

MARIA HELENA MACHADO DE SOUZA

TRAFICH

320  
S729e  
1987

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA  
BIBLIOTECA

4

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E AMBIENTE:  
UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE ESCOLAS E HOSPIÍCIOS

Tese de mestrado apresentada ao Departamento de Ciência Política - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciência Política, em março de 1987.

ok/03

04/06



258399108

BELO HORIZONTE

MARÇO/1987

Dedico este trabalho aos meus três  
filhos: Thyeres, Otávio Fabrício e  
Alessandra, que sempre me perguntavam:  
"Mãe, quando é que você acaba esta  
droga de tese?"



## AGRADECIMENTOS

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA  
BIBLIOTECA

Uma tese sempre é fruto de muito esforço e trabalho coletivo. Quero, aqui, agradecer em especial a algumas pessoas que contribuíram mais de perto no desenvolvimento do trabalho.

Primeiramente, ao Professor Antônio Luiz Paixão que orientou com muita dedicação a tese. Ao Professor Edmundo Campos, com suas excelentes discussões sobre organizações. À Professora Lília Gardenal, que enriqueceu a análise sobre sistema educacional. Aos professores Geraldo Elvino de Magalhães e Antônio Augusto Pereira Prates, com suas críticas construtivas ao trabalho.

Às companheiras Sônia Lília Brito e Patrícia Helena dos Reis Arruda que foram muito mais que estagiárias. À Cláudia Renata Peixoto Diniz que revisou com tanta dedicação e paciência o texto, ao digitador, Juarez Melo Bamberra, e ao datilógrafo, Francisco de Assis da Mata, que bateram e rebateram, pacientemente, o texto.

Meus agradecimentos muito especiais a Antônio Moura, meu companheiro; a Rodney Souza Santos, amigo de sempre, e aos meus familiares, pelo apoio e compreensão recebidos. A todos os entrevistados (anônimos), que, sem sua cooperação e despreendimento, seria impossível a realização da pesquisa. E, finalmente ao INEP (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais) que financiou a pesquisa, e ao NESCON/UFMG (Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Nutrição).

## SUMÁRIO

### ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E AMBIENTE: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE ESCOLAS E HOSPÍCIOS

#### CAPÍTULO 1

##### ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E AMBIENTE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

|                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.1. INTRODUÇÃO .....                                                         | 1  |
| 1.2. A ANÁLISE COMPARATIVA DE ORGANIZAÇÕES: O PARADIGMA<br>CONVENCIONAL ..... | 3  |
| 1.3. AMBIENTE, ESTRUTURA E ATIVIDADES PRÁTICAS .....                          | 17 |
| 1.4. ESCOLAS E HOSPÍCIOS: DIMENSÃO DE COMPARATIVIDADE .....                   | 26 |

#### CAPÍTULO 2

##### CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPÍCIOS E ESCOLAS

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| 2.1. A PESQUISA E SEU CONTEXTO .....             | 31 |
| 2.2. O HOSPITAL A - CARACTERÍSTICAS GERAIS ..... | 32 |
| 2.3. O HOSPITAL B - CARACTERÍSTICAS GERAIS ..... | 36 |
| 2.4. A ESCOLA A - CARACTERÍSTICAS GERAIS .....   | 40 |
| 2.5. A ESCOLA B - CARACTERÍSTICAS GERAIS .....   | 44 |

## CAPÍTULO 3

### HOSPÍCIOS E ESCOLAS: ESTRUTURAÇÃO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS

|                                         |    |
|-----------------------------------------|----|
| 3.1. CLASSIFICAÇÕES RITUAIS .....       | 48 |
| 3.1.1. O Hospital A .....               | 51 |
| 3.1.2. O Hospital B .....               | 56 |
| 3.1.3. A Escola A .....                 | 58 |
| 3.1.4. A Escola B .....                 | 60 |
| 3.2. AS TECNOLOGIAS IMPLEMENTADAS ..... | 64 |
| 3.2.1. Os Hospícios .....               | 66 |
| 3.2.2. As Escolas .....                 | 71 |
| 3.3. OS OBJETIVOS ALCANÇADOS .....      | 79 |

## CAPÍTULO 4

### HOSPÍCIOS E ESCOLAS: O MITO DA ESTRUTURA

|                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------|----|
| 4.1. INTRODUÇÃO .....                                          | 87 |
| 4.2. HOSPÍCIOS E ESCOLAS: ESTRUTURAÇÃO DA VIDA COTIDIANA ..... | 87 |
| 4.3. A ORDEM NEGOCIADA .....                                   | 96 |

## CAPÍTULO 5

### AS ORGANIZAÇÕES E O AMBIENTE

|                                         |     |
|-----------------------------------------|-----|
| 5.1. INTRODUÇÃO .....                   | 117 |
| 5.2. ESCOLAS, HOSPÍCIOS E ESTADO .....  | 118 |
| 5.3. ESCOLAS, HOSPÍCIOS E FAMÍLIA ..... | 125 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS .....              | 138 |
| ANEXOS .....                            | 142 |
| BIBLIOGRAFIA .....                      | 176 |

## CAPÍTULO 1

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E AMBIENTE: UMA REVISÃO DA LITERATURA



## 1.1. INTRODUÇÃO

O tema deste trabalho é a análise comparativa de organizações formais. As sociedades modernas já foram descritas como "sociedades organizacionais" (Prethuis, 1962), onde bens e serviços materiais e simbólicos são produzidos por organizações orientadas para a implementação de objetivos formalmente prescritos (1).

Essas organizações mobilizam recursos naturais e energia humana para a implementação de seus objetivos. Indivíduos são recrutados universalisticamente e distribuídos entre papéis hierarquicamente articulados, com direitos e deveres formalmente definidos (2).

As organizações desenvolvem e "rotinizam" tecnologias que transformam alguma matéria-prima (física, humana ou simbólica) em produtos organizacionais socialmente utilizáveis. Assim, elas extraem recursos do ambiente, buscam controlar o efeito de variações extra-organizacionais sobre suas atividades através de critérios, instrumentos e normas de hierarquia de autoridade, e se constituem, desta forma, em instrumentos da ação racional em sociedades modernas (3).

---

(1) Em contraste com organizações naturais, como família, a comunidade ou a nação.

(2) Para Weber, estas são as características que definem o tipo ideal de organizações burocráticas.

(3) Para mais críticas sobre o assunto, ver, Weber, Max, *Economy and Society*, 1968, e "Burocracia e liderança política", in, *Os pensadores*, 1980.

O Estado moderno e o capitalismo fizeram prevalecer a burocracia como forma de organização (Weber, 1968). Como tal, ela permeou, gradativamente todas as instituições sociais. Weber, no início do século XX, desenvolveu estudos sobre a proliferação de grandes organizações no domínio econômico, educacional e religioso. A esses domínios podemos acrescentar muitos outros. De todo modo, em qualquer domínio, essas organizações concentram os meios de administração na cúpula de uma hierarquia muito clara onde prevaleceu a unidade de comando. A burocracia é o instrumento de racionalização do mundo social. A sociedade moderna atribui um elevado valor moral ao racionalismo, à eficiência e à competência.

A nossa sociedade é uma sociedade de organizações, como diz Etzioni, "nascemos em organizações, somos educados por organizações e quase todos nós passamos a vida toda a trabalhar para organizações. Passamos muitas de nossas horas de lazer a pagar, a jogar e a rezar em organizações. Quase todos nós morremos numa organização e quando chega o momento do funeral, a maior de todas as organizações - o Estado - precisa dar uma licença especial" (1967).

Este estudo ocupa-se de um tipo especial de organização, especificamente, escolas e hospitais. Elas têm em comum o objetivo de transformar pessoas, credenciando-as, ou as tornando aptas ao convívio social.

As escolas são contextos de credenciamento e aquisição de competência, enquanto os hospitais buscam a cura e a ressocialização de insanos. Ambos estruturam e controlam atividades práticas profissionalmente orientadas e desenvolvem relações de intercâmbio com o ambiente, através das quais recursos e legitimidade são adquiridos, e serviços organizacionais (transformação de pessoas), oferecidos.

Deve-se, assim, estudar esses dois tipos de organizações, já que ambas transformam pessoas, mas pessoas diferentes com objetivos diferentes de transformação. Ambas são legítimas e



canalizam recursos, mas o produto dessas atividades é de complexa avaliação, o que fez serem sempre questionadas em sua eficiência, geralmente demandando reformas. São afetadas e construídas pelo ambiente, interagindo com ele de acordo com o nível de abertura e competição entre si. Escolas são mais competitivas que hospícios, dada a clientela e os resultados esperados que são quantificáveis diferentemente nessas instituições.

Segue-se, então, a necessidade de essas organizações apelarem para as inovações tecnológicas na busca de aquiescência do ambiente.

O que se pretende com esta pesquisa é a avaliação do grau de generalidade de alguns desenvolvimentos recentes da teoria organizacional, que significativamente emergiram da análise empírica e da reflexão sobre instituições educacionais.

Inicialmente, far-se-á uma breve revisão da literatura sobre organizações e generalizações teóricas.

## 1.2. A ANÁLISE COMPARATIVA DE ORGANIZAÇÕES: O PARADIGMA CONVENCIONAL

A lógica da análise organizacional é dada pelo suposto de que organizações formais integram e articulam objetivos, estrutura, tecnologia, comportamentos e atividades práticas. Ele é negado nos estudos de caso de orientação mais etnográfica, que configuram as anomalias que desafiam o modelo convencional. O paradigma convencional foi capaz de gerar uma "ciência normal" (Kuhn, 1970), que se expressa também em tipologias



organizacionais (4).

Como afirma Perrow, "a análise organizacional normalmente define organizações como estruturas formais de coordenação e controle de ação de indivíduos enquanto ocupantes de papéis, tendo em vista a implementação de objetivos formalmente prescritos. Estruturas e objetivos são afetados, por um lado, por variáveis ambientais (como a cultura, as relações com outras organizações) e, por outro lado, por variáveis tecnológicas (ou formas utilizadas pela organização para alterar sua matéria prima)" (1972).

Organizações recrutam pessoas com qualificações e habilidades organizacionais específicas e distintas. Possuem uma estrutura interna onde papéis e funções são hierarquicamente estabelecidos, tendo em vista objetivos, regras e normas, com a autoridade concentrada no topo de hierarquia (centralização do poder) ou diluída em níveis intermediários (modelo profissional) (5). Em termos sociológicos, o que interessa saber é como essas pessoas distribuídas nos diversos papéis, funções e lugares organizacionais se comportam no cumprimento dos objetivos

-----  
(4) Para Campos, Edmundo (1980), seguindo T. Kuhn, "o que caracteriza uma ciência normal é o fato de que ela se desenvolve por elaborações sucessivas de uma mesma problemática original, pelo esforço de articulação das diversas teorias ou sub-teorias originadas daquela problemática... Desta forma, a ciência normal não se interessa por problemas novos que não se enquadram no seu limitado horizonte de preocupações. De certa forma, ela é prisioneira de seu paradigma dominante". Campos, Edmundo, "O mito da estrutura e a retórica da racionalidade", in, Anais da 4a. Reunião Nacional da ANPAD, 1980.

(5) Para mais críticas, ver, Perrow, Charles, "Burocracia, Estrutura e Tecnologia", in, Perrow, Charles, Análise organizacional - um enfoque sociológico, 1972.

formalmente prescritos. No primeiro tipo de organização o poder é centralizado, enquanto, no segundo, ele é disperso. Em ambos, o poder e a autoridade são variáveis estratégicas para se entender a estrutura organizacional.

O conceito de estrutura formal refere-se a toda estrutura racional organizada, que envolve padrões de atividades claramente definidas, com uma série de cargos, de posições hierárquicas, papéis que encerram determinado número de obrigações e privilégios, estreitamente definidos por meio de regras limitadas e específicas (6). Essa organização com objetivos específicos (educar/curar) utilizam tecnologias para alterarem sua matéria prima (aluno e paciente, respectivamente), produzindo resultados quantificáveis.

Tecnologia diz respeito a "conjuntos de ações que o indivíduo executa sobre um objeto com ou sem ajuda de ferramentas ou instrumentos mecânicos, no intuito de operar alguma mudança no objeto". (Perrow, 1972).

A relevância da variável tecnológica explícita que tecnologias diferentes demandam estruturas diferentes; estruturas do tipo burocrático utilizam tecnologias mais rotineiras, enquanto as organizacionais mais sofisticadas utilizam modelos profissionais e admitem inovações tecnológicas (7).

O tipo de organização que desenvolve o modelo profissional volta-se para a implantação de tecnologias não-rotineiras e

---

(6) Sobre este assunto, ver: Merton, Robert, "Estrutura burocrática e personalidade", in, Etzioni, Amitai (org.), Organizações complexas - um estudo das organizações face dos problemas sociais, 1978.

(7) Sobre organização e tecnologia, ver: Perrow, Charles, "The neo-Weberian model decision, making, conflict, and technology", in, Perrow, Charles, Complex organizations - a critical essay, 1979.



inovadoras, trabalho em equipes multiprofissionais e, conseqüentemente, a autoridade e o poder são diluídos entre os vários escalões existentes na instituição.

A idéia de poder clássica na sociologia política (8) refere-se à capacidade de um indivíduo induzir ou influenciar o outro a seguir suas diretrizes ou quaisquer outras por ele apoiadas. O poder serve, portanto, para controlar pessoas e mobilizar recursos na manutenção das organizações. Devido essas organizações existirem em um ambiente composto (9), em grande parte, por organizações que fornecem clientela, profissionais e recursos para sua manutenção, elas são evidentemente alvos de constante inspeção e controle por parte desse ambiente. (Etzioni, 1967).

Todas as organizações industriais ou não (Perrow, 1972) têm um "ambiente constituído, no mínimo, de fornecedores, concorrentes, clientes ou usuários, ligações potenciais ou efetivas; instituições governamentais que as regulam, em nível local, nacional e, às vezes, internacional; novas tecnologias e, naturalmente, o complexo meio político e social das comunidades em que vivem" (10).

O paradigma convencional desenvolveu algumas estratégias teóricas para a análise comparativa da organização, no estudo

---

(8) Sobre autoridade legítima e poder, ver, por exemplo: Weber, Max, "Os Três aspectos de autoridade legítima", in, Etzioni, Amitai (org.), op. cit.; ver, também, Perrow, Charles, "A variedade das espécies", in, Perrow, Charles, op. cit.

(9) Sobre estrutura, legitimidade e controle em organizações, ver, Etzioni, Amitai, "Burocracia, estrutura e legitimidade" e "Controle e outros correlatos da organização", in, Etzioni, Amitai, Organizações modernas, 1967.

(10) Sobre tecnologia, ambiente e estrutura, ver, Perrow, Charles, "O Ambiente", in, Perrow, Charles, op. cit.

profundo da vida organizacional e nos contrastes, diferenças e outros aspectos relevantes da organização (11).

Uma primeira alternativa para a construção de uma tipologia da organização é dada pelas funções manifestas que elas cumprem para a sociedade. A tipologia parsoniana define organizações como "um sistema que atingidas suas metas produz um elemento identificável que pode de alguma forma ser utilizado por outro sistema; isto é, a produção da organização representa para o outro sistema uma entrada ou acréscimo" (1978).

Parsons vê as organizações como instituições funcionalmente articuladas que produzem bens e serviços, sendo instrumentos de criação e reforço de ordem e valores sociais. Incluem-se as corporações, os exércitos, as escolas, os hospitais, as igrejas e as prisões.

Assim, há que se distinguirem quatro tipos de organizações: as que maximizam a adaptação do sistema social em relação ao ambiente (orientadas para a produção econômica); as que possibilitam o atingimento de metas coletivas (organizações políticas); outras orientadas para a manutenção dos padrões valorativos do sistema social (religiosas, educacionais) e as que produzem decisões reguladoras (prisões, hospitais custodiais).

Parsons elegeu o nível cultural e institucional como o seu foco preferencial da análise de sistemas sociais: valores e normas governando coletividades e papéis; daí, a importância dos processos de socialização e institucionalização para a integração de indivíduos, coletividades e subsistemas. A legitimidade é produto da coerência normativa, logo, há entre organizações e ambiente, um amplo intercâmbio funcional (bens e serviços) valorativo. Os valores organizacionais, em sentido mais abrangente, legitimam sua existência como sistema.

---

(11) No livro organizado por Ezioni, Amitai, op. cit. há uma série de artigos de diversos teóricos da área, que desenvolvem bem o tema.



Parsons enfatiza, assim, que o ponto principal de referências na análise da estrutura de qualquer sistema social é o padrão de valores (12).

Ao perceber as sociedades como sistemas de organizações, argumenta que o produto de um subsistema será sempre consumido por outro, formando, assim, uma rede de interligações e interação social com o sistema social mais complexo.<sup>0</sup> A legitimidade advém de grupos fornecedores, instituições regulamentadoras, do público inquiridor e dos contribuintes (todos os componentes do ambiente da organização).

Uma crítica (13) que faz ao modelo diz respeito à questão da integração e da legitimidade dessas organizações. Elas cumprem funções manifestas para com a sociedade, na qual as pessoas criam e difundem valores.

Perrow (1972), por exemplo, diz "no setor econômico acredita-se, geralmente que o objetivo se atinja através de mecanismos de mercado, ou seja, se uma organização produz algo que alguém deseja adquirir, a própria aquisição confere legitimidade à organização e ao seu produto. A prostituição, o crime organizado e o jogo ilegal, para citar uns poucos exemplos desse tipo de atividades, não são exceção. Se alguém não puder ser persuadido a comprar seus produtos uma organização não sobreviverá; há algumas delas "não autênticas" que não apenas

---

(12) Para mais críticas, ver: Parsons, Talcott, "Sugestões para um tratado sociológico da teoria de organização", in, Etzioni, Amitai (org.), op. cit.

(13) Nos trabalhos de Perrow, Charles, op. cit.; Foucault, Michel, Microfísica do poder, 1979; Goffman, Erving, Manicômios, prisões e conventos, 1974, os autores contestam o modelo convencional de se analisar estrutura organizacional.

sobrevivem, mas prosperam" (14).

Nesta perspectiva analítica, como são analisados esses dois tipos de organizações (escola/hospício)? E quando essas instituições fracassam (15), produzindo o contrário do esperado, a repetência do aluno ou a cronificação (16) do louco? Apesar, de serem tão criticadas em alguns momentos, elas canalizam grandes recursos com um alto grau de legitimidade ambiental.

Isso decorreria da importância de escolas e hospitais específicos, do fato de elas se tornarem indispensáveis em função de outros valores que não são objetivos manifestos (custódia, rotina)?

Neste sentido, o discurso do fracasso, da incompetência organizacional (17) torna-se um mito que justifica demandas de maiores recursos do ambiente para serem mais eficientes e menos incompetentes.

Em outros termos, as organizações são criticadas, mas resistem. E sua importância advém, basicamente, da inexistência de alternativas funcionais. O que se colocar no lugar das escolas e dos hospitais?

A "auto-avaliação institucional", portanto, faz-se

---

(14) Perrow, Charles, "Os objetivos da organização", in, Perrow, Charles, op. cit.

(15) O fenômeno do fracasso é frequentemente encontrado em hospitais de um modo geral e em escolas de periferia.

(16) "Cronificação", termo empregado quando se refere a pacientes que não apresentam sintomas de recuperação em sucessivas internações em hospitais.

(17) Sobre fracasso escolar, ver, por exemplo: Mourão, Anamaria, A Escola reprovada: subsídios para compreensão da reprovação escolar, 1982.



necessária e fundamental para a aquiescência e obtenção de legitimidade, credibilidade frente às agências ambientais e, conseqüentemente, canalização de novos e maiores recursos.

Uma outra crítica (18) relevante ao modelo refere-se ao problema de autonomia das organizações em face do sistema social. Parsons, como vimos, elimina o problema, tornando as organizações agências de produção de insumos para o sistema social como um todo.

O que interessa, do ponto de vista de organizações tomadas individualmente, não é tanto sua contribuição e interação com os outros subsistemas, mas os insumos, energia e recursos que elas extraem, canalizando e adquirindo vida própria dentro do sistema. Ao contrário do que ele supõe, essas organizações não são integradas, mas se tornam autônomas e competitivas, explorando recursos próprios e energia do ambiente (19).

Uma outra dimensão deste problema diz respeito à ênfase dada por Parsons à interdependência da organização com o ambiente (20). De fato, a interdependência existe, mas é apenas uma variável no sistema (Gouldner) (21), ou seja, organizações são entidades competitivas, que buscam controlar o ambiente, mais

---

(18) Para mais críticas sobre o tema, ver: Rason, Stewart et alii, "The Structuring of organizational structures", in, Administrative Science Quarterly, 1974.

(19) Sobre organizações e ambiente, consultar: Perrow, Charles, op. cit. e Etzioni, Amitai, "A organização e ambiente social", in, Etzioni, Amitai, op. cit.

(20) Para uma visão crítica da questão, ver: Goffman, Erving, "As características de instituições totais" e Blau, Peter, "A dinâmica da burocracia", in, Etzioni, Amitai (org.), op. cit.

(21) Gouldner, Alvin, "Patos metafísico e a teoria da burocracia", in, Etzioni, Amitai (org.), op. cit.



do que servir a necessidades sistêmicas. Disso resultam a estratificação e a disputa de poder entre organização, e, não, como Parsons supõe, um universo organizacional integrado pelas contribuições funcionais das organizações para o sistema. Assim, "o ambiente constitui sempre uma ameaça e um recurso, às vezes é claramente um dos dois, e outras vezes o que poderia constituir em ameaça transforma-se em recurso, a um preço, naturalmente". (Perrow, 1972). Pode ocorrer que organizações mais poderosas terão maior independência e, conseqüentemente, extrairão maiores insumos do ambiente para sua manutenção. Além disso, organizações econômicas poderosas (automobilísticas, por exemplo) chegam a forçar a criação de um mercado para a venda de seu produto (22).

Parsons considera objetivos como dimensões não problemáticas da vida organizacional. A literatura, por sua vez (23), indica que a questão dos objetivos não se reduz à atribuição de objetivos societários pelo analista. Sendo objetivos difusos, a análise dos resultados torna-se difícil de se obter e de se medir. Daí que a variável "objetivos" não consegue explicar a estrutura organizacional, como o modelo parsoniano tenta imputar, mas serve apenas de auxílio na compreensão da problemática organizacional.

Uma alternativa para se evitarem os riscos teóricos dos modelos de organizações que utilizam objetivos como critérios da elaboração de tipologia é a escolha da dimensão estrutural

---

(22) Ver capítulo sobre ambiente e as organizações, Perrow, Charles, op. cit., discute o tema.

(23) Para críticas ao modelo convencional, consultar: Sills, David, "A modificação de objetivos"; Cressey, Donald, "Consecução de um objetivo organizacional não-declarado" e Thompson, James e McEwen, William, "Objetivos organizacionais e ambiente", in, Etzioni, Amitai (org.), op. cit. Consultar também Weick, Karl, "Educational organizations as loosely coupled, systems", in, Administrative Science Quarterly, 1976.

(Etzioni, 1967). Nesta perspectiva, aparentemente, objetivos organizacionais são irrelevantes.

Dado qualquer objetivo organizacional (24), recuperação ou custódia, credenciamento ou assistência social, no caso das organizações que estudamos, estas desenvolvem estruturas de controle de seus membros no sentido de orientar suas atividades práticas para a consecução de fins organizacionais.

Distinguem-se portanto, pelos recursos de controle utilizados pelas elites organizacionais para obter aquiescência dos escalões inferiores. Estes, por sua vez, apresentam reações comportamentais que tendem a ser congruentes com os recursos de controle predominantemente utilizados na organização. Haveria possibilidade, então, de construir uma tipologia de organizações onde o critério principal seria o de controle. As organizações utilitárias remuneram a conformidade, enquanto, em organizações normativas, a aquiescência decorre da generalização da crença em símbolos de prestígio e participação ritual, e as organizações coercitivas utilizam meios de coerção, e punição caracterizados por um alto grau de alienação dos participantes.

Neste sentido, a tipologia de Etzioni é mais sensível a variações entre organizações formalmente voltadas para o mesmo objetivo. Assim, os hospícios custodiais (25) são exemplos típicos de organizações coercitivas, enquanto os voltados para a cura são considerados organizações normativas, onde se busca um envolvimento moral entre a autoridade e o "staff" e os pacientes. Por outro lado, as instituições educacionais aproximar-se-iam dos

---

(24) Ver: Etzioni, Amitai, "O objetivo da organização: senhor ou servo?", op. cit. e "Sociologia industrial: o estudo das organizações econômicas", op. cit.

(25) A distinção entre hospício custodial e de recuperação refere-se, no primeiro caso, a hospício onde o objetivo é apenas a custódia do louco, enquanto, no segundo, é a recuperação do doente.



hospícios de cura, pela substituição de meios coercitivos de controle pela censura moral ou a distribuição de honrarias, prêmios, castigos simbólicos, etc.

A tipologia de Etzioni, então, acena para a possibilidade de variações intratipos funcionalmente definidos, embora, para tanto, o autor tivesse que recorrer ao que ele, a nível teórico, buscava evitar: o recurso a objetivos como critério classificatório.

"Os objetivos constituem, também, uma fonte de legitimidade que justifica as atividades de uma organização e, na verdade, até sua existência. Além disso, os objetivos servem como padrões, através dos quais os membros de uma organização e os estranhos a ela podem avaliar o êxito da organização, isto é, sua eficiência e seu rendimento. Os objetivos servem também, de maneira semelhante, como unidades de medida para o estudioso de organização que tenta verificar sua produtividade". (Etzioni, 1967).

Etzioni retém a orientação para objetivos e torna o critério principal - os meios de controle - diferentes dos objetivos: escolas são normativas, e hospícios, coercitivos: "embora os hospitais psiquiátricos e centros de reabilitação (prisões abertas), sejam predominantemente organizações normativas é óbvio que são menos normativas que organizações religiosas, hospitais gerais ou universidades". E acrescenta, "aqui como nas escolas, a coerção pelo menos de forma latente reforça os poderes normativos" (Etzioni, 1967).

A principal crítica ao modelo de Etzioni centra-se na classificação pouco elucidativa que acaba fazendo, ou seja, organizações utilitárias compram e geram cálculos; as coercitivas punem e alienam, as normativas doutrina e envolvem moralmente.

O comportamento organizacional não pode ser visto unicamente pelos aspectos formais (propostas, metas, formas de controle, etc), mas, principalmente, pelos aspectos práticos de controle e



poder, nos conflitos dos diversos grupos políticos, na luta diária pelo poder, prestígio interno, etc. Neste sentido, seu modelo torna-se tautológico, avançando pouco na análise organizacional.

A escola tecnológica (Perrow, 1967) procurou reter a dimensão estrutural como critério classificatório de tipos organizacionais, ao mesmo tempo em que procurou evitar os problemas empíricos da imputação de objetivos e os percalços lógicos da articulação entre estrutura, meios de controle e respostas comportamentais. Organizações usam tecnologias, e estas afetam o formato da estrutura organizacional. Supõe-se que tecnologias alteram a estrutura, e esta, por sua vez, controla atividades e pessoas.

A introdução da variável tecnológica é estratégica no sentido da elaboração de tipologias mais sofisticadas de estruturas organizacionais: organizações com objetivos diferentes podem ter estruturas do mesmo tipo porque empregam tecnologias semelhantes (rotineiras ou não-rotineiras) (26). Perrow distingue organizações burocratizadas e não-burocratizadas, tendo, como critério, a espécie de trabalho levado a efeito na organização: o grau de rotina existente ou a ausência de qualquer rotina (27). Segundo o autor, "o termo rotina aparecerá sempre a existência de duas condições: técnicas bem-estabelecidas e de funcionamento garantido e sua aplicação a matérias-primas são basicamente iguais. Há uma certa insegurança com relação aos métodos e pouca variação nas tarefas a serem executadas. E a ausência de rotina pressupõe poucas técnicas arraigadas, poucas dúvidas a respeito de métodos e uma variedade de tarefas a serem executadas, uma vez que a matéria-prima não é padronizada ou que os pedidos dos

---

(26) A tentativa mais elaborada de se construir uma tipologia de organizações baseada na tecnologia implementada é feita por Perrow, Charles.

(27) Ver, especialmente, o capítulo "Burocracia, estrutura e tecnologia", in, Perrow, Charles, op. cit.

clientes exigem produtos diferentes ou feitos por encomenda". (Perrow, 1972).

No primeiro caso, enquadram-se os hospícios e as escolas que "rotinizam" o trabalho, investem pouco em inovações tecnológicas e onde o tipo de matéria-prima a ser processada é mais padronizada. No segundo, situam-se os hospícios e as escolas inovadoras que, ao serem bem-sucedidas, ganham fama, prestígio, atraindo pessoal altamente especializado para trabalhar nelas como também clientela diferenciada que exige resultados diferenciados.

A tipologia da clientela (tanto dos hospícios quanto das escolas) é definida, por um lado, pela natureza da doença (aguda ou crônica), e, por outro, pela natureza sócio-econômica da clientela. Em outras palavras, padronizam-se o ensino e a cura em populações de baixa renda, e inovam-se tecnologias em populações de alto poder aquisitivo. É bem verdade, também, que, em algumas instituições, implementam-se tecnologias inovadoras em populações desfavorecidas, mas evidentemente com propósitos de experimentações de novos métodos e técnicas, por parte dessas instituições.

Generalizando, pode-se afirmar que escolas e hospícios que lidam com tecnologias inovadoras possuem corpo profissional sofisticado e "processam" pessoas sem uma padronização, assemelham-se a indústrias sofisticadas (dentro do modo de produção); os que desenvolvem uma tecnologia rotineira padronizam sua produção (clientela), e aproximam-se das indústrias de linha de montagem.

O ponto principal de críticas ao modelo tecnológico refere-se à relação entre estrutura e tecnologia (28).

---

(28) Para mais críticas, consultar: Meyer e Rowan, "The structure of educational organizations", in, Meyer, Marshall et alii, Environments, 1978; Strauss, Anselm, Psychiatric ideologies and institutions, 1964, e Moreira, Diva, Psiquiatria, controle e repressão social, 1983.



Não há consenso quanto ao que seja "saúde mental" e "educação". A saúde mental está sempre muito relacionada com as normas comportamentais socialmente valorizadas e que definem comportamentos convencionais. Em outras palavras, a definição de saúde mental (cura) e a de educação (credenciamento) têm um alto grau de imprevisibilidade e incerteza. Não há como medir e avaliar o que seja educar/curar; portanto, o resultado final em relação à matéria-prima (paciente/aluno) é altamente imprevisível.

A crítica, evidentemente, diz respeito à definição operacional de tecnologia. Perrow supõe que tecnologias sejam inteligíveis, e os estudos (29) empíricos mostram que elas não o são, pelo menos nas organizações que processam pessoas.

Há evidências em estudos recentes sobre escolas (Meyer e Rowan, 1978) e hospitais (Strauss, 1964; Moreira, 1983), de que as tecnologias implementadas não são claras: "Existe muito pouco controle formal para definir exatamente o que significa qualquer tópico dado ou para assegurar se os tópicos específicos são ensinados da mesma forma" (Meyer e Rowan, 1978).

Na verdade, as tecnologias adaptam-se à estrutura, a qual se molda de acordo com as necessidades da vida diária da organização, e, portanto, não é a tecnologia que determina a estrutura, como propõe o modelo tecnológico. "Educadores e seus ambientes sociais desligam sua estrutura, ritual de atividades de instrução e resultados e usam uma lógica de confiança. Deste modo, organizações educacionais trabalham mais sutilmente do que

---

(29) Os estudos empíricos de Strauss (1964) sobre a relação do paciente com o "staff" organizacional; de Moreira (1983) sobre o poder e o controle que o hospital exerce sobre sua clientela mais especificamente, sobre a "função social" que o hospital passa a exercer; e, Meyer e Rowan (1978) que trabalharam com escolas, enfocando o lado ritual e inaparente que as escolas possuem, ao emitirem diplomas, em larga escala.



é comumente suposto, obtém altos níveis de sustento externo da comunidade divergente e fontes do Estado e maximizam o significado e prestígio das categorias rituais de pessoas que elas produzem e empregam" (Meyer e Rowan, 1978).

### 1.3. AMBIENTE, ESTRUTURA E ATIVIDADES PRÁTICAS

Alguns desenvolvimentos recentes de teoria organizacional que, significativamente, emergiram da análise empírica e da reflexão sobre instituições educacionais (Meyer, 1978, Weick, 1976, Benson, 1977 e outros) colocaram em questão os supostos centrais do paradigma convencional. Campos (1980) aponta em seu trabalho (30) que "investigações recentes têm mostrado que, ao contrário do que faz supor a literatura convencional da teoria organizacional, naquele tipo de organização a estrutura não é um correlato da tecnologia, e nem desempenha as funções de coordenar as atividades produtivas. Em outros termos, estrutura tem pouco a ver com racionalidade instrumental ou econômica. Ao contrário, a tecnologia das organizações é tão difusa que qualquer formato estrutural seria igualmente apropriado".

Organizações que "processam" pessoas, especialmente quando estudadas mais de perto, tendem a mostrar surpreendente autonomia dos papéis de linha (Goffman, 1974, Moreira, 1983), em contraste com o esperado da operação das hierarquias de autoridades do paradigma convencional (31); quase sempre a maioria das

---

(30) Campos, Edmundo, op. cit. discute como a estrutura organizacional transforma-se em um mito.

(31) Para mais críticas, ver, por exemplo: Goffman, Erving, "As Características das instituições totais", in, Goffman, Erving, op. cit.; Stanton, Alfred e Schwartz, Morris, "O hospital para doenças mentais e o paciente", in, Etzioni, Amitai (org.), op. cit. e Moreira, Diva, "O Hospital psiquiátrico e a iatrogênese", in, Moreira, Diva, op. cit.

instituições totais parece funcionar meramente como armazéns para os internos, mas, como já foi sugerido, geralmente se apresentam ao público como organizações racionais designadas conscientemente como máquinas efetivas para produzir algumas finalidades oficialmente admitidas e para fins oficialmente aprovados. Foi também lembrado que uma frequente objeção oficial é a reforma dos internos, mediante algum padrão ideal. Esta contradição, pois, entre aquilo que a instituição realiza e aquilo que seus funcionários precisam dizer que faça, constitui o contexto central da atividade diária do "staff".

Apesar de sua legitimidade institucional, essas organizações têm suas práticas frequentemente questionadas por paradigmas emergentes (32), o que contraria o suposto convencional da articulação e integração entre estrutura formal e atividades práticas. Em outros termos, essas organizações definem-se pela disjunção entre estrutura formal e atividades práticas, entre controle e ação.

Meyer e Rowan (1978), em estudos sobre organizações educacionais, evidenciam a imprevisibilidade das tecnologias implementadas nessas organizações. "Nem o ensino e nem a socialização do estudante é sujeito à inspeção e avaliação organizacional. Nas escolas existem poucos padrões detalhados de conteúdo ou procedimento de instrução.

Existe carência similar de coordenação e controle sobre as dependências técnicas. Deste modo, escolas minimizam interdependências sequenciais inerentes em sua tarefa de instrução e professores se adaptam informalmente à variabilidade do estudante. "As tecnologias são incertas, não havendo consenso entre os profissionais quanto à eficiência e, mais do que construções racionais, tornam-se produtos de crenças organizacionais" (Meyer e Rowan, 1978).

---

(32) Estes paradigmas foram desenvolvidos por Meyer e Rowan (1978), em estudos de organizações educacionais e por Weick (1970), Benson (1977), Strauss (1964), em hospícios.



O suposto básico da análise sociológica clássica é o de que organização formal é um sistema de atividades ou forças conscientemente coordenadas entre duas ou mais pessoas, ou seja, constitui a expressão estrutural de ação racional.

Perrow (1972) em seu trabalho sobre organizações, contrapõe o modelo weberiano, dizendo que o "ideal do ponto de vista de produção eficiente é que as organizações tenham um ambiente estável e que seu pessoal não seja influenciado por fatores alheios à organização - mas obstante, a organização ideal não existe e um dos principais motivos é que aqueles que executam as tarefas organizacionais têm de ser mantidos por fatores externos. A organização não constitui toda a vida dessas pessoas, não é sociedade" (33).

É certo que organizações são instrumentos de ação racional, embora fundadas em base não-rationais (atividades diárias, que fogem ao controle formal da instituição) e expostas à emergência de significados, interações e interpretações dos participantes. Isso significa que, na vida diária, as organizações se adaptam à realidade organizacional, as suas demandas.

Neste caso, à primeira vista, haveria duas organizações, uma racionalmente desenhada e outra que respondia a conceitos como necessidades, interação de personalidades totais, interpretação orgânica (34) ou processos de interação de pequenos grupos. Selznick (1978) em trabalho sobre organizações mostra que, à medida que inspecionamos estas estruturas formais, começamos a verificar que jamais ocorre de elas conquistarem as dimensões não-rationais do comportamento organizacional. Evidentemente que esta dimensão não-rationa se apresenta como indispensáveis para a existência continuada do sistema de coordenação e, ao mesmo tempo, como fonte de fricção, dilemas, dúvidas e ruínas.

---

(33) Ver Perrow, Charles, op. cit.

(34) Consultar o artigo de Selznick, Philip, "Fundamentos da teoria de organização", in, Etzioni, Amitai, op. cit.



A organização fundada na interpretação orgânica, na interação de grupos, representa, obviamente, a organização real que corresponderia às necessidades e interpretações diárias da organização. Isto implica a discrepância entre a estrutura racionalmente construída e os cursos reais das ações organizacionais. Podemos afirmar que as organizações, de modo geral, têm um ambiente constituído, no mínimo, de fornecedores, concorrentes, clientes ou usuários, instituições governamentais que as regulam e o contexto social e político em que elas convivem.

Outro ponto de ataque é a própria idéia de racionalidade (35). Neste caso, as organizações são vistas como contextos de tomada de decisões, e a estrutura orienta os participantes através de símbolos e vocabulários que simplificam o mundo. Os objetivos organizacionais resultam em barganhas e negociações e, muitas vezes, são reconstruções de desempenhos formados da organização (Weick, 1976), e, não, metas racionalmente perseguidas ou imposições sistêmicas.

Recentemente, algumas proposições têm surgido na literatura, no sentido de enfatizar dimensões do fenômeno organizacional, geralmente negligenciadas pelo paradigma dominante.

A primeira proposição refere-se às organizações como sistemas frouxamente articulados (a questão da racionalidade).

March e Simon (1972) colocam em questão os limites da racionalidade (36): "o ambiente organizacional e social em que se encontra o tomador de decisão determina quais as consequências que irá antever e quais as que não preverá; quais as alternativas que vai considerar e quais as que vai ignorar. Numa teoria de

---

(35) Ver, Campos, Edmundo, op. cit.

(36) March, James e Simon, Herbert, "Limites cognitivos da racionalidade", in, March, James e Simon, Herbert, Teorias das organizações, 1972.

organização, essas variáveis não podem ser tratadas como fatores independentes inexplicados, mas têm que ser determinados e previstas pela teoria".

Quando Meyer e Rowan (1978), analisaram os sistemas educacionais evidenciaram que esses sistemas carecem de coordenação interna, especialmente no que diz respeito ao "conteúdo e métodos", ou seja, na sua atividade essencial - a instrução. Esta propriedade das organizações educacionais, entre outras, conduziram March e Olsen (1976) e Weick (1976) a aplicar o termo "acoplamento frouxo" a estas organizações, ou seja, a estrutura é desligada de sua atividade técnica, e as atividades, de seus efeitos.

A idéia de acoplamento frouxo (37) é invocada, caso haja, uma variedade de situações, por exemplo: a flexibilidade de horários, quando meios variáveis produzem os mesmos objetivos, falta relativa de coordenação, ausência relativa de regulamentos, respostas não-planejadas, inspeção infrequente das atividades nos sistemas, delegação de descrição, etc. Possibilita que a organização seja capaz de responder a cada pequena mudança que ocorrer no ambiente, fornecendo a ela o mecanismo sensível de adaptação ambiental. Não se trata de duas organizações em uma só (uma formal e outra informal), mas de sistemas frouxamente articulados (Weick, 1976) que conseguem explicar e responder as demandas diárias e reais da vida organizacional de uma instituição.

A segunda proposição diz que, ao contrário do que supõe o modelo racional, as organizações experimentam uma disjunção entre objetivos, estrutura e atividades práticas.

Segundo Benson (1977), ocorre no interior das organizações,

---

(37) Ver Weick, Karl, op. cit. e Meyer, John e Rowan, Brian, op. cit.



uma constante construção social da realidade (38) organizacional. A construção da realidade social não é um processo intencional, racional, mas é criada através de atividades diárias e rotineiras. Papéis são construídos, relacionamentos, formados, e instituições, definidas na implementação quotidiana das atividades organizacionais. Desse modo, a construção da realidade é um processo contínuo, mais do que decorrente de um propósito formal, onde papéis, arranjos estruturais, objetivos, tecnologias são definidos e negociados.

Neste caso, ao se privilegiar a abordagem dialética, há um avanço substantivo na compreensão das estruturas organizacionais, pois estas não aparecem como estrutura isoladas. São quatro princípios básicos que esta abordagem desenvolve: a construção social da realidade, a totalidade, as contradições e a praxis; o que quer dizer que as organizações são tomadas como processos contínuos e dialéticos.

A organização é observada na sua totalidade, tornando seus membros como indivíduos socialmente inseridos no contexto social mais amplo.

Portanto, análise dialética fornece subsídios para ir além dos limites da racionalidade/funcionalidade, mostrando que o mundo social é composto por arranjos sociais que possuem a aparência de serem fixos e permanentes, mas que, na realidade, são temporários, e os padrões, arbitrários. Por fim, ela contribui com esse processo, desvendando contradições, atividades humanas, limites da ordem presente e revelando os mecanismos de transformação.

---

(38) O autor introduz uma dimensão inovadora para analisar organizações. Ele a analisa dialeticamente, partindo dos acontecimentos diários com os diversos membros da organização. Benson, J., Organizations: dialectical view, in, Administrative Science Quarterly, 1977.



A terceira proposição refere-se ao desenho racional da estrutura como relato legitimador da organização face às agências ambientais poderosas.

Desenvolve-se todo um ritual administrativo e burocrático por parte das organizações frente à inspeção dessas agências. Cria-se uma "aparência" de ordem, produtividade e cumprimento dos objetivos propostos (a escola educa, o hospício cura).

Nesta perspectiva, o desenho racional da estrutura (ou a idéia de que a estrutura formal controla comportamentos e atividades) torna-se um relato legitimador da organização em face dessas agências (39). A família, a sociedade e o Estado, como agenciadores e financiadores diretos dessas organizações, requerem por parte destas um discurso formal que possibilite sua legitimação na estrutura social mais ampla. É necessário que organizações, através de definições formais dos objetivos e da estrutura, mostrem aderência ao mito social da racionalidade, para possibilitar e assegurar a funcionalidade (através da disjunção (40) delas próprias. A estrutura transforma-se em mito (Campos, 1980), "no geral, a estrutura é a mensagem! Ela própria constitui-se nos sinais que organizam para os membros a realidade que reconhecem como organização. Nesta função cognitiva a estrutura organizacional é uma metáfora. E na medida em que os membros interpretam literalmente tal metáfora, na medida em que crêem nela, passam ser seu instrumento".

A quarta proposição diz respeito à análise das atividades organizacionais que, em grande parte, consistem em rituais classificatórios (de membros, clientes, etc.).

Isto não significa que controles burocráticos não operam

---

(39) Refere-se ao Estado (INAMPS/MEC e Secretaria da Educação) e a família como principais agenciadores do empreendimento social - cura/instrução.

(40) Sobre disjunção, ver Weick, Karl, op. cit.

nessas organizações. Eles existem e são rigorosos quanto à definição e contabilidade de suas "classificações rituais", ou seja, quem é louco, quem é médico, enfermeiro ou atendente, quem é estudante, professor e mais, o que é ensinado ou terapêutica é utilizada. O que fogem ao controle burocrático são as atividades substantivas da organização (cura, custódia, e ensino).

Entretanto, estudos recentes sobre essas organizações (Moreira, 1983 e Strauss, 1964) mostram que seus objetivos não são de forma alguma claros e operacionais. Hospícios e escolas aparecem, na literatura, como arenas políticas, onde grupos conflituam e negociam suas próprias definições de objetivos organizacionais - a cura, custódia, instrução ou socialização de sua clientela. (Perrow, 1972; Strauss, 1964). Neste sentido, em muitos casos, hospícios assumem objetivos custodiais para a proteção da sociedade dos loucos, insanos que ameaçam a ordem estabelecida e se tornam perigosos, nocivos e inúteis à própria sociedade. Assim, os objetivos terapêuticos passam a não ser considerados.

Por fim, a quinta proposição (41) refere-se à questão de controle sobre essas atividades, resultante, em grande parte, do estabelecimento de uma lógica de confiança entre autoridades e executores - o pessoal de linha (42) tende à autonomia. No estabelecimento deste pacto, os superiores passam, de fato, a ter menos poder, e o pessoal de linha, ao contrário do que é previsto no modelo convencional, passa a ter maior poder na vida diária dessas organizações, em contraposição do suposto convencional de

---

(41) Sobre esta questão, ver: Weick, Karl, op. cit.; Strauss, Anselm, "Negotiated order and the co-ordination of work", in, Strauss, Anselm, op. cit. e Meyer, John e Rowan, op. cit.

(42) Pessoal de linha refere-se, basicamente, aos executores de tarefas, aqueles que lidam diretamente com a clientela (alunos e pacientes). Nesse caso específico, refere-se aos atendentes e professores.



que a ordem é decorrente do controle estrutural sobre as atividades práticas da organização, no sentido de canalizá-las para o atingimento de objetivos definidos pelas posições superiores da hierarquia da autoridade.

O controle sobre essas atividades é, em geral, resultado do estabelecimento de uma lógica de confiança, dada a autonomia do pessoal de linha, entre autoridades e executores. Tem-se, aí, uma rede de negociações que permeia a estrutura formalmente estabelecida.

A questão do poder, aqui, é tratada com outra perspectiva, já que o poder não é analisado só na esfera da autoridade "oficial", mas também, e principalmente, nas esferas do poder de lideranças, nos sistemas alternativos baseados em diferentes bases de poder, negligenciados pelo modelo convencional. É preciso estender a análise de poder, de autoridade organizacional às redes inter-organizacionais, blocos de poder político-econômico, sistemas legais e similares (43).

Em síntese, o que aprendemos com a revisão da literatura sobre organizações que processam pessoas é que elas colocam, em cheque, as suposições básicas do paradigma convencional: seus objetivos são ambíguos, frequentemente conflitivos e, geralmente, negociados entre os diversos grupos políticos nas organizações; as atividades práticas orientam-se por tecnologias vagas e não-inteligíveis intersubjetivamente e, o que é fundamental, o controle da estrutura organizacional é centrado, principalmente, no sistema das classificações rituais e nas atividades práticas

---

(43) Sobre a questão do poder em organizações, consultar, por exemplo: Etzioni, Amitai, "Autoridade administrativa e autoridade de especialista", in, Etzioni, Amitai, op. cit.; Pfeffer, Jeffrey, "The micropolitics of organizations", in, Meyer, Marshall et alii, op. cit.; Strauss, Anselm, op. cit. e Paixão, Antônio, A Etnometodologia e o estudo do poder: notas preliminares, 1986, e outros.



das organizações implementadas pelo pessoal de linha, com grande autonomia no seu contato direto com a clientela.

#### 1.4. ESCOLAS E HOSPÍCIOS: DIMENSÃO DE COMPARATIVIDADE

É importante ressaltar, aqui, algumas proposições da teoria que justificam a escolha das organizações a serem comparadas.

Estudos recentes de organizações psiquiátricas (Strauss, 1964) demonstram convergências intrigantes entre seus achados empíricos e estas linhas teóricas recentes. Hospícios apresentam a mesma disjunção entre estrutura formal e atividades práticas observadas pelos teóricos de organizações educacionais: atendentes e enfermeiros experimentam alto grau de autonomia; diretores e psiquiatras aceitam como natural esta autonomia, já que este pessoal é visto como "competente" e "conhecedor direto" da clientela; hospícios estruturam-se mais em função de conformidade com critérios do INPS do que em função da integração e do controle entre seus diversos componentes; a ordem interna aparece muito mais como negociação entre atores políticos e forças ambientais poderosas do que imposição das posições de autoridades na estrutura formal.

Assim, o conceito de organização como sistema frouxamente acoplado tem efeito inovador sobre as perspectivas existentes a respeito de organizações e sugere algumas prioridades de pesquisa para a análise organizacional:

- a) desenvolver ferramentas conceituais capazes de descrever sistemas frouxamente acoplados;
- b) nas organizações educacionais existem elementos disponíveis para acoplamentos, os quais podem variar segundo o tempo e a situação em que ocorrem;

- c) desenvolver metodologia contextual: para enxergar estes mundos acoplados frouxamente é necessário desenvolver metodologias não-convencionais estudando as que são pouco exploradas;
- d) inquirir empiricamente as funções e disjunções associadas com acoplamentos frouxos e, finalmente, descobrir como os membros entendem este mundo.

No caso dos hospícios, tem-se um processo de classificação dos doentes mentais (pacientes mansos, bravos, esquizofrenia, neurose, etc.) e, a partir desta classificação, se procede ao "ritual de passagem" de um estágio a outro - quem sobe, desce, recebe alta, etc. Estes rituais de passagem e classificação são, de certa forma, controlados burocraticamente.

Há, então, uma disjunção entre as classificações rituais e as atividades práticas (terapêuticas). Estabelece-se, aí, uma lógica de confiança entre os profissionais do hospital, que possibilita uma aparente ordem e integração.

Já as escolas, como descrevem Paixão e Gardenal (1982) (44) são anarquias organizadas: "organizações educacionais dissociam suas classificações rituais" (alunos, professores, currículos) ou "estrutura" de suas atividades técnicas (instrução). As organizações acadêmicas apresentam uma clara disjunção entre estrutura formal e atividades. Estas disjunções - entre estrutura formal e atividades práticas (ou técnicas) e, entre estas e seus efeitos - são acompanhadas pelo estabelecimento de uma "lógica de confiança", que perpassa todo o sistema organizacional da educação e dá a ele a aparência de coerência e integração".

---

(44) Neste estudo, os autores mostram como as Universidades são, de fato, "anarquias organizadas", mas que apresentam uma estrutura formal organizada e eficiente. Paixão, Antônio e Gardenal, Lília, Ciclo básico na Universidade brasileira: temas e problemas principais, 1982.



Nas sociedades modernas, a educação é altamente institucionalizada. Suas categorias (estudantes, graduados) bem como sua classificação ritual de procedimentos de produção - tipos de professores, tópicos e escolas - são todos derivados de crenças e regras institucionalizadas em conformidade com a sociedade.

Essas organizações carecem de controle nas suas atividades diárias, visto que o trabalho educacional acontece dentro do isolamento da sala de aula, destituída de controles organizacionais, e há pouco detalhamento no conteúdo e procedimentos de instrução, minimizando, deste modo, a interdependência sequencial inerente à tarefa de instrução, e os professores adaptam informalmente à variabilidade do estudante.

No trabalho realizado por Strauss (1964) sobre instituições psiquiátricas, ele afirma que, para entender este fenômeno de negociação, é importante observar que muitos arranjos administrativos não se baseiam em regras: alguns devem ser continuamente renegociados pelos participantes.

Regras que parecem isentas de negociação transformam, na verdade, uma ilha pequena, bem-estruturada, em um vasto oceano de negociação e construção social na realidade organizacional.

Reforçando a hipótese da lógica de confiança estabelecida entre os componentes da organização - atividades práticas e seus executores com a estrutura formal - outro trabalho de pesquisa em hospitais psiquiátricos feito por Machado (1979) mostra que "existe um acordo tácito entre hospital/psiquiatra/atendentes, pelo qual tarefas que usualmente e necessariamente deveriam ser executadas pelos psiquiatras são delegadas aos atendentes. Consequentemente, com este repasse de responsabilidade para "inferiores", aloca-se, naturalmente, um poder real a estes atendentes sobre as atividades diárias do hospital" (45).

---

(45) Machado, Maria, H. Instituição psiquiátrica: um estudo de caso, 1979.



Assim, escolas e hospitais servem e mantêm mitos socialmente relevantes. Na escola, a competência, fator que leva o indivíduo a ter ou não o "passaporte" - a "carteira de habilitação" para o mundo social, ganhando prestígio e ascensão social, faz com que o indivíduo se submeta a todo um processo e ritual classificatório dentro da escola por anos a fio para a obtenção desse passaporte social. O mesmo ocorre nos hospitais onde os mitos da "cura"/"custódia", fazem com que a família entregue, por um determinado tempo (curto ou longo), seu membro "doente" à instituição, para que ela reestabeleça a normalidade necessária ao convívio social.

Estas proposições surgiram em grande parte, do estudo de organizações educacionais, e alguns autores (Meyer e Rowan (1978), por exemplo) apostam em sua generalidade para a explicação do fenômeno organizacional (46).

Daf, a lógica da comparação proposta: o estudo dos processos internos de estruturação e negociação e dos processos externos de busca de suporte e legitimidade ambiental em hospitais e escolas pode contribuir significativamente para o teste do grau de generalidade do paradigma emergente na análise organizacional.

Três são os focos centrais de análise da problemática:

- a) o problema da estruturação das atividades práticas: organizações são sistemas frouxamente acoplados. Ao contrário do que se supõe, há uma disjunção entre estrutura formal e atividade práticas. Tem-se, af, objetivos difusos, tecnologias incertas, ausência de critérios de avaliação e autonomia dos níveis hierárquicos inferiores;

---

(46) Consultar: Kamens, David, "Legitimizing myths and educational organizational: the relationship between organizational ideology and formal structure", in, American Sociological Review, 1977; Weick, Karl, op. cit.; Meyer e Rowan, op. cit. e Benson, J. op. cit.

- b) o problema da hierarquia e do controle: rituais classificatórios (de membros e clientes) consistem em atividades organizacionalmente controladas, mas fogem ao controle formal à execução das atividades diárias. Estas são cercadas por toda uma rede de negociação e pelo estabelecimento de uma lógica de confiança. Regras são desfeitas, redefinidos papéis, e sistemas classificatórios, trabalhados segundo as exigências da vida diária da instrução. Executores com níveis inferiores, na hierarquia formal do poder, (pessoal de linha), tendem à autonomia. Portanto, as relações entre autoridades e funcionários de "linha" obedecem a uma "lógica de confiança" que minimiza a inspeção do comportamento dos funcionários por autoridades centrais;
- c) o problema de legitimidade das organizações face ao meio ambiente: organizações educacionais e psiquiátricas são constantemente alvos de inspeção e controle por parte de agências ambientais poderosas (Secretaria e Conselho Estadual de Educação, em um caso e INAMPS no outro). Também, neste nível, opera o estabelecimento de uma "lógica de confiança", entre inferiores (pessoal de linha) e superiores ("staff" mais qualificado). A estrutura formal das organizações adapta-se e se conforma às demandas formais do ambiente. O "mito do profissionalismo" (Meyer, 1978) atua em ambos os tipos de organização como justificativa da confiança depositada pelo ambiente (e, aqui, introduzimos pais, famílias, associações, etc) nessas organizações.



## CAPÍTULO 2

### CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPÍCIOS E ESCOLAS

## 2.1. A PESQUISA E SEU CONTEXTO

Tomamos, como objetos de análise, duas instituições psiquiátricas e duas educacionais.

Através de uma amostra intencional, procuramos controlar algumas fontes de variações, em escolas e hospitais, que afetam objetivos, tecnologias e estruturas, normalmente apontados na literatura - Etzioni (1978); Perrow (1972) e March e Simon (1972).

Escolhemos, por um lado, uma escola pública e uma privada. A organização privada é vista, na literatura, como de maior afluência, maiores recursos técnicos, autonomia frente às atividades e suas políticas, com ampla flexibilidade na alocação de recursos, na maioria das vezes de menor porte e maior abertura às inovações tecnológicas (March e Simon, 1972).

Foram selecionados um hospital público e um privado com clientela diferentes: uma crônica e outra aguda. Hospitais de clientela crônica voltam-se para objetivos custodiais, e os de clientela aguda visam à recuperação e à cura (Etzioni, 1978).

A pesquisa empírica foi realizada em Belo Horizonte no período de 1983/84. Neste período, observamos sistematicamente as atividades cotidianas dos hospitais e escolas e as interações entre pacientes e atores organizacionais.

A pesquisa foi de natureza qualitativa. Realizamos entrevistas, histórias de vida com diversos pacientes, alunos, profissionais, funcionários, com o objetivo de se obter uma visão do funcionamento e da estrutura organizacional, com as atividades diárias.



Fez-se, também, a análise das relações entre as instituições em estudo e o ambiente-família, INPS, Secretaria de Educação e outros, por meio de entrevistas com autoridades destas entidades. Procuramos saber que padrões de inspeção, avaliação e controle ambiental são mantidos sobre as organizações estudadas e que reações estas instituições sentem e desenvolvem frente àqueles padrões, através de entrevistas e análises de documentos.

Para se entender a estrutura formal dessas organizações e como tais componentes e variáveis se articulam com a vida diária, foram coletados, nos arquivos das escolas e hospitais, dados referentes ao número de funcionários, regime de trabalho, salário, normas e regras, número de profissionais disponíveis, sexo, idade, nível instrucional, hierarquia e complexidade.

Em seguida, faremos uma breve descrição dessas instituições em duas dimensões: uma estrutural, que nos dará a visão da organização quanto ao seu funcionamento, dinâmica e complexidade e uma histórica, objetivando a contextualização destas, a fim de verificar, ao longo do tempo, as variações de objetivos.

## 2.2. O HOSPITAL A - CARACTERÍSTICAS GERAIS

O hospital A é uma instituição privada que abriga exclusivamente doentes mentais crônicos (1).

Fundado em 1958, ele atendia somente pacientes particulares em estágio agudo (2).

---

(1) O INAMPS considera doentes mentais crônicos aqueles pacientes com mais de 180 dias consecutivos ou não, de internamento em hospital.

(2) Entende-se por doentes mentais agudos aqueles pacientes com curta permanência em hospitais ou que ainda não completaram 180 dias de internamento.

Porém, por volta de 1970, o hospital depara-se com uma grave crise financeira proveniente da escassa clientela particular que o procurava para se internar. Com isto, o déficit avolumava-se, fazendo-se necessário buscar soluções para que o hospital não fechasse suas portas. Foi, então, que, em 1974, o hospital altera radicalmente seus objetivos terapêuticos, passando a atender uma clientela de doentes mentais crônicos conveniados. Alteram-se não só os objetivos terapêuticos, como também a estrutura física do hospital. Este adapta-se à nova realidade. Estabelece convênios com o Instituto Nacional de Assistência Médico e Previdência Social (INAMPS), Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG), Banco do Brasil, Imprensa Oficial, Hospital Municipal e outros (tabela 1 e 2).

Este hospital, segundo a classificação do INAMPS, é uma instituição de primeira categoria e de grande porte (3), com capacidade para 500 leitos, sendo que, destes, 400 são reservados ao convênio com o INAMPS.

O espaço físico do hospital A é de  $4.293 \text{ m}^2$  tendo  $3.340 \text{ m}^2$  de área construída, restando apenas  $943 \text{ m}^2$  de área livre (4).

O perfil populacional da clientela do hospital A constitui uma população de origem urbana, conveniada, com atividades profissionais exercidas anteriormente ligadas à área bancária, magistério, burocracia e uma parcela significativa de indivíduos que nunca exerceu atividades profissionais. Neste caso, a maioria são pacientes bastante jovens que, desde a infância, foram

---

(3) Sendo um hospital de primeira categoria (tipo A) e de grande porte, o INAMPS reembolsa 100% das diárias dos pacientes conveniados.

(4) O hospital A possui: quatro alas (referentes ao primeiro e segundo subsolo); dois anexos às alas, primeiro e segundo andares (alas para os pacientes e parte utilizada para a administração do hospital e área social); uma piscina (que não funciona) e dois pátios comuns a todos os pacientes.



considerados incapazes e portadores de distúrbios mentais. Nota-se predominância acentuada de pacientes do sexo masculino, solteiros e jovens (5). Tabelas (3, 4, 5 e 6).

Sobre a Tabela 6, algumas observações faz-se necessárias salientar:

- . Há uma média constante de frequência populacional durante todos os meses;
- . Há uma correlação acentuada entre número de primeira internação e altas expedidas pelo hospital;
- . Existe reinternação em todos os meses, havendo uma pequena oscilação, ou seja, uma correlação e fluxo constante entre primeira internação/reinternação/altas; reforçando assim a hipótese de existir uma população sempre constante e relativamente estável; mantendo assim o fluxo populacional para o equilíbrio necessário de entradas e saídas da população;
- . Os óbitos ocorrem sempre nos meses de grande intensidade de calor e frio;
- . E, por último, o número "constante" de fugas, fugas estas todas masculinas, mantendo, assim, uma média de fugas mensais.

As atividades cotidianas dos pacientes são altamente "rotinizadas". O horário de visitas é de 14:00 às 16:00 horas nas quintas-feiras e domingos, totalizando quatro horas semanais de convívio social com o mundo dos sadios. O horário de refeições obedece ao seguinte esquema, rigidamente implementado:

---

(5) Registramos elevado número de mulheres no hospital, porém, não detemos nossa análise neste item por se tratar de um tema que necessita de maiores dados e de um estudo específico.



07:00 ..... medicação  
 07:30 ..... café da manhã  
 11:30 ..... 1a. refeição - almoço  
 14:00 ..... lanche  
 17:00 ..... 2a. refeição - jantar  
 20:00 ..... medicação e repouso noturno

O interno, como podemos observar acima, passa em jejum 14 horas seguidas (das 18:00 às 07:30 horas), o qual apenas é interrompido se ele dispuser de recursos próprios para a compra de alimentos suplementares.

Os recursos humanos disponíveis do hospital A são reduzidos, considerando-se o porte do hospital (capacidade para 500 leitos) como mostra a Tabela 7.

Os psiquiatras não possuem vínculo empregatício e recebem por produtividade - pacientes atendidos. Assim, quanto maior for o número de pacientes atendidos, maior o rendimento mensal. Este esquema de remuneração torna o psiquiatra dependente do bom relacionamento com a administração do hospital.

A equipe de enfermagem não conta com nenhum profissional qualificado. Está sob a supervisão de um enfermeiro prático que trabalha na área há mais de 20 anos, com nível de escolaridade primária. Segundo informações da direção do hospital, a seleção do pessoal de enfermagem é feita pelo supervisor que prioriza a experiência anterior do candidato no tratamento de doentes mentais.

Para as atividades de praxiterapia, o hospital A possui uma reduzida equipe: um psicólogo, uma assistente social, um terapeuta ocupacional, e contingente oscilante de estagiários nas diversas áreas (6).

---

(6) Durante os meses que mantivemos contatos com o hospital A, não registramos a presença de nenhum estagiário em qualquer uma das áreas mencionadas.

No que diz respeito ao atendimento de urgências psiquiátricas, o hospital A dispõe de sete estagiários de medicina (alunos do quarto e quinto ano), que recebem por plantão e não possuem vínculo empregatício com a instituição. Não há qualquer supervisão para estes estagiários, segundo informação dos próprios plantonistas.

O tempo dedicado ao hospital A pelos funcionários varia quanto ao contrato de trabalho de cada um. Em geral, pode-se dizer que os profissionais (psiquiatras, psicólogos, assistente social, terapeutas ocupacionais, etc) não dedicam mais que duas horas semanais ao hospital, excetuando-se os funcionários de nível médio e elementar que cumprem as 40 horas semanais exigidas por lei trabalhista.

O hospital A mantém convênios com serviços de laboratórios, radiologia, papelaria, lavanderia, serviços de ambulância, entre outros.

### 2.3. O HOSPITAL B - CARACTERÍSTICAS GERAIS

O hospital B é uma instituição pública de tratamento de doentes mentais agudos e constitui o hospício mais antigo da cidade de Belo Horizonte. Fundado em 1922, atendia toda a clientela de doentes mentais agudos indigentes do Estado, fazendo parte da rede hospitalar pública, administrada pela FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

O sistema público de atendimento aos doentes, até 1980, caracterizava-se por uma divisão do trabalho terapêutico entre o hospital B e o hospital - colônia de Barbacena, pelo qual o primeiro atendia a pacientes agudos, e o segundo custodiava os crônicos.

Ao contrário dos critérios classificatórios do INPS, adotado pelo hospital A, que estabeleceu como paciente crônico aquele que



atinge mais de 180 de internamento, o hospital B, até bem pouco tempo, definia-o como crônico após 30 dias de internamento. Caso o paciente não se recuperasse da crise, neste breve período, ou em casos de abandono familiar, ele era sumariamente taxado como crônico e transferido para o hospital - colônia de Barbacena, no conhecido Ônibus da meia noite (7).

Em resposta a críticas violentas e reiteradas das condições deprimentes do tratamento dos pacientes do hospital - colônia de Barbacena, houve uma profunda mudança nas políticas do Estado no atendimento psiquiátrico, com amplas repercussões sobre o sistema institucional na divisão do trabalho (8).

-----

(7) Foi atribuído este nome ao Ônibus, dada a hora em que ocorria o transporte - sempre à noite - e ao trágico destino que estes pacientes tinham; eram confinados até a morte.

(8) Durante o 1o. CONGRESSO MINEIRO DE PSIQUIATRIA, 1979, em Belo Horizonte, foram feitas várias denúncias dos maus tratos e da pouca cientificidade que eram dispensados àqueles pacientes. Surgiram, então depoimentos e questionamentos públicos da real situação dos pacientes, como mostra trecho da entrevista do diretor da FHEMIG:

"Viviam amontoados em pavilhões inóspitos, onde poucos possuíam camas e vestuários. Em sua maioria, permaneciam misturados com seus próprios excrementos. A limpeza era esporádica e se fazia com jatos de mangueiras dirigidos indistintamente ao ambiente e aos corpos. Os pacientes mortos em sua maioria não eram identificados e seus corpos eram encaminhados aos laboratórios de anatomia das Faculdades de Medicina, sem maiores formalidades legais. Estimando-se em três mil a população internada na época, número médio das informações obtidas, os 1.000 óbitos anuais verificados em 1969 permitiam deduzir que mais de um terço dos pacientes que se internaram, faleceram no hospital durante aquele ano" (1982, BH).



A partir daí, foi traçada uma nova política para o sistema psiquiátrico da rede pública estadual. Em linhas gerais, o novo modelo preconizava uma ênfase maior no tratamento ambulatorial; internações parciais; condenação dos macro-hospitais asilares; assistência através de equipes interdisciplinares; vinculação do paciente à equipe terapêutica; utilização da terapia ocupacional como técnica eficaz de recuperação social dos pacientes.

Parte estratégica da nova política foi a regionalização da clientela atendida tanto pelo hospital B (Tabela 8 e 9) quanto pelo hospital - colônia de Barbacena, que teve desativadas as alas de doentes mentais crônicos (9), permanecendo apenas os pacientes sem famílias ou sem identificação pessoal para seu retorno à família.

O hospital B possui uma área (10) física de 51.430 m<sup>2</sup> com uma área construída de aproximadamente 6.000 m<sup>2</sup>, sendo o restante constituído de espaço verde. Atualmente, a instituição também passa por transformações físicas em consequência das novas propostas, das quais a mais importante é a reestruturação das alas, no sentido de permitir a localização dos pacientes conforme a sua origem geográfica e cultural, e não mais pelo tipo de doença que tem. Foi alterado, ainda, a distribuição dos pacientes por sexo, sendo agora permitido o convívio de ambos os sexos na

---

(9) Os pacientes ali depositados deveriam ser devolvidos a suas famílias, mas, em sua grande maioria, foram mantidos no hospital por não ter a quem devolvê-los, já que não constava nenhuma informação sobre sua origem ou dados pessoais. No ato da admissão do paciente, constava na ficha como desconhecido.

(10) O hospital B possui seis unidades (2o., 3o., 5o. e 8o.), um UCI - Unidade de Cuidados Intensivos, um ambulatório com várias salas, dez salas para atendimento médico, salas para administração, dois auditórios, um centro de estudos, onde funciona a residência médica, salas para a manutenção - copa, cozinha, banheiros, etc.

mesma ala, só ocorrendo a separação no período de repouso noturno. Funcionam, neste espaço físico, a residência médica em psiquiatria do Estado e também a central de divisão geral de altas da FHEMIG (Tabela 10).

A população do hospital é predominantemente rural, em geral indigentes, sendo que a parcela de pacientes urbanos é composta de desocupados, vadios e sem família, ou seja, indivíduos que buscam, no hospital, a única forma de sobrevivência possível a eles.

Nota-se uma predominância de pacientes do sexo feminino, solteiras e jovens (tabela 11 e 12). Esta predominância de pacientes femininas é registrada, tanto no atendimento hospitalar como no ambulatorial.

De um modo geral a vida diária dos pacientes segue ao esquema bastante rotineiro.

O horário de visitas da instituição é de três vezes por semana (4a., 6a. e domingos) de 14:00 às 16:00 horas.

O hospital B apresenta o seguinte esquema de funcionamento interno:

05:30 às 06:30 ..... despertar dos pacientes e banho  
07:30 ..... medicação e café da manhã

Intervalo - terapia ocupacional

11:30 às 12:30 ..... almoço

Horário vago

14:00 ..... medicação  
15:00 ..... lanche  
16:30 às 17:30 ..... jantar  
18:00 às 22:00 ..... recolhimento às suas alas e



tempo para conversas, jogos e televisão (11)

20:00 ..... medicação

22:00 ..... repouso noturno

A alimentação oferecida aos pacientes é feita na cozinha central da FHEMIG, e o serviço de rouparia do hospital, na lavanderia central.

Em contraste com o hospital A, o hospital B conta com um quadro mais amplo de funcionários e variada equipe de profissionais qualificados (tabela 13 e 14).

Como se trata de uma instituição pública, seu quadro de funcionários é fixo, com vínculo empregatício e jornada de trabalho definida. Desse modo, os profissionais permaneceram no hospital um tempo maior, formalmente estabelecido.

Este hospital é considerado hospital-escola, por ter a residência em psiquiatria mantida pelo Estado.

O hospital mantém um contingente grande de estagiários das várias áreas afins, que atuam na praxiterapia, além de uma equipe numerosa de atendentes sob a supervisão de enfermeiros.

#### 2.4. A ESCOLA A - CARACTERÍSTICAS GERAIS

A escola A é uma instituição privada de ensino. Possui duas sedes: uma localizada na periferia de Belo Horizonte, onde funciona a maioria das séries existentes na escola, e uma sede localizada na região central da cidade, funcionando aí apenas o

---

(11) Estas atividades não são comuns a todas as alas, variando segundo o interesse e disponibilidade do pessoal de linha que trabalha na ala.

berçário, o maternal e a administração da escola (12).

Fundada em 1968, ela atuava inicialmente como creche, atendendo a uma clientela particular e muito restrita. Foi se transformando em uma escola de primeiro grau, voltada para uma clientela particular, oriunda da classe de intelectuais. Estabelecida em um sítio, este caracterizava-se por um ensino inovador, constituindo, posteriormente, em ensino de vanguarda - introdução do método fônico em Minas Gerais, matemática aplicada, etc. Hoje, ela abrange desde o berçário até a 7a. série.

A escola A possui duas características que a torna diferente das demais escolas tradicionais de ensino. A primeira é que, servindo a uma clientela predominantemente de crianças de classe média, ela se localiza na periferia de Belo Horizonte, ao lado de uma favela. Sua clientela é mista, composta de crianças de família de poder aquisitivo alto e crianças faveladas originárias da vizinhança. Isso induziu-a a uma crise que afetou fundamentalmente o caráter da escola.

A segunda característica marcante é a estrutura física da escola, que, ao contrário da maior parte das escolas da cidade, funciona em um sítio.

No total de 15.000 m<sup>2</sup>, a escola possui 1.000 m<sup>2</sup> de área construída: a residência da diretora fundadora, uma sala para secretaria, nove salas de aula, uma biblioteca, três banheiros, uma casa pequena de atividades extra-curriculares, uma casa para maternal (quatro salas e um banheiro), uma piscina, uma quadra de futebol e voleibol, um bambuzal (espaço para aulas de arte) e uma horta comunitária. Possui, ainda, um pomal, um aquário, um galinheiro e uma extensa área verde com árvores frutíferas, onde

---

(12) Nossa análise, volta-se para a sede campestre, já que é lá que se dá o funcionamento propriamente dito da escola.



os alunos recebem aulas de botânica, biologia, ciências em geral, utilizando o laboratório natural existente ao seu redor.

Por volta de 1980, a escola A começou a acusar um déficit elevado no seu balanço financeiro. Após vários estudos, foi detectado que este déficit se devia às últimas séries (5a. à 7a. séries), já que as despesas com este setor eram maiores que a receita. A crise era, basicamente, resultante do fato de a escola ter experimentado mudança significativa de sua clientela, abrindo-se às crianças carentes de sua região, provocando, assim, baixa arrecadação dos discentes elevada falta de pagamento dos docentes.

Cogitou-se a possibilidade de se extinguirem essas séries e de se manterem, na escola, apenas as quatro primeiras séries, o que provocou intenso debate, envolvendo, pois, professores, alunos e a direção.

O impasse foi solucionado através da proposta de transformar a escola (5a. à 7a. série) em uma cooperativa de ensino (13). A escola passou então a ser uma sociedade de pais, professores e alunos.

Sendo a escola A uma cooperativa de ensino e produtos artesanais, seus cooperados (alunos) devem produzir, conjuntamente, geleias, confecções, artesanatos, etc, e o dinheiro arrecadado ser distribuído entre eles.

Segundo a concepção da cooperativa, deveriam ser abolidas as mensalidades dos alunos, salários dos professores e diretores.

-----  
(13) Fundada em 1983, esta cooperativa não só produz ensino, como também produtos para serem vendidos à comunidade em geral. O resultado destas vendas são reinvestidos e redistribuídos entre todos os cooperados (pais, alunos e professores). Lá são produzidos: mel, geleias, conservas, colchas, bolsas de retalhos, bonecas de pano, etc.

Mas, na prática cotidiana, observamos que a situação não ocorre bem assim: alunos de elite acabam pagando altas taxas de anuidades, e não realizam nenhum trabalho para a cooperativa; os favelados como não podem pagar as mensalidades, acabam dedicando seu tempo extra-escolar à confecção de produtos artesanais e à limpeza do sítio como forma de pagamento, e os professores são remunerados de acordo com o rateio das poucas mensalidades recebidas pela escola dos alunos de elite, gerando insatisfações.

Temos, então, dois tipos distintos de clientela: crianças que dedicam tempo integral aos estudos e crianças que dedicam parte do tempo aos estudos e parte a atividades que custeiam estes estudos.

Frequentam este estabelecimento 133 alunos, sendo 74 do sexo masculino e 59 do feminino. Destes, 90 são pertencentes à classe média (alunos que pagam a escola), e 43 são favelados, distribuídos desde o berçário até a 7a. série (tabela 15).

A escola A funciona em dois turnos:

- . 1o. turno - 07:30 às 12:00 horas
- . 2o. turno - 13:30 às 17:30 horas
- . horário integral - 07:30 às 17:30 horas

No primeiro turno, funciona a segunda etapa do 1o. grau (5a. à 7a. série) e algumas atividades extra-curriculares (natação, capoeira, etc).

No segundo turno, funciona a primeira etapa do 1o. grau (1a. à 4a. série), os períodos pré-escolares (maternal até o 3o. período) e também as atividades extra-curriculares existentes. Estas atividades são oferecidas, tanto para as crianças em regime integral como para as demais que queiram desenvolvê-las mediante pagamento extra.

Dentro do horário de cada turno, existe um intervalo destinado à recreação e merenda escolar com duração de 30



minutos, utilizados de maneira livre pelos alunos.

Supreendentemente, no que se refere aos dados de arquivo da escola A, constata-se pouca regularidade de registro, o que dificultou muito o nosso trabalho. A maioria dos dados obtidos foram através de conversas informais com membros da escola.

Trabalham, neste estabelecimento 26 professores, dez funcionários da administração, dois diretores - um administrador e outro pedagógico, dois supervisores pedagógicos, cinco funcionários para limpeza e serviços (tabela 16).

Os docentes vinculados à escola até a 4a. série recebem salário base da categoria (hora/aula), os demais, pertencentes à cooperativa, recebem por pró-labore, segundo a receita e despesa da cooperativa.

Os funcionários da administração trabalham oito horas diárias e recebem salário-mínimo. Os diretores dedicam tempo parcial à escola e recebem salários em forma de pró-labore.

O critério adotado na escola para a escolha dos profissionais é sempre o de indicação pessoal de algum colega. Posteriormente o candidato realiza uma entrevista com a diretora pedagógica, onde é priorizada a experiência em ensino e estar realizando curso superior.

Quanto aos dados de fluxo populacional (entradas e saídas de alunos, repetência, etc), não foi possível obter dados precisos da administração. Não há um arquivo organizado, onde se teria uma visão administrativa do estabelecimento.

## 2.5. ESCOLA B - CARACTERÍSTICAS GERAIS

Denominamos escola B a instituição pública mantida pela Prefeitura de Belo Horizonte. Sua sede localiza-se na periferia da cidade. Fundada em 1971, ela foi criada para atender

prioritariamente à população da vizinhança.

Ao contrário do que ocorre na escola A, sua clientela é altamente homogênea, constituída por crianças de baixa renda, filhos de pais desempregados, ou inseridos marginalmente no mercado. Em muitos casos, são as próprias crianças que contribuem para o sustento da família, com seu trabalho em horário extra-escolar - lavando carros, vendendo picolés, bilhetes de loteria, etc. Estas crianças são, em geral, lançadas prematuramente como trabalhadoras, no mercado.

Estudam, neste estabelecimento, 882 alunos distribuídos em três turnos (tabela 16). A escola possui desde o pré-escolar até a 4a. série do 1o. grau:

- . 1o. turno - 07:00 às 11:00 horas
- . 2o. turno - 11:00 às 15:00 horas
- . 3o. turno - 15:00 às 19:00 horas

A escola B funciona ininterruptamente por 12 horas, sem intervalos entre o término de um turno e o início de outro. Com este esquema de três turnos, há redução de uma hora no horário escolar normal - dois turnos - que é compensado, em parte, com a supressão do recreio das crianças e substituído por um intervalo de apenas 15 minutos para a merenda escolar.

No primeiro turno, concentra-se os alunos de 3a. e 4a. séries e uma sala especial destinada a alunos especiais e baixa capacidade de aprendizagem, considerados alunos problemas para a escola. Em geral, são posteriormente transferidos para escolas especiais, onde recebem tratamento próprio para crianças excepcionais.

No segundo turno, concentra-se a 1a. série (novatos) em algumas salas especiais e de alunos repetentes; no terceiro, as 1as. e 2as. séries, em salas especiais e também de repetentes.

Observando a tabela 17, em anexo, salienta-se um elevado



Índice de reprovação na escola B, principalmente na 1a. série, seguida das outras séries em menor escala. Outro dado importante é a evasão escolar de 55%, registrada em 1 ano, ou seja, para os 345 alunos matriculados na 1a. série tem-se apenas 158 alunos na 4a. série (tabela 18).

A escola B possui construção de estilo padronizado segundo o modelo dos estabelecimentos de ensino municipais, em uma área de 4.279 m<sup>2</sup>, distribuída em dois pavimentos. No primeiro andar está a parte administrativa e recreativa da escola. No segundo, funcionam as salas de aula.

Duas observações sobre a arquitetura da escola B permitem caracterizar o "clima" de uma escola pública de periferia. Entre a administração (primeiro andar) e as salas de aula (segundo andar), há um portão de ferro com cadeado - fechado constantemente - construído para proteger as professoras de agressões frequentes dos pais de alunos quando estes não concordam com algumas medidas e condutas adotadas por elas.

Há também um prédio anexo, construído dentro da escola, que funciona como uma escola-creche para crianças em idade inferior a cinco anos. Esta medida foi tomada para sanar o grave problema da ausência escolar registrada em larga escala nesta escola. São crianças que se vêem obrigadas a faltarem à aula para tomar conta de seus irmãos mais novos, já que seus pais se ausentam por todo o dia, ou, em casos mais extremos, quando ocorre o abandono familiar do pai ou da mãe.

A escola B dispõe de uma equipe de profissionais bastante reduzida em relação ao número de alunos.

Como mostra o tabela 20 (em anexo), existem 54 funcionários (professores, supervisores, pessoal administrativo) para uma população de 882 alunos. Há uma escassez de profissionais qualificados (supervisores, orientadores, psicólogos, etc), ocorrendo sobrecarga de trabalho para os professores. Todos os profissionais que trabalham na escola B são contratados com carteira assinada em regime de CLT, possuindo jornada de trabalho

diferentes, com salários baixos (tabela 19).

O critério adotado na escolha dos profissionais na escola B é o da Secretaria da Educação, através de concursos públicos de seleção de professores para toda a rede municipal de ensino. Os candidatos aprovados são alocados nas diversas escolas da cidade pelo seguinte critério: os melhores classificados são mandados para as melhores escolas (localizadas em bairros afluentes), e os piores são alocados para as piores escolas (localizadas na periferia da cidade).

É necessário frisar que a existência de salas especiais é mais frequente nas escolas de periferia do que nas centrais, visto que o índice de repetência e evasão é muito alto nessas escolas. Há também um elevado número de ausências escolares. Acredita-se que essas ausências é, em grande parte, explicada pelo fato da criança ter que ficar em casa com seus irmãos mais novos (14).

---

(14) Ao longo das entrevistas que foram realizadas nesta escola, pode-se verificar a alta frequência em que inúmeras crianças se ausentaram da escola para cuidar de seus irmãos mais novos. Ou então, por não terem uniforme, dever sem fazer, problemas familiares e outros.



### CAPÍTULO 3

HOSPÍCIOS E ESCOLAS: ESTRUTURAÇÃO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS

### 3.1. CLASSIFICAÇÕES RITUAIS

Como já mencionamos no capítulo primeiro, o modelo convencional supõe que a estrutura da organização canaliza, através dos mecanismos de controle, o comportamento dos membros, no sentido da consecução dos objetivos formalmente prescritos. Estabelece-se uma estreita articulação entre estrutura formal, as atividades práticas e os efeitos destas atividades.

Como escolas e hospícios processam pessoas (educação e cura), essas organizações estruturam-se de acordo com regras profissionais (formais e institucionalizadas) que definem papéis (professores, psiquiatras, diretores, estudantes, pacientes, etc.).

O modelo burocrático supõe que autoridades (professores e psiquiatras) classificam clientes (alunos e pacientes) em categorias uniformes expostas a tecnologias similares de transformação conforme regras também formalmente explícitas - os testes e exames (1).

Os hospícios encontram, no manual de classificação internacional de transtornos mentais (CID) (2), um instrumento formal de classificação de seus pacientes. Através desse manual,

---

(1) O modelo weberiano discute a importância da burocracia nas sociedades modernas. Ver, por exemplo: Weber, Max, op. cit. e Hopkins, Terence, in, Etzioni, Amitai, op. cit. sobre escolas especialmente, ver Tragtemberg, Maurício, "A escola como organização complexa", in, Garcia, Walter (org.), Educação Brasileira Contemporânea - Organização e Funcionamento", 1976.

(2) Ver listagem do CID, em anexo.



os psiquiatras classificam seus doentes, tomando como base o conjunto de sintomas apresentado e relatado pelo próprio doente ou por um membro familiar que o acompanha no ato da primeira consulta. A partir daí, ele é classificado e posteriormente encaminhado a uma clínica psiquiátrica para receber o tratamento adequado ao tipo de doença na qual ele foi enquadrado (3). Em anexo, quadros com a classificação das clientela dos hospitais analisados.

Como as escolas são organizações de larga escala, elas desenvolvem um estrito controle sobre as classificações rituais de seus currículos, estudantes e professores (4).

Nas escolas públicas, especialmente, efetua-se uma série de testes (5) para medir e classificar a clientela recém-ingressa na escola.

A partir dos resultados dos testes, esses alunos são distribuídos nas diversas salas, segundo a classificação obtida: os melhores alunos são enviados para os melhores professores, ocorrendo o inverso com os alunos que não obtiveram bons rendimentos nos referidos testes.

Da mesma forma que existe um processo de seleção e classificação para os alunos e doentes mentais, há também para os professores e atendentes nessas organizações. Em outros termos, aquele professor e atendente que demonstrarem maior conhecimento e experiência na área terão as melhores salas e as melhores

---

(3) Esse processo é efetuado, tanto nos pacientes agudos como nos crônicos.

(4) Meyer e Rowan (1978), em seus estudos desenvolvem o tema de que o controle e classificação são formais e que não afetam a estrutura das atividades diárias dessas organizações.

(5) Esses testes são elaborados pelas autoridades da Secretaria do Estado de Educação.

alas. Os professores e atendentes "novatos", inicialmente, terão que lidar com os "piores" alunos e doentes mentais, para, posteriormente, trabalharem em salas e alas consideradas melhores.

Inicia-se, então, longe dos olhos das autoridades, uma estreita relação entre professores e alunos e atendentes e pacientes, no interior das salas de aula e das alas. Este relacionamento é, em grande parte, construído a partir do convívio diário e do uso de um estoque de conhecimento que o professor tem de sua atividade de ensinar e que o atendente tem no lidar com doentes mentais. É, a partir desse conhecimento prático que se estabelece a base da relação entre professor e aluno, e atendente e paciente.

Referimo-nos aqui ao termo "estoque de conhecimento" (6) ao conjunto de informações que as pessoas adquirem do mundo social em que vivem. Berger & Luckmann (1983) afirmam que "o cabedal social de conhecimento diferencia a realidade por graus de familiaridade. Fornece informação complexa e detalhada referente àqueles setores da vida diária que tenho frequentemente de tratar (...). O estoque social de conhecimento fornece-me além disso os esquemas tipificadores exigidos para as principais rotinas da vida cotidiana, não somente as tipificações dos outros, que foram anteriormente discutidas, mas também tipificações de outras espécies de acontecimentos e experiências de parentes, colegas de trabalho e funcionários públicos identificáveis".

Mas, como já dissemos, vamos estudar a vida cotidiana dessas organizações. Estudá-las significa ver como as classificações, as tecnologias e os objetivos organizacionais são interpretados

---

(6) Este é discutido amplamente em Berger, Peter e Luckmann, Thomas, "Os fundamentos do conhecimento na vida cotidiana", in, Berger, P. e Luckmann, A construção social da realidade, 1983.



pelos membros organizacionais, segundo seu estoque social de conhecimento e como estas interpretações constituem a "vida prática" das organizações.

### 3.1.1. O Hospital A

Apesar de todo o esquema formal e complexo do CID, ele parece ter pouco efeito na classificação prática dos doentes mentais, ou seja, apesar de importante para a "contabilidade" do hospital, este pouco afeta no tratamento dispensado aos pacientes, que são classificados em dois tipos genéricos: os "melhores" e os "piores", como mostra o supervisor do hospital:

"Aqui nós temos dois tipos distintos de pacientes, os piores e os melhores. A gente considera bom aquele sujeito que não dá trabalho e pior aquele sujeito que dá trabalho, que é pegajoso e cansa a gente". (7)

Piores são aqueles que agitam, provocam desordem, distúrbios internos. Melhores são aqueles que respondem favoravelmente aos apelos organizacionais, mantendo-se calmos, dóceis e passivos.

"Mesmo com os melhores a gente tem dois tipos deles. Um é aquele que fica bom por um tempo e depois piora e, aí, a gente precisa descer ele para ele ficar bom outra vez. É para o bem dele. E o outro é aquele cara malandro que dá trabalho, apronta alguma confusão, aí, a gente tem que descer ele por castigo". (8)

---

(7) Entrevista com supervisor do hospital A.

(8) Idem.



A respeito dos classificados como melhores, nota-se um duplo sentido da lucidez. Por um lado, aqueles que, por um período de lucidez, não trazem distúrbios internos e conseguem, por isso, conviver em alas livres, sendo, em caso de alguma crise (segundo critério do atendente), descidos, sedados e confinados até se recuperarem. Por outro, os que, por manterem um "bom relacionamento" com os atendentes, são premiados com as alas livres e, só em casos de "desobediência", eles são enviados para as alas fechadas (este item será melhor desenvolvido no capítulo 4).

Estas classificações têm diversas consequências administrativas, como por exemplo: a alocação de tipos em locais específicos. Um exemplo é a chamada ala dos "velhos". Segundo o supervisor do hospital A, esta ala foi construída e idealizada da seguinte forma:

"Nós construímos esta ala como experiência só para os pacientes já idosos; daí o apelido da ala: ala dos velhos. Pena que não deu certo, os velhinhos saíam pelados pelo hospital, iam parar lá na rua. Era um problema. Então fizemos o seguinte: arrumamos um cantinho mais fechado para estes velhinhos e transformando esta ala numa ala só para o pessoal, bom, lúcido, mas que não tem boa aparência. É gente com problema social, que não sabe andar calçado, fica com as roupas caindo, despenteados. Aí você já viu, pega mal para o hospital deixar este pessoal aí pelos corredores". (9)

Esse breve relato mostra-nos que o sistema classificatório é mais complexo que se parece. Ele gira em torno de duas dimensões: uma interna e outra externa. A dimensão interna refere-se à ordem e desordem da população interna (doentes mentais). A dimensão externa diz respeito à aparência social desta população, ou seja, os apresentáveis e os não-apresentáveis. Temos, de um lado, os

---

(9) Entrevista com supervisor do hospital A.

doentes mentais quietos, melhores; e, do outro lado, os desordeiros, piores, os "vêios" e as namoradeiras. Desta maneira, os tipos apresentáveis são distribuídos em alas abertas, e os não-apresentáveis, em alas fechadas. Logo:

- . melhores x piores;
- . ala livre x ala fechada;
- . cartão de visitas x pano de fundo.

Sendo o "cartão de visitas" do hospital A, a ala livre localizada no terceiro andar (nível da rua) é destinada aos pacientes apresentáveis e ordeiros, como mostra o supervisor:

"A parte daqui de cima é o cartão de visitas" do hospital, nós temos que pôr aqui pacientes bons, com boa aparência que não me tragam problemas de ordem e comportamento". (10)

E como "pano de fundo" do hospital, temos as alas semi-livres e fechadas destinadas aos pacientes piores, segundo critérios de sendo comum do pessoal de linha.

"Aí, nesta ala, nós pusemos todos os pacientes que não têm condições de se apresentarem para o público (é a ala dos vêios). Fica muito pesado para mim deixar este pessoal circulando por aí, eles andam descalços, ficam com as calças caindo, não vestem direito, não tem boa aparência. Outro dia tive um problema com um paciente preto. Ele é paciente muito bom, mas vive andando com as calças caindo, então eu tive que por ele nesta ala. Ele não gostou e disse que era discriminação minha, mas não é, é só problema social para mim. Fica difícil eu deixar ele transitando na ala livre". (11)

---

(10) Entrevista com supervisor do hospital A.

(11) Idem.



O critério de bom comportamento (obediência, ordem, etc) é crucial para a vida cotidiana dos hospícios (Goffman, Strauss, etc).

Segundo Goffman (1974), os "processos de admissão e os testes de obediência podem ser desenvolvidos numa forma de iniciação que tem sido denominada 'as boas vindas' onde a equipe dirigente ou os internados, ou dos grupos, procuram dar ao novato uma noção clara de sua situação. Como parte deste rito de passagem ele pode ser chamado por um termo como 'peixeão' ou 'calouro', que lhe diz que é apenas um internado, e, mais ainda, que tem uma posição baixa, mesmo nesse grupo baixo". Isto significa que, de um modo geral, todo recém-ingresso, tanto na escola quanto no hospício, passa por um processo de aprendizagem, um certo "rito de passagem" onde é ensinado ao "novato" as normas, as regras, seus deveres, seus direitos, ou seja, o que ele pode e o que ele não pode fazer dentro da Instituição. Em outras palavras, é repassado a ele o "código social" da Instituição (12).

Desse modo, os desordeiros são rigorosamente punidos, e os obedientes são premiados (13) com liberdade em alas livres pelo pessoal de linha:

"O paciente tem que ter bom comportamento, que aceite seguir as normas da ala aberta. É o paciente que tem momentos de lucidez e bom comportamento. Aí, se ele começa a dar problema, ele é levado para a ala fechada". (14)

---

(12) Sobre a trajetória dos doentes mentais no hospício, ver, Goffman, Erving, "A Carreira moral do doente mental", in, Goffman, E. op. cit.

(13) Goffman, Erving (op. cit.) discute o ritual que o paciente é submetido pelo pessoal de linha no processo de obtenção de prêmios e castigos. Ver o capítulo: "A Vida íntima de uma instituição pública".

(14) Entrevista com supervisor do hospital A.



Outro ponto importante a se observar na distribuição espacial dos internos (homens e mulheres) é a reduzida presença de mulheres internas em alas livres. Este fato é, em parte, explicado pela necessidade da Instituição manter sobre controle o comportamento heterossexual entre os pacientes. Assegura-se desta forma o controle sexual, e evita-se a ocorrência de gravidez entre as pacientes. Assim o supervisor de enfermagem explica a dinâmica utilizada entre elas:

"A ala livre das mulheres tem muito pouca mulher. A ala B é uma ala semi-aberta que a paciente não gosta de sair; ela prefere ficar lá, mais guardada, longe dos olhos de gente de fora. Elas têm mais liberdade de cuidar de suas roupas, se sentem mais à vontade. Às vezes, eu preciso de uma vaga para uma paciente que é da ala livre e que está confusa e não consigo, porque nenhuma paciente desta ala quer ir lá para cima. É até interessante, têm horas que não consigo entender porque elas não querem ir para cima. Mas, se eu tivesse que ser internado algum dia eu queria ir para lá, claro... se eu fosse mulher... É quase uma ala livre". (15)

Ao contrário das pacientes "quietas e boazinhas", existem, no hospital A, aquelas que aprontam bagunças, provocando desordem interna nas alas. Estas são, via de regra, consideradas pelo supervisor como as "namoradeiras", "regateiras" que são, evidentemente, consideradas por ele ameaças potenciais à ordem interna, o que requisita maior vigilância e controle:

"Estas namoradeiras a gente tem que ter o maior cuidado, caso contrário, nós estamos ferrados. A família vem em cima da gente mesmo, se uma delas fica grávida. O perigo de transar e aparecer com filho na barriga é grande... É o maior problema já que temos que ficar de olho nessas pacientes". (16)

---

(15) Entrevista com supervisor do hospital A.

(16) Idem.

### 3.1.2. O Hospital B

Da mesma forma que o hospital A, o hospital B desenvolve uma classificação segundo o estoque organizacional de conhecimento do pessoal de linha. Sendo o hospital B, de doentes mentais agudos, os critérios classificatórios obedecem, quase sempre, à observação dos atendentes às atitudes e comportamentos dos pacientes ao ingressarem no hospital. Como mostra o trecho da entrevista abaixo, a escassa informação sobre o paciente dificulta em muito o contato inicial com ele:

"Aqui é muito difícil fazer algum trabalho, porque a polícia traz, não deixa nenhuma informação sobre o paciente. Em muitos casos, a gente logo vê que o paciente não tem dada de doença mental, só problema social. Em muitos casos é desordem, vadiagem ou mesmo fome que levam estes indivíduos chegar ao hospital. Mas eles começam a agitar não entendem que não temos nada com isto e começam a aprontar, aí nós temos que "conter" - amarrar o paciente - e sedá-lo". (17)

Dessa maneira, seus pacientes são classificados, de modo geral, em mansos e agitados.

Mansos são aqueles que têm bom comportamento, são dóceis e obedientes. São aqueles pacientes que, ao serem internados, adotam logo as normas do hospital e aceitam com certa facilidade as regras internas.

Agitados são, por sua vez, aqueles pacientes que não se adaptam à ordem vigente, provocando distúrbios internos. No primeiro caso, os pacientes são enviados para alas abertas ou semi-abertas, e, no segundo, para as alas fechadas ou mesmo para as "solitárias" - alas fechadas e individuais:

---

(17) Entrevista com o atendente do hospital B.



"Aqui a gente separa os pacientes quando chegam em agitados e mansos. Tem os pacientes que são bonzinhos, não criam casos e tem aqueles pacientes agitados, dão o maior trabalho. Neste caso, a gente coloca eles em alas fechadas e aplicamos sedativos nele". (18)

A dimensão externa da ordem dada ao hospital A não se aplica ao hospital B, por este ser uma instituição para doentes mentais agudos que, portanto, nele permanecem por pouco tempo. Os mansos e os agitados são tipos atitudinais classificados pela reação do paciente à origem (geralmente policial) do internamento. Em outros termos, são pacientes que são recolhidos nas ruas da cidade, pela polícia, por ocasião de alguma desordem social que estes tenham provocado, tais como: brigas, não-pagamento das contas em bares e restaurantes, bebedeiras, etc.

Assim como no hospital A, no hospital B, a regra geral para esquema classificatório é a ordem social. Desta forma, podemos dizer que nas instituições totais, especialmente nos hospícios, há "regras da casa". Um conjunto relativamente explícito e não formal de prescrições e proibições que expõem as principais exigências quanto à conduta do internado.

Tais regras especificam a austera rotina diária do internato. "Os processos de admissão, que tiram do novato os seus apoios anteriores, podem ser vistos como a forma de a instituição prepará-lo para começar a viver de acordo com as regras da casa. Em contraste com este ambiente rígrado, apresenta-se um pequeno número de prêmios ou privilégios claramente definidos, obtidos em troca de obediência, em ação e espírito, à equipe dirigente. Em caso de desobediência a essas regras, um conjunto de castigos é formado pela recusa temporária ou permanente de privilégios ou pela eliminação do direito de tentar consegui-los" (Goffman, 1974). No próximo capítulo, trataremos com detalhe sobre negociações, poder e atividades internas diárias nas escolas e hospícios.

---

(18) Entrevista com atendente do hospital B.



### 3.1.3. A Escola A

As escolas enfrentam um problema fundamental na sua vida cotidiana, que é o instruir. Elaboram-se testes, conteúdos programáticos, currículos escolares, enfim, são formulados, uma série de requisitos e critérios para buscarem medidas de grau de instrução. Porém, sabe-se que os testes elaborados pela Secretaria de Estado da Educação para serem aplicados nos alunos pouco interferem no trato direto e diário entre eles e o professor.

Um ponto importante no sistema é desenvolvido por Leiter (1976), que analisa como os professores avaliam os estudantes. Apesar de em sala de aula um professor utilizar conhecimento subjetivo, admite-se, contudo, que, numa visão profunda, os próprios professores questionam esse uso. Sem dúvida, o conhecimento subjetivo dos professores leva à imprecisão de testes feitos por eles próprios.

Para Leiter (1976), o "professor, contudo, enfrenta uma tarefa diferente e tem diferentes interesses: ele deve promover um aluno para o próximo grau e, por isso, deve descobrir o que cada estudante sabe. As notas de teste não dizem ao professor o que ele precisa saber, por isso são equívocos do ponto de vista dos professores". Este equívoco significa que as notas são o que Husserl (1969), definiu como expressões ocasionais. São expressões das quais o sentido específico não pode ser extraído sem contemplar o contexto, que consiste de particularidades tais como: quem é o relator, sua biografia ou aspectos relevantes de sua biografia, o propósito e a intenção do relator, o contexto no qual as observações foram feitas, ou o relacionamento real ou potencial entre o relator e o ouvinte. (19)

---

(19) Refere-se aqui, basicamente ao estoque de conhecimento que cada professor tem da realidade com a qual está lidando. Ver Berger, Peter e Luckmann, Thomas, op. cit.

Portanto, o professor, ao analisar e classificar seus alunos, tem como parâmetro de análise muito mais a observação sistemática diária dos alunos do que os resultados formais obtidos nos testes aplicados nos mesmos.

No caso da escola A, os professores consideram os alunos, de modo geral, bem dotados e de fácil aprendizagem. Há, contudo, uma classificação feita pelos professores levando em conta o estoque de conhecimento organizacional, que dividem os alunos em "alunos fáceis" e "alunos difíceis", como mostra o trecho da seguinte entrevista:

"De um modo geral, os alunos aqui são bons. Dá gosto a gente ensinar aqui. Claro que têm os alunos mais fáceis e os mais difíceis. Tem aluno que é rebelde mesmo, fica difícil a gente conseguir dele um bom rendimento. Têm outros que chegam com problemas familiares, com problemas de traumas ou então são meninos com um pouco de dificuldade, mas sempre a gente dá um jeito de ajudar". (20)

Os alunos fáceis são aqueles que se comportam bem em sala de aula, estudam e seguem as normas e regras da escola. De modo geral, são aqueles que respondem favoravelmente aos objetivos da escola, ou seja, não faltam às aulas, são bem-comportados, não provocam desordem entre colegas (21). Já os alunos considerados difíceis agem em oposto aos alunos fáceis.

Neste sentido, há uma dupla significação da classificação dos alunos difíceis: ou por não conseguir bons rendimentos escolares ao final do ano letivo, resultando na reprovação; ou

---

(20) Entrevista com professora da escola A.

(21) Segundo Guimarães (1985), "o professor considera "bom aluno" aquela criança que é dócil, que sabe calar e escutar, que fica quietinha na carteira, que respeita e aceita os limites institucionais com boa vontade". Guimarães, A. Vigilância, punição e depredação, 1985.



por se tratar de aluno desordeiro, dispersivo em sala de aula.

No primeiro caso, o aluno é considerado "problema", e, no segundo, é considerado "contestador" pelos professores. Para o aluno problema, a escola dispensa uma atenção especial, em sala separada com acompanhamento didático individualizado, como relata a diretora da escola:

"Não é bem sala especial como ocorre nas escolas do Estado. Nós achamos mais didático e proveitoso tirar estes alunos de uma sala com muitos alunos e colocá-los em uma sala especial com um professor especializado. É um professor que tem formação em psicologia. Com pouco tempo estes meninos voltam às salas comuns com seus colegas". (22)

Para o aluno considerado contestador, implementa-se a punição moral, através de castigos, suspensão de aula, advertência, etc.

"É difícil a gente saber o que fazer que os alunos que começam a pintar muito em sala. Quando está muito difícil a gente coloca pra fora de sala. Mas eles nem ligam ficam lá fora rindo, brincando ... acham até bom (...)" (23)

#### 3.1.4. A Escola B

Como ocorre com a escola A, na escola B também há um sistema classificatório feito pelos professores, baseada na observação diária dos alunos. A escola B, no entanto, considera a maioria de seus alunos de difícil aprendizagem, apresentando baixa

---

(22) Entrevista com diretora da escola A.

(23) Entrevista com professora da escola A.

produtividade escolar (24). Segundo os professores dessa escola, as causas apontadas para a baixa produtividade escolar são inúmeras, e quase sempre de cunho sócio-econômico, tais como: origem sócio-econômica dos alunos, falta de assistência da família na vida escolar do aluno, precárias condições de trabalho que a escola dispõe, entre outros, como mostra trecho na entrevista a seguir:

"Eles são diferentes, tem muita fome e vão para a escola para comer e brincar. Tudo aqui é muito difícil, não têm apoio dos pais, da escola, os meninos são mais burros, coitadinhos, eles não tem culpa ... é um problema social...". (25)

De modo geral, o pessoal de linha da escola B, classifica sua clientela em "bons" e "maus alunos".

"Tem alunos difíceis e que custam a aprender, são bagunceiros, não conseguem prestar atenção. Então a gente já sabe no início do ano quem vai passar e quem vai tomar bomba. Aqui quase todo aluno é problema, não cumprem o dever, não têm material escolar, os pais não ajudam eles, aí então ficam na 1ª. série toda a vida até que desistem da escola e saem. Aqui tem muita evasão escolar, meninos que esmorecem logo que começa a perder vários anos de escola". (26)

Os maus alunos são os que não respondem favoravelmente aos objetivos da instituição, repetindo o ano letivo, promovendo desordem no interior das salas de aulas, desobedecendo ao

---

(24) Registra-se, nos arquivos da Secretaria de Estado da Educação, um índice elevado de alunos que evadem da escola, principalmente nas escolas de periferias.

(25) Entrevista com professora da escola B.

(26) Entrevista com diretora da escola A.



professor. Neste sentido, há, também, dois níveis de maus alunos, porém com conotação bastante distinta da escola A. Enquanto os alunos que provocam distúrbios e desordens escolares são considerados pela escola A como "contestadores", na escola B, alunos com esses mesmos comportamentos são considerados "desordeiros". Aquele, que não consegue obter bons resultados ao final do ano letivo, na escola B, diferentemente da escola A, é considerado a princípio uma criança burra, que dificilmente conseguirá romper as barreiras. E, caso esse aluno venha repetir algumas vezes o ano letivo, ele é sumariamente taxado de "anormal", "deficiente mental".

Tanto no primeiro caso (os desordeiros) quanto no segundo (burros e anormais), a atenção dispensada a esses alunos é visivelmente diferente aos alunos da escola A.

"O menino fica um ano, dois anos na primeira série. Aí a gente vê que ele não vai passar de ano, então eu encaminho ele para uma sala especial". (27)

"As crianças não rendem nada aqui nesta sala. Nós exigimos muito pouco delas. Eu pedi à diretora uma sala melhor e isto ela prometeu e não cumpriu. Aqui é assim, professoras novatas são mandadas para as piores salas, elas acabam dando aulas nas piores salas para os piores alunos. É sempre assim. Eu fiquei com a pior sala física, com os piores alunos, aí, dificulta tudo, disciplina, aprendizagem, tudo". (28)

Para os alunos considerados "desordeiros", implementa-se a punição preferencialmente física, como forma de conter a desordem, como mostram trechos das entrevistas abaixo:

-----  
(27) Entrevista com diretora da escola A.

(28) Entrevista com professora da escola B.

"A disciplina aqui é pesada. Nós temos que manter a ordem, que, às vezes, é difícil. Quando precisa, a gente dá uns tapas, puxões de orelhas e põe de castigo no fundo da sala de pé". (29)

"Olha eu não dou não. Mas as professoras dão puxões de orelhas, cocão, tapa, deixam sem merenda, mais isto tudo é escondido". (30)

Para os alunos considerados "burros" em um primeiro momento, há salas especiais para as quais eles são enviados e, posteriormente, em caso do aluno não conseguir ultrapassar as dificuldades, ele é, então, enviado a clínicas e hospitais psiquiátricos infantis.

"Quando a gente olha que o aluno está só repetindo o ano, não melhora nada na sala especial, aí, então, infelizmente enviamos o aluno para as clínicas de crianças excepcionais. Como eles são geralmente meninos favelados, eles são mandados para o hospital de neuro-psiquiatria infantil do Estado, claro ... quando tem vaga. E lá recebem tratamento adequado". (31)

Para Cintra (1967) (32), em seus estudos sobre autoritarismo e cultura política na classe baixa: "há uma relação estreita entre desordem (tensão anônima) e autoritarismo, principalmente em estratos sociais mais baixos, ou seja, em casos de desordem e distúrbios, a classe baixa responde mais prontamente às medidas mais punitivas e autoritárias".

---

(29) Entrevista com professora da escola B.

(30) Idem.

(31) Entrevista com diretora da escola B.

(32) Cintra, Antônio, "Autoritarismo y cultura política en clase baja", 1967.



Já, para Guimarães (1985), "os julgamentos morais na escola dividem os alunos em "bons" alunos. Em alguns, isso irá criar um sentimento de que pertencem a uma elite e que por isso podem desprezar os que não são elite". Em outras palavras, no momento em que um aluno passa a ser considerado "mau aluno" (33) (desordeiro, bagunceiro, inadimplente, etc), ele sofrerá privações e discriminações ao longo de sua vida escolar, tanto pelos professores como pelos seus próprios colegas, que o verão como "diferente" do resto da turma.

### 3.2. AS TECNOLOGIAS IMPLEMENTADAS

A análise convencional de organizações supõe que é, através da identificação de estruturas formais de coordenação de indivíduos e suas atividades e de seus objetivos previamente prescritos, que se compreende o funcionamento de uma instituição (Perrow, 1972). Estas estruturas são afetadas, por um lado, pelo ambiente e, por outro, pelas tecnologias disponíveis para o processamento de matéria-prima (34).

As organizações usam tecnologias, e estas afetam o formato organizacional. Perrow (1972) afirma que tecnologias alteram a estrutura e, por sua vez, esta controla atividades e pessoas. "Defendemos o ponto de vista de que a melhor maneira de considerar esses dois tipos de organização (burocratizada e não-burocratizada) é segundo sua tecnologia, que poderia ser ou não de rotina".

---

(33) O comportamento por parte dos professores em classificar os alunos em bons e maus alunos resulta quase sempre em situações desagradáveis entre os alunos, como afirma Guimarães (1985) em seus recentes estudos sobre o tema.

(34) Ver Perrow, Charles, op. cit.

Perrow (1972) assegura também que "organizações burocratizadas tendem a implementar tecnologias mais rotineiras, enquanto que organizações não-burocratizadas tendem às inovações tecnológicas".

Desse modo, podemos dizer que as escolas de massa e hospícios de clientela de doentes mentais crônicos tendem a "rotinizar" tecnologias.

Estudos recentes (35) sobre hospícios e escolas (Strauss, 1964; Moreira, 1983; Meyer & Rowan 1978), no entanto, mostram que as tecnologias não são claramente inteligíveis. Ao contrário do que supõe o modelo convencional, as organizações experimentam disjunção e são definidas como "sistemas debilmente integrados" (Paixão, 1983).

Assim, Meyer e Rowan (1978) afirmam: "elementos estruturais são apenas frouxamente ligados uns aos outros e as atividades, regras são frequentemente violadas, decisões frequentemente não são implementadas, têm consequências incertas, tecnologias têm eficiência problemática e sistemas de avaliação e inspeção são subvertidos ou tornam-se tão vagos que possibilitam pouca coordenação".

É exatamente este o enfoque de análise que trataremos a seguir. Mostraremos como o pessoal de linha, com seu estoque de conhecimento, interpreta e implementa, à luz do senso comum, as tecnologias existentes nessas instituições.

---

(35) Sobre hospícios, ver: Strauss, Anselm, op. cit. e Moreira, Diva, op. cit. Sobre escolas, ver: Paixão, Antônio e Gardenal, Lília, op. cit. e Meyer e Rowan, op. cit.



### 3.2.1. Os Hospícios

Uma questão crucial que os hospícios enfrentam na sua vida organizacional refere-se ao recrutamento do pessoal de linha que vai lidar diretamente com a clientela (36). De modo geral, os atendentes de enfermagem são desprovidos de qualquer qualificação formal (cursos de especialização, por exemplo), como mostram os trechos das entrevistas abaixo:

"Eu trabalhei de trocador de Ônibus, metalúrgico, feirante e empreiteiro, mas em hospital psiquiátrico é a primeira vez". (37)

"O serviço aqui, em resumo, é receber o paciente, fazendo uma entrevista, saber de onde vem e quais as suas condições. Atender aos médicos e fazer a higienização do paciente. Nosso trabalho não requer muito treino, logo a gente aprende a fazer a rotina". (38)

"De manhã cedo chego e faço uma revisão na ala pra ver se tá todo mundo bem. Separo a medicação, depois dou banho, levo os pacientes para passear no pátio, depois pro refeitório... Faço as intercorrências, as imobilizações quando o paciente está nervoso e têm as vizinhas que precisam mais cuidados. A outra atendente cuida da higiene da ala e das papeletas". (39)

-----  
(36) Nas entrevistas realizadas com o "staff" dos hospitais que trabalhamos, verificamos um elevado número de atendentes oriundos de atividades tais como, pedreiro, servente, motorista, empregada doméstica. A sua maioria é totalmente desprovida de qualquer especialização e/ou experiência na área.

(37) Entrevista com atendente do hospital B.

(38) Entrevista com atendente do hospital A.

(39) Entrevista com atendente do hospital B.

Sendo o trabalho altamente "rotinizado" e relativamente simples, o atendente rapidamente aprende como executar suas tarefas diárias. Em grande parte, esta prática é adquirida a partir das observações diárias que os atendentes têm de seus pacientes e do repasse de informações entre eles, ao término de cada plantão.

Tanto no hospital A como no hospital B, o uso de psicofármacos é a prática terapêutica mais utilizada nos pacientes. Como se pode observar nos trechos das entrevistas com os atendentes, o uso de medicação nos pacientes é largamente implementada por eles:

"Geralmente os psiquiatras receitam uma série de choques para o paciente é uma carga enorme de remédios, que põem o paciente completamente dopado. Aqui como o paciente é agudo, ele chega quase sempre agitado e incontrolável, aí só tem um remédio, é sedar, conter e pronto". (40)

"Nós aqui aplicamos medicação direta no paciente. E, quando ele está muito agitado, a gente aplica uma série de choques nele". (41)

Nos hospícios, uma prática também considerada "terapêutica", frequentemente utilizada na clientela, é o uso de eletrochoques. A aplicação desses eletrochoques fica, geralmente, a cargo dos atendentes, sem um acompanhamento médico adequado (anestesista). Desta maneira, os eletrochoques são aplicados a "seco" (42), como descreve um atendente:

---

(40) Entrevista com atendente do hospital B.

(41) Idem.

(42) Choque a seco refere-se à aplicação sem anestesia, para evitar complicações médicas, tais como: para cardíaca, alegia e outras.



"Choque... tem muito pouco. Geralmente aplicamos uma vez por semana no paciente, para ele ficar calmo". (43)

"A gente dá choque nos pacientes sempre a seco e sempre quando eles estão agitados. O... (Supervisor do hospital A) manda a gente aplicar, e a gente aplica. Geralmente fazemos isto pela manhã, em jejum, para não dar problema nenhum. Os pacientes geralmente estão já acostumados com esta rotina". (44)

Outra técnica, raramente utilizada nos hospícios, é a lobotomia nos doentes mentais. Esta prática é executada em casos extremos de agitação e descontrole por parte dos pacientes, a pedido da família. Sendo, atualmente, uma prática condenada pelos próprios psiquiatras (45), esta é feita sigilosamente no interior dos hospícios, por especialistas, como descreve o supervisor do hospital A:

"A lobotomia é muito pouco usada. Atualmente não é certo. Antigamente tinha muito. Aqui, no hospital, nós não fazemos. Quando já tem caso é porque foi feito fora daqui. A lobotomia é usada para tirar a agressividade do paciente. Hoje em dia é contra-indicado isto. O paciente passa a ser um robô. Tem um caso de um rapaz que já tentamos de tudo. Então a família quer que eu autorize a lobotomia dele. Fico com pena dele, mas acho que não tem jeito para ele. Ele é muito agressivo com a família. Então eu vou liberar, ele ir com a mãe para Goiás para fazer com um médico especialista no Japão neste tipo de cirurgia. Ele faz e não deixa nenhuma marca". (46)

---

(43) Entrevista com atendente do hospital A.

(44) Idem.

(45) A lobotomia, há alguns anos atrás, era indicada e largamente utilizada pelos psiquiatras como terapêutica eficiente no combate à agressividade dos pacientes.

(46) Entrevista com supervisor do hospital A.

No hospital A, além das atividades terapêuticas rotineiras, existem algumas propostas de atividades terapêuticas complementares, que, em alguns casos, são efetivamente implementadas, (terapia ocupacional, terapia em grupo). Estas atividades são desenvolvidas por profissionais especializados (terapeuta ocupacional, psicólogos, etc). Porém ao analisarmos os resultados destas atividades na prática, verificamos que, em boa parte, estas não passam de propostas formais, quase sempre não-operacionalizadas.

"Aqui temos vários setores de terapia. Mas quase todas só de boca, só no papel. Os profissionais são poucos e esmorecem à toa. Acaba não fazendo nada de efetivo para os pacientes". (47)

Alia-se a isto o reduzido quadro de profissionais especializados, a precária infra-estrutura oferecida pelo hospital e o pouco tempo que estes profissionais dedicam à instituição. É o que mostram os depoimentos de profissionais abaixo:

"O setor de psicologia é difícil trabalhar com ele, pois a psicóloga responsável pelo setor praticamente não atua na clínica". (48)

"O único momento que os profissionais da clínica tem um pequeno relacionamento entre eles, é nas ocasiões de festas tradicionais da clínica". (49)

"Aqui a gente nunca se encontra. Eu não vejo nunca a psicóloga daqui, nem o T. O., venho aqui, converso um pouco com os pacientes, com as famílias e pronto". (50)

---

(47) Entrevista com supervisor do hospital A.

(48) Entrevista com terapeuta ocupacional do hospital A.

(49) Entrevista com terapeuta ocupacional do hospital B.

(50) Entrevista com assistente social do hospital A.



"Os psiquiatras a gente só vê de vez em quando. Eles chegam na maior correria, examina as papeletas e quando tem alguma coisa importante ou grave com um dos pacientes - que a gente fala com eles - aí eles descem e dão uma olhadinha nos pacientes". (51)

Sendo o hospital B uma instituição que atende a doentes mentais agudos (recuperáveis) e por ser hospital-escola, ele está mais aberto a inovações tecnológicas, com um quadro de profissionais mais numerosos e mais qualificado, o que difere em grande parte da situação do hospital A. É o que afirmam os profissionais do hospital:

"Na área de T. O. nós tentamos inovar no nosso trabalho. Fazer um trabalho que resulte em benefícios para o paciente". (52)

"Aqui nós temos várias atividades que são desenvolvidas. Trabalhamos com os pacientes com terapia ocupacional, em grupo, atividades lúdicas, etc". (53)

Entretanto, constatamos no dia a dia dessas instituições que, em muitos casos, essas atividades terapêuticas complementares não passam de propostas rituais ou, em grande parte, são negligenciadas ou mesmo executadas por estagiários sem nenhuma orientação profissional. Assim, estas atividades transformam-se em ritos cerimoniais (54) dentro da estrutura organizacional (Meyer & Rowan, 1978). Ou seja, "a estrutura formal é, em boa parte, um mito social e funciona como um mito, seja qual for a sua implementação real".

-----  
(51) Entrevista com supervisor do hospital A.

(52) Entrevista com terapeuta ocupacional do hospital B.

(53) Entrevista com psicóloga do hospital B.

(54) Para mais críticas, ver, Meyer, John & Rowan, Brian, op. cit. e Campos, Edmundo, op. cit.

As entrevistas abaixo mostram exatamente este ponto, em que se explica a descontinuidade do trabalho proposto:

"Nossa função não é bem definida, mas é para o paciente viver melhor aqui dentro. Passar o tempo com uma ocupação, um lazer, para brincar, para socializar e apenas em alguns casos, muito raros, o paciente vive um processo terapêutico de fato. A maioria não quer falar, quer ficar exatamente como está, sem tentar mudar o quadro. Nossa função é o relaxamento, melhor vivência com o mundo, ativar os valores ora totalmente esquecidos. Gente é gente, sentir amor... mas eles são um bando de crianças, querendo fazer alguma coisa". (55)

"A terapeuta não fica muito tempo com os pacientes. Fica mais ou menos uma hora e vai embora. Fica na mão dos estagiários. No caso dos psiquiatras, a situação ainda é pior. Eles ficam cinco minutos e vão embora. O trabalho é feito pelos médicos residentes da residência daqui. Os psiquiatras anotam na papeleta e vão embora. Os psicólogos é a mesma coisa. O trabalho fica mesmo é para os estudantes de psicologia". (56)

### 3.2.2. As Escolas

Ao contrário do que ocorre nos hospícios quanto à qualificação do pessoal de linha, nas escolas, este pessoal é dotado de um mínimo de qualificação formal específica (diploma de magistério) (57).

-----  
(55) Entrevista com psicóloga do hospital A.

(56) Entrevista com atendente do hospital B.

(57) Até a 4a. série do 1o. grau, as escolas geralmente exigem do professor o diploma de magistério e/ou curso de especialização. A partir da 5a. série, as escolas passam a exigir o diploma de curso superior.



No sistema educacional, a profissionalização do professor funciona como um mito (Meyer & Rowan, 1978), pois, "mesmo na educação mais avançada este mito é mantido. Ele serve para legitimar a confiança que o sistema coloca em seus professores e para fornecer uma explicação do porquê desta confiança".

No entanto, da mesma forma como ocorre nos hospitais, o trabalho educacional acontece dentro do isolamento da sala de aula, destituído de controles organizacionais. As técnicas educacionais são implementadas pelo pessoal de linha, sem um acompanhamento sistemático de pessoal especializado (orientadores e supervisores). É o que mostra trecho da entrevista de um professor da escola A, no qual demonstra o pouco intercâmbio profissional entre o professor e orientador/supervisor:

"No início foi muito difícil por causa da minha pouca experiência. Sempre fica em dúvida, se elevo o nível ou se rebaixo por causa de certos alunos, como resolver isto? Então prefiro ficar na média, mas preciso urgentemente de orientação para saber o que fazer". (58)

Desse modo, a avaliação (59) que os professores fazem de seus superiores é quase sempre muito crítica, considerando o trabalho destes dispensável, já que, na rotina do dia a dia, os professores acabam resolvendo sozinhos os problemas surgidos dentro de sala de aula.

"A gente sabe que a supervisora não supervisiona nada. A orientadora no início do ano dá para a gente umas orientações. Mas, no dia a dia da sala de aula, a gente tem que se virar sozinha. Todo problema com os alunos é nós mesmos que resolvemos". (60)

-----  
(58) Entrevista com professora da escola B.

(59) Para mais críticas, ver Leiter, Kenneth, Teachers' use of background knowledge to interpret test scores, 1976.

(60) Entrevista com professora da escola B.

"A diretora pedagógica sempre fala que vai ter reunião com a gente. Estou esperando desde o início do ano e ainda nada. Aí nós acabamos fazendo do jeito nosso, da forma que achamos melhor, e acaba dando certo". (61)

Mesmo nas escolas de elite (escola A), onde o discurso é de uma aparente harmonia de trabalho entre supervisores/professores, na vida cotidiana dessas escolas ocorre um profundo distanciamento entre supervisores e executores. Há um repasse de responsabilidade, superiores acreditam que inferiores interpretarão corretamente suas ordens.

Como mostra parte da entrevista com um professor da escola A, o trabalho didático desenvolvido em sala de aula fica distante dos olhos e da orientação de supervisores:

"A diretora da escola nos dá quase tudo pronto, aí a gente adapta o programa à realidade de cada dia em sala". (62)

Nos trechos das entrevistas a seguir, notamos que não há muito controle formal sobre o que se vai ensinar, qual o conteúdo programático (Meyer & Rowan, 1978), ou se os tópicos específicos são ensinados da mesma forma. Cada professor, à sua maneira e realidade, adapta seu conteúdo programático a circunstâncias específicas, particulares, da sala de aula:

"Ainda não houve reunião para adotar uma linha geral de avaliação. A avaliação é subjetiva e até certo ponto falha...". (63)

---

(61) Entrevista com professora da escola B.

(62) Entrevista com professora da escola A.

(63) Idem.



"A supervisora pega o programa do 1o. ano e divide em quatro planejamentos, mas aquilo são só sugestões não é obrigado cumprir. No final do ano, então é feito junto com a supervisora a avaliação final dos alunos". (64)

"Cronograma quase não existe. Só serve como meta, tem que ser bastante flexível, se não, o trabalho não anda". (65)

Assim como há nos hospitais as atividades terapêuticas complementares, o mesmo ocorre nas escolas. Elas também implementam atividades extra-curriculares (66), no sentido de enriquecer a vida escolar dos alunos. Quanto à implementação dessas atividades, ela dá-se diferentemente nas escolas aqui analisadas. Em contraste com a escola A, a escola B volta-se para o atendimento em massa.

Enquanto a escola A é mais sensível às inovações tecnológicas (67), a escola B é mais resistente a transformações e inovações, adotando uma linha mais conservadora e convencional, visto que inovações educacionais tendem a alcançar altos níveis de incerteza técnica e os resultados podem raramente ser justificados na base da evidência técnica sólida. Por outro lado, inovações educacionais em escolas de elite tendem a ser vistas com legitimadoras frente às agências ambientais. Ter um currículo educacional altamente diferenciado significa para a escola um dispositivo simbólico importante na aquiescência de que eles realmente transmitem competência, ou seja, transmitem um ensino diferenciado para pessoas diferenciadas no sistema social.

---

(64) Entrevista com professora da escola B.

(65) Entrevista com supervisora da escola B.

(66) Atividades extra-curriculares compreendem: aulas de capoeira, artes, música, teatro, natação, etc.

(67) Para mais críticas sobre tecnologias rotineiras e não rotineiras, ver Perrow, Charles, op. cit.

"Acho muito importante a escola ter professores bons e competentes, ter aulas de nataçãõ, capoeira, artes, etc. De uma maneira geral os pais dos alunos estãõ procurando ẽ isto mesmo". (68)

Jã nas escolas de periferia (escola B), as inovações educacionais nãõ sãõ incentivadas, e busca-se adaptar um currículo prático à realidade cotidiana de cada escola.

"A escola devia ter um programa prático para as crianças. Elas recebem um tipo de educaçãõ, uma educaçãõ diferente, voltada para a vida e para eles enfrentarem a vida lá fora". (69)

Apesar das inovações tecnológicas propostas pela escola A, observamos que, na prática, essas inovações sãõ, quase sempre, negligenciadas pelos seus executores. Há uma clara disjunçãõ entre o que ẽ proposto e o que ẽ de fato executado. No relato do professor, notamos que a implementaçãõ dessas inovações torna-se complicada na prática:

"A gente sempre inicia bons trabalhos. Nãõ sei por que nãõ dá certo. A proposta da escola ẽ ótima, por isso eu vim trabalhar aqui. Com o passar do tempo, eu nãõ sei por que a gente larga o trabalho para lá e faz o que a gente sabe fazer sozinha". (70)

Essa disjunçãõ (71), ou mesmo a descontinuidade das atividades iniciadas, ẽ também percebida pelos alunos, que apontam problemas diversos:

---

(68) Entrevista com professora da escola A.

(69) Entrevista com professora da escola B.

(70) Entrevista com professora da escola A.

(71) Sobre disjunçãõ, ver Weick, Karl, op. cit. e Benson, Kenneth, op. cit.



"O tio falou para gente pedir a nossos tios, nossos amigos uma grana pra comprar material pra capoeira. A gente fez tudo, compramos e pagamos um mês de aula, depois ele começou a falhar e depois acabou as aulas". (72)

Em muitos casos, a atividade acadêmica não é iniciada, frustrando, assim, a expectativa dos alunos. Em outros casos, altera-se a proposta inicial, substituindo uma atividade pela outra, sem muito parâmetro pedagógico. Um exemplo típico desta situação é o relato de um aluno da escola A, que mostra a descontinuidade do trabalho, ao mesmo tempo, que revela as reformulações e os arranjos organizacionais, muitas vezes informal para se adequar à vida cotidiana da escola.

"A gente guardamos um monte de coisas que a tia pedia. Todo o dia ela falava que ia pedir pra levar... Depois a tia de artes virou tia de comunicação da gente...". (73)

Outro ponto de crítica ao modelo supostamente inovador da escola A é a proposta apresentada pela direção pedagógica da aula de artes para os alunos. Uma evidência de que a escola se adequa, à sua maneira, deixando de lado a proposta formal de atividades escolares e implementando atividades práticas, é o relato de uma experiência frustrada, vivenciada por uma turma de alunos. As aulas de artes propostas pela escola seriam ministradas por professor especializado com um conteúdo programático alternativo, objetivando criar novas formas de percepção da arte. No entanto, ao serem implementadas tais aulas, verifica-se que elas não foram efetuadas, e os resultados obtidos após um semestre de atividades foram apenas a confecção de um arco-íris pelos alunos, como mostra trecho de uma entrevista com um desses alunos da turma:

---

(72) Entrevista com aluno de escola A.

(73) Idem.

"A gente ficou fazendo relaxamento, vendo os sentidos. No início do ano a gente ia estudar pintura, mistura das cores, estudar estes grandes músicos, Beethoven... estes aí... e estudar perspectivas. Só que a gente ficou meio ano fazendo relaxamento, estudando tato da gente... o maior saco. Depois a gente começou a ter aula de pintura. Mistura de cores, isto foi apenas duas aulas. Ninguém prestava atenção. Aí a gente começou a estudar perspectivas, só que a gente ficou só fazendo cubinhos... Só... Ah! A gente fez um arco-íris tomou cinco semanas... se não foi mais... Aí, eles falam: ah! não deu pra cumprir o programa e aí a gente sabe, só piora...". (74)

Como foi falado no capítulo 2, a escola A propõe trabalhar com seus alunos em forma de cooperativa de ensino e produtos artesanais. Porém, quando entrevistamos os alunos que fazem parte dessa cooperativa, verificamos que o que ocorre no dia a dia escolar passa longe do proposto pela escola. Não há sequência de trabalhos, os objetos produzidos não são resultados de um trabalho comunitário, mas, sim, de alunos individualizados (quase sempre dos alunos favelados, que o fazem para obter rendimento extra, no auxílio à renda familiar). A ausência de uma orientação pedagógica especializada inviabiliza qualquer iniciativa por parte dos alunos, como descreve um aluno frente às dificuldades concretas vivenciadas pela turma:

"A proposta da cooperativa acho que não deu certo porque ninguém sabia o que era mesmo cooperativa. É uma coisa muito confusa até prá... (diretora da escola). Aí, quando uma coisa dava errado, um falava pro outro: "Isto é uma cooperativa, você tem que cooperar. Isto não tá parecendo uma cooperativa..."

---

(74) Entrevista com aluna da cooperativa da escola A.



"E só podia ser até dois, porque o... (professor) falava que era coisa muito séria, não era de brincadeira. Ele falava: "Olha gente, isto é coisa muito séria. A gente pode ser o 2o. salão do encontro. (75) Ele falava que lá no salão do encontro tem encomendas pra daqui cinco anos, ele falava que a gente podia ser igual... Bom, só que formou só o grupo de passarinhos. A gente perguntava a ele quando que ia formar os outros grupos e ele ia enrolando a gente. De repente, ele foi afastando, afastando, até que sumiu... desapareceu... da escola. Parece que ele casou, não sei se casou... Ninguém ficou no lugar dele. Os meninos que sabiam fazer passarinhos ficou fazendo passarinhos...". (76)

Tais evidências mostram o fracasso da experiência inovadora. E o que diferenciava a escola A de tantas outras (currículo escolar alternativo, professores especializados, etc) passa a ser formal, na medida que na prática essas propostas são inviabilizadas.

"Aí a... (diretora) falou com a gente que podia fazer cortina do Ceará e ia dar a maior nota... (dinheiro). Só que também não fizemos. Quando o... (professor) sumiu, ela ficou puta da vida, falando que, em vez de prender uma lebre, ele ficava soltando muitas, e isto foi o que ele fez. Depois apareceu duas pessoas que mexem com teatro, falaram que ia montar uma peça de teatro com a gente e que ia ser o maior barato. Quando a gente começou a ficar entusiasmado, eles desapareceram. Depois voltou um só dizendo ter tido problemas... depois ele sumiu mesmo...

---

(75) "Salão do encontro", é uma experiência de trabalho de comunidade realizada com êxito, há vários anos, com a participação de toda comunidade carente de alguns bairros da cidade de Betim, que faz parte da grande Belo Horizonte.

(76) Entrevista com aluno da escola A.

Depois apareceu outro cara que mexia com teatro e falou que ia montar uma peça de teatro com a 6a. série. O texto era de uma professora, não tinha pra comprar, era literatura de Cordel... a peça era "JOÃO GRILLO". Af ele sumiu, não montou peça nenhuma e sumiu com o texto". Minha mãe sempre falava, porque eu nunca participava de nada. Como eu podia participar? Nem a horta produziu este ano...". (77)

### 3.3. OS OBJETIVOS ALCANÇADOS

Na análise de organizações complexas, a definição dos objetivos (78) organizacionais é comumente empregada como padrão para a avaliação de seu desempenho (Thompson & McEwen, 1978). "Em muitas análises deste tipo, os objetivos da organização são frequentemente encarados como uma constante. Assim uma série de dados, tais como: documentos oficiais, registros, relatórios de trabalhos, produção de porta-vozes da organização podem proporcionar a base para a definição de objetivos".

Para Etzioni (1967), "os objetivos constituem, também, uma fonte de legitimidade que justifica as atividades de uma organização e, na verdade, até sua existência. Além disso, os objetivos servem como padrões, através dos quais os membros de uma organização, medem sua eficiência e seu rendimento".

Segundo o modelo convencional de organizações, os objetivos não são ambíguos, ao contrário, os objetivos, as tecnologias e a estrutura controlam as atividades para a produção de resultados: recuperação e educação. A eficiência organizacional é, então, medida pela expedição de diplomas nas escolas e pelas altas

---

(77) Entrevista com aluna da escola A.

(78) Para mais críticas ver, Thompson, James e McEwen, Willian, op. cit. e Etzioni, Amitai, op. cit.



médicas nos hospitais. Por outro lado, as organizações não possuem a autonomia que parecem ter, "forças do ambiente-comunidade, família, etc, estabelecem limites não só aos meios que uma organização pode usar, como também aos objetivos que ela deseja atingir" (Etzioni, 1967).

O movimento de entrar e sair do paciente, do mundo dos doentes para o mundo dos sadios, e vice-versa, é quase sempre resultados de negociações da família com a direção do hospital (79). Os objetivos organizacionais passam, portanto, a ser encarados de forma dinâmica, seguindo as necessidades e apelos da instituição e do ambiente. "Todavia, é possível encarar a fixação de objetivos, isto é, dos principais propósitos da organização não como um elemento estático, mas como um problema essencial e repetido, que é enfrentado por qualquer organização, seja governamental, militar, comercial, educacional, médica, religiosa ou de outro tipo. O problema de fixação dos objetivos, consiste, essencialmente, na determinação de uma relação da organização com a sociedade a qual, por sua vez, se torna uma questão do que a sociedade ou os elementos dela desejam que seja feito ou possam ser persuadidos a apoiar" (Thompson & McEwen, 1978).

"O número de altas este mês foi alto. Tive quarenta altas este mês. Mas todos voltam para o hospital, porque a família não suporta eles em casa, e eles começam a sentir desajustados e preferem ficar no hospital, ou não levados de volta ao hospital". (80)

Constatamos empiricamente, como mostra o trecho da entrevista acima, que as altas não são medidas de eficiência

---

(79) Sobre o tema família x instituição psiquiátrica, consultar: Cooper, David, in, *Psiquiatria e anti-psiquiatria*, s. d.; Laing, R. D. *A Política da família e outros ensaios*, 1971, e Moreira, Diva, op. cit.

(80) Entrevista com supervisor do hospital A.

(cura) dos hospícios. Ao contrário do que supõe o modelo convencional (Etzioni, 1967), o hospício passa a ter como objetivo principal não a cura, mas a custódia do indivíduo (81).

No hospital B, em se tratando de uma clientela de possíveis recuperáveis, o período de permanência no hospital é reduzido, e, em alguns casos, não há reinternações. No entanto, isto não significa a cura do doente mental. A cronificação existe e em proporções elevadas. Ela inicia-se exatamente neste tipo de instituição, destinada a doentes mentais agudos. Este processo de cronificação ocorre, hoje, basicamente de duas maneiras (82).

A primeira corresponde à forma tradicional de internações e reinternações periódicas, até perfazer os 180 dias exigidos pelo INAMPS para que o doente mental seja considerado crônico.

A segunda maneira dá-se na esfera domiciliar. A instituição repassa para a família a tarefa de manter a tutela e controle do doente mental, através de maciças doses de medicamentos sedativos e tranquilizantes. Isto ocorre por meio do atendimento ambulatorial do doente mental. Neste momento, o psiquiatra faz uma revisão no paciente e revalida a receita médica que possibilita a aquisição de uma nova carga de psicofármacos. Está assegurado, assim, o controle domiciliar do doente mental e, conseqüentemente, a redução acentuada dos gastos públicos, com a permanência do doente na esfera familiar.

---

(81) Este assunto é amplamente discutido em: Goffman, Erving, "O modelo médico e hospitalização psiquiátrica", in, Goffman, E. op. cit.; Foucault, Michel, "O Nascimento do hospital", in Foucault, M., op. cit. e Moreira, Diva, "A Utilização do hospital pela família", in, Moreira, D., op. cit.

(82) Cooper, D. (op. cit.) discute a questão da cronificação do paciente e as implicações com a família e a sociedade mais ampla.



"Os pacientes estão sendo levados para a família, ela querendo ou não... mas, no último caso, acaba ficando aqui no hospital". (83)

Muitos fatores entram em choque a fim de determinar o objetivo ou objetivos de uma organização. "Depois de criadas as organizações adquirem necessidades, e estas, às vezes se apoderam da organização. Daí que as organizações reduzem o atendimento dos objetivos iniciais a fim de satisfazer as necessidades adquiridas". (Etzioni, 1967). Mas especificamente, no caso do hospital A, os objetivos organizacionais são, em grande parte, definidos pelas políticas de seus agenciadores - INAMPS, família, já que a instituição tem que estar em conformidade com elas para obter mais recurso e legitimidade. Já no caso do hospital B, seus objetivos são definidos na sua maioria pelas políticas públicas em geral.

"Apesar dos avanços alcançados e da ênfase ambulatorial, já se passaram dois anos depois do compromisso das autoridades com a reestruturação desse serviço. Este compromisso para muito mais um ato demagógico do que uma opção efetiva... A reforma dos enfermarias, condição fundamental para a recolocação do manicômio ao nível de um hospital moderno, arrasta-se morosamente, o que causa, frequentemente, grande desgaste nos técnicos". (84)

Como podemos notar, os objetivos organizacionais alteram-se e amoldam-se segundo as condições organizacionais existentes. Há uma constante redefinição e reinterpretação dos objetivos (85).

---

(83) Entrevista com gerente do hospital B.

(84) Entrevista com psiquiatra do hospital B.

(85) Para mais críticas, ver Moreira, Diva, op. cit. onde a autora aborda a questão dos objetivos e funções que o hospital psiquiátrico acaba operacionalizando frente à realidade social que enfrenta.

"A escola e a universidade poderão ter objetivos abstratos fixos, mas a clientela, as necessidades dos estudantes, as técnicas do ensino modificam-se e resultam, concomitantemente, na redefinição e reinterpretação daqueles objetivos. O hospital de doentes mentais e o presídio estão modificando seus objetivos, passando da fase primária da custódia para a fase terapêutica. Mesmo a igreja modifica seus objetivos pragmáticos, quando as mudanças da sociedade exigem novas formas de ética social..." (Thompson & McEwen, 1978).

A escola produz "educação" e sua medida de eficiência é a expedição de diploma a seus alunos. Os críticos da área de educação (86), de um modo geral, (Freitag (1977)); (Meyer & Rowan (1978)); Kamens (1977) e Freire (1976) afirmam que o papel da escola não é o de agregar conhecimentos ou habilidades aos alunos, mas, sim, o de inculcar atitudes, valores e comportamentos adequados a um bom desempenho nos vários níveis de hierarquia empresarial. E como o comportamento deve variar segundo o escalão hierárquico-docilidade, submissão, disciplina, responsabilidade, autocontrole, previsibilidade, imaginação, etc, a escola estrutura-se à imagem das burocracias para formar os produtos demandados. Uma evidência desta questão é a diferenciação de objetivos que a escola A tem em relação à escola B. Enquanto a escola A promove a idéia de educação integral para o aluno, a escola B desenvolve o tema de instrução do aluno para a vida, como mostram os trechos de entrevistas abaixo citados:

"A escola não é para educar e, sim, para instruir o aluno para a vida. Aqui a gente tem muito pouco tempo". (87)

---

(86) Consultar: Freire, Paulo, Ação cultural para a liberdade, 1976; Freitag, Bárbara, Escola, Estado e sociedade, 1977; Kamens, David, Legitimizing myths and educational organization: the relationship between organizational ideology and formal structure, 1977 e Meyer & Rowan, op. cit.

(87) Entrevista com professora da escola B.



"Aqui a gente está preocupada é com o todo do aluno. Não adianta ensinar fazer contas, entender bem as matérias, é preciso criticar, aprender a criticar, discutir". (88)

As escolas aqui analisadas são diferentes porque têm recursos e objetivos diferentes. Enquanto a escola A investe seus recursos em inovações tecnológicas, a escola B utiliza seus recursos para suprir as necessidades básicas dos seus alunos (alimentação, por exemplo). Consequentemente, os resultados obtidos nestas duas escolas são também distintos, em um caso, o sucesso, e, no outro, o fracasso escolar.

Como se verifica nos trechos das entrevistas abaixo, o fracasso escolar (89) é seletivo. Ele atinge, antes de tudo, as classes sociais desfavorecidas. Para a escola B, o fracasso já é esperado, e, para o aluno, ele representa uma norma; enquanto é um fato excepcional, tanto para a escola A como para o aluno de níveis sócio-econômicos mais elevados.

"Aqui na escola raramente tem uma bomba. Geralmente quando o aluno começa a ficar fraco nos estudos nós recomendamos aula particular". (90)

"Aqui a norma é a repetência e o fracasso no final de ano. Estas crianças vêm para a escola comer, chega com fome e tem um péssimo rendimento escolar". (91)

---

(88) Entrevista com diretora pedagógica da escola A.

(89) Sobre fracasso escolar, ver: Mourão, Anamaria, A escola reprovada: subsídios para compreensão da reprovação escolar, 1982.

(90) Entrevista com professora da escola A.

(91) Entrevista com professora da escola B.

"Eu vou largar a escola. Tô com 14 anos e ainda tô no 2o. ano de escola. Também acho que não vale a pena estudar, eu vou ser doméstica, ganho dinheiro logo para ajudar lá em casa". (92)

Meyer & Rowan (1978), em seus estudos sugerem que as organizações educacionais não controlam seus objetivos. "As organizações educacionais dirigem recursos para seus objetivos principais, mas não controlam cuidadosamente ou avaliam as consequências destas alocações. É como se a sociedade alocasse grande soma de dinheiro e grande número de crianças para a sala de aula sem controle e sem inspeção. Tudo isto é em grande parte um grande ritual".

Concluindo, podemos dizer que escolas e hospícios desenvolvem mecanismos próprios para que, de uma forma ou de outra, possam funcionar. Os critérios e os objetivos dessas organizações são definidos à luz dos constrangimentos ambientais (93) que elas enfrentam. Desta forma temos os critérios e os objetivos formais que atuam como mecanismos fundamentais para a obtenção de legitimidade e recursos do ambiente. Em outras palavras, organizações precisam andar em conformidade com seus agenciadores, devem ter uma aparência de harmonia e de que tudo funciona em conformidade a regras institucionais, e as organizações tenham índice de produtividade-educação, em um caso, e cura, em outro.

O que queremos dizer é que, na vida cotidiana dessas organizações, os objetivos são interpretados à luz do senso comum de seus membros. Eles são, de certo modo, redefinidos e reelaborados, segundo a realidade organizacional experimentada cotidianamente. Escolas mantêm a disciplina de seus alunos, expedem certificados, dão merendas aos alunos carentes de

---

(92) Entrevista com aluna da escola A.

(93) Ver: Cressey, D. op. cit., e Sills, David, "A modificação de objetivos", in, Etzioni, Amitai, op. cit.



periferia e, de alguma forma, satisfazem necessidades existenciais de pais e alunos de elite. Hospícios, por sua vez, mantêm a ordem interna, emitem altas, custodiam insanos e tiram "loucos" de circulação. Estes são os objetivos reais dessas organizações (93).

É importante ressaltar que, tanto os hospícios como as escolas que estudamos, face aos constrangimentos ambientais, interpretam a seu modo o que seja cura e educação.

Para a escola A, educação significa formar indivíduos questionadores e capazes de criticar a sociedade. Afinal, como foi dito pela diretora da escola: "nosso objetivo não é ensinar as matemáticas da vida (...), mas formar questionadores para a sociedade".

Para a escola B, educação significa muito mais um ato de instruir o aluno para enfrentar a sociedade, ou seja, munir o aluno de noções básicas de matemática, português, geografia, etc, para que ele possa, se necessário, arrumar um emprego para se sustentar. Como afirma uma professora da escola: "temos que instruir o aluno, para poder enfrentar a vida, temos pouco tempo para isto".

Para o hospital A, a custódia passa a ser o objetivo central da organização, deixando de lado o objetivo inicial que era o da cura do paciente.

Para o hospital B, retirar o doente mental da crise e mantê-lo sob controle passam a ser os objetivos principais da Instituição.

Dessa forma, como as classificações são incertas, as tecnologias imprecisas, os objetivos organizacionais passam a ser difusos e imprevisíveis, tornando-se difícil explicitar o que seja cura e educação nessas organizações.

## CAPÍTULO 4

### HOSPÍCIOS E ESCOLAS: O MITO DA ESTRUTURA



#### 4.1. INTRODUÇÃO

O objetivo central, tanto das escolas como dos hospícios, é processar pessoas consideradas nocivas (no caso dos hospícios) e incompetentes (no caso das escolas) em relação a valores convencionais da sociedade.

Nessas organizações, o controle, a disciplina e a ordem são pontos cruciais na sua dinâmica interna, e manter a organização em ordem e sob controle, preocupações centrais da administração.

Questões como: desordem interna, uso de drogas, disciplina da clientela (alunos e pacientes), conflitos, enfim, todos os problemas gerados pelo convívio diário entre autoridades e inferiores, alunos e professores, pacientes e atendentes devem ser vistos como indicadores importantes para se compreender a dinâmica da vida cotidiana dessas organizações. É exatamente sobre estes temas que se volta este capítulo, ou seja, como isto se dá? Quem controla quem? Qual o relacionamento existente entre os doentes mentais, os atendentes e os psiquiatras? Qual a interação entre alunos, professores e superiores? O que de fato ocorre no interior das alas e das salas de aulas?

#### 4.2. HOSPÍCIOS E ESCOLAS: ESTRUTURAÇÃO DA VIDA COTIDIANA

Uma organização pode ser definida na literatura convencional como um sistema social criado para a realização de algum objetivo específico através do esforço coletivo de seus membros (1).

---

(1) Ver: Etzioni, Amitai, op. cit. Weber, Max, op. cit.

Supõe-se que a organização dispõe de alguma espécie de "administração" ou controle gerencial, um grupo de pessoas que assumem alguma espécie de responsabilidade especial em face dos assuntos da organização (Parsons, 1978). Depois, sobre o controle do grupo mais alto operam vários grupos hierarquicamente dispostos (2).

Para Weber (1978), "o princípio hierárquico divide os participantes de uma organização em três camadas: os governantes, que estabelecem as regras; os administradores, que as interpretam e aplicam; e os súditos (pessoal de linha) ou subordinados que apenas as cumprem". Desta forma, o poder da organização se funda em uma hierarquia rígida, onde superiores controlam inferiores. A centralização do poder, hierarquia, disciplina, princípios de carreira, universalismo e profissionalismo são dimensões estruturais das organizações formais (3).

Entretanto, ao se analisarem organizações educacionais e psiquiátricas no seu cotidiano, verifica-se uma outra dinâmica de funcionamento organizacional, onde inferiores não cumprem apenas determinações dos superiores. Ao contrário, em muitas situações, inferiores detêm um poder maior que o esperado pelo modelo convencional sobre organizações (4).

Deste modo, na vida cotidiana das organizações, o aspecto cerimonial e ritual de suas atividades representam ponto fundamental para a compreensão de sua dinâmica. Prevalece o que Meyer e Rowan (1978) chamam de "lógica de confiança" (5), ou

---

(2) Parsons, Tacott, op. cit.

(3) Campos, Edmundo, op. cit. discute bastante a questão da organização e a estrutura formal, fazendo uma crítica ao modelo convencional.

(4) Strauss, Anselm, op. cit. Goffman, Erving, op. cit.

(5) Sobre "lógica de confiança", ver especialmente: Weick, Karl, op. cit. e, Meyer & Rowan, op. cit.



seja, "escalões superiores se organizam no suposto de que o que se passa nos níveis operativos está correto, mas evitam inspecioná-los porque não desejam assumir a responsabilidade das ineficiências da organização". É o que comprovam os trechos das entrevistas abaixo:

"Acho que os atendentes fazem um bom trabalho. A gente confia neles. Sempre conversamos com eles e pedimos opinião para eles". (6)

"Nós já fomos orientados, mas somos nós que tomamos a iniciativa de como se deve tratar cada paciente. Não precisa perguntar pra ninguém, não. Tem cuidados gerais, como dar banho, dar remédios, na hora da alimentação. A gente sabe o que fazer". (7)

"Aqui é assim, todo mundo sabe como encaminhar seu trabalho, mas varia de um profissional para outro, de uma equipe para outra, a forma de trabalhar". (8)

"As professoras sabem bem o que têm para fazer. Sempre no início do ano letivo, a gente se reúne, traça as diretrizes de ensino, e deixamos que o resto elas fazem". (9)

"Na nossa escola sempre que podemos nós fazemos reuniões, discutimos o conteúdo do trabalho, mas, de modo geral, sabemos que as professoras são bem preparadas que vão dar conta do "recado". Quando vamos selecionar o corpo docente escolhemos a dedo. (10)

---

(6) Entrevista com psiquiatra do hospital B.

(7) Entrevista com atendente do hospital A.

(8) Entrevista com psiquiatra do hospital B.

(9) Entrevista com orientadora da escola B.

(10) Entrevista com orientadora da escola A.

As atividades diárias são, em grande parte, controladas pelo pessoal de linha, que estabelece a "lógica de confiança" entre autoridades e executores. Este pessoal de linha experimenta um alto grau de autonomia. Esta autonomia advém, basicamente, do convívio diário com a clientela na implementação das atividades rotineiras. Como pode-se observar, no trecho da entrevista abaixo, o conhecimento que o pessoal de linha adquire da clientela dá-se através da observação e do convívio diário:

"Comecei a observar que os dois rapazes não estavam achando ruim ficar na ala dos "piores". Achei que eles iam ficar loucos para sair com poucos dias e quando fui lá visitar eles falaram que estava tudo muito bom e que sabiam que o melhor para eles era ficar lá mesmo, naquela ala. Achei muito estranho reagirem de maneira que eu não esperava. Então comecei a desconfiar desta "tranquilidade" e verifiquei que eles estavam tomando os comprimidos dos doidos muito ruins. Quando falei que ia trocar eles de ala, eles ficaram preocupados e falaram que já tinham se acostumado com o pessoal. Sei que era por outros motivos. E, aí, transferi eles para uma ala melhor, onde é mais difícil conseguir os remédios com os outros doentes". (11)

Para Berger e Luckmann (1983), a vida cotidiana de uma organização é admitida para seus membros como sendo a realidade. "Não requer maior verificação, que entenda além de sua simples presença. Está simplesmente aí, como facticidade evidente por si mesma e compulsória". (12) Os controles organizacionais não funcionam.

Em casos da instituição ser criticada, a administração sempre busca argumentos e justificativas inéditas. O trabalho

---

(11) Entrevista com supervisor do hospital A.

(12) Segundo Berger e Luckmann (op. cit.), a estrutura de uma organização constrói-se a partir da vida cotidiana, do conhecimento empírico de cada membro da organização.



não-remunerado dos estagiários de terapia ocupacional e psicologia é assim justificado pela administração:

"Se a gente pagar, eles não trabalham. Já tive experiência. Tem que ser por amor ao trabalho. Se pagar começa a achar que tem direitos e começa a reclamar e, aí, não dá certo". (13)

Entretanto, os profissionais justificam suas ineficiências e a não-operacionalidade de trabalho a partir do descompromisso existente da instituição para com o trabalho terapêutico. As condições operacionais nas organizações criam uma "cadeia de descompromisso" que é cimentada pela "lógica de confiança" entre superiores e inferiores. Assim, os profissionais "cruzam os braços" à espera de mudanças estruturais na instituição para realizarem os trabalhos.

"O sistema de poder instalado aqui é de privilégios e castigos, idealizados pelo chefe de enfermagem. Daí, não podemos fazer nada. O pior é que este chefe de enfermagem não tem nem curso de 2o. grau completo". (14)

"Eu acho que precisa mudar muita coisa aqui no hospital, pra depois falar em cura, recuperação do paciente" (15)

Já que a estrutura não controla, como afirmam Meyer e Rowan (1978), "as organizações devem ser legitimadas e devem também contar relatos ou explicações legitimadoras de sua ordem interna e de seus produtos. A estrutura formal de uma organização é em grande parte um mito social e funciona como qualquer mito que seja de sua implementação".

-----  
(13) Entrevista com gerente do hospital A.

(14) Entrevista com psicólogo do hospital A.

(15) Idem.

Deste modo, as organizações desenvolvem mitos sociais, que as mantêm em aquiescência com o ambiente. Ela legitima, implementando mitos importantes do ambiente: racionalidade, profissionalismo, entre outros. (16)

Como diz uma supervisora:

"Meu trabalho é de orientação junto ao professorado. Dou orientação, supervisiono o trabalho". (17)

Mas, a professora contradiz:

"Aqui cada um sabe seu trabalho, há um respeito mútuo no trabalho de cada um". (18)

Estabelece-se, então, a "lógica de confiança":

"Cada professor, cada supervisor, cada um sabe e desenvolve com seriedade o seu trabalho". (19)

A busca do melhor método de ensino, melhor terapêutica é sustentado pela direção dessas organizações.

"Aí, eu pensei, porque todo o ensino não pode ser uma experiência feliz? Eu fui em várias escolas, colhi informações. Eu então resolvi criar um método novo. Aqui em Minas, usava o método global. Era queimado quem usasse outro. Nós funcionamos como um impulso, uma guinada de 90<sup>o</sup> graus, foi uma luta". (20)

---

(16) Para mais críticas, ver, por exemplo: Meyer & Rowan, op. cit.; Goffman, Erving, op. cit. e Kamens, David, op. cit.

(17) Entrevista com supervisora da escola B.

(18) Entrevista com supervisora da escola A.

(19) Entrevista com professora da escola A.

(20) Entrevista com diretora da escola A.



Mesmo onde os profissionais não têm nenhum treinamento especializado para executar suas tarefas, o mito é mantido. Ele serve para legitimar a confiança que o sistema deposita em seus profissionais e fornece uma explicação do porquê desta confiança. Sem dúvida, o aspecto mais sensível da "lógica e confiança" do sistema educacional é o mito da profissionalização do professor. A família, quando matricula seu filho em uma escola, espera e acredita que ele aprenderá a ler, escrever, socializar-se-á, enfim, estará apto ao convívio social. O diploma escolar representa, neste caso, a credencial que o indivíduo terá para transitar no mundo social. A família considera a professora um elemento profissional com treinamento e conhecimentos especializados no setor de sua atividade: ensino e o cuidado dispensado à criança. O mesmo ocorre com a família do doente. Ela confia no psiquiatra como profissional especializado e capaz para lidar com a doença de seu familiar. Assim mostram os trechos das entrevistas abaixo:

"O doutor que tá tratando do meu filho é muito bom. Entende muito sobre a doença dele, tem muita experiência, ele estudou muito para entender deste assunto". (21)

"Meu filho já rodou um monte de hospitais deste tipo, mas não se adaptou em nenhum. Me disseram que este hospital é o melhor neste campo. Tem os melhores psiquiatras. Você já viu, este negócio de loucura é muito sério e não pode ser qualquer um pra entender. Tem que ser bom". (22)

A capacitação "técnica" que os profissionais têm de seu trabalho representa critérios técnicos para a sociedade na manutenção do mito do profissionalismo. Porém, a construção social que os membros dessas organizações fazem do que seja "loucura" e "educação" é feita segundo o "estoque de conhecimento" que estes membros adquirem ao longo de sua

---

(21) Entrevista com familiar de paciente do hospital B.

(22) Entrevista com familiar de paciente do hospital A.

experiência com a clientela, ou seja, segundo critérios sociais que cada um adquire no cotidiano de suas atividades.

"O Q. I. de uma criança não tem como medi-lo. Como pode você afirmar que o menino é burro? Não sei bem o que seja educação formal. Eu fico imaginando uma criança de favela. Se ela fizer os testes de avaliação que os meninos de classe média faz, ela vai ser taxada de burra. Educação é antes de mais nada capacitar a criança para ter crítica frente aos problemas da vida". (23)

"Existe uma pirâmide de desejos que começa com os desejos mais concretos para depois ter desejos mais abstratos. Inicialmente o indivíduo tem desejo de ter uma casa, alimentação, e, após isto, ele começa a abstrair seus desejos. A gente demanda de loucura no terceiro mundo é a falta de recursos mínimos. O indivíduo da América Latina é sempre colocado como paranóico. Ele, realmente, na vida real é fadado a plantar e morrer de fome. Na vida real, ele está realmente sendo perseguido. Por isso, as doenças dos povos do terceiro mundo são considerados paranóicos". (24)

"Freud resumindo isto, ele fala que é uma série de coisas completamente do constitucional ao social e vai definindo... Inclusive uma pessoa que é doida em uma circunstância, ela é sã em outra. A pessoa pode ser louca e não apresentar nenhum sintoma que incomode ninguém. Acho que tudo passa pelo critério da normalidade". (25)

Para Berger e Luckmann (1983), a realidade da vida cotidiana contém esquemas tipificadores em termos dos quais os outros são aprendidos, sendo estabelecidos os modos como "lidamos" com eles

---

(23) Entrevista com supervisora da rede Estadual.

(24) Entrevista com psiquiatra do hospital B.

(25) Entrevista com psiquiatra do hospital A.



nos encontros face a face". Ela é partilhada por outros indivíduos. Nas organizações, o pessoal de linha, ao implementar suas atividades rotineiras, acaba por construir e negociar arranjos e repertórios que respondem, mais eficientemente, as demandas cotidianas (26).

"Faço de tudo, controlo a cozinha, a enfermagem, os pacientes, substituo o Dr. ... (diretor do hospital), faço tudo aqui. Eu faço e desfaço dentro do hospital. Ele, o Dr. ... assina seguro o que faço. Relatório médico, eu é quem dito". (27)

"Aqui a gente acaba fazendo por nossa conta. Vamos pelo bom senso. Dentro de sala o que ocorre entre a gente e os alunos, nós mesmo resolvemos. Não tem como o tempo todo ficar recorrendo à orientadora pra qualquer probleminha". (28)

Apesar dos mitos organizacionais serem mantidos "formalmente" para ficar em conformidade com o ambiente, na prática, estes mitos caem por terra, pois eles não se adaptam à realidade das atividades cotidianas da instituição.

"Este trabalho de equipe na verdade não existe, pois grande parte das psicólogas ficam pouquíssimo tempo e além de tudo não são remuneradas, torna-se difícil cobrar (...)". (29)

---

(26) Ver o capítulo "Os fundamentos do conhecimento na vida cotidiana", in, Berger, Peter & Luckmann, Thomas, op. cit.

(27) Entrevista com supervisor do hospital A.

(28) Entrevista com professora da escola A.

(29) Entrevista com psicóloga do hospital A.

"Vou te contar um caso que mostra os desencontros destes profissionais. Eu estava tratando de um paciente com o maior carinho, que mobilizou toda a equipe, um caso difícil. Então, a psicóloga de minha equipe resolveu não concordar com a alta dele, quando ela tinha apenas uma consulta com ele". (30)

A falta de disponibilidade do psiquiatra em se dedicar ao hospital permite que o pessoal de linha critique sua função dentro da equipe:

"Quanto aos médicos, acho muito difícil ele fazer parte de equipe pelo fato dele permanecer no hospital só duas horas por semana. Ele fica receitando para mais ou menos 20 pacientes. Não dá tempo pra nada". (31)

"Problema muito difícil. Os médicos não conseguem permanecer mais tempo, não dá carinho e atenção. O paciente realmente é pegajoso, é chato". (32)

#### 4.3. A ORDEM NEGOCIADA

Outro ponto crucial na vida cotidiana das organizações é o aspecto do poder, a base das negociações e suas várias facetas (33). Nas organizações, de modo geral, todas as pessoas, nas suas respectivas posições, exercem um determinado tipo de poder. Cada um, professor, psiquiatra, diretor, inspetor de

---

(30) Entrevista com psiquiatra do hospital B.

(31) Entrevista com atendente do hospital A.

(32) Entrevista com supervisor do hospital A.

(33) Sobre poder nas organizações, consultar: "Autoridade administrativa e autoridade de especialista, in, Etzioni, Amitai, op. cit.



ensino, atendentes, psicólogos, assistente social, faz reinar a universalidade do normativo. A aceitação e o cumprimento das normas são peças básicas da engrenagem organizacional. O psiquiatra, por exemplo, tem um papel cerimonial importante nos hospícios. É ele quem assinala as altas, receita medicamentos, transfere pacientes.

"A única função do médico é dar as papeletas, o resto quem faz sou eu. No INPS, a única coisa que o médico faz e mal é dar a papeleta e receitar". (34)

Mesmo quando este trabalho é frustrado, o psiquiatra cumpre seu ritual:

"Tentei fazer muito, mas meus esforços esgotaram, hoje tenho na minha cabeça que não consigo fazer mais que isto, guardo minhas energias para outros trabalhos. Venho sempre aqui, cumpro meu horário e nada mais". (35)

"É muito difícil o contato com o paciente. Então a gente olha pro paciente e vê o que tem a fazer. A gente não tem preparação para abordar um paciente. O que a gente faz é paliativo. Agitou, seda, tá deprimido, dá uma droga pra aumentar o astral dele. A causa não é discutida. A clínica tem um plantonista para cada 24 horas e para uma população de mais de 500 pacientes". (36)

De um lado, os profissionais (orientadores, psiquiatras, psicólogos, por exemplo) retêm uma bagagem significativa de conhecimento especializado, o que lhes confere um alto grau de poder institucional. Este poder quase sempre é utilizado na manipulação de inferiores (atendentes e professores), quando

---

(34) Entrevista com supervisor do hospital A.

(35) Entrevista com psiquiatra do hospital A.

(36) Entrevista com médico-plantonista do hospital A.

determinam ou traçam políticas (educacionais e de saúde) para que inferiores as implementem. De outro lado, o pessoal de linha, no dia a dia da organização, adquire um vasto estoque de conhecimento organizacional. São eles, atendentes e professores que lidam direta e diariamente com a clientela (Strauss, 1964). Neste sentido, seu conhecimento sobre a vida cotidiana da instituição está em suas mãos, o que imprime, também, um alto grau de poder. Sua maior arma é a informação e o segredo (Canetti, 1983). Estrutura-se, aí, uma arena central de disputa. Assim, o que ocorre no isolamento da sala de aula (Meyer & Rowan, 1978) e nas alas fechadas é de conhecimento restrito de quem lida com a situação. Este conhecimento é restrito ao pessoal de linha. Sabe-se que há os relatórios, livros de ocorrências, supervisores e outros mecanismos de controle por parte dos superiores, mas a grande maioria das informações passa longe dos olhos dos superiores. O ocultamento de informações é um ponto chave do poder de inferiores. Os trechos abaixo são ilustrativos da situação a qual se refere:

"Aqui no hospital, conhece a mim e não o médico. Eu estou autorizando um paciente ir em casa depois de cinco meses de ala fechada. Autorizo internação. Cismeio semana que vem, não internar ninguém. O papel do médico é só medicação, o resto sou eu que faço. O médico só quer dinheiro. Sempre prevalece minha opinião, sempre concordam comigo, quando ele (o psiquiatra) me obriga a dar alta ou outra ordem que eu não aceito, então faço ele assinar uma ordem por escrito com termos de responsabilidade. O paciente perto do psiquiatra é uma coisa, quando está longe, durante todo o dia, quem olha sou eu, o paciente tem delírios, então eu vejo que não é possível dar a alta. Tem alta que é dada, e eu cancelo, vejo que o paciente não tem condições para sair". (37)

-----  
(37) Entrevista com supervisor do hospital A.



"Nós é que fazemos tudo pelos pacientes, nós é que temos contato com o paciente 24 horas por dia". (38)

"De vez em quando aparece uma psicóloga aqui na escola. Nem sei o que ela faz. O trabalho mesmo é nosso". (39)

"Aqui no hospital tem um livro de ocorrências que o gerente colocou nas alas. Mas, a gente não é bobo, não colocamos tudo neste livro, só o que não compromete a gente". (40)

O conflito intragrupos torna-se, portanto, inevitável no interior dessas organizações (41). Ordens são desfeitas, ocultamento e sabotagem de informações são efetuados, acordos tácitos são realizados. A organização passa a ser vista como uma arena política, onde os diversos atores políticos barganham seu espaço e seu poder. Inferiores questionam as atividades de superiores, checam a legitimidade de seu poder e, em muitos casos, confrontam posições:

"Teoria é muito fácil, prática é que é difícil. Dentro do cérebro não se pode entrar, não se pode saber o que está acontecendo. Portanto, o psiquiatra não pode afirmar que existe a loucura. Ninguém pode entrar dentro do cérebro dele, não é câncer que você vê. Neste caso, o médico pode diagnosticar". (42)

-----  
(38) Entrevista com atendente do hospital A.

(39) Entrevista com professora da escola B.

(40) Entrevista com atendente do hospital B.

(41) Sobre conflito organizacional, consultar o artigo de Dalton, Melville, "Conflitos entre funcionários administrativos de "staff" e de linha", in Etzioni, Amitai, op. cit. Ver também, March, James e Simon, Herbert, "Conflito nas organizações", in, March e Simon, op. cit.

(42) Entrevista com supervisor do hospital A.

"O médico não acredita no que o paciente fala. Pra ele o que resolve é o eletrochoque. Às vezes, o residente tem mais interesse em saber da vida do paciente. Eu procuro saber se o paciente delira ou se é a sociedade. Já os médicos não fazem isto, não têm tempo". (43)

"Eu não acredito no trabalho do pessoal de psicologia, terapia, etc (...) eles logo que começam, esmorecem..." (44)

Há o confronto explicitado de autoridade. O poder da autoridade hierárquica é questionado pelo pessoal de linha, que demanda autonomia. Estabelece-se, aí, o confronto direto entre a prática e a teoria.

"Nenhuma supervisora pode avaliar o nosso trabalho. Só a gente é quem pode verificar o desempenho de cada aluno e dizer alguma coisa". (45)

"Sou contra terapia neste tipo de paciente aqui. Psicólogo esmorece muito rápido, não vai até o fim. O paciente não quer ouvir, eles são viciados em hospital. São quinze dias de trabalho e logo some". (46)

"O maior responsável pelo paciente ainda é o médico, infelizmente...". (47)

Por outro lado, os superiores defendem-se das críticas de inferiores e apontam explicações divergentes para a situação.

---

(43) Entrevista com atendente do hospital B.

(44) Entrevista com supervisor do hospital A.

(45) Entrevista com professora da escola B.

(46) Entrevista com supervisor do hospital A.

(47) Entrevista com atendente do hospital B.



"Aqui no hospital (...) o que existe não é uma contestação do poder médico, mas uma luta das categorias profissionais por um lugar ao sol nesta época de desemprego e recessão. Não há luta contra um tipo de poder, mas uma luta para exercer este poder. Não chegaria a dizer que na nossa tribo todos queriam ser caciques. Mas, parece que na nossa tribo, todos querem ser pajés". (48)

Em outra dimensão, sabe-se que, no sistema organizacional, existem as "regras da casa", um conjunto de prescrições que expõe as principais exigências às quais o aluno e o paciente terão que se submeterem. Segundo Goffman (1974), "ao mesmo tempo em que o processo de mortificação se desenvolve, o internado começa a receber instrução formal e informal do que aqui será denominado de sistema de privilégios" (49). Outra arena de disputa de poder e de muito conflito é a relação entre pessoal de linha e a clientela. A partir do "estoque de conhecimento" que a clientela tem, ela negocia com o pessoal de linha, a ordem e a disciplina interna:

"É preciso ter tato, agir como se nada soubesse, como a gente faz com os filhos da gente. A gente já imagina o que eles vão fazer ou vão falar". (50)

"Primeiro chamamos os meninos e conversamos, depois mandamos uma carta de advertência, se nada, então, é caso de suspensão e expulsão". (51)

---

(48) Entrevista com psiquiatra do hospital B.

(49) Goffman, Erving, "O Mundo do internado", in Goffman, E., op. cit.

(50) Entrevista com atendente do hospital A.

(51) Entrevista com professora da escola B.

"Quando o paciente agita, o próprio atendente contém (amarra), caso ele não esteja lúcido, chama-se o médico para conversar com ele. Se o paciente está lúcido, o próprio atendente enfrenta a agitação, dizendo se o paciente continuar daquele jeito só faz com que a alta demore mais. Ameaça o paciente com a possibilidade de demora da alta". (52)

A clientela não é passiva como se supõe. Ela rebela contra as normas e regras da casa. Estabelecem-se, então, códigos comportamentais que serão observados e seguidos e, em muitos casos, negociados pela clientela.

"A primeira coisa que fazemos é conversar, a segunda, uma advertência; a terceira, ele assina um compromisso que vai colaborar com a escola; a quarta, a suspensão e após a terceira suspensão é expulso". (53)

Um ponto central na vida organizacional é a ordem e a disciplina da clientela. De um modo geral, a escola visa utilizar todo o tempo disponível do aluno, impondo programas, ocupações e um determinado ritmo obrigatório. O mesmo ocorre nos hospitais. Parafraseando Foucault, podemos dizer, que deste processo nascem corpos treinados, exercitados, tornando alvos de novos mecanismos de poder, controle, vigilância e punição.

"Aqui, nós temos horário para tudo. Já recebemos todas as ordens do que podemos e não podemos fazer. É uma rotina. O principal mesmo para a direção do hospital é a ordem. Manter os doentes calmos e sossegados". (54)

-----  
(52) Entrevista com atendente do hospital B.

(53) Entrevista com supervisora da escola A.

(54) Entrevista com atendente do hospital B.



Para Goffman (1974), o objetivo do pessoal de linha é conseguir o controle dos pacientes - um controle que deve ser mantido, independente do bem-estar do paciente (55). A disciplina e a ordem são elementos fundamentais da instituição frente aos seus agenciadores. Assim, ela requer professores e atendentes enérgicos para manter a ordem. Confia-se nos professores e atendentes como disciplinadores eficientes (56).

"A disciplina desses meninos é ponto básico. Nossas professoras são muito eficientes, são capazes. Estes meninos são difíceis, acho que é porque são favelados". (57)

"O ponto mais importante é o da enfermagem. São eles que controlam tudo no hospital. Consegui liderar a todos, tanto os pacientes como os funcionários". (58)

"A gente tem lá um chefe de enfermagem que é um rapaz de muita vivência, muita experiência psiquiátrica, de mais de 20 anos. Ele está em constante contato com os atendentes. Quando há alteração, ele comunica com a direção do hospital, e a direção procura verificar se há algum problema com o paciente". (59)

---

(55) Ver, especialmente, Goffman, Erving, "O Mundo da equipe dirigente", in, Goffman, E. op. cit.

(56) Sobre escolas, ver: Freire, Paulo, op. cit. e Guimarães, A. op. cit.

(57) Entrevista com diretora da escola B.

(58) Entrevista com supervisor do hospital A.

(59) Entrevista com diretor-clínico do hospital A.

"Aqui, a nossa preocupação principal é com a disciplina. É conseguir manter os alunos dentro de aula. Sabe, você não vê nunca um elogio assim: "Fulana está ótima". Você só vê falar assim: "A fulana dá conta da sala dela. Eles não fazem bagunça". (60)

Observa-se que, na vida cotidiana dos hospitais e das escolas, a "lógica de confiança" estabelecida entre superiores e inferiores, garante a ordem e controle e operacionaliza o funcionamento interno dessas organizações. A disciplina passa a ser critério básico de avaliação da eficiência da organização.

Os professores e os atendentes, enfim, aqueles que lidam diretamente com os alunos e pacientes, colocam-se como guardiões das normas da instituição. A aceitação do sistema organizacional, de suas práticas, por parte de todos os membros, passa a constituir elemento fundamental na estrutura social. Os professores e atendentes impõem aos alunos e pacientes normas tão rígidas quanto as que estão submetidas. A família, por sua vez, também aparece como fiadora das normas. Um exemplo desta situação é um acontecimento ocorrido com um interno do hospital A, quando este foi apanhado roubando drogas na farmácia do hospital. Imediatamente a família foi avisada, e as medidas punitivas foram logo tomadas:

"Chamei os dois, expliquei, nada com agressividade e violência. Expliquei para eles que precisava comunicar à família e foram descidos para o 1o. andar. Chamei a família e expliquei que ia expulsar eles. A família me pediu muito e, então, resolvi deixar ficar, como última chance. Quando, então, procurei eles depois de alguns dias, eles me falaram se iam ser expulsos. Afirmei que não e eles me agradeceram muito. Mostrei para eles que o melhor para eles era ficar naquele lugar para sua recuperação, ala fechada porque lá não tinha a possibilidade de roubar drogas, etc... Eles concordaram e tudo bem. Só vão sair de lá, quando eu achar que já estão recuperados". (61)

-----  
(60) Entrevista com professora da escola B.

(61) Entrevista com supervisor do hospital A.



Quando a ordem é ameaçada, recorrem-se a métodos punitivos e disciplinares, tais como, orações no início das aulas, cópia de frases: DEVO OBEDECER À PROFESSORA, são utilizados em larga escala, principalmente na escola B. Uma situação que exemplifica são as orações rezadas pelos alunos da escola B, no início de cada dia letivo:

"Meu anjinho da guarda eu gosto muito de você, pois você é meu amigo, ajude-me a ser obediente como você".

"Senhor, sinto-me feliz. No meu sorriso, nos meus gestos revelo a alegria de viver. Na amizade em casa, na escola a vida da gente. Senhor, por favor ajude-me a ser vida que irradia alegria, felicidade e amor.

Já nas escolas de elite, os métodos punitivos e disciplinares são processados de forma mais sutil. Recorre-se à punições morais, por exemplo, como, retirar de sala as aulas, diminuir notas, entre outros.

"A tia de ciências faz assim com a gente, tira ponto (dá menos) da gente quando a gente chega um pouquinho atrasada. Aí a gente faz a mesma coisa com ela. Quando acaba o horário da aula dela, ela pode estar dando o que quiser que nós saímos da sala". (62).

"Quando a tia vê que a gente está pintando muito, ela põe a gente pra fora de sala. Mas, aí, a gente vai lá pra baixo brincar no bambuzal e nem se importa com o castigo". (63)

As técnicas disciplinares fazem com que as pessoas aceitem o poder de punir e serem punidas, tornando-se uma prática "natural" e "legítima".

---

(62) Entrevista com aluna da escola A.

(63) Entrevista com aluno da escola B.

"Outro dia um paciente ficou o dia inteiro atrás de mim. Então entendi que ele ia fugir. Não fiz nada: sabia, que ele ia fugir, deixei acontecer as coisas normalmente, ele realmente fugiu (...). Passando alguns dias ele retornou ao hospital, dizendo que estava arrependido e que saiu e, não, fugiu para resolver uns problemas familiares e, logo que resolveu, voltou para lá. Perguntou para mim, se era para ele descer ou qual era o castigo. Então disse a ele que continuasse na ala que estava e que, na próxima vez, ele avisasse ou pedisse autorização que eu dava, ficou tudo bem". (64)

Para Canetti (1983), os indivíduos, de modo geral, assumem o papel de "juiz", o poder de juiz. "Ele sentencia, por assim dizer, constantemente. Sua sentença é a lei. São coisas muito determinadas aquelas sobre as quais ele deve proferir suas sentenças. Seu amplo conhecimento a respeito do que é ruim e o que é bom se origina a partir de sua prolongada experiência". (65)

"Aqui dentro da sala, eu sou a autoridade máxima. Quando um aluno está muito bagunceiro, eu castigo. O castigo varia conforme o que ele fez". 66

Neste sentido, criam-se indivíduos sujeitos a hábitos, regras, ordem e às autoridades que se exercem continuamente sobre eles. (Guimarães, 1985). E a ordem passa a ser, também, ponto importante para a própria clientela.

Na ocorrência de violência, desordem interna, a "normalidade" e "harmonia" são sempre recuperadas pela própria clientela. No hospital A, houve um caso da entrada de um estranho

---

(64) Entrevista com supervisor do hospital A.

(65) Canetti, Elias, "Elementos de poder", in, Canetti, Elias, Massa e poder, 1983.

(66) Entrevista com professora da escola B.



no interior das alas, provocando tumulto entre os pacientes. A solução para o problema foi encontrada pelos próprios pacientes, como relatou o supervisor:

"Apareceu um homem estranho aqui no hospital no pátio, desrespeitando as mulheres doentes das alas, fui comunicado. Resolvi que os próprios pacientes resolveriam o problema. Avisei para os pacientes que aquele homem era estranho e deixei que eles resolvessem. Pegaram o homem de tapas e logo tiraram ele da ala. Ele foi até a minha presença, e eu avisei a ele que se ele voltasse eu deixaria que os pacientes acertassem ele e acrescentei: louco que mata não é crime, portanto não volte". (67)

No caso dos hospícios, geralmente, a ordem interna está constantemente ameaçada por dois tipos de eventos - crises mentais e comportamentos subversivos. O segundo caso evoca punição; o primeiro implica medidas que, embora aparentemente punitivas, visam à manutenção da segurança pessoal dos pacientes.

"Aqui não existe castigo e nem punição, só para os toxicômanos e alcoólatras, quando começa a dar trabalho, eles são lúcidos, não são doentes mentais e, aí, quando começam a dar problema, eu desço. Desço e coloco nas alas piores por alguns dias, só para sentir a barra e, depois ele (o doente) pede arrego, e eu converso longo tempo com ele, ele promete que vai melhorar e promete que não vai fazer isto mais. Aí ele sobe outra vez. Na terceira vez, ou ele é expulso do hospital, ou fica preso na ala pior. Mas isto a gente só faz isto, castigo, com os toxicômanos e alcoólatras, pois eles não são doentes mentais. São só perturbadores da ordem, e a família não aguenta eles dentro de casa. Quanto aos esquizofrênicos, epiléticos, deficientes mentais, estes a gente desce, só por questão de

---

(67) Entrevista com supervisor do hospital A.

proteção "dele" (o louco) e da "sociedade", pois eles, quando dão a crise, ficam incontroláveis e é preciso então descer e sedar e eles já até sabem quando estão piorando e que precisam descer. Eles descem porque precisam, não por castigo, é por questão de segurança". (68)

A contestação da ordem estabelecida aparece com frequência nessas instituições. Criam-se focos de conflitos, gerados, em muitos casos, pela liderança de pacientes e alunos. Salientam-se aqui lideranças em dois níveis: o líder positivo - aquele que ajuda e coordena atividades na organização -, contribuindo para a manutenção da ordem interna; e, o líder negativo - o que lidera motins, rebeliões -, provocando o "caos organizacional" (69). Um líder positivo é visto pelo "staff" do seguinte modo:

"A dona... (interna) ela é o que podemos falar de liderança positiva, ela parece muito mais com uma funcionária nossa do que uma interna. Ela lidera uma escolinha de Mobral aqui no hospital. É a única atividade existente aqui no hospital. Ela tem todas as regalias. Por outro lado, temos aqui um paciente que é o porta-voz dos outros internos. Ele é uma praga. Tenho que ter o maior cuidado com ele. Era para ele ficar nas alas fechadas, mas, como ele é perigoso, tem aturar ele aqui. Fica sobre meu controle o tempo todo". (70)

E o líder negativo é visto de uma forma oposta:

---

(68) Entrevista com supervisor do hospital A.

(69) Os líderes positivos e os negativos são, quase sempre, os "maus alunos", os desordeiros, os agitados (doentes mentais), os quais foi referido no capítulo 2.

(70) Entrevista com supervisor do hospital A.



"Aqui tinha um bicha (...), tive que tirar ela do hospital, era uma liderança contrária ao hospital. A mãe pediu para ele ficar, mas achei melhor dar alta. Já fiquei sabendo que ele está péssimo, andando pelas ruas, bebendo e fazendo a maior desordem". (71)

"Quando a gente tem aluno líder é um problema. Ele lidera bagunça dentro da sala, puxa o resto da turma. Aí fica tudo muito difícil. Precisa ter muito tato, ficar muito atenta. Aqui, na sala, nós temos uns dois alunos que lideram toda a bagunça na sala de aula. E o pior que os outros alunos gostam deles". (72)

"O pessoal daqui, os pacientes... eles são pessoas bobas que não reclamam, mas eu reclamo para o bem deles mesmos. Eu passo por todos os quartos para ver se não tem algum paciente precisando de ser olhado, aí, eu chamo o plantonista. Mas os pacientes são muito atrasados e não entendem, acha que eu bajulo o chefe, mas, não, quando eu erro, eu recebo castigo igual a eles. Às vezes, eu telefono para fazer favores aos pacientes. Ligo denunciando a pedido do paciente que fica nas alas fechadas, sem direito de comunicar com a família. Aí eu corro as alas, procuro saber dos problemas e então ligo pras famílias". (73)

Quando uma liderança ameaça a ordem interna, as autoridades buscam, quase sempre, mantê-la sob sua vigilância constante; como é o caso do líder dos pacientes do hospital A:

-----  
(71) Entrevista com supervisor do hospital A.

(72) Entrevista com professora da escola A.

(73) Entrevista com paciente-líder do hospital A.

"Se você conversa com qualquer paciente ele sempre vai dizer que está tudo errado. Tem um paciente, aqui que chama Osvaldo, é difícil. Mente pra daná. Eu tive que colocar ele aqui em cima, apesar dele ser um paciente de ala fechada, para eu poder controlar ele melhor. É um líder, onde ele está sempre forma um grupo. Ele é terrível, é muito líder. Ele é capaz de pôr fogo, fazer os outros pacientes porem fogo na ala, e ele ficar quietinho. Por isso, ele tem de ficar aqui em cima, junto da gente. Até um padre e uma mulher de deputado vem aqui trazer dinheiro para ele. Não consegui descobrir porque e como ele consegue isto. Não sei se é pena, ou se eles têm cabo preso com ele. Ele é terrível". (74)

Como já foi dito anteriormente, a informação é a principal arma do pessoal de linha (75). As informações são fornecidas pelos pacientes, alunos e, até mesmo, pelos atendentes e professores que delatam seus próprios colegas. Institui-se, então, a espionagem dentro dessas organizações. Com isto, os poderosos (chefes, de modo geral) asseguram o maior controle da instituição. Como recompensa pelo serviço, concedem-se favores, regalias, promovem-se funcionários. Consegue-se, portanto, um serviço de espionagem eficiente por um baixo custo operacional, como mostram os depoimentos abaixo:

"Observei que dois internos estavam muito calmos (estes internos são viciados) não mais perturbavam a ordem. Achei muito estranho, comecei a observar eles melhor. Não conseguia nada, só desconfiava que estava roubando remédio. Não sabia como. Então resolvi montar um esquema. Tirei o responsável da farmácia na hora do almoço, coloquei uma doida (porque uma doida, eles não iriam desconfiar), para

---

(74) Entrevista com supervisor do hospital A.

(75) Ver Strauss, Anselm, op. cit.



ficar lá olhando e pedi a ela, se caso eles aparecessem, era para ela sair e vir me avisar). Logo depois, os dois internos chegaram pela janela, um ajudando o outro e, quando viram a doida, eles nem se importaram (como eu pensei). Então ela saiu, como se nada entendesse e foi me chamar. Peguei então em flagrante e, só assim pude agir com eles como eles precisavam". (76)

"Aqui no hospital é muito difícil saber quem está com a verdade. A gente tenta observar e, sem que o funcionário nota, você observa. O paciente dá as coordenadas para mim, dia, hora e local, e eu vou checar. Não é que eu aceito paciente-espião... A gente sabe que eles estão errados, mas eles ajudam a gente. O paciente você trabalha com ele sem esperar muito dele. No paciente a gente considera tudo... É uma forma de desabafar, agredir, uma terapia... O funcionário precisa saber o lugar dele, respeitar o paciente, saber que o paciente precisa desabafar". (77)

A delação é uma prática também encontrada entre os alunos (Guimarães, 1985). A tarefa de fiscalizar é atribuída aos alunos fazendo com que eles participem do sistema de observação. Nesse caso, institui-se a "monitoria" ou "chefia de classe", que o torna representante do professor em sua ausência.

"Eu anoto tudo pra professora, quem conversou, quem pintou, quem brigou e depois dou pra professora. Aí ela tira ponto do menino ou põe de castigo". (78)

Resumindo, pode-se dizer que existem dois níveis de espionagem.

-----  
(76) Entrevista com supervisor do hospital A.

(77) Idem.

(78) Entrevista com aluno-monitor da escola B.

1) A espionagem voltada para o controle dos próprios pacientes e alunos. O espião anota e relata para a autoridade mais próxima (pessoal de linha) os eventos ocorridos na sala de aula ou ala, na ausência da professora ou da atendente.

"Eu tava vomitando muito, não parava nada no meu estômago. Aí, minha colega de quarto falou com a enfermeira, que eu estava fingindo. Aí então o sô ... (Chefe da enfermagem) me desceu para baixo. Eu nem sabia de nada. O sô ... me passou o maior pito. Eu tava inocente, minha colega mentiu". (79)

"Ah! tudo que a gente faz os meninos contam para a professora, aí ela tira ponto da gente...". (80)

"Sempre tem um "puxa-saco" na sala de aula. Ele conta tudo pra professora. É um "dedo duro". (81)

2) A espionagem voltada para o controle, tanto da clientela como dos funcionários da instituição. O espião observa, anota e relata para uma instância superior de comando da instituição (chefe, diretor, supervisor) os eventos ocorridos. Neste caso, o espião pode ser funcionário ou interno e/ou aluno.

"Corro todas as "alas", todos os dias, raramente participo de reuniões com o corpo clínico, só quando sou solicitado, mas tudo que acontece no hospital acaba morrendo na minha mesa. A omissão de informação é a falta mais grave. Eles não estão acostumados a tirar do vocabulário a palavra entregar". (82)

-----  
(79) Entrevista com uma paciente do hospital A.

(80) Entrevista com aluna da escola B.

(81) Entrevista com aluna da escola A.

(82) Entrevista com gerente do hospital B.



"Eu tenho muitas amigas, eu sou muito tolerante, por exemplo, se fizer alguma coisa errada, eu chego perto chamo ou falo brincando, tudo é comigo". (83)

Por outro lado, quando o espião ameaça a autoridade de poderosos, ele é desestimulado a praticá-la e, em muitos casos, ele é sumariamente reprimido, como mostra o trecho da entrevista abaixo:

"Não posso admitir que tenha aqui funcionário espião, isto enfraquece meu poder. Porque, assim, eu fico frágil perto dele. Ele adquire poder junto ao chefe". (84)

Portanto, a autoridade do pessoal de linha legitima-se também na implementação de um acordo tácito entre ele e a clientela, que torna a punição e o castigo uma resposta "automática" a certos comportamentos "não-esperados".

"Todos têm por mim respeito e admiração, quando castigo, eles entendem e não ficam com raiva de mim, sou admirado e respeitado por todos aqui. Eles me adoram. Sou como pai deles. Não tenho medo deles, e sempre que precisa converso com todos eles". "O que eles precisam é de papo, diálogo, amor e compreensão, só castigo, quando eles "aprontam" ou estão em crise". (85)

Estabelecem-se os acordos, concedem-se as regalias e privilégios, assegurando-se, assim, o controle e a manutenção da ordem e harmonia interna.

---

(83) Entrevista com vice-diretora da escola B.

(84) Entrevista com supervisor do hospital A.

(85) Idem.

"Sobre a liderança no hospital entre os pacientes é o seguinte: tem aqueles que são vivos, dá muito problema para mim, porque se estão aqui em cima eles têm contato com o mundo exterior, com a comunidade, às vezes, traz problemas. Aqui tem de tudo. Eu tenho um paciente, por exemplo, aqui em cima que é ótimo. Desconta cheques para mim no Banco. Quando ele vai para mim no Banco, ele não desvia nem um tostão e não passa em nenhum bar. Já quando ele sai para ele mesmo, enche a cara. Outro dia encheu a cara, voltou bêbado, e, aí, eu desci ele 15 dias. Tem uma outra paciente que é uma "líder positiva", ela cuida da escolinha, é como se fosse uma funcionária". (86)

Uma situação exemplar dos acordos e concessões que estabelecem-se entre comandantes e comandados é a forma como os pacientes do hospital A, especificamente, buscaram para solucionar necessidades surgidas entre eles, tais como: dinheiro extra, aquisição de cigarros, chocolates, frutas e outros. Como pode-se observar nos trechos das entrevistas abaixo, estabelecem-se acordos entre os pacientes e o pessoal de linha. Aos comportamentos considerados "desviantes" pelo "staff" do hospital, o pessoal de linha faz "vista grossa", permitindo o convívio com a situação.

"Alguns ajudam o pessoal da enfermagem e da faxina. Têm alguns que conseguem ganhar algum dinheiro no hospital. Têm pacientes que conseguem manipular tão bem, são os malandros que recebem dinheiro da família de outros pacientes para cuidarem dele. Recebem de várias formas. Uns ameaçam - "se você não me der, eu vou enforcar ele".

---

(86) Entrevista com supervisor do hospital A.



"O maior problema da ala livre é o problema do contato do paciente com o pessoal, família de outros pacientes manipulam muito. Aqui é diferente, não são os atendentes que ganham dinheiro, é o paciente. Aqui é (...) proibido pelo regulamento interno atividade extra, que pacientes cuidem de outros pacientes e que lavem roupas de outros pacientes. Mas eu deixo. Eu considero como terapia. Tem muita coisa que é proibido no hospital, mas eu deixo. É como se fosse uma empregada das outras". (87)

Em alguns casos os próprios pacientes criam, no interior do hospital, um mercado "marginal" com a venda de produtos de largo consumo entre os pacientes, como, por exemplo, venda de sanduíches, frutas, entre outros. A organização transfere para a "economia delinquente" os encargos da manutenção do paciente.

"A alimentação era mais forte, tinha verdura, mais carne, agora só vem carne, os pedacinhos no meio da verdura. O feijão um dia vem ralo, no outro dia vem duro. Tinha frango todo domingo, mas agora não tem mais; não tem mais leite às 14 horas e não adianta reclamar porque piora. A última refeição é às 6 horas da tarde e só voltamos a alimentar às 8 horas da manhã do outro dia. Então a gente tem que comprar uns biscoitos e frutas por conta da gente. Mas o problema é que os outros pacientes que não têm dinheiro, não pode comprar e fica pedindo a gente. Tem um paciente do 4o. andar que arrumou uma máquina de fazer sanduíche e toda noite vendia sanduíches para o andar todo. Mas não deu certo, começou a cobrar mais sanduíches da família do que o paciente tinha comido. A família reclamou, e eu tive que proibir. Eles não têm união entre eles". (88)

---

(87) Entrevista com supervisor do hospital A.

(88) Entrevista com uma paciente do hospital A.

Concluindo, como foi dito no início do capítulo, as organizações estruturam-se segundo critérios práticos que atendem mais prontamente as demandas internas. Elas persistem frouxamente acopladas (Weick, 1976). O que quer dizer que, as regras, horário, as normas e as ordens são redimensionadas à luz das necessidades imediatas. Estrutura-se no cotidiano. A construção social da realidade passa a ser estruturada nos acontecimentos e necessidades concretas e imediatas. Há pouca inspeção das atividades diárias do pessoal de linha, de delegação que ganha descrição no sistema. Pode-se dizer que, tanto nas escolas como nos hospitais, a preocupação principal dessas organizações é a manutenção da ordem. Os corretivos são da ordem do exercício, do aprendizado intensificado.



## CAPÍTULO 5

### AS ORGANIZAÇÕES E O AMBIENTE

## 5.1. INTRODUÇÃO

Na análise organizacional, como já vimos, as organizações cooperam, conflituam, disputam e extraem recursos do ambiente. Neste sentido, torna-se fundamental deter a análise nas relações, nos acordos e estratégias que estabelecem entre as organizações e o ambiente. As organizações psiquiátricas e educacionais são, constantemente, inspecionadas e controladas por outras organizações do ambiente (1). Assim, essas precisam se estruturar enquanto organizações altamente "produtivas", no objetivo de transformar pessoas anormais e incapazes em normais e capazes, credenciando-as para o convívio social (2) (Meyer e Rowan, 1978).

Nesta perspectiva, o desenho racional da organização (3) promove a idéia de que a estrutura formal controla comportamentos e atividades, e se torna um relato legitimador em face das exigências requeridas pelo ambiente. Acredita-se que a escola educa e que o hospício cura.

Como afirmam Thompson e McEwen (1978), "quando a sociedade se torna mais complexa e suas atividades produtivas se organizam mais deliberadamente, os controles sociais são progressivamente

---

(1) Aqui introduzimos pais, associações profissionais, Estado (Secretaria da Educação, INAMPS) e outros.

(2) Este credenciamento ocorre através da expedição do diploma escolar (no caso das escolas), ou da alta médica (no caso dos hospitais). Em casos de pacientes "crônicos", a instituição credencia-se no confinamento e custódia do paciente.

(3) Para mais críticas, ver Campos, Edmundo, op. cit.



exercidos por dispositivos formais tais como contratos, códigos jurídicos e regulamentos governamentais.

Neste capítulo, tratar-se-á das relações de escolas e hospícios com o ambiente, ou seja, como ocorre a interação entre a estrutura formal dessas organizações e ambiente e quais as influências que os agenciadores (família e o Estado) operam em suas atividades práticas.

## 5.2. ESCOLAS, HOSPÍCIOS E ESTADO

O sistema psiquiátrico no Brasil e particularmente em Minas Gerais, divide-se basicamente em hospitais públicos e privados. Este último, com acentuada predominância sob o primeiro (4).

Apesar de se constituírem, na sua maioria, em instituições privadas, sua clientela, propriamente dita, é particular, mas fundamentalmente, originária do INAMPS. Isto significa que a manutenção financeira desses hospitais é assegurada pelo próprio Estado, através dos convênios firmados com o INAMPS.

Compete ao Estado, através de seus órgãos competentes, formular regras, leis, traçar a política geral e prover recursos tanto na área de saúde como na área de educação.

Para que um hospital privado se credencie junto ao INAMPS, é preciso que o mesmo preencha uma série de requisitos exigidos pelo Estado. Estes requisitos estão formulados no RECLAR

---

(4) Ressalta-se que, dos 27 hospitais psiquiátricos contratados pelo INAMPS em Minas Gerais, no ano de 1983, 25 destes eram particulares (92,5%), ou seja, dos 4.473 leitos contratados, 3.292 encontravam-se em hospitais privados. A maioria desses hospitais estão concentrados no eixo Belo Horizonte/Juiz de Fora.

(Relatório de Classificação Hospitalar), que possibilita a classificação do hospital em A, B, ou C (5).

Dentro desta escala classificatória, o hospital passa então a receber um reembolso de diárias de sua clientela, de acordo com essa classificação (6).

Essa situação peculiar dos hospitais privados no Brasil, garante que eles funcionem como "subsidiárias privadas" do sistema previdenciário, já que o mesmo não consegue suprir a demanda de serviços de saúde da população previdenciária.

Ao se analisar o Manual de Classificação Hospitalar (7), notam-se alguns pontos a serem destacados.

O primeiro ponto a ser observado refere-se ao processo de fiscalização existente, por parte do Estado, no cumprimento dos requisitos mínimos exigidos por ele no momento em que concede ao hospital o alvará de funcionamento.

Há uma equipe interdisciplinar (do INAMPS), composta de um médico, um enfermeiro e um assistente social, para fazer periodicamente esta inspeção no interior dos hospitais. O hospital é informado com antecedência da visita da equipe fiscalizadora. Mesmo quando essa visita é feita de "surpresa", e a equipe encontra alguma irregularidade, o hospital é notificado e lhe é dado um "prazo" para "pôr a casa em ordem". Logo, esta fiscalização é feita de uma forma bastante questionável.

-----  
(5) Ver, em anexo, o manual do RECLAR, com as denominações e pontuações específicas.

(6) Ver tabela, em anexo, de classificação dos hospitais e os respectivos reembolsos de diárias pelo INAMPS.

(7) O Manual compreende de quatro partes assim distribuídos:  
1) planta física; 2) equipamentos; 3) organização;  
4) utilidades adicionais e tabelas suplementares.



Outro ponto a ser observado é a pouca atenção dispensada aos itens que se referem ao conforto ou mesmo a terapêutica do paciente. Um exemplo é a elevada somatória de pontos dada a maquinário (máquina de lavar, secadora, entre outros) em detrimento a itens como: bebedouros, chuveiros elétricos, televisores, rádios, material para terapia ocupacional, etc (8).

Ressalta-se que essa somatória de pontos exigida pelo Estado é composta segundo critérios da direção do hospital como melhor lhe convier. Desta forma torna-se muito pouco provável que a direção do hospital opte por equipar as alas com chuveiros elétricos, televisores, rádios - equipamentos que, certamente, consumiriam muita energia e careceriam de reparos periódicos - do que com maquinário pesado, já que estes são pouco utilizados, ou mesmo mantidos no hospital sem funcionar, apenas para que a instituição tenha a aparência de "bem equipada" (9).

O sistema educacional no país, segundo sua natureza mantenedora, divide-se em federal, estadual, municipal e privado (10).

- a) O Sistema Federal de Ensino compreende a rede de escolas pertencentes à União nos Estados, no Distrito Federal ou nos municípios;

---

(8) Conforme o manual em anexo, uma máquina de lavar roupa vale 20 pontos, uma secadora 20, enquanto um chuveiro elétrico vale cinco pontos, um televisor cinco pontos, um rádio cinco pontos, material de terapia cinco pontos.

(9) Registra-se no hospital A, a existência de vários maquinários sem utilização (só para constar) e de uma piscina "desativada".

(10) Para mais críticas sobre sistema educacional brasileiro, ver: Barros, Samuel, Estrutura e funcionamento do ensino do 1o. grau, 1975.

- b) O Sistema Estadual de Ensino compreende todas as escolas pertencentes ao Estado;
- c) O Sistema Municipal de Ensino compreende todas as escolas pertencentes ao Município;
- d) O Sistema Privado de Ensino compreende todas as escolas particulares do país.

Cabe prioritariamente ao setor público o ensino de 1o. grau (1a. à 8a. série), sendo que, no ensino de 1o. grau (1a. etapa - 1a. à 4a. série), há uma prevalência do setor público. A rede pública municipal abrange em maior escala as escolas rurais de 1o. grau. Já na 2a. etapa do 1o. grau (5a. à 8a. série), o setor privado assume a liderança, tanto pelo número de estabelecimentos existentes quanto pela demanda de alunos existentes.

O mesmo procedimento formal, que ocorre com os hospitais para seu credenciamento, ocorre com as escolas junto à Secretaria de Educação. O Conselho Estadual de Educação (CEE) (11) adota uma série de normas e exigências a serem cumpridas pela instituição que pretende atuar enquanto estabelecimento de ensino (12).

Também no setor educacional, há comissões que fiscalizam o exercício do magistério nas escolas. No caso dos estabelecimentos privados, este procedimento dá-se em duas etapas. Na primeira etapa, a escola obtém autorização para seu funcionamento por dois

-----  
(11) A função do Conselho e da Câmara é ditar e aprovar normas e regras para o ensino da rede pública e privada. São responsáveis também pela aprovação ou não de pedidos de concessão de funcionamento de novas escolas privadas. Os membros da Câmara e do CEE são escolhidos pelo Governador do Estado e têm mandato de cinco anos, que pode ser prorrogado por mais cinco anos.

(12) Para mais esclarecimentos, ver: Resoluções, Conselho Estadual de Educação, volume III, BH, 1980.



anos. Na segunda, após estes dois anos, a escola passa por uma inspeção formal do Estado para verificar seu desempenho nesse tempo. Então, é dado o alvará de funcionamento definitivo. Esta inspeção é feita por uma comissão do CEE, que analisa os seguintes pontos:

- a) As condições gerais do prédio;
- b) A existência de equipamentos na escola;
- c) O corpo docente (qualificação, titulação, número de professores, etc);
- d) O regimento interno da escola;
- e) A proposta curricular;
- f) As entidades mantenedoras da escola;
- g) A existência de salas de bibliotecas, cantinas, etc.

A partir desse alvará definitivo de funcionamento, a escola só será novamente, fiscalizada por uma comissão especial do CEE, em casos de denúncias de irregularidades. Neste caso, constatada a veracidade da denúncia, a escola é "notificada" e é dado a ela um prazo para "por a casa em ordem". As escolas, tanto as públicas quanto as privadas, recebem, periodicamente, a visita do inspetor de ensino. Verifica as papeletas de funcionamento interno, o currículo formal da escola, mensalidade, o número de alunos e de professores, etc. Caso haja alguma irregularidade, o inspetor concede à escola um prazo para "regularizar a situação", como explica um profissional da área:

"O melhor mesmo é não inovar. A escola para um preço alto por isso. Sobra a contratação do corpo docente... e, aí, há uma margem grande de liberdade. Sabe, existe uma lei que proíbe a contratação de profissionais não-diplomados em curso superior para lecionar no 1o. e 2o. graus,

principalmente a partir da 5a. série. Mas existe também um dispositivo que permite a contratação de profissionais não-diplomados, caso não houver mão-de-obra especializada no mercado. As escolas forjam um esquema para a contratação de professores, mas eles colocam na porta do colégio (...) e, às vezes, fica impossível um professor adivinhar que lá está precisando de professores. Então eles dão um prazo (tudo muito formal), para que apareça professor. Como normalmente não aparece ninguém, eles acabam contratando estudantes. Há sempre um jeito legal para a situação. E, aí, a contratação passa a ser legal. Quanto ao resto geralmente a escola mantém tudo burocraticamente organizado, já que é muito oneroso manter uma escola desorganizada. O inspetor sempre dá um prazo para regularizar a situação". (13)

Sendo uma das funções do CEE a aprovação de funcionamento de novas escolas, torna-se importante ressaltar a composição deste conselho. Como declara uma professora da Universidade Federal de Minas Gerais, o que importa saber não é como este conselho atua, mas como é sua composição. Sabe-se que, gradativamente, há uma predominância de representantes do setor privado sob o público. Isto representa um fator decisivo para traçar as diretrizes do sistema educacional no estado.

"O mais importante não é como funciona, nem quantas pessoas fazem parte, nem sua divisão e nem por ser escolhido pelo Governador. O mais importante mesmo é a composição do Conselho. De uns tempos para cá, há uma predominância na composição do Conselho de pessoas ligadas diretamente ao ensino privado. Na hora de legislar acabam privilegiando a escola particular. Isto é uma coisa séria e decisiva na linha a ser adotada no sistema estadual de ensino". (14)

---

(13) Entrevista com professora da FAE-UFMG.

(14) Idem.



Como confirma um membro do CEE, a influência da representação do setor privado no conselho é marcante:

"A maioria é representantes das escolas privadas. Eu tento não fazer discriminação entre as escolas privadas e as públicas. Tem quatro membros que são do sindicato dos estabelecimentos privados. Na verdade não há predominância deles, mas o que acontece é que eles têm lideranças boas que acabam dobrando os outros e ganhando os votos para eles. Eles ostensivamente não prejudicam as escolas públicas em detrimento das privadas. Eles apenas beneficiam as escolas privadas sem prejudicar as públicas. Eu acredito na honestidade deles". (15)

Com a composição favorável ao setor privado, os empresários do ensino não se sentem constrangidos em contornar os possíveis embaraços causados pelo CEE. Como mostra o evento a seguir, as barreiras são facilmente transpostas:

"Geralmente uma escola copia o regimento de uma outra escola. O Presidente do Sindicato dos estabelecimentos de ensino particulares holou um regimento e mandou para todas as escolas para não terem problemas quando requisitarem do Conselho a sua aprovação e seu reconhecimento. Aí fica tudo igualzinho. Muito engraçado! Outro dia uma escola rural copiou o regimento do colégio ... (colégio de elite de BH), aí no meio esqueceram de tirar o nome da escola... e veio no meio. É muito folclórico! Outro caso engraçado foi uma escola do interior que mandou seu regimento para ser aprovado. Tinha até colegiado e o pior é que a escola só tinha um professor"! (16)

---

(15) Entrevista com membro do CEE.

(16) Idem.

O que importa salientar é o reflexo e as consequências concretas que trazem para a política geral do sistema educacional esta crescente e atuante interferência do setor privado no processo.

### 5.3. ESCOLAS, HOSPÍCIOS E FAMÍLIA

A família exerce um papel fundamental, tanto no processo de aprendizagem da criança como no processo de cura e custódia do doente mental. Sua influência, seu poder e as consequências disso são marcantes.

Na verdade o "controle do ambiente não é um processo unilateral, que se limite a consequências para a organização da ação no seu ambiente. Aqueles que estão sujeitos ao controle também são parte da sociedade maior e, portanto, são agentes do controle social" (Thompson e McEwen, 1978). Isto significa que os processos de interação e negociação ocorrem de ambos os lados e em diversas esferas.

Uma primeira esfera de interferência e interação existente é no momento da escolha da instituição em que a família matriculará (no caso da escola) ou internará (no caso do hospício) seu familiar. A família sempre acredita que sua escolha foi a melhor para seu parente. A liberdade de escolha que a família tem ao colocar seu paciente na escola ou no hospício, é constrangido pelas condições sócio-econômicas dela. Assim confirmam trechos das entrevistas abaixo.

"Acho a escola boa, tem liberdade, por isso eu coloquei eles aqui". (17)

---

(17) Entrevista com mãe de aluno da escola A.



"Tem um bom ensino e mais liberdade". (18)

"A gente nem tem condições de ficar exigindo muito, já tá bom arranjar escola pra eles estudá". (19)

"Fico tranquila porque aqui eu sei que ele está guardado. Se ele não está internado ele fica pros matos (...)" (20)

Uma outra esfera de interferência e poder da família refere-se ao diagnóstico "a priori" feito por esta do parente que se apresenta com "distúrbios comportamentais" ou "psíquicos". Na primeira consulta, o psiquiatra ouve o depoimento da família e, a partir daí, ele dá um diagnóstico do paciente. Quase sempre este diagnóstico é baseado apenas na versão dada pela família, sobre a "doença" do paciente (21). Como mostram os trechos das entrevistas abaixo, as histórias e casos sobre a origem da "doença mental" são diversas. Uns familiares apontam causas acidentais:

"Ele bateu a cabeça na frente e fraturou. Levou 22 pontos e ficou com dreno durante dois anos. Ele perdeu parte do cérebro. Ele não morreu porque Nosso Senhor deixou para purificar toda a família. Foi como uma purificação pra toda a família". (22)

Outros familiares apontam para causas congênitas:

-----  
(18) Entrevista com mãe de aluno da escola A.

(19) Entrevista com mãe de aluno da escola B.

(20) Entrevista com mãe de paciente do hospital A.

(21) Este procedimento é mais frequente em pacientes sem recursos financeiros para pagar consultas particulares. Desta forma os contatos que o psiquiatra mantém com a família e com o paciente são reduzidíssimos.

(22) Entrevista com esposa de paciente do hospital A.

"Na minha gravidez eu tinha muito atrito com o pai dela. Depois ela nasceu, teve um dia uma febre alta, ela fugia muito pra casas dos outros. Quando ela tinha uma base de três anos, ela começou a ter visões, via santos. Eu não via. Tinha sonhos que nem adulto tinha coragem de contar. Quando ela tinha uns nove anos, ela começou a agredir, falar palavrões, aí levei ela no hospital psiquiátrico infantil, e o médico me aconselhou a internar ela, pra dá sossego pra família. Depois o hospital fechou, e, aí, eu trouxe ela de volta. Quando ela tinha uma base de 17 anos, ela começou a ficar fujona e agressiva. Ela é conhecida em todos os hospitais de Belo Horizonte. Teve um psiquiatra que falou pra me fazer um quarto forte lá em casa pra prender ela quando ela tivesse crise. Aí eu pedi a ele que me desse por escrito esta autorização. Mas ele não deu. Outro médico falou que ela é de alta PERICULOSIDADE, porque tudo que ela faz é consciente". (23)

E outros apostam em causas místicas, efeitos de drogas ou desavenças familiares:

"A minha tia acha que, lá na fábrica de Mate-Couro, eles puseram droga dentro de um refrigerante. Já a minha mãe acha que é coisa de espiritismo ou feitiçaria. Uma vez um médico falou que era mesmo. Eu tenho duas opiniões: a primeira é que ele estudava à noite, muito e trabalhava o dia todo, aí deu estafa. A segunda é que meus pais separaram quando ele tinha doze anos. Isto já tem uns oito anos. Meu pai custa pra aparecer". (24)

Em muitos casos, como assegura Moreira (1983), "a família, diante do fracasso em normalizar seus membros de conduta reprovável face aos padrões socialmente aceitos, vai lançar mão

---

(23) Entrevista com mãe de paciente do hospital A.

(24) Entrevista com irmão de paciente do hospital A.



do hospital psiquiátrico para, simultaneamente, puní-los e reconduzi-los ao bom caminho". (25)

"A família não querendo ele em casa, o jeito é receber de volta. A família tem muita força. Ela interfere no tratamento e no comportamento que a gente tem com os pacientes. Às vezes ajuda, às vezes atrapalha". (26)

"Eu não sou doida, minha família me colocou aqui, por problema de sexo. Não posso tomar pílula, por causa dos remédios que bebo, e então se facilitar estou com filho. Eu já tenho uma filha quando estava em Barbacena (cidade onde ela estava internada temporariamente), minha família deu a criança pro casal sem filho. Só vendo a criança, é linda, ela não sabe que sou sua mãe, mas quando eu sair daqui, minha família quiser que eu sai, eu vou poder dizer pra ela que sou sua mãe. Ela não sabe que sou doida, pensa que é só problema de saúde". (27)

Há casos em que o hospício é utilizado pela família como prisão, para punir faltas graves que o parente pratica. É o caso do rapaz que matou seu pai. A família já o julgou e o condenou a um manicômio, para o resto da vida.

"Ele estava vivendo aqui, normalmente em ala livre, indo e vindo da casa dos pais normalmente e até fazendo tratamento de análise fora da clínica, quando então ele em uma das idas à casa da família, ele matou o pai. A família queria matar ele, foi mandado para pior ala do hospital, e não vai sair dali mais. Até que eu daria uma chance pra ele, mas a família não permite. Recentemente está sendo tomado todas

---

(25) Ver especialmente, "A família utiliza o hospital através de mediação", in, Moreira, Diva, op. cit.

(26) Entrevista com supervisor do hospital A.

(27) Entrevista com paciente do hospital A.

as providências para ele ser enviado em caráter definitivo para o manicômio de ... Esta resolução é irrevogável. Quem quer pegar esta? Ninguém quer assumir nada, a família quer e pronto, nenhum psiquiatra quer se responsabilizar por ele. Porque se ele sair daqui ele vai matar agora toda família e com razão. Então o psiquiatra prefere não tomar conhecimento". (28)

Sua força e poder são tão grandes que, em muitos casos, são burladas normas e regras para proceder ao confinamento do paciente. Nestes casos, aliam-se família e direção do hospício, para atingirem a meta:

"Um paciente pra ter que internar aqui tem que ser considerado crônico. Ter 180 dias de internamento em qualquer clínica psiquiátrica. Quando não tem e a família quer internar, a gente arranja para a família jeito para ela conseguir em outras clínicas (...)" (29)

Em outros, os próprios psiquiatras fazem parte dos acordos e alianças com a família, "facilitando a vida" para ela, no confinamento do paciente:

"Tem um caso que mostra o quanto este lugar é podre. É uma menina que o pai internou ela porque não estava mais querendo estudar e estava fumando maconha. O Dr. ... (diretor clínico do hospital A) prescreveu choques elétricos. A menina tinha um irmão que fazia medicina em Barbacena, veio aqui, eu mostrei a papeleta dela e ele tirou ela daqui. Ele levou ela pra morar com ele na república". (30)

-----  
(28) Entrevista com supervisor do hospital A.

(29) Entrevista com gerente do hospital A.

(30) Entrevista com médico-plantonista do hospital A.



"São tantas as pressões que a gente sofre que acaba cedendo. Aqui o pessoal fica doido pra ficar livre dele. No plantão o médico sofre muita pressão, ameaçam ele de morte (...)" (31)

Os próprios doentes mentais têm a dimensão exata da influência e poder que sua família tem sobre sua vida. Também sabem-se das alianças e acordos que os psiquiatras, e toda a direção do hospício estabelecem com a família. O paciente sabe que não tem aliados neste processo:

"Eu já passei por vários hospitais. Foi minha irmã que me trouxe pra cá. Meu problema é tóxico: maconha, cocaína, algafan, e outros que pintarem. Na rua a polícia me batia, queriam saber quem vendia pra mim. Minha irmã descobriu e me disse que era pra eu visitar aqui a clínica. Eu vim. Quando cheguei aqui ela mandou o moço me pôr lá embaixo, ela é enfermeira daqui". (32)

"A farsa acontece em todo lugar, em todo hospital psiquiátrico. Uma vez uma mulher chegou lá na triagem do Galba Veloso e disse que o marido estava doente. Aí o médico internou ele. Aí ela vai levar uma vida boa. E aqui é clínica de crônico, fica por tempo indeterminado. É filha que quer ficar livre do pai, quer ficar com a fortuna da mãe... (...) Outra farsa é uma mulher que queria receber a pensão do marido, que estava internado aqui. Então o médico deu um atestado para a mulher que ele não podia se locomover". (33)

---

(31) Entrevista com médico-plantonista do hospital B.

(32) Entrevista com paciente do hospital A.

(33) Entrevista com paciente-líder do hospital A.

Em outras circunstâncias, a família tem como forte aliado a polícia. É como relata a mãe de um paciente, que se viu impotente frente à aliança de seu marido com a polícia local, contra seu filho:

"Ah! eu tava doida pra ver ele (seu filho internado). Foi o padrasto dele que internou ele. Internou ele assim, eu só fiquei sabendo depois. Todo mundo achou estranho, ele mexer com este negócio de polícia. O carro da polícia parou lá na porta de casa e mandou um menino chamar ele, ele tava trabalhando. Ele tomou até banho e pediu que a polícia esperasse ele, trocou de roupa e perguntou: "Vocês vão me levar lá pra baixo ou pra Pronto Socorro, se for lá pra baixo eu vou levar coberta". Sabe, lá pra baixo é a cadeia, ele pensou que a polícia estava lá era pra prender ele. Eu fiquei aflita sem saber o que fazer. Ele saiu andando perfeitamente bem, o problema dele é bebida". (34)

Em outras situações, a polícia faz o "serviço" sozinha. Nota-se também que a maioria das ocorrências policiais que são registradas no hospício, são de desordeiros, desempregados, pobres famintos que perambulam pelas ruas da capital. Nestes casos, o hospital preferencial é o hospital B, como mostram os trechos das entrevistas abaixo:

"Foi a polícia, eu estava brigando com uns rapazes lá na porta de casa e aí a polícia passou e me trouxe". (35)

"Aqui tava uma agitação terrível. Uma paciente que a polícia apanhou na rua, não deixou nem endereço. Aí ela prometeu matar a gente. Tudo culpa da polícia. Ela era uma mulher lúcida, não devia estar aqui". (36)

-----  
(34) Entrevista com mãe de paciente do hospital B.

(35) Entrevista com paciente do hospital B.

(36) Entrevista com atendente do hospital B.



"Isto é uma questão difícil. A maioria foi trazida pela polícia, pela prefeitura do interior. A polícia traz pra cá os indigentes, os mendigos, tudo de errado que vê na rua. É comum uma pessoa ir beber na rua e não ter dinheiro pra pagar a bebida e, aí, a polícia traz ele pra cá. Existe um guia especial para isto. Eles chegam de madrugada com o cara ou no final do plantão, aí a gente está cansado e interna". (37)

No caso das escolas, a família exerce interferências bastante peculiares na vida cotidiana de seu parente na escola. A mãe, quase sempre, delega a professora uma autoridade e poder bem próximo ao que ela possui no núcleo familiar. Torna-se, desta forma, a "segunda mãe" da criança na esfera escolar:

"A gente não pode dá muita asa pra os meninos, senão... Acho que a professora é a segunda mãe deles, tem que respeitar. A gente não fala assim pras professoras, mas é assim (...)" (38)

E, nas escolas de periferia (escola B), a punição física pelos professores é aceita e incentivada pelos próprios pais, como afirmam familiares:

"Eles vão sim, os meus filhos gostam de ir pra escola, mas quando não quer ir eu bato neles e eles vão. Eles falam que a professora bate neles, mas tem de bater mesmo. Eles são muito levados, só não pode é machucar, um beliscão não faz mal..." (39)

---

(37) Entrevista com psiquiatra do hospital B.

(38) Entrevista com mãe de aluno da escola A.

(39) Entrevista com mãe de aluno da escola B

"Eles não respeitam ninguém. Responde todo mundo, se o pai pega pra bater, ele machuca. E a professora não, ela só dá um puxão de orelha, não faz mal não". (40)

O processo de "normalizar" e "disciplinar" a criança é feito pelos professores dentro de sala de aula, com o aval da família. Como foi dito no capítulo 4, empregam-se métodos punitivos e coercitivos para que o aluno se torne dócil, disciplinado e socializado. Por sua vez, para que a família mantenha controle sobre a situação (relação da professora com o aluno), ela estabelece acordos e alianças com os professores. Uns pais oferecem agrados e presentes aos professores, através do aluno.

"Sempre a gente faz um bolo, leva um agrado qualquer pra professora. Assim, ela dá mais atenção para meu filho". (41)

"Sempre que eu posso eu vou à escola, converso com a professora, me mostro interessada nos problemas do meu filho. Se não você já viu (...) o menino leva a pior". (42)

Outros pais, incutindo na cabeça da criança a idéia de que a professora gosta e trata bem apenas os alunos bem-disciplinados, "bonzinhos".

"Já falei com ela, para ela ficar boazinha, quieta dentro de sala, porque a professora não gosta de aluno levado, bagunceiro dentro de sala". (43)

---

(40) Entrevista com mãe de aluno da escola B.

(41) Idem.

(42) Entrevista com mãe de aluno da escola A.

(43) Entrevista com mãe de aluna da escola B.



"O aluno que tira boas notas, fica quieto na sala, este a professora gosta. Dentro de sala de aula, já falei com ele, é ficar bonzinho, fazer tudo que ela mandar. Porque, se a professora implicar com o aluno, aí ela dá bomba nele". (44)

Quanto ao baixo desempenho escolar do aluno, ele é percebido diferentemente nas duas escolas aqui analisadas.

Na escola A, a "culpa" pelo fracasso escolar do aluno é atribuído às limitações do próprio aluno e, em grande parte, ao baixo desempenho do professor, ou implicâncias do professor com o aluno, entre outros. Nessas escolas (escolas para elite), o aluno sempre está com a razão.

"Eu sei que o meu filho malandrou um pouco, mas a professora era muito fraca, sem preparo. Já reclamei com a diretora e ela falou que vai tomar as providências". (45)

"Não tenho como culpar minha filha por ela ter tomado bomba. Ela foi vítima da desorganização desta escola. Cada dia ela tinha uma professora de português, de matemática. Assim, não é possível aprender nada. Isto é incompetência da escola, não do meu filho". (46)

Na escola B, o fracasso escolar é atribuído, geralmente, às limitações individuais do aluno, de caráter, estritamente, pessoal. Raramente culpa-se o desempenho profissional do professor, ou às condições de funcionamento da escola, como se pode observar nos trechos das entrevistas abaixo:

-----  
(44) Entrevista com mãe de aluno da escola A.

(45) Idem.

(46) Idem.

"O estudo é coisa cara, a gente ganha muito pouco, quase não dá pra comer. Para o pobre está quase impossível estudar". (47)

"Às vezes, perde o ano, porque a mãe não tem dinheiro pra pagar e comprar material escolar". (48)

"É bom eles repetir o ano, eles não estuda direito. Vão fazer o para-casa já 11 horas da noite... ninguém pode ajudar". (49)

"Ele é muito malandro, fica na rua o dia todo, vagabundando". (50)

Concluindo, pode-se dizer que, as normas, regras, regulamentos, contratos, atas, registros, entre outros, servem para manter as organizações em aquiescência com o ambiente. Mantêm-se o mito de que as escolas e hospícios são controlados e fiscalizados pelo Estado e pela família, ou seja, o controle é visto como um rito cerimonial. Sua legitimidade advém exatamente da premissa de que os hospícios e as escolas têm objetivos claros e possuem um "staff" competente que executará sua tarefa com a "imparcialidade" de um trabalho profissional.

Destaca-se, no entanto, que a interferência que a família exerce sobre as atividades diárias nas escolas e nos hospícios, ocorre de forma bastante distinta nos tipos analisados.

No caso da escola de elite (escola A) e do hospício privado (hospital A), a interferência da família é facilmente perceptível. Enquanto o Estado não mantém um controle real sobre

-----

(47) Entrevista com mãe de aluno da escola B.

(48) Idem.

(49) Idem.

(50) Idem.



as atividades cotidianas dessas organizações, a família exerce controle e influência sobre suas atividades, e, até certo ponto, altera o ritmo e o funcionamento interno (demitindo professores, trocando aluno e paciente de sala de aula e ala, entre outros). Esta situação é explicada pelo fato de ser a família o principal financiador do investimento nessas organizações. Como foi dito anteriormente, a direção, tanto do hospital A como da escola A, "contornam", "burlam" possíveis problemas que lhe afetam na vida cotidiana (alteram registros, atas, constroem regulamentos e regras falsas, fazem contratação de pessoal "pro forma", etc), e, assim o Estado tem poucas condições de exercer controle e fiscalização sobre suas atividades diárias. Elas passam a imprimir um "ritmo" e uma "estrutura própria", assegurando, assim, sua sobrevivência frente aos constrangimentos ambientais surgidos.

Nas escolas de massa (escola B) e nos hospitais públicos (hospital B), a situação é inversa. Nestes tipos de organizações, a interferência e a interação entre estas e a família é significativamente menor.

Essas organizações estão diretamente vinculadas ao Estado, o que lhes confere um alto grau de dependência a ele. Sendo seu principal financiador, o Estado não só interfere como determina as diretrizes a serem seguidas. Desse modo, essas organizações ficam à mercê das políticas públicas. Entretanto o que se constata na prática é a inoperância do Estado em resolver de fato o problema da educação e da saúde da população que ele se propõe atender.

Hospitais acabam por psiquiatrizar problemas sociais (fome, desemprego, abandono familiar, etc). As escolas acabam por acolher um elevado contingente de crianças subnutridas, que vão até a escola em busca de alimento, provocando, assim, um alto índice de repetência e/ou evasão escolar.

"Isso é uma coisa interessante... A maior parte da verba do INAMPS é gasta em benefícios provocados por problemas sociais". (51)

"No Estado é assim, você chega no princípio do ano com 1.000 alunos, 50 já foram para as salas especiais. Estes meninos saem da estatística e só consta 950 alunos. No fundo este projeto Alfa é de mal-caratismo, só para diminuir estatística. Agora esse negócio de loucura, a marginalização produz mesmo. Então a marginalização do aluno especial é real e concreta dentro da sala de aula". (52)

"Eu fico morrendo de dó das mães que vêm aqui trazer seus filhos para estudar aqui. Todo dia elas trazem o filho que estuda aqui e os outros filhos menores, aí elas ficam esperando dar a hora da comida. Fica com olho comprido na comida aí quando sobra a gente dá pelo menos para os pequenos". (53)

Finalizando, observa-se que tanto a família quanto o Estado não mantêm inspeção de fato nas escolas e nos hospitais. Elas mantêm-se como organizações "autônomas", administrando à luz do senso comum os constrangimentos ambientais que defrontarem.

---

(51) Entrevista com psiquiatra do hospital B.

(52) Entrevista com professora da FAE/UFMG.

(53) Entrevista com servente escolar da escola B.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa mostrou que, ao contrário do que supõe, o modelo convencional, as organizações que processam pessoas, são sistemas frouxamente acoplados. Há uma disjunção entre estrutura formal e as atividades práticas. Seus objetivos são difusos, as tecnologias, incertas, há ausência de critérios de avaliação e autonomia dos níveis hierárquicos inferiores. "Os indivíduos nas organizações nunca decidem segundo as decisões prescritas pelo paradigma dominante. E mais, o relato desses indivíduos a respeito da organização é sempre muito coerente, "racional" de seu curso de ação. Este relato verbal será, entretanto, apenas uma maneira de "dar ordem" ou de "organizar" "a posteriori" uma série de ações que eram caóticas, incoerentes, inconsistentes e não-racionais no momento em que foram empreendidas". (Campos, 1980).

Neste sentido, a pesquisa generaliza, pela comparação entre escolas e hospitais psiquiátricos para as organizações que processam pessoas. Algumas elaborações teóricas que, como vimos, emergiram da reflexão sobre organizações educacionais: elementos estruturais são apenas frouxamente ligados uns aos outros, as atividades e regras, frequentemente violadas, as decisões, desfeitas, as tecnologias têm pouca eficiência, e os sistemas de avaliação e inspeção são subvertidos ou se tornam tão vagos que possibilitam pouca coordenação.

Vimos que os rituais classificatórios (de membros e clientes) consistem em atividades organizacionalmente controladas, mas que fogem ao controle formal burocrático, ou seja, o controle de membros pela atribuição hierárquica, via regras formalmente definidas é problemático. As atividades práticas são controladas e redefinidas à luz do senso comum. Elas são cercadas por uma rede de negociações e pelo estabelecimento



de uma lógica de confiança, que permite que as instituições relatem, para públicos externos, sua racionalidade administrativa. Mas, regras são desfeitas, os papéis organizacionais, redefinidos, os sistemas classificatórios são ajustados segundo as necessidades cotidianas dessas organizações. Executores, com níveis inferiores na hierarquia formal de poder, tendem à autonomia. Assim, as relações entre autoridades, funcionários de "linha" e clientes obedecem a uma lógica de confiança que transforma ordem e disciplina no objetivo central de escolas e hospitais, deslocando para segundo plano a educação e a cura, e minimiza a inspeção do comportamento dos funcionários por autoridades centrais.

Organizações educacionais e psiquiátricas são constantemente alvos de inspeção e controle por parte de agências ambientais poderosas (Secretaria de Educação, INAMPS, família, entre outros), mesmo porque educação e saúde mental são áreas obrigatórias de atendimento público. Também, neste nível, opera o estabelecimento de uma lógica de confiança, por meio da qual a estrutura formal das organizações se adapta e conforma às demandas formais do ambiente. O mito do profissionalismo, da competência, da cura, da educação, entre outros atuam em ambos os tipos de organizações. Eles representam requisitos básicos e formais para que o ambiente financie seu empreendimento.

É através da idéia de que as atividades práticas são controladas pela estrutura formal que a organização adquire legitimidade junto ao ambiente. O pessoal de linha utiliza seu estoque de conhecimento organizacional para implementar as atividades diárias nessas organizações. Essas atividades são, em sua maioria, voltadas para as relações externas e, em muitos casos, conflitivas (família, clientela e Estado).

A família, a sociedade e o Estado como agenciadores e financiadores diretos dessas organizações requerem, por parte delas, um discurso formal que possibilite sua legitimação na estrutura social mais ampla. É necessário que organizações, através de definições formais dos objetivos e da estrutura, mostrem aderência ao mito social da racionalidade, para obter e

assegurar sua funcionalidade.

Assim, desenvolve-se o mito de que a escola educa e credencia e que hospícios curam e mantêm as custódias de insanos. Os achados empíricos mostram a função da escola e do hospício:

"A escola tem uma característica muito importante. É uma agência socialmente encarregada de transmitir os conhecimentos básicos ao indivíduo. A escola é a instituição específica para fazer isso. Uma agência que só pode ser criticada por quem já passou por ela. As pessoas que nunca frequentaram a escola, ela (a escola) passa a ser considerada como um mito. Ela desempenha o papel de distribuição de papéis, na medida que distribui diplomas, certificados às pessoas, para poder exercer profissões. A função do certificado é um ato simbólico. Às vezes, só ter o certificado é mais importante, às vezes, o indivíduo não tem o diploma e é capacitado, e isto não é reconhecido e, às vezes, o indivíduo tem diploma e é totalmente incapaz". (1)

"O hospital cumpre o papel e função do indivíduo morar e viver num lugar onde ninguém mais quer. Ele cumpre três funções com o indivíduo: comer, dormir e esperar a morte. Só saem daqui mortos. Aqui não existe violência, todos são calmos, não existe mais a ansiedade de não saber onde ficar, quem os aceita de volta à sociedade. Todos têm consciência de sua loucura. A clínica, ao meu ver, é a lata de lixo da cidade, da sociedade. É o lixo que a sociedade não consegue devorar, consumir ... Cheguei a esta conclusão, depois de alguns tapas que levei aqui. Somos os cães de raça e eles (doentes mentais) os vira-latas". (2)

---

(1) Entrevista com professora da FAE/UFMG.

(2) Entrevista com psiquiatra do hospital A.



Concluindo, a lógica da análise organizacional no paradigma convencional, como já foi dito, é dada pelo suposto de que organizações formais integram e articulam objetivos, estruturas, tecnologias, comportamentos e atividades práticas.

Entretanto, a análise empírica destas instituições (educacional e psiquiátrica) tem mostrado que essas organizações aparecem como arenas políticas onde grupos disputam e negociam suas definições próprias do que seja educação e cura, enquanto suas atividades convergem para a manutenção da disciplina e da ordem.

Neste sentido, privilegiar-se a análise qualitativa para estudar organizações deste tipo representa um avanço metodológico muito grande. Entender empiricamente os micropoderes, a estrutura interna, a dinâmica das atividades diárias e seu funcionamento representa o conhecimento de fato da realidade organizacional. É necessário, pois, enfatizar-se a análise dos acordos, arranjos e pactos que se estabelecem com os diversos atores no interior destas organizações. É fundamental privilegiar e entender o poder que o pessoal de linha possui no cotidiano destas organizações. Enfim, é preciso que o enfoque da análise organizacional se volte para as atividades diárias, ou seja, para a vida cotidiana das organizações, destacando o estoque de conhecimento social que cada membro organizacional possui da realidade que atua.

ANEXOS



TABELA 1

## TIPOS DE CONVÊNIOS DO HOSPITAL A

| CONVÊNIOS    | %      |
|--------------|--------|
| INAMPS*      | 91,80  |
| IPSEMG       | 1,80   |
| H.M.O.B.     | 1,40   |
| CEDRO        | 1,40   |
| IMPrensa     | 0,40   |
| PARTICULAR** | 0,20   |
| OCIOSA       | 4,00   |
| TOTAL        | 100,00 |

Fonte: Arquivo administrativo do hospital A - BH, agosto/1983.

\*Esta percentagem é sobre a capacidade total atual do hospital A (500 leitos).

\*\*Apesar do hospital A manter convênio com o Banco do Brasil, não havia, no momento, registro de nenhum interno oriundo do convênio/Banco do Brasil.

TABELA 2

## CARACTERÍSTICAS GERAIS DA CLIENTELA DO HOSPITAL A

| DIAGNÓSTICO | ESTADO CIVIL |    |    |   | SEXO |    | IDADE | CONVÊNIOS |        |
|-------------|--------------|----|----|---|------|----|-------|-----------|--------|
|             | C            | S  | V  | D | F    | M  |       | INAMPS    | OUTROS |
| 290.0       | 2            | 2  | 1  | - | 5    | 2  | 65    | 1         | 6      |
| 291.0       | 1            | -  | -  | - | -    | 1  | 54    | 1         | -      |
| 291.1       | 2            | 2  | -  | - | 2    | 2  | 35,5  | 4         | -      |
| 291.2       | 2            | 2  | -  | 1 | -    | 5  | 46,4  | 5         | -      |
| 291.3       | 2            | 1  | -  | - | 1    | 2  | 56,6  | 3         | -      |
| 291.9       | 1            | 3  | -  | - | -    | 4  | 45,5  | 4         | -      |
| 293.0       | 1            | 6  | 5  | - | 1    | 12 | 52,8  | 13        | 1      |
| 293.1       | 1            | 2  | -  | - | 1    | 2  | 57    | 3         | -      |
| 293.2       | 6            | 50 | -  | - | 22   | 34 | 36,5  | 55        | 1      |
| 293.4       | -            | 1  | -  | - | -    | 1  | 28    | 1         | -      |
| 293.5       | -            | 2  | -  | - | 1    | 1  | 27    | 2         | -      |
| 293.9       | 4            | 64 | 2  | - | 31   | 39 | 39,5  | 70        | -      |
| 294.9       | -            | 1  | -  | - | 1    | -  | 30    | 1         | -      |
| 295.0       | 12           | 11 | 1  | - | 12   | 12 | 50    | 23        | 1      |
| 295.1       | 2            | 12 | 1  | - | 9    | 6  | 39,5  | 15        | -      |
| 295.2       | 3            | 5  | -  | - | 5    | 3  | 42,5  | 8         | -      |
| 295.3       | 7            | 25 | -  | - | 11   | 21 | 43    | 27        | 5      |
| 295.6       | 31           | 93 | 28 | - | 57   | 86 | 44,5  | 151       | 2      |
| 295.8       | -            | 1  | -  | - | -    | 1  | 19    | 1         | -      |
| 295.9       | 1            | 5  | -  | - | 1    | 5  | 42    | 6         | -      |
| 296.0       | 1            | 5  | 1  | - | 4    | 3  | 42    | 6         | 1      |
| 296.1       | 1            | 2  | 1  | - | 4    | -  | 53,5  | 4         | -      |
| 296.2       | 1            | -  | -  | - | 1    | -  | 42    | 1         | -      |
| 296.6       | 1            | 1  | -  | - | 1    | 1  | 45,5  | 2         | -      |
| 298.0       | 1            | 1  | -  | - | 1    | 1  | 36,5  | 1         | 1      |
| 298.9       | 1            | 1  | -  | - | 1    | 1  | 33    | 2         | -      |
| 299.0       | 4            | 14 | 1  | - | 6    | 13 | 32    | 18        | 1      |
| 300.0       | 1            | 1  | -  | - | 1    | 1  | 37,5  | 1         | 1      |



(continuação)

| DIAGNÓSTICO | ESTADO CIVIL |   |   |   | SEXO |    | IDADE | CONVÊNIOS |        |
|-------------|--------------|---|---|---|------|----|-------|-----------|--------|
|             | C            | S | V | D | F    | M  |       | INAMPS    | OUTROS |
| 300.1 ----- | 2            | 5 | - | - | 6    | 1  | 34,5  | 6         | 1      |
| 300.3 ----- | -            | - | - | 1 | -    | 1  | 43    | 1         | -      |
| 301.0 ----- | -            | 2 | - | - | -    | 2  | 39    | 2         | -      |
| 301.8 ----- | 1            | - | - | - | -    | 1  | 55    | 1         | -      |
| 303.1 ----- | -            | 1 | - | - | -    | 1  | 35    | 1         | -      |
| 303.2 ----- | 12           | 7 | - | - | 3    | 29 | 37    | 6         | 16     |
| 303.9 ----- | 1            | - | - | - | -    | 1  | 44    | 1         | -      |
| 304.0 ----- | -            | 2 | - | - | -    | 2  | 22,5  | 1         | 1      |
| 304.9 ----- | 2            | 1 | - | - | 1    | 1  | 17    | 3         | -      |
| 309.0 ----- | 1            | - | - | - | -    | 1  | 60    | 1         | -      |
| 309.4 ----- | -            | 2 | - | - | 1    | 1  | 18    | 2         | -      |
| 309.9 ----- | 1            | 2 | - | - | 1    | 2  | 17    | 3         | -      |
| 312.0 ----- | -            | 3 | - | - | 2    | 1  | 23    | 3         | -      |
| 313.0 ----- | -            | 2 | - | - | 2    | -  | 27    | 2         | -      |
| 314.0 ----- | -            | 3 | - | - | 2    | 2  | 41    | 4         | -      |
| 314.4 ----- | -            | 1 | - | - | -    | 1  | 23    | 1         | -      |
| 314.9 ----- | -            | 3 | - | - | 2    | 1  | 33    | 3         | -      |
| 315.0 ----- | -            | 3 | - | - | 2    | 1  | 31    | 3         | -      |
| 315.9 ----- | -            | 2 | - | - | -    | 2  | 34    | 2         | -      |
| 315.1 ----- | -            | 4 | - | - | 2    | 2  | 32    | 4         | -      |
| 315.2 ----- | -            | 1 | - | - | 1    | -  | 30    | 1         | -      |
| 345.7 ----- | -            | 1 | - | - | -    | 1  | 26    | 1         | -      |
| 391.0 ----- | -            | - | 1 | - | -    | 1  | 40    | 1         | -      |
| 782.9 ----- | -            | 1 | - | - | -    | 1  | 70    | 1         | -      |

Fonte: Arquivo Administrativo hospital A - BH, agosto/1983.

TABELA 3

POPULAÇÃO DOS INTERNOS DO HOSPITAL A,  
SEGUNDO ESTADO CIVIL

| ESTADO CIVIL    | NÚMERO | %      |
|-----------------|--------|--------|
| Casado          | 109    | 20,88  |
| Solteiro        | 364    | 69,73  |
| Viúvo           | 42     | 8,04   |
| Desquitado      | 02     | 0,38   |
| Não responderam | 05     | 0,95   |
| TOTAL           | 522    | 100,00 |

Fonte: Arquivo administrativo do hospital  
A - BH, agosto/1983.



TABELA 4

POPULAÇÃO DOS INTERNOS DO HOSPITAL A,  
SEGUNDO SEXO

| SEXO      | NÚMERO | %      |
|-----------|--------|--------|
| Feminino  | 205    | 39,00  |
| Masculino | 317    | 61,00  |
| TOTAL     | 522    | 100,00 |

Fonte: Arquivo administrativo do hospital  
A - BH, agosto/1983.

TABELA 5

LEVANTAMENTO ESTATÍSTICO DE DIAGNÓSTICO DO ANO DE 1982  
HOSPITAL A

| DIAGNÓSTICO | 10 A 19<br>ANOS |     | 20 A 29<br>ANOS |     | 30 A 39<br>ANOS |     | 40 A 49<br>ANOS |     | 50 A 59<br>ANOS |     |
|-------------|-----------------|-----|-----------------|-----|-----------------|-----|-----------------|-----|-----------------|-----|
| SEXO        | F               | M   | F               | M   | F               | M   | F               | M   | F               | M   |
| 290         | ---             | --- | 01              | 01  | ---             | 01  | 01              | 01  | 03              | 06  |
| 291         | ---             | --- | 07              | 40  | 02              | 35  | 04              | 28  | ---             | 05  |
| 292         | ---             | 01  | 01              | 04  | ---             | 01  | ---             | 01  | ---             | --- |
| 293         | 02              | 02  | 14              | 10  | 13              | 02  | 08              | 02  | 05              | 03  |
| 294         | ---             | 01  | 08              | 01  | 04              | 02  | 01              | --- | ---             | --- |
| 295         | 13              | 36  | 54              | 200 | 48              | 122 | 27              | 56  | 11              | 29  |
| 296         | 01              | --- | 08              | 03  | 10              | 05  | 14              | 14  | 07              | 07  |
| 297         | ---             | --- | ---             | --- | 01              | 02  | 02              | 01  | 01              | --- |
| 298         | 16              | 10  | 31              | 31  | 40              | 17  | 18              | 10  | 14              | 12  |
| 299         | 03              | 01  | 03              | 04  | 01              | 04  | ---             | 01  | 02              | --- |
| 300         | 06              | 03  | 10              | 10  | 09              | 05  | 06              | 03  | 02              | --- |
| 301         | 01              | --- | 01              | 02  | 01              | --- | ---             | 02  | ---             | --- |
| 302         | 01              | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- |
| 303         | ---             | 02  | 04              | 21  | 01              | 27  | 04              | 11  | 02              | 03  |
| 304         | ---             | 01  | ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- |
| 305         | ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- |
| 306         | ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- |
| 307         | ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- |
| 308         | ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- |
| 309         | ---             | --- | ---             | --- | 02              | --- | ---             | --- | ---             | --- |
| 310         | ---             | --- | ---             | 01  | ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- |
| 311         | ---             | 01  | ---             | --- | 01              | --- | ---             | --- | ---             | --- |
| 312         | ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | 02              | --- | ---             | --- |
| 313         | ---             | 01  | ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- |
| 314         | ---             | --- | 02              | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- |



|       |    |    |     |     |     |     |    |     |    |    |
|-------|----|----|-----|-----|-----|-----|----|-----|----|----|
| 315   | 04 | 05 | 07  | 14  | 05  | 04  | 01 | 04  | -- | 01 |
| 317   | 02 | 07 | 06  | 09  | 05  | 06  | -- | --  | 01 | 01 |
| 318   | 01 | -- | 03  | 03  | --  | 03  | 01 | --  | -- | -- |
| 319   | 01 | 07 | 03  | 24  | 04  | 13  | 02 | 02  | 01 | 02 |
| 345   | 03 | 10 | 15  | 18  | 04  | 16  | 04 | 04  | -- | 04 |
| TOTAL | 54 | 88 | 178 | 396 | 151 | 265 | 95 | 140 | 49 | 73 |

OBSERVAÇÃO: Totalizaram 1.486 pacientes sem diagnóstico, neste período.

Fonte: Arquivo administrativo do hospital A - BH, agosto/1983.

| 60 A 69<br>ANOS |     | 70 A 79<br>ANOS |     | 80 A 89<br>ANOS |     | IDADE<br>IGNORADA |     | TOTAL |     |     |     |
|-----------------|-----|-----------------|-----|-----------------|-----|-------------------|-----|-------|-----|-----|-----|
| F               | M   | F               | M   | F               | M   | F                 | M   | F     | M   | I   | R   |
| 05              | 09  | 02              | 03  | ---             | --- | 01                | 01  | 13    | 22  | 18  | 17  |
| 02              | 05  | ---             | 01  | ---             | --- | ---               | 01  | 15    | 115 | 81  | 49  |
| ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---               | --- | 01    | 07  | 04  | 04  |
| ---             | --- | 01              | --- | 01              | --- | 01                | --- | 45    | 19  | 31  | 33  |
| ---             | 01  | ---             | 01  | ---             | --- | ---               | --- | 13    | 06  | 08  | 11  |
| ---             | 06  | ---             | --- | ---             | --- | 02                | 06  | 155   | 455 | 210 | 400 |
| 05              | 10  | ---             | 03  | ---             | --- | ---               | 01  | 45    | 43  | 40  | 48  |
| ---             | 01  | ---             | --- | ---             | --- | ---               | --- | 04    | 04  | 04  | 04  |
| 03              | --- | ---             | 02  | ---             | --- | ---               | --- | 122   | 82  | 103 | 106 |
| ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---               | --- | 09    | 10  | 11  | 08  |
| ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---               | --- | 33    | 21  | 34  | 20  |
| ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---               | --- | 03    | 04  | 03  | 04  |
| ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---               | --- | 01    | --- | 01  | --- |
| ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---               | --- | 11    | 64  | 33  | 42  |
| ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---               | --- | ---   | 01  | 01  | --- |
| ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---               | --- | ---   | --- | --- | --- |
| ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---               | --- | ---   | --- | --- | --- |
| ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---               | --- | ---   | --- | --- | --- |
| ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---               | --- | ---   | --- | --- | --- |
| ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---               | --- | 02    | --- | 02  | --- |
| ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---               | --- | ---   | 01  | 01  | --- |
| ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---               | --- | 01    | 01  | 01  | 01  |
| ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---               | --- | 02    | --- | 01  | 01  |
| ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---               | --- | ---   | 01  | 01  | --- |
| ---             | --- | ---             | --- | ---             | --- | ---               | --- | 02    | --- | 02  | --- |



(continuação)

|     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | 17  | 28   | 19  | 26  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | 14  | 23   | 13  | 24  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | 01  | --- | 06  | 06   | 05  | 07  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | 11  | 48   | 29  | 30  |
| --- | --- | --- | --- | --- | 01  | --- | 01  | 26  | 54   | 36  | 44  |
| 15  | 32  | 03  | 10  | 01  | 01  | 05  | 10  | 551 | 1015 | 692 | 874 |

TABELA 6  
FLUXO POPULACIONAL DO HOSPITAL A

|                                 |                           | S | JAN    | FEV    | MAR    | ABR    | MAI    | JUN    |
|---------------------------------|---------------------------|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| E<br>N<br>T<br>R<br>A<br>D<br>A | Passaram Período Anterior | M | 278    | 276    | 277    | 279    | 275    | 277    |
|                                 |                           | F | 235    | 233    | 232    | 233    | 234    | 235    |
|                                 | Primeira Internação       | M | 06     | 09     | 11     | 03     | 07     | 07     |
|                                 |                           | F | 02     | 02     | 03     | 02     | 03     | 05     |
|                                 | Reinternação              | M | 03     | 03     | 05     | 04     | 05     | 02     |
|                                 |                           | F | 02     | 01     | 03     | 04     | 02     | 01     |
|                                 | Subtotal                  | M | 287    | 288    | 293    | 286    | 287    | 286    |
|                                 |                           | F | 239    | 236    | 238    | 239    | 239    | 241    |
|                                 | Altas Normais             | M | 06     | 07     | 06     | 08     | 05     | 02     |
|                                 |                           | F | 03     | 02     | 04     | 03     | 02     | 03     |
| S<br>A<br>I<br>D<br>A           | Óbitos                    | M | 01     | 01     | 02     | 00     | 00     | 00     |
|                                 |                           | F | 01     | 01     | 00     | 00     | 01     | 00     |
|                                 | Transferências*           | M | 00     | 00     | 02     | 01     | 01     | 02     |
|                                 |                           | F | 01     | 01     | 00     | 00     | 00     | 02     |
|                                 | Fugas                     | M | 03     | 03     | 03     | 02     | 02     | 01     |
|                                 |                           | F | 01     | 00     | 01     | 00     | 00     | 00     |
|                                 | A pedido (retirado)       | M | 01     | 00     | 01     | 00     | 02     | 03     |
|                                 |                           | F | 00     | 00     | 00     | 02     | 01     | 01     |
|                                 | Subtotal                  | M | 11     | 11     | 14     | 11     | 10     | 08     |
|                                 |                           | F | 06     | 04     | 05     | 05     | 04     | 06     |
|                                 | TOTAL GERAL               | M | 276    | 277    | 279    | 275    | 277    | 278    |
|                                 |                           | F | 233    | 232    | 233    | 234    | 235    | 235    |
|                                 | Paciente = Dia            | M | 8.497  | 7.757  | 8.601  | 8.271  | 8.588  | 8.296  |
|                                 | Paciente = Dia            | F | 7.233  | 6.508  | 7.224  | 7.051  | 7.269  | 7.081  |
|                                 | Paciente = Dia            | T | 15.730 | 14.265 | 15.825 | 15.322 | 15.857 | 15.377 |

Fonte: Arquivo administrativo do hospital A, BH, agosto/1983.

\*As transferências referem-se aos casos de pacientes em estado grave de saúde, que são transferidos para hospitais especializados. Em muitos casos, estes pacientes falecem antes de retornarem ao hospital A.  
M = Masculino      F = Feminino



(continuação)

| JUL    | AGO    | SET    | OUT    | NOV    | DEZ    | TOTAL   |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| 278    | 275    | 275    | 880    | 281    | 282    | -       |
| 235    | 235    | 231    | 227    | 224    | 222    | -       |
| 09     | 04     | 05     | 02     | 09     | 01     | 73      |
| 02     | -      | 01     | 00     | 07     | 03     | 30      |
| 03     | 07     | 05     | 02     | 03     | 04     | 46      |
| 02     | -      | 00     | 02     | 01     | 00     | 18      |
| 290    | 286    | 285    | 284    | 293    | 287    | 397     |
| 239    | 235    | 232    | 229    | 232    | 225    | 283     |
| 09     | 04     | 02     | 01     | 03     | 02     | 55      |
| 02     | 02     | 04     | 03     | 07     | 04     | 39      |
| 00     | 01     | 00     | 00     | 01     | 01     | 07      |
| 00     | 00     | 00     | 00     | 00     | 00     | 03      |
| 00     | 02     | 00     | 00     | 01     | 01     | 10      |
| 01     | 00     | 00     | 02     | 02     | 00     | 09      |
| 05     | 04     | 01     | 01     | 04     | 02     | 31      |
| 00     | 02     | 00     | 00     | 01     | 00     | 05      |
| 01     | 00     | 02     | 01     | 02     | 02     | 15      |
| 01     | 00     | 01     | 00     | 00     | 00     | 06      |
| 15     | 11     | 05     | 03     | 11     | 09     | 118     |
| 04     | 04     | 05     | 05     | 10     | 04     | 62      |
| 275    | 275    | 280    | 281    | 282    | 278    | 279     |
| 235    | 231    | 227    | 224    | 222    | 221    | 221     |
| 8.538  | 8.541  | 8.344  | 8.706  | 8.448  | 8.755  | 101.343 |
| 7.298  | 7.212  | 6.872  | 6.980  | 6.771  | 6.865  | 84.364  |
| 15.836 | 15.753 | 15.216 | 15.686 | 15.219 | 15.620 | 185.707 |

TABELA 7  
RECURSOS HUMANOS DO HOSPITAL A

| CATEGORIA                           | No. | FORMA DE REMUNERAÇÃO       | JORN. DE TRABALHO (SEM.) | REMUN. MEN. (SALÁRIO-MÍNIMO-SM)* | VÍNCULO EMPREGATÍCIO |
|-------------------------------------|-----|----------------------------|--------------------------|----------------------------------|----------------------|
| Médico                              | 21  | Unidade Serv.              | 04                       | 2,5 a 3                          | não tem              |
| Médico Plantonista**                | 7   | Por Plantão                | 24                       | 1                                | não tem              |
| Psicólogo                           | 1   | Sal. Mensal                | 12                       | 2                                | não tem              |
| Assistente Social                   | 1   | Sal. Mensal                | 12                       | 2                                | CLT                  |
| Terapeuta Ocupacional               | 1   | Sal. Mensal                | 12                       | 2                                | CLT                  |
| Administração***                    | 8   | Sal. Mensal                | 48                       | 2 e 6                            | CLT                  |
| Auxiliar de Enfermagem              | 3   | Sal. Mensal + horas extras | 48                       | 3                                | CLT                  |
| Atendentes                          | 35  | Sal. Mensal + horas extras | 48                       | 1                                | CLT                  |
| Copa, cozinha, lavanderia e costura | 11  | Sal. Mensal                | 48                       | 1                                | CLT                  |
| Limpeza e conservação               | 3   | Sal. Mensal                | 48                       | 1                                | CLT                  |
| Farmácia                            | 2   | Sal. Mensal                | 48                       | 1                                | CLT                  |

Fonte: Arquivo administrativo do hospital A - BH, agosto/1983.

\*Salário-mínimo - base agosto/1983.

\*\*Refere-se aos estudantes do 5o. ano de medicina.

\*\*\*Refere-se ao pessoal de nível de chefia: enfermagem, administrativo, limpeza.



TABELA 8

INTERNAÇÕES E REINTERNAÇÕES DO HOSPITAL B,  
SEGUNDO PROCEDÊNCIA DO PACIENTE

| PROCEDÊNCIA                         | No.<br>INT. | No.<br>REINT. | PROCEDÊNCIA               | No.<br>INT. | No.<br>REINT. |
|-------------------------------------|-------------|---------------|---------------------------|-------------|---------------|
| Centro Regional -<br>2a. Enfermaria |             |               | C. Reg. 2a.<br>Enfermaria |             |               |
| Capital                             | 12          | 09            | Capital                   | 15          | 16            |
| Grande BH                           | 05          | ---           | Grande BH                 | ---         | 01            |
| Área Gov. Valadares                 | 08          | 08            | Área de Diam.             | 02          | 03            |
| Outras Áreas                        | 05          | 06            | Outras Áreas              | 16          | 14            |
| Centro Regional -<br>3a. Enfermaria |             |               | Outros estados            | 02          | -             |
| Capital                             | 29          | 05            |                           |             |               |
| Grande BH                           | 03          | ---           |                           |             |               |
| Área Divinópolis                    | 34          | 06            |                           |             |               |
| Outras Áreas                        | 05          | 01            |                           |             |               |
| Centro Regional -<br>4a. Enfermaria |             |               |                           |             |               |
| Capital                             | 22          | 05            |                           |             |               |
| Grande BH                           | 01          | ---           |                           |             |               |
| Área de Ponte Nova                  | 08          | ---           |                           |             |               |
| Área de Itabira                     | 01          | ---           |                           |             |               |
| Área de Ouro Preto                  | 01          | ---           |                           |             |               |
| Outras Áreas                        | 09          | 02            |                           |             |               |
| Centro Regional -<br>6a. Enfermaria |             |               |                           |             |               |
| Capital                             | 08          | 01            |                           |             |               |
| Grande BH                           | ---         | 01            |                           |             |               |
| Área Montes Claros                  | 01          | 01            |                           |             |               |
| Área de Uberaba                     | ---         | 01            |                           |             |               |
| Área de Itabira                     | 03          | 03            |                           |             |               |
| Outras Áreas                        | 21          | 14            |                           |             |               |

Fonte: Arquivo do hospital B - BH, abril/1983.

TABELA 9

ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS DO HOSPITAL B,  
SEGUNDO PROCEDÊNCIA DO PACIENTE

| CIDADES             | No. CONSULTAS |         | CIDADES        | No. CONSULTAS |         |
|---------------------|---------------|---------|----------------|---------------|---------|
|                     | 1as.          | SUBSEQ. |                | 1as.          | SUBSEQ. |
| Centro Regional -   |               |         | Centro Reg.    |               |         |
| 2a. Enfermaria      |               |         | 6a. Enfermaria |               |         |
| Capital             | 36            | 23      | Capital        | 61            | 34      |
| Grande BH           | 22            | 79      | Grande BH      | 06            | 17      |
| Área Gov. Valadares | 17            | 24      | Área M. Claros | 08            | 10      |
| Outras Áreas        | ---           | 01      | Área Uberlând. | 01            | ---     |
|                     |               |         | Área Itabira   |               |         |
| Centro Regional -   |               |         | Outros Estados |               |         |
| 3a. Enfermaria      |               |         |                |               |         |
| Capital             | 73            | 294     | Centro Reg.    |               |         |
| Grande BH           | 05            | 32      | 8a. Enfermaria |               |         |
| Área Divinópolis    | 23            | 48      | Capital        | 86            | 115     |
|                     |               |         | Grande BH      | 04            | 43      |
| Centro Regional -   |               |         | Área Diamant.  | 10            | 14      |
| 4a. Enfermaria      |               |         | Área P. Minas  | 05            | 06      |
| Capital             | 56            | 157     | Outros Estados | ---           | 01      |
| Grande BH           | 02            | 12      |                |               |         |
| Área de Ponte Nova  | 05            | 09      |                |               |         |
| Área de Itabirito   | 01            | 01      |                |               |         |
| Área de Ouro Preto  | 02            | 03      |                |               |         |
|                     |               |         |                |               |         |
| Centro Regional -   |               |         |                |               |         |
| 5a. Enfermaria      |               |         |                |               |         |
| Capital             | 75            | 151     |                |               |         |
| Grande BH           | 01            | 11      |                |               |         |
| Área Teófilo Otoni  | ---           | 04      |                |               |         |
| Área Sete Lagoas    | 13            | 21      |                |               |         |
| Outros Estados      | 01            | ---     |                |               |         |

Fonte: Arquivo do hospital B - BH, abril/1983.



TABELA 10

DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DO HOSPITAL B,  
SEGUNDO SEXO

| UNIDADES | LEITOS DISPONÍVEIS |      | LEITOS OCUPADOS |     |
|----------|--------------------|------|-----------------|-----|
|          | M                  | F    | M               | F   |
| 2a.*     | 47                 | ---  | 38              | --- |
| 3a.      | 29                 | 25   | 14              | 23  |
| 4a.      | 24                 | 24   | 22              | 19  |
| 5a.      | FECHADA            | PARA | REESTRUTURAÇÃO  |     |
| 6a.      | 53                 | ---  | 42              | --- |
| 8a.      | ---                | 45   | ---             | 37  |
| UCI***   | 6                  | 7    | 4               | 5   |

Fonte: Arquivo do hospital B - BH, abril/1983.

\*Só masculina.

\*\*Só feminina.

\*\*\*UCI - Unidade de cuidados intensivos.

Capacidade total de leitos: 300 leitos.

Leitos ocupados: 209 leitos.

TABELA 11

DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DO HOSPITAL B,  
POR SEXO, ANO 1982

| MÊS       | MASCULINO | FEMININO |
|-----------|-----------|----------|
| Janeiro   | 359       | 572      |
| Fevereiro | 380       | 671      |
| Março     | 526       | 833      |
| Abril     | 738       | 998      |
| Maio      | 792       | 1.029    |
| Junho     | 762       | 1.087    |
| Julho     | 1.024     | 779      |
| Agosto    | 934       | 1.131    |
| Setembro  | 744       | 1.011    |
| Outubro   | 755       | 1.058    |
| Novembro  | 735       | 976      |
| Dezembro  | 772       | 893      |

Fonte: Arquivo do hospital B - BH, abril/  
1983.



TABELA 12

DISTRIBUIÇÃO DOS INTERNOS DO HOSPITAL B,  
SEGUNDO IDADE

| IDADE     | INTERNAÇÃO | REINTERNAÇÃO | TOTAL |
|-----------|------------|--------------|-------|
| 0 - 10    | ---        | ---          | ---   |
| 11 - 20   | 28         | 12           | 40    |
| 21 - 30   | 72         | 39           | 111   |
| 31 - 40   | 60         | 23           | 83    |
| 41 - 50   | 26         | 12           | 39    |
| 51 - 60   | 12         | 10           | 22    |
| 61 - 70   | 10         | ---          | 10    |
| 71 e mais | 02         | ---          | 02    |
| Ignorados | 02         | ---          | 02    |

Fonte: Arquivo do hospital B - BH, abril/1983.

TABELA 13

DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO HOSPITAL B  
POR ÁREA DE ATIVIDADE

| ÁREA ATIVIDADE                                                    | PROFISSIONAIS | NÚMERO                     |
|-------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------|
| <b>DIREÇÃO</b>                                                    |               |                            |
| Diretor administrativo                                            |               | 01                         |
| Gerente administrativo                                            |               | 01                         |
| Chefe divisão médica                                              |               | 01                         |
| Chefe de seção (manutenção, pessoal da administração)             |               | 03                         |
| Subtotal                                                          |               | 06                         |
| <b>ÁREA MÉDICA</b>                                                |               |                            |
| Médico                                                            |               | 49 + 18 médicos residentes |
| Enfermeiro                                                        |               | 10                         |
| Psicólogo                                                         |               | 06 + 04 bolsistas          |
| Terapeuta Ocupacional                                             |               | 02 + 02 bolsistas          |
| Assistente Social                                                 |               | 08 + 06 bolsistas          |
| Técnico de Raio-X                                                 |               | 01                         |
| Auxiliar Enfermagem                                               |               | 08                         |
| Atendente                                                         |               | 112                        |
| Subtotal                                                          |               | 223                        |
| <b>ÁREA ADMINISTRATIVA</b>                                        |               |                            |
| Auxiliar Administrativo                                           |               | 33                         |
| Auxiliar Serviço Especializado (bombeiro, eletricitista e outros) |               | 15                         |
| Limpeza, serviço manutenção                                       |               | 42                         |
| Subtotal                                                          |               | 90                         |
| <b>TOTAL GERAL</b>                                                |               | <b>379</b>                 |

Fonte: Arquivo do hospital B - BH, abril/1983.

31 psiquiatras, 02 neurologistas, 02 dentistas, 01 eletroencefalografista, 04 anestesistas, 02 dentistas, 01 perito (laudo pericial).



TABELA 14

## CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DO HOSPITAL B

| PROFISSIONAL            | HORAS TRAB. | VÍNCULO           | SALÁRIO (SM)* |
|-------------------------|-------------|-------------------|---------------|
| Diretora**              | 40          | Estatutária       | 16            |
| Chefe Divisão           |             |                   |               |
| Médica**                | 30          | Estatutária       | 10            |
| Gerente                 |             |                   |               |
| Administrativo          | 40          | CLT               | 12            |
| Chefe Seção (3 classes) | 40          | CLT               | 11            |
| Médicos                 | 24          | CLT e Estatutário | 09            |
| Enfermeiros             | 30 e 40     | CLT               | 08            |
| Assistente Social       | 30          | CLT e Estatutário | 07            |
| Psicólogo               | 30          | CLT e Estatutário | 06            |
| Médicos Residentes      | 60          | Bolsistas         | 04            |
| Terapeuta               |             |                   |               |
| Ocupacional             | 30          | CLT               | 06            |
| Técnico Raio-X          | 24          | CLT               | 04            |
| Auxiliar de             | 12 p/ 36    |                   |               |
| Enfermagem              | folga       | CLT               | 03            |
| Atendente***            | 12 p/ 36    |                   |               |
|                         | folga       | CLT               | 3,5           |
| Auxiliar                |             |                   |               |
| Administrativo          | 44          | CLT               | 04            |
| Auxiliar de Serv.       |             |                   |               |
| Especiais               | 48          | CLT               | 03            |
| Limpeza, serviços       | 48          | CLT               | 02            |

Fonte: Arquivo do hospital B - BH, abril/1983.

\*Salário-Mínimo - base abril/1983.

\*\*Recebe complementação salarial da FHEMIG (Diretoria).

\*\*\*Perfazendo um total de 48 horas semanais.

TABELA 15

DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS, SEGUNDO O SEXO

| SEXO      | NÚMERO |
|-----------|--------|
| Masculino | 74     |
| Feminino  | 59     |
| TOTAL     | 133*   |

Fonte: Arquivo da escola A, BH, março/1983.

\*Destes 133 alunos, 90 são pagantes, e 43 são alunos carentes oriundos da favela local (não pagam a escola).



TABELA 16

## RECURSOS HUMANOS DA ESCOLA A

| PROFISSIONAL               | NÚMERO |
|----------------------------|--------|
| Diretor                    | 02     |
| Supervisor                 | 02     |
| Professor                  | 26     |
| Pessoal Administrativo     | 10     |
| Pessoal limpeza e serviços | 05     |
| TOTAL                      | 45     |

Fonte: Arquivo da escola A, BH, março/1983.

TABELA 17

## DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS POR TURMAS DA ESCOLA B

| SÉRIE | TURNO MANHÃ<br>1o. |        | TURNO TARDE<br>2o. |        | TURNO TARDE<br>3o. |        | TOTAL  |        |
|-------|--------------------|--------|--------------------|--------|--------------------|--------|--------|--------|
|       | TURMAS             | ALUNOS | TURMAS             | ALUNOS | TURMAS             | ALUNOS | TURMAS | ALUNOS |
|       |                    |        |                    |        |                    |        |        |        |
| 1a.   |                    |        | 9                  | 291    | 2                  | 54     | 11     | 345    |
| 2a.   |                    |        |                    |        | 6                  | 190    | 6      | 190    |
| 3a.   | 5                  | 189    |                    |        |                    |        | 5      | 189    |
| 4a.   | 4                  | 158    |                    |        |                    |        | 4      | 158    |
| TOTAL | 9                  | 347    | 9                  | 291    | 8                  | 244    | 26     | 882    |

Fonte: Arquivo da escola B, BH, março/1983.

OBS.: A média de alunos por salas é de 30 a 35 alunos.



TABELA 18

## MATRÍCULAS EFETIVAS DA ESCOLA B

| NÚMERO DE ALUNOS |           | TOTAL   |            | TOTAL GERAL |
|------------------|-----------|---------|------------|-------------|
| SEXO             | SÉRIE     | NOVATOS | REPETENTES |             |
| 1a.              | Masculino | 93      | 92         | 185         |
|                  | Feminino  | 85      | 75         | 160         |
| 2a.              | Masculino | 79      | 29         | 108         |
|                  | Feminino  | 67      | 15         | 82          |
| 3a.              | Masculino | 60      | 33         | 93          |
|                  | Feminino  | 70      | 26         | 96          |
| 4a.              | Masculino | 66      | 9          | 75          |
|                  | Feminino  | 82      | 1          | 83          |
| SUBTOTAL         | Masculino | 298     | 163        | 461         |
|                  | Feminino  | 304     | 117        | 421         |
| TOTAL            | Masculino | 298     | 163        | 461         |
|                  | Feminino  | 304     | 117        | 421         |

Fonte: Arquivo da escola B, BH, março/1983.

TABELA 19  
MOVIMENTO ESCOLAR - ESCOLA B  
PERÍODO - 1o. TRIMESTRE/1983

| TURMO | SÉRIE | CLASSE | DIAS<br>LETIVOS | MAT. NO ÚLT.<br>MÊS ANTERIOR |     | ALUNOS ADMITIDOS POR |    |            |    |
|-------|-------|--------|-----------------|------------------------------|-----|----------------------|----|------------|----|
|       |       |        |                 | AO PERÍODO                   |     | TRANSFER.            |    | REMANEJAM. |    |
|       |       |        |                 | M                            | F   | M                    | F  | M          | F  |
| 2     | 1     | 01     | 54              | 18                           | 08  | 00                   | 00 | 00         | 00 |
| 3     | 1     | 02     | 54              | 17                           | 09  | 00                   | 00 | 00         | 00 |
| 3     | 1     | 03     | 54              | 18                           | 10  | 00                   | 00 | 00         | 00 |
| 2     | 1     | 04     | 54              | 21                           | 15  | 00                   | 00 | 00         | 00 |
| 2     | 1     | 05     | 54              | 18                           | 13  | 00                   | 00 | 00         | 00 |
| 2     | 1     | 06     | 54              | 16                           | 16  | 00                   | 00 | 00         | 00 |
| 2     | 1     | 07     | 54              | 17                           | 18  | 00                   | 00 | 00         | 00 |
| 2     | 1     | 08     | 54              | 15                           | 18  | 01                   | 00 | 00         | 00 |
| 2     | 1     | 09     | 54              | 12                           | 18  | 00                   | 00 | 00         | 00 |
| 2     | 1     | 10     | 54              | 14                           | 22  | 00                   | 00 | 00         | 00 |
| 2     | 1     | 11     | 54              | 20                           | 12  | 00                   | 00 | 00         | 00 |
| 3     | 2     | 12     | 54              | 19                           | 12  | 01                   | 00 | 00         | 00 |
| 3     | 2     | 13     | 54              | 19                           | 09  | 00                   | 00 | 00         | 00 |
| 3     | 2     | 14     | 54              | 22                           | 09  | 00                   | 00 | 00         | 00 |
| 3     | 2     | 15     | 54              | 18                           | 15  | 00                   | 00 | 00         | 00 |
| 3     | 2     | 16     | 54              | 19                           | 14  | 00                   | 00 | 00         | 00 |
| 3     | 2     | 17     | 54              | 12                           | 23  | 00                   | 00 | 00         | 00 |
|       |       |        | SUBT.           | 313                          | 254 | 02                   | 00 | 00         | 00 |
| 1     | 3     | 18     | 54              | 17                           | 18  | 00                   | 00 | 00         | 00 |
| 1     | 3     | 19     | 54              | 19                           | 20  | 00                   | 00 | 00         | 00 |
| 1     | 3     | 20     | 54              | 18                           | 20  | 00                   | 00 | 00         | 00 |
| 1     | 3     | 21     | 54              | 18                           | 21  | 00                   | 00 | 00         | 00 |
| 1     | 3     | 22     | 54              | 21                           | 17  | 00                   | 00 | 00         | 00 |
| 1     | 4     | 23     | 54              | 20                           | 18  | 00                   | 01 | 00         | 00 |
| 1     | 4     | 24     | 54              | 17                           | 23  | 00                   | 00 | 00         | 00 |
| 1     | 4     | 25     | 54              | 21                           | 19  | 00                   | 00 | 01         | 00 |
| 1     | 4     | 26     | 54              | 17                           | 23  | 00                   | 01 | 00         | 00 |
|       |       | SUBT.  | 168             | 179                          | 00  | 01                   | 01 | 00         | 03 |
| TOTAL |       |        |                 | 481                          | 438 | 02                   | 01 | 01         | 00 |

Fonte: Arquivo da escola B, BH, abril/1983.



(continuação)

| ALUNOS AFASTADOS POR |    |          |    |          |     | MATRÍCULA NO             |     | ALUNOS EM                 |     | TOTAL<br>DE<br>AUSÊNCIAS |
|----------------------|----|----------|----|----------|-----|--------------------------|-----|---------------------------|-----|--------------------------|
| TRANSFER.            |    | REMANEJ. |    | ABANDONO |     | ÚLTIMO DIA<br>DO PERÍODO |     | RECUPERAÇÃO<br>DO PERÍODO |     |                          |
| M                    | F  | M        | F  | M        | F   | M                        | F   | F                         | M   |                          |
| 00                   | 00 | 00       | 00 | 00       | 00  | 18                       | 08  | 18                        | 08  | 190                      |
| 00                   | 00 | 00       | 00 | 00       | 00  | 17                       | 09  | 14                        | 07  | 222                      |
| 00                   | 00 | 00       | 00 | 00       | 01  | 18                       | 09  | 02                        | 02  | 468                      |
| 00                   | 00 | 00       | 00 | 00       | 00  | 21                       | 15  | 21                        | 15  | 199                      |
| 00                   | 00 | 00       | 00 | 00       | 00  | 18                       | 13  | 10                        | 03  | 204                      |
| 00                   | 00 | 00       | 00 | 00       | 00  | 16                       | 16  | 16                        | 16  | 088                      |
| 00                   | 00 | 00       | 00 | 00       | 00  | 17                       | 18  | 02                        | 03  | 327                      |
| 01                   | 00 | 00       | 00 | 00       | 00  | 15                       | 18  | 03                        | 01  | 150                      |
| 00                   | 00 | 00       | 00 | 00       | 00  | 12                       | 18  | 00                        | 00  | 133                      |
| 00                   | 00 | 00       | 00 | 00       | 00  | 14                       | 22  | 01                        | 04  | 469                      |
| 00                   | 00 | 00       | 00 | 00       | 00  | 20                       | 12  | 00                        | 00  | 035                      |
| 00                   | 00 | 00       | 00 | 00       | 00  | 20                       | 12  | 13                        | 08  | 585                      |
| 00                   | 00 | 00       | 00 | 00       | 00  | 19                       | 09  | 13                        | 07  | 185                      |
| 00                   | 00 | 00       | 00 | 00       | 00  | 22                       | 09  | 18                        | 09  | 344                      |
| 00                   | 00 | 00       | 00 | 00       | 00  | 18                       | 15  | 14                        | 15  | 156                      |
| 00                   | 00 | 00       | 00 | 00       | 00  | 19                       | 14  | 16                        | 12  | 103                      |
| 01                   | 00 | 00       | 00 | 00       | 00  | 11                       | 23  | 01                        | 00  | 219                      |
| 02                   | 00 | 00       | 00 | 00       | 01  | 245                      | 240 | 162                       | 100 | 6.956                    |
| 01                   | 00 | 00       | 00 | 00       | 00  | 16                       | 18  | 04                        | 04  | 296                      |
| 00                   | 00 | 00       | 00 | 00       | 00  | 19                       | 20  | 07                        | 09  | 549                      |
| 00                   | 01 | 00       | 00 | 00       | 01  | 18                       | 18  | 16                        | 17  | 729                      |
| 00                   | 00 | 00       | 00 | 00       | 00  | 18                       | 21  | 17                        | 03  | 122                      |
| 01                   | 00 | 00       | 00 | 00       | 00  | 20                       | 17  | 04                        | 00  | 377                      |
| 00                   | 01 | 01       | 00 | 00       | 00  | 19                       | 18  | 11                        | 11  | 413                      |
| 00                   | 00 | 00       | 00 | 00       | 00  | 17                       | 23  | 06                        | 08  | 237                      |
| 01                   | 01 | 00       | 00 | 00       | 00  | 21                       | 18  | 09                        | 12  | 381                      |
| 00                   | 00 | 00       | 00 | 01       | 00  | 16                       | 24  | 02                        | 03  | 509                      |
| 03                   | 01 | 00       | 01 | 01       | 164 | 177                      | 66  | 67                        |     | 3.613                    |
| 05                   | 03 | 01       | 00 | 01       | 02  | 459                      | 417 | 228                       | 167 | 10.569                   |

TABELA 20

## RECURSOS HUMANOS DA ESCOLA B

| PROFISSIONAL           | NÚMERO |
|------------------------|--------|
| Diretor                | 01     |
| Vice-Diretor           | 01     |
| Supervisor             | 03     |
| Professor Regente      | 26     |
| Professor Substituto   | 03     |
| Psicólogo*             | 01     |
| Dentista*              | 03     |
| Médico*                | 01     |
| Secretária             | 01     |
| Auxiliar de Secretaria | 02     |
| Auxiliar de Serviço    | 10     |
| Vigia                  | 02     |
| TOTAL                  | 54     |

Fonte: Arquivo da escola B, BH, março/1983.

\*Esses profissionais são enviados à escola pela Prefeitura Municipal de 6 em 6 meses, para prestarem atendimento especializado (médico, odontológico e psicológico) aos 883 alunos existentes na escola.



LISTAS DAS CATEGORIAS DE TRANSTORNOS MENTAIS - CID

- 290.0 - Demência senil, tipo simples.
- 290.1 - Psicose alcoólica de Korsakov (psicose alcoólica polineurítica).
- 291.2 - Outra demência alcoólica (demência alcoólica SDE, síndrome central alcoólica crônica).
- 291.3 - Outra alucinação alcoólica.
- 291.9 - Não especificada (alcooolismo crônico com psicose, mania e psicose alcoólica SDE).
- 293.0 - Estado confusional agudo ("delirium", psicose associada a
- 293.1 - transtornos endócrinos, metabólicos ou cerebrovasculares;
- 293.2 - do tipo agudo, psicose infecciosa aguda, reação orgânica;
- 293.4 - aguda, psicose orgânica pós-traumática aguda, reação
- 293.5 - orgânica aguda, síndrome psicoorgânica aguda, estado confusional epilético, epilético, estado crepuscular epilético.
- Estado confusional subagudo ("Delirium", psicose associada a transtornos endócrinos ou metabólicos do tipo subagudo, psicose, orgânica pós-traumática, subaguda, reação orgânica subaguda, síndrome psicoorgânica subaguda).
- 293.9 - Não especificados.
- 294.9 - Não especificados.

- 295.0 - Esquizofrenia simples.
- 295.1 - Tipo hebefrênico (hebefrênio).
- 295.2 - Tipo catatônico (agitação).
- 295.3 - Tipo paranóide - esquizofrenia parafrênica.
- 295.4 - Episódio esquizofrênico agudo (ataque esquizofreniforme, onifrênio, psicose, esquizofreniforme de tipo confusional).
- 295.6 - Esquizofrenia residual (esquizofrenia crônica, indiferenciada, estado esquizofrênico residual, estado residual, estado residual esquizofrênico).
- 295.8 - Outras esquizofrenias aguda, indiferenciada esquizofrenia atípica, esquizofrenia anestopóico).
- 295.9 - Não-especificadas (esquizofrenia SOE, psicose esquizofreniforme SOE, reação esquizofrênica SOE).
- 296.0 - Psicose maníaco - depressiva, tipo maníaco hipomania SOE, mania, monopolar SOE, psicose ou reação maníaco depressiva do tipo hipomaníaco, transtorno maníaco).
- 296.1 - Psico maníaco - depressiva, tipo depressivo. (Depressão endógena, monopolar psicótica melancolia involutiva, psicose depressiva, reação maníaco-depressiva de tipo depressivo).
- 296.2 - Psico maníaco - depressivo, tipo circular, fase maníaca, (transtorno bipolar, fase maníaco).
- 296.6 - Psicose maníaco - depressiva, outros tipos e os não especificados. (Psicose maníaco - depressiva SOE e tipo misto, reação e síndrome maníaco-depressiva SOE).
- 298.1 - Tipo agitado.



- 298.9 - Outras psicoses reativas e as não específicas (estupros psicogenéticos, psicose histérica - psicose psicogenética SOE).
- 299.0 - Autismo infantil (autismo infantil, psicose infantil, síndrome de Kanner).
- 300.0 - Estados de ansiedade (estado neurótico ansioso, neurose de ansiedade, reação ansiosa ataque, estado e transtorno de pânico).
- 300.1 - Histeria - (Astasia - abasia histérica, histeria SOE, histeria de conversão, neurose de renda, personalidade múltipla, reação de conversão, reação ou estado dissociativo, síndrome de ganser histérico).
- 300.3 - Transtornos obsessivos - compulsivos (neurose anancástica, neurose compulsiva).
- 301.0 - Transtorno paranoide de personalidade (personalidade fanática, personalidade paranoide, traços paranoides).
- 301.8 - Outros transtornos da personalidade (personalidade excêntrica, imatura, passivo-agressiva, psiconeurótica, tipo haltlose).
- 303.1 - Síndrome de dependência do álcool.
- 303.2 - (alcoolismo crônico, dipsomania, embriaguez aguda no
- 303.9 - alcoolismo).
- 304.0 - Dependência de drogas - tipo morfina.
- 304.9 - Dependência não-especificada (abuso de drogas SOE, dependência de drogas SOE).

- 309.0 - Reação depressiva breve (reação de tristeza).
- 309.4 - Com distúrbios mistos das emoções e da conduta.
- 309.9 - Não especificada. (Reação de adaptação SOE, reação de ajustamento SOE).
- 312.0 - Distúrbio de conduta não-socializado (não compartilhado socialmente), (transtorno agressivo não socializado).
- 313.0 - Com ansiedade e medo (reação superansiosa na infância ou adolescência).
- 314.0 - Distúrbio simples da atividade e da atenção (hiperatividade SOE).
- 314.4 - Não especificado (reação hipercinética da infância ou
- 314.9 - adolescência SOE, síndrome hipercinética, SOE).
- 315.0 - Retardo específico da leitura (dislexia de desenvolvimento, dificuldade específica de soletração).
- 315.9 - Não especificados (transtorno de desenvolvimento SOE).
- 345.1 - Epilepsia convulsiva generalizada.
- 345.2 - Estado de pequeno mal.
- 345.7 - Epilepsia parcial contínua.
- 391.0 - Pericardite reumática ativa.
- 782.9 - Outras.

FONTE: Classificação Internacional de Transtornos Mentais - CID - 9.



| PLANTA FÍSICA                                                                                                                                                                                          |    | PONTOS |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------|
| 001 - Construção específica para hospital .....                                                                                                                                                        | 50 |        |
| 002 - Água 300 litros diários para leitos; luz, esgotos adequados .....                                                                                                                                | 20 |        |
| 003 - Área para estacionamento de ambulância ou veículos de serviços .....                                                                                                                             | 20 |        |
| 004 - Entradas diversas individualizadas para diferentes serviços .....                                                                                                                                | 20 |        |
| 005 - Portas com vão mínimo de 0,80 m .....                                                                                                                                                            | 20 |        |
| 006 - Corredores com larg. igual ou superior 1,80 m .....                                                                                                                                              | 20 |        |
| 007 - Rampas com declividade 5% nos hosp. até 2 andares .....                                                                                                                                          | 30 |        |
| 008 - Dispositivos de segurança adequados nos janelas e enfermarias e quartos .....                                                                                                                    | 20 |        |
| 009 - Vestiário com banheiro e sanitário privativo para pessoal técnico com separação sexo .....                                                                                                       | 20 |        |
| 010 - Conj. vestiário com banheiro e sanitário para empregados separados por sexo .....                                                                                                                | 20 |        |
| 011 - Setor de recreação sala de diversões adeq. socioterapia adaptável para auditório em proporção equivalente $40 \text{ m}^2$ , para hosp. com + 100 leitos $20 \text{ m}^2$ para cada 100 leitos . | 40 |        |
| 012 - Área externa para deambulação .....                                                                                                                                                              | 20 |        |
| 013 - Área individualizada para serviços administrativos .....                                                                                                                                         | 10 |        |
| 014 - Sala de admissão .....                                                                                                                                                                           | 10 |        |
| 015 - Sala de espera para o público .....                                                                                                                                                              | 10 |        |
| 016 - Sanitários privativos para pessoal administrativos .....                                                                                                                                         | 10 |        |
| 017 - Sanitário para o público .....                                                                                                                                                                   | 10 |        |
| 018 - Sanitário para o pessoal lavanderia e rouparia .....                                                                                                                                             | 10 |        |
| 019 - Área adequada para instalação do almoxarifado .....                                                                                                                                              | 20 |        |
| 020 - Lavanderia adequada .....                                                                                                                                                                        | 20 |        |
| 021 - Câmara mortuária e velório com sanitário .....                                                                                                                                                   | 20 |        |
| 022 - Área física, individualizado para arquivo médio .....                                                                                                                                            | 20 |        |



## PLANTA FÍSICA

## PONTOS

|     |                                                                                                                                                                                               |    |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 023 | - Um quarto para cada 15 leitos próximo às enfermarias ou separadas delas com vestíbulo, chuveiro e sanitário próximos a área de $8m^2$ para 1 leito ou $14m^2$ para 2 leitos para cada ..... | 20 |
| 024 | - Um quarto de intercorrência em frenocômios para cada 50 leitos com mínimo de $8m^2$ .....                                                                                                   | 20 |
| 025 | - Área individualizada com vestíbulo, lavatório, chuveiro e sanitários - (instalação contínuas nos frenocômios) com $8m^2$ para hospitais adultos .....                                       | 20 |
| 026 | - $4,5m^2$ para cada leito em sanatório de tuberculose ou psiquiatria 3 a 6 leitos (com metade dos pontos se o número de leitos for 6 a 10 leitos .....                                       | 30 |
| 027 | - Lavatórios, chuveiros e sanitários descentralizados - 1 para cada 6 leitos .....                                                                                                            | 20 |
| 028 | - Posto de enfermagem para atender no máximo, 50 leitos hospitalares (psiquiatria) .....                                                                                                      | 20 |
| 029 | - Área para secretário do posto .....                                                                                                                                                         | 20 |
| 030 | - Uma sala para exame e lucrativos por unidade .....                                                                                                                                          | 10 |
| 031 | - Sala de serviço .....                                                                                                                                                                       | 10 |
| 032 | - Sala de utilidade e despejo .....                                                                                                                                                           | 10 |
| 033 | - Sanitário .....                                                                                                                                                                             | 10 |
| 034 | - Unidade isolada, comunicando diretamente com centro cirúrgico e indiretamente com as demais unidades com área específica para esterilização .....                                           | 10 |
| 035 | - Área definida para limpeza e perigo .....                                                                                                                                                   | 10 |
| 036 | - Área definida para limpeza e preparo, luvas, bandejas de material .....                                                                                                                     | 10 |
| 037 | - Área para guardar material .....                                                                                                                                                            | 10 |
| 039 | - Cozinha .....                                                                                                                                                                               | 20 |
| 040 | - Despensa .....                                                                                                                                                                              | 20 |
| 041 | - Refeitório .....                                                                                                                                                                            | 20 |
| 042 | - Piso impermeável .....                                                                                                                                                                      | 10 |
| 043 | - Área para nutricionista .....                                                                                                                                                               | 10 |
| 044 | - Copa para distribuição de alimentação nos andares .....                                                                                                                                     | 10 |



## PLANTA FÍSICA

## PONTOS

|                                                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 045 - Salão de leituras e reuniões .....                                                         | 20 |
| 046 - Quarto com vestiário, sanitário, chuveiro para o médico<br>plantonista .....               | 20 |
| 047 - Área individualizada para gabinete odontológico .....                                      | 10 |
| 048 - Área individualizada para entrevistas do serviço social .....                              | 10 |
| 049 - Área individualizada para psicologia .....                                                 | 10 |
| 050 - Área individualizada para terapia ocupacional de<br>acordo com população (assistida) ..... | 20 |
| 051 - Área individualizada para depósito de drogas e afins ...                                   | 10 |
| 052 - Área isolada de circulação geral .....                                                     | 40 |

## EQUIPAMENTOS, UTENSÍLIOS E INSTALAÇÃO

## PONTOS

|                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 053 - Telefone externo .....                                                                  | 10 |
| 054 - Aparelhagem para comunicação interna .....                                              | 10 |
| 055 - Sinalização luminosa e sonora com terminais nos postos<br>de enfermagem .....           | 30 |
| 056 - Água-boiler servindo a unidades de internação, com copa<br>e cozinha .....              | 10 |
| 057 - Caixas térmicas e/ou chuveiros elétricos nas unidades* ..                               | 5  |
| 058 - Bebedouros com água filtrada .....                                                      | 5  |
| 059 - Prevenção contra incêndios (extintores) .....                                           | 5  |
| 060 - Recreação material necessário para jogos de salão* .....                                | 5  |
| 061 - Recreação material necessário para Prática de esportes,<br>mínimo de 4 variedades ..... | 20 |
| 062 - Rádio* .....                                                                            | 5  |
| 063 - Televisão* .....                                                                        | 5  |
| 064 - Almoxarifado para estocagem de gêneros .....                                            | 20 |
| 065 - Lavanderia 4 kgs de roupas para cada leito hospitalar ..                                | 20 |
| 066 - Lavadora* .....                                                                         | 20 |
| 067 - Secadora* .....                                                                         | 20 |
| 068 - Centrífuga* .....                                                                       | 20 |
| 069 - Rouparia .....                                                                          | 20 |
| 070 - Calefação ou ar condicionado .....                                                      | 20 |



| EQUIPAMENTOS, UTENSÍLIOS E INSTALAÇÃO                                                                           | PONTOS |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 071 - Ventiladores nos quartos* .....                                                                           | 10     |
| 072 - Leitos acima de 10% de leitos "fowler", com colchão de molas ou espuma .....                              | 20     |
| 073 - Idem em número inferior a 10% ou (nos sanitários ou frenocônios) .....                                    | 10     |
| 074 - Uma mesa de cabeceira para cada leito .....                                                               | 5      |
| 075 - Um armário de roupa para cada 2 leitos .....                                                              | 10     |
| 076 - Posto de enfermagem com material adequado para cada 50 leitos/psiquiatria .....                           | 20     |
| 077 - Utensílios adequados para cada unidade .....                                                              | 20     |
| 078 - Sala de curativos com equipamento e sala de psicoterapia .....                                            | 20     |
| 079 - Carro de curativos para suas finalidades .....                                                            | 10     |
| 080 - Maca com rodas para cada unidade .....                                                                    | 10     |
| 081 - Conservação em geladeiras comerciais .....                                                                | 10     |
| 082 - Conservação em geladeiras comerciais ou geladeiras domésticas .....                                       | 5      |
| 083 - Aparelhagem para esterilizar louças .....                                                                 | 10     |
| 084 - Equipe para odontologia .....                                                                             | 40     |
| 085 - Serviço de tratamento específico: eletrochoque* .....                                                     | 20     |
| 086 - Ressuscitador* .....                                                                                      | 30     |
| 087 - Serviço de T. O. com mínimo de 5 atividades .....                                                         | 30     |
| 088 - Gabinete de psicologia: com material suficientes para aplicação de projetivos e de inteligência* .....    | 30     |
| 089 - Serviço de Anestesiologia* .....                                                                          | 40     |
| ORGANIZAÇÃO*                                                                                                    | PONTOS |
| 090 - Direção do hospital com curso administração e organização hospitalar .....                                | 50     |
| 091 - Com 5 anos comprovados em chefia .....                                                                    | 25     |
| 092 - Serviço administração com chefiado por profissional legalizado* .....                                     | 30     |
| 093 - Serviço de enfermagem chefiado por um profissional com graduação universitária com 6 horas diárias* ..... | 40     |



| ORGANIZAÇÃO*                                                                                             |       | PONTOS |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| 094 - Serviço Social chefiado por profissional III <sup>o</sup> grau com permanência de 4 horas por dia* | ..... | 40     |
| 095 - Almoxarifado para fichas .....                                                                     |       | 20     |
| 096 - Serviços de manutenção, limpeza e reparos organizados ..                                           |       | 10     |
| 097 - Lavanderia e rouparia organizados com controle por fichas .....                                    |       | 20     |
| 098 - Arquivo médico organizado* .....                                                                   |       | 40     |
| 099 - Arquivo com estatística de diagnósticos, óbitos, permanência .....                                 |       | 10     |
| ADMINISTRAÇÃO                                                                                            |       | PONTOS |
| 100 - Comissão de registro clínico e de revisão diagnóstico ..                                           |       | 50     |
| 101 - Biblioteca organizada .....                                                                        |       | 20     |
| 102 - Serviços de enfermagem para cada 50 leitos, 1 unidade* ..                                          |       | 40     |
| 103 - Supervisão por profissional com curso universitário ....                                           |       | 40     |
| 104 - Supervisão por técnico de enfermagem .....                                                         |       | 20     |
| 105 - 1 auxiliar de enfermagem para cada unidade em turno diurno .....                                   |       | 10     |
| 106 - 1 auxiliar de enfermagem para cada unidade em turno noturno .....                                  |       | 10     |
| 107 - 2 atendentes por unidade em turno diurno .....                                                     |       | 10     |
| 108 - 1 atendente por unidade em turno noturno .....                                                     |       | 10     |
| 109 - 1 servente por unidade .....                                                                       |       | 10     |
| 110 - Nutricionista com permanência no mínimo 6 horas/dia* ...                                           |       | 30     |
| 111 - Técnico de nutrição .....                                                                          |       | 15     |
| 112 - Dietas especiais e atualizadas .....                                                               |       | 10     |
| 113 - Controle sanitário do pessoal (cart. trabalho) .....                                               |       | 10     |
| 114 - 1 médico plantonista 24 horas por até 200 leitos* .....                                            |       | 40     |
| 115 - 1 psiquiatra para cada 40 doentes agudos* .....                                                    |       | 40     |
| 116 - 1 psiquiatra para cada 60 doentes crônicos* .....                                                  |       | 40     |
| 117 - Prontuários com todos os modelos preenchidos* .....                                                |       | 50     |
| 118 - 1 clínico geral para cada 200 pacientes* .....                                                     |       | 40     |
| 119 - Revisão médica semanal nos casos agudos* .....                                                     |       | 30     |



## ADMINISTRAÇÃO

## PONTOS

|                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 120 - Revisão médica mensal nos casos crônicos* .....                                                      | 30 |
| 121 - Profissional odontológico .....                                                                      | 40 |
| 122 - 1 praxiterapeuta para cada 60 leitos (supervisão)* .....                                             | 40 |
| 123 - Psicólogo (1 para cada hospital psiquiátrico)* .....                                                 | 40 |
| 124 - 1 serviço social para cada 100 pacientes* .....                                                      | 40 |
| 125 - Atividades de hospital dia (sistematização de assistência, técnicas sócio-terápicas e grupais) ..... | 40 |
| 126 - Supervisão para enfermaria com grau universitário .....                                              | 40 |

## PLANTA FÍSICA (Suplementar)

## PONTOS

|                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| 127 - Área para caldeira .....                                            | 10 |
| 128 - Área para gerador de emergência .....                               | 5  |
| 129 - Oficina de manutenção e reparos .....                               | 10 |
| 130 - Salão de barbeiro .....                                             | 10 |
| 131 - Sala para instalação de cantina .....                               | 10 |
| 132 - Área específica para auditório* .....                               | 20 |
| 133 - Piscina* .....                                                      | 40 |
| 134 - Câmara frigorífica com capacidade superior a 2 m <sup>3</sup> ..... | 20 |
| 135 - Gerador com capacidade superior a 300 Kwa .....                     | 30 |
| 136 - Ambulância própria .....                                            | 15 |
| 137 - PABX .....                                                          | 15 |
| 138 - Balcão técnico no refeitório .....                                  | 20 |
| 139 - Assistente social (nível universitário)* .....                      | 40 |
| 140 - Corpo clínico organizado, respeitados as seguintes exigências:      |    |
| a) regulamento                                                            |    |
| b) relação dos componentes                                                |    |
| c) fixação de padrões mínimos para o contrato dos serviços                |    |
| d) auditório médico                                                       |    |
| e) reuniões regulares do corpo clínico com livros e atas                  |    |



## PLANTA FÍSICA (Suplementar)

PONTOS

---

|                                                                                                                |       |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|
| f) atualização do corpo clínico através de: reuniões,<br>discursos de casos, cursos, palestras, biblioteca ... |       | 40 |
| 141 - Hospital organizado para atividade de comunidade<br>terapêutica*                                         | ..... | 50 |
| 142 - Sociólogo*                                                                                               | ..... | 30 |

---

\*Equipe interdisciplinar para fiscalização (auditoria):

- 1 assistente social
- 1 médico
- 1 enfermeiro

PONTOS E INDICADORES PARA CLASSIFICAÇÃO  
(RECLAR)

NO. MÁXIMO DE PONTOS

| CLÍNICA<br>MÉDICA | CIRUR-<br>GICA | OBSTE-<br>TRÍCIA | T. P.<br>CLÍNICA | T.P. CI-<br>RÚRGICA | PSIQUIA-<br>TRIA | PEDIA-<br>TRIA |
|-------------------|----------------|------------------|------------------|---------------------|------------------|----------------|
| 2.400             | 3.145          | 3.965            | 2.900            | 3.645               | 2.690            | 2.850          |

\*Psiquiatria está colocada em 29o. lugar quanto a somatório menor de pontos exigidos pelo RECLAR.

O modelo RECLAR compreende de 4 (quatro) setores, com pontos distribuíveis:

- a) à planta física;
- b) aos equipamentos;
- c) à organização;
- d) às utilidades adicionais e tabelas suplementares.

INDICADORES PARA CLASSIFICAÇÃO

| RESULTADO    | % DIÁRIA* | CLASSE |
|--------------|-----------|--------|
| 0,86 ou mais | 100       | 1      |
| 0,71 a 0,85  | 90        | 2      |
| 0,6 a 0,70   | 80        | 3      |
| 0,51 a 0,60  | 60        | 4      |

\*Esta percentagem refere-se ao total que o INAMPS reembolsa o hospital com seu paciente.

É tirado desta diária 5% para psiquiatria.



## BIBLIOGRAFIA

## BIBLIOGRAFIA

- BARROS, Samuel, B. Estrutura e funcionamento do ensino de Io. grau, Rio de Janeiro, Francisco Alves Editora, 1974.
- , Estrutura e funcionamento do ensino de Ilo. grau, Rio de Janeiro, Francisco Alves Editora, 1975.
- BECKER, Howard, S. "A Professora no sistema autoritário da escola pública", in, Etzioni, Amitai (org.), Organizações Complexas - um estudo das organizações em face dos problemas sociais, São Paulo, Atlas, 1978.
- BENSON, J.K. Organizations: a dialectial view, Administrative Science Quarterly, 1977.
- BERGER, Peter, I. & LUCKMANN, Thomas. A Construção social da realidade, Petrópolis, Vozes, 1983.
- BLAU, Peter, M. "A Dinâmica da burocracia", in, Etzioni, Amitai (org.), op. cit.
- , A Formal theory of differentiation in organizations, American Sociological Review, 1970.
- BOUDIEU, P. & PASSERON, J. C. Los Estudiantes y la cultura, Barcelona, Editorial Labor, 1967.
- BRANDÃO, Zaia. Democratização do ensino: meta ou mito? Rio de Janeiro, Francisco Alves Editora, 1979.
- CAMPOS, Edmundo. "O Mito da estrutura e a retórica da racionalidade", in, Anais da 4a. Reunião Nacional da ANPAD, Rio de Janeiro, 1980.
- CANETTI, Elias. Massa e poder, São Paulo/Brasília, Melhoramentos/Editora UNB, 1983.



- CANEVACCI, Massino (org.). *Dialética da família*, São Paulo, Editora Brasiliense, 1985.
- CINTRA, Antônio, O. *Autoritarismo y cultura política em classe baixa*, in, *Revista Latinoamericana de Sociologia*, 1967.
- COLEMAN, James, S. "Análise relacional: o estudo das organizações sociais com métodos de levantamento", in, Etzioni, Amitai (org.), op. cit.
- CONSELHO Estadual de Educação. *Resoluções* (vol. III), Belo Horizonte, 1980.
- COOPER, David. *Psiquiatria e antipsiquiatria*, São Paulo, Editora Perspectiva, s. d.
- CRESSEY, Donald, R. "Consecução de um objetivo organizacional não-declarado", in, Etzioni, Amitai (org.), op. cit.
- DALTON, Melville. "Conflitos entre funcionários administrativos de "staff" e de linha", in, Etzioni, Amitai (org.), op. cit.
- ETZIONI, Amitai. *Organizações Modernas*, São Paulo, Pioneira Editora, 1967.
- "Sociologia industrial: o estudo das organizações econômicas", in, Etzioni, Amitai (org.), op. cit.
- FOUCAULT, Michel. *História da loucura*, São Paulo, Perspectiva Editora, 1978.
- *Microfísica do poder*, Rio de Janeiro, Graal, 1979.
- FREIRE, Paulo. *Ação cultural para a liberdade*, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.

- FREITAS, Bárbara. Escola, Estado e Sociedade, São Paulo, EDART, 1977.
- GOFFMAN, Erving. "As Características de instituições totais", in, Etzioni, Amitai (org.), op. cit.
- Manicômios, prisões e conventos, São Paulo, Perspectiva Editora, 1974.
- GOULDNER, Alvin, W. "Patos metafísico e a teoria da burocracia", in, Etzioni, Amitai (org.), op. cit.
- GUIMARÃES, A. M. Vigilância, punição e depredação escolar, São Paulo, Editora Papyrus, 1985.
- HOPKINS, Terence, K. "Autoridade burocrática: a convergência de Weber e Barnad", in, Etzioni, Amitai (org.), op. cit.
- KAMENS, David, H. Legitimizing myths and educational organization: the relationship between organizational ideology and formal structure, American Sociological Review, 1977.
- LAING, R. D. A política da família e outros ensaios, São Paulo, Martins Fontes Editora, 1971.
- LEITER, Kenneth, C. W. Teacher's use of background knowledge to interpret test scores, Sociology of Education, 1976.
- LOURAU, René. A análise institucional, Petrópolis, Vozes, 1975.
- MACHADO, Maria, H. Instituição psiquiátrica - um estudo de caso, relatório de pesquisa/CNPq, Belo Horizonte, 1979.
- MACHADO, Roberto et alii. Danção da Norma - Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil, Rio de Janeiro, Graal, 1978.



- MARCH, James, G. & SIMON, Herbert, A. Teoria das organizações, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1972.
- MERTON, Robert, K. "Estrutura burocrática e personalidade", in, Etzioni, Amitai (org.), op. cit.
- MEYER, John W. & ROWAN, Brian. "The Structure of Educacional organizations", in, Meyer, Marshall, W. et alii, Environments and organizations, California, Jossey-Bass Publishers, 1978.
- MOREIRA, Diva. Psiquiatria, controle e repressão social, Petrópolis/Belo Horizonte, Vozes/Fundação João Pinheiro, 1983.
- MOURÃO, Anamaria, L. A. A Escola reprovada: subsídios para compreensão da reprovação escolar, tese de mestrado, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas/IESAE, 1982.
- NOSELLA, Maria, L. Ch. D. As Belas mentiras - a ideologia subjacente aos textos didáticos, São Paulo, Cortez e Moraes, 1979.
- PAIXÃO, Antônio, L. A Etnometologia e o estudo poder: notas preliminares, Belo Horizonte, Análise & Conjuntura, FJP, 1986.
- & GARDERNAL, Lília. Ciclo básico na universidade brasileira - temas e problemas principais, Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro, 1982.
- PARSONS, Talcott. "Sugestões para um tratado sociológico da teoria de organização", in, Etzioni, Amitai (org.), op. cit.
- PERROW, Charles. Análise Organizacional - um enfoque sociológico, São Paulo, Atlas, 1972.

- PERROW, Charles. Complex Organizations - a critical essay, Illinois, Scott, Foresman and Company Glenview, 1979.
- PFEFFER, Jeffrey. "The Micropolitics of organizations", in, Meyer, Marshall, W. et alii, op. cit.
- PRESTHUS, R. The Organizational society, New York, Knopf, 1962.
- RASON, Stewart et alii. "The Structuring of organizational structures", Administrative Science Quartely, 1974.
- REICH, Wilhelm & ALZON, Claude. Casamento indissolúvel ou relação sexual duradoura?, textos exemplares (4), s. d.
- SCHNEIDER, M. Neurose e classes sociais, Rio de Janeiro, Zahar, 1977.
- SELZNICK, Philip. "Decisões críticas no desenvolvimento de organizações", in, Etzioni, Amitai (org.), op. cit.
- "Fundamentos da teoria de organização", in, Etzioni, Amitai (org.), op. cit.
- SILLS, David, L. "A Modificação de objetivos", in, Etzioni, Amitai (org.), op. cit.
- STANTON, Alfred, H. & SCHWARTZ, Morris, S. "O Hospital para doenças mentais e o paciente", in, Etzioni, Amitai (org.), op. cit.
- STRAUSS, Anselm. Psychiatric ideologies and institutions, London, Collier-Macmillan limited, 1964.
- SZASZ, Thomas. A Fabricação da loucura - um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental, Rio de Janeiro, Zahar, 1978.



TRAGTEMBERG, Maurício. "A Escola como organização complexa", in, Garcia, Walter, E. (org.), Educação Brasileira Contemporânea: organização e funcionamento, São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1976.

THOMPSON, James, D. & McEwen, Willian, J. "Objetivos organizacionais e ambiente", in, Etzioni, Amitai (org.), op. cit.

WEBER, Max. Economy and society, New York, Bedminster Press, 1968.

----- "Os Três aspectos de autoridade legítima", in, Etzioni, Amitai (org.), op. cit.

----- Textos selecionados, São Paulo, Abril Cultural, Os Pensadores, 1980.

WEICK, Karl. Educacional organizations as loosely coupled systems, Administrative Science Quarterly, 1976.