Capítulo 3

Estrutura hospitalar moderna

Marconi do Ó Catão

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CATÃO, MO. *Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. Estrutura hospitalar moderna. pp. 101-138. ISBN 978-85-7879-191-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

Capítulo 3

Estrutura hospitalar moderna

O surgimento do hospital como tecnologia médica

Com o advento do Cristianismo, os sacerdotes passaram a propalar conselhos sobre o modo de recuperar a saúde, como também sábios religiosos registravam para a posteridade descrições de curas milagrosas. Assim, as igrejas tornaram-se locais que agrupavam pessoas doentes, que aumentavam de número cada vez mais, sendo, por conseguinte, construídos estabelecimentos hospitalares nas proximidades dos mosteiros. Com efeito, os nosocômios europeus e árabes, criados nos primeiros séculos da Era Cristã, eram possuidores de orientações humanistas.¹ Os primeiros hospitais construídos, na Europa, foram o de *Lyons*, fundado em 542 d.C.; o *Hôtel-Dieu*, erguido em Paris no ano de 652, depois de Cristo; e na Itália, o de *Santa Maria della Scalla*, em Siena, que foi edificado em 898 d.C.²

1 MACKINNZY, 1937, p. 46.

2 ROBINSON, 1958, p. 193.

Desde a Idade Média que o hospital é fundamental para a vida urbana do Ocidente, mas não como uma instituição médica, pois, nessa época, a medicina não se tratava de uma prática exclusivamente nosocomial, haja vista que até o século XVIII, o personagem principal do hospital não era o doente a ser curado e sim o pobre que estava morrendo e precisava de ser assistido material e espiritualmente, sendo esta a função essencial do nosocômio. Nesse período, dizia-se que o estabelecimento hospitalar era um local onde se entrava para morrer, um morredouro e, devido a isto, as possibilidades de hospitalização eram temidas pelas populações de poucas posses. Logo, as pessoas que atuavam nas estruturas hospitalares não tinham o objetivo específico voltado para a cura do enfermo, mas a conseguir a salvação do mesmo, sendo, conseqüentemente, um pessoal caritativo, podendo ser religioso ou leigo.

Observe-se, também, que o nosocômio surge no plano local como indispensável para o resguardo das pessoas sadias contra a doença, bem como para a proteção dos doentes com relação a eles mesmos. Nesse contexto, *Tenon apud Foucault*³ propõe um espaço hospitalar diferenciado com base em dois princípios: “o da formação, que destinaria cada hospital a uma categoria de doentes ou [...] de doenças; e o da distribuição, que define, no interior de um mesmo hospital, a ordem a seguir, para nele dispor as espécies de doentes que se tiver achado oportuno receber”.

Outrossim, a família, lugar natural da doença, onde havia os cuidados espontâneos com à afetividade e o desejo comum da cura, é complementada por um outro espaço no propósito de reproduzir a configuração específica das enfermidades, que são agrupadas, de forma racionalizada e sob o olhar do médico do hospital, por ordens, gêneros e espécies. O nosocômio, assim

3 FOUCAULT, 2004 b, p. 45.

concebido, possibilitou classificar de tal modo os enfermos, que cada um encontrava o que convinha a seu estado, sem comprometer, por sua proximidade, o mal do outro, e sem difundir o contágio no estabelecimento hospitalar ou fora dele. Ademais, existiam também os doentes sem família, os casos de patologias contagiosas e as moléstias consideradas difíceis e complexas, a que a medicina em sua forma tradicional ainda não podia fazer frente, devendo, por conseguinte, o hospital ter um lugar nessa configuração, onde as instâncias médicas eram múltiplas para melhor assegurar uma vigilância contínua.

De maneira que as estruturas hospitalares permaneceram com essas características até o início do século XVIII, com o Hospital Geral sendo, inicialmente, destinado ao internamento de doentes, loucos, devassos, prostitutas etc.; e, posteriormente, em meados desse período, passando a ser uma instituição mista, de exclusão e assistência, onde a função médica não aparecia, pois não havia uma justificação científica na prática médica. Neste século, o estabelecimento hospitalar se revelou como uma organização ultrapassada em vários aspectos, tendo em vista que apresentava uma arquitetura que difundia a doença no seu interior sem evitar que ela se propagasse no ambiente exterior, sendo ele mais um foco de morte para as cidades onde se encontrava situado do que um agente terapêutico para a população. Além do mais, a dificuldade de encontrar vagas aliadas às exigências impostas àquelas pessoas que precisavam de internamento, como também o precário tratamento médico ali exercido faziam do nosocômio um instrumento inadequado; até mesmo a assistência que era patrocinada pelas estruturas hospitalares para com os pobres no máximo permitia a sobrevivência de alguns deles, sendo que isso determinava o crescimento de seu número e o prolongamento de suas enfermidades, com todos os efeitos do contágio que delas poderiam resultar.

E foi como consequência gerada por toda essa situação que surgiu a ideia de uma substituição do nosocômio pelos seguintes mecanismos: organização de uma hospitalização a domicílio, com suas vantagens econômicas e desvantagens nos casos de moléstias epidêmicas; oferecimento de cuidados médicos gratuitos ou os menos custosos possíveis, assegurados por um corpo médico distribuído pela sociedade; e o método dos dispensários, onde eram oferecidos aos enfermos de passagem, sem interná-los, as consultas e distribuições de medicamentos, procurando conservar as vantagens técnicas da hospitalização sem ter os inconvenientes econômicos; sendo estes três métodos responsáveis pelo desencadeamento, notadamente na segunda metade do século XVIII, de uma série de projetos e programas com o objetivo de reformar as estruturas nosocomiais da Europa. Ainda nesse sentido, ressalte-se que foi a partir desse projeto de substituição hospitalar que se evidenciou uma forte tendência para a “desospitalização”⁴, mas esta ideia não vigorou, pois havia a necessidade da estrutura nosocomial se tornar um elemento funcional no espaço urbano, com seus efeitos sendo controlados.

Porém, o surgimento do hospital como instrumento terapêutico foi observado no final do século XVIII, quando foram iniciadas as visitas e observações sistemáticas pelos nosocômios europeus, cuja finalidade era definir um programa de reforma hospitalar. Nesse período, são destacadas as viagens do inglês *Howard* e do francês *Tenon*, que realizaram alguns estudos empíricos com o

4 O processo de “desospitalização” da doença e da pobreza teve início a partir da concepção de que: esta era um aspecto econômico que a assistência teria a obrigação de procurar solucionar; e aquela era um fato individual a que a família deveria assumir, assegurando ao doente os cuidados necessários, pois era visível que o hospital não mais respondia às necessidades reais da pobreza, estigmatizando assim a pessoa doente em sua miséria. FOUCAULT, 2004 b, p. 47; Ibid., 1984, p. 203-204.

intuito de elaborar um novo projeto de reconstrução dos estabelecimentos nosocomiais, pois estes deixam de ser apenas uma figura arquitetônica, passando a fazer parte de uma realidade médico-hospitalar.⁵ Assim, era preciso dispor o espaço interno dessas estruturas de modo a torná-las um lugar de operação terapêutica e não um local de assistência; havendo, por conseguinte, a necessidade de suprimir os fatores que o tornava perigoso para aqueles que o habitavam, sendo indispensável organizá-lo em conformidade com uma estratégia de tratamento sistematizada (presença do privilégio hierárquico dos médicos, sistemas de observações e anotações que possibilitassem os registros dos diferentes casos com suas evoluções específicas, reuniões de dados relativos a toda uma população e a longos períodos, entre outros aspectos).

Realmente, a instituição hospitalar, sedimentada em princípios positivistas, procurava organizar a sistematização de um saber teórico e prático na assistência regular do novo espaço de curar os doentes, visto que o ambiente já não era mais controlado predominantemente por religiosos, mas por médicos disciplinadores que defendiam o isolamento dos pacientes, especialmente no caso dos portadores de enfermidades mais graves ou contagiosas; além disso, também procuravam controlar os registros dos enfermos (entrada, saída, cura ou morte, diagnóstico, tratamento etc.) e faziam treinamentos com revisões periódicas dos tratamentos oferecidos, entre outras medidas. Então, o paradigma da assistência aos doentes, mudava da atitude piedosa e dos privilégios de uma medicina teórica voltada ao indivíduo, para uma medicina social, que atendia a população em geral, agora sob os estatutos de um Estado essencialmente disciplinador.

Em síntese, é com a introdução da disciplina no espaço nosocomial, bem como por meio da transformação do saber e da prática médicas, que aparece uma medicina hospitalar, onde a cura é

5 FOUCAULT, 1984, p. 99-100.

dirigida por uma intervenção médica que não se endereça mais à enfermidade propriamente dita, mas ao que a circunda: o ar, a água, a temperatura ambiente, a alimentação, entre outros. Logo, é no deslocamento da intervenção médica e na ação disciplinar que está a origem do hospital médico.⁶ De igual modo, a medicina pôde tornar-se hospitalar através da neutralização das possibilidades das moléstias encontradas nas pessoas internadas se difundirem para a cidade em que o nosocômio estava situado, como também devido a equalização das desordens econômicas e sociais verificadas nessa instituição. Nessa ótica, registramos que o início da reforma hospitalar ocorreu com os hospitais militares e marítimos, e não com o hospital civil, como bem esclarece *Foucault*⁷:

[...] Se os hospitais militares e marítimos tornaram-se o modelo, o ponto de partida da reorganização hospitalar, é porque as regulamentações econômicas tornaram-se mais rigorosas no mercantilismo, como também porque o preço dos homens tornou-se cada vez mais elevado. É nesta época que a formação do indivíduo, sua capacidade, suas aptidões passam a ter um preço para a sociedade. Examine-se o exemplo do exército. Até a segunda metade do século XVII, não havia dificuldade em recrutar soldados – bastava ter dinheiro. Encontravam-se, em toda a Europa, desempregados, vagabundos, miseráveis disponíveis para entrar no exército de qualquer nacionalidade ou religião. Ora, com o surgimento do fuzil, no final do século XVII, o exército torna-se muito mais técnico,

6 FOUCAULT, 1984, p. 101-102 e 107.

7 Ibid., p. 104.

sutil e custoso. Para se aprender a manejar o fuzil será preciso exercício, manobra, adestramento. É assim que o preço de um soldado ultrapassará o preço de uma simples mão-de-obra e o custo do exército tornar-se-á um importante capítulo orçamentário de todos os países. Quando se formou um soldado não se pode deixá-lo morrer. Se ele morrer deve ser em plena forma, como soldado, na batalha, e não de doença [...]. A partir dessa mutação técnica do exército, o hospital militar tornou-se um problema técnico e militar importante. 1º) Era preciso vigiar os homens no hospital militar para que não desertassem [...]. 2º) Era preciso curá-los, evitando que morressem de doença. 3º) Era preciso evitar que quando curados eles fingissem ainda estar doentes e permanecessem na cama etc. Surge, portanto, uma reorganização administrativa e política, um novo esquadrinhamento do poder no espaço do hospital militar. O mesmo acontece com o hospital marítimo [...].

De acordo com o que foi exposto, evidenciamos que não foi por meio de uma técnica médica que os hospitais marítimos e militares foram reordenados, mas sim através de uma tecnologia política de exercício de poder denominada de disciplina, tendo esta sido elaborada em seus princípios fundamentais durante o século XVIII. Certamente, a introdução dos mecanismos disciplinares, no espaço nosocomial, possibilitou a formação de uma medicina hospitalar, haja vista que os motivos econômicos, o preço atribuído ao indivíduo e a preocupação em evitar que as epidemias se propagassem explicam o minucioso exame disciplinar a que foram submetidos os nosocômios.

Com efeito, o hospital moderno é o resultado histórico das políticas sociais dos Estados e dos progressos científicos da humanidade. Nesse sentido, *Foucault* enfatiza que a partir do Iluminismo, as mudanças do conhecimento, na “arte de curar”, levantaram um conflito que “não é entre um saber jovem e velhas crenças, mas entre duas figuras do saber”: um *prático*, herdeiro das assistências acompanhadas dos mestres, dos anos de percepção empírica, da memória e da repetição, isto é, do exemplo; e um *clínico*, que se sustentava nos atendimentos privilegiados da nobreza, nos domicílios dos bons pagantes e de caráter individual, sendo tal saber exercido por membros dessas mesmas camadas sociais. Esse último saber era essencialmente teórico, baseado na percepção de que a doença precisava ser compreendida como um fenômeno natural, com curso e desenvolvimento próprios.⁸ Portanto, esses dois saberes se confrontavam, reconfigurando-se com as necessidades expansionistas do Mercantilismo e das exigências no intuito de garantir a vida, a ação e a recuperação de exércitos regulares e profissionais, incluindo a necessidade de impedir, disciplinarmente, as deserções, as fugas e os fingimentos nos acampamentos de doentes.

Segundo *Foucault*⁹, a evolução do hospital está diretamente relacionada com a participação dos médicos no seu funcionamento, por meio da sua constituição como um lugar de aprendizagem e experimentação de novos saberes. Assim, o nosocômio transformase em função das novas exigências científicas consequentes do poder médico e dos procedimentos clínicos que o acompanham, tornando-se o lugar adequado para o estabelecimento da disciplina médica. Para esse autor, a genealogia do indivíduo moderno associase com a tecnologia do exercício do poder disciplinar, que é

8 FOUCAULT, 2004b, *passim*.

9 FOUCAULT, 2004b, p. 41 et seq.; Id., **Vigiar e punir**. Trad. Raquel Ramalhe. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2004a. p. 177.

traduzido em práticas generalizadas sobre os indivíduos e as populações, objetivando fazer do homem um “corpo dócil e mudo”. De fato, a disciplina é uma técnica e não uma instituição ou um aparelho, é “um tipo de poder, uma modalidade para o exercer, reunindo um conjunto de instrumentos, de técnicas de procedimentos, de níveis de aplicação, de alvos; ela é uma ‘física’ ou uma ‘anatomia’ do poder, uma tecnologia”. Então, a estrutura nosocomial é considerada uma instituição que pode utilizar essa tecnologia de poder, pois é um local em que a disciplina funciona para aproximar as formas de poder dominante, ampliando a sua eficácia em objetivos específicos.

O hospital pode também ser vislumbrado como uma ilustração do conceito de “panóptico”, tal como *Foucault* o concebeu, a partir do *Projeto de Bentham*¹⁰, considerando-o um modelo hipotético da tecnologia disciplinar. De modo que o panóptico é um exemplo claro de como se exerce o poder, sendo “uma maneira de definir as relações do poder com a vida cotidiana dos homens, [...] uma figura de tecnologia política que pode ser destacada de todos os usos específicos e polivalentes nas suas aplicações”. Logo, uma das utilizações possíveis desse modelo é cuidar de doentes no nosocômio, através do estabelecimento dos corpos em um espaço e da organização hierárquica dos indivíduos, bem como por meio da disposição dos canais de poder e da definição de seus instrumentos e modos de intervenção. Em suma, estão integrados no

10 Para *Foucault*, o *Panóptico de Bentham* corresponde a um modelo exemplar de tecnologia disciplinar. Assim, o projeto de arquitetura do Panóptico foi concebido por Bentham para a exploração máxima das técnicas de vigilância, sendo que o seu funcionamento arquitetural destinou-se a garantir uma eficácia organizacional máxima. Apesar desse modelo ser concebido como um esquema abstrato, também é observado o amplo alcance das suas aplicações concretas. FOUCAULT, 2004a, p. 165 -167 e 169 - 170.

modelo panóptico de tecnologia disciplinar: o poder e o saber¹¹; o controle dos corpos, como mecanismo de expansão e produtividade do poder; e o ordenamento do espaço que é utilizado como meio de exercício do poder.

Sem dúvida, o hospital constitui uma “disciplina-bloco”, com atividades produtivas, redes de comunicação e relações de poder; representando sistemas que estão sempre sendo regulados e ajustados, tendo em vista que os regulamentos que norteiam o seu funcionamento, a organização de suas diferentes atividades e os vários atores sociais, — cada um com uma função, um lugar e um perfil bem definidos — formam instâncias de atividades, comunicação e poderes. Desse modo, a ação disciplinar nas sociedades liga-se ao ajustamento racional e econômico que se realiza nesses blocos, sendo que o estabelecimento hospitalar, como um lugar de desenvolvimento da medicina científica e tecnológica, traduz expressivamente a “sociedade disciplinar”.¹²

11 Sobre a análise de Foucault no que se refere ao **poder e o saber**, Turner salienta que, apesar dos problemas teóricos e empíricos que são colocados na perspectiva foucaultiana, o que na teoria de Foucault representa um tema de fundamental interesse para sociólogos e historiadores é o problema weberiano da racionalidade e da racionalização. Em seguida, Turner reconhece a contribuição do estudo histórico do controle dos indivíduos pelas técnicas de cálculo e da vigilância, através da análise dos asilos psiquiátricos, das prisões, dos hospitais e das escolas. Por fim, esse autor estabelece um elo entre o interesse de Weber na racionalidade capitalista e a história da vigilância de Foucault e conclui: “[...] A partir desta perspectiva, o mundo foucaultiano do atlas anatômico, do olhar médico, do corpo dócil e das metáforas corporais das sociedades não é estranho à sociologia”. TURNER, B. The practices of rationality: Michel Foucault, medical history and sociological theory. In: FARDON, R. (org.). **Power and Knowledge: Anthropological and Sociological Approaches**. Edimburgo: Scottish Academic – Press, 1985. p. 212.

12 FOUCAULT, 2004a, p. 173 et seq. Encontramos uma interessante abordagem relacionada com a sociedade disciplinar nos estudos de O’Neill quanto

Nessa discussão, ressalte-se que já era verificada uma tendência do hospital, como um instrumento que permitiria a cura, tornar-se um elemento fundamental na tecnologia médica, por meio da articulação entre a eficácia terapêutica e o saber médico, com suas classificações e técnicas. Então, as reformas dos estabelecimentos hospitalares, mais especificamente os projetos de reestruturação arquitetônica, institucional e técnica, adquiriram importância, no século XVIII, devido especialmente aos seguintes problemas, que surgiram no espaço urbano: as populações com suas características próprias, o aspecto familiar e o corpo dos indivíduos; sendo nestas materialidades que se inseriu a transformação dos nosocômios.

Assim, a passagem dos hospitais governados pelas ordens religiosas que dominavam as concepções sociais, incluindo à assistência aos nosocômios do século XIX – abertos aos progressos científicos da medicina, com ênfase às investigações clínicas – resultou nas estruturas hospitalares do século XX, onde a medicina científica instalou-se definitivamente com sua expressão tecnológica e especializada quanto à estrutura profissional e aos cuidados médicos.¹³

a dominação legal no âmbito da racionalidade administrativa na burocracia weberiana. Para O'Neill, as características formais da disciplina burocrática são evidentes nos trabalhos de Weber sobre o exército, a igreja, a universidade e os partidos políticos. Por outro lado, os estudos de Foucault com relação ao hospital, a prisão e a escola fundamentam a análise de Weber, no campo da história das várias técnicas sociais da disciplina corporal, de atitudes e comportamentos, isto é, da sociedade disciplinar. Portanto, as análises de Foucault são consideradas como uma extensão do conceito da disciplina racional-legal de Weber, por meio das práticas discursivas que constroem a “fisiologia do poder-saber”. O'NEILL, J. The disciplinary society: from Weber to Foucault. *The British Journal of Sociology*, v. 37. n. 1, p. 47, 1986.

- 13 Sobre a evolução histórica dos vários tipos de hospitais e sua relação com o desenvolvimento das sociedades, encontramos, de forma simplificada, a seguinte descrição: “(...) os hospitais de intenso fervor religioso são governados por prelados, por ordens monásticas ou seus delegados; os hospitais

Caracterização sociológica dos hospitais

Perspectivas Teóricas

Na presente época, a estrutura hospitalar moderna constitui o campo fundamental da produção do saber médico e da prática da medicina contemporânea, sendo uma instituição que, nos sistemas de saúde atuais, simboliza o poder social da profissão médica, representando também a institucionalização dos conhecimentos especializados. Ademais, o nosocômio revela características de uma organização burocrática, pois o surgimento de novas especialidades e o desenvolvimento tecnológico da medicina introduziram modificações importantes, nas estruturas hierárquica e de poder, com a consequente expansão do sistema burocrático da administração profissional. Nessa perspectiva, o hospital é entendido como uma organização complexa, local de processos sociais e históricos recentes, onde coexistem o saber e a prática médicos.¹⁴

No que diz respeito à relação entre os estabelecimentos hospitalares e a teoria da burocracia, é relevante destacar que já são clássicos os estudos que analisam a adequação do hospital ao modelo da burocracia racional de *Weber*.¹⁵ Mas, embora a estrutura

reais por provedores diretamente responsáveis perante a coroa; os hospitais de comuna por comissões municipais; o hospital cientista do século XIX por médicos; o hospital personalista do século XX por administradores que a si próprios se têm por representantes da comunidade". FERREIRA, C. O hospital de hoje e do futuro. *Separata do Boletim de Assistência Social*, Lisboa, ano 16 (133/134), p. 346, 1958.

14 CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. 3.ed. Porto: Afrontamento, 1998. p. 21 et seq.

15 O tipo-ideal de burocracia racional foi desenvolvido por Weber pressupondo o surgimento e a concretização do Estado moderno, da economia capitalista de mercado e de um sistema de educação universal que possibilitasse as

nosocomial como organização burocrática tenha alguns traços que se identificam com o tipo ideal de *Weber*, pesquisas desenvolvidas na esfera da sociologia médica norte-americana demonstram que o hospital moderno difere em vários aspectos do modelo *weberiano*. Com efeito, tais investigações sustentam como característica específica da instituição hospitalar o poder e a autonomia profissional que os médicos possuem, apesar da presença da estrutura administrativa burocrática, e concluem pela existência de um duplo sistema de autoridade.¹⁶

*Smith*¹⁷ considera que a hierarquia de autoridade no âmbito hospitalar inclui uma sequência que vai desde a administração até o pessoal que atua na base da pirâmide, fixando-se de modo explícito a autoridade e a responsabilidade atribuída a cada nível hierárquico. Além do mais, em uma análise mais minuciosa da organização nosocomial, esse autor observa que surge uma segunda linha de autoridade, com base no poder carismático que os médicos têm pelo fato de possuírem o saber capaz de curar doenças e de salvar vidas. Dessa forma, coexistem no hospital dois princípios de autoridade: o primeiro se aproxima da autoridade racional-legal, na hipótese que advém da administração; e o segundo se refere à

bases para uma formação especializada. Assim, para Weber a burocracia apresenta-se como uma organização racional de posições hierárquicas, caracterizada por autoridade hierárquica, divisão de trabalho como base em competências especializadas, regras sistemáticas e impessoalidade. WEBER, Max. **Ensaio de sociologia**. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Zahar, 1963. p. 229 et seq.

16 Cf. GOSS, M. Patterns of bureaucracy among hospital physicians. In: Friedson, E. *The hospital in modern society*. Nova York: the Free Press, 1963.; SMITH, H. Um double système d'autorité: le dilemme de l'hôpital. In: HERZLICH, C. *Médecine, maladie et société*. Paris: Mouton, 1970.

17 SMITH, 1970, p. 279-280.

autoridade carismática, no caso que emana do corpo médico; tal como estes dois tipos de autoridade foram definidos por *Weber*.¹⁸

Nesse contexto, *Carapinheiro*¹⁹ reconhece que os médicos detêm um papel central de autoridade nos hospitais, que ultrapassa a hierarquia administrativa das atribuições e responsabilidades próprias de uma empresa capitalista moderna, do tipo-ideal *weberiano* de burocracia racional. De igual modo, os

18 Para *Weber*, a *autoridade racional-legal* é a forma característica das sociedades modernas, pois envolve a obediência às regras formais fixadas por procedimentos legais regulares, por meio de um aparato judiciário e administrativo. No âmbito da burocracia, uma ordem é considerada legítima se advir de uma autoridade competente, de acordo com procedimentos apropriados e regras adequadas. Assim, a autoridade dos superiores hierárquicos não depende da tradição nem do carisma, mas do consenso relativo à validade das regras que regulam os procedimentos que é caracterizado pela burocracia e pela racionalização das relações pessoais. Portanto, a função, a autoridade, a hierarquia e a obediência são concebidas e efetivadas através da utilização da razão organizacional. A *autoridade tradicional* diz respeito à obediência de regras relacionadas com o costume e as práticas ancestrais; sendo que sua legitimidade não decorre da razão ou de regras abstratas, mas da crença no valor da antiguidade e da sabedoria que lhe é inerente e que transcende a razão humana. A *autoridade carismática* é exercida por quem é capaz de demonstrar que possui um “carisma”, sendo obedecida por quem acredita no caráter do líder que possui esta qualidade. O surgimento de um líder carismático em geral leva a um conflito com a autoridade tradicional e racional, pois desencadeia uma profunda transformação das tradições e regras estabelecidas. Na sua forma pura, a autoridade carismática não é necessariamente um tipo de autoridade, mas sim um modo de transição resultante de influência individual do líder carismático, acabando por se integrar na tradição ou na “disciplina” racional, evoluindo o carisma para um ou outro dos tipos de autoridade: é o que *Weber* chama de “rotinização do carisma” WEBER, Max. **Economia e sociedade**: fundamentos da sociologia compreensiva. Trad. Regis Barbosa; Karen Elsabe Barbosa. 4 ed. São Paulo: UNB, 1999. v.1, p. 139 et seq.

19 CARAPINHEIRO, 1998, p. 45.

médicos constroem domínios por meio de um poder tradicional derivado de costumes e práticas herdadas, tendo a sua legitimidade garantida pela crença em um saber antigo e de certa maneira transcendental.²⁰

Goss²¹, por sua vez, procura associar o estudo do estabelecimento hospitalar à análise da profissão médica, revelando como as normas profissionais e os sistemas de valores dessa categoria podem influenciar na organização hospitalar, com o objetivo de entender como é que nas práticas nosocomiais são conciliadas as normas burocráticas com as profissionais. Esse autor, ao identificar alguns níveis da organização hospitalar em que o tipo-ideal da burocracia *weberiana* é insuficiente para integrar as normas, os valores e os requisitos da profissão médica, ressalta que no campo dos papéis hierárquicos de autoridade que caracterizam a burocracia hospitalar, a profissão médica revela uma acentuada autorregulação, bem como traduz a autonomia individual de cada médico, dentro dos limites impostos pela profissão. Já com relação à impessoalidade das regras burocráticas, Goss salienta que os médicos têm que gerir frequentemente casos excepcionais, que fazem parte do seu trabalho clínico, através da utilização de “regras” que são mais de natureza profissional do que burocrática. Portanto, em ambos os níveis, a análise comparativa entre os padrões burocráticos e profissionais desencadeia problemas que indicam para a necessidade de uma reorganização estrutural e funcional desses padrões.

20 WEBER, 2004, p. 148 – 152.

21 GOSS, 1963, p. 169-170.

Nesse mesmo sentido, afirma *Carapinheiro*²² que:

[...] a confrontação entre os padrões burocráticos e os padrões profissionais levanta problemas de ajustamento ou problemas de tensão e conflito que apontam para a necessidade de organizar uma visão compreensiva, por um lado, da variabilidade e da flexibilidade dos padrões modernos da estrutura e funcionamento burocráticos e, por outro lado, da possibilidade dos actuais modelos de burocracia abrirem espaço a comportamentos profissionais orientados por códigos normativos e valorativos próprios. No que especificamente diz respeito à organização hospitalar, significa que as normas e valores profissionais dos médicos afectam mais a estrutura organizacional do que são afectados por ela.

Concluindo, Goss entende que a existência de um sistema duplo de autoridade é o mecanismo central para a conciliação dos padrões burocráticos de autoridade com as normas profissionais dos médicos, visto que, na esfera da administração, existe um conjunto de relações formais de autoridade permitindo que as decisões tomadas no topo da hierarquia sejam cumpridas pelos subordinados; já no plano do exercício profissional dos médicos, predomina um grupo de relações de natureza consultiva que se concretiza no direito dos médicos, colocados em uma posição hierárquica superior, de fornecerem orientações aos médicos que lhe estão subordinados, os quais poderão seguir ou não essas recomendações recebidas. Após essas considerações, podemos afirmar que, nas atuais estruturas hospitalares, predomina um modelo onde coexistem a autoridade hierárquica *weberiana* e a profissional.

22 CARAPINHEIRO, 1998, p. 48.

Sob outra perspectiva, é possível ampliar o debate sobre a adequação do hospital ao modelo de burocracia racional *weberiana*, por intermédio da abordagem das organizações formal e informal no âmbito hospitalar desenvolvida a partir do conceito de “instituição total” e da caracterização das “instituições totalitárias” proposto por *Erving Goffman*.²³ Para este autor, a referida instituição reúne os aspectos formais da vida institucional, presentes em estabelecimentos com objetivos diversos, como prisões, asilos, conventos, quartéis, campos de concentração e hospitais psiquiátricos, sendo que todas estas organizações têm em comum o processo de encerramento de seus membros dentro dos limites de seus espaços físicos, sem diversificação de contatos sociais. Em seguida, ele, no estudo clássico sobre a condição social dos doentes mentais, caracteriza a instituição totalitária como “um lugar de residência e de trabalho”, onde um determinado número de indivíduos, colocados na mesma situação e separados do mundo exterior por um período relativamente longo, vivem em comum em uma situação de reclusão, cujas modalidades são minuciosamente reguladas.

Por outro lado, ao estabelecer a distinção entre os ajustamentos primários e os secundários, que compõem a organização da vida clandestina do paciente no hospital psiquiátrico, *Goffman* reconhece a existência de uma racionalidade sutil nos comportamentos dos enfermos, mostrando que mesmo em uma situação de extrema privação são mobilizados recursos com o objetivo de oferecer algum sentido positivo para esses doentes. De fato, os “expedientes”, a “exploração das afetações”, os “territórios reservados”, os “refúgios”, entre outros recursos encontrados à margem da estrutura oficial, revelam que toda organização regulamentada, totalitária ou não, dispõe de infraestruturas vulneráveis às utilizações “ilícitas” e às

23 GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2005. p. 15-22, 23 et seq. e 159-173.

ocupações “clandestinas” existentes nos diferentes modelos de racionalidade que habitam as instituições. Logo, esse achado traduz a relevância que tem o estudo da dimensão informal na organização hospitalar, embora não envolva necessariamente a adequação do nosocômio ao modelo de instituição totalitária.

Em resumo, de início, o hospital parece mesmo apresentar a maioria dos aspectos estruturais que caracterizam as instituições totalitárias, como o isolamento do doente em relação ao mundo exterior, o agrupamento físico dos enfermos, o cumprimento de um regulamento que programa a vida diariamente e a avaliação dos comportamentos dos pacientes a partir de uma ideologia centrada na doença e na cura. De modo igual, o próprio processo de admissão hospitalar, por meio de um conjunto de procedimentos que reduzem a pessoa à condição de paciente, parece confirmar a tese do hospital como instituição totalitária, haja vista que as formalidades da chegada ao estabelecimento nosocomial e ao setor de internamento, a atribuição de uma cama a ser ocupada e a circulação das papeletas, onde é registrada a biografia do enfermo, traduzem o fato de que o nosocômio aceitou o doente de acordo os seus próprios termos e que espera que o mesmo se submeta aos regulamentos da instituição e às decisões dos especialistas.

Todavia, o hospital também se diferencia da instituição totalitária, pois o isolamento do doente durante a hospitalização nunca é total, havendo importantes atores e espaços de interação intra-hospitalar (profissionais, normas institucionais, outros pacientes, comissões transdisciplinares etc.) ou extra-hospitalar (visitas de amigos e familiares, decisões sobre particularidades de sua vida, acesso a informação, entre outras situações); consequentemente, o enfermo não é excluído do mundo exterior, tendo em vista que ele sempre mantém contatos com tudo que faz parte do seu campo de interesses sociais. Da mesma maneira, a internação do doente não

anularia a sua vontade autônoma e esclarecida no que se refere aos meios de diagnósticos e tratamentos a serem utilizados, podendo, inclusive, manter ou trocar a equipe de assistência médica e, enfim, decidir com relação a sua permanência ou saída antes do que era previsto, por intermédio da oficialização de um termo de responsabilidade da decisão de saída do hospital.

Com a realização do estudo sobre a adequação do hospital ao modelo de instituição totalitária de *Goffman*, percebemos que tal abordagem é insuficiente para uma análise da estrutura formal do nosocômio não psiquiátrico. Mas, tal discussão revela-se com capacidade analítica para a descoberta de alguns processos sutis, inerentes ao funcionamento da estrutura formal e que constituem a estrutura informal²⁴ da estrutura hospitalar. Ademais, os estabelecimentos hospitalares são sempre possuidores de várias áreas de interação e trabalho, nem sempre visíveis, que são organizadas em conformidade com normas e regras que se afastam da autoridade requerida pela administração burocrática, sendo tais espaços denominados por *Goffman* de “áreas de bastidor”.²⁵

24 Sobre as estruturas formal e informal, *Roethlisberger e Dickson apud Clegg e Dunkerley* desenvolveram um quadro conceitual onde se faz a distinção entre tais estruturas no âmbito das instituições. Assim, enquanto a estrutura formal integra as regras oficiais que orientam os comportamentos considerados adequados na realização das atividades específicas solicitadas pela instituição; a estrutura informal corresponde aos valores e aos padrões de comportamento, independentemente das regras formais e resultantes das relações interpessoais entre os integrantes das instituições. A uma e outra correspondem duas lógicas distintas, respectivamente, a da eficiência e a dos sentimentos. CLEGG, S.; DUNKERLEY, D. **Organization, Class and Control**. 3.ed. Londres: Routledge and Kegan Paul, 1987. p.132.

25 GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida cotidiana**. Trad. Maria Célia Santos Raposo. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 106-107.

Por sua vez, a discussão da estrutura informal do hospital nos reconduz ao debate relativo à adequação do estabelecimento nosocomial ao tipo ideal da burocracia racional de *Weber*, pois a descoberta da relevância dessa estrutura, através do trabalho empírico desenvolvido no âmbito dos valores e comportamentos dos seus integrantes, revelou que o monopólio analítico que tinha usufruído o modelo de burocracia *weberiano* deveria ser reapreciado levando em consideração o surgimento de novas dimensões a serem analisadas no estudo das instituições hospitalares.

A Disposição do Espaço Físico e sua Simbologia

No hospital, a distribuição dos espaços é determinada de acordo com as especificidades das ações dos principais atores sociais envolvidos: médicos, enfermeiros e doentes. Desse modo, as enfermarias, como também os setores de enfermagem e médico, formam as grandes regiões do serviço médico-hospitalar, representando os espaços onde se preparam as condições para o exercício da função profissional médica. Registre-se que as enfermarias são áreas de atuação do pessoal médico e de enfermagem, enquanto que os setores dos médicos e dos enfermeiros constituem locais de atividades com acesso restrito a estas categorias, autênticas “áreas de bastidor”; porém, é frequente no cotidiano nosocomial evidenciarem-se entradas e saídas de médicos do setor de enfermagem, por motivos ligados aos cuidados para com o paciente.

Na estrutura hospital, as disposições dos lugares traduzem a organização de um controle social, que pode ser observado por meio da posição estratégica de determinados locais que são distribuídos como autênticos postos de vigilância dos comportamentos dos enfermos. Portanto, a ordenação desses lugares, além de obedecer a critérios técnicos de organização do ambiente hospitalar, são igualmente sujeitos a apropriações sociais, como instrumentos de produção da ordem social. Outrossim, a separação dos diferentes espaços no nosocômio

não se faz apenas através da segregação física, mas também de modo simbólico; ou seja, identifica-se, nos serviços hospitalares, uma série de elementos que possibilita reconhecer a importância técnica e social dos vários locais. Nessa ótica, o uso de uniformes e objetos distintos assegura o reconhecimento das hierarquias e das respectivas funções hospitalares (médicos, corpo administrativo, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem etc.).

Com relação ao espaço físico delimitado para o *doente*, são observados a cama, a roupa padronizada e eventuais objetos pessoais, que representam os elementos simbólicos de um restrito universo pessoal. Assim, na parte superior das camas, estão dispostos os meios técnicos necessários para situações de emergência, como tubos para conexão do oxigênio e aspiradores de secreções; já ao lado da cama, com frequência são encontrados recipientes contendo soro conectados ao corpo do enfermo; em suma, esses são os principais elementos simbólicos que cercam o paciente, reduzindo-o à expressão de um corpo vulnerável e acessível. Já as salas dos médicos são facilmente distinguíveis das dependências dos enfermeiros, pois naquelas predomina a sobriedade de um espaço concebido para a atividade intelectual de elaboração do diagnóstico e da terapia a ser instituída, com o destaque do negatoscópio, que é apenas utilizado pelos médicos em suas interpretações das imagens radiológicas; enquanto que, nas salas dos enfermeiros, expõe-se o cenário do trabalho de preparação e execução terapêutica, com armários contendo medicamentos, seringas, compressas etc., constituindo os elementos que serão utilizados no cotidiano hospitalar.

Logo, o serviço hospitalar é um mecanismo produtor de cuidados médicos, reunindo profissionais, saberes, tecnologias e infraestruturas materiais. Nessa perspectiva, os cuidados fornecidos aos doentes seguem uma linha tradicional, que é denominada

por Coe²⁶ de “modelo assistencial clássico”. Em conformidade com este autor, nesta proposta é observado o desenvolvimento de uma medicina com disponibilidade técnica e científica no controle das doenças até o limite da cura, quando possível; por conseguinte, os sistemas de tratamento médico, muitas vezes, desenvolvem-se por meio de procedimentos de urgência e com caráter imperativo, havendo a necessidade de ações decisivas de intervenções terapêuticas no intuito de prevenir a morte, justificando então a submissão do enfermo. Portanto, tanto para os pacientes como para o pessoal que atua no hospital, o modelo clássico assistencial integra a obediência indiscutível à autoridade médica; então, o doente torna-se um agente passivo dos cuidados médicos que são legitimados em virtude dos critérios preponderantes existentes no sistema de cura biomédico.

A Organização da Divisão do Trabalho

A análise da organização da divisão do trabalho, nos serviços hospitalares, tem como princípio a oposição entre o comando, traduzido pelas atividades de diagnóstico e terapêutica, e a execução das prescrições médicas, revelando assim a existência de duas hierarquias funcionais caracterizadas por critérios de qualificação técnica, representando, dessa forma, um sistema de estratificação social no âmbito hospitalar. Saliente-se que entre os médicos e os enfermeiros, que têm funções distintas no ato médico, desenvolve-se mais uma relação de dominação/subordinação do que de cooperação, exteriorizando então a separação funcional através de uma superioridade da hierarquia médica sobre a de enfermagem.

26 COE, R. *Sociologia de la Medicina*. 3. ed. Madrid: Alianza Universidad, 1984. p.325.

Em um serviço hospitalar organizado de acordo com uma linha tradicional de “cuidados médicos”, o trabalho do pessoal médico e de enfermagem caracteriza-se por o sistema laboral ser do tipo profissional; ou seja, médicos e enfermeiros controlam a produção dos “cuidados”, sendo assegurado pelos primeiros o ato médico propriamente dito e pelos segundos a administração do tratamento. Além disso, a função de elaboração depende fundamentalmente de raciocínios médicos individualizados, com os exames radiológicos, bioquímicos, entre outros, tendo apenas funções complementares ao diagnóstico definitivo.

De modo geral, os enfermeiros, bem como os auxiliares e técnicos de enfermagem, compõem o grupo profissional majoritário no atendimento hospitalar, atuando mais no sentido da execução da prescrição médica do que de um modelo colaborativo de assistência, sendo, devido a isto, bastante restrito o espaço de atividade profissional do pessoal da enfermagem. Entretanto, *Pires*²⁷ reconhece uma parcela de autonomia na atuação dos enfermeiros, profissionais de formação universitária, visto que estes podem interagir com os pacientes, familiares e instituição, como também estão aptos a discutir os encaminhamentos da própria assistência médica oferecida; cabendo aos auxiliares e técnicos de enfermagem a tarefa de execução dos procedimentos terapêuticos instituídos pelos médicos.

Nos serviços médico-hospitalares, especialmente naqueles onde existe concomitantemente um curso médico profissionalizante, em geral, observa-se que os enfermeiros-chefes desempenham o papel central de supervisão no modelo de divisão de trabalho de enfermagem. Já com relação à hierarquia médica, na base, encontram-se os alunos do curso de medicina que estão fazendo o internato que, no Brasil, corresponde ao período em que o futuro médico estagia em diversas especialidades, ou se dedica a uma

27 PIRES, Denise. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998. p. 28-30.

área específica; estando os estagiários hierarquicamente subordinados aos médicos assistentes. Porém, o interno tem uma posição determinante na dinâmica do trabalho médico, pois é ele quem tem mais contato com o cotidiano do serviço, sendo responsável pelas seguintes atribuições: fazer a história clínica, realizar o exame objetivo, elaborar o diagnóstico e a terapêutica, e, por fim, acompanhar a evolução do doente, tendo esse aprendiz o apoio do médico assistente em caso de dúvidas ou incertezas quanto aos cuidados médicos a serem instituídos.

Além do mais, nos estabelecimentos médico-hospitalares os escalões hierárquicos, correspondentes ao *diretor, chefe e assistente de serviços médicos*, distanciam-se progressivamente dos cuidados médicos diretos. Com efeito, o diretor de serviço médico ocupa a posição hierárquica mais elevada, desenvolvendo funções administrativas e controlando indiretamente o trabalho médico, cuja supervisão direta é atribuída aos chefes de serviços e aos médicos assistentes; enfim, o papel do diretor é principalmente político-administrativo, mas também tem participação na coordenação do trabalho clínico.

Com frequência, somos levados a identificar os médicos com a posição de chefes hierárquicos em relação às outras categorias profissionais que atuam no hospital, devido à invocação permanente da razão última das atividades nosocomiais: o tratamento dos doentes. De fato, é privilegiada a posição dos médicos no quadro da divisão do trabalho no âmbito hospitalar, apesar da entrada de novas categorias profissionais impulsionadas pelas recentes disciplinas ligadas à complexidade científica e tecnológica no modo de produção de cuidados médicos. De maneira que vem mantendo-se intacto o princípio do monopólio do poder médico, sendo sempre em função deste preceito que as novas funções se ordenam.

O Poder Médico e suas Formas

Na sua formação profissional, o médico faz a aquisição de sua competência técnica por meio do estudo de doenças e dos processos de diagnóstico e terapêutica, tendo a acumulação de saberes e a experiência clínica um relevante valor, não apenas pela sua natureza intrínseca, mas especialmente por se traduzir no acesso a posições de autoridade, prestígio e influências sociais, na sua relação com as outras categorias profissionais que atuam no serviço hospitalar. Com efeito, o capital técnico dos médicos revela-se em uma autoridade moral e social, bem como no poder ao exercício do ato clínico, que é legitimado pelo seu valor científico e exterioriza-se nos sinais e símbolos do poder carismático de curar; por conseguinte, tal capital é simbólico, constituindo o principal recurso da prática de um *poder técnico-carismático* com relação a todos os protagonistas envolvidos na esfera médico-hospitalar.

Usualmente, o médico e o hospital são considerados conjuntamente, mas são apenas dos médicos todas as decisões quanto aos processos de tratamento, revelando assim a prioridade da sua atuação na instituição nosocomial. Logo, na sua autonomia e na conservação da posição da sua autoridade e responsabilidade, a referência profissional dos médicos no serviço hospitalar constitui uma outra forma de *poder médico denominado de autorregulamentação*.²⁸

No campo das relações funcionais, entre as categorias médica e de enfermagem, é observado um *poder médico formal*, haja vista que na hierarquia médica consagram-se diferentes posições de poder legal, que são exteriorizadas nas funções e responsabilidades legalmente distribuídas nos diferentes níveis hierárquicos; sendo que estas atribuições, da base ao topo da hierarquia, são crescentes no acesso a funções administrativas nos vários setores de atividades dos serviços médicos.

28 CARAPINHEIRO, 1998, p. 197.

Já no âmbito das relações entre os médicos e a administração, há uma outra forma de poder médico, pois na medida em que, perante a implantação de uma lógica racionalista na evolução contemporânea dos hospitais, as chefias médicas e os médicos são chamados a participarem nas decisões econômicas dos nosocômios, adotando uma política de cooperação, evidencia-se a forma de *poder médico* que Stendler²⁹ designa de *técnico-econômico*.

Por último, lembramos também que uma forma central de poder em um serviço hospitalar é o *médico universitário*, que se faz presente apenas no hospital onde funciona também o curso médico; havendo, então, uma simbiose entre as atividades clínicas hospitalares e as científicas universitárias. Nesta situação específica, são fornecidos aos médicos desse serviço as possibilidades e os privilégios de transitarem entre os setores acadêmico e hospitalar, desenvolvendo um trabalho de acumulação de competências técnicas e científicas que contribuem na aquisição da capacitação para a consequente ocupação de posições de destaque na hierarquia universitária.

Observe-se, ainda, que foi a partir do enquadramento estrutural do poder médico que se determinou a sua natureza como sendo um poder-saber, tal como verificamos anteriormente. Mas, para uma melhor compreensão das relações do poder-saber médico com outros poderes no hospital, nos fundamentamos na análise de Foucault³⁰, que alerta sobre a possibilidade de compreender o poder, na sua materialidade e no seu funcionamento, através das tecnologias políticas que constituem nossas práticas sociais cotidianas. Desse modo, para esse autor, o poder é a maneira como funcionam tais tecnologias na sociedade, envolvendo rituais que

29 STENDLER; *FL'Hôpital em Obsenvation*. Paris: Armand Colin, 1974. p.121.

30 FOUCAULT, 2004a, p. 168 et seq.

segregam relações desiguais e assimétricas; sendo que essa perspectiva vincula-se com o estudo do poder na sua forma disciplinar³¹ e como bio-poder³², produto das relações históricas entre o poder, o discurso e o sexo.

Nesse prisma, enfatizamos que *Foucault*³³, desde os seus primeiros trabalhos, se interessa pelo corpo, tal como a ciência o explorou, e ao mesmo tempo pelas instituições especializadas em que houve a utilização do poder sobre o corpo. Realmente, esse autor percebeu que a ação do poder no corpo representa a união entre o poder e o saber; e, contestando a noção jurídica do poder baseada na proibição, no interdito e na negatividade, acrescenta-lhe uma visão positiva, por meio do funcionamento das tecnologias disciplinares nas instituições, objetivando a produção de seres humanos possíveis de serem tratados como corpos dóceis e produtivos.³⁴

Em outras palavras, as tecnologias disciplinares foram desenvolvidas e aperfeiçoadas nas escolas, nas oficinas de trabalho, nos quartéis, nas prisões e nos hospitais, com uma finalidade comum: a produção da docilidade e da utilidade. Posteriormente, *Foucault* reelabora a sua análise do poder de modo a mostrar a especificidade e o caráter concreto verificados nas relações entre o poder e o saber, propondo então que se investiguem os processos de racionalização que se operam nos domínios específicos que dizem respeito às experiências fundamentais do homem: a doença, a sexualidade, a loucura, a morte etc; sendo que se evidencia uma

31 Ibid., p.152.

32 Id., **Historia da sexualidade I: A vontade de saber**. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque; J.A. Guilhon albuquerque. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003, p. 132.

33 Cf. “O Nascimento da Clínica” (1963); “Vigiar e Punir” (1975); “História da Sexualidade I: A Vontade de Saber” (1976).

34 FOUCAULT, 2004a, p.117 et seq. e 177.

maior atenção desse autor para com o estudo das relações do poder e das suas estratégias, com uma consequente minimização do estudo da racionalidade interna do poder.³⁵

Finalizando, entendemos que no percurso realizado, dos fundamentos teóricos do hospital às formas de poder médico, estão constituídas as condições analíticas necessárias para adentrarmos no campo da racionalização das práticas médico-hospitalares.

O processo de racionalização das práticas médico-hospitalares

Hodiernamente, a organização social do trabalho médico, inerente ao processo evolutivo do hospital, vem revelando uma nova imagem da racionalidade nosocomial, tendo em vista que a partir do momento em que se conseguiu destacar uma função hospitalar definida tecnicamente, separada das atividades antigas, asilares e de vigilância, estabeleceram-se novas articulações técnicas e econômicas entre o hospital e as estruturas sociais com ele relacionadas.

O nosocômio moderno expressa uma forma própria de prestação de serviços médicos, que reúne três funções principais: *controle social*, que exprime o estabelecimento hospitalar como um lugar de acolhimento e guarda dos doentes, aos quais se impõe um modelo de disciplina e de regulação das atitudes e comportamentos; *produção do saber médico*, tendo o hospital vindo a constituir-se como sede do desenvolvimento e prática da ciência médica contemporânea, especializada e tecnicizada; e *reprodução da força de trabalho*, pela atribuição à medicina hospitalar do dever de manutenção da saúde dos trabalhadores, por meio do combate às doenças visando

35 Id., 2003, p.131 et seq.

à reposição das condições físicas dos mesmos, para o consequente retorno ao exercício da atividade laboral.³⁶

De forma que o desempenho de tais funções traduz uma necessária adequação para com a estrutura hospitalar, garantindo-lhe o seu enquadramento socioeconômico, no qual se articulam as políticas de saúde e as de gestão hospitalar, inter-relacionadas com as estratégias econômicas das indústrias farmacêuticas e eletrônicas, de produção de aparelhos médicos. Assim, evidenciamos que são vários os processos de racionalização implementados no hospital, objetivando fazer dele um modelo empresarial que utiliza uma lógica racionalizada através de decisões nas esferas técnica, econômica e administrativa, revelando uma concepção da medicina moderna como uma atividade que se integra cada vez mais ao setor mercantil.

Uma importante vertente da ação racionalista que organiza as práticas hospitalares é a que diz respeito às *transformações técnicas no sistema de cuidados médicos*, pois, na época atual, o nosocômio é considerado como uma estrutura inserida no âmbito do desenvolvimento tecnológico que vem ocorrendo no cotidiano. Logo, o processo de racionalização do ato médico, impulsionado pelas modificações introduzidas com as inovações nos meios de diagnóstico e tratamento das enfermidades, expressa uma nova dimensão da socialização da atividade médica no campo hospitalar. De fato, sendo tal ato considerado como decisório nos sistemas de tratamento, verifica-se que o desenvolvimento da racionalidade médica moderna tem vindo a integrar, como condição necessária para a evolução dos saberes médicos especializados, a decomposição deste ato em várias atividades diversificadas, realizada fundamentalmente pela separação entre a preparação e a execução do trabalho médico.

36 CARAPINHEIRO, 1998, p.134.

Mas, esta divisão envolve um processo de transferência, para a estrutura nosocomial, de funções que sempre estiveram reunidas em um único ato, sendo este processo realizado por meio de operações racionalizadas da organização do trabalho, tendo sido isoladas todas as ações que podiam ser previstas e, desse modo, encaminhadas ao pessoal com atuação no hospital. Em resumo, uma vez realizada a decomposição do ato médico em práticas diversificadas, isoladas e centralizadas pela estrutura hospitalar, reserva-se para o ato médico propriamente dito a função decisória de elaboração do diagnóstico e opção do tratamento.

Do ponto de vista prático, ao exame clínico são acrescentados outros complementares, munidos de recursos tecnológicos que se insinuam no interior do corpo, registrando zonas e camadas; conseqüentemente, a doença torna-se uma entidade biológica cuja estrutura morfológica é cada vez mais legível na multiplicidade dos ângulos em que é capturada e na variedade dos cortes transversais que é explorada. Por outro lado, as ciências biológicas têm colaborado cada vez mais no diagnóstico e tratamento médico, devido a maior disponibilidade de conhecimentos sobre a configuração bioquímica e anatomo-patológica das moléstias, resultante da utilização de novos equipamentos microeletrônicos de observação das estruturas mais íntimas dos órgãos.

Por tudo isso, a investigação sintomatológica transferiu-se do exterior para o interior do corpo, minimizando-se a atitude de alerta e vigilância do surgimento dos sintomas verificáveis na superfície corporal, para uma conduta de busca dos sinais e vestígios internos, revelados pelos equipamentos médicos. De modo que são reunidas condições científicas e tecnológicas para uma maior legibilidade das enfermidades e para uma compreensão mais inteligível do ato médico; ademais, a divisão deste ato em uma série de atividades realizadas por pessoas diferentes fornece uma maior legibilidade do exercício médico, na medida em que essas ações

podem ser avaliadas tecnicamente. Porém, reiteramos que o ato decisório de diagnóstico e terapêutico permanece pertencendo a um médico individualizado, apesar de se fundamentar em um conjunto de atos efetuados por especialistas diferentes.

Nessa ótica, *Chauvenet*³⁷ ressalta que a maior inteligibilidade do ato médico contribuiu para a sua desmistificação como prática mágico-carismática, modificando, por conseguinte, a relação médico-paciente. Segundo essa autora, “trata-se de considerar que a relação terapêutica estabeleceu-se nas sociedades contemporâneas com base na entrega incondicional do doente aos cuidados dos médicos, pela atribuição que lhe foi feita do poder de curar como sendo técnico e social, inacessível e inatingível, logo mágico”. Mas, o processo de racionalização da atividade médica desvenda e torna inteligível para o enfermo a construção das operações lógicas do raciocínio médico, instaurando-se, assim, a relação médico-paciente como sendo entre um técnico especializado e uma pessoa portadora de doença que compromete sua capacidade participativa como um todo. De forma que para *Chauvenet*, esse processo corresponde à passagem progressiva da relação médico-paciente para a médico-instituição, emergindo então novas representações e comportamentos dos doentes no que se refere à doença e ao saber médico.

Portanto, listar os médicos como atores importantes nas modernas instituições hospitalares, em virtude de serem possuidores de práticas tecnológicas que circundam o atendimento ao enfermo, pressupõe reconhecê-los como fundamentais em suas responsabilidades.

Um outro relevante aspecto a ser analisado nessa abordagem é o fato de que o impacto da *racionalização técnica, nas práticas médico-hospitalares*, avalia-se pelo nível de especialização alcançado

37 CHAUVENET, A. **Organization et Hierarchies Hospitalières**. Paris; PUF, 1973. p. 4-6.

nessas atividades, visto que a produção especializada da medicina hospitalar, com o apoio de modernos equipamentos tecnológicos, tem destacado áreas específicas de saber sobre sistemas fisiológicos particulares e circunscritos a determinados órgãos humanos. Com efeito, até mesmo os setores da medicina já especializados têm sido objeto de uma crescente diferenciação em novas especialidades, que levam em consideração partes ou funções particulares do corpo, doenças específicas, classes especiais de doentes e técnicas cirúrgicas avançadas, com destaque para os procedimentos cirúrgicos de transplantações de órgãos humanos.

*Giddens*³⁸, para explicar como a modernidade se constitui a partir de certos “deslocamentos das relações sociais de contextos locais de interação e sua reestruturação através de extensões indefinidas de tempo-espço”, desenvolve as ideias de “ficha simbólica” e “sistema perito”, como sendo mecanismos de “desencaixes” básicos para as instituições sociais modernas. O primeiro diz respeito aos meios de intercâmbio e de circulação, como o dinheiro ou certas formas de legitimação política; já o segundo refere-se a sistemas de excelência técnica ou competência profissional, que fazem parte dos ambientes material e social do cotidiano. Logo, uma casa ou um carro são sistemas peritos permeados por conhecimentos que, em geral, o usuário tem pouca informação, mas que confia, seguro de que vai funcionar. Nesse contexto, afirma *Giddens*³⁹ que:

Quando saio de minha casa e entro em um carro, penetro num cenário que está completamente permeado por conhecimento perito — envolvendo o projeto e construção de automóveis, estradas, cruzamentos, semáforos e muitos outros itens. Todos sabem que

38 GIDDENS, 1991, p. 29, 30 e 35.

39 Ibid., p. 35-36.

dirigir um automóvel é uma atividade perigosa, acarretando o risco de acidente. Ao escolher sair de carro, aceito este risco, mas confio na perícia acima mencionada para me garantir de que ele é o mais minimizado possível. Tenho pouco conhecimento de como o automóvel funciona e poderia realizar apenas pequenos reparos se algo desse errado [...].

Em face à narrativa exposta, podemos então compreender o modelo biomédico cartesiano como sendo um “sistema perito”, haja vista que se tornou hegemônico no âmbito da medicina moderna devido ao caráter científico que lhe foi fornecido pelas pesquisas biológicas e avanços tecnológicos, revelando assim uma ciência médica especializada que, em geral, é considerada confiável e aceita como sistema médico predominante. Além do mais, o processo de racionalização técnica e administrativa dos hospitais, exteriorizado por intermédio de práticas médicas especializadas e de tecnologias avançadas, também contribuiu para a hegemonização da medicina científica moderna.

Quanto à *classificação dos serviços médicos*, Chauvenet⁴⁰ entende que a atual hierarquização das atividades hospitalares inclui a clássica oposição entre “serviços para doentes crônicos” e “serviços para doentes agudos”, sendo esta distinção predominantemente social devido ao esvaziamento gradativo da mesma no campo da evolução científica da medicina. Em seguida, essa autora introduz a distribuição dos serviços por meio de critérios de ordem técnica, alcançando as questões sobre a natureza das patologias tratadas e dos equipamentos utilizados nos sistemas de tratamento. Mas, em função da aplicação desses dois critérios são destacadas três categorias de serviços médico-hospitalares: “de medicina interna”, “especializados” e “de ponta ou de alta tecnologia”.

40 CHAUVENET, 1973, p. 19.

Partindo dessa lógica, os primeiros têm por finalidade o acolhimento de doentes com patologias que não revelam nenhuma especialidade organizada na forma de uma atividade específica, além da triagem e orientação dos enfermos para outros hospitais; já os “*serviços especializados*” têm por meta a prestação de cuidados médicos de acordo com o tipo de enfermidade compatível com a especialização do serviço; e os “*serviços de ponta ou de alta tecnologia*” têm por objetivo a produção de cuidados médicos sofisticados, através da utilização de técnicas avançadas na produção do diagnóstico e das propostas terapêuticas.

No Brasil, os “*serviços de ponta*” correspondem à esfera de atendimento médico terciário, que comporta os hospitais especializados, locais onde são realizados os procedimentos de alta complexidade, incluindo entre estes os transplantes de órgãos humanos. Nesse serviços, são destacadas as *Unidades de Terapia Intensiva (UTIs)*, tendo em vista que se trata de um lugar especial para a prestação de cuidados médicos, devido à concentração de tecnologias especializadas e pela composição das equipes médicas e de enfermagem que nelas atuam; além disso, são nessas unidades que profissionais e doentes estão cercados de técnicas para cuidados de emergência, bem como de medicamentos prontos a serem manipulados, por intermédio de manobras médicas e de enfermagem, em um cenário constante de risco e perigo. Em suma, essas unidades traduzem uma típica racionalidade estrutural dotada de um aparato tecnológico voltado para apoiar as práticas assistenciais hospitalares em situações de probabilidade concreta e iminente de morte, tais como traumatismo craniano, choque hemorrágico, roturas viscerais graves etc.

Com efeito, as UTIs são identificadas como um espaço onde o controle dos doentes é contínuo e cercado de detalhes, em uma relação de dois a três pacientes para cada técnico de enfermagem,

como também de uma enfermaria e um médico intensivista para cada dez enfermos; ademais, essas unidades possuem equipamentos de vigilância, medidas programadas das condições vitais e alarmes auxiliares à atenção profissional, sendo o atendimento organizado por várias especialidades para um mesmo paciente. De maneira que essa instalação plena é encontrada geralmente em estabelecimentos hospitalares de referência para atendimento de alta complexidade, sendo tal sofisticação de meios apresentada como avalizadora de uma racionalidade inquestionável dos fins no que diz respeito a salvar vidas. Saliente-se que são, nas UTI's, os atendimentos de doentes que potencialmente podem evoluir para morte encefálica, devido à implementação de recursos e procedimentos; enfim, nessas unidades, o aporte assistencial chega ao limite da capacidade e das condições das instituições, sempre procurando utilizar todas as possibilidades no sentido de restabelecer a saúde dos pacientes.⁴¹

Registre-se, ainda, que os médicos, nas relações com os enfermos e os familiares destes, normalmente usam de um palavreado do jargão técnico que, em geral, acaba dando maior ênfase ao esclarecimento da situação da moléstia e do tratamento do que ao doente e suas expectativas; sendo que nos casos de pacientes internados em UTI's com probabilidade de evoluírem para o óbito, com frequência, é mais enfocada a compreensão “científica” da irreversibilidade da morte encefálica do que os desejos que os enfermos pudessem ter antecipado. Desse modo, a despeito do desleixo que pode cercar os momentos de conversações entre os médicos e os pacientes e/ou familiares, tais encontros podem ser considerados

41 Em termos econômicos, o custo médio em uma Unidade de Terapia Intensiva pode girar em torno de EUR\$ 1.000,00 por dia/paciente. Cf. EURICUS III. The implementation of guidelines for budget control and cost calculation, and their effect on the quality of management of intensive care units in the countries. June 2001. **Foundation for Research on Intensive Care in Europe**. Groningen, 2001.

sociais, pois essas “conversas” são constituídas de um ou mais ouvintes e de um ou mais falantes. No caso específico dos transplantes de órgãos, há um assunto e um endereçamento particular – a doação de órgãos através da orientação dos médicos para com os familiares do potencial doador.

De fato, os diversos aspectos da aproximação, da entonação da voz, do cenário, da presença de ouvintes “não-endereçados”, de identificação, de despedidas e, enfim, de uma interação eficaz ou não, muitas vezes, fazem dos encontros entre os médicos e os familiares uma visível “comunicação subordinada”. Consequentemente, os parentes do “potencial doador”, entrelaçados entre informações desconhecidas (técnicas), sentimentos e expectativas, compreendem a linguagem médica como sendo um fator de desestímulo na doação dos órgãos do parente falecido, haja vista que tudo isso interfere na capacidade de autonomia dos mesmos.

Atualmente, nos hospitais, existem comissões⁴², de natureza transdisciplinar, que são organizadas visando ao atendimento de pacientes com morte encefálica, para a consequente abordagem familiar, objetivando a doação dos órgãos do parente falecido para fins de transplantes; contudo, na prática tem se observado uma participação superficial dos membros dessas comissões, na construção dos objetivos das mesmas. Além do mais, a implantação dessas comissões é cercada de formalismos e obstáculos burocráticos que desviam para os meios a “atenção racional”, sem alcançar o resultado final idealizado; sendo que isso não anula a legitimidade técnica dos argumentos a favor dessas comissões hospitalares como

42 O Ministério da Saúde elaborou a Portaria n.º 1.752, estabelecendo que todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de oitenta leitos deverão constituir Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.752, de 27 de setembro de 2005. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília, DF, 30 set. 2005. seção 1.

novos espaços de trabalho. Porém, fica exposto um conflito que se aproxima de uma ação “quase” irracional que, segundo Weber⁴³, “pode ser orientada racionalmente com referência a valores: nesse caso, a ação só é racional com referência a fins no que se refere aos meios”; continuando, esclarece este autor que:

[...] ou também o agente, sem orientação racional com referência a valores, na forma de “mandamentos” ou “exigências”, pode simplesmente aceitar os fins concorrentes e incompatíveis como necessidades subjetivamente dadas e colocá-los em uma escala segundo sua urgência conscientemente ponderada, orientando sua ação por essa escala, de modo que as necessidades possam ser satisfeitas nessa ordem estabelecida (princípio da “utilidade marginal”). A orientação racional referente a valores pode, portanto, estar em relações muito diversas com a orientação racional referente a fins. Do ponto de vista da racionalidade referente a fins, entretanto, a racionalidade referente a valores terá sempre caráter irracional, e tanto mais quanto mais eleve o valor pelo qual se orienta a um valor absoluto, pois quanto mais considere o valor próprio da ação (atitude moral pura, beleza, bondade absoluta, cumprimento absoluto dos deveres) tanto menos refletirá as conseqüências dessa ação. Mas também a racionalidade absoluta referente a fins é essencialmente um caso-limite construído.

43 WEBER, 2004, p. 16.

A partir da teoria *weberiana* sobre *orientação racional referente a valores e fins*, entendemos que, apesar dos entraves burocráticos e administrativos, a valorização ética dos meios, como novos espaços de trabalho e apoiada em uma aplicabilidade técnica, acaba por ter uma construção, não importando quão pouco possa ser relevante no âmbito das racionalidades instrumentais. Portanto, para uma melhor compreensão do ambiente que cerca as situações de abordagem de familiares de pacientes com morte encefálica com vistas à doação de órgãos, torna-se pertinente a consideração dos pressupostos que sublinham determinados valores subjetivos dos profissionais envolvidos nessas relações sociais.

Por fim, é importante destacar que o surgimento do hospital moderno revelou-se como um alvo ideal para o desenvolvimento de políticas de saúde orientadas para a modernização das suas atividades, tendo em vista que o estabelecimento nosocomial é vislumbrado como uma peça indispensável para análise da evolução do sistema de saúde como um todo, traduzindo o poder da tecnologia médica nos modelos terapêuticos modernos. Passaremos agora, para uma melhor visualização do campo de estudo relacionado com as práticas médico-hospitalares, a analisar as políticas de saúde no contexto brasileiro.