

# Especialização e Compartimentalização de Saberes: Efeitos sobre a Produção de Cuidados e Administração em Saúde\*

Maria Marce Moliani\*

---

## Resumo

Este artigo analisa os efeitos da especialização técnica dos trabalhadores em saúde sobre os relacionamentos humanos no trabalho e, conseqüentemente, sobre a produção total da organização hospitalar. O hospital é uma organização moderna e complexa, que coordena e condiciona a ação de diversos agentes de forma racional, perseguindo objetividade de resultados e eficiência para cada tarefa desempenhada. Esses trabalhadores são profissionais especializados, ou seja, são indivíduos que mantêm uma esfera de poder sobre o próprio trabalho devido ao saber que detêm e que não é compartilhado por todos. Porém, ocupam posições assimétricas no processo produtivo e na escala de poder e prestígio da organização, desigualdades estas que, aliadas à natureza do trabalho em saúde e à lógica formal que orienta as atividades no hospital, mantêm esses trabalhadores numa situação de grande insegurança, gerando uma série de conflitos.

**Palavras-chave:** trabalho, processo de trabalho, relações de trabalho, organizações.

## Abstract

The present article analyzes the technical specialization effects on health workers, on human relations at work and, consequently, on the hospital organization production. Hospitals are modern and complex organizations that coordinate and rationally arrange actions of different agents, aiming at performing each task efficiently to obtain objective results. Such workers are experts, that is to say, individuals that due to considerable expertise concerning their own work, which is not shared with everyone, have total control of it. Nevertheless, they have unbalanced positions in the organization productive process and power and prestige scale. Due to such unbalances, associated the health work nature and to the formal logic that guides hospital activities, those workers experience a great lack of security that generates a series of conflicts.

**Key words:** work, work process, labor relations, organizations.

---

\*Este artigo apresenta parte dos resultados de pesquisa do Mestrado em Sociologia, cuja dissertação, intitulada *A Construção da Sociabilidade: consenso e conflito nas relações de trabalho no hospital*, foi aprovada no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH) da Unicamp em dezembro de 1999.

\*\*Cientista Social, Mestre em Sociologia pela Unicamp. Professora das disciplinas Introdução às Ciências Sociais, Sociologia e Técnicas de Pesquisa na FAE. Pesquisadora do Grupo de Estudos Trabalho e Sociedade (GETS) na UFPR e membro/pesquisadora da Unitrabalho/UFPR. E-mail: mariamarce@uol.com.br

O hospital, enquanto instituição de saúde moderna, coloca a seus trabalhadores duas exigências cruciais que, se não são contraditórias, demandam 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, a capacidade de oferecer uma resposta às expectativas do paciente, um indivíduo portador de sofrimentos e esperanças que acredita (ou deseja acreditar) em uma capacidade ilimitada de cura e alívio de seus males por parte da medicina, capacidade esta a que os trabalhadores da saúde sabem que nem sempre podem corresponder.

O trabalho em hospital exige o atendimento padronizado aos enfermos, procedimento necessário para o funcionamento burocrático da organização e um meio de proteger os trabalhadores dos constrangimentos colocados pelos sofrimentos alheios, pois “(...) o 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, p.36). A busca de objetividade no atendimento, utilizada pela organização como mecanismo administrativo e pelos profissionais de saúde como mecanismo defensivo em face das exigências dos pacientes, mediante formas próprias de sociabilidade, confere formalidade às comunicações, evitando manifestações “exageradas” dos pacientes e mantendo-se contidos.

Quando nos deparamos com a natureza do processo de trabalho em hospital, verificamos que a presença constante da dor e da morte demanda dos profissionais em saúde um ajuste emocional constante,<sup>1</sup> que, aliado à capacidade profissional formal destes trabalhadores e a seu orgulho profissional (todos são tecnicamente treinados, sendo dotados, portanto, de capacitações para o exercício de suas atividades), tem efeitos sobre a organização do trabalho, fazendo emergir duas linhas de autoridade: a primeira é oriunda do aparato

administrativo, que busca normatizar as condutas profissionais, estabelecer limites para o atendimento, equacionar custos e resultados, administrar, enfim; a segunda pode ser atribuída aos agentes responsáveis pela cura – o profissional de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas etc.) –, que, imbuídos da missão de cura e da autoridade legal e moral para cumpri-la, podem transgredir normas, alterar prioridades, impor custos, transgredir a hierarquia administrativa, entre outras medidas.

Nesse sentido, pode-se inferir que, mesmo em condições ideais de trabalho, com ausência de problemas de financiamento e de demanda por atendimento, podem ser observados conflitos de sociabilidade no hospital, pois as peculiaridades do trabalho em saúde, especialmente numa organização de grande complexidade, trazem uma grande imprevisibilidade na elaboração cotidiana de prioridades e nas necessidades apresentadas pelos pacientes.

Por se tratar 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. Esses 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.

Isso se deve à forma como o hospital coordena e condiciona o trabalho dos grupos profissionais e dos diversos locais de atendimento, não logrando abolir as diversas lógicas de atuação dos diferentes grupos profissionais. Além disso, 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

---

<sup>1</sup>Ana PITTA (1991) tem um interessante estudo sobre o sofrimento dos trabalhadores nos hospitais, devido à natureza do seu trabalho, em que demonstra que mesmo aquelas pessoas que trabalham por longos anos nesses locais têm dificuldades em lidar com a dor e o sofrimento alheios, dificuldades estas que se traduzem muitas vezes em sintomas de sofrimentos psíquicos.

atendidos, prognósticos dos pacientes, entre outras diferenças, fazem com que o hospital se depare 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.

Em outras palavras, os vários agentes têm dificuldades em compreender a forma como o trabalho dos outros é organizado e realizado, tendendo a considerar que a racionalidade orientadora das condutas profissionais de sua área de atuação é a mais adequada e apresentando resistência em aceitar e compreender outras formas de trabalhar.

A especialização<sup>2</sup> observada no hospital abrange desde os profissionais das disciplinas médicas até os de outras áreas do conhecimento, tais como nutricionistas, engenheiros – que atendem tanto às instalações prediais quanto a manutenção e desenvolvimento de equipamentos biomédicos –, psicólogos, assistentes sociais, pedagogos, etc. Os setores administrativos contam não apenas com funcionários, mas também com especialistas diversos para a orientação da aquisição de 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, os quais consideram os profissionais de outras áreas sem capacitação para questionar suas atividades. Da mesma forma que o médico não aceita a intervenção de outros profissionais na condução do trabalho com seus pacientes, os demais profissionais são resistentes em aceitar sugestões de mudanças das formas de organização de seu próprio trabalho oferecidas por médicos ou pelos demais companheiros.

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 dessa multiplicidade de racionalidades nada tem de espontânea, sendo necessário conduzi-la e normatizá-la para conseguir um produto que seja resultado de um trabalho coletivo.

A multiplicidade de motivações dos membros da organização entra em concorrência com a racionalidade econômica, seus fins, sua estrutura, e suas regras formais exprimem não só os propósitos oficiais e sobretudo reais de uma organização, como também o encontro dos dois produtos dos resultados não pretendidos e disfuncionais, isto é, contrários à eficácia desejada. (FRIEDBERG, 1995, p.384).

Dessa forma, muitos teóricos das organizações falam sobre a necessidade de compreender a estrutura formal destas como um produto do processo de funcionamento da própria organização. 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. 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.

Nesse sentido, percebe-se 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 –, criam no ambiente hospitalar uma dinâmica de negociação e de estratégias dos agentes, em que

---

<sup>2</sup>Lília Blima Schraiber define este termo para a compreensão do trabalho na medicina, ampliando seu sentido usualmente tomado como “conhecimento em ramos parcelares do saber”, para incluir também o processo de trabalho “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, p.195).

o domínio parcial e especializado de um aspecto de sua atuação na organização hospitalar é o orientador de sua conduta profissional e pessoal. 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, p.386).

O conhecimento parcial do qual são dotados 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 realizado por outro somente é valorizado na medida em que é necessário para o seu próprio trabalho, ou seja, o trabalho coletivo é impulsionado mais pela concorrência do que pela cooperação.

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. Nas organizações os indivíduos são capazes de *agir* apesar dos constrangimentos e limitações existentes, pois mantêm uma racionalidade própria e perseguem seus objetivos particulares.

As idéias de negociação e poder são centrais para a compreensão das organizações. Como observa CROZIER, não há poder sem negociação, assim como nunca há 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, p. 257- 258).

Assim, pode-se 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 na organização.

CROZIER (1981) distingue quatro tipos fundamentais de fontes de poder, no quadro das organizações de trabalho: 1) o poder ligado a um saber específico ou a uma competência própria; 2) o poder ligado à capacidade de controlar as relações exteriores da organização; 3) a capacidade de controlar informações dentro da organização; e, finalmente, 4) a utilização das regras organizacionais. Os vários 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.

Assim, se preferencialmente os médicos podem contar com o poder oriundo do conhecimento para conquistarem seu espaço na organização, funcionários burocráticos podem se utilizar das regras organizacionais e do controle das relações exteriores para pressionarem as categorias assistenciais. A enfermagem, por sua vez, que numericamente é a maior categoria profissional do hospital, tem maior facilidade em controlar o fluxo das informações na organização. Tais estratégias podem ser empregadas pelas diversas categorias, dependendo do objetivo a ser alcançado e dos recursos disponíveis.

Enquanto sistema, o funcionamento do hospital exige a atribuição de atividades determinadas a pessoas determinadas, a aceitação de responsabilidades 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.

As relações diretas dos trabalhadores do hospital com o paciente e a doença 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, por outro lado o paciente não é mais do que a *matéria-prima*, o elemento que confere a esses agentes condições para a execução das técnicas e a 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, e o *meio* pelo qual estes exercem suas atividades.

A evolução científica e tecnológica traz mudanças fantásticas sobre a racionalidade orientadora das condutas profissionais, fazendo com que a área da saúde apresente um nível de desenvolvimento pouco observado em outros ramos de atividade. Contudo, tais saberes sobre o corpo e a doença tornam-se fracionados e 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.

Ao especializar-se, a medicina fracionou o saber sobre o corpo e as enfermidades, o que levou também a uma visão parcial sobre o indivíduo objeto da intervenção médica. O paciente não é visto mais como uma pessoa dotada de vontades, que busca a cura de seus males para conseguir uma melhor qualidade de vida; passa a ser apenas um órgão doente, sobre o qual o especialista deverá intervir. O paciente perdeu sua identidade enquanto sujeito, tornando-se um diagnóstico.

Ao discutir a tecnificação da medicina e seus efeitos sobre o trabalho médico, SCHRAIBER (1993) salienta que a tecnificação imprime uma nova estratificação entre os profissionais de saúde, que implica novas distribuições de poderes, presentes tanto na categoria médica, através de 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, alterando até mesmo o ato médico em si, em que a própria 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 através de aparelhos e os hospitais ocupem um espaço cada vez maior no processo curativo, o que traz mudanças também à forma de captação da clientela do médico e ao 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 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, p. 200).

A impossibilidade, por parte dos profissionais de saúde, de equacionar as diversas demandas dos pacientes, tanto em termos estruturais (capacidade limitada de atendimento) quanto em termos emocionais ou sociais (pelas dificuldades pessoais de lidar com as enfermidades), traduz-se numa insatisfação com o conteúdo significativo da tarefa, insatisfação esta difícil de ser identificada por eles e que muitas vezes transforma-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 manifestam-se em sua forma de agir (é quase impossível ignorar totalmente sua dor e sofrimento, por mais que o profissional busque racionalizá-los compreendendo-os como transitórios ou como contingência da doença) e criam um sentimento de incompletude no trabalhador em relação ao seu trabalho. Isto faz com que a satisfação com o trabalho só resulte do *ato técnico* em si, ou seja, da sensação do *trabalho bem feito*, o qual aparece apenas como o ato de intervenção, 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, percebeu-se, na pesquisa, a imensa satisfação desses trabalhadores quando conseguem auxiliar o paciente a resolver alguns problemas pessoais em relação à doença, pois apesar da busca por um relacionamento com o paciente pautado pelo caráter terapêutico visando proteger-se dos sofrimentos trazidos pelos enfermos e seus familiares, ressentem-se dessa distância.

Uma vez que se está considerando, aqui, junto com os teóricos da organização, que os problemas estruturais fazem parte do processo, sendo ao mesmo tempo o meio de realizar o trabalho e um produto deste, as formas como se manifestam as diversas racionalidades dos agentes são fundamentais para compreender o consenso e o conflito no ambiente de trabalho.

As frustrações vividas pelo indivíduo nesse processo aparecem como culpa de *alguém*, que ele não sabe identificar. Dado que a estrutura organizacional não é um ente racional, e sim um conjunto de equipamentos e regras, explicado racionalmente e dirigido por *pessoas*, não é possível atribuir as insatisfações no trabalho ao hospital. Os funcionários sentem que *deve haver* um responsável pelas dificuldades ali vividas, mas não conseguem precisar a quem cabe essa responsabilidade.

A necessidade de compreender a manifestação da racionalidade dos agentes, sua forma própria de apreender seu papel social no interior da organização e a influência desta compreensão sobre as relações de trabalho aí

expressas nos leva a uma aproximação daquelas correntes teóricas da Sociologia que buscam entender a forma como os agentes interpretam sua realidade social. Em outras palavras, nossa preocupação sociológica parte da vida cotidiana desses atores sociais, ou, mais precisamente, de como eles a interpretam e, a partir daí, 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 e LUCKMAN, 1978, p.36).

Aqui interessam não apenas as regularidades da vida social, mas também as singularidades, uma vez que todo fenômeno social é 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, p.21).

### *Análise das Relações de Trabalho no Centro Cirúrgico Central de um Hospital de Grande Porte*

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 Centro Cirúrgico Central (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. Em outras palavras, 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.

Diferentemente do que se supõe, em outros locais de assistência o contraste na forma de agir, de conceber o paciente e, especialmente, os conflitos oriundos dessas diferenças não são tão evidentes quanto no centro cirúrgico. Isto se deve a alguns fatores:

- à inexistência, no interior do centro cirúrgico, de indivíduos estranhos a este, por se tratar de um local fechado<sup>3</sup> onde é permitida somente a entrada de pessoas que aí trabalham. Os relacionamentos estabelecidos entre o CCC e os demais setores do hospital se dão pelo telefone ou pelo recebimento e entrega de comunicados, materiais e encaminhamento de pacientes, em que a *troca* é estabelecida apenas pelo gesto formal. Pode-se considerar o CCC como um setor que mantém certas características de instituição total;
- às condições em que o paciente se apresenta: o tempo que ele se encontra acordado e interagindo no centro cirúrgico é muito pequeno, dado que ao chegar geralmente recebe medicações que o mantêm sonolento a fim de prepará-lo para a anestesia, e, quando cessa o efeito desta é enviado de volta ao seu leito. Assim, o paciente não se manifesta enquanto indivíduo, tornando-se, de certo modo, apenas um 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 de cada um está sempre em evidência para os demais membros do setor.

A ação de cada ator está em observação constante, e tal atenção instaura a necessidade de eficácia do ato terapêutico, mantendo as representações dos agentes o mais protocolares possível. Os atores sociais, assim, mantêm-se numa atitude de grande concentração sobre o ato desempenhado, a fim de que este não seja passível de críticas.

Trata-se de um tipo de trabalho muito exposto ao olhar das equipes, pois todo procedimento cirúrgico, do pré-operatório ao pós-operatório, conta com a participação de diversos profissionais. Não há bastidores; há o momento certo de atuação de cada membro, de forma que a perícia profissional está sempre exposta. Nesse sentido, os atores do CCC, por conhecerem profundamente a importância de sua atuação, são muito ciosos de todos os seus aspectos, exercendo uma vigilância permanente tanto sobre a sua conduta quanto sobre a dos demais.

O respeito hierárquico é bastante acentuado neste local, o que não impede, porém, que um funcionário do mais baixo escalão 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 ressaltar o alto nível de conduta ética e moral observado para com os pacientes neste local. Naturalmente, é desejado que em todos os ambientes hospitalares esta postura se mantenha. No entanto, não se deve 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 chegarão ao seu conhecimento, o que poderia levar a um maior *relaxamento* nas condutas éticas.

---

<sup>3</sup>Erving GOFFMANN (1996), 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 têm outras esferas de vida social; porém, por se tratar de um local fechado, onde apenas os membros das equipes podem adentrar, mantém muitas das características elencadas por Goffman de instituição total.

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 mantendo absoluta discrição tanto no trato com o paciente quanto sobre qualquer comentário que este possa fazer inconscientemente. Este procedimento não atende apenas à preocupação com a conduta ética e moral reservada ao paciente, mas também ao fato de os atores estarem sempre sob o julgamento das demais equipes, fazendo com que sua conduta seja sempre comedida ou ensaiada.

O Centro Cirúrgico que se analisou aqui conta com 11 salas de cirurgia, distribuídas proporcionalmente entre as disciplinas, de acordo com o número de pacientes que estas atendem normalmente, a exemplo da distribuição de espaço nas enfermarias e dos leitos hospitalares. Assim, cada dia da semana apresenta freqüências diferentes de disciplinas cirúrgicas. Uma disciplina que demanda muita disponibilidade no centro cirúrgico, como a gastrocirurgia, pode ter reservadas salas

cirúrgicas todos os dias da semana, enquanto outra cuja demanda por disponibilidade é menor pode ocupar a sala cirúrgica uma ou duas vezes na semana, como é o caso da cirurgia de cabeça e pescoço ou cirurgia plástica; há disciplinas que utilizam o CCC apenas esporadicamente, como é o caso da odontologia.

É interessante notar que o índice de ocupação do CCC varia em torno de 50% das horas disponíveis. A maior reclamação por parte dos profissionais das diversas disciplinas cirúrgicas diz respeito à falta de horário para cirurgia – não obstante esse tempo ocioso –, e de disponibilidade de sala para cirurgia, responsabilizando a enfermagem e a administração do centro cirúrgico por não terem tempo suficiente para as cirurgias.

Como se observou, de um total de 259 cirurgias marcadas previamente apenas se realizaram 188, e quando se verificam os motivos para o cancelamento das cirurgias o principal deles é a falta de horário cirúrgico. Essa situação paradoxal – em que o CCC tem um grande tempo ocioso (em torno de 50%) mas os cancelamentos de cirurgias são feitos

QUADRO 1 - OCUPAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO CENTRAL PARA CIRURGIAS ELETIVAS - DEZ 1998

ESPECIALIDADE	HORAS DISPONÍVEIS	HORAS UTILIZADAS	% DE OCUPAÇÃO	CIRURGIAS EFETUADAS	CIRURGIAS SUSPENSAS
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	78	18	23	7	00
Cirurgia Cardíaca	207	81	39	18	07
Cirurgia Pediátrica	72	55	76	22	05
Cirurgia Plástica	108	51	47	20	06
Cirurgia do Tórax	84	54	64	19	03
Cirurgia Vascular	96	50	52	14	09
Gastrocirurgia	201	118	59	26	13
Neurocirurgia	132	70	53	14	17
Odontologia	18	04	22	01	03
Oftalmologia	78	08	10	04	09
Ortopedia	276	155	56	52	16
Otorrinolaringologia	138	59	43	29	57
Proctologia	96	32	33	08	04
Urologia	150	57	38	25	39
TOTAL	1 734	812	47	259	188

principalmente por falta de tempo ou sala disponível – pode ser explicada pela forma como o trabalho é organizado neste local.

A distribuição dos horários cirúrgicos entre as disciplinas médicas é baseada na racionalidade burocrática, que pressupõe um ordenamento de tarefas previamente definidas, as quais seguiriam um determinado padrão formal

das atividades. Assim, se determinada disciplina médica dispõe de 6 horas de cirurgia, ela deve agendar pacientes a serem operados que ocupem estas 6 horas, de forma que seu horário seja bem aproveitado.

No entanto, essa racionalidade formal esbarra na imprevisibilidade do atendimento médico. As disciplinas médicas têm sempre um

QUADRO 2 - ESTATÍSTICAS DE CIRURGIAS - DEZ 1998

ESPECIALIDADE	ELETIVAS		URGENTES		SUSPENSAS		TOTAL REALIZADO
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	07	100	00	00	00	00	07
Cirurgia Cardíaca	18	50	09	25	09	25	27
Cirurgia Pediátrica	22	38	27	47	09	16	49
Cirurgia Plástica	22	38	27	47	09	16	49
Cirurgia do Toráx	19	63	06	20	05	17	25
Cirurgia Trauma	00	00	91	81	22	19	91
Cirurgia Vascular	14	30	21	45	12	26	35
Gastro	00	00	01	50	01	50	01
Gastrocirurgia	26	51	08	16	17	33	34
Neurocirurgia	14	24	26	45	18	315	40
Odontologia	01	25	00	00	03	75	01
Oftalmologia	04	4	34	34	62	62	38
Ortopedia	52	36	54	37	39	27	106
Otorrinolaringologia	29	30	07	07	62	63	36
Pediatria	00	00	02	100	00	00	02
Proctologia	08	67	00	00	04	33	08
Psiquiatria	00	00	08	80	02	20	08
Urologia	25	25	25	25	52	51	50
TOTAL	259	29	320	36	323	36	579

QUADRO 3 - NÚMERO DE CIRURGIAS SUSPENSAS SEGUNDO MOTIVOS - DEZ 1998

MOTIVOS	Nº
Falta de sangue disponível	01
Horário cirúrgico insuficiente	248
Contra-indicação anestésica	03
Não disponibilidade de leito hospitalar	01
Paciente não se internou	03
Motivos médicos particulares	01
Paciente aguarda exames	08
Contra-indicação cirúrgica	11
Não disponibilidade de leito na UTI	04
Problemas de manutenção (falta d'água, luz, etc.)	01
Paciente com hipertensão	13
Paciente sem condições clínicas	06
Paciente não compareceu	10

grande número de pacientes 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 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, em face de uma situação em que o paciente agendado para cirurgia submeta-se a um procedimento que dura em torno de 4,5 horas, inviabilize-se a utilização do tempo restante disponível para cirurgias caso nenhum paciente que esteja aguardando for submetido a um procedimento que demande um tempo 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. Exemplificando: consideremos que a disciplina A tem disponível a sala cirúrgica nº 2 por 6 horas, a B a sala nº 3 também por 6 horas e assim sucessivamente, dependendo do tempo oferecido a cada disciplina cirúrgica; dado que as salas cirúrgicas não são intercambiáveis entre as disciplinas médicas, isto dificulta o aproveitamento da capacidade do CCC.

Assim, se a disciplina A realiza uma cirurgia que utiliza 4 horas do seu tempo e tem um paciente agendado que deve 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, são de difícil solução devido à forma de relacionamento das diversas disciplinas médicas. Estas estão sempre disputando espaço de atuação dentro do hospital, disputa esta que se estende aos vários lugares de atendimento (como

os ambulatórios), aos procedimentos especializados, à distribuição dos leitos de internação e do tempo das cirurgias. A distribuição formal do tempo e do espaço entre as diversas disciplinas médicas é uma maneira de reduzir o conflito entre elas, mantendo cada uma em seu espaço de atuação e diminuindo a invasão do espaço das demais.

Retomando a idéia de negociação e poder nas organizações, observa-se que a compartimentalização de funções e a definição prévia dos espaços podem ser disfuncionais em termos administrativos, devido às contingências do tipo de trabalho realizado no hospital. A existência de duas linhas de autoridade (a médica e a administrativa) e da disputa constante dos agentes por espaço dentro da organização dificulta o estabelecimento de um processo de trabalho em que diariamente fosse necessário montar um expediente de forma a otimizar a utilização do centro cirúrgico, pois apenas os médicos detêm o saber que permite julgar a urgência ou necessidade de seus pacientes. Ademais, a especialização do saber médico não permite nem mesmo que médicos de outras disciplinas tenham condições de julgar os procedimentos dos colegas.

O centro cirúrgico é um local fechado, onde cada categoria e cada profissional têm seu próprio lugar de atuação. As conseqüências desta acentuada meritocracia são de duas ordens:

- a) 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, em que o respeito ao paciente é fielmente observado e as negociações são realizadas sobre bases objetivas, reduzindo o espaço para as influências pessoais. A solidariedade observada é basicamente de ordem corporativa, no sentido de autoproteção; cada indivíduo, ao defender o companheiro, o faz não por solidariedade ou por empatia, mas por preocupação com seus próprios interesses, pois poderá precisar do apoio dos demais quando enfrentar problemas de trabalho semelhantes;

- b) em termos puramente administrativos ou de otimização do uso dos recursos estruturais, verificou-se que as disputas por espaço de atuação dentro do hospital como um todo levam a um ordenamento formal da distribuição do mesmo, o que resulta num grande desperdício de tempo e de uso das salas cirúrgicas.

Boa parte da insatisfação vivida pelos funcionários do hospital diz respeito a um sentimento de abandono por parte da organização. Ao se estabelecer a forma de conduzir as tarefas, apesar de cada uma delas ganhar um sentido na lógica organizacional, este sentido não fica claro para cada indivíduo presente nos diversos postos da hierarquia. A falta de conteúdo significativo na execução das tarefas leva a uma grande insatisfação no seu cumprimento.

Evidentemente, esse conteúdo significativo apresenta-se de forma diferente para cada categoria profissional. Para os funcionários da área administrativa a dificuldade pode estar na omissão de informações referentes ao paciente, na impossibilidade de fornecer uma resposta minimamente adequada ao paciente ou à sua família. Os enfermeiros podem se ressentir da conduta burocrática e da distância no relacionamento com os médicos, que raramente discutem com eles as condutas relativamente aos pacientes, limitando-se a indicar o procedimento a ser adotado. Os médicos, por sua vez, apresentam dificuldades em se adequar às normas de procedimento da enfermagem e dos funcionários, considerando que o trabalho destes limita-se ao atendimento ao paciente.

Essas diferentes lógicas de trabalho têm um efeito negativo nas relações humanas entre funcionários de setores e categorias distintos, os quais, devido à compartimentalização de funções e saberes, não compreendem os condicionantes das atividades dos demais.

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 é segmentado, o profissional que atende o paciente num determinado momento não tem conhecimento sobre o desenvolvimento do seu caso.

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 coletivo,<sup>4</sup> em que o produto do trabalho não é individualmente apreendido pelo membro da organização. E mais: se numa fábrica ou 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 o cuidado ou a cura, *produtos* que não podem ser mensurados, uma vez que os beneficiários dos não têm condições objetivas de avaliar a qualidade dos serviços prestados, seja porque estes não ofereceram o resultado desejado, seja porque a satisfação aparente do usuário não traduz a real capacidade de atendimento a ele oferecida.<sup>5</sup>

Apenas os médicos que acompanham o paciente ao longo de seu tratamento têm uma visão clara de sua evolução. No entanto, devido ao grande número de especialistas, estes

---

<sup>4</sup>Já vimos, com Marx, o efeito da parcialização das tarefas sobre a alienação do trabalhador. O produto do seu trabalho pertence ao coletivo e a transformação de sua força de trabalho em mercadoria tem o efeito de *alienar* o trabalhador em relação ao efeito social do trabalho executado. (MARX, 1985).

<sup>5</sup>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 aplicou-lhe 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 do atendimento humano ter sido negligenciado, o atendimento terapêutico pode 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 objetivamente o tipo de atendimento recebido, devido à sua limitada capacidade de avaliar o ato médico em si.

acabam por conhecer o paciente apenas por meio das informações do prontuário. A relação médico-paciente fica, assim, limitada pela orientação técnica, sem outro envolvimento entre o profissional de cura e o paciente.

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. Ao aglutinar essas duas lógicas de atuação, dificulta os relacionamentos de trabalho, que se movimentam por uma dinâmica peculiar.

Em primeiro lugar, a especialização das funções e a comunicação de tipo vertical constroem a difusão da informação e dificultam a solução dos problemas onde eles ocorrem, pois os funcionários não têm acesso às tomadas de decisões e nem espaço de atuação fora do cumprimento de suas atividades.

Ainda, 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 se protegerem de críticas.

Acrescente-se que a natureza do trabalho em saúde não permite que as ações dos indivíduos possam ser orientadas apenas pela condução racional, baseada no protocolo, pois as solicitações dos pacientes e o imponderável de sua reação às terapêuticas freqüentemente obrigam os funcionários a tomar atitudes que vão além do procedimento formal.

Tais dificuldades colocam para esses trabalhadores o paradoxo entre o cumprimento da atividade tal como esta foi orientada e a necessidade de responder a problemas sobre os quais não estão autorizados, gerando, no trabalho cotidiano, uma grande insegurança sobre qual a conduta mais acertada.

A hierarquização traz consigo uma idéia de valor, de mérito. Quanto mais alta a posição do indivíduo na pirâmide hierárquica, maior é sua influência e prestígio, o que faz com que os indivíduos busquem sempre melhorar sua posição relativa no *status* da organização.

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 esses atores devido à sua situação de trabalho e à natureza do seu trabalho, e para entendermos a ação desses 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, apud DWYER, 1993, p.15).

Dessa maneira, as particularidades da situação de trabalho, aliadas ao fato de trabalharem numa instituição social<sup>6</sup> que presta serviços de saúde, levam esses trabalhadores a uma relação de ambigüidade com seu trabalho, pois se de um lado eles têm garantias e qualificações para o exercício de suas funções – o que lhes garante uma relação de permanência no cargo –, por outro o trabalho é organizado de forma burocrática, e os agentes não têm controle sobre o processo de trabalho no seu conjunto. A hierarquia das relações de trabalho lhes dá a incômoda sensação de anonimato e abandono, ao mesmo tempo que os mantém numa situação de lealdade e ressentimento para com os chefes imediatos.

---

<sup>6</sup>Está-se, aqui, utilizando a distinção entre os conceitos de *organização* e *instituição* formulados por ENRIQUEZ (1991, p. 57). O autor salienta que, enquanto a organização tem um compromisso com o produto final, a característica fundamental da instituição é a da existência e encarnação do bem comum.

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 é repulsiva, fazendo os agentes imporem a estes comportamentos padronizados, ainda assim coloca a humanização do atendimento como uma forma de manter a humanização dos próprios agentes. Estes entendem que o sofrimento de presenciar a dor alheia somente pode ser suportável se, individualmente, procurarem minimizar esse desconforto alheio.

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.

---

## Referências Bibliográficas

- BERGER, Peter; LUCKMAN, Thomas. **A construção social da realidade**. 4.ed. Petrópolis : Vozes, 1978.
- BOUDON, Raymond (Dir.). **Tratado de sociologia**. Rio de Janeiro, 1995.
- CAMPOS, Gastão W. Souza. **Os médicos e a política de saúde**. São Paulo : Hucitec, 1988.
- CAMPOS, Gastão W. Souza. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo : Hucitec, 1997.
- CANESQUI, Ana Maria (Org.). **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo : Hucitec; Rio de Janeiro : Abrasco, 1995.
- CANESQUI, Ana Maria (Org.). **Ciências sociais e saúde**. São Paulo : Hucitec-Abrasco, 1997.
- CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e poderes no hospital**. Porto : Edições Afrontamento, 1993.
- CARVALHO, Maria Alice Rezende. A institucionalização das ciências sociais e saúde. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Ciências sociais e saúde**. São Paulo : Hucitec-Abrasco, 1997. p.49-67.
- CROZIER, Michel. **A Sociedade bloqueada**. Brasília : Ed. da UnB, 1983.
- CROZIER, Michel. **O fenômeno burocrático**. Brasília : Editora Unb, 1981.
- DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho, estudo da psicopatologia do trabalho**. 5.ed. São Paulo : Cortez-Oboré, 1992.
- DONNANGELO, Maria.C. Ferro. **Medicina e sociedade**. São Paulo : Pioneira, 1975.
- DWYER, Tom. **A sociologia do trabalho por uma redefinição através do acionalismo histórico e do acionalismo fenomenológico**. Campinas, 1993. (Cadernos do IFCH)
- ENRIQUEZ, Eugènè. O trabalho da morte nas instituições. In: KAES, Renè (Org.) **Instituição e instituições**. São Paulo : Casa do Psicólogo, 1991.
- FRIEDBERG, Erhard. **Le pouvoir et la règle, dynamiques de l'action organisée**. Paris : Seul, 1993.
- GOFFMAN, Erving. **A representação do eu na vida cotidiana**. 4.ed. Petrópolis : Vozes, 1985.
- GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4.ed. Rio de Janeiro : Guanabara, 1988.

- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo : Perspectiva, 1996.
- HAGUETE, M. T. F. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. Petrópolis : Vozes, 1995.
- HELMAN, Cecil H. **Cultura, saúde e doença**. 2.ed. Porto Alegre : Ed. Artes Médicas, 1994.
- KAËS, Renè et al. **A instituição e as instituições**. São Paulo : Casa do Psicólogo, 1991.
- MACHADO, Maria Helena. Macro-micro: os novos desafios da Sociologia e os efeitos no campo da saúde. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo : Hucitec; Rio de Janeiro : Abrasco, 1995. p.83-93.
- MARX, Karl. A Mercadoria. In: \_\_\_\_\_. **O Capital**. São Paulo : Difel, 1985, v. 1.
- PITTA, Ana. **Hospital, dor e morte como ofício**. 2.ed. São Paulo : Hucitec, 1991.
- RASIA, José M. **Hospital: sociabilidade e sofrimento**. Curitiba, 1996. Tese (Professor Titular em Sociologia) – Departamento de Ciências Sociais, UFPR.
- SAINSAULIEU, Renaud. **L'Identité au travail (les effets culturels de l'organisation)**. Paris : FNSP, 1977.
- SCHRAIBER, Lilia Blima. **O médico e seu trabalho**. São Paulo : Hucitec, 1993.
- SCHRAIBER, Lilia Blima. Políticas públicas e planejamento das práticas de saúde. **Revista Saúde em Debate**, Londrina, n. 47, p.28-35, jun. 1995.
- SCHUTZ, Alfred. **Fenomenologia e relações sociais**. Rio de Janeiro : Zahar, 1979.