

Trabalho em hospitais

Work in hospitals

Trabajo en hospitales

Ana Maria Malik ¹

RESUMO

Os hospitais, como organizações dependentes, ao mesmo tempo, de trabalho e de capital, devem considerar prioritária a gestão de pessoas. As organizações de saúde vêm sendo descritas como compostas de pessoas cuidando de pessoas. Nelas, principalmente nos hospitais, o propósito de cura era o mais perseguido no século XX. Desde o final desse e com mais ênfase após o ano 2000 a ênfase na cura deu lugar à percepção da necessidade do cuidado (*cure vs care*). O processo de cuidado obriga a repensar os interesses envolvidos na organização e, para tal, identificar os diferentes grupos é fundamental. Este trabalho foi desenvolvido a partir de revisão bibliográfica não sistemática, considerando as pessoas conforme os agrupamentos em que costumam ser inseridas por quem observa esse tipo de organização. A comunicação aparece como fator crítico para a realização dos objetivos da assistência.

Palavras chave – trabalho em hospitais; gestão de pessoas em organizações de saúde; processos de trabalho em hospitais.

¹ Médica, mestre em administração, doutora em medicina, coordenadora do GVSaúde, professora da FGV-EAESP

ABSTRACT

Hospitals, as organizations that are dependent, at the same time, on both work and capital, must consider human resources management as a priority. Healthcare organizations have been described as being made of people taking care of people. In them, especially hospitals, healing was the most pursued purpose during the 20th century. Since the beginning of this century, however, the emphasis on cure has been replaced by the perceived need to care. The healthcare process forces us to rethink the interests involved in these organizations and, therefore, it is crucial to identify the different interest groups. This paper was developed by means of a non systematic bibliographic search, emphasizing people in health organizations, according to different stakeholder groups where they are usually classified by external observers. Communication becomes then a critical factor for achieving the goal of providing assistance within the organization.

Key words – work in hospitals; human resources management in health organizations; work processes in hospitals.

RESUMEN

Los hospitales, como organizaciones que dependen tanto de trabajo como de capital,

deben considerar la gestión de recursos humanos como una prioridad. A las organizaciones de salud se les describe como organizaciones de personas que cuidan a otras personas. Durante el siglo XX, su finalidad principal, sobre todo la de los hospitales, era la cura. A fines de ese siglo, y sobre todo después del año 2000, el énfasis que se había puesto en la cura cedió terreno, al percibirse la importancia del cuidado (cure vs care). El proceso de cuidado obliga a replantearse los intereses involucrados en la organización y, para ello, es fundamental identificar a los diferentes grupos. Este artículo fue desarrollado a partir de una revisión bibliográfica no sistemática, con énfasis en personas, consideradas en los grupos donde son usualmente clasificadas por observadores externos. La comunicación es un factor crítico para lograr los objetivos de asistencia dentro de la organización.

Palavras clave: trabajo en hospitales; gestión de personas en organizaciones de salud; procesos de trabajo en hospitales.

I – Introdução ou quem trabalha em hospitais?

Hospitais são um componente da rede de serviços de saúde¹. Representam um tipo especial de serviço, pois entre suas características está a permanência dos usuários (pacientes e familiares) por mais de um dia, com frequência por mais de dois, oferecendo a oportunidade de formação de vínculo com a equipe que deles cuida. A criação de vínculo não é trivial, mas tem como premissa a existência de uma relação em que existe uma parte que está fragilizada e outra que aparece como detendo poder e – espera-se – conhecimento. Mesmo que o paciente esteja

bem, ou que o acompanhante seja profissional de saúde, salvo prova em contrário a relação é de autoridade. A assimetria de informações é real e relevante. Mesmo que tenha relação pessoal com os profissionais de saúde ou que ele próprio o seja, este desequilíbrio aparece porque, no mínimo, os trabalhadores do hospital sabem o que está sendo realizado, como o paciente está sendo visto. Seja como for, diferentes funcionários têm mais ou menos poder e quem usa os serviços também, assumindo aqui que poder não é um conceito absoluto, mas sempre relativo. No caso desses serviços, a alimentação, a troca de roupa de cama e a medicação dependem dos prestadores de serviços, o que significa de sua boa vontade, de sua competência, de sua adesão às regras da organização, sejam elas burocráticas sejam de segurança.

Os trabalhadores do hospital, porém, são humanos, assim – aliás – como os pacientes e seus acompanhantes, não sendo necessário transformar qualquer um deles mediante um processo de humanização para que eles atinjam essa condição. Nesse caso, são pessoas cuidando de pessoas, embora isso não necessariamente seja percebido por todas. Enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos, técnicos de enfermagem, operadores de equipamentos da área de diagnóstico por imagem têm o paciente constantemente sob seus olhos, portanto ao menos sabem que trabalham junto a eles. Responsáveis pela área de compras, recepcionistas, técnicos de laboratório, cozinheiros podem ter seu relacionamento limitado a papéis, lâminas, equipamentos, computadores, alimentos...e não se lembram do porquê estão num ou noutro tipo de organização.²

O presente ensaio trata do trabalho das pessoas nos hospitais, considerando-os diferentes de outras organizações do setor. Uma das premissas nas quais o artigo se baseia é que a participação dos pacientes e até de seus acompanhantes nos resultados do cuidado pode ser considerada uma das características da assistência.³ A pergunta que o norteia é qual(is) a(s) especificidade(s) dessas pessoas, da sua atividade profissional e da sua participação nos processos. Considera-se a totalidade dos trabalhadores, não apenas aqueles voltados à assistência, assumindo *a priori* que todas as categorias profissionais envolvidas têm visões e tarefas advindas de sua formação, tanto educacional/formal quanto social. Também são considerados os demais interessados no cuidado.

O objetivo geral do artigo é apresentar alguns dos chamados “clientes” do hospital, ou seja as pessoas sob cuidados, seus acompanhantes e aqueles que trabalham direta ou indiretamente nesse cuidado. Outra denominação que se pode atribuir a eles é a de *stakeholders* (ou grupos interessados). Como objetivos específicos, tentou-se 1) agrupar esses *stakeholders*, evidenciando quem faz parte de cada uma dessas categorias; 2) mostrar a forma pela qual o relacionamento entre essas categorias influencia o trabalho no hospital; 3) esclarecer como a comunicação nesse tipo de organização⁴, e suas dificuldades, interferem na eficácia do trabalho, nas interações entre as pessoas e, a rigor, no cuidado.

A metodologia utilizada para atingir estes objetivos foi uma revisão bibliográfica não sistemática, na qual foram enfatizadas as palavras chave: pessoas no hospital, clientes do hospital, *stakeholders* do hospital,

comunicação na assistência. As bases utilizadas foram aquelas presentes na BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e a EBSCO. Os resultados e a discussão foram apresentados em conjunto, em função de refletirem a revisão bibliográfica e observações da autora, em sua experiência profissional como gestora e pesquisadora da área.

II – Os clientes do hospital ou o cenário do trabalho

Existem duas discussões que percorrem o assunto de quem é o cliente do hospital. A primeira é sobre a pertinência de chamar o paciente de cliente. A segunda se prende a como se define de fato os clientes. Por exemplo, assumir que os médicos sejam clientes leva a comportamentos gerenciais diferentes dos que se desenvolvem quando a premissa é que eles são parceiros. Chamar os trabalhadores de clientes internos é ter uma atitude de vender a organização para eles (ou pelo menos essa era a intenção de quando essa terminologia era mais utilizada), trabalhando os conceitos de *endomarketing* (ainda usados no âmbito da Associação Brasileira de Recursos Humanos – ABRH)⁵

II.1 – O Cliente Paciente

O conceito de cliente pressupõe um alto grau de possibilidade de escolha, o que certamente não é o caso do paciente. Embora este possa optar por não fazer algo, não ser submetido a uma série de procedimentos, mesmo depois de internado, seguindo as regras ele se submete (ou assina um documento assumindo a responsabilidade por não se submeter a eles, um exemplo do autoritarismo com que a instituição hospital trata todos dentro dela).

Seu poder de escolha é bastante limitado, desde a opção por vestimentas até de refeições, passando por concordância ou não em tomar medicação, entre outros. Às vezes, ele tem a possibilidade de selecionar o local onde será tratado; outras vezes esta decisão é tomada em função de seu poder aquisitivo ou do local onde o profissional que o atende trabalha. Em 2012 foi definido o chamado testamento vital, ou Diretiva Antecipada de Vontade, pelo Conselho Federal de Medicina, mas sua aplicação ainda não foi verificada na prática.

O paciente, assim que entra no hospital para usar seus serviços de internação, em função das convenções prevalentes, se torna dependente, segundo relatos de pacientes e de dirigentes da área de enfermagem de serviços considerados de alta qualidade. Por exemplo, consta que mesmo em maternidades de alto luxo, onde às vezes as parturientes levam sua própria roupa de cama, elas dependem daqueles que lhes prestam cuidados. Há quem considere normal falar de maneira infantilizada com crianças ou com idosos, como pode ser verificado em visitas a serviços, mas isto mostra como os trabalhadores encaram aqueles de quem eles cuidam. Isto pode lhes parecer carinhoso, mas intensifica nos pacientes ou pessoas sob cuidados sensação de grande fragilidade.

Com algumas nas novas condutas preconizadas, em alguns serviços o paciente passa a ter o direito de saber seus dados vitais, como sua pressão arterial, que sempre era mantida “em segredo”. O paciente passa, inclusive, a ter que assinar um “termo de consentimento” (às vezes, consentimento informado, ou esclarecido e informado ou ainda livre, esclarecido e informado, embora não raro essas assinaturas sejam basicamente

parte de um ritual).⁶

Embora a avaliação realizada pelo usuário seja cada vez mais comum⁷, o preenchimento deste impresso ainda é deixado a seu cargo e a seu critério. Sabe-se que de forma geral os consumidores costumam dar sua opinião quando estão extremamente satisfeitos ou insatisfeitos, ficando a informação daqueles que não se sentiram tocados pelo serviço à margem dos que analisam os instrumentos. Além disso, existe uma percepção de que no serviço de saúde quando o índice de satisfação é abaixo de 70% realmente há problemas, seja de gestão seja de assistência.

Como em uma série de outros tipos de organização, pode acontecer de os questionários de avaliação existirem para dar a impressão de que a opinião do usuário é valorizada. Quando as respostas são analisadas, eventualmente pode ocorrer ainda de esses resultados ficarem parados no setor responsável, no máximo sendo encaminhados às áreas em relação às quais houve reclamações (mais raramente, àquelas para as quais foram registrados elogios).⁸

Nos serviços de saúde as áreas de cunho não assistencial costumam ser as que mais aparecem nesses questionários. Pergunta-se sobre comida (aparência, sabor, temperatura), sobre limpeza do quarto, conforto, elevadores e estacionamento. Mesmo assim, pode-se dizer que a impressão do respondente não é muito valorizada. Para exemplificar, faremos referência a dois casos relatados em hospitais públicos de alta qualidade na última década (casos apresentados durante o QualiHosp, evento anual realizado em São Paulo, sobre qualidade em saúde).

Em um deles, os pacientes se queixavam da temperatura dos alimentos servidos. Após um período em que os responsáveis consideravam essa reclamação um absurdo (até desqualificando a opinião dos respondentes – afirmando que quando internados recebiam muito mais comida que quando estavam fora de ambiente hospitalar), alguém da área de gestão sugeriu que se medisse a temperatura dos alimentos ao saírem da área de preparação das refeições e ao chegarem às enfermarias. De fato, ao chegarem ao paciente os alimentos apresentavam temperatura mais baixa que quando saíam da cozinha. Assim que foram tomadas providências no sentido de manter a temperatura, esse tipo de reclamação acabou!

Num segundo, os paciente se queixavam de ruído excessivo, principalmente durante a madrugada. Mais uma vez, essa reclamação não era levada a sério, justificando por ser o horário de fazer a limpeza, ou aquele em que a equipe gostava de assistir televisão (que ficava em área comum). Quando alguém da administração, frente à repetição desse tipo de queixa, decidiu medir a quantidade de decibéis (com o auxílio de um equipamento existente na área assistencial), constataram que, de fato, eles estavam acima do preconizado.

Durante muito tempo, foi crença generalizada por parte dos profissionais do setor da saúde que os pacientes não seriam capazes de avaliar os serviços, porque não tinham qualquer conhecimento sobre seu funcionamento. Isso é fato, bem como a assimetria de informações⁹. No entanto, essa assimetria não significa que um sabe e outro não. Ela quer dizer que um sabe uma coisa e o outro conhece outra. Os profissionais do setor da saúde conhecem técnicas diagnósticas, assistenciais e processos

de gestão (da assistência e da organização). Os pacientes, por sua vez, têm clara noção de se estão ou não se sentindo melhor, se o cuidado que recebem lhe parece atencioso, se lhe perguntam sempre a mesma coisa, entre outras características.

Até há alguns anos parecia heresia os pacientes avaliarem a atenção recebida sob o ponto de vista técnico, da assistência, mas há certamente aspectos para os quais sua visão de fato contribui. Os instrumentos de avaliação do século XXI consideram, por exemplo, se eles foram ou não avisados sobre o que levou a sua internação, o que deveriam esperar dela, até mesmo sobre quem os atenderia durante o período. Além disso, indagam a respeito do quanto compreenderam sobre o que lhes foi avisado ou explicado e se durante a internação suas perguntas são respondidas, mais uma vez de forma “suficiente e gentil”.¹⁰

O paciente não tem clareza, em geral, de que sem suas necessidades não haveria essa organização nem os empregos por ela gerados. Ou seja, ele não deve ser visto como o objeto da atuação de todos, mas o seu sujeito, mesmo que ele não seja entendido como cliente, mas sim como paciente.

II.2 – O Cliente Acompanhante

Com muita frequência, exceto em hospitais voltados à classe socioeconômica mais elevada, este cliente é esquecido (ou ignorado ou sequer percebido). No entanto, trata-se de alguém presente, que tem suas angústias, ansiedades e curiosidades. O paciente, usualmente, partilha suas dúvidas com ele, espera dele respostas, pois durante sua estadia hospitalar seu acompanhante tem mais autonomia.

O mais comum é que a equipe da assistência tenha sentimentos dúbios em relação a ele. Por exemplo, em tese, o acompanhante pode ajudar a cuidar do paciente, ou pelo menos olhá-lo, permitindo talvez um pouco menos de atenção por parte dos profissionais; neste sentido, repousa sobre seus ombros a expectativa de que venha a ser um cuidador, pouco treinado mas pelo menos alguém com quem se possa contar. Por outro lado, quando o acompanhante se coloca na posição de porta voz do paciente, não é raro haver ressentimentos, de lado a lado, uma parte considerando que o cuidado poderia ser mais adequado e a outra considerando como injustas e desnecessárias muitas das solicitações, como pode ser verificado em contato com as duas partes envolvidas.

Ainda existe um fenômeno específico: o relacionamento referente a decisões sobre condutas e informações sobre estas e seus resultados. Embora no século XXI já seja muito comum discutir a comunicação entre profissionais e pacientes, este processo ainda não é a norma. Cada vez mais, os acompanhantes fazem parte desta relação, embora caiba reconhecer que eles são um terceiro elemento, pois têm um envolvimento solidário, espera-se que eles sejam lúcidos e atentos, mas eles não serão submetidos aos procedimentos, nem terão que tomar os medicamentos. Suas curiosidades são outras, suas responsabilidades também. Mas são “terceiros” e têm opinião sobre o tratamento, sobre a organização, sobre todo o processo. Têm um importante papel no sentido de influenciar, tanto interna quanto externamente e interferem, mesmo que indiretamente, sobre os processos de trabalho.

Já existe legislação sobre acompanhantes em unidades pediátricas (artigo 12º do Estatuto

da Criança e do Adolescente) e até mesmo durante trabalho de parto (Lei 11.108, de abril de 2005). Às vezes, eles assistem, observam e às vezes participam dos processos, mesmo que num papel não previsto tecnicamente (como é o caso do parto).

II.3 – O Cliente Médico

Trata-se de um cliente diferenciado no hospital¹¹, seja este de corpo clínico aberto ou fechado. Afinal, é individualmente aquele responsável pela maioria dos custos da organização, mas também pelas suas receitas, sejam elas provindas de procedimentos ou prescrições. Não é o único responsável pelos ingressos mas é visto e frequentemente tratado, tanto pelos demais trabalhadores da assistência quanto pelos gestores, como tal. Muitos consideram razoável que os médicos façam seus próprios horários, independente dos seus contratos, dos acertos e, por vezes, dos pacientes¹². Não é incomum haver salas de conforto médico, sem correspondência para outras categorias profissionais¹³. Ou quando essas existem dispõem, além de separadas, de muito menos infra-estrutura que as destinadas aos profissionais médicos.

Neste texto eles são tratados em separado de maneira deliberada: por mais que sejam trabalhadores, clientes internos, eles se consideram diferenciados nas relações de trabalho e nas de autoridade, nas organizações hospitalares¹⁴. Não bastasse isso, são tratados como diferentes pelos demais trabalhadores, inclusive os da administração. Quanto aos pacientes, em geral não lhes passa pela cabeça que seus médicos sejam funcionários iguais aos outros.

Os pacientes, quando perguntados quanto a sua satisfação em relação ao hospital e aos serviços obtidos, deixam claro que procuram os médicos e esperam ser tratados por eles, quando acorrem aos serviços de saúde. Pesquisas realizadas no PSF¹⁵ mostraram que, mesmo nesse programa cuja finalidade é deslocar o centro da assistência dos serviços de saúde para as residências dos cidadãos, os pacientes resistem a ser atendidos por enfermeiros, reclamam, por mais que esses profissionais sejam aptos a realizar as funções que desempenham.

O Projeto de Lei do Ato Médico (PL 7.703/06, não aprovado até novembro de 2012) reforça essa posição, oferecendo pouca autonomia aos profissionais formados em outras carreiras. Em diversos países esse tipo de restrição não existe, mas no Brasil – onde o número de faculdades de Medicina aumenta constantemente (existem, no Brasil, segundo o site escolas médicas, 197 cursos de Medicina em outubro de 2012¹⁶) – a categoria briga por empregos. Quase sempre, aliás, nos grandes centros, onde há superpopulação de profissionais. Isso não significa que haja excesso de médicos, como se pode observar em muitos serviços, especialidades e regiões (às vezes bairros!).

Quando se fala de hospitais de corpo clínico aberto (aqueles quase sempre privados onde os médicos podem trabalhar, usar as instalações para exercer suas atividades) essa situação é ainda mais evidente. Em geral, essas organizações se esforçam para conquistar e manter profissionais de grande clientela ou cuja atividade é remunerada por operadoras de saúde compatíveis com planos aos quais sua população alvo tem acesso. Esses serviços não

são, certamente, os mais presentes no Brasil, como pode ser verificado consultando as bases de dados públicas ou algumas publicações da grande imprensa¹⁷. Em municípios de pequeno e médio porte a norma é os médicos, em menor número, terem ainda maior autonomia, mas não há porque buscar mecanismos sofisticados de atração, pois nem há grande concorrência em termos de onde trabalhar nem por disponibilidade de profissionais.

Diz-se deles que muitas vezes reivindicam – principalmente nos centros urbanos mais ricos – acesso a equipamentos diagnósticos e de tratamento mais sofisticados, adoção de padronização de medicamentos mais ampla e autonomia de prática. São eles também acusados de oferecer resistência à implantação de protocolos e de outras formas de padronização (como prontuários eletrônicos). No entanto, na grande maioria dos 6800 hospitais existentes no Brasil não há médicos presentes todos os dias, nem possibilidades de realizar diagnósticos com equipamentos considerados modernos, conforme evidenciado em 2006.¹⁸

Assim, o mito do médico persiste: para ele, para os colegas, para os gestores e para os pacientes. Discutir seu trabalho no hospital não é uma questão trivial, por causa da aura que o envolve. Em alguns locais o médico já tem sido visto como parceiro da gerência, o que mais uma vez nubla as relações entre ele e essas organizações.

II.4 - O Cliente Financiador

Este termo é pouco preciso. Há quem considere como financiador do hospital ou o SUS ou as operadoras privadas. Na verdade, as operadoras são intermediárias entre as empresas

que querem oferecer assistência diferenciada daquela prestada no setor público (ou seja, mediante os planos de saúde) e as organizações prestadoras de serviços. Não financiam, gerenciam a operação financeira. O SUS é um sistema, e os pagamentos que se atribuem a ele são realizados pelos diferentes níveis de governo, federal, estaduais e municipais. Desta forma, o orçamento público se encarrega desse financiamento. Por outro lado, as empresas obtêm seus recursos por meio da venda de seus produtos ou serviços aos clientes (em última instância os cidadãos); o setor público depende dos tributos (diretamente pagos pelos cidadãos ou aqueles cobrados dos consumidores quando compram algum bem ou serviço). Portanto, independente do ângulo pelo qual se analise o assunto, o financiador da saúde é, em última instância, sempre a população. Seja como for, é possível visualizar as diferentes maneiras pelas quais os recursos financeiros chegam ao sistema de saúde: existe a POF (pesquisa de orçamento familiar), realizada pelo IBGE¹⁹, que representa o gasto privado, das famílias. O orçamento público pode ser visto no SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde)²⁰.

Em tese, para um hospital poder funcionar e, conseqüentemente, receber recursos (públicos ou privados), ele depende de alvarás de funcionamento. Sabe-se, porém, que no Brasil há hospitais públicos não submetidos a visitas para fornecimento desse certificado²¹; outros, públicos ou privados, dependendo de sua localização, são analisados com menos rigor, para evitar desassistência da população. Esses alvarás são uma tentativa governamental de garantir qualidade na prestação de serviços à população, realizada por intermédio do

sistema de vigilância sanitária, coordenado pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária).²²

As operadoras em geral exigem garantias para “comprar” serviços, ou para oferecê-los a seus clientes, tanto em relação aos profissionais quanto às unidades que credenciam. O rol de prestadores, pessoais e institucionais, ligados aos chamados planos de saúde, por outro lado, faz parte do seu *curriculum*, ou seja, podendo optar, tanto as empresas quanto as pessoas físicas (cada vez mais raras neste mercado) preferem dispor de variedade de fornecedores de serviços, contra os quais não haja denúncias ou percepção de problemas de qualidade.

No século XXI a agência que controla as operadoras de saúde (ANS – Agência Nacional de Saúde) passou a responsabilizar as operadoras pela qualidade dos serviços oferecidos. Embora ela não tenha responsabilidade direta sobre os hospitais, está na sua missão fazer valer os direitos dos beneficiários, conforme sua missão descrita no seu site.²³

Os hospitais tentam atrair as operadoras sob diversas formas. Ou preparando pacotes de serviços/financeiros, ou oferecendo aos seus diretores comerciais algumas vantagens ou apresentações especiais das instalações/ produtos diferenciados. Pesquisa realizada já mostrou que muitos médicos (principalmente) se ressentem do fato de que dirigentes hospitalares negociam melhores condições para as organizações sem se preocupar com a forma pela qual eles serão remunerados²⁴.

A remuneração pela prestação de serviços para o setor público depende do porte, das especialidades e das atividades/procedimentos

que os hospitais são capazes de prestar. Estes também têm interesse em oferecer serviços considerados “rentáveis” em detrimento daqueles mais simples, embora necessários. Alguns desses, como cuidado a pacientes crônicos ou lares abrigados, já disseminados na América do Norte e na Europa, ainda não são uma realidade no Brasil, salvo exceções. Em função disso, a remuneração por este tipo de serviços é baixa. É comentado entre aqueles que se interessam por viabilidade econômica financeira dos hospitais que internação de pacientes clínicos da terceira idade é pouco rentável, enquanto a ocupação de leitos de Terapia Intensiva costuma ser vista como “bem paga”.

II.5 – O Cliente Interno

É difícil qualificar esse “cliente interno”. Esse termo foi muito usado no início das discussões sobre Gestão da Qualidade, cujo objetivo é identificar os clientes (internos e externos) para se dar conta de como melhorar suas “entregas” para eles, aprimorando os processos. Também interessava os profissionais de mercadologia, que sempre se voltaram aos clientes; em função de discussões sobre clima organizacional, alguns desses foram alocados para trabalhar os funcionários, como clientes internos, a serem satisfeitos. Finalmente, na área de gestão de Pessoas, sob diversas denominações, essa definição também se tornou relevante, uma vez que em tese é por meio dessa população que se consegue os resultados organizacionais.

Hoje em dia, o termo não está mais “na moda” embora ainda seja utilizado. Neste artigo, por analogia com os demais clientes, consideramos clientes internos todos os

trabalhadores do hospital, internos ou terceiros, que prestam serviços, independente do seu grau de escolaridade e do fato de serem voltados à assistência, à gestão ou a atividades gerais ou de apoio.

Esses colaboradores (uma das terminologias usadas no século XXI, embora colaborador pressuponha uma atividade feita em comum acordo, o que não é necessariamente o caso), embora esse termo seja aplicado a todos, são claramente diferenciados internamente, tanto pelos gestores quanto pelos médicos quanto, ainda, pelos pacientes. Existe uma discriminação clara entre os universitários e os de nível técnico e elementar; entre os assistenciais e os administrativos; entre os próprios e os terceiros.²⁵

Para os pacientes, ainda faz diferença se a pessoa parece ou não ter nível universitário. Em alguns lugares do país (ou em alguns serviços), qualquer mulher é enfermeira. Fisioterapeuta e fonoaudiólogo não são profissões conhecidas, até porque não estão frequentemente presentes nos serviços de saúde de todo o país. Não percebem diferença entre pessoas da área de administração ou de nível técnico. E, em grandes centros, pelo menos, sabem da existência de profissionais contratados e de prestadores de serviços e a experiência mostra que os valoriza de maneira diferente.

Outra importante discriminação entre todas essas categorias é a salarial, a de alguns benefícios (entre eles planos de saúde, ironia para quem trabalha em hospital) além do tipo de vínculo, e da forma de tratamento. Em muitos hospitais, a atividade médica pode levar a premiações por desempenho de algumas equipes. Entretanto, o bom desempenho

destas não seria possível sem a participação de todas as demais categorias. Por exemplo os cirurgiões não teriam o desempenho que têm não fossem os demais especialistas e os profissionais de enfermagem que fazem funcionar o centro cirúrgico, ou aqueles que cuidam no pós operatório...A recepção que agenda ou que recebe, a limpeza, que previne a infecção hospitalar. Mas a premiação privilegia o “cliente médico” e entre eles o cirurgião.

III – O trabalho em hospitais

Consideramos o paciente o sujeito do trabalho, além do cliente, em tese, fundamental. O médico é um componente crítico, tanto na visão do paciente quanto no seu papel para justificar o pagamento pelos serviços do hospital. Este depende fundamentalmente do cidadão, paciente ou não. Mas quem faz o hospital funcionar são os aqui chamados clientes internos.

Colaboradores, funcionários, trabalhadores, independente do nome que lhes seja atribuído, deles depende o cuidado ao paciente. Existe sempre uma questão, sobre quem cuida dos cuidadores. Sua disponibilidade física e mental para o trabalho de prestação de cuidados faz diferença no resultado, no caso dos profissionais de saúde, enquanto que o envolvimento dos trabalhadores da infraestrutura tende a garantir a disponibilidade pessoal e de materiais e equipamentos.

Para os cidadãos que têm pouco conhecimento a respeito dos serviços de saúde – hospitais, entre outros - a competência técnica é uma *commodity*, ou seja, é devido a sua presença que os pacientes para lá se dirigem. Afinal, a expectativa dos usuários

dos serviços é que todos sabem o que fazem, o *know how* é esperado. No entanto, acontece de trabalhadores se dirigirem para o setor da saúde sem terem clareza quanto o que, de fato, se espera deles, o que eles precisam saber, quão atualizados precisam estar, etc,.. Os meios de comunicação idealizam a atividade, mostram quase sempre os profissionais bem sucedidos, as vidas salvas, os pacientes agradecidos.

Exceto os escândalos que saem na imprensa as consequências negativas quase nunca são mostradas (menos ainda aprofundadas), os casos passam. Na vida real, há pacientes que reclamam, não melhoram, não reconhecem o trabalho. E são poucos os trabalhadores que recebem reconhecimento público, como alguns médicos (sejam os que tratam personalidades, ganham prêmios ou têm atividade benemerita divulgada). Um trabalho que se baseia na prestação de cuidados acaba, paradoxalmente, sendo feito por pessoas sem nome, sem identidade, exceto quando usam seus crachás. Aliás, é critério de avaliação de acreditadoras (nacionais e internacionais) a utilização de documentos de identificação, que permitam aos pacientes saber quem está tratando deles.

Uma das “boas práticas” contemporâneas é o trabalhador (seja ele qual for) que tem contato com o paciente, além de usar um crachá que o vincule à organização²⁶, se identificar, ativamente. Para algumas pessoas isso parece inacreditável, pois ocorre – durante a assistência – contato físico. Num hospital o estabelecimento de relações pessoais é inquestionável. Este tipo de atitude tem que ser estimulada, é raro valorizar o fato de conhecer o paciente pelo nome e, principalmente, de o paciente saber o nome de quem está cuidando dele. Isto ocorre nos chamados programas de

humanização. No caso do hospital, sem dúvida, a parte mais frágil é o paciente e, portanto, se alguém deve ser protegido é este.

Uma área da administração que se acredita poder contribuir para a gestão de hospitais é a chamada gestão de operações.²⁷ Assumindo que se possa dividir o que é trabalho (portanto, atividade humana) e o que são as operações (ou seja, os processos), observa-se que a gestão de operações tem um componente de simulação muito grande. Os modelos matemáticos calculam pontos mínimos e máximos, simulam tempos e movimentos e, de fato, podem aperfeiçoar o que se realiza. No entanto, boa parte desses modelos esquece uma variável importante: quem vai executar todas as tarefas, quem vai (ou não) atingir os tempos e os valores de produção previstos são pessoas (cuidando de pessoas).

O comportamento do paciente é pouco previsível e deste depende o início, o meio e o final do processo. As atividades dos prestadores de cuidados dependem do paciente (embora o comportamento dos trabalhadores seja mais controlável/controlado pela organização), não adianta definir exatamente como o cuidado deveria ser feito sem inter-relacionamento entre as partes. As duas partes têm sua variabilidade e o próprio Deming²⁸, em seus textos sobre gestão de qualidade, quando assume que qualidade é a redução da variação controlável, prevê que aquilo que depende das pessoas é a parte de mais difícil uniformização: a norma é possível, seu cumprimento pode não levar sempre aos mesmos resultados. As variações não são extremas, as mesmas drogas quase sempre têm efeitos muito semelhantes em pacientes diferentes, mas nem sempre eles as tomam da mesma maneira ou se deixam

medicar.

Em um hospital os cuidados são mais intensos, os pacientes são mais fragilizados, os prestadores de assistência são mais demandados e (idealmente) mais habilitados. Outra característica desse tipo de organização é que aqueles responsáveis pela infraestrutura estão cientes da necessidade de manter seu funcionamento 24 horas por dia 365 dias por ano.

Nesses processos de trabalho, ainda é necessário considerar interesses de todos os clientes envolvidos. Os médicos alegadamente resistem a seguir as diretrizes preconizadas. Suas justificativas costumam ser em função dos aspectos individuais dos pacientes – “cada caso é um caso” - e das peculiaridades de sua clínica. Às vezes, as diretrizes podem até orientar a prática assistencial, mas o processo de fazê-las chegar aos seus destinatários, sob o ponto de vista de comunicação, quase sempre é pouco eficaz.

O que normalmente se espera das operadoras é sua ênfase na eficiência, na redução de custos (evitando procedimentos desnecessários e, por vezes, revendo quais as necessidades que consideram oportuno atender). Isto tem a ver com seu relacionamento com os hospitais, com os médicos e até mesmo com os seus beneficiários. O controle dos custos, aquilo que já se convencionou chamar gastar melhor (que deveria ser diferente de gastar menos, embora na prática ambas as expressões sejam vistas como sinônimas), vem sendo abordado na literatura de empresas sobre estratégia e valor em saúde^{29,30}. Embora não apareça com clareza a ligação entre esse tema e o trabalho em saúde, não há como discutir o valor sem

levar em conta os trabalhadores e seu trabalho.

Finalmente, quanto aos acompanhantes, eles também têm seus interesses. Alguns são solidários com os amigos ou parentes, outros estão interessados na sua remuneração. Mas inquestionavelmente interferem nos processos de trabalho e, conseqüentemente, na recuperação do paciente e até no clima organizacional.

IV – Conclusão

O Hospital já foi definido como uma instituição total³¹. Neste tipo de organização costuma ser criado um clima de tensão permanente como mecanismo de controle, visando a homogeneizar comportamentos, assumir que enquanto internado o paciente passa a de fato fazer parte da organização. Hoje em dia esta afirmação é relativizada, porque – por exemplo – quer-se tentar garantir ao paciente sua identidade e colocá-lo menos à mercê de quem cuida dele. No entanto isso depende de relações interpessoais e essas dificilmente se controla.

Apesar de ser cada vez mais habitual falar sobre comunicação nas organizações, e a realização de cursos sobre comunicação com a imprensa para executivos (os chamados *midia trainings*) ou até mesmo a existência de revistas sobre esta competência, como Comunicação & Saúde, esta ainda está longe de ocorrer de maneira eficaz nos hospitais. Independente de se tentar modernizar, informatizar, tudo ainda é muito incipiente. Por exemplo a informatização, segundo consta, é um instrumento que pode reduzir erros e problemas de comunicação devido a caligrafias³². De fato, muitos dos chamados erros médicos, na

aplicação de medicamentos, até mesmo no tipo de procedimento que deve ser feito poderiam ser sanados caso as pessoas ouvissem mais, falassem mais, caso as reuniões fossem de fato para informar e não apenas para constar.

Instrumentos formais de comunicação/integração não faltam. Murais, *house organs*, internet, intranet, outras redes sociais, reuniões, passagens de plantão acabam sendo implantados e utilizados, porém com eficácia discutível. A identificação dos interesses dos envolvidos nos processos pode auxiliar na melhora da comunicação, porque de fato todos os obstáculos possíveis aparecem na organização (e mais ainda num hospital onde o uso de jargões e de outras formas de comunicação acaba criando uma base muito pouco sólida). Todos os estereótipos possíveis se fazem presentes, associados à dificuldade de perguntar, pedir para repetir, esclarecer dúvidas.

O conhecimento, os artefatos da cultura organizacional^{33 34}, as rotinas e o interesse não são suficientes para garantir a qualidade e a segurança no cuidado, no trabalho em hospitais. Afinal de contas, nunca é demais lembrar que se trata de pessoas cuidando de pessoas. Falta o intangível, o incontrolável, que pode acontecer ou não, dependendo de como as organizações – e conseqüentemente as pessoas que nela estão – interagem e do que elas desejam.

REFERÊNCIAS

- 1) Mendes, Eugenio V. As redes de atenção à saúde. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, vol 15 n. 5, 2010, PP 2297-2305
- 2) Campos, Claudia V. de A., Malik, Ana

M. – Gestão de pessoas em hospitais. In: Vecina Neto, Gonzalo e Malik, Ana M.(orgs) – Gestão em saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011

3) Donabedian, Avedis – Seminar on quality assessment and assurance. São Paulo, PROAHSA, 1993.

4) Cardoso, Onésimo de O. Comunicação empresarial *versus* comunicação organizacional: novos desafios teóricos. Rio de Janeiro: Revista de Administração Pública 40(6) :1123-44, Nov. /Dez. 2006

5) Grönroos, Christian. Relationship Approach to Marketing in Service Contexts: the marketing and organizational behavior interface. Journal of Business Research, vol. 20. pp. 3-11, 1990

6) Oliveira, Vitor L., Pimentel, Deborah, Vieira, Maria J. O uso do termo de consentimento livre e esclarecido na prática médica. Revista Bioética; 18(3): 705 – 24, 2010,

7) Sitzia, John; Wood, Neil. – Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies. International Journal of quality in health care, vol 10 n 4 : 311-17, 1998

8) Malik, Ana M e Schiesari, Laura M.C. – Qualidade e acreditação. In: Vecina Neto, Gonzalo e Malik, Ana M.(orgs) – Gestão em saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011

9) Arrow, Kenneth J. – Uncertainty and the welfare economics of medical care. American Economic Review, n 53, 1963

10) Wakefield, Douglas S., Ward, Marcia M., Wakefield, Bonnie J. - A 10-Rights Framework for Patient Care Quality and Safety. American Journal of Medical Quality. 2007 22: 103

11) Silva, Henrique S.S; Kaemmerer, Alberto; Schout, Denise(orgs) – Gestão do Corpo Clínico. Rio de Janeiro: MedBook, 2008

12) Carapinheiro, Graça. Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Lisboa, Afrontamente, 1993

13) <http://www.hospitalar.com/index.php?http://www.hospitalar.com/noticias/not4146.html>

14) Mintzberg, Henry – Criando organizações eficazes. São Paulo: Atlas, 2ª edição, 2011

15) Justa, Maria G G; Malik, Ana M e Meirelles, C. Why doesn't it work so well. Analysis of a healthcare program in a Municipal Health Department. Chicago, POMS, 2012

16) <http://www.escolasmedicas.com.br/escolas.php>, consulta em 18/10/2012

17) <http://rankings.americaeconomia.com/2011/clinicas/>

18) ANVISA – PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde: Resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília, 2008

19) <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/default.shtm>

20) <http://portalsaude.saude.gov.br/>

portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarArea&codArea=400

21) <http://www.nominuto.com/noticias/cidades/todos-os-hospitais-publicos-de-natal-funcionam-sem-alvara-sanitario/39922/>

22) Portal.anvisa.gov.br

23) www.ans.gov.br

24) Malik, Ana M; Schout, D. Modelo técnico-assistencial do mercado supletivo, seus atores e a qualidade da assistência – Cardiologia. Região Metropolitana de São Paulo: Relatório final. Programa Centros Colaboradores ANS, 2007.

25) Malik, Ana M et al – Gestão de recursos humanos. São Paulo, Instituto para o desenvolvimento da saúde, FSP/USP, Banco Itau, 1998.

26) Organização Nacional de Acreditação (www.ona.org.br); Joint Commission International (www.cbacred.org.br/manuais); Accreditation Canada (www.iqg.com.br) ; Der Norske Veritas (www.dnv.com.br/services/certification)

27) McLaughlin, Daniel B; Hays, Julie M. - Healthcare Operations Management. Chicago: AUPHA – Health Administration Press. 2008

28) Deming, W. Edwards – Qualidade: a revolução da administração. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990

29) Porter, Michael E. – What is value in Health Care. Boston: New England Journal of Medicine, 2010, 363:2477-2481

30) Herzlinger, Regina - Valor para o paciente. Porto Alegre: Bookman 2011

31) Goffman, Erving Manicômios, prisões e conventos. 5ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1996

32) Barber N, Rawlins M, Dean Franklin B. Reducing prescribing error: competence, control, and

culture. Qual Saf Health Care. (12 Suppl 1):i29-32, 2003.

33) Schein, Edgar H - Organizational Culture and Leadership. New Jersey: John Wiley & sons, 2010

34) Freitas, Maria E - Cultura organizacional: identidade, sedução e carisma? Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006

Recebido em 17/07/2012

Aprovado em 11/11/2012