



## Racionalidade Organizacional *versus* Tradição: conflito nas práticas administrativas hospitalares

### Organizational Rationality versus Tradition: conflict in hospital administrative practices

**Gilson Cássio de Oliveira Santos**

Sociólogo da Universidade Estadual de Montes Claros e professor do Centro Universitário Funorte; da Faculdade Santo Agostinho; membro da Rede Internacional e Interdisciplinar sobre as Desigualdades (REDE); Doutor em Sociologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

E-mail: [gilson.santos@unimontes.br](mailto:gilson.santos@unimontes.br)

#### Resumo

O presente artigo tem a pretensão de discutir a ação racional e não-racional, com foco na ação tradicional a partir das relações ocorridas no âmbito das organizações. Tenta estabelecer um diálogo com as teorias organizacionais que, até o presente momento, têm dado atenção à ação racional, negligenciando em muita medida a ação não-racional, no que concerne às relações postas nas organizações. A discussão aqui apresentada é fruto de um trabalho investigativo fundamentado na observação participativa e na análise de dados secundários, realizado em um hospital localizado em uma cidade de porte médio do Norte de Minas Gerais. Constatou-se, ao final, que rotinas se conflitam com não-rotinas, então rotinas formais, possibilitadas pela racionalidade protocolar e pela profissionalização conflitam com rotinas não formais, possibilitadas pela tradição.

**Palavras-chaves:** Ação racional. Ação não-racional. Organização hospitalar.

#### Abstract

This article intends to discuss rational and non-rational action, focusing on traditional action based on relationships within organizations. Trying to establish a dialogue with the organizational theories that up to the present moment has given attention to rational action, neglecting to a great extent non-rational action, regarding the relationships put in organizations. The discussion presented here is the result of an investigative work based on participatory observation and secondary data analysis, carried out in a hospital located in a medium-sized city in northern Minas Gerais. Finally, it was found that routines conflict with

non-routines, so formal routines, made possible by protocol rationality and professionalization, conflict with non-formal routines, made possible by tradition.

**Keywords:** Rational action. Non-rational action. Hospital organization.

## Introdução

O debate acerca do comportamento das organizações bem como dos indivíduos em meio ao ambiente organizacional pauta-se, sumariamente, pela discussão que se posiciona, de um lado, pelas questões relativas às ações individuais e, de outro, pela problemática da dimensão macrossocial e econômica. O institucionalismo tem contribuído grandemente com esse debate, no entanto, as teorias organizacionais, inclusive a corrente supracitada, têm negligenciado a ação não-racional posta na dimensão das relações sociais no âmbito das organizações.

O objetivo do presente trabalho é mostrar que a ação não-racional, com destaque à ação tradicional, inclusive encorpada na própria dominação tradicional, interfere nas práticas administrativas, conflitando em muitos momentos com as práticas racionais explicitadas pelas rotinas, procedimentos padronizados, normas, leis e profissionalização.

Nas próximas páginas, será discutida a questão da racionalidade em que é feita uma observação do entendimento da Sociologia e da Ciência Econômica a respeito dessa problemática. Posteriormente, aborda-se sobre o comportamento organizacional dando enfoque tanto nas relações entre organizações quanto nos indivíduos em meio ao processo organizacional. Depois disso, faz-se uma breve exposição metodológica. Na sequência, é realizada uma discussão pertinente ao que se tem proposto, ou seja, com foco em um estabelecimento organizacional, em um município, no Norte de Minas Gerais em que se observa a influência da ação tradicional nos processos administrativos. Por último, são apresentadas as considerações finais a respeito da discussão proposta.

## 1. Enquadramento teórico conceitual: a respeito da racionalidade

A discussão a respeito da racionalidade ultrapassa as fronteiras das disciplinas acadêmicas, mas, no que diz respeito ao ambiente acadêmico, tal assunto tem sido pesquisado pela Psicologia, Economia, Ciência Política e Sociologia. Ademais, essa discussão trata-se de um tema clássico para as ciências mencionadas. No caso da Sociologia, encontram-se em Max Weber importantes *insights* no caso da ação bem como da dominação, uma vez que tal autor distingue a ação racional da não-racional do mesmo modo que separa a dominação determinada pela racionalidade daquela determinada por fatores não racionais, como a tradição e o carisma.

Para Weber (1994), uma ação racional não se trata de um comportamento exclusivamente utilitarista, sendo que um indivíduo pode agir racionalmente atendendo a uma meta clara, buscando benefícios próprios, do mesmo modo que pode também agir racionalmente orientado por valores e princípios sociais. No entanto, nem toda ação será racional, pois, de acordo com Weber, indivíduos podem agir orientados tanto pelos costumes (tradição) quanto pela emoção.

Ratificando a percepção weberiana da ação racional orientada por fatores sociais, Goldthorpe (2000) afirma que a motivação de uma ação pode ser uma norma, ademais argumenta que a dimensão estrutural é superior à psicológica no contexto da ação. Nesse sentido, assim como Weber, o autor não negligencia a possibilidade da viabilização de meios específicos para se alcançarem fins determinados em uma ação, mas, ainda em conformidade com a teoria weberiana, destaca que ação individual pode depender de estruturas sociais específicas.

A economia neoclássica não comunga com as ideias weberianas de racionalidade. Assim, segundo Gary Becker (1976), uma ação racional pauta-se fundamentalmente pelo cálculo de maximização de utilidades. Assim sendo, uma ação não utilitarista não é, do mesmo modo, racional.

É claro que as ideias da Ciência Econômica não são unânimes na discussão sobre racionalidade. Economistas como Amartya Sen (1977) e Vernon Smith (2005) participam do debate contribuindo com observações diferentes e não menos relevantes. Para o primeiro autor, a ação racional individual pode estar ligada diretamente ao bem-estar do outro. Nesse sentido, a maximização do agente não

estaria ligada aos seus próprios interesses, mas, primeiramente, à satisfação da necessidade do outro. O argumento de Sen parte da possibilidade de o bem-estar do outro representar o bem-estar do próprio ator.

Discordando também da ideia de ação racional como sendo utilitarista, Vernon Smith (2005) evidencia a racionalidade ecológica que, segundo o autor, emerge da evolução biológica e cultural e está ligada a normas, tradição, moralidade. Smith percebe que os indivíduos cooperativistas tendem a superar os utilitaristas no contexto da seleção natural, o que se evidencia no sentido de que é biológica e socialmente mais viável a possibilidade de os indivíduos cooperarem entre si do que estabelecerem interesses conflitantes decorrentes das diversas maximizações individuais.

Embora haja uma divergência entre as posições de sociólogos e economistas quanto à ideia de racionalidade, observando que sociólogos tendem a acreditar que a racionalidade não se trata de algo meramente utilitarista e que ao contrário pode-se perceber na ação racional motivações advindas de preceitos sociais e estruturais; há de outro modo, uma tendência de economistas acreditarem na instrumentalização da ação. É importante destacar que, do mesmo modo que não há consenso entre sociólogos e economistas sobre a ação racional, o consenso não se vê também entre os próprios sociólogos bem como entre os economistas.

Como mostrado, nem todo economista concorda com o caráter meramente utilitarista da ação racional advindo da teoria neoclássica, de outra maneira, para o Sociólogo Jon Elster “a escolha racional é instrumental: é guiada pelo resultado da ação. As ações são guiadas, avaliadas e escolhidas não por elas mesmas, mas como meios mais ou menos eficientes para um fim ulterior” (ELSTER, 1994, p.38) e continua dizendo que “[...] a escolha racional busca encontrar os melhores meios para fins dados”.

Segundo os pressupostos de Elster, a escolha racional estaria muito mais ligada à realização de uma ação utilitarista do que uma ação viabilizada por fatores estruturais. Outro sociólogo, James Coleman (1994), entende que há uma articulação da abordagem da ação racional entre economia neoclássica e Sociologia Econômica. No entanto, tal autor afirma que a Sociologia atribui enfoque maior à importância

das instituições sociais na dimensão da ação racional, evidenciando outras categorias como capital social, direitos e origem social.

Na abordagem proposta pela presente comunicação, é importante destacar que se parte do entendimento da ação racional como sendo determinada tanto pelo cálculo de articulação meios-fins quanto pela orientação advinda de regras, princípios e valores, que está posicionada no conceito weberiano de ação. Ademais, e o mais importante, é que as relações sociais no contexto das organizações não são pautadas exclusivamente pela ação racional, mas que a ação não-racional pode intervir no quadro estabelecido pela ação racional. Ir-se-á abordar sobre isso mais à frente.

As organizações ocupam um lugar de muita atenção na Sociologia e na ciência econômica. Mais do que proporcionar articulação de relações de mercado, organizações se vinculam diretamente a indivíduos uma vez que são formadas também por estes, razão por que influenciam e são influenciadas pelos atores individuais.

As discussões acadêmicas a respeito das organizações se concentram sumariamente na questão estrutura-agência, principalmente no que diz respeito ao debate existente entre o velho e o novo institucionalismo. March e Simon (1975) acreditam que os indivíduos são peças fundamentais nos processos organizacionais, no entanto, discordam da economia neoclássica em relação à existência de atores maximizadores que articulam meios em busca de fins ótimos. March e Simon, no entanto, criticam a ideia de fins ótimos argumentando que, para obtê-los, os indivíduos deveriam dispor de muito tempo na busca da informação perfeita, o que inviabilizaria o processo organizacional devido à elevação do custo imbuído na procura da informação ótima.

Para tais autores, no âmbito organizacional, indivíduos efetivam tarefas a partir de seus limites cognitivos, ou seja, fazem o que sabem e estão preparados para fazer. Um fator importante que possibilita a prática organizacional, nesse sentido, são os programas, ou seja, as organizações disponibilizam uma série de procedimentos previamente programados que subsidiam as tomadas de decisão.

Vinculando-se ao campo de análise macrossocial, o que enfatiza a estrutura em detrimento da ação individual, Powell e DiMaggio (1991) apresentam suas interpretações a respeito do comportamento organizacional através das ideias de

“campo organizacional” e “isomorfismo institucional”. O campo organizacional é um conjunto articulado de realizações exercidas entre organizações que juntas constituem uma área específica, em que agrega: fornecedores, consumidores, agências reguladoras, e organizações concorrentes.

Com base no entendimento de campo organizacional, Powell e DiMaggio advogam que as práticas racionais adotadas pelo mercado possibilitam uma constante similaridade entre as organizações. O fato de as organizações tornarem-se cada vez mais parecidas em relação a comportamento e efetivação de procedimentos origina-se, segundo os autores, de fatores como aperfeiçoamento das técnicas profissionais, burocratização, competição mercadológica e imposições do Estado; fatores que denotam racionalização de processos.

Essa possibilidade de similaridade entre organizações é então nominada de “isomorfismo” que se evidencia em três modos, quais sejam: (1) isomorfismo coercitivo: origina a partir de influência política e legitimidade; (2) isomorfismo mimético: resultante de padrões de respostas; (3) isomorfismo normativo: está ligado à profissionalização; este último diz respeito a técnicas adquiridas na formação e no associativismo profissional.

A ideia de isomorfismo está diretamente vinculada à concepção weberiana de racionalidade. Não aquela utilitarista, mas burocrática, padronizada, normalizadora. A tendência isomórfica apontada por Powell e DiMaggio é a evidência da racionalização da sociedade contemporânea que Weber já havia previsto. Nesse sentido, a racionalidade explicitada nos preceitos do isomorfismo organizacional liga-se muito mais à noção de “programas” apontada por March e Simon do que à ação utilitarista da economia neoclássica.

Do mesmo modo, Meyer e Rowan não ignoram a importância das regras e padrões institucionais, uma vez que a concepção de “mito” posta por tais autores trata-se do caráter estrutural do comportamento das organizações. No entanto, afirmam que os mitos, embora possibilitem a legitimidade, atrapalham a eficácia. O problema determinado pela dicotomia legitimidade-eficácia faz originar uma inconsistência. A resolução de tal passa pela flexibilidade formal das organizações, em que se verifica uma estrutura construída frouxamente, ou seja, em muitos casos, como o das regras que se conflitam por surgirem de diferentes partes ou o de normas

gerais que estabelecem conflito com especificidades da organização, leva-se em conta a lógica da confiança. A boa fé dos participantes da organização possibilita a legitimação, mesmo com a ausência da validação técnica.

Enquanto Powell e DiMaggio; Meyer e Rowan dão enfoque à dimensão estrutural do comportamento organizacional, Perrow (1993) acusa a corrente neoinstitucional de não dar a devida atenção para a ação do indivíduo em meio à organização. Sem negligenciar a importância das regras, padrões, rotinas e da própria burocracia na efetivação das relações organizacionais, tal autor chama atenção para o caráter da não-rotina, em que decisões são tomadas por indivíduos em momentos de incertezas em que a regra não consegue alcançar.

Para explicar as articulações pautadas pela imprevisibilidade e as decisões tomadas em momentos de ausência de regras, Perrow instituiu o conceito de tecnologia que vem contribuir no sentido de evidenciar que programas, tarefas, rotinas, não são exatamente bem definidos na organização devido à instabilidade peculiar do ambiente organizacional no que diz respeito a recursos, conflitos e momentos instáveis.

Nesse sentido, Perrow concorda com Cyert e March, pois tais argumentam que o ambiente organizacional, antes de ser um complexo de realizações necessariamente padronizadas e programadas, é de fato o lugar da incerteza, instabilidade e do conflito. Isso porque diferentes metas organizacionais podem se conflitar, indivíduos inseridos na mesma organização possuem interesses diversos e a própria tomada de decisão está imersa na incerteza que pode gerar conflito.

A partir da discussão teórica que aqui foi exposta, entende-se que o comportamento das organizações e dos indivíduos envolvidos nos processos organizacionais pauta-se pela dimensão da racionalidade evidenciada por Weber. Primeiro, evidencia a racionalidade orientada por fins, no sentido do que apresentam Perrow, Cyert e March que, embora existam padrões normativos de atividades e ações, em algumas circunstâncias, talvez não mínimas, indivíduos agem fora de tais padrões normativos quando resolvem novos problemas, são compelidos a tomarem decisões não previstas e quando há conflito entre as próprias normas. Segundo, destaca-se a racionalidade padronizada, posta pela burocratização, em que as tarefas

e ações são cada vez mais programáticas e, nesse sentido, explicitam Powell e DiMaggio.

Mas ressalta-se mais uma vez neste trabalho um tipo de comportamento que é negligenciado na teoria organizacional que se trata do não-racional. E aqui se pretende destacar a ação orientada pela repetição, posta pela imposição tradicional. Existem tarefas que são cumpridas ou deixadas de cumprir, não pela intencionalidade do agente, o que denotaria utilitarismo, nem pela exigência da regra, o que evidenciaria a racionalidade burocrática, mas pela determinação das regras informais, originadas da tradição. Isso será discutido no tópico quatro.

## **2. Questões metodológicas**

A pesquisa aqui mostrada foi realizada em um hospital de grande porte, segundo classificação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) vinculado ao Ministério da Saúde, posta num intervalo que delimita: pequeno porte até 50 leitos, médio porte entre 51 e 150 leitos e grande porte com 151 leitos ou mais. Esse estabelecimento de saúde atende em nível de atenção ambulatorial e hospitalar de baixa e média complexidade em ambas as categorias, sendo em média 13.128 pacientes atendidos a cada mês, com a prestação de serviços de 1.207 funcionários (CNES, 2020).

Para o desenvolvimento das análises postas neste trabalho, contou-se com a realização de pesquisa observacional realizada no âmbito da instituição de saúde a que se fez referência, possibilitando entender hierarquia, procedimentos administrativos, fluxo de trabalho e informações, segmentação de atividades profissionais além do discurso de funcionários. Lançou-se mão ainda da análise de dados disponibilizados pelo próprio hospital.

A pesquisa participante se deu pela observação das discussões de funcionários na rotina diária de trabalho e nas avaliações das reuniões setoriais e de comissões organizacionais. A análise documental envolveu principalmente revisão de atas de reuniões de comissões. Também se realizaram algumas entrevistas em profundidade com técnicos administrativos e profissionais da assistência que trabalham

diretamente com os processos organizacionais junto aos médicos. Por fim, a análise de dados secundários foi possível pela disposição de dados da própria unidade organizacional em avaliação.

### **3. Racionalidade versus tradição no ambiente organizacional**

A discussão sobre organizações perpassa pela observação sobre a racionalidade, seja no que concerne à escolha racional, focada no agente, seja no que diz respeito ao processo de padronização de procedimentos, que têm relação com as questões relativas à burocratização. Acredita-se, aqui, ser a ação racional preponderante nas relações organizacionais, principalmente devido ao fato da tendência à complexidade dos procedimentos mercadológicos, ligada à competitividade, à concorrência e à legitimidade, que, nesse sentido, demandam efetivação de padrões e normas. Essa ideia pode ser corroborada por Williamson (1981) em sua teoria sobre custos de transação.

No entanto, a ação não-racional não é levada em conta quando se trata de organizações. De igual modo não se considera a ação motivada pela emoção, que poderia ser avaliada pelas relações de dominação envolvendo carisma, nem a ação motivada pela tradição, que poderia ser identificada em relações que envolvem obediência por repetição, vinculada à manutenção de prestígio a quem possui o privilégio de garantir mandatos.

No caso específico do estabelecimento organizacional em análise, o qual se trata de um hospital sediado em uma cidade de porte médio que evidencia uma tradição de prestígio médico, determinado tão somente pelo título acadêmico e profissional ostentado pelos profissionais da área médica, percebe-se a influência do comportamento dos médicos nos procedimentos administrativos da organização, a qual nem sempre é benéfica para a própria organização.

Os médicos, em alguns momentos, efetivam decisões que podem contrariar a determinação de gestores que se posicionam em níveis hierárquicos mais elevados, além dos próprios protocolos administrativos originados de agências reguladoras e do Estado enquanto instituição burocrática.

Os hospitais no Brasil são controlados por várias instituições na dimensão do Estado, como o Sistema Único de Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ligados ao Ministério da Saúde. No caso do hospital em análise, além das instituições mencionadas, ele se submete ao controle formal da Secretaria de Estado da Saúde e da Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão de Minas Gerais, além de programas reguladores específicos, criados também pelo Estado de Minas Gerais, como o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (Pró-hosp), Programa Mais Vida e Rede Cegonha.

A exposição posta no parágrafo anterior evidencia um tipo de isomorfismo apresentado por Powel e DiMaggio que se trata do isomorfismo coercitivo, advindo da influência política e de pressões de outras organizações, o que denota uma racionalidade organizacional vinculada à burocratização. Além do isomorfismo coercitivo, a gestão hospitalar, no caso em análise, pauta-se pelos demais tipos de isomorfismos, tendo em vista que os funcionários, tanto ligados ao segmento técnico da saúde, quanto aos da gestão, são submetidos a concurso público enquanto critério de seleção, além de se submeterem a programas de capacitação e qualificação, o que mostra o isomorfismo normativo ligado à profissionalização. O isomorfismo mimético pode ser percebido nos selos de qualidade que o hospital possui, como “maternidade segura” e “amigo da criança” e naqueles em que ele pretende alcançar, como “acreditação hospitalar”.

Apesar de todo controle exercido por organizações externas, pelo Estado, pela profissionalização, enfim, pelos procedimentos padronizados e pela burocracia, os conflitos são também explicitados, o que evidencia a efetivação de processos fundamentados na não-rotina, assim como posicionam Perrow, Cyert e March. No entanto, a partir das análises observacionais realizadas com foco no estabelecimento de saúde em destaque, percebe-se que os conflitos não são aparentes apenas nos casos de inconsistência de metas, ou incerteza como defendem Cyert e March, mas se evidenciam também devido à incompatibilidade patente entre a determinação normativa e tecnicamente profissional, fundamentada pela racionalidade, e a determinação de “poderes senhoriais<sup>1</sup>” advindos da imposição médica, fundamentados pela tradição.

---

<sup>1</sup> Ver Max Weber: *Economia e Sociedade*, 1994, p.148.

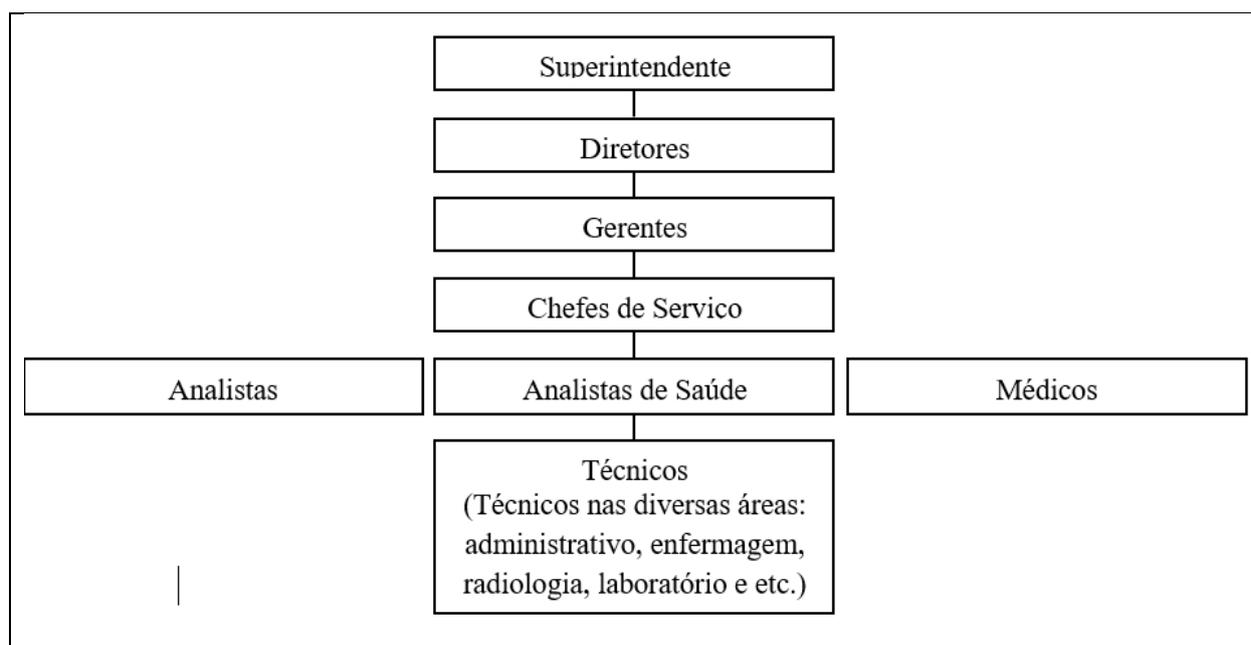
Em uma escala de hierarquia profissional, os médicos são identificados, no estabelecimento organizacional em análise, no mesmo nível hierárquico que os “Analistas de Saúde”. Estão administrativamente no mesmo nível hierárquico que todos os profissionais da área da saúde que possuem título de graduação como: biomédicos, farmacêuticos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros.

No entanto, em obediência a um padrão não formal, fundamentado tão somente na dominação tradicional exercida pelos médicos, os diversos profissionais da saúde, mesmo permanecendo em nível hierárquico administrativamente igual, tendem a se submeter às determinações dos médicos.

Além disso, profissionais que se posicionam em nível hierárquico superior, como chefes de serviços, gerentes, em alguns casos, diretores e até mesmo o superintendente, também são submetidos às decisões informais advindas dos médicos ou não conseguem fazer com que as decisões da gestão hospitalar sejam cumpridas por esses profissionais em questão.

Apesar de qualquer estrutura administrativa imposta sobre a profissão [da medicina], a autonomia em controlar suas técnicas permite que ela misture muitos elementos dessa estrutura além da intenção e do reconhecimento de seus planejadores e chefes executivos (FREIDSON, 2009, p. 65).

**Figura 1** – Hierarquia de Cargos da Organização em Análise.



**Fonte:** Instituição. **Elaboração:** própria.

Tal argumento é evidenciado pela dificuldade que a gestão hospitalar tem de determinar procedimentos administrativos que envolvam a participação médica. Um exemplo disso é a ausência de informações médicas no banco de dados hospitalares. Registros que somente o médico tem competência para fazer não são realizados pelo fato de o profissional de medicina não se disponibilizar a isso fazer. Essa informação é muito disseminada por toda a organização quando se abordam procedimentos administrativos inerentes aos pacientes internados. É, por exemplo, comum ouvir dos técnicos administrativos: “O médico define a alta, mas não registra no sistema. A gente solicita o registro da alta e ele demora de fazer, às vezes realiza o registro de uma alta apenas no próximo plantão dele.” (Entrevistado Y).

Fatos como esse ocorrem devido os médicos reivindicarem para si a autoridade da administração do tratamento, a qual é tradicionalmente legitimada pelos profissionais de outras áreas, a ponto de esses profissionais não se despontarem como críticos explícitos das ações, avaliadas como equivocadas, realizadas por médicos.

A questão do registro de altas hospitalares é particularmente relevante, pois, enquanto a alta não é devidamente informada no sistema, o paciente não pode se retirar do hospital. Uma alta que é realizada, mas não formalizada no sistema, representa gastos desnecessários para a organização que permanecerá a ceder espaço, alimentação e a se responsabilizar por alguém que não mais deveria ocupar aquele leito.

Muitos prontuários não são registrados no período hábil (até três meses após alta do paciente) devido ao fato de não constarem informações médicas, algumas básicas e elementares, como assinatura, carimbo, ou por preenchimento indevido de laudo e outros. Nesses casos, técnicos administrativos do Serviço de Auditoria avaliam os prontuários médicos anteriormente ao envio para o Serviço de Faturamento. No caso dos prontuários em que se constam pendências de informações, há a devolução deles para a unidade de internação de origem, onde o médico é acionado para sanar os pontos pendentes.

Esse processo de devolução e correção de pendências nem sempre é rápido, fato que ocasiona o atraso do encaminhamento do prontuário para o Serviço de Faturamento e, em alguns casos, chegam a configurar glosas de prontuários médicos.

A respeito desse fenômeno se escuta o seguinte: “Os médicos demoram muito de assinar os prontuários. Se um médico não assina no dia em que deveria assinar, eu irei encontrar com ele no próximo plantão, daqui três ou quatro dias” (Técnico administrativo Z).

Em poucas palavras, glosas ocorrem devido ao fato de prontuários médicos não serem registrados pelo Serviço de Faturamento do Hospital no sistema do SUS até três meses posteriores à alta do paciente, como dito anteriormente. No caso da glosa, os procedimentos realizados pelo hospital não serão repassados em valores financeiros pelo SUS.

Nas reuniões com o laboratório de análises clínicas, muito se questionava o descontrole dos médicos sobre as prescrições de exames. Os farmacêuticos ressaltam que um médico solicita, via sistema de informação, muitas vezes o mesmo exame para o mesmo paciente. Dizem que tal prática corriqueira denota a ansiedade dos médicos quanto à espera dos resultados dos exames. A respeito desse assunto, o Farmacêutico A mencionou: “Os médicos, por não saberem esperar o resultado de um exame, solicitam mais de uma vez, como se isso fosse acelerar o processo de realização de exames” (Farmacêutico A).

Contudo, administrativamente, a solicitação descontrolada de exames gera perdas financeiras e entraves à eficiência produtiva do hospital. De um lado, o laboratório pode perder o controle quanto aos pedidos de exames em relação aos pacientes, ocorrendo a possibilidade de se coletar sangue mais de uma vez do mesmo paciente para se realizar o mesmo exame. Por outro lado, gera-se inconveniente para o próprio paciente que não tem autonomia para questionar o tratamento a ele prestado, ou, em muitos casos, não percebe o erro efetivado. Chega-se ao extremo de se coletar sangue em um determinado paciente mais de uma vez, para o mesmo exame, no mesmo dia.

Por um lado, os médicos procuram reafirmar a racionalidade científica frente às outras racionalidades. A concepção de um conhecimento criado e transmitido em instituições cientificamente aceitas e academicamente organizadas representa a base em que se estruturam todos os argumentos que justificam a superioridade do trabalho médico em relação às práticas de cura não-científicas. Por outro lado, os médicos procuram manter seu poder no ato da cura, dentro do trabalho de equipe. Não é

apenas o monopólio sobre o domínio de um conhecimento abstrato, aplicável a situações concretas que o médico reivindica. Com o processo de especialização do trabalho técnico e de parcialização da atividade produtiva, o médico pretende também manter-se em posição de destaque na escala de prestígio e poder (PEREIRA-NETO, 1995, p. 610).

Outro exemplo que poderia ser destacado diz respeito ao cumprimento de metas pactuadas com o Estado, entre as quais envolvem-se as glosas, já discutidas, bem como taxa de ocupação, média de permanência, taxa de transferência externa, dentre várias outras. Para não delongar, tome-se como exemplo o “tempo médio de permanência”.

Tempo médio de permanência é relação entre o número de pacientes-dia em determinado mês e o número de saídas hospitalares no mesmo período (Pro-Hosp, 2007). Esse indicador informa o tempo em que os pacientes estão permanecendo internados no hospital. A fim de garantir um dinamismo e agilidade na realização dos procedimentos médicos, o Estado, no caso o Município que administra e repassa recursos da saúde estabelece metas, como já foi dito. A meta pactuada entre o HUCF e o Município, quanto à média de permanência para os leitos de clínica médica, é de 8 dias desde o ano 2017, enquanto o referido hospital registrou 12,34 dias de permanência no referido ano e 11,24 em 2018.

Dentre os fatores que explicam a elevada média de permanência do HUCF está o fato de os médicos protelarem a alta de alguns pacientes para demonstrarem em aulas nos estágios e residências. Fato que não pode justificar, uma vez que, em primeiro lugar, os casos são rotativos, logo se um paciente tem alta, outro com um diagnóstico e caso similar poderá ser internado, segundo que, para o estabelecimento de saúde, as demonstrações em aulas não podem ser prioritárias em relação à demanda de administração do sistema de saúde.

Outra explicação é a divergência entre a alta hospitalar e o registro de alta que foi mencionado anteriormente. O paciente que se encontra em alta hospitalar, mas permanece internado porque ela não foi devidamente registrada, impacta negativamente no tempo médio de permanência.

Os exemplos mencionados informam que, a despeito das normas racionalmente definidas, existem normas não formais, mas constituídas legitimamente que são

definidas pela prática médica. Tal fenômeno é abordado por Carapinheiro (2005) com base em estudos sociológicos efetivados em hospitais de Portugal.

Apesar da existência de normas e regras formais, a regulação do controle do funcionamento dos serviços hospitalares resulta antes da posição dominante dos médicos na estrutura social dos serviços e da sua pertença a uma profissão liberal que possui o seu próprio código de valores que as conformidades se estabeleçam mais relativamente às normas e regras que revelam do seu corpo de pertença do que das normas e regras hospitalares. Os médicos, nas suas atividades quotidianas, instauram constantemente regras implícitas e normas informais de funcionamento, estabelecendo-se, para os restantes profissionais, relações permanentemente inseguras e equivocadas com as regras e normas hospitalares, quando pressionados a cumprir simultaneamente umas e outras (CARAPINHEIRO, 2005, 185).

A tradição médica não é conquistada no hospital apenas, ela é gerada socialmente de forma mais ampla. Está aí imbuída a simbologia do status social mais elevado da profissão, o qual que é reproduzido nas diversas esferas sociais. Freyre (2004) informa que a opção pela escolha da profissão de médico se dá tanto pela influência da família quanto pela convivência com os amigos na adolescência.

As pesquisas sociológicas que se têm efetuado em torno da formação pré-médica de jovens nos países onde esse tipo de pesquisa mais se tem desenvolvido indicam que 20% desses jovens decidem estudar medicina ainda crianças, sob influência ou estímulo dos pais. [...] Um motivo ético ao qual se juntam, em vários casos, o empenho em seguir a profissão do pai ou do tio, considerando o futuro médico o prestígio social associado à mesma profissão. Oitenta por cento, porém, só decidem seguir os estudos médicos quando já adolescentes e sob influência antes de companheiros de geração e de estímulos extrafamiliares (FREYRE, 2004, p.171).

Isso evidencia a busca por um prestígio efetivado profissionalmente. O que se observa, no entanto, é que esse prestígio serve de delineador hierárquico informal, a ponto de os médicos se posicionarem acima daqueles a quem formalmente, em termos organizacionais, deveriam se subordinar.

A percepção de Freyre (2004) é ratificada por alguns levantamentos realizados por Nunes (2007). De acordo com pesquisas realizadas pelo autor, o papel da família e da rede de amizade é fundamental para reproduzir o interesse pela escolha da

medicina enquanto exercício profissional. Tudo isso fundamentado no prestígio tradicionalmente reproduzido pela categoria médica.

Nunes (2007) assevera que as pesquisas demonstradas por Hall (1951) evidenciam o seguinte:

Esse tipo de ambição, cujo caráter é plenamente social, pois se origina em grupos sociais que, além de nutri-la, fornecem os elementos constantes de redefinição de novas direções, é requerida em maior grau por certas ocupações do que por outras. Esse seria o caso da medicina (NUNES, 2007, p. 200).

A partir dos fatos mostrados, percebe-se que a dominação tradicional efetivada pelos médicos possibilita a prática de tais profissionais de suplantar o âmbito da medicina, interferindo nas questões de gestão do hospital e tal interferência desacorda com os protocolos, padrões e procedimentos burocráticos racionalmente instituídos a ponto de criar uma não-rotina que não está ligada à resolução de problemas não previstos, mas, sim, ao poder de uma categoria profissional resguardado não pela lei, nem pelos protocolos no que concerne às práticas de gestão, mas pela tradição que inverte poderes, em que o gestor (Superintendente, Diretor, Gerente, Chefe de serviços) é submetido a quem lhes deveria ser. Ou, de outro modo, é impedido de fazer com que as regras organizacionais funcionem devido a uma dominação fundamentada não pela racionalidade, mas pela tradição.

### **Considerações finais**

As relações organizacionais têm sido abordadas a partir da dicotomia estrutura-agência, no entanto as observações são realizadas sempre com foco no comportamento racional. Acredita-se que as relações sociais efetivadas no âmbito das organizações, seja no contexto interindividual seja interorganizacional, não são pautadas sempre pela racionalidade. Foca-se aqui na atenção na ação tradicional, que é mais pautada pela repetição posta por mandatos geralmente não questionados, mas realizados devido ao costume. No caso da dimensão profissional, a ação tradicional está ligada à dominação tradicional.

Não se trata aqui de dizer que, mesmo com a pujança da técnica profissional e dos protocolos, os quais determinam padrões e rotinas na contemporaneidade, haja ainda a supremacia da dominação tradicional, típica do feudalismo, em relação à dominação legal ou racional. Assim, não se está defendendo aqui a sobreposição da ação tradicional à ação racional nas organizações. Trata-se, sim, de dizer que, se para Meyer e Rowan rotinas se conflitam com não-rotinas, então rotinas formais, possibilitadas pela racionalidade protocolar e pela profissionalização, conflitam com rotinas não formais, possibilitadas pela tradição.

No caso em evidência, mostra-se a atuação de um hospital localizado em uma cidade de porte médio do interior. No entanto, acredita-se que essa observação pode ser aplicada a outras organizações. Ademais, pode-se suspeitar que essas observações devem ser mais evidentes em organizações menores e mais simples, localizadas em cidades também menores onde o status médico, sustentado pela tradição, é mais intenso. De outro modo, pode ser menos evidente em hospitais maiores e mais complexos, localizados em grandes centros onde a racionalidade da técnica profissional e dos procedimentos padronizados tende a ser ainda mais explícita em detrimento das práticas tradicionais.

É importante considerar o contexto no qual este estudo foi realizado. Trata-se de uma investigação organizacional feita em uma unidade hospitalar, que possui regras, rotinas e tradições específicas. Para o aperfeiçoamento das discussões aqui apresentadas, sugerem-se análises comparativas com outras organizações, como: indústrias, bancos, escritórios de advocacia. Faz-se pertinente também investigar organizações diversas em outros aspectos, maiores e mais complexas, e organizações menores e mais simples, além de se compararem organizações localizadas em grandes centros urbanos e outras sediadas em pequenas localidades. Tais comparações teriam a finalidade de se observarem as possíveis variações quanto às sequências das rotinas processuais padronizadas e as influências da tradição a respeito dos processos racionais.

## Bibliografia

BECKER, Gary. Irrational Behavior and Economic Theory. In: BECKER, Gary. *The Economic Approach to Human Behavior*. Chicago: The University of Chicago Press, 1976. p. 153-168.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde*. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: julho de 2018.

CARAPINHEIRO, Graça. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Afrontamento, 2005.

COLEMAN, James. A Rational Choice Perspective on Economic Sociology. In: SMELER, Neil; SWEBER, Richard (Orgs). *The Handbook of Economic Sociology*. Princeton-NY: Princeton University Press, 1994. p. 166-182.

CYERT, R. M.; MARCH, J. G. The Behavioral Theory of the Firms: A Behavioral Science – Economics Amalgam. In: COOPER, W. W. et alli (Orgs.). *New Perspective in Organization Research*. NY: John Wiley, 1964.

ELSTER, Jon. *Peças e Engrenagens das Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

FREIDSON, Eliot. *Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. São Paulo: Unesp, 2005.

FREYRE, Gilberto. *Sociologia da medicina*. São Paulo: Realizações, 2004.

GOLDTHORPE, John. Rational Action Theory for Sociology. In: GOLDTHORPE, John. *On Sociology: Numbers, Narratives and the Integration of Research and Theory*. Oxford: Oxford University Press, 2000. p. 115-136.

HODGSON, Geoffrey. “Institutional Economic Theory: The Old versus the New”. In: PRYCHITKO, David (Org.). *Why Economists Disagree: An Introduction to the Alternative Schools of Thought*. Albany-NY: SUNY Press, 1998. p. 155-178.

MARCH, J. G.; SIMON, A. H. *Teoria das Organizações*. São Paulo: FGV, 1975.

MEYER, J. W.; ROWAN, N. R. Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. In: *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: University of Chicago, 1991.

MINAS GERAIS. *Manual do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG*. Belo Horizonte: SES/MG, 2007.

NUNES, Everardo Duarte. *Sobre a sociologia da saúde*. São Paulo: HUCITE, 2007.

PEREIRA-NETO, André de F. A Profissão Médica em Questão (1922): Dimensão Histórica e Sociológica. In: *Cadernos de Saúde Pública*. V.11, nº4. Rio de Janeiro: out/dez, 1995.

PERROW, C. *Complex organizations: a critical essay*. McGraw-Hill, 1993.

POWELL, W. W.; DiMAGGIO, P. J. The Iron Cage Revisited: Isomorphism and Collective Rationality. In: *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: University of Chicago Press, 1991.

SEN, Amartya. Rational Fools: a Critique of the Behavioral Foundations of Economic Theory. In: *Philosophy and public Affairs*. v.6, 1977. p. 317-344.

SMITH, Vernon. Behavioral Economic Research and the Foundations of Economics. In: *The Journal of Socio-Economics*. v.34, 2005. p. 135-150.

WEBER, Max. *Economia e Sociedade: Fundamentos da Sociologia Compreensiva*. 3.ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1994.

WILLIAMSON, Oliver. Transaction Cost Economics and Organization Theory. In: SMELER, Neil; SWEBERG, Richard (Orgs.). *The Handbook of economic Sociology*. Princeton: Princeton University Press, 1994. p. 77-107.

WILLIAMSON, Oliver. The Economics of Organization: The Transaction Cost Approach. In: *American Journal of Sociology*. v.87, 1981. p. 548-577.

**Recebido em:** 15 de janeiro de 2022.

**Aceito em:** 18 de dezembro de 2022.