



Significados das hierarquias no trabalho em hospitais públicos brasileiros a partir de estudos empíricos*

Meanings of hierarchies in hospital work in Brazilian public hospitals from empirical studies

Significados de las jerarquías en el trabajo en hospitales públicos brasileños a partir de estudios empíricos

Helena Heidtmann Vaghetti¹, Maria Itayra Coelho de Souza Padilha², Wilson Danilo Lunardi Filho¹, Valéria Lerch Lunardi¹, Cesar Francisco Silva da Costa¹

RESUMO

Objetivo: Compreender como as estruturas hierárquicas presentes na cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros significam no trabalho hospitalar. **Métodos:** O *corpus* da pesquisa originou-se em quatro teses e seis dissertações e foi organizado, analisado e interpretado sob a perspectiva da antropologia simbólica-interpretativa. **Resultados:** Hospitais estão calcados na burocracia profissional e mecanicista, e as hierarquias, decorrentes dessas estruturas, produzem significados que interpretados indicam fragmentação das relações, disputas profissionais e distanciamentos, bem como conflitos e comportamentos subversivos no trabalho, respectivamente. **Conclusão:** As hierarquias em cada uma das burocracias encaminham diferentes enfrentamentos que desestabilizam os trabalhadores e seus processos de trabalho. Estratégias de reorientação e conscientização dos limites hierárquicos devem ser equacionadas, para que o trabalho seja otimizado.

Descritores: Hospitais públicos; Cultura organizacional; Administração de recursos humanos em hospitais; Recursos humanos de enfermagem no hospital

ABSTRACT

Objective: Understand the meaning, in hospital work, of hierarchical structures present in the organizational culture of Brazilian public hospitals. **Methods:** The corpus of research was originated in four theses and six dissertations, and was organized, analyzed and interpreted from the perspective of symbolic anthropology interpretation. **Results:** Hospitals copied the professional mechanistic bureaucracy and hierarchies, from these structures, produce meanings that indicate a fragmentation of relationships, professional disputes and separations, as well as conflicts and subversive behavior at work. **Conclusion:** The hierarchies in each of the bureaucracies created several clashes that disrupt the workers and their work processes. Reorientation strategies and awareness of the hierarchical boundaries should be studied so that the work is optimized.

Descriptors: Hospitals, public; Organizational culture; Personnel administration, hospital; Nursing staff, hospital

RESUMEN

Objetivo: Comprender que significan, en el trabajo hospitalario, las estructuras jerárquicas presentes en la cultura organizacional de hospitales públicos brasileños. **Métodos:** El *corpus* de la investigación se originó en cuatro tesis y seis disertaciones y fue organizado, analizado e interpretado bajo la perspectiva de la antropología simbólica interpretativa. **Resultados:** Los Hospitales copian la burocracia profesional y mecanicista, y las jerarquías, provenientes de esas estructuras, producen significados que indican una fragmentación de las relaciones, disputas profesionales y distanciamentos, así como conflictos y comportamientos subversivos en el trabajo. **Conclusión:** Las jerarquías en cada una de las burocracias crean diferentes enfrentamientos que desestabilizan a los trabajadores y a sus procesos de trabajo. Estrategias de reorientación y concientización de los límites jerárquicos deben ser estudiadas, para que el trabajo sea optimizado.

Descriptorios: Hospitales públicos; Cultura organizacional; Administración de personal en hospitales; Personal de enfermería en hospital

* Estudo realizado na Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC e Universidade Federal do Rio Grande-FURG.

¹ Universidade Federal do Rio Grande – FURG - Rio Grande (RS), Brasil.

² Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC – Florianópolis (SC), Brasil.

INTRODUÇÃO

Com base nos estudos empíricos, as investigações como teses e dissertações, têm propiciado avanços significativos no conhecimento da área da enfermagem/saúde, sobretudo quando se busca o entendimento de determinados fenômenos sob múltiplas visões e nas mais variadas realidades. Este exercício torna-se ainda mais relevante, no momento em que essas realidades são os hospitais, estimados como as peças de maior importância e custo em todos os sistemas de saúde⁽¹⁾ e suas culturas, notadamente, peculiares e instigadoras.

No Brasil, a rede hospitalar é altamente estratificada, com hospitais que são centros de excelência mundial e outros que estão abaixo do padrão razoável de qualidade de atendimento. Entretanto, diferente de outras nações, o conjunto hospitalar brasileiro é altamente pluralista, uma vez que possui vários e diferentes arranjos estruturais de gerenciamento, financiamento e propriedade, tanto no setor público como no privado, o que lhe confere singularidade⁽²⁾.

Até a década de 1980, os hospitais brasileiros nutriam um modelo tecnoassistencial hegemônico de características medicalocêntrica e hospitalocêntrica, que os marcavam como centros exclusivos de cura e reabilitação. Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), os hospitais públicos brasileiros começaram a delinear um novo desenho que, além do emaranhado tecnológico comum a todas as organizações, oferece outro arcabouço que impacta as questões estruturais e gerenciais desses espaços. Observa-se, desde então que estes hospitais buscam estratégias voltadas à operacionalização dos princípios de universalidade e equidade e das diretrizes de descentralização, participação social e integralidade do SUS, por meio de modelos de gestão que maximizem a produtividade, reduzam os custos e otimizem a qualidade da assistência prestada.

Uma destas estratégias está vinculada ao lançamento pelo Ministério da Saúde, em 1998, do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, que propõe aos hospitais a adoção de processos de gestão que objetivem melhorias contínuas, para que a qualidade destas unidades seja alcançada e, posteriormente, certificada, por meio de uma avaliação integral⁽³⁾. Assim, a Qualidade Total, em sua essência ou com adaptações, por exemplo, tem sido amplamente utilizada, não só para alcançar qualidade no atendimento, mas também como uma ferramenta para perseguir a missão, os objetivos e as metas a que se propõem os hospitais públicos brasileiros. Outros meios de gestão também têm sido implantados plena ou parcialmente nos hospitais brasileiros, como Tecnologias de Planejamento Estratégico, Planejamento Estratégico Situacional e Planejamento Orientado por Objetivos, por exemplo. Apesar destes instrumentos administrativos inovadores, constata-se que alguns hospitais públicos brasileiros perpetuam-se como organizações burocráticas,

cujas estruturas hierárquicas, socialmente definidas, repercutem na organização e produção do trabalho lá realizado.

Este conjunto de hierarquias/organização e produção do trabalho já inquietava os estudiosos, no início do século XX, quando o gerenciamento clássico, que objetivava atender os problemas práticos das organizações, representado por Henry Fayol, e o gerenciamento sociológico, baseado na sociologia da burocracia de Max Weber, ocupou-se com os modelos hierárquicos presentes, sobretudo, nas burocracias, buscando o aumento da produtividade nesses locais. Na atualidade, o Sistema de Produção Toyota, que vem sendo implantado em vários hospitais brasileiros também analisa a influência das linhas hierárquicas nas reduções de custos e erros nessas realidades. Entende-se que uma pesquisa, que igualmente trate das hierarquias nos hospitais, porém, sob o viés da cultura organizacional, pode auxiliar a compreensão das complexas relações que se estabelecem no meio hospitalar e que acabam por influenciar o trabalho desenvolvido.

Assim, recorreremos a teses de doutorado e dissertações de mestrado que enfocam, direta ou indiretamente, a temática cultura organizacional de hospitais públicos. A partir daí, analisamos a interpretação dos autores desses estudos sobre os significados expressos pelos trabalhadores, sujeitos das pesquisas, sobre as hierarquias, na configuração estrutural desses locais e, por conseguinte, em seu trabalho.

No resultado desta caminhada, procurou-se responder às questões que nortearam o presente estudo: - Quais os significados das hierarquias na cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros? - Como estes significados repercutem no trabalho hospitalar?

Tem-se a expectativa de que a expressão dos trabalhadores sobre as hierarquias seja uma declaração coletiva de seus sentimentos e percepções, pois é sabido que os sujeitos constroem e partilham, social e historicamente, significados que indicam como percebem, sentem, raciocinam, julgam e agem em sua vida e, conseqüentemente, em seu trabalho⁽⁴⁾. Em articulação com o exposto, as hierarquias também entre outros componentes estruturais e filosóficos das organizações burocráticas, desempenham uma função interpretativa, porque “atuam como pontos primários de referência para o modo pelo qual as pessoas pensam e dão sentido aos contextos nos quais trabalham” e auxiliam na compreensão de realidades⁽⁴⁾.

Nos termos desta investigação, a cultura organizacional tem o conceito de cultura ancorado na antropologia simbólica e o de organização na teoria do simbolismo organizacional. A antropologia simbólica, oriunda da antropologia cultural, possui uma linha interpretativa ou hermenêutica, bem como a teoria do simbolismo organizacional também se alimenta pelo paradigma antropológico simbólico interpretativo⁽⁵⁾.

Assim, esta pesquisa teve por objetivo compreender como as estruturas hierárquicas presentes na cultura

organizacional de hospitais públicos brasileiros significam no trabalho hospitalar e esteve amparada na perspectiva subjetivista da antropologia simbólico-interpretativa, além de estar associada a ideias de diversos autores das áreas da saúde, administração, antropologia, sociologia, psicologia e das experiências profissionais dos autores.

MÉTODOS

Esta investigação possui uma abordagem qualitativa e a instrumentalidade metodológica teve sustentação em algumas concepções de Geertz⁽⁶⁻⁸⁾. A busca por teses e dissertações aconteceu entre os meses de janeiro e dezembro de 2008 em bibliotecas virtuais de diversas universidades brasileiras com programas de pós-graduação, no sistema Medline, Lilacs Express, no SciELO (por meio das palavras-chave “cultura organizacional” e “hospitais), no Portal Periódicos (Capes) e nas referências bibliográficas presentes em estudos sobre o assunto.

As teses e dissertações que não estavam disponibilizadas *on line* foram resgatadas, com base nas solicitações dos autores e/ou orientadores e contato direto com os programas de pós-graduação envolvidos ou com as bibliotecas onde os estudos se encontravam armazenados, para que fossem enviados por correio ou *e-mail*. Outros trabalhos ainda foram captados, por empréstimos em bibliotecas particulares.

Nesta investida, foram catalogadas 14 teses e dissertações produzidas e divulgadas, entre 1996 e 2008. Destas, quatro foram excluídas, por não se adequarem ao requisito de terem, como campo de pesquisa, hospitais públicos integrados à rede de prestação de cuidados de saúde do SUS. Esta última condição esteve assentada na perspectiva de que, atuando há vários anos em hospitais públicos, teríamos maior aderência com as realidades dispostas e, por conseguinte, maior embasamento empírico para analisar e discutir os achados.

Finalmente, foram selecionadas quatro teses⁽⁹⁻¹²⁾ e seis dissertações⁽¹³⁻¹⁸⁾ que, após organizadas, segundo o ano de publicação, referencial teórico utilizado, objetivos e foco da investigação, foram lidas exaustivamente.

O *corpus* da pesquisa foi se constituindo pela coleta daqueles fragmentos textuais que, sob nossa ótica, continham significados sobre as hierarquias na cultura dos hospitais, já que expressos pelos autores dos estudos, com base nos significados produzidos pelos sujeitos de suas investigações.

Os recortes/fragmentos textuais nos remeteram a inúmeras unidades de pensamento que tomaram por nome as ideias que emergiram dos mesmos, durante as leituras. A partir daí, estes recortes foram agrupados e codificados, de acordo com a unidade de pensamento correspondente, tipo de estudo (tese ou dissertação), autoria e número da página onde se encontrava o fragmento. Após, os recortes foram digitados (os que não estavam disponibilizados em arquivos *word* e aqueles que estavam só “no papel”),

copiados e colados (aqueles em que foi possível esta operação), totalizando em torno de 800 fragmentos.

As unidades de pensamento com seus fragmentos textuais foram aproximadas, segundo as relações e conexões que poderiam ser estabelecidas entre elas, delineando algumas “estruturas significantes” ou “estruturas de significação”⁽⁶⁾.

Deste modo, a estrutura de significação, “As hierarquias nas estruturas burocráticas profissionais e mecanicistas de hospitais públicos brasileiros”, resultante do exercício anterior, foi desdobrada em dois eixos analíticos “As hierarquias hospitalares e as disputas profissionais” e “As hierarquias hospitalares e a subversão no trabalho”, ambos evidenciaram significados, decorrentes de cada estrutura burocrática - a profissional e a mecanicista -, expressos pelos trabalhadores da saúde sobre as hierarquias em cada cultura hospitalar.

A análise do *corpus* constituiu-se pela interpretação daquilo que os autores de teses e dissertações interpretaram sobre os informantes dos aspectos de sua realidade cultural, configurando-se naquilo que Geertz⁽⁶⁾ denomina de interpretação de terceira, segunda e primeira mão, respectivamente. Para o autor, os textos antropológicos “são eles mesmos interpretações e, na verdade, de segunda e terceira mão. (Por definição, somente um ‘nativo’ faz a interpretação em primeira mão: é a *sua* cultura)”⁽⁶⁾.

A proposta desse autor, embasada na hermenêutica, utiliza a interpretação de relatos “para tirar algumas conclusões sobre expressão, poder, identidade, ou justiça”, que podem estar “bem distantes dos estilos-padrão de demonstração”. Ao interpretar, “utilizamos desvios, entramos por ruas paralelas”, porque, “nas palavras de Wittgenstein, (...), vemos uma estrada reta diante de nós, mas, é claro... não podemos usá-la, porque está permanentemente fechada”⁽⁸⁾.

Portanto, a análise ocorreu pela “adivinhação dos significados, uma avaliação das conjeturas, um traçar de conclusões explanatórias a partir das melhores conjeturas (...)”⁽⁶⁾, quando a interpretação foi “iluminando”⁽⁸⁾ os significados das hierarquias nos hospitais.

Assim, o movimento dialógico que se estabeleceu, entre as interpretações e os referenciais teóricos propostos por diversos autores da antropologia, administração e sociologia, dentre outras disciplinas, proporcionou as visões, que serão agora expostas, de como as hierarquias significam na cultura de hospitais públicos brasileiros.

RESULTADOS

Ao buscarmos os significados das hierarquias em estudos que enfocavam a cultura organizacional dos hospitais, constatou-se que as realidades, onde aconteceram as investigações, mostravam-se,

invariavelmente, como burocracias profissionais e burocracias mecanicistas simultaneamente, que tal fenômeno, por conseguinte, produzia distintos significados sobre as hierarquias. Assim, foi necessário, primeiro, entender esse evento para, posteriormente, interpretar os significados das hierarquias sob os dois prismas: o da burocracia, profissional e o da burocracia mecanicista.

É sabido que todas as organizações, entendidas como estruturas sociais hierarquicamente definidas, apresentam certo grau de burocratização caracterizado por mais ou menos estruturas hierárquicas de autoridade, regulamentos e linhas de especialização que são utilizadas, essencialmente, para organizar pessoas, a fim de que produzam bens e serviços de maneira eficiente⁽¹⁹⁾.

Na configuração estrutural das organizações, as burocracias podem ser consideradas mecanicistas e profissionais. A burocracia profissional é encontrada nos hospitais e universidades e a hierarquia e o poder estão fundados nas competências e conhecimentos dos trabalhadores, isto é, na natureza profissional e na especialização. A burocracia mecanicista está presente naquelas organizações onde os processos de trabalho são repetitivos e estandarizados e a hierarquia é ditada pelo cargo ou função na cadeia hierárquica⁽¹⁹⁾.

Todavia, nas teses e dissertações pesquisadas, observamos aspectos de ambas as burocracias convivendo concomitantemente, o que pode se configurar em um movimento híbrido característico das organizações hospitalares públicas que foram foco das investigações. Tal constatação, possivelmente, esteja calcada na natureza dos hospitais estudados, que possuem uma identidade caracterizada pela “saúde” e pelo “público”. Com isto, ao mesmo tempo, as atividades dos trabalhadores hospitalares estão voltadas para o enfrentamento de fenômenos de vida e morte e para a produção de serviços que deem conta de promover o bem-estar físico, mental e social de seus usuários⁽²⁰⁾, sem o objetivo de lucros.

Assim, entende-se que o viés “público” pode determinar a burocracia mecanicista, e que a dobra “saúde” pode desencadear a existência, nestes espaços, da burocracia profissional. Sob estes dois prismas, os desdobramentos desta estrutura de significação foram organizados em “As hierarquias hospitalares e as disputas profissionais” e “As hierarquias hospitalares e a subversão no trabalho” cada qual adjetivando um tipo de burocracia e produzindo distintos significados que implicam o trabalho em hospitais públicos brasileiros.

DISCUSSÃO

As hierarquias hospitalares e as disputas profissionais

Nas burocracias profissionais e aí incluídos os hospitais, existem duas linhas hierárquicas paralelas, uma

para profissionais, no sentido ascendente que é de natureza democrática, e outra para funções de apoio logístico, no sentido descendente, que tem a natureza de uma burocracia mecanicista. Estas duas linhas situam-se em campos opostos e podem nutrir conflitos no interior das organizações⁽¹⁹⁾.

Nos estudos pesquisados, encontramos indícios que fortalecem esta ideia. A administração dos hospitais públicos e os profissionais mais técnicos, especialmente, os da área da saúde possuem visões distintas sobre a condução destas organizações, sendo uma voltada às questões gerenciais e a outra, aos problemas estritamente assistenciais, respectivamente. Os significados desta disputa traduzem uma cultura de distanciamento entre os trabalhadores, condicionada pelos diferentes entendimentos sobre a finalidade e produto final do trabalho nos hospitais, ocasionando sérias rupturas nos processos de trabalho, mesmo que todos almejem a otimização do atendimento hospitalar. Os fragmentos textuais ilustram o exposto:

O médico, principalmente, não tem visão de planejamento, não tem a visão macro [...]. O obstáculo é que, às vezes, os propósitos são distorcidos, quando os profissionais da ponta não conseguem ter uma visão de conjunto [...]⁽⁹⁾.

Além das diferentes interfaces “técnica/assistencial” e “gerencial/administrativa”, foi identificado um distanciamento entre os profissionais que executam a atividade fim, da ponta assistencial e a administração do Instituto [...]⁽¹⁵⁾.

Os médicos possuem uma lógica distinta na orientação do trabalho; eles tendem a valorizar os aspectos técnicos referentes às suas áreas⁽¹¹⁾.

Nos Estados Unidos da América, a reflexão “Hospital-medical staff culture clash: is it inevitable or preventable?” aponta que também existem tensões históricas entre o *staff* médico e os administradores. Ambos os grupos de profissionais estão unidos no desejo de oferecer aos pacientes um ótimo atendimento, mas estas intenções são obstaculizadas por conflitos decorrentes de uma série de diferentes posições, que estão vinculadas a profundas divisões culturais, quanto à autonomia dos médicos e ao controle efetuado pelos administradores⁽²¹⁾. Da mesma forma, o artigo intitulado “Desafios do administrador hospitalar” proporciona a visão do profissional administrador sobre o gerenciamento nos hospitais. Os autores, administradores de formação, referem que os médicos e enfermeiros, quando coordenam o hospital, fazem-no baseados na prática do dia a dia, sendo sua atuação administrativa aquém da qualidade técnica, uma vez que “não gostam e não entendem das atividades administrativas”⁽²²⁾.

Estes estudos, embora em duas realidades distintas, reforçam os achados nas teses e dissertações, evidenciando a existência de disputas profissionais provocadas pelo embate entre os técnicos e os administradores, uma vez que cada segmento apoia-se em sua própria lógica

profissional, na condução dos processos de trabalho hospitalares. Esta ocorrência culmina em uma medida de forças que, segundo alguns recortes textuais, na maioria das vezes, é vencida pelos administradores que, em nome da redução de gastos, justificam alguns cortes orçamentários em materiais de consumo e pessoal, por exemplo. Por outro lado, quando os médicos, enfermeiros e outros profissionais entram em confronto com os administradores, procurando mais e melhores instrumentais, fazem-no em nome da saúde dos usuários e não raras vezes existe, no confronto, a tentativa de responsabilização dos administradores pelos possíveis malogros que poderão advir do não atendimento às reivindicações.

Outro foco encontrado nos estudos pesquisados diz respeito às disputas profissionais entre médicos e enfermeiros provocadas pelas hierarquias. Apesar dos organogramas hospitalares, na maioria das vezes, não mostrarem as linhas hierárquicas de autoridade e poder entre as duas profissões, o sentido histórico de sujeição da enfermagem pela medicina está ainda presente em alguns hospitais.

Podemos aproximar tal constatação da afirmação de que os profissionais de enfermagem são colocados em uma situação de subordinação na divisão do trabalho médico, pois o trabalho da enfermagem é definido a partir da natureza do trabalho médico e a posição funcional de suas tarefas determina-se a partir da centralidade das tarefas médicas⁽²³⁻²⁴⁾.

O recorte abaixo exemplifica como este tema foi abordado nos hospitais que foram mote de pesquisa, demonstrando que a hierarquia pode ser uma linha invisível, que se traduz em uma cultura de poder instituído pela formação histórica tanto da medicina como da enfermagem:

[...] mesmo tendo conhecimento de que o mercado de trabalho está subordinado ao processo de valorização do capital, os depoentes (enfermeiros) prestam-se a servir à ideologia dominante, admitindo sua atuação como subalterna ao poder médico, ainda hegemônico, diante dos demais profissionais de saúde⁽¹²⁾.

Mas, esta afirmativa pode ser parcialmente contraposta, a partir da ideia de que a coordenação do hospital é de fato da enfermagem, mesmo que exista uma situação paradoxal, visto que quem coordena o cuidado é o polo dominado nesta relação de dominação⁽²⁵⁾. Entretanto, o estudo “*Relationship between nurses and physicians in terms of organizational culture: who is responsible for subordination of nurses?*” também reitera os significados postos nas teses e dissertações, já que as enfermeiras entrevistadas nesta investigação mencionam que os médicos tendem a controlá-las e sentem-se superiores, o que estimula relações hierárquicas que não promovem a comunicação entre os membros do

grupo⁽²⁶⁾. A pesquisa intitulada “A saúde do trabalhador de enfermagem sob a ótica da gerência: obstáculos e possibilidades”⁽²⁷⁾, da mesma forma, indica que o trabalho da enfermagem é uma atividade meio, subordinada técnica e administrativamente ao trabalho médico.

Mas, afora estas indicações mencionadas acima, alguns significados captados nos recortes textuais, oriundos das teses e dissertações selecionadas, remetem à interpretação de que os enfermeiros, mesmo quando entendem seu trabalho como interdependente do trabalho dos médicos, mesmo assim disputam com o protagonismo das ações de cuidado com os usuários. Isto se evidencia quando, na realidade dos hospitais, o atendimento médico é comumente criticado pelos enfermeiros, no sentido de não ser holístico, nem desenvolvido em tempo integral e, muito menos, com atenção individualizada.

As hierarquias hospitalares e a subversão no trabalho

Na burocracia mecanicista, existe uma linha hierárquica claramente definida, em que a unidade de comando é cuidadosamente mantida pela natureza hierárquica e há uma distinção rígida entre os níveis operacionais e funcionais⁽¹⁹⁾. Na sociedade brasileira, este sentido exposto de hierarquia e subordinação está, em muito, baseado na força militar tradicionalista e no poder racional-legal para o estabelecimento e a manutenção da autoridade⁽²⁸⁾.

As linhas de autoridade embutidas nas estruturas hierárquicas hospitalares, sobretudo na organização do trabalho da enfermagem, são possíveis fontes de distanciamento e conflito entre os trabalhadores, o que pode ocasionar a subversão no trabalho nos hospitais. Alguns fragmentos encontrados nas teses e dissertações pesquisadas expressam tais evidências culturais que serão interpretadas a seguir:

Mas existem alguns gerentes não tão bem integrados aos seus subordinados, com um distanciamento gerado pela cultura hierárquica ainda vigente em certos casos⁽¹⁴⁾.

No que se refere à rede de poder, tem-se que existe uma hierarquia formal entre os membros da equipe de enfermagem, onde alguns indivíduos dos níveis inferiores demonstram determinado grau de insatisfação⁽¹⁶⁾.

Dessa forma, o cargo traz à luz uma ameaça, incluindo também os demais participantes da categoria, tal percepção gera conflitos internos ao enfermeiro no cotidiano laboral⁽¹²⁾.

A divisão social do trabalho da enfermagem sempre foi motivo de distanciamentos e conflitos, pois a profissão, historicamente, organiza-se em extratos funcionais, caracterizados por diferentes categorias e,

consequentemente, diferentes competências. Assim, alguns auxiliares ou técnicos de enfermagem têm dificuldades em aceitar que os enfermeiros tenham um *status* diferenciado na equipe, maior prestígio e mais autoridade, bem como recebiam um salário superior aos seus. Da mesma maneira, ao ocuparem o topo da cadeia hierárquica da equipe, enfermeiros podem exercer uma dominação extrema sobre seus subordinados, provocando sentimentos de revolta e indignação, que se revertem no trabalho, gerando descontentamento sobre a condução do mesmo e sobre as normas e rotinas instituídas pelo enfermeiro.

De tal modo, nesta situação em que o exercício de poder é desigual, os indivíduos podem apresentar alienação, baixa motivação e conseqüente passividade e pouca iniciativa no trabalho, o que significa situações de conflitos latentes⁽²⁸⁾. Isto na relação trabalhador/trabalho gera descontentamentos e sofrimentos capazes de repercutirem simultaneamente nas relações entre os próprios trabalhadores. O sofrimento patogênico no trabalho, pelas relações que se estabelecem e pelos modelos gerenciais que se apresentam, acontece quando as pessoas estão diante de “pressões fixas, rígidas, incontornáveis, inaugurando a repetição e a frustração, o aborrecimento, o medo ou o sentimento de impotência”, que as conduzem à descompensação mental ou psicossomática e à doença⁽²⁹⁾.

Esta desintegração do e no trabalho nos hospitais, que foram cenário das pesquisas realizadas, produz significados que, a interpretação, nos remete ao descaso, descompromisso, indiferença, queixas e insubordinação dos trabalhadores, além de causar-lhes enorme sofrimento e controverter a ordem que deveria ser natural, do prazer no trabalho.

Do mesmo modo, o exposto pode abjurar-se em uma crise de valores, provocando um sem número de distorções éticas, que ecoa no exercício profissional, fazendo com que os trabalhadores da saúde se acomodem ou sucumbam, frente às dificuldades operacionais do dia a dia. Eles “deixam-se arrastar por uma avalanche de subterfúgios e casuísmos que fazem crescer a burocracia e diminuir a qualidade final da atenção em saúde” e passam “a exercer (consciente ou inconscientemente) princípios incompatíveis com os valores que anteriormente eles próprios julgavam corretos à justa convivência humana”⁽³⁰⁾. Este fenômeno foi encontrado em alguns hospitais onde ocorreram as pesquisas, quando foi observado que trabalhadores da enfermagem, que eram exemplo de responsabilidade, comprometimento e dedicação, diante de indisposições com chefias, geralmente provocados por insurreições às hierarquias, assumiram uma postura de oposição ao instituído pelos enfermeiros, que subverte sua conduta anterior. A explicação que surge sustenta-se na ideia de que, quando uma posição é determinada no organograma, reduzem-se as pessoas a cargos de poder, estabelecendo uma ordem disciplinar dos espaços/limites permitidos do transitar a liberdade⁽³¹⁾, fazendo com que a

própria representação do poder gere desconfortos, tanto por parte daqueles que o exercem como daqueles que são submetidos a ele.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca, por compreender como as estruturas hierárquicas presentes na cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros significam no trabalho hospitalar, proporcionou uma compreensão, mesmo que parcial, desse fenômeno no cotidiano das organizações pesquisadas em teses e dissertações que abordam a temática. Cabe ressaltar que chamamos de parcial esta leitura, porque nem todos os significados percebidos nas investigações, pela sua diversidade e complexidade, foram passíveis de interpretação, visto que esta megapretensão extrapolaria os limites da investigação atual.

Alguns hospitais brasileiros estão calcados, tanto na burocracia mecanicista como na profissional, em que os níveis hierárquicos mostram-se operantes e impactantes nos significados que os trabalhadores da saúde constroem sobre esse fenômeno. Isto é traduzido em uma cultura de que a rigidez das linhas hierárquicas compromete o desenvolvimento do trabalho nas realidades que foram estudadas, no sentido de que as mesmas fragmentam as relações e provocam disputas profissionais, bem como causam distanciamentos e conflitos, originando comportamentos subversivos no trabalho.

Diante dos achados, há uma necessidade imperiosa de estimular estratégias, no interior das organizações hospitalares públicas que fomentem as discussões sobre as estruturas hierárquicas, com a participação dos trabalhadores, dos gestores e do próprio Estado brasileiro, para que estas estruturas, assim dispostas, não sejam obstáculos ao bom desenvolvimento do trabalho. Debates neste sentido também podem garantir o entendimento de que o poder assegurado pela cadeia hierárquica nas instituições hospitalares não é fruto apenas da história da evolução de determinadas profissões, do corporativismo ou simplesmente de alternância de poder, mas, sim, uma forma de facilitar o processo de gestão. Por outro lado, o exercício do poder dos enfermeiros na cadeia hierárquica da equipe de enfermagem deve ser revisto, tanto na prática hospitalar como no processo de formação acadêmica dos mesmos, para que novas estratégias de condução satisfatória do processo de trabalho da enfermagem sejam equacionadas, criadas e implementadas.

Entendemos também que modelos hierárquicos que produzam relações positivas entre os trabalhadores da saúde, de uma maneira geral, podem repercutir no atendimento e na assistência que é prestada nos hospitais e na produção e organização satisfatória do trabalho das diversas profissões que convivem cotidianamente nestas realidades.

A tradução do conjunto de significados das hierarquias em hospitais públicos brasileiros, com base nas teses e dissertações que incluem em seus escopos a cultura organizacional, expressou um recorte da cultura desses espaços, que auxiliará na construção de caminhos que conduzirão à compreensão destas organizações e suas complexas interligações. Também poderá instigar e inquietar aqueles pesquisadores comprometidos com o conhecimento do processo de condução dos hospitais, tornando-se motivo de críticas, mas, essencialmente, de reflexões sobre estas realidades.

Todavia, compreende-se que a presente investigação,

quando utiliza interpretações de terceira mão, como refere Geertz, em uma amostra restrita de estudos empíricos submetidos aos critérios intrínsecos desta pesquisa, pode impossibilitar generalizações, muitas vezes, necessárias à completude dos estudos científicos. Por outro lado, as interpretações que foram produzidas sobre os significados atribuídos pelos sujeitos pesquisados, às hierarquias, por meio da voz dos autores das teses e dissertações selecionadas, poderá ser subsídio a outras pesquisas, uma vez que o fio condutor da cultura organizacional propicia a costura dos mais diversos vieses do estudo das organizações hospitalares.

REFERÊNCIAS

- Lewis M. Apresentação. In: La Forgia GM, Couttolenc BF. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo: Singular; 20089. p. ix-x.
- La Forgia GM, Couttolenc BF. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo: Singular; 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Manual brasileiro de acreditação hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
- Morgan G. Imagens da organização. São Paulo: Atlas; 1996.
- Smircich L. Concepts of culture and organizational analysis. *Adm Sci Q.* 1983;28(3):339-58.
- Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC Editora; 1989.
- Geertz C. Nova luz sobre a antropologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
- Geertz C. O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa. 4a ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
- Artmann E. Démarche stratégique (gestão estratégica hospitalar): um enfoque que busca mudança através da comunicação e da solidariedade em rede [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2002.
- Guariente MHD. Articulação da atividade investigativa com a prática profissional: processo e produto de enfermeiras apoiadas por um Núcleo de Pesquisa [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2006.
- Menezes MFB. A cultura administrativa do gerenciamento de enfermagem em unidade oncológica: um estudo etnográfico [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2003.
- Prochnow AG. O exercício da gerência do enfermeiro: cultura e perspectivas interpretativas [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004.
- Ávila GGF. Elementos da cultura de um Hospital Universitário: repercussões no comportamento organizacional e implicações na qualidade do trabalho [dissertação]. Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande; 2006.
- Lima MBBPB. A gestão da qualidade e o redesenho de processos como modelo de desenvolvimento organizacional em hospitais públicos universitários: o caso do Hospital das Clínicas da UNICAMP [dissertação]. Campinas: Faculdade de Engenharia Mecânica da Universidade Estadual de Campinas; 2006.
- Macedo AN. Autonomia profissional e uso da informação no hospital: discutindo a cultura organizacional [dissertação]. Rio de Janeiro: Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública; 2006.
- Salgado SPV. Importância da cultura organizacional como fatores determinantes do pessoal de enfermagem do Hospital Universitário Antonio Pedro [dissertação]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas; 2003.
- Verbist CF. A gestão da hospitalidade sob a perspectiva da humanização dos hospitais - um estudo de caso [dissertação]. Caxias do Sul: Programa de Mestrado Acadêmico em Turismo da Universidade de Caxias do Sul; 2006.
- Viana RV. A humanização no atendimento à saúde: construindo uma nova cultura [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
- Mintzberg H. Estrutura e dinâmica das organizações. Lisboa: Dom Quixote; 2004.
- Vaitsman J. Cultura de organizações públicas de saúde: notas sobre a construção de um objeto. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health.* 2000;16(3):847-50.
- Merry MD. Hospital-medical staff culture clash: is it inevitable or preventable? *Health Trustees of New York State. The challenge of Governance.* [Internet] 2005 [citado 2009 Nov 02]:[cerca de 22 p.]. Disponível em: <http://www.dynamichs.org/articles/2-Challenge-of-Gov-MMerry-May2005.pdf>
- Seixas MAS, Melo HT. Desafios do administrador hospitalar. *Gestão & Planejamento.* 2004;5(9):16-20.
- Carapinheiro G. Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Edições Afrontamento; 2005.
- Lunardi Filho WD. O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina. Pelotas: Universitária/UFPel; 2000.
- Merhy EE, Cecílio LCO. Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais. *Saúde Debate.* 2003;27(64):110-22.
- Skela Savic B, Pagon M. Relationship between nurses and physicians in terms of organizational culture: who is responsible for subordination of nurses? *Croat Med J.* 2008;49(3):334-43.
- Rocha. AM. A saúde do trabalhador de enfermagem sob a ótica da gerência: obstáculos e possibilidades [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003.
- Prates MAS, Barros BT. O estilo brasileiro de administrar. In: Motta FCP, Caldas MP, organizadores. *Cultura organizacional e cultura brasileira.* São Paulo: Atlas; 1997. p. 55-69.
- Dejours C, Abdoucheli E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C, organizadores. *Psicodinâmica do trabalho.* São Paulo: Atlas; 1994. p. 119-45.
- Garrafa V. A dimensão da ética em saúde pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 1995.
- Erdmann AL. Sistema de cuidado de enfermagem. Pelotas: Universitária/UFPel; 1996.