

FÓRUM - A TEORIA INSTITUCIONAL EM UM CONTEXTO BRASILEIRO:
DINÂMICAS DE INOVAÇÃO E IMITAÇÃO

O ISOMORFISMO NORMATIVO E A ANÁLISE DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Por:

Maria Ceci Misoczky

RAE-eletrônica, v. 4, n. 1, Art. 6, jan./jul. 2005

<http://www.rae.com.br/eletronica/index.cfm?FuseAction=Artigo&ID=1516&Secao=FOR.TE.INS&Volume=4&Numero=1&Ano=2005>

©Copyright, 2005, RAE-eletrônica. Todos os direitos, inclusive de tradução, são reservados. É permitido citar parte de artigos sem autorização prévia desde que seja identificada a fonte. A reprodução total de artigos é proibida. Os artigos só devem ser usados para uso pessoal e não-comercial. Em caso de dúvidas, consulte a redação: raeredacao@fgvsp.br.

A RAE-eletrônica é a revista on-line da FGV-EAESP, totalmente aberta e criada com o objetivo de agilizar a veiculação de trabalhos inéditos. Lançada em janeiro de 2002, com perfil acadêmico, é dedicada a professores, pesquisadores e estudantes. Para mais informações consulte o site www.rae.com.br/eletronica.

RAE-eletrônica

ISSN 1676-5648

©2005 Fundação Getulio Vargas – Escola de Administração de Empresas de São Paulo.



FUNDAÇÃO
GETULIO VARGAS



Escola de Administração
de Empresas de São Paulo

RESUMO

O mecanismo normativo de pressão isomórfica, na teoria institucional, tem sua emergência identificada com a influência do profissionalismo em certos tipos de organizações e, em especial, organizações de ensino e de saúde. Discute-se, nesse ensaio teórico, a adequação do mecanismo normativo como tipo ideal para a análise das organizações de saúde. Questiona-se a sua utilidade, dada a dificuldade de separar, neste tipo de organização, aspectos normativos dos regulativos e cognitivos. Para tanto retomam-se as formulações originais de Weber a respeito da legitimidade, bem como as de Freidson sobre o profissionalismo. Identifica-se, nas interpretações realizadas por Parsons da obra de Weber, as origens da ênfase no mecanismo normativo. Argumenta-se que, nas organizações de saúde, o mecanismo normativo não se mostra adequado enquanto categoria de análise, já que operam, centralmente, com base no trabalho médico, cujo processo de profissionalização se concretizou através da auto-regulação e da disseminação de crenças.

PALAVRAS-CHAVE

Mecanismo isomórfico, profissão, organizações de saúde.

ABSTRACT

The normative mechanism of isomorphic pressure, central to institutional theory, has its emergency identified with the influence of professionalism in some organizations, mainly related to education and health. We discuss its usefulness, considering the problem of separating, in this kind of organization, normative aspects from regulative and cognitive. To do it we use Weber's original formulations of legitimacy, as well as Freidson's framework on professionalism. We identify, in Parsons' interpretation of Weber, the origins of the emphasis in the normative mechanism. We argue that, in health organizations, the normative mechanism is not adequate as an analysis category, since they operate, centrally, based on medical work and the process of professionalization of the medical occupation has been characterized by self-regulation beliefs' dissemination.

KEY WORDS

Normative mechanism, profession, health organizations.

INTRODUÇÃO

A recente produção brasileira em administração vem mostrando a grande penetração da teoria institucional. Nesse sentido é interessante observar a quantidade crescente de trabalhos apresentados nos últimos encontros da ANPAD, incluindo os Encontros de Estudos Organizacionais, bem como a qualidade dos estudos realizados, principalmente, nas Universidades Federais do Paraná e de Pernambuco. Nessa última é importante destacar a agenda de pesquisa do Observatório da Realidade Organizacional (a esse respeito ver o livro organizado por Carvalho e Vieira, 2003). No entanto, também chama a atenção que, embora nos Estados Unidos e no Reino Unido exista uma grande quantidade de pesquisas abordando organizações de saúde, isso não vem ocorrendo em nosso país. Acredita-se que esse é um campo para o qual o referencial teórico do institucionalismo teria muito a contribuir, desde que incorpore algumas adequações ao contexto do campo da saúde no Brasil.

Este ensaio teórico é uma primeira tentativa de indicar possibilidades de adequação. A inspiração vem das afirmações feitas por Machado-da-Silva et al. (2001), quando estes destacam a importância de que alguns componentes do referencial teórico tenham seu peso relativo adequado às características de cada sociedade e de cada segmento de atividade. Neste artigo os autores defendem um peso maior para o mecanismo coercitivo como instrumento de mudança no âmbito da sociedade brasileira, em função da “tradição patrimonialista em conjunção com os longos períodos autoritários que caracterizam o processo de nossa formação sociocultural”. Essa defesa se faz necessária dada “a maior importância conferida aos mecanismos miméticos e normativos na análise do fenômeno da estabilidade e da transformação organizacional” nos estudos institucionais recentes (Machado-da-Silva, 2001, p.2).

A concordância com o argumento acima é um importante pano de fundo para a reflexão que se segue, ainda que não seja foco da argumentação. Esse foco está na crítica à capacidade explicativa de abordagens que confirmam predominância ao mecanismo normativo para analisar organizações de saúde. Acredita-se que essa construção teórica ocorreu no contexto de países desenvolvidos e tendo como referência sua formação sociocultural. Além disso, o mecanismo normativo reflete uma visão idealizada da profissão médica, desenvolvido por Parsons, na década de 30 – esse tema será retomado mais adiante. Vai se defender, no decorrer do texto, a maior adequação do mecanismo cognitivo, juntamente com o coercitivo, para a análise das organizações de saúde, pensando, ainda que sem expressá-lo diretamente no texto, na potencialidade da aplicação deste referencial no contexto do campo da saúde no Brasil.

Retomando as formulações de Scott (1995 a, p.33), “as instituições consistem de estruturas e atividades cognitivas, normativas e regulativas, que dão estabilidade e significado ao comportamento social”. Na construção da teoria institucional contemporânea, esses três elementos recebem tratamento diferenciado, com alguns autores enfatizando mais um ou outro. Ainda segundo Scott (1995a) a ênfase no pilar regulativo privilegia processos nos quais estão envolvidos a capacidade de estabelecer regras, de inspecionar ou revisar a conformidade dos outros com relação a essas regras, e a manipulação de sanções no esforço de influenciar

comportamentos. A abordagem cognitivista se baseia sobre o que é culturalmente sustentado e que, em decorrência, define comportamentos e estruturas. A ênfase no pilar normativo, por sua vez, é nos papéis sociais (nada mais parsoniano!), enquanto no cognitivo é sobre a importância das identidades sociais – quem somos e como as ações fazem sentido para nós (Scott, 1995b). Um maior destaque aos aspectos cognitivos permite explorar a forma como os agentes organizacionais percebem as exigências institucionais, com base em seus esquemas interpretativos. Os esquemas interpretativos são um “conjunto de idéias, crenças e valores, elaborados pelo sistema cognitivo dos agentes organizacionais, a partir da percepção dos componentes da realidade que operam como quadros de referência de eventos e comportamentos desencadeados em diversas situações” (Machado-da-Silva e Fonseca, 1994, p.79). “Os esquemas interpretativos atuam como filtros que influenciam a maneira como as organizações avaliam o contexto ambiental” (Andrade Filho e Machado-da-Silva, p.14, 2002).

Acredita-se que a noção de identidade é mais forte do que a de papéis, especialmente para explicar as ações dos agentes em organizações profissionais. Destaco que muito do que vem a seguir se deve à trajetória pessoal da autora – ser médica e ter vinte anos de trabalho em organizações de saúde. No entanto, se procurou respaldo na literatura para embasar uma reação ao desconforto gerado pela ênfase dada ao mecanismo normativo nas organizações profissionais e, em especial, de saúde. Esse artigo é resultado desse desconforto e, sem dúvida alguma, é a expressão evidente dos esquemas interpretativos da autora.

No texto que segue se retomam as formulações de Weber (1997), entendendo que suas concepções originais sobre legitimidade garantida “de modo íntimo” ou “pela expectativa de sanções” fornecem uma base teórico-conceitual extremamente consistente para defender a ênfase nos mecanismos cognitivos e coercitivos para o estudo das organizações de saúde. Permite, também, que se percorra o caminho através do qual a interpretação parsoniana de Weber e sua visão da medicina como “sacerdócio” influenciaram a concepção do mecanismo normativo. A seguir, de modo breve dada a exigüidade do espaço, se aponta para a contribuição relevante que pode vir da leitura da obra de Mary Douglas, com destaque para o processo social da construção de crenças, que tem tudo a ver com a construção e disseminação de esquemas cognitivos. No item seguinte se retoma o processo através do qual a medicina se transformou de ocupação em profissão, a partir da referência obrigatória de seu maior estudioso – Eliot Freidson. Essa mesma narrativa é usada como exemplo para defender o destaque aos mecanismos regulativo e cognitivo.

Nas considerações finais se aproveita o espaço não para afirmações conclusivas, inadequadas dados os propósitos do artigo, mas para destacar alguns desdobramentos recentes no tema das organizações profissionais e indicar algumas explorações teóricas ainda necessárias, caso se deseje avançar em uma agenda de pesquisas que aborde o campo da saúde no Brasil utilizando o referencial institucionalista.

WEBER E OS MECANISMOS DE GARANTIA DA LEGITIMIDADE

De acordo com Weber (1997, p.27) a legitimidade de uma ordem pode estar garantida

“I - De modo puramente íntimo; e neste caso:

- 1) puramente afetiva - por entrega sentimental;
- 2) racional com relação a valores - pela crença em sua validade absoluta enquanto expressão de valores supremos geradores de deveres (morais, estéticos ou de qualquer outro tipo);
- 3) religiosa - pela crença de que de sua observância depende a salvação.

II - Também (ou somente) pela expectativa de determinadas conseqüências externas; ou seja, por uma situação de interesses; mas por expectativa de um determinado tipo.”

Decorre daí que, para este autor, uma ordem deve chamar-se convenção quando sua validade está garantida externamente pela probabilidade de que, dentro de um determinado círculo de homens, uma conduta discordante deverá tropeçar com uma reprovação geral e praticamente sensível. A convenção se estabelece em virtude de uma crença afetiva, de uma crença racional com relação a valores, ou de um estatuto positivo em cuja legalidade se acredita. Por outro lado, uma ordem deve chamar-se direito quando está garantida externamente pela probabilidade de coação, física ou psíquica, exercida por um quadro de indivíduos instituídos com a missão de obrigar a observância dessa ordem ou de castigar sua transgressão.

“Convenção deve chamar-se ao ‘ costume’ que, dentro de um círculo de homens, se considera como válida e que está garantida pela reprovação da conduta discordante. Em contraposição do direito (no sentido que usamos esta palavra) falta um quadro de pessoas especialmente dedicado a impor seu cumprimento (um quadro coativo).” (Weber, 1997, p.28)

Chama atenção que, nas formulações originais de Weber, a legitimidade com base em valores é um subtipo da legitimidade de tipo puramente íntimo, compondo a convenção. Ou seja, assim como a validade afetiva e religiosa, a norma moral também tem uma construção de base cognitiva. No entanto, devido a uma interpretação realizada por Parsons (1947), a legitimidade com base em valores ganha um destaque e um vínculo com o tema da competência, enquanto conhecimento técnico legitimado, não existente nos originais weberianos. Na Introdução de sua tradução de alguns trechos de Economia e Sociedade, Parsons (1947, p.60) aborda dois tipos de autoridade racional - uma baseada na competência técnica e outra na atribuição legal. Utiliza como exemplo o médico, cuja autoridade repousaria, principalmente, na crença, por parte do paciente, de que empregará sua competência para beneficiá-lo. Ou seja, a competência profissional aparece como um valor socialmente legitimado que define pressupostos, normatizando a relação entre os envolvidos. Já a dominação legalmente atribuída prescindiria da competência, sendo exercida como autoridade que utiliza a “coerção em caso de recalcitrância”. Esta influente interpretação de Parsons (1967) é conseqüência da preocupação central de sua obra - o modo como a ordem social pode ser assegurada com base na ação não coercitiva; e da sua visão do papel dos processos normativos e integrativos, provedores de uma pluralidade de ordens morais, como mediadores entre as tendências racionalizadoras dos subsistemas econômico e político.

FÓRUM – A TEORIA INSTITUCIONAL EM UM CONTEXTO BRASILEIRO: DINÂMICAS DE INOVAÇÃO E IMITAÇÃO – O ISOMORFISMO NORMATIVO E A ANÁLISE DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Maria Ceci Misoczky

A influência de Parsons, e sua ênfase na autoridade técnica reconhecida como uma fonte peculiar de legitimidade, se encontra diretamente expressa na diferença que DiMaggio e Powell (1991b) fazem entre os mecanismos isomórficos normativo - pressão homogeneizadora que induz a ação sem a ameaça de qualquer sanção e se origina, primariamente, nas profissões; e regulativo - se baseia na coerção. O mecanismo normativo se caracteriza, então, pela normatização que as profissões realizam sobre seu trabalho, diferenciando-se do mecanismo coercitivo pela ausência de pressões formais e/ou informais.

A influência de Parsons também se encontra na apresentação que Scott (1995a) faz dos pilares da teoria institucional contemporânea. Este autor define o pilar normativo como aquele que enfatiza valores que introduzem uma dimensão prescritiva, avaliativa e obrigatória na vida social. Enfatiza, portanto, concepções do desejável junto com a construção de padrões com os quais estruturas ou comportamentos existentes podem ser comparados ou avaliados. Normas especificam como as coisas devem ser feitas; definem meios legítimos para perseguir fins valorizados. Assim, os atores se adequam não porque isto é conveniente aos seus interesses pessoais, mas porque é o esperado. Já o pilar regulativo enfatiza a capacidade de estabelecer regras, inspecionar ou revisar seu seguimento, manipular sanções ou recompensas. O pilar cognitivo, por sua vez, enfatiza representações internas e do ambiente, sendo que a escolha dos atores é limitada pelos modos como o conhecimento é construído. O pilar normativo reconhece a legitimidade como decorrente de uma base moral, enquanto o regulativo a reconhece na conformidade com regras e o cognitivo na adoção de referências hegemônicas.

Ao separar sistemas de poder de sistemas de autoridade, Scott (1995a) faz uma distinção entre exercício da coação (regras) e aceitação da autoridade com base em valores (normas). Essa distinção pode ser melhor compreendida recorrendo-se a um artigo anterior de Scott (1991), em que este procura refinar a definição dos mecanismos coercitivo e normativo feita por DiMaggio e Powell (1991b). Para tanto, propõe a distinção, na categoria da imposição, entre aquela que ocorre por meio da autoridade e aquela que ocorre por meio do poder coercitivo. Autoridade é, então, entendida apenas como dominação aceita voluntariamente, como conformidade voluntária decorrente da aceitação de valores e de expectativas, e não de imposição.

Para exemplificar o mecanismo normativo e a conformidade voluntária usa o caso do Sistema Americano de Acreditação Hospitalar. Segundo Scott (1991) os hospitais, de modo voluntário e tendo como motivação os próprios interesses, buscam legitimação. No entanto, o exemplo é logo enfraquecido por uma frase entre parênteses, em que se fica sabendo que a acreditação hospitalar é condição indispensável para elegibilidade ao reembolso de fundos públicos. Não se trata, neste caso, de um mecanismo coercitivo movido pelo acesso a recompensas, de uma forma de persuasão definida a partir de regras formais avaliadas por um corpo formal (o comitê de acreditação)? Como fazer, neste caso, a distinção analítica, proposta por Scott (1991, p.175), entre efeitos de autorização e efeitos de indução coercitiva?

Este é o tema central deste artigo. Defende-se que o mecanismo de pressão isomórfica normativo não possui a condição de tipo-ideal (no sentido weberiano de tipos puros que permitem o entendimento interpretativo), pois induz à confusão quando o foco do estudo se dirige para organizações profissionais. Em alguns momentos fica difícil separar ação motivada pela norma daquela motivada pela indução e, em outros, daquela motivada

pela adoção de referências hegemônicas. Aliás, Zucker (1977) já havia alertado que as distinções entre variáveis normativas e cognitivas são, necessariamente, nebulosas.

Defende-se que, especialmente em organizações de saúde, onde as profissões e, em especial, a profissão médica, têm um peso fundamental, deve-se considerar os aspectos regulativos e cognitivos para explicar sua influência; defende-se, ainda, que as categorias originais weberianas de convenção e direito são mais adequadas do que o seu desdobramento para incluir, em separado da convenção, a norma como valor tecnicamente legitimado.

Para fazer esta discussão, nos itens seguintes, se detalha a concepção de cognição adotada como referência, se retoma o desenvolvimento do profissionalismo no campo da saúde, com ênfase na medicina, e seu efeito para as organizações e para a sociedade. Finalmente, ao realizar a discussão de como o profissionalismo exerce influência se retomam as noções de regulação e de cognição, enquadrando esta influência nestas duas noções.

COGNIÇÃO E PROCESSO SOCIAL

DiMaggio e Powell (1991a, p.35) utilizam uma definição de cognição que não se refere à totalidade da atividade mental. Em vez disto fazem uma distinção entre processos avaliativos, com base em normas e valores, e processos cognitivos, que se referem “tanto ao raciocínio quanto às bases pré-conscientes da razão: classificações, representações, scripts, esquemas e similares”. Em artigo mais recente, sobre cultura e cognição, DiMaggio (1997) mantém essa distinção, afirmando que os indivíduos experimentam a cultura como *bits* desconexos de informações que são organizados através de estruturas esquemáticas. Estes autores vinculam-se ao enfoque cognitivista predominante, desde a década de 70, que utiliza como base a metáfora de modelos computacionais de processamento de informações. Pesquisas atuais têm mostrado um interesse renovado no papel das emoções e do pensamento no julgamento social, no papel de processos inconscientes no raciocínio e comportamento, e na exploração de influências sociais (Schwarz, 1998).

Neste artigo adota-se esta visão ampliada de cognição. Além disto, retoma-se as formulações de Douglas (1998) e, em especial, os temas da relação entre crença e processo social e o uso de metáforas como instrumento de legitimação.

Douglas (1998, p.55) propõe a inversão dos termos da equação “como as crenças explicam a coesão da sociedade” para focalizar na sociedade como meio para explicar as crenças, ou seja, concebendo a apropriação de uma idéia como um processo social. A autora reconhece que o fardo desta argumentação está em que “todo o processo de apropriar-se de uma teoria é tão social quanto cognitivo”. Outra contribuição de Douglas (1998, p.59) adotada neste artigo é a identificação da analogia compartilhada como “um instrumento para legitimar um conjunto de instituições frágeis”. Neste processo social partes em disputa mobilizam a

opinião pública a fim de justificar suas ações contra a outra parte, tendo como alvo espectadores que não têm um interesse especial no caso e que ouvem princípios gerais com os quais podem ter empatia. Assim, a analogia favorita generaliza a convenção preferida de cada pessoa. Esta formulação complementa a noção de convenção desenvolvida por Weber (1997), explicando que uma convenção se torna uma instituição social legítima através de uma convenção cognitiva paralela que lhe dá apoio.

OS MECANISMOS DE PROFISSIONALIZAÇÃO DA MEDICINA: REGULAÇÃO + COGNIÇÃO

Parsons foi, provavelmente, o primeiro a abordar as profissões em termos teóricos. Em um ensaio de 1939 tentou entender a contradição entre a sua visão das profissões como exercício de um comportamento altruísta com a teoria econômica e o utilitarismo, e sua concepção de que todo comportamento está voltado para a satisfação de interesses egoísticos. Em trabalhos posteriores, Parsons (1964, 1969) focaliza nas profissões dos médicos e advogados para concluir sobre a importância especial das profissões nas sociedades industriais avançadas, mantendo a ênfase no altruísmo. Destaque-se, novamente, sua influência na origem da relação entre mecanismo normativo e valores das profissões.

As expectativas são o núcleo do que já foi o esquema mais influente na sociologia da medicina¹, o de Parsons. Segundo este autor, a estrutura social da prática médica pode ser definida pelas expectativas compartilhadas sobre o papel do doente e o papel do médico. Por um lado, o paciente fica isento de obrigações, não tem nenhuma responsabilidade sobre a doença, devendo esforçar-se em melhorar e buscar ajuda competente. Por outro lado, supõe-se que o médico deve ser “universalista”, “funcionalmente específico”, “afetivamente neutro”, e “orientado para a coletividade”. Essas regras normativas complementares têm uma relação funcional com o processo terapêutico e a sociedade em geral. O enfoque de Parsons centra-se quase totalmente no sistema de normas e de relações médico-paciente puramente voluntárias, deixando de lado o fato de que essas relações não são totalmente voluntárias devido às condições de dependência e ao processo histórico que se encontra sob o domínio dos profissionais. A distribuição de poder, o controle do mercado e outros aspectos não ocupam parte importante em sua análise. Também desconhece outras relações importantes da prática médica, como as que existem entre médicos e entre médicos e organizações.

No entanto, desde a década de 60 outros autores já viam as profissões e suas organizações como instrumentos de defesa do próprio interesse, e abordam a defesa da própria condição ao analisar suas estratégias. Esses trabalhos apontam como as profissões, em especial a medicina, se colocam como agentes de controle dos pobres, marginais e divergentes (Foucault, 1977); e como definidores dos padrões sociais de normalidade (Canguilhem, 1978).

FÓRUM – A TEORIA INSTITUCIONAL EM UM CONTEXTO BRASILEIRO: DINÂMICAS DE INOVAÇÃO E IMITAÇÃO – O ISOMORFISMO NORMATIVO E A ANÁLISE DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Maria Ceci Misoczky

A década de 70, por sua vez, é marcada por dois livros de Freidson (1970a e b) que, para começar, distingue as profissões em dois tipos: (a) as que são acadêmicas e científicas, dependentes do apoio de grupos ou do Estado; (b) as que dependem da confiança dos usuários obtida através da solução de seus problemas, como a medicina e o direito com seu caráter consultivo. Essa característica inicial da prática, baseada no individualismo como elemento dominante na orientação e no comportamento, leva a que o profissional construa seu próprio mundo de experiências e assuma responsabilidade pessoal e individual pela forma como trata seus casos, estando na origem do princípio da autonomia, principal atributo para o poder de uma profissão. Nestes trabalhos o autor, ao abordar a profissão médica, afirma que o *status* de uma profissão depende dessa autonomia, que precisa ser garantida. Reverte-se, assim, o olhar altruísta de Parsons - o foco não é na profissão como um modo de ser útil para os que a utilizam, mas como um meio para preservar a autonomia através do controle da divisão do trabalho, da definição dos seus conteúdos e da avaliação técnica. Esse controle implica a disseminação ideológica da idéia de que somente os possuidores de um determinado tipo de conhecimento são capazes de avaliar questões de mérito relativas aos temas pertinentes. Decorre dessa estratégia a autoridade do saber, o monopólio e o poder profissional dos médicos, com a autoridade legal da medicina em diagnosticar e receitar colocando-a em uma posição de dominação com relação às demais ocupações no campo da saúde.

Além disto, Freidson (1970b), na mesma direção que as formulações de Canguilhem (1978), mostra como o monopólio da medicina deu a ela jurisdição para determinar o que é doença, criando as possibilidades sociais para que uma pessoa se comporte como doente. Utilizando o referencial de Berger e Luckman (1999) aborda como a doença é construída como um papel social oficial. A doença como tal pode ser biológica, mas a idéia da doença e a forma como as pessoas reagem a ela é social, e é definida pela profissão médica. Em outros termos, nesta mesma década, Ilich (1975) utiliza a noção de medicalização para descrever a invasão da medicina de um número cada vez maior de áreas da vida individual, criticando a ênfase excessiva e socialmente construída da “missão médica”, que corresponde também a um monopólio sobre os corpos que expropria os seres humanos da responsabilidade sobre si mesmos. O enfoque destas abordagens, assim como na de Larson (1977), é no poder, ao tratar as profissões como grupos de interesses vinculados a sistemas de classes que têm um projeto de mobilidade coletiva, em que as ocupações buscam acumular benefícios econômicos e *status* na sociedade.

A maioria dos trabalhos até a década de 70 estão voltados para a análise da medicina: como dominou a política social, no Reino Unido; como subordinou as outras ocupações na divisão do trabalho; como medicalizou questões de caráter social e pessoal. Não restam dúvidas que a medicina serviu como modelo básico para a conceituação do profissionalismo. A partir da década de 80 surgem advertências contra as generalizações a partir desta ocupação em particular, e estudos abordando outras ocupações, como o direito e a pesquisa científica. No entanto, para fins deste artigo, se continuará focalizando na produção teórica sobre a profissão médica.

Antes de prosseguir é importante fazer a distinção conceitual entre duas palavras que vêm sendo utilizadas até aqui - profissão e ocupação. Freidson (1983) propõe o abandono do tratamento de profissão como um conceito genérico e que se utilize, em vez disto, um conceito genérico de ocupação, dentro do qual se possa localizar, para fins de análise, as ocupações particulares que têm sido rotuladas de profissões. Isso permite

que cada profissão seja entendida como uma construção histórica em determinadas sociedades. Deste modo, se desviaria o foco de uma concepção estática de profissão, como um tipo distinto de ocupação, para o processo pelo qual as ocupações são profissionalizadas. O conceito de profissão fica, então, como uma referência necessária para dar sentido ao entendimento do processo de profissionalização. Profissão significa, para esse fim, um método de desempenho no trabalho em que os membros de uma ocupação especializada controlam seu próprio trabalho. Onde controle significa que os membros da ocupação determinam o conteúdo de suas atividades, as metas, os termos e as condições de trabalho, bem como os critérios pelos quais ele pode ser legitimamente avaliado, ou seja, auto-regulação (Freidson, 1992).

Esta abordagem permite que se considere a estratégia pela qual a medicina transformou-se de ocupação em profissão, e pela qual preserva esta posição. Nesta estratégia é possível identificar a presença dos mecanismos regulativos e cognitivos. Para isto se utiliza a revisão teórica feita por Freidson. Para a identificação dos mecanismos regulativos se parte da definição deste como aqueles que envolvem a probabilidade de coação exercida por um quadro de indivíduos instituídos (Weber, 1997), seja o Estado, sejam as organizações corporativas. Para identificar os mecanismos cognitivos se inclui aqueles que envolvem o desenvolvimento de uma convenção e a validação de modo íntimo - seja afetiva, seja com relação a valores e crenças (Weber, 1997), e que envolvem o próprio modo de interpretar a realidade (Machado-da-Silva, Fonseca e Fernandes, 1999). Portanto, a separação que segue inclui nos mecanismos cognitivos também aqueles que envolvem a disseminação de valores e crenças, e que estariam no mecanismo normativo conforme definido por DiMaggio e Powell (1991b).

A distinção que segue tem fins meramente ilustrativos, pois se reconhece que os padrões de regularidade da ação social são produzidos tanto por imposições externas quanto por modelos internalizados, sendo que essas regularidades são mais fortes na medida em que fontes múltiplas coincidem e se reforçam mutuamente (Stryker, 1994), como no processo de profissionalização da medicina.

Mecanismos Regulativos

- Freidson (1982) parte do estudo de Larson (1977) sobre o advento das profissões no Reino Unido e nos Estados Unidos como um projeto que constitui e controla um mercado por meio de sua *expertise*, para formular a noção de abrigos negociados formalmente com base na alegação pública de treinamento e competência especializados. O abrigo de mercado utiliza a imposição de controles legais pelo Estado, exigindo que os usuários utilizem o trabalho de membros legítimos da ocupação, ou tornando difícil qualquer uso diferente.
- Para que isto ocorra é necessário um meio de identificar os membros legítimos cuja oferta de trabalho deve ser protegida. Isto ocorre por meio da organização corporativa que recebe do Estado a atribuição de legislar sobre o licenciamento, controlando a entrada no mercado de trabalho. Esta organização define/legisla, de forma exclusiva pelos pares, de modo independente da sociedade, os critérios/exigências para os órgãos de formação e de recrutamento e colocação no trabalho. Algumas organizações corporativas, como no caso da Associação Médica Brasileira, realizam o próprio exame para autorizar a entrada no mercado de trabalho (Freidson, 1982). O controle sobre o recrutamento, o treinamento e o credenciamento regulam diretamente o número de praticantes, com implicações óbvias para a renda (Freidson, 1992).

- A construção de um bom abrigo exige a criação de fronteiras bem demarcadas, diante da potencial superposição ou invasão por parte das ocupações contíguas. Para isto são negociadas e inseridas na legislação fronteiras jurídicas claras, em que são proibidas superposições de algumas tarefas e competências. Ou seja, a capacidade de singularizar tarefas concretas permite identificar a invasão - como a medicina faz com a prescrição de medicamentos controlados ou a realização de incisões corporais, ou, na situação inversa, como não pode fazer com o aconselhamento e o diagnóstico, compartilhado com outras ocupações (Freidson, 1982).
- Uma garantia adicional é assegurada pela criação de códigos de ética que, em vez de terem a função primordial de estabelecerem valores morais sobre a prática médica se constituem, primariamente, no meio que justifica o auto-controle, na concretização de um instrumento que torna plausível a auto-regulação. A existência do código implica a criação de um corpo responsável pela revisão colegiada das práticas que, segundo é alegado pelas organizações corporativas, não pode ser feita de nenhuma outra forma, dada a sua especificidade em termos de conhecimento.
- Além disto, os códigos de ética regulam a competição econômica entre os membros da profissão, limitando práticas potencialmente divisórias mediante regras que punem a competição individualizada e estabelecem um piso de rendimento básico para todos, a partir do qual as maiores remunerações são consideradas simbólicas (Freidson, 1992).

Mecanismos Cognitivos

- Julgamentos de caráter ideológico figuram ao lado de imposições legais, já que a participação do Estado é consequência de uma estratégia de persuasão que dissemina a crença de que o público é mais bem servido por aqueles com uma formação reconhecida, presumivelmente capaz de garantir um nível indispensável de qualidade na realização de um conjunto definido de tarefas (Freidson, 1982).
- Esta estratégia de persuasão se dirige não apenas para os membros do Estado, mas à sociedade como um todo. A profissão dissemina crenças, pretensões que têm um valor de verdade indeterminado, e se utiliza de um exagero sobre a quantidade de conhecimento, competência e julgamento que está envolvido no trabalho cotidiano. Assim, as contingências técnicas da tarefa são utilizadas para legitimar, entre os membros da ocupação, seus superiores, membros de ocupações contíguas, e membros do público, a posição abrigada no mercado (Freidson, 1982).
- A estratégia de legitimação através da disseminação de crenças inclui as noções de dedicação ao serviço e ao bem público, como a analogia do exercício da medicina com o sacerdócio, destinadas a persuadir a todos que os membros da profissão são os melhores árbitros do seu trabalho, pois se pautam por valores que são de interesse da sociedade, e que os privilégios que porventura possuam são utilizados mais em benefício dos outros do que para seus próprios interesses (Freidson, 1977).
- Da mesma forma, ao disseminar a crença no monopólio sobre o conhecimento específico, os membros da profissão adquirem legitimidade social para o monopólio político - o de serem aceitos como porta-vozes para

assuntos relacionados a este conhecimento, orientando a concepção de leis e regras administrativas relacionadas ao seu trabalho.

- Os usuários, por sua vez, são convencidos de que, devido à sua crônica condição de desinformados e à incapacidade física e emocional que frequentemente acompanha a doença, devem se colocar inteiramente nas mãos do profissional (Freidson, 1977).
- Para os membros da profissão o trabalho se converte em identidade central. Isto decorre do compromisso ocupacional, pela expectativa de um exercício vitalício; da experiência compartilhada, pelas características comuns do treinamento, recrutamento e emprego; e também do compartilhamento de uma posição privilegiada no mercado e na divisão do trabalho (Freidson, 1977).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo teve como objetivo argumentar que a forma restritiva como DiMaggio e Powell (1991a) definem cognição, e a influência que sofrem de Parsons, levaram à concepção do mecanismo normativo como sendo aquele que inclui normas informais definidas por ordens morais, nos termos de Parsons (1964), ou por valores legitimados, nos termos de DiMaggio e Powell (1991b), que induzem a ação voluntária.

Utiliza-se a ocupação médica para discutir a presença determinante de mecanismos regulativos e cognitivos no seu processo de profissionalização, e para afirmar a inadequação de destacar o mecanismo normativo como a categoria mais indicada para compreender organizações profissionais, já que sua presença obscurece a compreensão das principais estratégias utilizadas pela profissão e a legitimação resultante. Veja-se, por exemplo, o modelo que Ruef e Scott (1998) propõem para analisar a sobrevivência de hospitais em ambientes institucionais dinâmicos e instáveis. Ao afirmarem que os mecanismos normativo e cognitivo são os indicados para analisar organizações de atenção à saúde promovem uma opacificação da realidade que pretendem compreender. Assim, consideram como normativos os dispositivos legitimadores que as associações profissionais criam e mantêm coletivamente, ignorando que estas atuam, primária e principalmente, pela implementação de regras corporativamente definidas e pela garantia de seu poder de imposição, que envolve tanto a ameaça de punição formal quanto a sanção informal no que se refere aos próprios médicos, além do poder de polícia outorgado pelo Estado para fiscalizar e, quando for o caso, punir organizações que se estruturam, centralmente, com base no trabalho de membros da profissão. Por outro lado, consideram como cognitiva a legitimação recebida da população. Esta divisão ignora que os aspectos cognitivos fundaram a profissão da medicina não apenas com relação à população, mas também com relação, entre outros, aos membros do Estado e das ocupações contíguas, mas, principalmente, com relação à constituição da identidade dos próprios médicos e de seu espírito de corpo.

FÓRUM – A TEORIA INSTITUCIONAL EM UM CONTEXTO BRASILEIRO: DINÂMICAS DE INOVAÇÃO E IMITAÇÃO – O ISOMORFISMO NORMATIVO E A ANÁLISE DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Maria Ceci Misoczky

O principal argumento contra a adequação do mecanismo normativo está na adoção da definição de profissão, formulada por Freidson (1992) e extensivamente adotada no seu estudo por autores de diversas áreas de estudo, como um método de organização do desempenho no trabalho que gira em torno do princípio central de que os membros de uma ocupação especializada se auto-regulam e controlam seu próprio trabalho. Não se trata, portanto, da pactuação em torno de normas morais ou valores, mas da constituição de um conjunto de regras e, simultaneamente, da existência de um quadro coativo - expressão utilizada por Weber (1997) para designar um grupo de pessoas especialmente dedicado a impor o cumprimento de uma ordem. Por outro lado, a legitimação deste direito de auto-regulação não decorre da aceitação voluntária, pelos membros da sociedade, da competência técnica dos médicos, mas de um processo histórico e social de disseminação de crenças, que leva ao desenvolvimento de convenções cognitivas (Douglas, 1998) e à conseqüente institucionalização de idéias sobre a profissão, tornando-as convenções (Weber, 1997). Nesta estratégia de legitimação o uso de analogias, como também é indicado por Douglas (1998), tem-se mostrado muito efetivo como instrumento de um grupo que gera sua própria visão de mundo e acaba por criar um estilo de pensamento que sustenta todo um padrão de interação com outros grupos sociais.

Finalmente, é preciso reconhecer a tendência contemporânea de abordar organizações profissionais enfatizando os aspectos cognitivos. Como exemplo dessa tendência pode-se mencionar o livro organizado por Brock, Powell e Hinings (1999). Os autores retomam a concepção de arquétipo organizacional (Greenwood e Hinings, 1993), definido como um conjunto de estruturas e sistemas que refletem um esquema interpretativo, e trabalham o fenômeno da mudança do arquétipo profissional em diferentes campos (direito, saúde e contabilidade) e países (Estados Unidos, Canadá e Reino Unido). Acredita-se que essa linha de trabalho tenha muito a contribuir para uma maior adequação da teoria institucional ao contexto das organizações de saúde. Até porque, no contexto brasileiro, temos algum acúmulo nesta linha de pesquisa, ainda que em outros campos de atividade (ver, em especial, a produção de Machado-da-Silva em conjunto com diversos autores). Além disso, o uso da abordagem cognitiva complementar a excelente descrição, feita por Mintzberg (1995), de organizações profissionais, incluindo a ação em uma formulação centrada na configuração estrutural e, também, permitiria encaminhar proposições sobre como superar os impasses entre autonomia e auto-regulação, por um lado, e eficiência gerencial por outro.

No entanto, para que isto ocorra é necessário deixar de lado a suposição de que, em organizações de saúde, o isomorfismo se deva a um idealizado compartilhamento de normas morais e conhecimentos. É necessário, também, desviar o foco dos estados valorizados em uma sociedade (Parsons, 1967) e da situação estabelecida de legitimação (DiMaggio e Powell, 1991b) para o processo pelo qual se desenvolvem procedimentos de legitimação de estados valorizados, para a ação social como Weber (1997) recomendaria. É preciso, também, relativizar a capacidade dos sistemas de valores em promover a integração e produzir a estabilidade, reconhecendo que mesmo valores dominantes, que definem padrões de normalidade social (Canguilhem, 1978), podem ser contestados por comportamentos inovadores e estratégias de legitimação. É preciso, finalmente, incluir o tema do poder. Uma contribuição interessante, nesse sentido, pode ser encontrada em Phillips (2003), em sua indicação de que uma relação entre produção discursiva e instituições poderia integrar preocupações com a agência e com o poder na teoria institucional. Essa sugestão é especialmente interessante se considerarmos o campo das organizações da saúde que, como foi abordado, tem sua institucionalização baseada, em grande medida, em construções discursivas com base em analogias e

FÓRUM – A TEORIA INSTITUCIONAL EM UM CONTEXTO BRASILEIRO: DINÂMICAS DE INOVAÇÃO E IMITAÇÃO – O ISOMORFISMO NORMATIVO E A ANÁLISE DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Maria Ceci Misoczky

retóricas de competência. Dessa forma, o foco estaria voltado mais para processos subjacentes às instituições, incluindo preocupações explícitas com as estratégias dos atores sociais e com os recursos de poder que mobilizam nesse processo.

NOTAS

¹ O campo de conhecimento que se convencionou chamar de sociologia da medicina, e que focaliza no processo através do qual a ocupação medicina se transforma em profissão, focaliza exclusivamente na biomedicina ocidental. O termo biomedicina se coloca como forma de diferenciação da homeopatia. Na biomedicina a saúde é a ausência de doença, centrada na relação entre o normal e o patológico (Canguilhem, 1978); cessar os sintomas é o critério de eficácia do tratamento, sendo os sintomas objetivos e as alterações corporais privilegiados (Luz, 1988). Na homeopatia a doença é um desequilíbrio da energia vital, cura-se o sujeito como um todo, validando queixas emocionais, sentimentos e singularidades (Lacerda e Valla, 2003). A partir destas breves distinções, fica evidente que a trajetória da prática homeopática é completamente distinta da biomedicina, ainda que na atualidade se possa considerá-la em fase de institucionalização. Não encontrei qualquer registro de uma abordagem institucionalista dessa trajetória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE FILHO, J. C. de; MACHADO-DA-SILVA, C. Mudança ambiental e posicionamento estratégico em organizações: análise de três instituições de ensino superior. *Anais do II ENEO*, 2002.

BERGER, P.; LUCKMAN, T. *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes, 1999.

BROCK, D; POWELL, M.; HININGS, C. R. (Eds.) *Restructuring the professional organization: accounting, health care and law*. London: Routledge, 1999.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária, 1978.

CARVALHO, C. A.; VIEIRA, M. M. F. (Orgs.) *Organizações, cultura e desenvolvimento local: a agenda de pesquisa do Observatório da Realidade Organizacional*. Recife: Ed. Universitária UFPE, 2003.

DIMAGGIO, P.; POWELL, W. Introduction. In: POWELL, W. W.; DIMAGGIO, P. J. *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: The University of Chicago Press, 1991a, p. 1-38.

FÓRUM – A TEORIA INSTITUCIONAL EM UM CONTEXTO BRASILEIRO: DINÂMICAS DE INOVAÇÃO E IMITAÇÃO – O ISOMORFISMO NORMATIVO E A ANÁLISE DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Maria Ceci Misoczky

DIMAGGIO, P.; POWELL, W. The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. In: POWELL, Walter W.; DIMAGGIO, Paul J. *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: The University of Chicago Press, 1991b, p. 63-82.

DIMAGGIO, P. Culture and cognition. *Annual Review of Sociology*, n.23, p.263-287, 1997.

DOUGLAS, M. *Como as instituições pensam*. São Paulo: EDUSP, 1998.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária, 1977.

FREIDSON, E. *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Harper & Row, 1970a.

FREIDSON, E. *Professional dominance: the social structure of medical care*. New York: Atherton Press, 1970b.

FREIDSON, E. The future of professionalization. In: STACEY, M et al. (Eds.) *Health and division of labour*. London: Croom Helm, 1977, p.14-38.

FREIDSON, E. Occupational autonomy and labour market shelters. In: STEWARD, P. L.; CANTOR, M. G. (Eds.) *Varieties of work*. London: Sage, 1982, p. 39-54.

FREIDSON, Eliot. The theory of professions: state of the art. In: DINGWALL, Robert, LEWIS, Phillip (Eds.) *The sociology of professions: Lawyers, Doctors and Others*. London: MacMillan, 1983, p. 19-37.

FREIDSON, Eliot. Professionalism as model and ideology. In: NELSON, Robert L., TRUBECK, David, SOLOMON, Rayman (Eds.) *Lawyers' ideals - layers' practices: transformations in the american legal system*. Itaha: Cornell University Press, 1992, p. 215-229.

GREENWOOD, R; HININGS, C. R. Understanding strategic change: the contribution of archetypes. *Academy of Mnaagement Journal*, v. 36, p. 1052-1081, 1993.

ILLICH, I. *Expropriação da Saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

LACERDA, A.; VALLA, V. *Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2003, p.169-196.

LARSON, M. *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Berkeley: University of California Press, 1977.

LUZ, M. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

FÓRUM – A TEORIA INSTITUCIONAL EM UM CONTEXTO BRASILEIRO: DINÂMICAS DE INOVAÇÃO E
IMITAÇÃO – O ISOMORFISMO NORMATIVO E A ANÁLISE DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Maria Ceci Misoczky

MACHADO-DA-SILVA, C.; FONSECA, V. S. da. Configuração estrutural da indústria calçadista de Novo Hamburgo-RS. *Organizações & Sociedade*, v. 2, n. 3, p. 67-119, 1994.

MACHADO-DA-SILVA, C. et al. Formalismo como mecanismo institucional coercitivo de processos relevantes de mudança na sociedade brasileira. *Anais do 25º ENANPAD*, 2001.

MINTZBERG, H. *Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações*. São Paulo: Atlas, 1995.

PARSONS, T. *Max Weber: theory of social and economic Organization*. New York: Oxford University Press, 1947.

PARSONS, T. *Structure and process in modern societies*. New York: Free Press, 1960.

PARSONS, T. *Essays in sociological theory*. New York: Free Press, 1964.

PARSONS, T. *Sociological theory and modern society*. New York: Free Press, 1967.

PARSONS, T. Professions. *International Encyclopedia of the Social Sciences*, n. 12, p. 536-547, 1969.

PHILLIPS, N. Power and institutions. In: WESTWOOD, R.; CLEGG, S. *Debating organization: point-counterpoint in organization studies*. Oxford: Blackwell, 2003, p. 220-231.

RUEF, M.; SCOTT, W. R. A multidimensional model of organizational legitimacy: hospital surviving in changing institutional environments. *Administrative Science Quarterly*, n. 43, p. 877-904, 1998.

SCHWARZ, N. Warmer and more social: recent developments in cognitive social psychology. *Annual Review of Sociology*, n. 24, p. 239-264, 1998.

SCOTT, W. R. Unpacking institutional arguments. In: POWELL, Walter W.; DIMAGGIO, P. J. *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: The University of Chicago Press, 1991, p.164-182.

SCOTT, W. R. *Institutions and organizations*. London: Sage, 1995a.

SCOTT, W. R. Institutional theory and organizations. In: SCOTT, W. Richard; CRHISTENSEN, S. (Eds.) *The institutional construction of organizations: international and longitudinal studies*. London: Sage, 1995b; p.11-23.

STRYKER, R. Rules, resources, and legitimacy processes: some implications for social conflict, order, and change. *American Journal of Sociology*, n. 4, p. 847-910, 1994.

WEBER, M. *Economia y sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica, 1997.

ZUCKER, L. The role of institutionalization in cultural persistence. *American Sociology Review*, n. 42, p. 726-743, 1977.

FÓRUM – A TEORIA INSTITUCIONAL EM UM CONTEXTO BRASILEIRO: DINÂMICAS DE INOVAÇÃO E
IMITAÇÃO – O ISOMORFISMO NORMATIVO E A ANÁLISE DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE
Maria Ceci Misoczky

Artigo recebido em 06.08.2002. Aprovado em 10.05.2004.

Maria Ceci Misoczky

Docente e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação, Escola de Administração da UFRGS. Doutora em Administração.

Interesses de pesquisa nas áreas de gestão em saúde, formação de políticas públicas e práticas não gerenciais de organizar.

E-mail: mcaraujo@ea.ufrgs.br

Endereço: Rua Washington Luiz, 855, sala 427, Porto Alegre – RS, 90010- 460.