%	14	09
Gastrocirurgia	201	118	59%	26	13
Neurocirurgia	132	70	53%	14	17
Odonto	18	04	22%	01	03
Oftalmo	78	08	10%	04	09
Ortopedia	276	155	56%	52	16
Otorrino	138	59	43%	29	57
Procto	96	32	33%	08	04
Urologia	150	57	38%	25	39
TOTAL	1734	812	47%	259	188

Como pudemos observar, de um total de 447 cirurgias marcadas previamente, apenas se realizaram 259 e, quando verificamos os motivos do cancelamento das cirurgias, observamos que o principal deles é falta de horário cirúrgico (ver tabela abaixo). Esta situação paradoxal – o CCC mantém uma quantidade grande de tempo ocioso (em torno de 50%), mas o principal motivo do cancelamento das cirurgia é a falta de horário cirúrgico – pode ser explicada pela forma como o trabalho é organizado neste local.

TABELA 4 ESTATÍSTICAS DE CIRURGIAS - DEZ/98 (CCC)

ESPECIALIDADE	ELETIVAS	URGÊNCIAS	SUSPENSAS	TOTAL/REALIZADO
Cir.Cab. Pescoço	07 - 100%	00 - 00	00 - 00	07
Cir. Card.	18 - 50%	09 - 25%	09 - 25%	27
Cir.Pediat.	22 - 38%	27 - 47%	09 - 16%	49
Cir. Plást.	22 - 38%	27 - 47%	09 - 16%	49
Cir. Toráx.	19 - 63%	06 - 20%	05 - 17%	25
Cir.Trauma	00 - 00	91 - 81%	22 - 19%	91
Cir. Vasc.	14 - 30%	21 - 45%	12 - 26%	35
Gastro	00 - 00	01 - 50%	01 - 50%	01
Gastrocir.	26 - 51%	08 - 16%	17 - 33%	34
Neurocir.	14 - 24%	26 - 45%	18 - 31%	40
Odonto	01 - 25%	00 - 00	03 - 75%	01
Oftalmo	04 - 4%	34 - 34%	62 - 62%	38
Ortopedia	52 - 36%	54 - 37%	39 - 27%	106
Otorrino	29 - 30%	07 - 07%	62 - 63%	36
Pediatria	00 - 00%	02 - 100%	00 - 00	02
Procto	08 - 67%	00 - 00	04 - 33%	08
Psiquiat.	00 - 00	08 - 80%	02 - 20%	08
Urologia	25 - 25%	25 - 25%	52 - 51%	50
TOTAL	259 - 29%	320 - 36%	323 - 36%	579

TABELA 5 MOTIVOS PARA A SUSPENSÃO DE CIRURGIAS

Falta de sangue disponível	01
Horário cirúrgico insuficiente	248
Contra indicação anestésica	03
Leito hospitalar não disponível	01
Paciente não se internou	03
Motivos médicos particulares	01
Paciente aguarda exames	08
Contra indicação cirúrgica	11
Leito não disponível na UTI	04
Manutenção - falta d'água, luz etc.	01
Hipertensão	13
Paciente sem condições clínicas	06
Paciente não compareceu	10

A distribuição dos horários cirúrgicos entre as disciplinas médicas é baseada na racionalidade burocrática, que pressupõe um ordenamento de tarefas previamente definidas, que seguiriam um determinado padrão formal das atividades. Assim, se uma determinada disciplina médica dispõe de 6 horas de cirurgia, ela deve agendar pacientes para a operação que ocupem estas 6 horas, de forma que o seu horário seja bem aproveitado.

No entanto, essa racionalidade formal esbarra na imprevisibilidade do atendimento médico. As disciplinas médicas têm sempre uma grande quantidade de paciente a serem operados que precisariam de um tempo superior ao disponível. Porém, os médicos dão prioridade a determinados casos clínicos, dependendo do estado geral do paciente, do tempo em que este aguarda a cirurgia, da ocupação dos leitos hospitalares etc. Ou seja, não é possível agendar pacientes para a cirurgia, seguindo apenas o critério de quantidade de tempo disponível no CCC.

Essas contingências do trabalho médico podem fazer com que o paciente agendado para a cirurgia deva submeter-se a um procedimento que dura em torno de 4:30 horas, o que pode inviabilizar a utilização do tempo restante disponível à cirurgia, caso nenhum paciente que esteja aguardando cirurgia for submetido a um procedimento que tenha um tempo de duração igual ou inferior a 1 hora e meia. Uma vez que a disposição das salas cirúrgicas é feita por disciplinas e não por paciente, ou por tempo cirúrgico, somados os horários não aproveitados das diversas disciplinas, o resultado é bastante significativo. Explicando melhor: a disciplina A tem disponível a sala cirúrgica n.º 2 por 6 horas, a B a sala n.º 3 também por 6 horas e assim sucessivamente, dependendo do tempo oferecido a cada disciplina cirúrgica. Uma vez que as salas cirúrgicas não são intercambiáveis entre as disciplinas médicas, de forma que todas

possam utilizar melhor os tempos disponíveis, isto dificulta a otimização do aproveitamento da capacidade do CCC.

Assim, se a disciplina A realiza uma cirurgia que utiliza 4 horas do seu tempo, e tenha um paciente agendado, que deva utilizar 3 horas do tempo/cirúrgico, este segundo paciente terá sua cirurgia cancelada, mesmo que a disciplina B tenha realizado uma cirurgia de 2 horas de duração e tenha 4 horas disponíveis, das quais utilizará apenas 3 horas, caso o agendamento fosse feito por tempo de cirurgia, a disciplina A poderia utilizar 7 horas do tempo cirúrgico, enquanto a B utilizaria 5, perfazendo o tempo disponível para ambas.

Esses problemas que, evidentemente, são oriundos da forma como o trabalho é organizado, apresentam difícil solução devido à forma de relacionamento das diversas disciplinas médicas. Estas estão sempre disputando espaço de atuação dentro do hospital - disputa esta que inclui todos os lugares de atendimento, como os ambulatórios, procedimentos especializados, leitos de internação e também tempo de cirurgias. A distribuição formal dos tempos e espaços entre as diversas disciplinas médicas é uma maneira de diminuir o conflito entre elas, mantendo-as cada uma em seu espaço de atuação e diminuindo a invasão dos espaços das demais.

3.3 AMBIENTE FÍSICO – APROPRIAÇÃO DOS ESPAÇOS

O centro cirúrgico central faz limites com a UTI de adultos e o centro cirúrgico de urgência e o serviço de preparo de material esterilizado. Para fins analíticos, podemos separá-lo em 4 áreas distintas: 1) o preparo, 2) as salas cirúrgicas, 3) a recuperação anestésica e 4) área de circulação e convívio (na qual incluímos os

vestiários) . Procederemos à análise de cada um destes espaços, buscando mostrar como os diversos agentes se apropriam dos locais e a partir disso desenvolvem formas particulares de relacionamento e poder.

3.3.1. O Preparo

Este é o local que recebe os pacientes que vão ser submetidos à cirurgia. Normalmente encontra-se em plantão permanente no local uma técnica e mais duas auxiliares de enfermagem que recebem apoio de uma enfermeira para a conduta dos pacientes. A rotina neste local sofre “picos” acentuados de trabalho no início dos plantões - por volta de 7 h da manhã e 13 h à tarde, quando as enfermarias conduzem a maior parte dos pacientes que vão ser submetidos à cirurgia.

Quando o paciente chega, o anestesista de plantão no local faz as condutas médicas necessárias para encaminhá-los à cirurgia - procedimento chamado de pré-anestesia, e os deixa aos cuidados do pessoal de enfermagem, verificando continuamente o estado do paciente. Este é um espaço de atuação da enfermagem juntamente com a anestesia.

É comum os familiares acompanharem o paciente até a entrada do centro cirúrgico e pedir informações para o pessoal de plantão neste local, informações que raramente a equipe do centro cirúrgico se sente seguro em fornecer antes de encerrar-se a cirurgia, pois do momento em que o paciente entra na centro cirúrgico até o aquele em que obtém alta neste local, qualquer intercorrência é pode vir a acontecer.

Os cirurgiões estão sempre apressados para a execução das cirurgias, pois, como vimos, cada disciplina mantém um determinado espaço disponível para operar e quanto mais ágil for a condução das cirurgias, aumenta a chance de incluírem mais pacientes

na escala cirúrgica do dia. Pudemos verificar que a falta de horário cirúrgico é um grande motivo de cancelamento de cirurgias.

A escala cirúrgica sempre é motivo de desagrado para a enfermagem, pois os médicos a modificam todos os dias. Pelo protocolo, os médicos devem enviar com uma certa antecedência - cerca de 18 horas -- a escala dos pacientes a serem operados durante o dia seguinte, designando que tipo de cirurgia será efetuada, para que a enfermagem possa providenciar o material necessário com uma certa antecedência. É comum os médicos escalarem mais pacientes que sua capacidade operatória e trocarem a ordem dos pacientes durante o dia, o que freqüentemente provoca constrangimento para a enfermagem que está aguardando um determinado paciente, ou caso clínico, e se depara com outro.

A pressa dos cirurgiões em começar as cirurgias faz com que o pessoal que trabalha neste local, tenha uma visão bastante crítica em relação a eles, pois sentem que estão sempre sendo “atropelados” em seu trabalho. Naturalmente o pessoal de enfermagem mantém o respeito hierárquico para com os médicos, o que não impede que antipatias se desenvolvam. Nos casos de cirurgiões particularmente afoitos, o pessoal da anestesia é convidado a intervir com a finalidade de “colocar o cirurgião no seu lugar”.

A hierarquia de categorias profissionais é bem demarcada no CCC, sendo freqüente a necessidade de um médico do setor – anestesista ou o chefe do setor – para reforçar um argumento de trabalho utilizado pela enfermagem. No caso da impossibilidade de ‘encaixes’ de cirurgia pudemos verificar que o mesmo argumento usado pela enfermagem, quando usado pelo anestesista é mais respeitado pelo cirurgião; isto é devido ao grande poder do anestesista sobre o trabalho do cirurgião, pois para que a cirurgia aconteça é preciso que o anestesista se disponha a fazer sua parte. No entanto, caso queira o anestesista pode “enrolar” o início da cirurgia, que

naturalmente não tem como começar sem a sua presença; de resto, quando quem argumenta com o cirurgião é um ‘médico’, trata-se de um relacionamento entre iguais, ou seja, um indivíduo da mesma posição hierárquica, diferentemente da consideração atribuída ao pessoal da enfermagem.

Não observamos queixa dos cirurgiões no sentido de que os anestesistas atrapalham o seu trabalho propositadamente, queixas estas que são comumente referidas à enfermagem. Isto nos leva a crer que o artifício de “enrolar” o trabalho cirúrgico não é normalmente utilizado pelos anestesistas. Há que considerar que os cirurgiões estão cientes do poder exercido pelos anestesistas, sobre o seu trabalho, o que talvez seja motivo da relação mais diplomática com eles do que com a enfermagem.

O descontentamento da enfermagem pode ser verificada na seguinte fala:

Todo mundo (cirurgiões) quer transgredir as normas. Você tem que se impor, porque eles se acham superiores....eles querem operar e não podem esperar nada. Querem levar o paciente sem saber se a sala (de cirurgia) está pronta, ou se o anestesista liberou o paciente. Todo mundo (cirurgiões da mesma equipe) vem ver a pasta do paciente e misturam com as outras...depois se falta alguma coisa (resultado de exame) pedem pra gente procurar...Normalmente quando tem algum problema a culpa é do cirurgião, porque esqueceu de avisar que o paciente é hipertenso, diabético..(no entanto, estas informações constam na pasta do paciente, nota da autora), esquecem de colher exames e querem colher o exame aqui...Eles só querem operar e não vêem que tem procedimentos a serem feitos...(Func.Enf).

O centro cirúrgico, devido a suas características de local muito fechado, mantém os funcionários de plantão durante todo o tempo sem saber se o dia está quente ou frio, se faz chuva ou sol. Com isso o pessoal de enfermagem, especialmente, acaba tendo pouco contato com as experiências de trabalho dos demais locais e, especificamente, com as dificuldades de trabalho das equipes cirúrgicas.

Conseguir leitos para a internação, agendar exames complementares e mesmo manter a agenda cirúrgica, uma vez que sempre existem casos urgentes a serem intercalados, são dificuldades desconhecidas do pessoal do centro cirúrgico, que vê a pressa e a aparente desorganização dos cirurgiões de forma depreciativa, entendendo que estes se preocupam apenas com o procedimento terapêutico em si (a cirurgia), desconsideram os cuidados necessários para maior segurança do paciente e ignoram os procedimentos protocolares da enfermagem.

Os cirurgiões mantêm um ritmo de trabalho muito intenso – sua rotina de plantão, por exemplo, é a mais longa entre as categorias do hospital –, em função disso têm dificuldades em entender o ritmo próprio do pessoal de enfermagem, bem como as dificuldades administrativas do hospital. Aguardar uma sala de cirurgia ficar pronta, a chegada de prontuário de pacientes ou mesmo justificar suas atitudes ao pessoal de enfermagem, parece aos cirurgiões uma perda de tempo dispensável, uma vez que têm sempre uma grande quantidade de trabalho a ser feita em outros locais.

A necessidade de os cirurgiões estarem sempre “tocando serviço” esbarra também no ritmo e nas exigências clínicas dos anestesistas. Neste caso, a dificuldade diz respeito às formas diferentes de conceber o paciente: o cirurgião, ao atender um paciente, está buscando o cuidado de um órgão infectado. O seu papel é realizar a intervenção necessária para a cura “daquele órgão”, executar o procedimento técnico.

Já o anestesista durante a cirurgia é o responsável pela vida do paciente. É ele quem deve controlar os dados vitais e evitar que o paciente sofra a operação com o menor risco possível. Estas diferentes maneiras de compreender o paciente cria um certo mal-estar entre essas duas disciplinas, pois se aparentemente as duas visões são complementares para a condução do procedimento cirúrgico com o máximo de segurança para o paciente, na prática cada disciplina tem tendência a ver apenas o seu “problema” com relação ao procedimento.

As exigências de condições clínicas para a realização da cirurgia por parte dos anestesistas faz com que estes tenham um grande poder sobre os procedimentos realizados pelos cirurgiões, pois uma cirurgia somente acontece com a autorização deles. Isto cria uma certa dinâmica de discussão dos casos entre cirurgiões e anestesistas e uma atitude de maior diplomacia dos primeiros em relação aos segundos. No entanto, todos concordam que quando uma cirurgia é suspensa sem o consenso absoluto entre as duas disciplinas instaura-se um clima de grande mal-estar.

Quando a gente tem que cancelar a cirurgia, fica sempre um clima 'pesado', porque o cirurgião acha que a gente tá 'quebrando a mão' (está com preguiça), mas não é isso...você tem de ver se é o melhor momento para operar o paciente...por exemplo, se for um idoso de fêmur quebrado, não adianta fazer a cirurgia e correr o risco de parada(cardíaca). É melhor continuar sem andar do que morrer...a gente quer que o paciente esteja em boas condições. Eles que cuidem antes do paciente que ninguém impede a cirurgia. A culpa é sempre deles (quando a cirurgia é cancelada), eles sabem que o paciente só pode ir para cirurgia com o menor risco possível. Tem de cuidar do paciente antes. Se é uma vesícula que tem de tirar, às vezes é melhor esperar um dia ou dois e cuidar da pressão do paciente do que operar logo...Eles só se preocupam em "pegar a mão" (aprimorar-se tecnicamente) e a gente que tem de ver o estado do paciente...O anestesista é muito mais clínico, tem uma visão mais global do paciente. O cirurgião não, ele só vê o pedaço. (Anestesista)

Já o pessoal da cirurgia não compreende tanto preciosismo por parte da anestesia. Em sua visão, se o paciente oferecer condições mínimas, ele deve ser operado, pois um paciente internado significa um leito ocupado e um a mais na fila aguardando cirurgia. Além, naturalmente, do inconfesso desejo de operar o máximo possível, a fim de aprimorar-se tecnicamente. Os cirurgiões alegam que os anestesistas arrumam muitas desculpas para não ~~operar~~, e se justificam dizendo que nos hospitais particulares os anestesistas não ~~reclamam~~ tanto, assim como nos casos de urgência, em que os pacientes são operados sem apresentar, muitas vezes, as condições adequadas e 'saem bem' da cirurgia.

Rebatendo esses argumentos, os anestesistas dizem que a urgência é muito diferente. Se o risco do paciente é maior do que operar em condições não adequadas, naturalmente, o procedimento mais adequado no momento é operá-lo, já quanto à discussão de que em hospitais particulares o anestesista não discute com o cirurgião, lembram a relação dos dois é completamente diferente.

Nos hospitais particulares os anestesistas recebem, normalmente, uma porcentagem do valor pago ao cirurgião pelo procedimento. O que significa que quanto mais se trabalha, maior é o salário; além disso, os pacientes em geral são submetidos a todos os procedimentos necessários para uma cirurgia com o menor risco possível, desde exames complementares até a avaliações com profissionais de outra área, porque em tratamentos particulares o paciente normalmente escolhe o médico que vai atendê-lo, criando uma relação de confiança entre eles. No hospital público esta escolha não é feita, ficando a responsabilidade sobre a conduta dos pacientes distribuída entre os profissionais envolvidos no caso.

O paciente da cirurgia não tem apenas um cirurgião que o atende. São vários médicos (do R1 ao R4, além do docente), sendo que esses médicos não estão sempre no mesmo local, pois os residentes cumprem escalas em locais diferentes do hospital. Assim, o médico que atende o paciente num dia pode não ser o mesmo a executar a cirurgia no dia seguinte. Além disso, nas distribuições de tarefas pode acontecer de o médico que convoca o paciente para a cirurgia esquecer de pedir todos os exames pré-operatórios. Um outro fator que impede que os cirurgiões controlem o estado clínico de seus pacientes é a considerável demora entre o diagnóstico da necessidade cirúrgica e a possibilidade concreta de esta ser executada.

Esse lapso de tempo, que pode durar meses, dependendo da especialidade que atende o paciente, pode apresentar uma grande modificação na condição clínica do paciente, o que demanda um outro procedimento terapêutico pré-operatório. Assim um

paciente pode, ao ser diagnosticada a necessidade de uma cirurgia na próstata, por exemplo, apresentar boas condições clínicas, mas no momento em que é convocado para a cirurgia, meses depois, apresentar problemas de saúde necessários de serem tratados antes da operação.

Ao ser questionado, um residente da cirurgia diz que não se discute conduta, que se o anestesista cancela a cirurgia por um motivo clínico eles respeitam sua atitude: discutem, porém, o tempo da cirurgia, porque o anestesista sempre acha que o procedimento vai demorar bastante e muitas vezes é uma cirurgia pequena. Consideram também que eles operam menos que deveriam porque o pessoal do centro cirúrgico lhes dá pouco tempo de sala e demoram muito para preparar a sala cirúrgica.

Quando perguntados sobre o porquê da escala cirúrgica nunca ser cumprida, respondem que escalam pacientes a mais que a capacidade operatória do dia, porque se uma cirurgia for suspensa eles têm outro paciente para operar; ou seja, eles trabalham com a possibilidade de cancelamento de cirurgias, o que não impede, como vimos, que o centro cirúrgico mantenha uma grande capacidade ociosa devido aos cancelamentos.

A gente coloca um número maior de pacientes do que se pode operar, porque não quer correr o risco do paciente faltar ou a cirurgia ser suspensa. Tem uma pressão externa muito grande. No ambulatório não tem mais vagas e nós temos cirurgias marcadas para daqui a seis meses, além disso, eventualmente uma cirurgia é adiada porque chega um paciente mais urgente...o paciente é preparado para o cancelamento, o residente explica a ele suas possibilidades cirúrgicas...o principal motivo de cancelamento é falta de horário no centro cirúrgico.(cirurgião)

3.3.2 As Salas Cirúrgicas

Como o nome já diz, este é o local onde o procedimento cirúrgico em si é executado. Local de atuação, por excelência dos médicos - cirurgiões e anestesistas.

Durante o procedimento cirúrgico encontram-se presente na sala de cirurgia as equipes cirúrgicas, a equipe anestésica e uma *circulante*. Circulante é a pessoa de enfermagem que atende aos cirurgiões durante o procedimento, oferecendo materiais e cuidando das condições da sala cirúrgica. Em cirurgias complexas, pode ser necessária a presença de instrumentadores cirúrgicos, técnicos de raio X, além de outros profissionais.

Cada disciplina cirúrgica tem uma forma própria de conduzir a operação, além de utilizar materiais específicos. Por isso e com vistas a facilitar a condução do trabalho, as circulantes são alocadas para atender sempre as mesmas disciplinas cirúrgicas, de forma que estas funcionárias passam a conhecer muito bem os procedimentos realizados pela disciplina que atendem, antecipando as necessidades dos cirurgiões e provendo adequadamente a sala cirúrgica. O fato de servir sempre às mesmas equipes, aliado às condições de trabalho, pois estas mulheres passam longos períodos de sua jornada dentro das salas cirúrgicas, faz com que se criem laços de solidariedade entre elas e as equipes cirúrgicas.

Essas funcionárias demonstram uma grande admiração pelo trabalho cirúrgico e compartilham com os médicos a satisfação de uma cirurgia bem-sucedida ou eventuais frustrações durante o procedimento. Procuram colaborar o máximo com os cirurgiões, agilizando procedimentos e demonstrando apreço em pequenos gestos e palavras; estão sempre pronta para defendê-los quando eles se exaltam ou se desentendem com os demais membros da equipe. Por seu lado, os cirurgiões retribuem o tratamento recebido mostrando-se cordiais e atenciosos com elas, mais do que com as equipes de enfermagem de outros locais no centro cirúrgico.

Como vimos, o CCC é um local fechado, onde as atuações profissionais e o prestígio advêm da perícia com que cada um executa o seu trabalho. O relacionamento que se estabelece entre estes dois tipos de profissionais – médicos-cirurgiões e circulantes – uma vez que as circulantes estão no mais baixo degrau da escala

hierárquica do CCC, em posição superior apenas ao pessoal de limpeza (que não é considerado da equipe), e os cirurgiões, especialmente os docentes, ocupam o mais alto degrau da escala hierárquica e de prestígio. Num primeiro momento, atribuímos a forma como as circulantes referiam-se aos cirurgiões como uma certa bajulação, como se elas, ao tentarem se aproximar deles, buscassem um certo ‘empréstimo ou contágio’ do prestígio por eles desfrutado, porém o trabalho de campo mostrou que as relações entre ambos não se deve apenas à fascinação do poder ou à admiração ao ‘doutor’:

A ‘aura’ que acompanha o trabalho médico é um fator importante para a aproximação das circulantes com os cirurgiões; mas não explica satisfatoriamente o motivo da retribuição destes para com elas, uma vez que esta ‘aura’ atinge a muitos outros profissionais, que estão sempre buscando demonstrar apreço e respeito pelo trabalho médico. Consideramos que o tempo que esses profissionais passam trabalhando juntos e o relativo isolamento observado nas salas cirúrgicas durante os trabalhos são, a nosso ver a melhor explicação para este fato.

O trabalho cirúrgico é executado por um número limitado de profissionais – o anestesista, o cirurgião e seus assistentes e a circulante que oferece apoio ao trabalho dos médicos – em relativo isolamento, no entanto, o resultado do trabalho é sempre motivo de comentários entre os diversos profissionais, comentários estes que não dizem respeito apenas aquele caso específico, mas também à perícia do médico e ao seu comportamento³. Uma vez que os profissionais estão sempre sendo observados pelos

³ Devemos esclarecer que os cirurgiões, com raras exceções de equipes que atendem casos muito específicos, nunca fazem parte de uma equipe permanente de trabalho. Suas atividades conjuntas se devem a coincidências nas escalas de trabalho. Naturalmente todos se conhecem, mas não chegam a ter vínculos ou hábitos de trabalho que pudéssemos caracterizá-los como ‘equipe’ de trabalho. Isto faz com que por um lado mantenha-se o corporativismo profissional, onde os médicos especialmente se protegem, e, por outro lado é constante a presença de comentários sobre os demais, em relação à sua destreza, personalidade, precisão de diagnóstico etc. Devemos observar, porém que estes comentários são sempre feitos entre indivíduos da mesma categoria. Assim enfermeiras e anestesistas podem ter a mesma opinião

demais, é compreensível o constrangimento estabelecido entre eles, o que dificulta o relacionamento, uma vez que todos devem sempre mostrar o melhor de si num ambiente em que todos primam pela melhor atuação.

No caso das circulantes, estas não estão concorrendo com os médicos pela melhor atuação, pois o trabalho de ambos estão interligados, o que facilita a solidariedade. Este trabalho cooperativo, aliado ao isolamento emocional e à longa convivência, facilita o entendimento entre ambos. Porém, isso não inclui relacionamentos pessoais de amizade, ou seja, a camaradagem observada restringe-se ao trabalho no CCC, mas é suficiente para constituir um fenômeno interessante, uma vez que esta camaradagem não é observada entre outros membros da enfermagem para com os cirurgiões.

Inferimos daí que entre cirurgiões e circulantes estabelece-se um tipo de relacionamento funcional no qual a admiração e o respeito das primeiras podem servir como um apoio simbólico importante, em que repõem as satisfações para com o conteúdo significativo do trabalho cirúrgico, ao mesmo tempo em que estes podem retribuir mediante demonstração do apreço ao trabalho delas, elevando o nível de satisfação no trabalho, que, como já demonstrou Dejours (1992), não pode estar separada do meio afetivo do trabalhador.

3.3.3 A Recuperação Anestésica

A recuperação anestésica é um processo que acontece numa grande sala onde os pacientes, uma vez terminada a cirurgia, aguardam a alta da anestesia para voltar a seus

sobre um determinado cirurgião, mas nunca comentam entre si. As opiniões se manifestam no interior da categoria profissional.

leitos ou ser encaminhados para a UTI. A exemplo da sala de preparo, é um local de atuação da enfermagem juntamente com a anestesia. Devido às características desses serviços – o preparo recebe o paciente que será operado e a recuperação o recebe depois da cirurgia --, os funcionários destes dois locais se ajudam mutuamente, podendo ser considerada a mesma equipe, pois os momentos de pico de trabalho entre uma e outra sala são intercalados.

Os funcionários (enfermagem) que atuam neste local mantêm um bom relacionamento entre si, ressentindo-se de abandono e incompreensão de seu trabalho por parte dos que trabalham em outros locais no centro cirúrgico. As maiores queixas percebidas dizem respeito ao relacionamento com os outros setores do hospital: enfermarias e UTI, que não buscam o paciente prontamente no CCC. É importante notar que, a exemplo do centro cirúrgico, apesar de conhecerem as dificuldades do atraso das enfermarias em receber o paciente pós-cirúrgico – falta de roupa de cama, poucos leitos disponíveis, escassez de pessoal etc.--, ressentem-se do descaso destes locais em atender aos pacientes.

A UTI nunca está pronta para receber paciente, (a gente) tem de ficar ligando o tempo todo, senão eles esquecem o paciente, (...) as enfermarias também, sempre ficam 'enrolando'. (...) dizem que o leito não está pronto, que estão com uma 'tourada' (excesso de trabalho, urgências). Eu tenho de estar sempre pronta para receber paciente, aqui o paciente chega, entra. (...) Na passagem de plantão (troca de funcionários de turnos diferentes) ninguém recebe paciente, nem UTI, nem as enfermarias..(Func. Enf).

Consideram que todo mundo quer deixar o paciente onde está (no centro cirúrgico) a fim de não ter mais trabalho, assim chega a hora de passagem de plantão e será uma outra equipe a pegar o 'problema' - paciente, ou seja, cada equipe de plantão protela o máximo possível o recebimento do paciente a fim de não ter mais trabalho. Não compreendem este "privilégio" das enfermarias e UTI de não receberem o paciente

durante a passagem de plantão e de poderem enrolar com a desculpa de que “*o leito não está pronto*”, pois, no centro cirúrgico, se atende ao paciente no momento em que ele chega.

Em relação ao ambiente entre eles do centro cirúrgico, afirmam que os relacionamentos são de trabalho, não havendo amizades pessoais ou camaradagem. É pudemos notar que, apesar de ser uma única sala, com os leitos dispostos em frente ao posto de enfermagem, o pessoal da enfermagem quando não está atendendo o paciente mantém-se no posto, cuidando dos procedimentos de rotina, enquanto os anestesista mantém-se preferencialmente sentados no fundo da sala junto aos leitos.

Mesmo quando ocupam espaço próximo, cada uma das categorias ocupa-se de seus afazeres e conversam, preferencialmente, com os companheiros da mesma função. Novamente, podemos afirmar que, apesar de vestirem uniformes idênticos, é fácil distinguir o pessoal médico do pessoal de enfermagem pela maneira como se comportam e não apenas pelo trabalho que executam.

A enfermagem considera que está sempre em busca de conquistar espaço, as condutas são “passadas” e somente são discutidas quando a iniciativa parte da enfermagem, ou seja, o médico orienta e a enfermagem executa. Este tipo de comportamento traz insatisfação para o pessoal de enfermagem, pois devido a sua longa prática, consideram-se competentes para discutirem procedimentos com os médicos. Em relação a eles estabelecem uma distinção muito clara entre anestesistas e cirurgiões: os anestesistas respeitam o seu trabalho e dispõem-se a discutir os casos e intervirem nos momentos necessários, enquanto os cirurgiões são considerados como “grosseiros”. Lembramos que as enfermeiras ficam muito próximas aos pacientes no processo de pré-anestesia, além disso, são as enfermeiras e os anestesistas as pessoas

que mantêm-se quotidianamente no CCC, enquanto os cirurgiões aí permanecem apenas durante a cirurgia...

Os cirurgiões chegam aqui e querem passar conduta, misturam tudo (trocam as pastas do paciente), e ficam se intrometendo no nosso trabalho...Eles ficam bravos quando a gente não cumpre uma conduta que eles passam, mas aqui o paciente é da anestesia, e a gente só faz conduta depois da anestesia autorizar...eles deviam era arrumar o leito dos pacientes e não vir aqui chatear...eles se sentem muito superiores...os anestesistas não gostam de discutir procedimento com a gente porque acham que não somos competentes, mas quando a gente pergunta eles respondem, ao contrário dos cirurgiões...tem alguns que tratam a gente como se fosse empregada deles.... Eu não fiz medicina, então eles acham que eu não sei de nada, só que a gente sabe muito mais que um residente que está começando, eles não conhecem a rotina, não viram tudo ainda... quando você fala para eles, olha é melhor fazer assim, eles fecham a cara e fazem do jeito deles, daí vem o docente e mostra que a gente estava certa, o que deixa eles mais irritados ainda com a gente ... (Func.Enf.)

Podemos perceber que a diferença da forma de agir dos cirurgiões nas enfermarias e ambulatórios choca-se inevitavelmente com a cultura do centro cirúrgico. Como foi dito, este é um ambiente fechado, onde a sociabilidade tem uma forma particular de se manifestar e onde os espaços de categorias são rigidamente estabelecidos. Ao chegar, um cirurgião que não esteja habituado com a forma de proceder no centro cirúrgico, é rapidamente “colocado em seu lugar”. Para a enfermagem, o espaço de atuação cirúrgica é a sala de cirurgia, sendo que os demais locais são áreas de atuação da enfermagem e da anestesia. Desta maneira, qualquer questionamento do cirurgião em relação ao seu paciente é visto como uma intromissão no trabalho da enfermagem.

Na ~~visão~~ visão dos cirurgiões, a enfermagem do centro cirúrgico é muito competente para a conduta dos pacientes. Consideram, enquanto equipe de enfermagem, a do CCC uma das mais bem preparadas do hospital. No entanto, irritam-se com o controle que essa equipe exerce sobre o centro cirúrgico e acham que ela conhece muito pouco o

funcionamento do hospital, não compreendendo as dificuldades enfrentadas nas enfermarias e ambulatórios. Neste sentido, consideram que as cobranças da enfermagem para que os protocolos do centro cirúrgico sejam respeitados, exagerados.

3.3.4. Área de Circulação e Convívio

Esta região é compreendida por um grande hall, para o qual convergem as salas cirúrgicas, recepção, sala de estar, sala da enfermagem, sala da anestesia, sala da diretoria e os vestiários. Excetuando as salas das chefias (enfermagem, diretoria e sala da anestesia), todo o espaço do hall, a sala de estar e os vestiários podem ser considerados como áreas de convívio. Podemos entender estes locais como o lugar da manifestação do convívio social, sendo considerado por todos que trabalham no CCC, especialmente a enfermagem, como “falta de educação” discussões acaloradas e chamadas de atenção neste local. Retomando Goffman (1985), podemos considerar esta como uma área de palco, onde os diversos agentes representam seus papéis.

No entanto, apesar de ser percebido uma certa cordialidade nos locais de convívio, é importante notar que a interação entre as diversas categorias não acontece espontaneamente. Geralmente, pode-se observar pequenos grupos conversando, mas as conversas só extrapolam os assuntos de trabalho, quando se trata de grupos compostos pela mesma categoria profissional. Assim piadas e conversas amenas somente acontecem entre indivíduos do mesmo grupo.

A sala de estar é mobiliada com uma grande mesa ao centro, sofás e uma televisão. Este é o local de descanso para as diversas categorias, especialmente os médicos, nos intervalos entre as cirurgias, sendo utilizada para lanches rápidos durante o expediente. Estas refeições ligeiras são servidas pelo hospital e atende o conjunto do

peçoal em plantão. É interessante notar que, mesmo durante a refeição, não se observam conversas generalizadas.

Os médicos, quando não encontram pares com quem conversar, normalmente adotam uma atitude de circunspeção, voltam-se para a televisão ou buscam ler alguma coisa, desestimulando qualquer tentativa de interação com o pessoal de enfermagem. Estas, quando em maior número, interagem entre si, numa atitude que ao mesmo tempo tenta ignorar a presença do médico e impressioná-lo com sua polidez, buscando sempre mostrar-se o menos vulgar possível, atitude bastante diversa da adotada quando se encontram entre seus pares, que pode ser observada mais atentamente no vestiário feminino.

Naturalmente, não tivemos condições de avaliar a convivência no vestiário masculino, mas no feminino pudemos notar que é o local de sociabilidade do pessoal de enfermagem dos níveis mais inferiores na hierarquia hospitalar: as atendentes e em menor grau as técnicas de enfermagem. A explicação para este fato é simples: estas funcionárias encontram-se sob a supervisão das enfermeiras de nível superior, que naturalmente observam o seu trabalho e não aprovam conversas freqüentes durante o expediente ou demonstração de desocupação por parte das circulantes e demais auxiliares.

Deste modo, o vestiário é o local adequado para um descanso rápido entre as tarefas, além disso, evidentemente, não é permitido fumar no interior do centro cirúrgico, sendo este hábito uma boa desculpa para uma curta ausência nos postos de trabalho. As não fumantes podem alegar necessidades de pegar coisas, pequenos lanches ou outras desculpas, para sociabilizarem-se com as colegas.

As enfermeiras chefes conhecem o papel social do vestiário, que, além dos sanitários, chuveiros e armários, conta com várias cadeiras onde as funcionárias podem sentar confortavelmente, tolerando neste local, *bate papos* e fofocas que lhes desagradam no interior do CCC. É tão evidente o papel de *estar* que exerce o vestiário

entre estas funcionárias, que todos sabem ser aí o primeiro lugar a procurá-las quando delas necessitam.

O pessoal de enfermagem que frequenta mais assiduamente a sala de estar é formado pelas circulantes, sendo que as enfermeiras de nível superior procuram preferencialmente manter-se na sala da enfermagem e quando em contato com profissionais de diversas categorias e diversos níveis hierárquicos, mantêm para com as funcionárias de enfermagem de nível hierárquico inferior o mesmo tipo de atitude adotado pelos médicos: uma certa distância em ouvir suas conversas.

Esta atitude de “condescendência” pode ser comparada às atitudes normalmente tomadas por adultos quando ouvem as razões dos adolescentes, não os tratam como crianças, mas também não os consideram como igual, atribuindo-lhes uma irresponsabilidade ou inexperiência própria de seu lugar social.

3.4 CONTROLE DE IMPRESSÕES

As enfermeiras chefes quando não estão em atividade em algum local do centro cirúrgico, mantêm-se na sala de enfermagem, cuidando de procedimentos burocráticos da enfermagem – escalas de folga, comunicados, administração de pessoal etc. – e discutindo as atividades do centro cirúrgico entre elas. Buscam, apesar de todos os conflitos com os cirurgiões, manter um relacionamento cordial com eles, sendo estes bem recebidos quando as procuram na sala de enfermagem.

Essas funcionárias estão sempre lutando para manter suas identidades profissionais, buscando valorizar sua carreira e galgar prestígio junto aos médicos. Por um lado, preocupam-se em cumprir à risca o protocolo, tanto em relação aos procedimentos quanto em relação aos pacientes, não permitindo nenhum tipo de conduta anti-ética, ou desrespeitosa para com os pacientes no centro cirúrgico; por

outro lado, buscam sempre uma aproximação com os médicos, especialmente os docentes, de forma a ‘tomar de empréstimo’ o prestígio que lhes é conferido.

Assim, se o conflito enfermeiras e médicos, especialmente os cirurgiões, é inevitável, devido às formas distintas de conceber o trabalho e a grande necessidade das enfermeiras de terem suas atividades respeitadas. Percebemos que estas profissionais vivem uma relação de ambigüidade com suas atividades: Por um lado consideram-se – e são – qualificadas para as atividades que executam e tentam fazer da enfermagem uma profissão com tanto prestígio quanto o conferido à medicina. De outro lado, nem sempre sentem-se seguras em impor-se profissionalmente a estes, transferindo os conflitos – especialmente com os docentes – ao diretor do CCC, que acaba fazendo a mediação entre a enfermagem e os médicos.

Se observarmos a quantidade de médicos que trabalham nos ambulatórios, verificamos que seu número é sempre superior em relação às demais categorias, mas nos ambulatórios os médicos exercem o cerne de seu trabalho – a consulta ao paciente –, longe dos olhares dos demais, no interior das salas de consulta, enquanto o trabalho médico no CCC é sempre em interação com as demais categorias assistenciais.

O fato de todo trabalho médico ser exposto aos olhares, tanto dos demais médicos quanto das demais categorias profissionais, faz com que estes mantenham uma atitude de contrição no trabalho, com a finalidade de a partir de seu comportamento apresentar o que consideram a imagem adequada de médico em trabalho no centro cirúrgico, ou seja, os médicos buscam “representar” o papel de um profissionais competentes e sérios, imagem esta que não combina com atitude despreocupadas.

Quando um indivíduo desempenha um papel, implicitamente solicita de seus observadores que levem a sério a impressão sustentada perante eles. Pede-lhes para acreditarem que o personagem que vêem no momento possui os atributos que aparenta possuir, que o papel que representa terá as conseqüências implicitamente pretendidas por ele e que, de um modo geral, as coisas são o que parecem ser”(GOFFMAN, 1985:25).

Essas atitudes também servem para estabelecer as diferenças entre as diversas categorias profissionais que trabalham no CCC, pois uma característica importante do centro cirúrgico é a sua necessidade de assepsia, que mantém a todos que aí trabalham vestidos de maneira idêntica. Antes de entrar no recinto propriamente dito, todos os funcionários devem trocar suas vestes pelas roupas típicas de centro cirúrgico: calça, jaleco, touca para os cabelos e um protetor sobre os sapatos. Apesar de todos usarem vestimenta idêntica, do faxineiro ao médico mais graduado, um observador atento não confunde a categoria dos diversos profissionais que aí trabalham. Isto se deve não apenas aos locais de atuação de cada categoria, mas principalmente à maneira de agir, e as fronteiras de ocupação dos locais no CCC.

Assim os médicos quando não estão em atividades, mantêm-se na sala de estar conversando com seus pares ou lendo os prontuários dos pacientes, deixando claro que ele tem uma atividade 'importante' a fazer. As enfermeiras-chefes mantêm-se em suas salas e tem sempre a postura ao andar pelo CCC de estar fiscalizando todos os trabalhos, posição de equipamentos, etc., enquanto o pessoal de menor nível hierárquico, quando não estão em atividades mantêm-se nos vestiários. Durante a execução das atividades do CCC não é possível confundir as diversas categorias porque as tarefas executadas por cada uma das categorias profissionais são claramente delimitadas.

3.5 DESCOMPENSAR: ATRIBUTOS DO PODER

Descompensar na linguagem do hospital é perder a compostura, gritando com aqueles com quem trabalham ou mostrando-se mais irritado do que o socialmente tolerado. Por ser uma atitude que desabona a conduta de qualquer profissional, os

indivíduos que mais descompensam são aqueles que não sofrem sanções por seus atos: os docentes.

Podemos considerar duas formas distintas de “descompensar”. A primeira diz respeito ao poder adquirido por certo profissional – o docente ou chefe de plantão, ele mostra-se particularmente grosseiro atribuindo aos que o cercam sua irritação quando apresenta alguma dificuldade durante o procedimento cirúrgico. Esta atitude tem dois efeitos distintos: o primeiro é uma postura defensiva de distribuir a responsabilidade pelo procedimento, assim, se algo der errado, o chefe durante o procedimento já havia demonstrado por sua irritação, que parte da culpa das dificuldades enfrentadas podem ser atribuídas à equipe pertence, demonstrando ser ela incapaz de auxiliá-lo adequadamente.

Esta atitude está relacionada a uma grande dificuldade dos médicos em admitir que não são capazes de controlar todas as variáveis do procedimento. Admitir dificuldades ou dúvidas durante a condução de um procedimento significa para eles uma grande queda de prestígio, como se a obrigação de infalibilidade fosse uma condição indispensável para assumir o posto de chefe.(representação da imagem do médico).

O segundo efeito buscado com estes atos é o de representar para a equipe o papel de alguém particularmente cioso de suas atividades, de forma a elevar seu grau de prestígio junto à equipe e aumentar seu poder relativo para com ela. Este segundo efeito, quando compreendido em suas intenções pela equipe, faz com que o *ator* consiga o efeito contrário de suas intenções, sendo chamado em suas costas de *mascarado* por aqueles que o cercam.

Goffmann, demonstra que o fato de os atores nem sempre conseguir controlar a impressão que desejam passar, pode trazer conseqüências desastrosas para o ator em questão:

Quando pensamos nos que apresentam uma fachada falsa, pensamos na discrepância entre as aparências alimentadas e a realidade. Pensamos também na posição precária em que se colocam estes atores, pois em qualquer momento de sua representação pode ocorrer um acontecimento que os apanhe em erro e contradiga manifestamente o que declaravam abertamente trazendo-lhes imediata humilhação e às vezes perda permanente da reputação. (GOFFMAN, 1985:60).

A segunda forma de “descompensar” pode ser considerada mais genuína e relaciona-se ao *stress* no trabalho, sendo este tipo de manifestação de tensão no trabalho decorrente do próprio trabalho, seja em relação a um caso particularmente difícil de ser conduzido que exige grande destreza e atenção por parte da equipe cirúrgica, seja devido às relações de trabalho que podem tornar-se tensas. Nestes casos, quando o “descompensado” é um residente ou enfermeira, a manifestação de seu *stress* é mais individual. O residente quando descompensa nunca grita com os companheiros, sendo o máximo de transgressão que pode ter é uma discussão mais acalorada com o docente, ou o companheiro em questão, mas normalmente, seu *stress* aparece através de uma hipoglicemia, ou seja, ele começa a passar mal durante a cirurgia, ou abandona a tarefa temporariamente, sendo substituído por outro. No caso das enfermeiras, pode significar um choro convulsivo.

Observamos ser o CCC um local fechado, onde cada categoria e cada profissional têm seu próprio lugar de atuação. As conseqüências desta estrutura da divisão do trabalho são de duas ordens:

1º) Uma vez que o valor orientador das condutas pessoais e profissionais é a mestria técnica, todos primam pela execução metódica do trabalho e pela manutenção de uma conduta ética e profissional protocolar com o respeito ao paciente sendo fielmente observado e as negociações realizadas sobre bases objetivas, reduzindo-se assim, espaço para as influências pessoais. A

solidariedade observada é basicamente de ordem corporativa, no sentido de autoproteção; assim, cada indivíduo ao defender o companheiro o faz não por uma solidariedade pessoal ou por empatia adquirida para com o outro e sim observando os seus próprios interesses individuais, uma vez que poderá precisar do apoio dos demais em relação a problemas de trabalho semelhantes que possa vir a ter. A exceção fica por conta da relação entre circulantes e cirurgiões, no qual a não concorrência em protagonizar a cena facilita a cordialidade das relações de trabalho.

2º) Em termos puramente administrativos – a otimização do uso dos recursos estruturais – pudemos observar que as disputas por espaço de atuação dentro do hospital como um todo leva a um ordenamento formal da distribuição dos mesmos, o que faz com que haja um grande desperdício de tempo/uso das salas cirúrgicas.

3.6 A MANIFESTAÇÃO DA SOCIABILIDADE

Percebemos pela análise dos serviços escolhidos – Pronto-Socorro e Centro Cirúrgico Central – que a manifestação da cooperação, especialmente entre as categorias, é condicionada por dois fatores básicos: a) a relação do setor com o ambiente externo, a forma como este consegue controlar as impressões e manter locais de bastidores e, b) a ameaça, ou insegurança colocada pelo trabalho.

Em relação ao primeiro fator, pudemos notar que no CCC os locais de menor hostilidade entre as categorias profissionais – médicos e enfermeiros, são as salas cirúrgicas, especialmente quando se trata de cirurgias em que os riscos de vida ao

paciente são acentuados. Neste local, as hostilidades presenciadas acontecem entre indivíduos da mesma categoria profissional – docentes e residentes – e podem ser atribuídas à incerteza da realização do trabalho em si – o ato cirúrgico, que ao ser sentida por determinado agente, o leva a compartilhá-la com os demais, ou seja, os docentes por terem grande controle sobre o trabalho e também sobre os residentes, utilizam-se desta prerrogativa a fim de, por meio de manifestações de hostilidade, compartilhar a responsabilidade sobre o trabalho com os residentes.

Da mesma forma, a cooperação observada no P.S. pode ser atribuída à constante ameaça externa, que faz com que os atores manifestem uma forma de sociabilidade que transmita maior segurança ao grupo. Goffman (1989), salienta que os agentes sociais estipulam formas próprias de comportamento para cada região onde atuam, sendo considerado como região qualquer lugar limitado de algum modo por barreiras para a percepção. A representação dos indivíduos é determinada pela aparência que estes querem mostrar da região, para a qual adotam padrões de comportamentos, que se não observados podem incorrer em sanções efetuadas pelo grupo. Goffman considera, ainda, que é de pouca importância para o ator saber se o padrão se justifica por motivos instrumentais ou morais.

Quando se coloca uma ameaça referente ao ambiente externo, a cooperação manifesta-se mais espontaneamente, o que nos leva a inferir que a insegurança sentida na execução do trabalho, cria nos agentes necessidade mais acentuada de auxiliarem-se mutuamente, criando uma espécie de autoproteção para toda a equipe.

Parte considerável dos profissionais entrevistados já presenciaram casos em que a conduta ética profissional pode ser considerada se não errada, pelo menos imprópria. Porém, com raras exceções, estes profissionais dispuseram-se a falar livremente sobre o assunto, sempre relativizando sua própria interpretação sobre aquele episódio. Se, por um lado, a compartimentalização de funções e saberes dificulta a manifestação da

cordialidade nos relacionamentos, fazendo com que estes sejam pautados pelo protocolo e por barreiras entre os profissionais, por outro lado, a natureza do trabalho leva à manifestação de um tipo de solidariedade pautada na proteção de cada membro do grupo.

É importante notar, que os agentes não se constroem em apontar falhas de caráter ou criticar a conduta social dos companheiros: adjetivos como grosseiro, relaxados, preguiçoso, 'puxa-saco' etc. aparecem frequentemente quando se referem aos relacionamentos de trabalho. No entanto, quando perguntados sobre a conduta técnica-formal destas mesmas pessoas mostram-se sempre reticentes, dizendo que sim, já presenciaram episódios em que a conduta profissional poderia ser criticada, mas não é possível afirmar com certeza, porque todos eles estão envolvidos por uma série de variáveis circunstanciais.

Estas reticências também podem ser atribuídas ao medo de sofrer retaliações, por transgredir as normas do grupo. Mas mediante nossas observações das dinâmicas de trabalho, entendemos que existe um outro fator importante a considerar sobre este aspecto: a insegurança colocada pela natureza do trabalho, que faz com que todos compreendam a dificuldade em controlar todas as variáveis e atribuam oscilações de conduta à própria natureza do trabalho.

Desta maneira percebemos que os agentes vivem sempre uma ambigüidade nos relacionamentos de trabalho, ambigüidade esta que é pautada pela incerteza. Quando a incerteza referente ao ambiente externo do setor torna-se importante, a solidariedade na equipe de trabalho manifesta-se mais acentuadamente e, no caso do ambiente externo ter pouca influência ou não colocar a necessidade de estar controlando o comportamento regional, por ser de domínio de todos, as relações de trabalho são mais pautadas pela disputa de espaço de atuação de cada ator específico. Retomando

Schutz⁴, podemos dizer que os atores sociais, passam de um tipo de relevância de atuação a outro, de acordo com as relações de trabalho que se apresentam.

⁴ Vimos no capítulo 1 da primeira parte, os critérios de relevância para a ação social levantados por Schutz.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

RELAÇÕES HUMANAS DE TRABALHO

Para concluir este trabalho iremos discutir a forma como se estabelecem as Relações Humanas de Trabalho – RHT , no hospital. O conceito de RHT que estamos utilizando foi formulado por Dejours, e compreende todos os laços humanos criados pela organização do trabalho: relações com hierarquias, com as chefias, com a supervisão e com os outros trabalhadores; laços estes que são às vezes desagradáveis e até mesmo insuportáveis, dependendo da maneira como é conduzida a sociabilidade do local. Em relação à hierarquia no setor de serviços, Dejours salienta que freqüentemente os chefes estimulam confidências dos funcionários e depois utilizam estas informações pessoais como manipulação psicológica.

Assim a vergonha e a culpa são provocadas em qualquer ocasião. Esta atmosfera de trabalho tem como efeito principal envenenar as relações os empregados, criando rivalidades, suspeitas e perversidades de uns contra os outros. Fica assim deslocado o conflito do poder. De um conflito no sentido vertical, as contradições passam a se dar então no plano horizontal. (DEJOURS, 1992:76).

As RHT são um elemento fundamental para a compreensão da cultura própria da empresa, que determinará os valores orientadores no cumprimento das atividades. Esses valores são forjados a partir da forma particular de sociabilidade que se estabelece num determinado local. Valade, retomando Sorokin e Morin, salienta que os elementos fundamentais para a constituição de uma cultura são:

“(...)um grupo constituído, meios de comunicação (veículos ou condutores), um conteúdo – as significações, os valores e as normas, que constituem a mensagem. Esses elementos vão constituir um processo simbólico de ‘interação social’, processo este onde o indivíduo vai manter uma relação ativa com o meio, constituindo o que Morin chama de ‘sistema metabolizante’ que assegura as trocas. (...) vemos que a cultura não é nem uma superestrutura, nem uma infra-estrutura, e sim o circuito metabólico que une o infra-estrutural ao superestrutural.” (VALADE, 1995:516).

Dessa forma, para analisar os diversos condicionantes das condutas profissionais e pessoais dentro da organização com o intuito de compreender como se estabelecem as RHT, é necessário verificar o inter-relacionamento de diversos fatores que constituem a cultura da empresa, a fim de observarmos a relação que existe ou os condicionantes mútuos entre cultura da empresa e RHT.

É a cultura da empresa o elemento justificador do modo de proceder tanto de cada agente individual quanto do conjunto da comunidade, uma vez que a estrutura organizacional condiciona e limita as ações individuais dentro de certos parâmetros que são aceitos por todos. Em relação à cultura da empresa podemos nos reportar a Piotet e Sansaulieu, que compreendem que cada empresa tem uma cultura própria, possível de ser identificada, bem como subculturas de grupo, com base no setor da empresa ou na categoria profissional.

Dire qu’il y a une culture d’entreprise signifie en réalité que la vie de travail y est devenue une société dont la dynamique de fonctionnement repose de multiples façons sur une intériorisation de structures mentales collectives... On pensera tout d’abord qu’en entreprise on salariés ont une culture (grifo dos autores): ils peuvent y acquérir des ‘manières particulières’ (grifo dos autores) de vivre le rapport aux autres et au travail, très souvent au métier, à la technique, aux affinités de bureau, etc. Progressivement, ces apprentissages d’une manière de vivre spécifique s’articuleront en ensembles de significations communes de vivre spécifique s’articuleront qu’on y repère aussi le rôle éminent et d’une cohésion sociale nécessaire à la production. (PIOTET e SANSAULIEU, 1994:194,195). (Grifos dos autores).

Uma vez que passa a fazer parte de uma organização, o indivíduo passa por um aculturamento por esta organização: normas, técnicas e valores vão sendo

interiorizados de maneira que a transgressão dessas regras de conduta pode ser vista pelo grupo como uma falta grave, levando o transgressor a sofrer sanções. Enquanto instituição, o hospital encarna o 'bem comum', tornando-se local de ancoragem de processos de internalização de regras e condutas que levam os indivíduos a identificarem-se com o *ethos* institucional, a sociabilizarem-se dentro das estruturas previamente estabelecidas.

Ao adentrar numa organização qualquer, o indivíduo traz consigo todos os seus referenciais culturais, que incorpora a este meio social, de maneira que não apenas o meio transforma o indivíduo, mas também o próprio indivíduo transforma o meio.

Isto é especialmente visível na troca de indivíduos que ocupam posições de destaque numa organização qualquer, o que não significa que indivíduos que não ocupem lugares estratégicos dentro de uma hierarquia não possam influenciar a sociabilidade encontrada. No caso de funções de chefia, diretores, docentes ou mesmo assessores que ocupam posições centrais dentro da organização, é visível a diferença operada quando da mudança dos indivíduos que ocupam o cargo, tanto na forma de conduzir o trabalho quanto na sociabilidade manifesta em seus locais de influência, no entanto as mudanças que ocorrem nas trocas de indivíduos que ocupam postos de trabalho são sempre mudanças de estilo de atuação, que não chegam a abalar as estruturas sociais da organização.

A cultura da empresa pode ser compreendida pelo entrelaçamento de diversos fatores presentes no cotidiano da organização, fatores estes que não se encontram isolados, mas que fazem parte de um todo que compõe a organização:

1º) A estrutura organizacional estabelece as assimetrias de cargos e funções por meio da hierarquia nas tomadas de decisões e da valorização diferenciada das diversas funções. Esta estrutura orienta o processo de trabalho, estabelece os

limites das ações individuais e condiciona, a partir do orçamento hospitalar os serviços oferecidos pelo hospital – tanto em termos de quantidade quanto em tipos de serviços oferecidos.

2º) Os interesses profissionais e pessoais, pois os indivíduos, ao fazerem parte de uma organização ou uma instituição, apesar da necessidade de adequarem-se aos desígnios destas, não eliminam seus interesses pessoais. Interesses estes que nem sempre coincidem com os objetivos da organização, mas que os indivíduos buscarão alcançar por meio de suas ações cotidianas e das negociações⁵ travadas com os demais membros da organização. Esses movimentos das buscas dos objetivos individuais aliados ao cumprimento das tarefas colocadas pela organização, acabam por estabelecer uma relação dialética, em que ao mesmo tempo a organização transforma ou condiciona os interesses dos membros que a compõem e estes reorientam os objetivos da organização.

3º) A natureza do trabalho, ou seja, a maneira particular como o trabalho se apresenta para o conjunto da comunidade coloca para estes a necessidade de responder às exigências para as quais não têm segurança absoluta sobre a melhor atitude a tomar. Esta insegurança sobre a forma de agir leva os membros da organização a apegarem-se à regra, ao protocolo, na condução de suas condutas profissionais e a atribuírem ao ‘outro’, seja este outro a organização, seja o companheiro de trabalho, as dificuldades referentes ao próprio trabalho.

Pela análise destes elementos que fazem parte da cultura da empresa, percebemos que a organização, enquanto um conjunto de normas e estruturas sociais,

⁵ Ver Crozier e Friedberg: a noção de sistema de poder como negociação. CROZIER e FRIEDBERG (1974).

instituídas pelo regulamento e pelo costume, regula as ações dos indivíduos, ou seja, direciona sua conduta, não só no emprego das técnicas de trabalho, mas também em seus relacionamentos pessoais. Kaës, ao discutir o sofrimento nas instituições, apesar de estar pensando no campo da psicanálise, nos oferece um bom ponto de partida para a compreensão da forma como o indivíduo se insere na organização:

Como o outro, a instituição precede o indivíduo e o introduz na ordem de sua subjetividade predispondo as estruturas de simbolização: pela apresentação da lei, pela introdução da linguagem articulada, pela disposição e pelos procedimentos dos referenciais identificatórios. (KAËS, 1991:10).

Desta forma, a organização-institucional que é o hospital, para manter sua estabilidade impõe e condiciona a ação dos indivíduos, que, se por um lado permite o funcionamento ‘aceitável’ da organização, por outro lado traz a estes mesmos agentes uma série de insatisfações nos relacionamentos humanos, uma vez que a articulação destes três elementos que fazem parte da cultura da empresa, estrutura organizacional, interesses pessoais e natureza do trabalho, não atendem aos interesses do conjunto dos trabalhadores do hospital.

Ao observarmos a forma como a organização hospitalar orienta a conduta de seus membros, verificamos que cada indivíduo enfrenta problemas no seu local de trabalho e na particularidade da tarefa. Problemas que se referem ao conteúdo significativo da tarefa e às relações humanas necessárias para o cumprimento das mesmas; agravando-se nos relacionamentos com os demais setores do hospital.

As lógicas de trabalho apresentam-se distintas em cada local devido ao tipo de atendimento oferecido, o que faz com os trabalhadores estabeleçam formas próprias de execução das atividades e de sociabilidade, que visam responder às necessidades colocadas pelo próprio trabalho, particularizando cada setor do hospital.

Desta forma, podemos dizer que não é possível detectar um modo de proceder típico no hospital. A aproximação mais correta seria que o hospital é composto por vários hospitais, com suas lógicas próprias de atuação, funcionando coordenadamente a fim de responder às necessidades, ou cumprir a 'missão', de uma organização maior – o hospital-escola.

Em nossas entrevistas, percebemos que boa parte da insatisfação vivida pelos diversos funcionários do hospital diz respeito a um sentimento de abandono por parte da organização, representada no imaginário dos funcionários pela administração central. Ao estipular a forma de conduzir as tarefas, apesar de cada tarefa ter um sentido na lógica organizacional, este sentido não fica claro para cada indivíduo presente nos diversos postos da hierarquia, que não compreendem muitas das exigências colocadas. A falta de conteúdo significativo para a execução das tarefas de parte das tarefas, ou a incapacidade de resolver problemas apresentados pelos pacientes que vão além de seu espaço de atuação profissional, ou que dizem respeito a problemas sociais que estropolam a circunscrição do hospital, leva a uma grande insatisfação no cumprimento delas.

Evidentemente, esse conteúdo significativo apresenta-se de forma diferente para cada indivíduo de cada categoria específica. Para os funcionários, a dificuldade pode estar na ocultação de informações referentes ao paciente, na insatisfação quanto à possibilidade de fornecer uma resposta precisa sobre as terapêuticas adotadas. Os enfermeiros podem ressentir-se da conduta burocrática e da distância no relacionamento com os médicos, que raramente discutem com eles as condutas com os pacientes, limitando-se a indicar o procedimento a ser adotado. Médicos apresentam dificuldade em adequar-se às normas de procedimento da enfermagem e dos funcionários, considerando que seu trabalho limita-se ao atendimento terapêutico e as demais categorias estão sempre a lhes apresentar 'papelório' para ser preenchido.

Essas diferentes lógicas de trabalho têm um efeito negativo nas relações humanas entre funcionários de setores e categorias distintos, que, devido às compartimentalizações de funções e saberes, não compreendem os condicionantes das atividades dos demais. Isto pode ser exemplificado nos relacionamentos entre os funcionários dos setores de atendimento e as unidades de internação: os setores de atendimento inicial ao paciente – unidades como agendamento de consultas e procedimentos, internação, portaria e recepção, que no jargão do hospital são chamados de ‘porta de entrada’ – fazem uma intermediação entre o paciente, seus familiares e as unidades de tratamento. Os primeiros setores – unidades de atendimento – são compostos basicamente por funcionários administrativos e os segundos – unidades de assistência – por médicos e enfermeiros. As diferentes lógicas de atuação e problemas vividos nestes dois tipos de locais são incompreensíveis mutuamente fazendo com que o relacionamento entre estes apresente-se freqüentemente tenso.

Ao chegar para marcar uma consulta médica, fazer uma internação ou mesmo em busca de informações, o paciente e seus familiares encontram-se sempre numa situação de grande expectativa e ainda devem se submeter a uma série de procedimentos burocráticos, anteriores ao atendimento clínico. Nessa etapa, o paciente não recebe nenhuma informação sobre como será ‘conduzido’ o seu caso, apenas informações protocolares sobre visitas, doação de sangue, uso de objetos pessoais etc.

Esse trabalho burocrático para ser executado precisa anteriormente de um encaminhamento do médico, seja para consulta, internação, seja para qualquer outro procedimento. Freqüentemente os médicos apenas avisam o paciente para comparecer no hospital e não deixam os encaminhamentos necessários nas unidades de atendimento, o que transtorna o trabalho nestes setores que precisam solicitar tais encaminhamentos aos médicos.

A tarefa de buscar os encaminhamentos esbarram numa série de contratemplos. Nem sempre o paciente sabe qual é a disciplina médica que o atende, e muitas vezes os pacientes dizem que o doutor *'fulano'* pediu-lhe o comparecimento naquele dia. Quando esse médico é um residente, este pode não mais estar cumprindo estágio na disciplina que atende ao paciente, além de não raras vezes os pacientes errarem ao indicar o nome do médico que lhes atende, o que é compreensível, visto que eles são atendidos por residentes e docentes, além de serem encaminhados de uma disciplina a outra, dependendo da moléstia que apresente.

Essas dificuldades oriundas da organização do trabalho hospitalar colocam os agentes em constante conflito: os funcionários pressionam os médicos para manter a atividade burocrática em ordem e os médicos ressentem-se dessa pressão. Eles consideram que as dificuldades de seu trabalho assistencial-terapêutico justificam esses 'deslizes', e consideram que os funcionários devem lhes facilitar o trabalho, mas agem de forma contrária, interpelando-os continuamente com solicitações para eles incompreensíveis. A organização burocrático-formal do hospital leva os agentes a manterem um tipo de comunicação protocolar, dificultando o conhecimento de cada um sobre o trabalho dos demais. Todos consideram que o 'seu' trabalho é mais penoso e exaustivo, e que os demais propositadamente deixam de cumprir de forma adequada suas atividades. Isso dificulta o relacionamento de trabalho e a satisfação referente à organização hospitalar.

A natureza do trabalho hospitalar – a produção de cuidados com vistas à cura do paciente – não oferece um resultado objetivo a grande parte dos profissionais envolvidos no atendimento ao enfermo, pois, uma vez que o trabalho encontra-se parcelado, o profissional que atende o paciente num determinado momento não tem conhecimento sobre o desenvolvimento do caso daquele paciente.

A exemplo das demais organizações de trabalho, orientadas sob a égide da racionalidade a partir da parcialização das tarefas, o trabalhador do hospital é também um trabalhador coletivo⁶, em que o produto do trabalho não é individualmente apreendido pelo membro da organização. E mais: se numa fábrica, ou numa organização empresarial, o produto do trabalho coletivo é uma mercadoria, que pode ser mensurada ou observada no mercado, no hospital o produto do trabalho é a cura ou o cuidado, produtos que não podem ser mensurados, uma vez que os beneficiários dos serviços oferecidos não tem condições objetivas de avaliar a qualidade dos serviços prestados, seja porque estes serviços não ofereceram o resultado desejado, seja porque a satisfação aparente do usuário não traduz a real capacidade de atendimento a ele oferecida⁷.

Apenas os médicos que acompanham o paciente ao longo de seu tratamento têm uma visão clara da evolução dele; mesmo assim, devido à grande quantidade de especialistas, estes acabam por conhecer o paciente por meio das informações do prontuário; assim, a relação médico-paciente está limitada pela orientação técnica sem outro envolvimento entre o profissional de cura e o paciente. A comunicação entre o paciente e os profissionais de saúde limita-se a questões pontuais acerca da

⁶Já vimos com Marx o efeito da parcialização das tarefas sobre a alienação do trabalhador, cujo produto do trabalho pertence ao coletivo e cuja transformação da força de trabalho em mercadoria, tem o efeito de 'alienar' o trabalhador em relação ao efeito social do trabalho executado. Marx - O Capital, v. I

⁷ O julgamento do usuário limita-se à sua percepção de ter sido bem atendido ou não, percepção esta que tem um grande conteúdo subjetivo, pois o usuário pode sentir-se bem atendido, quando na verdade a organização hospitalar procedeu com ele uma série de procedimentos terapêuticos desnecessários e que aumentaram o seu sofrimento em relação à moléstia, ou ao contrário, este pode sentir-se abandonado dentro do hospital, mas apesar deste atendimento humano ter sido negligenciado, o atendimento terapêutico ter sido absolutamente irreprovável. Evidentemente, ambos os tipos de atendimento: o humano de atenção e conforto e o técnico, por meio das terapêuticas adotadas, são desejáveis tanto para o paciente, quanto para a organização. Salientamos porém, as dificuldades do paciente de avaliar positivamente o tipo de atendimento recebido, devido à sua limitada capacidade de avaliar o ato médico em si.

enfermidade; os primeiros respondem às perguntas proferidas e muitas vezes sequer sabem a quem estão respondendo: se a um residente, aluno, docente ou pessoal de enfermagem.

A substituição da pessoa por seu órgão doente e agora pelo detalhe desse órgão transformou o médico especialista que já era um tecnólogo, em um tecnólogo do detalhe, sua prática se esgotando no procedimento diagnóstico e terapêutico em si e circunscrito, esquecido das pessoas (objeto) sobre o qual intervém. Nesse sentido, a relação 'singular' entre médico e paciente cada vez mais se faz uma figura de retórica e sem sentido. (PINA RIBEIRO, 1993:39 apud BOLTANSKI)

A organização hospitalar alia para o seu funcionamento a especificidade dos saberes médicos - distribuídos entre os diversos tipos de cuidados oferecidos aos pacientes - e os fundamentos da administração racional burocrática. Desta forma, a organização hospitalar, ao aglutinar essas duas lógicas de atuação, dificulta os relacionamentos de trabalho que se movimentam por uma dinâmica peculiar.

Primeiro, a especialização das funções e a comunicação de tipo vertical - em que cada indivíduo reporta-se ao seu superior hierárquico e somente recebe instruções deste - constroem a difusão da informação e dificultam a solução dos problemas onde estes ocorrem, pois os funcionários não têm acesso às tomadas de decisões e nem espaço de atuação fora do cumprimento de suas atividades.

Segundo, as diferentes lógicas de atuação das categorias profissionais envolvidas na condução das atividades potencializam para cada agente envolvido no processo de trabalho a insegurança frente à conduta dos demais, pois a impossibilidade de prever a forma como cada ato será interpretado os impele a pontuar suas condutas pela norma que fundamenta as atividades no hospital, de maneira a proteger-se das críticas dos demais.

Terceiro, a natureza do trabalho em saúde não permite que as ações dos indivíduos possam ser orientadas apenas pela condução racional, baseada no protocolo, uma vez que as solicitações dos pacientes e o imponderável de sua reação às terapêuticas, freqüentemente, obriga os funcionários a tomarem atitudes que vão além do procedimento formal.

Tais dificuldades, cuja origem é a forma como o trabalho é organizado, colocam para o trabalhador o paradoxo entre o cumprimento da atividade tal como esta foi orientada e a necessidade de responder a problemas sobre os quais não está autorizado, fazendo com que o trabalho cotidiano mantenha os funcionários numa grande insegurança sobre qual conduta tomar.

O paciente tem hora e dia para receber visita... a gente tem de dispensar a família daqui (quando vem fora de horário de visita). Mas isso é fácil falar... às vezes a família chega chorando, porque o paciente tá mal, daí a gente manda para a internação (setor de internação) para eles resolverem com o paciente. Mas a internação só sabe dizer onde o paciente está internado, e eles (a família) querem ver o paciente... Daí começa a confusão: a internação reclama, porque a gente manda família para lá, e eles que tem de falar com a enfermaria; a enfermaria reclama porque tem mais o que fazer e não pode ficar recebendo família o dia inteiro; o chefe dá bronca, porque é para mandar a família embora e mandar voltar na hora da visita. Mas é com a gente que eles reclamam! E já aconteceu da gente mandar família embora e ela estar sendo chamada pelo serviço social, pelo médico e até pelo serviço de óbito, porque o paciente morreu!(Func.adm).

Podemos verificar por essa fala que as solicitações trazidas pelos pacientes e/ou seus familiares colocam para a organização uma grande dificuldade em padronizar as condutas de seus funcionários. Por um lado, a orientação é para que os responsáveis pelo recebimento dos visitantes os orientem sobre o horário adequado para o comparecimento no hospital; por outro lado, a dificuldade de comunicação entre os diferentes setores impede que todos os envolvidos no recebimento do paciente e familiares tenham as informações necessárias para orientação dos visitantes, criando

um grande mal-estar nas relações de trabalho, com os diversos agentes não sabendo ao certo qual a melhor atitude a tomar em cada momento específico.

Essas dificuldades de comunicação podem ser atribuídas à complexidade da organização, que, ao contar com uma grande quantidade de setores e profissionais com funções distintas, dificulta o fluxo de informações. As pessoas envolvidas com o paciente não consideram necessário informar aos demais setores sobre as intercorrências entre eles e, devido à necessidade de sigilo e de proteção ao paciente, receiam que algumas informações possam ter conseqüências desastrosas.

Exemplificando: as unidades de internação e os médicos que atendem ao paciente podem considerar temerário informar por telefone ao funcionário da recepção qual a moléstia de seu paciente. No entanto, informações simples poderiam ser passadas sem qualquer prejuízo moral ao paciente e sem oferecer um alarme desnecessário à família, tais como: data prevista de cirurgias e procedimentos, estado geral do paciente (alimentação, sono), se este encontra-se na unidade de internação ou em algum outro setor do hospital para exames diagnósticos etc.

Este receio tem várias causas: o primeiro é que a informação fornecida a um funcionário de determinado setor seja divulgada inadequadamente aos demais funcionários, a fim de que se mantenham alerta sobre aquele fato específico; o segundo é a desconfiança de que os funcionários não mantenham discrição ou orientem inadequadamente o usuário e o terceiro, e mais prosaico dos motivos, é que não confiam que uma informação fornecida a determinado setor seja de fato considerada importante por este, ou seja, consideram que independente de informar ou não os demais setores, estes não considerarão esta informação importante, esquecendo-a em seguida.

Assim, o médico pode informar à enfermeira que necessita conversar com a família e esta limitar-se a fornecer a informação à equipe de enfermagem, desconsiderando que a família do paciente possa comparecer no hospital fora de horário de visita em busca de notícias e que não terá acesso – devido às normas do hospital – nem ao paciente e nem ao médico responsável. Ou um outro departamento qualquer, como o serviço social, internação ou banco de sangue, quando necessite de informações de familiares busca-os diretamente, desconsiderando que estes podem encontrar-se eventualmente no hospital.

Os servidores do hospital são funcionários públicos, com direitos e qualificações para o exercício do cargo, vivendo uma situação de trabalho específica: que inclui formas de recrutamento e seleção; métodos e técnicas de trabalho, garantias no exercício da função, possibilidade de ascensão na carreira etc. – trabalham numa organização que tem um grande prestígio social e têm de administrar as assimetrias de prestígio conferida pela organização – e fora dela – às diferentes categorias profissionais.

O elemento unificador de toda essa diversidade que faz parte da organização é a crença na medicina, não apenas como uma técnica, a exemplo de outros saberes como a mecânica e o direito, mas um saber poderoso, detido pelos médicos e que é capaz de aliviar o sofrimento. Este saber é o elemento fundamental para a compreensão da forma como é distribuído o poder dentro do hospital, e quais são os canais formais e informais por onde passa a autoridade, além de permitir compreender a cultura própria desta organização.

A hierarquização traz consigo uma idéia de valor, de mérito. Quanto mais alta a posição do indivíduo na pirâmide hierárquica, maior é a sua influência e maior o seu prestígio, o que faz com que os indivíduos busquem melhorar sua posição relativa na

hierarquia da organização. É preciso considerar que cada indivíduo compreende de maneira específica sua posição dentro da organização, lhe atribui um valor e busca sempre melhorar sua posição, posição esta que pode apresentar-se mais favorável ao indivíduo não apenas na ascensão da carreira, mas também no domínio de diversas influências dentro de seu ambiente de trabalho.

O entendimento sobre o papel social dos profissionais de saúde, em especial do médico, é fundamental para compreendermos a forma como se apresentam os conflitos vividos por estes atores devido à sua situação de trabalho e a natureza do seu trabalho, e para entendermos a ação destes agentes na elaboração de uma estratégia de exercício cotidiano do trabalho.

A situação de trabalho de um sujeito é inseparável de sua situação social total da sociedade. A entrada de um indivíduo num tipo de trabalho e suas experiências nele podem ou não levar ao desenvolvimento de um senso de identidade subjetivo. Mas um grande número de experiências no trabalho, estreitamente relacionadas, exprimem uma identidade coletiva objetiva. Tais identidades não são distribuídas ao acaso, mas de maneira sistemática, através da sociedade. Esta é talvez, a mais importante personificação da estrutura social. É difícil e desaconselhável reduzi-las de qualquer maneira que seja. (ROSE 1993:15 apud DWYER)

Desta maneira, as particularidades da situação de trabalho, aliadas ao fato de trabalharem numa instituição social que presta serviços de saúde, levam estes trabalhadores a uma relação de ambigüidade com o seu trabalho, pois de um lado estes têm garantias e qualificações para o exercício de suas funções e contam com a estabilidade no emprego, o que lhes garante uma relação de permanência com o cargo. Por outro lado, o trabalho é organizado de forma burocrática, e os agentes não têm controle sobre o processo de trabalho como um todo. A hierarquia das relações de trabalho lhes dá a incomoda sensação de anonimato e abandono, ao mesmo tempo que os mantém numa situação de lealdade e ressentimento para com os chefes imediatos.

A lealdade pode ser atribuída tanto à convivência como à necessidade de busca de proteção dos funcionários para com os chefes, pois a incerteza, faz com que os funcionários de um mesmo setor apoiem-se mutuamente e busquem 'fortalecer' a posição do chefe frente à administração, com o objetivo de melhorar a posição relativa do grupo.

Podemos notar esta ambigüidade dos funcionários em relação às chefias nas seguintes falas:

Nossa chefe é legal, ela sempre 'quebra o galho' quando a gente precisa, defende a gente com diretores... briga com os médicos e a enfermagem, quando eles passam dos limites... Mas eu acho que ela é um pouco medrosa... o diretor reclama que as pessoas passam aqui e a gente tá conversando, e ela pega no pé... às vezes é hora de almoço! Eu faço o que quiser no meu horário! Só porque é hora de folga eu não tenho que ficar fora do setor, não tem o que fazer no hospital! Eu prefiro ficar aqui, conversando com as meninas, vendo o catálogo (de vendas de cosmético). (Func. Adm.).

A gente não tem queixa do chefe. Ele tem lá os seus 'pits', mas é bem humano. Mas aqui falta tudo, não tem canetas, os computadores são umas geringonças... Eu acho que ele tinha de fazer alguma coisa! Ela diz que já pediu, e não tem verba... Mas lá no serviço de contas de informática o pessoal tem tudo, porque o chefe briga pelas coisas... Ele é meio mole... (Func. Adm.) Nota: aqui o funcionário não se refere a instrumentos de trabalho, como computadores novos e sim ao conforto no trabalho, como existência de copas, móveis de boa qualidade etc.

O prestígio conferido ao hospital junto ao sistema de saúde e aos próprios pacientes é um elemento motivador da estabilidade da 'comunidade hospitalar', pois trabalham numa organização competente. O prestígio do hospital 'contagia' seus trabalhadores, pois o hospital só é competente por contar com funcionários competentes.

Desta forma, o consenso dentro dos departamentos estabelece-se pelo corporativismo, que visa à proteção do grupo, e pela busca da elevação do prestígio

daquele local específico, com vistas a melhorar a satisfação dos agentes em relação à realização do trabalho. Como vimos, devido à incerteza do trabalho em saúde, os agentes não produzem a cura e sim o cuidado. Isto traz insatisfações com o conteúdo significativo do trabalho; insatisfações estas que os agentes buscam minimizar mediante a realização do ato técnico em si. Uma vez que o processo não é apreendido, torna-se necessário para cada agente sentir que o seu trabalho está sendo bem realizado, independente do que ocorrerá ao paciente em seguida.

Por mais técnica e objetiva que seja a realização do trabalho, os agentes não conseguem abstrair o fato de que estão lidando com um indivíduo enfermo, que se encontra fragilizado. Esta fragilidade do paciente, se em alguns momentos torna-se repulsiva, fazendo os agentes imporem a estes comportamentos padronizados, ainda assim coloca a humanização do atendimento como uma condição de manter a humanização dos próprios agentes. Estes entendem que o sofrimento de presenciar a dor alheia somente pode ser suportável, caso, individualmente, os agentes procurem minimizar o desconforto alheio.

Assim, (nas instituições) orientações culturais são atacadas, idéias produzidas dentro das instituições são apresentadas como fatos e usadas para contrariar as concepções que os trabalhadores têm de verdade e de justiça. Estas concepções são deslegitimadas e rejeitadas, muitas vezes porque definidas como servindo a interesses irracionais. Dentro das instituições, porém, ao mesmo tempo em que os atores procuram usar seus conhecimentos especializados, eles também desenvolvem seus próprios interesses. Referem-se com frequência à ética, constroem suas próprias identidades como 'profissionais' (...). (DWYER, 1993:21).

Essa concepção, sobre o papel social do trabalho em saúde, é um forte elemento para a construção do consenso na sociabilidade vivida pelos agentes, fazendo com que os deslizes individuais e as diversas racionalidades na condução do trabalho sejam mais facilmente tolerados, permitindo o equilíbrio entre as dificuldades de relacionamento

colocadas pela organização do trabalho e a cultura organizacional, pautada pela realização do trabalho da melhor forma possível.

*É difícil, mas nós temos que aprender a escutar o paciente e dizer claramente o que ele tem de saber (...). Essa conscientização social está chegando aos poucos, mas ao tratar o paciente como um cidadão que merece respeito, a gente vai percebendo que isto (esta forma de agir) se traduz em um respeito por nós mesmos, como profissionais. O papel do profissional de saúde não é só administrar o medicamento, ou fazer o curativo, é preciso ver a **pessoa** que recebe o atendimento, isso nos enriquece como seres humanos. (Func. Assist.)*

BIBLIOGRAFIA

BARROS, José Augusto C. (1995). *Propaganda de medicamentos, Atentado à saúde?* São Paulo, Hucitec-Sobravime.

BARROS, Maria Elizabeth Diniz. (1997). Política de saúde :a complexa tarefa de enxergar a mudança onde tudo parece permanência... In:CANESQUI, A. M. *Ciências sociais e Saúde*. São Paulo, Hucitec-Abrasco. pp.113-133.

BECKER, Howard S. (1997). *Métodos de pesquisa em ciências Sociais*. 3ª ed. São Paulo, Hucitec.

BERGER, Peter & LUCKMAN, Thomas (1978). *A construção social da realidade*. 4ª ed. Petrópolis, Vozes.

BERLINGUER, Giovanni. (1989). *Reforma Sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo, Hucitec.

BOUDON, Raymond (dir.) (1995) *Tratado de sociologia*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar ed.

BRAGA, João Carlos. e PAULA, Sérgio G. (1981). *Saúde e Previdência: Estudos de Política Social*. São Paulo, Cebes-Hucitec.

CAMPOS, Gastão W. Souza. (1988). *Os médicos e a política de saúde*. São Paulo, Hucitec.

_____ (1997). *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo, Hucitec.

CAMPOS, José de Queiroz & CAMPOS Juarez de Queiroz. (1976). *Hospital: a lei e a ética*. São Paulo, LTR ed.

CANESQUI, Ana Maria (org.) (1995). *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco.

_____ (org.) (1997). *Ciências sociais e saúde*. São Paulo, Hucitec-Abrasco.

CANGUILHEM, Georges (1995). *O normal e o patológico*. 4ª ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária.

CAPISTRANO FILHO, Davi. *Saúde para todos: um desafio ao município*. São Paulo, Hucitec.

CARAPINHEIRO, Graça. (1993). *Saberes e Poderes no hospital*. Porto, Edições Afrontamento.

CARVALHO, Maria Alice Rezende. A Institucionalização das Ciências Sociais e Saúde”, In CANESQUI, A. M.(org.) (1997) *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo, Hucitec-Abrasco.pp.49-67.

CECÍLIO, Luis Carlos O. (org.) (1997). *Inventando a mudança na saúde*. 2ª ed. São Paulo, Hucitec.

CROZIER, M. FRIEDBERG, E. (1977) *Le acteur et le système*. Paris, ed. Du Seuil.

CROZIER, Michel (1983). *A sociedade bloqueada*. Brasília, ed. UNB.

_____ (1981). *O fenômeno burocrático*. Brasília, Editora Universidade de Brasília.

DARTIGUES, André (1992). *O que é fenomenologia?* 3ª ed. São Paulo, ed. Moraes.

DEJOURS, Christophe (1992). *A loucura do trabalho, estudo da psicopatologia do trabalho*. 5ª ed. São Paulo, Cortez-Oboré.

DONNANGELO, Maria .C. Ferro. (1975). *Medicina e sociedade*. São Paulo, Pioneira.

DUCHIADE, Milena P. População Brasileira: um retrato em movimento. In MINAYO, Maria Cecília S.(1995) *Os muitos brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco

DWYER, Tom (1993). *A sociologia do trabalho por uma redefinição através do acionalismo histórico e do acionalismo fenomenológico*. Campinas, IFCH, Cadernos do IFCH.

FOUCAULT, Michel. (1977). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, Forense Universitária.

FREUND, Julien.(1970) *Sociologia de Max Weber*. Rio de Janeiro, Forense Universitária.

FRIEDBERG, Erhard (1993). *Le pouvoir et la règle, dynamiques de l'action organisée*. Paris, Seul.

GARFINKEL, Harold (1967). *Studies in Ethnomethodology*. New Jersey, Prentice Hall, inc. Englewood Cliffs.

GIDDENS, Anthony (1978). *Novas regras do método sociológico*. Rio de Janeiro, Zahar editores.

GOFFMAN, Erving (1985). *A representação do eu na vida cotidiana*. 4º ed. Petrópolis, Vozes.

_____ (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara.

_____ (1996). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo, ed. Perspectiva.

GONÇALVES, Ricardo B. Mendes (1994). *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: Características tecnológicas do processo de trabalho na rede Estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo, Hucitec-Abrasco.

GOULDNER, A. W. (1971). *The coming crisis of western sociology*. Nova York, Equinox Book, publicado por Avon. Apud. **HAGUETE, M. T. F.** *Metodologias Qualitativas na Sociologia*.(1995), Petrópolis, Vozes.

GUIMARÃES, R. E TAVARES, R. (orgs.) (1994). *Saúde e Sociedade no Brasil - anos 80*. Rio de Janeiro, Abrasco, IMS, UERJ, Relume-Dumará.

HAGUETTE, Teresa M. Frota (1995). *Metodologias qualitativas na sociologia*. 4ª ed. Petrópolis, Vozes.

HELMAN, Cecil H. (1994). *Cultura, saúde e doença*. 2ª ed. Porto Alegre, Ed. Artes médicas.

KAËS, René et al (1991). *A instituição e as instituições*. São Paulo, Casa do psicólogo.

MACHADO, Maria Helena. Macro-Micro: os novos desafios da Sociologia e os efeitos no campo da saúde. In: CANESQUI, Ana Maria (org.) (1995). *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco. Pp. 83-93.

MARX, Karl (1985). A Mercadoria. In *O Capital*, vol. 1. São Paulo-Difel.

MELO, Cristina (1986). *Divisão do trabalho e enfermagem*. São Paulo, ed. Cortez.

MERHY, Emerson E. & **ONOCKO**, Rosana (orgs.) (1997). *Agir em saúde, um desafio para o público*. São Paulo, Hucitec.

OPAS, OMS, FEDERAÇÃO LATINO AMERICANA DE HOSPITAIS e FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS (1992). *Garantia de Qualidade: acreditação de hospitais para a América Latina e o Caribe*.

PIRES, Denise (1996). *Processo de trabalho em saúde: no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho*. Campinas, IFCH - Unicamp. (Tese de doutorado em Ciências Sociais).

PITTA, Ana (1991). *Hospital, dor e morte como ofício*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec.

POSSAS, Cristina (1989). *Saúde e Trabalho: A crise da Previdência Social*. 2º ed. São Paulo. Hucitec.

RASIA, José M. (1996). *Hospital: sociabilidade e sofrimento*. Curitiba, DECISO, UFPR. (Tese, Titular em Sociologia).

RIBEIRO, Herval Pina (1993). *O hospital: história e crise*. São Paulo-Cortez.

SAINSAULIEU, Renaud. (1977). *L'Identité au travail (les effets culturels de l'organisation)*. Paris, FNSP.

SAINT-PIERRE, H. L. (1994). *Max Weber, entre a paixão e a razão*. Campinas, ed. Unicamp.

SCHRAIBER, Lilia Blima, (1993). *O médico e seu trabalho*. São Paulo, Hucitec.

_____. Políticas públicas e planejamento das práticas de saúde - *Revista Saúde em debate*, Londrina: CEBES, N.º 47, pp.28-35, junho de 1995.

SCHUTZ, Alfred. (1979). *Fenomenologia e relações sociais.* Rio de Janeiro, Zahar editores.

SMART, Barry (1978), *Sociologia, fenomenologia e análise marxista.* Rio de Janeiro, Zahar editores.

STAVENHAGEN, Rodolfo. Estratificação Social e Estrutura de Classes. In **VELHO, Guilherme O., Palmeira Moacir G.S. e . BERTELLI, Antonio R. (orgs.),** (1971). *Estrutura de Classes e Estratificação Social.* 3ª ed. Rio de Janeiro, Zahar editores. Pp. 133-170.

WEBER, Max (1982). *Ensaio de Sociologia.* 5ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara.

_____ (1992). *Metodologia das ciências sociais.* 2 vol. São Paulo-Campinas, Ed. Unicamp-Cortez.