

# A DINÂMICA DO AMBIENTE INTERNO DO HOSPITAL

**Reynaldo Cavalheiro Marcondes**

Doutor em Administração de Empresas pela USP. Professor do Curso de Pós-Graduação em Administração na FEA-USP. Consultor da Secretaria de Modernização Administrativa (SEMOR) da Secretaria de Planejamento da Presidência da República.

---

## INTRODUÇÃO

Este artigo tem por objetivo apresentar diversos aspectos organizacionais do hospital que é muito importante levar em consideração quando se pensa em tratar esta instituição à luz da administração empresarial moderna. O hospital genérico a ser aqui examinado está mais próximo de um atendimento geral e localizado em área urbana.

Muita simplificação conceitual sobre práticas administrativas de empresas tem sido usada para procurar resolver problemas no hospital, assim como muita omissão de conceitos básicos de administração tem ocorrido. Em síntese, conceitos administrativos estão sendo usados

inadequadamente ou poucos conceitos estão sendo usados.

O enfoque do autor estará voltado para o aspecto metodológico da questão, ou seja, procurará mostrar que é importante primeiro se conhecer o tipo de ambiente onde os fatos organizacionais ocorrem para posteriormente se eleger as soluções administrativas que resultem em eficiência e eficácia.

Na visão atual de ambiente interno da organização, dois elementos são decisivos: a tecnologia utilizada e o comportamento dos indivíduos e grupos. Ambos são interdependentes e constituem a configuração sócio-técnica que determina a dinâmica interna. Neste sentido, várias pes-

quisas têm sido realizadas para demonstrar como os fatores tecno-sociais determinam a estrutura administrativa da empresa.

Nos casos onde a tecnologia básica de produção aplicada é simples e estável, ou seja, o indivíduo é mais um apêndice da máquina executando tarefas rotineiras simples, há grande possibilidade de se planejar, coordenar e controlar o trabalho de forma a se atingir uma meta de resultados pré-fixados (produzir auto-peças, produtos alimentícios, etc).

Estes casos nada têm a ver com o hospital, onde a tecnologia aplicada é das pessoas (profissionais) e altamente dinâmica e evolutiva. Como se pode notar, planejamento, coordenação e controle, aqui, têm que ser vistos sob outro prisma, pois, sem uma aceitação por parte das pessoas, dificilmente lograrão ser efetivamente implantados.

Os ítems que se seguem estarão, portanto, voltados para a análise de quais são os grupos que atuam no hospital.

Como o paciente é o objeto de aplicação da tecnologia pelos indivíduos, a sua presença física no hospital (internado ou não) dá início a toda a dinâmica do ambiente interno. Assim sendo, será tratado preferencialmente logo em seguida.

## **O Perfil Comportamental do Paciente**

Segundo Talcott Parsons (1952), a prática da medicina é um mecanismo mantido pela sociedade para proteger os seus integrantes tanto na prevenção como no tratamento das doenças. Isto pressupõe, de início, a existência de dois papéis básicos a serem desempenhados — o do paciente e o do médico.

A evolução da tecnologia médica vem transformando rapidamente a relação médico-paciente para a relação paciente-equipe de saúde, sendo esta última típica do ambiente hospitalar

Este fato, apesar de estar mudando substancialmente as práticas hospitalares e, conseqüentemente, impondo novos padrões de organização do trabalho, não tem merecido muita atenção dos tratadistas da administração hospitalar

Em nosso modo de ver, seria um trabalho incompleto tratar-se qualquer fato ou aspecto do hospital sem a consideração do paciente. Assim sendo, antes de analisarmos os aspectos compartimentais do pessoal hospitalar, analisaremos primeiro o comportamento do paciente, já que o consideramos o iniciador da dinâmica hospitalar.

A saúde, a doença e a morte constituem ainda a grande preocupação

do ser humano, já que a sobrevivência com o mínimo de desconforto é o objetivo de todos. Desta forma, a comunidade próxima a qualquer pessoa se preocupa com sua sorte e tenta auxiliá-la quando em estado de enfermidade. Esta busca de apoio imediatamente se dirige para alguém em condições de assumir a tarefa de auxiliar esta pessoa. O médico e, conseqüentemente, o hospital são normalmente o alvo desta busca.

A ausência da comunidade social próxima (família, parentes, amigos) e do trabalho (emprego) pelo prazo necessário à sua recuperação faz com que a pessoa, então tornada paciente, seja liberada de suas responsabilidades e suspensa de obrigações relativas ao seu papel como chefe de família, como profissional ou outro qualquer. Por outro lado, a mesma comunidade espera que ele mereça sua complacência, comportando-se de forma a colaborar no processo de recuperação de sua saúde. Como conseqüência, ele tende a adotar um comportamento de dependência em relação aos especialistas e demais indivíduos que lhe dão assistência. É a necessidade de se sentir seguro quanto aos resultados a serem alcançados.

Como têm sido intensamente difundidas nos últimos anos informações sobre medicamentos, terapias especiais, discussões sobre novas descobertas na medicina, bastando atentar-se para o volume das campanhas

publicitárias dos laboratórios e noticiários dos veículos de comunicação de massa, o paciente de um nível social um pouco mais elevado não está mais tão desinformado sobre o que significa um tratamento médico. Isso faz com que ele não se mantenha mais tão passivo, passando a exigir mais explicações sobre fatos e aceitando menos pronunciamentos definitivos. Quando não se satisfaz com a resposta à sua indagação através do médico que o assiste, pressiona a enfermeira ou outros auxiliares para resolverem suas dúvidas. Na realidade, o paciente; de maneira geral, tem à sua volta seus parentes próximos, amigos, vizinhos, companheiros de trabalho ou outros que lhe trazem apoio moral, que também ajudam a pressionar. Um atraso no horário programado para se trazer um medicamento ou a dieta alimentar pode resultar na ida de um visitante ou acompanhante até o posto de serviço de enfermagem ou mesmo até a farmácia ou serviço de nutrição, para não dizer até a administração, a fim de fazer uma queixa.

Para melhor atender a posição que o paciente assume no hospital, Robert Strauss (1974) elaborou um esquema que representa o comportamento do mesmo como resultante da integração de seis componentes. O primeiro, o **biológico**, considera o paciente como um organismo, incluindo sua estrutura anatômica, fisiológica e bioquímica. Todo indiví-

duo está sujeito em maior ou menor grau a vulnerabilidades, a traumas físicos, agentes infecciosos ou alérgicos, contaminações bem como a certos tipos de "Stress"

O segundo componente, o **psicológico**, representa a sua personalidade, ou seja, sua maneira de sentir, pensar, agir, de relacionar-se com outros e de se auto-avaliar. Este componente está intimamente relacionado com o anterior, pois problemas fisiológicos têm implicações intensas na personalidade do paciente. O sistema psicológico, por outro lado, se reflete nos processos biológicos e nas doenças psicossomáticas.

O terceiro componente corresponde ao **ambiente**, onde se considera o paciente no seu espaço físico no hospital. A mudança de ambiente físico de sua casa, escritório, fábrica ou outro qualquer faz com que ele se sinta desconfortado, apesar de esperar que sua permanência ali não seja longa. Desta maneira, irá notar a diferença entre um quarto ou enfermaria bem iluminado e bem ventilado e outro em condições precárias. Também será notada a movimentação do pessoal atendente e de enfermagem entrando e saindo do espaço que ele considera íntimo. Assim, quanto mais facilmente o paciente puder se adaptar ao novo espaço ambiental no hospital, maior a sensação de conforto que se refletirá em sua recuperação. Como se

pode perceber, o elemento ambiental também está em estreita inter-relação com o biológico (profilaxia) e o psicológico (abalo na auto-estima pelo devassamento de sua intimidade).

O comportamento **social**, o quarto componente, diz respeito ao fato de o indivíduo, no papel de paciente, ter de atuar agora no sistema complexo de atividades especializadas que é o hospital. Os vários grupos de que ele normalmente participa constituem sua **referência** social e o seu comportamento refletirá muito dos valores internalizados através da sua participação em cada um deles. Sua estrutura de valores e necessidades sociais bem ou mal consolidadas sofre, assim, restrições neste ambiente. A sua posição de dependência, sua manipulação por terceiros, a perda de controle sobre seu próprio espaço físico são as mais sérias restrições que se lhe impõem. Além disto, sua identidade é usualmente substituída por uma classificação dada pelos profissionais que o assistem, com base em seu problema fisiológico (enfartado, politraumatizado etc.). Da mesma maneira que os componentes anteriores, o social também tem sua interação com fatores orgânicos, psicológicos e ambientais.

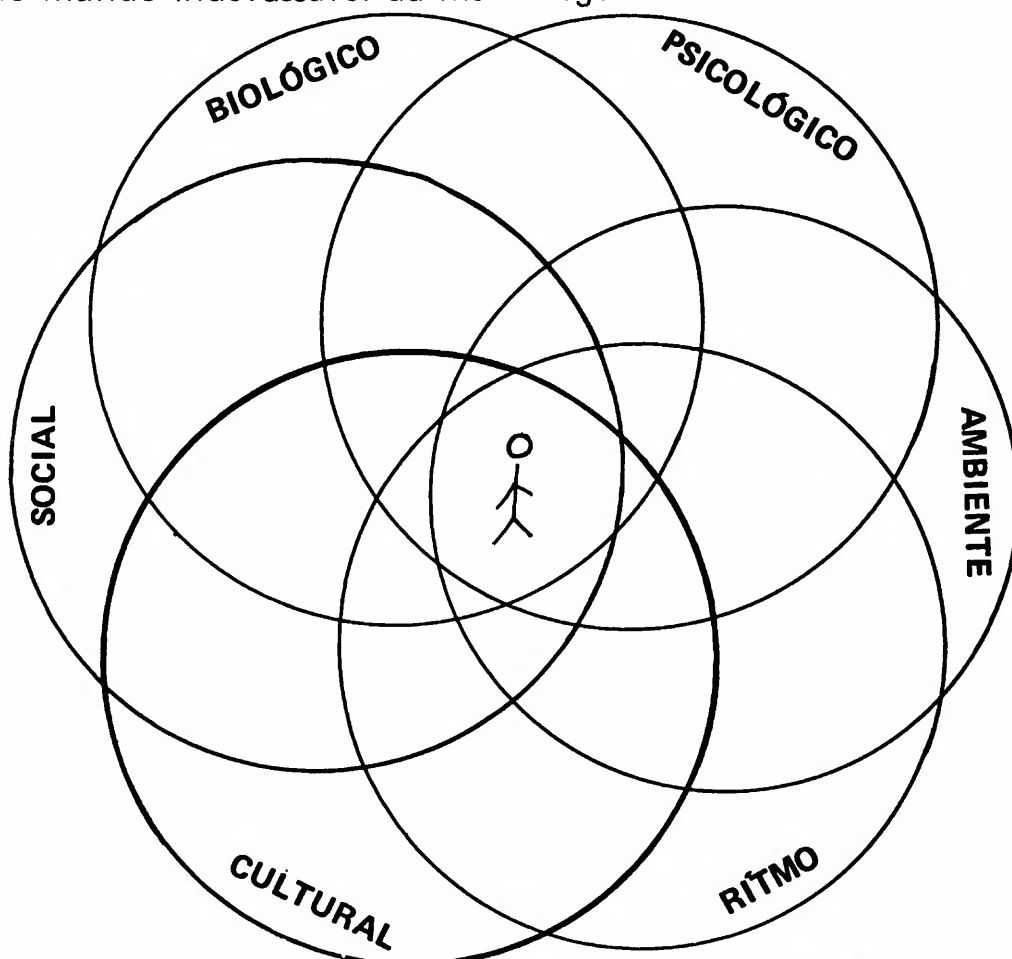
O quinto componente é o **cultural**. O paciente traz consigo um comportamento próprio que reflete elementos familiares, étnicos, reli-

giosos, educacionais, econômicos e ocupacionais. Do outro lado, para seu confronto, estão outros grupos que constituem a cultura interna do hospital. Estes confrontos podem resultar em situações as mais imprevisíveis, dependendo da percepção que o paciente tenha sobre a necessidade de se sujeitar às regras do ambiente novo, como também da forma com que os diversos profissionais o encaram em termos de executar suas tarefas. Talvez um dos maiores choques culturais do paciente seja o contato com a aparelhagem praticamente desconhecida que é utilizada para seu tratamento. Na realidade, só sendo paciente é que se conhece certos detalhes do mundo indecifrável da me-

dicina praticada no hospital.

O sexto e último componente é o **ritmo**, compreendido nos horários de descanso e de atividade, de se alimentar, de expelir. Os indivíduos são muito diferentes em termos de hábitos de horários de suas vidas, o que conflita comumente com a programação requerida pelo seu processo de recuperação.

Relembrando o que já se mencionou, estes seis componentes apesar de terem sido apresentados isoladamente, na realidade agem de forma integrada e concomitante, resultando daí o comportamento do paciente, como procura mostrar a figura 1 a seguir



## Profissionais Cosmopolitas

Da consideração<sup>26</sup> do paciente como um agente multivalente, percebe-se que as pessoas que estão à sua volta para assisti-lo também sofrem impactos que se refletem em seus próprios comportamentos. Cada um destes indivíduos é um profissional que detem uma maior ou menor especialização, constituindo os diversos grupos que atuam no hospital. O entendimento sobre a natureza do trabalho que executam, sua estrutura interna de status e sua interação com os demais grupos serão tratados na sequência deste artigo. Antes, porém, este item pretende apresentar algumas considerações sobre o tipo de instituição que é o hospital dentro de um contexto mais amplo.

Há um conceito de relevância para a compreensão da posição dos profissionais nas empresas, apresentado por Victor Thompson, qual seja, a distinção entre **especialização de tarefas** e **especialização de pessoas**.

A especialização de tarefas está ligada diretamente ao processo produtivo, onde o trabalhador é apenas parte do mesmo. Esta especialização é resultante da divisão do trabalho estabelecida na organização industrial. O crescimento de uma empresa traz em si problemas de maior aproveitamento dos recursos materiais e humanos, obrigando os indivíduos a se especializarem em

áreas cada vez mais específicas. A divisão de trabalho tradicional apresenta, como um dos traços fundamentais, a relação de autoridade unilateral proveniente do chefe em direção ao subordinado, legitimada através de rígida estrutura operacional definida para cada área funcional da empresa. Existindo uma hierarquia de posições formalmente estabelecida na empresa, esta relação unilateral é identificada com o seu equilíbrio estático, porque a cada posição subentende-se um cargo. Cada cargo, por sua vez, possui especialização relacionada diretamente com as tarefas típicas da empresa.

Na especialização de pessoas existe uma grande flexibilidade para o indivíduo, que pode se adaptar com facilidade a novas condições tecno-ambientais. A tarefa especializada permite apenas uma sequência de trabalho rotineiro, ao passo que o indivíduo especializado tem várias alternativas a seguir. Assim, por exemplo, um trabalhador de linha de montagem pode ser mais especializado que um engenheiro industrial em determinada tarefa. O primeiro, porém, tem uma opção apenas, enquanto o segundo tem várias. O trabalhador não participa, como o engenheiro, de uma comunidade profissional e pode mais facilmente ser substituído em sua tarefa.

A especialização pessoal é decorrente do processo educacional em que

o indivíduo recebe suas primeiras informações no ambiente externo da empresa, ou seja, nas escolas e na comunidade dos profissionais. As tarefas, por seu lado, são inerentes a cada organização. Não tendo a sua formação ligada a elas, os profissionais tenderão a uma coesão através de valores profissionais tradicionais e externos à organização e, como consequência, relutam em se enquadrar dentro de uma estrutura hierárquica nos moldes burocráticos.

Esta dicotomia entre especialização de tarefas e indivíduos tem uma implicação social para as empresas, pois provoca o surgimento de dois grupos distintos de indivíduos, definidos por Alvin Gouldner (1963) como os **cosmopolitas** e os **provincianos**.

Os cosmopolitas são os especialistas com formação relativamente complexa, adquirida através de longo treinamento formal e sistemático em instituição escolar; tal o caso do engenheiro, do economista, do advogado, do médico, da enfermeira, do dentista, do farmacêutico, da nutricionista e outros. O provinciano é todo indivíduo cuja formação e treinamento estão ligados à empresa.

Toda empresa de certo porte possui um setor de treinamento de mão-de-obra para o núcleo técnico, onde o indivíduo aprende a executar

tarefas próprias dos processos produtivos, assim como para o nível administrativo. Para que o engenheiro, economista ou advogado sejam cosmopolitas em relação à empresa, sua posição na estrutura organizacional deverá ser de assessoria ou consultoria, com quase nenhuma capacidade de decisão mas com grande mobilidade dentro e fora dela. Têm eles facilidade e grande possibilidade de atuar tecnicamente junto à comunidade dos profissionais da mesma especialidade. Para o provinciano, a situação é bem diversa. Depende exclusivamente da empresa para sua interação social mais ampla e para seu desenvolvimento técnico e profissional.

Estabelecendo-se três variáveis para se analisar o perfil de cosmopolitas e provincianos, poder-se-ia considerar que os primeiros têm baixa lealdade às instituições que os empregam, sendo altamente voltados para assuntos de sua especialização e motivados para o relacionamento com o grupo de referência constituído pelos colegas de sua profissão. Os provincianos, por outro lado, apresentam grande lealdade à organização, pois é comum se ouvir deles a expressão "nossa empresa" mesmo tratando-se de simples funcionários. São muito pouco voltados a assuntos técnicos fora de sua especialidade, já que seu desempenho é medido basicamente em função dos resultados concretos que produ-

zem, através da aplicação de técnicas inerentes a tarefas do cargo e não em função da criação de novas técnicas. Como estão voltados para o ambiente interno da empresa, o grupo de referência é aquele, da sua vivência no dia-a-dia.

As atividades dos cosmopolitas são de natureza mais intelectual, pois sua função principal é prover conhecimentos altamente especializados e sofisticados. Assim, independentemente de serem itinerantes ou efetivos, eles ajudam a desenvolver o conhecimento tanto científico como tecnológico que é interiorizado e aplicado pela empresa.

Nas instituições dominadas pelos profissionais cosmopolitas, os especialistas têm poder e autoridade sobre as atividades-fim e, portanto, influem significativamente sobre os objetivos da mesma. Ao lado do hospital, temos como exemplo a universidade. Os profissionais formam um grupo que exerce influência sobre os "gerentes" envolvidos nas atividades de apoio. O hospital tem que manter um corpo administrativo, que dê suporte ao desempenho das atividades médicas. Os gerentes não fazem isoladamente o planejamento global, mas, sim, indicam alternativas em termos de recursos físicos, financeiros, materiais e humanos. As decisões básicas no atendimento e tratamento dos pacientes são de responsabilidade dos médi-

cos. Os gerentes, pelo caráter próprio de sua posição, tendem a visualizar de forma diferente os objetivos propugnados pelos especialistas.

Os profissionais de medicina são tradicionalmente autônomos, exercendo suas atividades em estreita relação com seus pacientes. Mais recentemente, o desenvolvimento da tecnologia médica tem não só requerido uma maior especialização no seu campo de trabalho, como a consequente necessidade de utilização de materiais, equipamentos e de apoio de outros profissionais especializados, que representam altos custos. Isto resulta em uma interdependência cada vez maior entre estes profissionais e o próprio hospital. Esta tendência tem feito crescer o número de profissionais assalariados que buscam melhores condições para exercer sua própria especialização e também para o seu desenvolvimento profissional. O Hospital está, assim, experimentado cada vez mais problemas de toda organização complexa que, para se institucionalizar, precisa estabelecer relações formais de autoridade, especificar os cargos, descrever as atividades e distribuir racionalmente os seus recursos.

Enquanto os gerentes são identificados com a organização a que pertencem, dedicando-lhe grande lealdade e orientando-se mais pelas normas do ambiente interno, os médicos apresentam um comportamento diferen-



ciado. Os valores assumidos por estes últimos são adquiridos através de um processo de socialização desencadeado desde sua formação acadêmica. Os seus valores básicos incluem métodos racionais (prescritivos) de decisão, autonomia profissional, busca do desconhecido, decisão sobre problemas de vida e de morte. Isto torna sua motivação pela procura de maior poder, "status" e riqueza diversa da do gerente.

O médico pode desenvolver sua atividade fora dos hospitais sem, contudo, perder sua característica de profissional. O gerente não pode contar com esta prerrogativa, pois só pode exercer suas atividades dentro de uma empresa. Fora dela tem que assumir outros papéis sociais, ligando-se a outros grupos de referência muito diferentes. O médico, cujas atividades são explícitas perante a sociedade, obtém desta um reconhecimento que lhe proporciona um reforço de "status" que se prolonga até o ambiente interno do hospital.

O médico torna-se um profissional a partir do instante em que uma banca de examinadores o considerou dotado de conhecimentos suficientes para exercer suas atividades. Se, porventura, não trabalhar bem, não demonstrar tanto interesse pela atividade ou pelo próximo, será tido apenas como um medíocre profissional. Por outro lado, o gerente é sempre julgado não pelo que sabe

sobre a sua função, mas pelo que faz e pela maneira como o faz. Na hipótese de seu desempenho não atingir o mínimo esperado, ele será despedido facilmente. O conhecimento do médico é que lhe dá a imagem profissional, já que sua autonomia não o obriga a ocupar um cargo burocrático com padrões de desempenho pré-fixados.

O centro de decisões e preocupações do médico é completamente diferente daquele do gerente. Para o primeiro, o paciente é um assunto e um desafio à sua frente, requerendo decisões sobre o curso do seu tratamento. Quando o médico precisa de apoio para desempenhar suas tarefas, pressiona o resto da estrutura para obtê-lo. O gerente tem sorte diferente. Ele é pressionado pela estrutura da empresa e poucas vezes consegue influir no curso das atividades, pois suas decisões são grande parte generalistas, apesar dos seus efeitos específicos. O gerente fica sabendo quem são os clientes da empresa muito mais por intermédio de outras pessoas, por canais indiretos, ao passo que o médico se relaciona diretamente com os clientes do hospital.

### **Comportamento dos Grupos**

O fato de o médico constituir um grupo importante no hospital não significa que ele seja auto-suficiente no desempenho das atividades, pois vários outros profissionais lhe pro-

vêm o indispensável suporte. Como já foi mencionado anteriormente, o médico encontra na organização hospitalar uma estrutura que abriga uma ampla divisão de trabalho e uma intensa especialização de funções, resultando na sua interdependência aos demais grupos. Assim sendo, é indispensável se falar a respeito de cada grupo, de forma a melhor caracterizar sua estrutura social e sua posição no ambiente, para que se possa entender a dimensão da dinâmica interna do hospital.

### **Os Médicos**

Voltando à observação da Talcot Parsons (1952), o suporte do mecanismo de proteção à saúde está no desenvolvimento de papéis institucionalizados na estrutura social que determina o comportamento do médico e do paciente. Assim, o papel do médico está ligado à classe dos papéis profissionais, constituindo uma atividade especializada e com sua função determinada na sociedade. A institucionalização de seu papel está baseada em fatores técnicos que constituem a principal fonte de "status", bem como a base para o processo de seleção para o desempenho deste papel. Tais fatores colocam em evidência critérios de desempenho e padrões de competência. O médico situa-se, então, em um contexto onde a capacidade técnica é a maior referência de "status" os seus valores são universais (em termos de sociedade como um

todo) e tem sua atividade funcional definida. Estas condições resultam de tradições culturais que se têm consolidado no decorrer dos anos, e porque não dizer séculos, já que a medicina é talvez a profissão mais tradicional.

Existe uma distinção entre o médico que exerce suas atividades de maneira privada e o que se liga mais diretamente ao hospital. O primeiro trata dos pacientes utilizando a sua técnica especializada, porém mantém ainda relações de remuneração do seu trabalho. O médico, nestas circunstâncias, é mais direto no tratamento do paciente e utiliza sua tecnologia de forma isolada.

Aquele que exerce suas atividades mais habitualmente no hospital mantém um relacionamento mais simples e menos intenso com os pacientes. A divisão de trabalho, exigindo a participação de outros médicos, enfermeiras, auxiliares, faz com que a interação médico-paciente se torne menos intensa.

O médico, com os valores cosmopolitas adquiridos em sua formação acadêmica, com seus objetivos e independência de ação, defronta-se com a estrutura do hospital, bem mais restritiva que a social. Ao lado de ter mais contato com os colegas e demais profissionais, de estar atualizado na evolução da tecnologia médica, ele tem que se relacionar com grupos diversos, sujeitan-

do-se algumas vezes a escolhas e influências de terceiros. A responsabilidade definida no papel do médico exige também um correspondente poder e autoridade no desempenho de suas atividades, o que traz uma complexidade no relacionamento médico-hospital. Desde que a interação com o paciente traz responsabilidades, é natural que o médico exija a liberdade de ação correspondente. Porém, esta liberdade é de certo modo frustrada pelo ambiente hospitalar, que oferece restrições a estas expectativas em nome de se obter coordenação entre as várias atividades. Existem normas e regras para a utilização dos materiais, dos medicamentos, de auxiliares, que podem se tornar fontes de conflito, pois é através de orientações formais que a estrutura hospitalar busca efetivar os seus controles.

Ao lado de ser uma das mais prestigiadas profissões na nossa sociedade, a medicina, como uma ciência, tem ainda associados dois importantes aspectos: a arte e a pesquisa. A diagnose clínica e a cirurgia contêm aspectos da arte, enquanto o desenvolvimento e o estudo da tecnologia evidenciam a pesquisa. A rápida evolução tecnológica impõe uma pressão sobre o médico, pois a procura de atualização implica em um maior conformismo à estrutura do hospital.

Os médicos organizam-se no hospi-

tal em um grupo onde, internamente, o relacionamento se processa de maneira simples e informal. As funções do grupo são bastante importantes no sentido de assegurar uma efetiva assistência ao paciente, delegar autoridades individuais, regular os padrões de assistência médica, treinar os médicos internos e residentes e orientar a admissão de novos membros. Desenvolve-se nele uma hierarquia de "status" fundamentada na distinção entre médicos residentes e independentes, especialistas e clínicos gerais, entre novos e veteranos e assim por diante. Esta hierarquia é importante para a própria manutenção do grupo, pois os recém-chegados vão sendo orientados para o conhecimento das expectativas, dos papéis das atitudes em relação aos outros grupos e do grau de prestígio do seu próprio grupo no ambiente. Nesta dinâmica são assimilados novos valores, que orientam o comportamento dos novos membros.

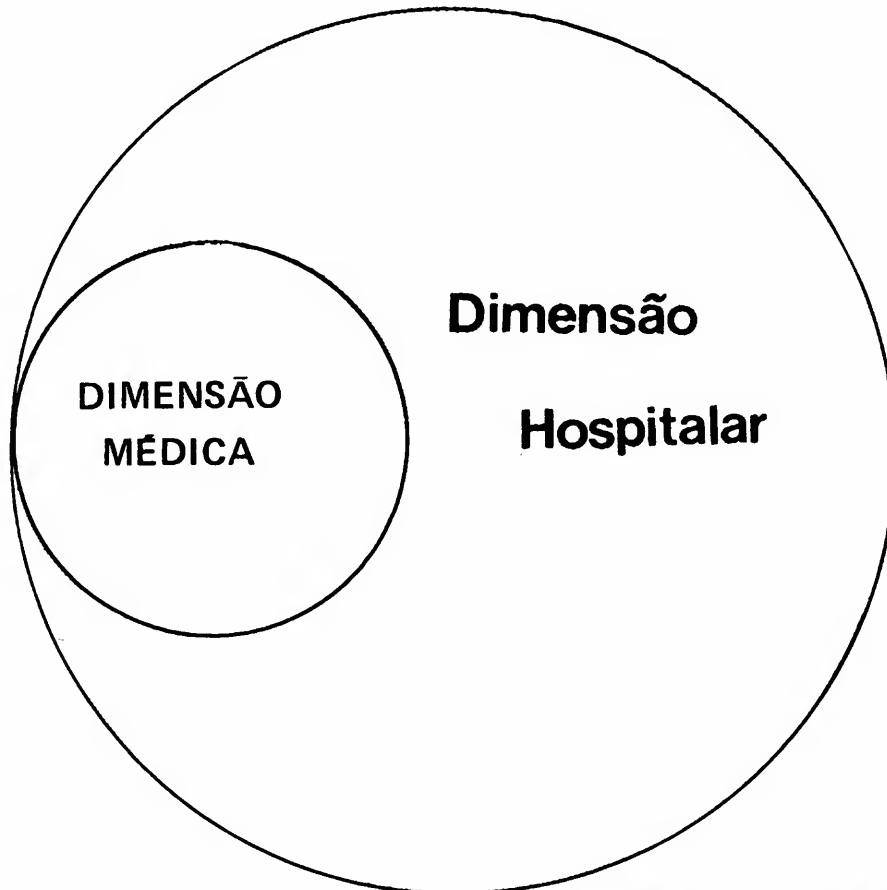
Um grupo organizado, coeso, que possua uma liderança efetiva, exercerá um papel importantíssimo na orientação do hospital. Quanto maior a integração entre os médicos, mais fácil será a pressão para um desempenho equalizado, permitindo à direção envolver-se mais diretamente com atividades de obtenção de informações e transações na comunidade.

### **A Administração**

O hospital é uma instituição que

pode ser vista como composta por duas dimensões: a médica e a hospitalar. A dimensão médica é constituída exclusivamente pelos profis-

sionais de medicina que têm a responsabilidade básica sobre o paciente. A figura 2 a seguir procura ilustrar estas dimensões.



**Fig. 2 – As Dimensões do Hospital**

A dimensão hospitalar é constituída por todo o pessoal que dá apoio técnico às atividades médicas e pelos aspectos físicos e materiais, indispensáveis ao processo de assistência ao paciente.

Ambas as dimensões possuem suas lideranças próprias. A dimensão médica é liderada por um médico chefe (diretor médico, diretor clínico, ou outra denominação formal) e a hospitalar por um administrador (dire-

tor administrativo, gerente administrativo, etc). Coordenando ambas as dimensões existe usualmente um órgão colegiado (diretoria plena, diretoria executiva, mesa diretora, conselho de administração, dependendo da natureza do hospital) ou uma superintendência (ocupada por um superintendente, diretor executivo, ou outro nome que se queira dar).

Este tripé (médico-chefe, administrador e direção) constitui portanto

a base do processo decisório no hospital. Naturalmente, cada hospital tem sua estrutura própria, mas este triângulo decisório é comum a todos.

As atividades da direção, por exigirem um constante contato com o ambiente externo, não são normalmente tão bem definidas quanto as do médico-chefe e a do administrador e, portanto, variam amplamente entre os hospitais. Neles, quase como regra geral, se concentra a principal fonte de autoridade formal. Os seus membros podem ser pessoas influentes na comunidade, médicos ou proprietários leigos. As suas responsabilidades repousam mais geralmente no estabelecimento de normas para o desempenho das atividades médico-administrativas, seleção dos médicos chefes e administradores e aprovação de novos membros do grupo médico, aquisição de equipamentos e material de alto custo: manutenção de bons padrões de atendimento e orientação do planejamento financeiro a longo prazo. Outra função importante da direção é a mediação das disputas entre os médicos e os demais profissionais.

O relacionamento da direção com o administrador assume, por vezes, aspectos diferentes daqueles comumente observados entre a diretoria de uma empresa e seus gerentes. De acordo com Georgopoulos e Mann (1962), como no hospital a principal responsabilidade recai sobre

problemas de vida ou morte, é delegada relativamente menos autoridade ao administrador, obrigando-o a decidir a partir de consultas prévias à diretoria com maior frequência de que o fariam os gerentes à alta administração da empresa.

Na relação direção-médicos, a autoridade formal exercida pela primeira é menos intensa em relação ao administrador, concentrando-se mais na aceitação e homologação ou, eventualmente, recusa ou exclusão de algum membro do grupo médico, como também na escolha das chefias das áreas especializadas.

O estabelecimento de políticas envolve determinar a orientação dos padrões de atendimento. Apesar de a direção estabelecer oficialmente as políticas, os médicos exercem uma influência fundamental em sua definição. O administrador é uma figura atuante neste processo e a sua posição, sendo também executiva, torna o problema decisório complexo. Assim, as barganhas com instalações, equipamentos, recursos são mais comumente feitas entre médicos e administrador.

O hospital sendo um dos mais complexos modelos de organização, onde várias áreas com múltiplas metas estão inter-relacionadas, a presença do administrador torna-se um importante fator de ligação na estrutura global. O seu papel pode ser definido como a integração de várias

atividades que dão suporte à efetivação do processo administrativo, ao mesmo tempo em que facilita a aplicação da tecnologia. Estando geralmente sob sua influência vários setores, como por exemplo, laboratórios, nutrição, pessoal, registros médicos, serviços gerais, ele precisa prover a manutenção da aparelhagem, suprir os estoques de materiais para laboratório, para as salas de cirurgia, cuidar dos transportes e assim por diante. É a responsabilidade por tais atividades que legitima sua autoridade no hospital.

Entre o administrador e o grupo médico existe o mais importante confronto de poder no ambiente. Os médicos, possuindo o domínio da tecnologia e o poder para decidir sobre o processo da recuperação do paciente, concentram grande fonte de poder. O administrador, por sua vez, precisando efetivar a coordenação das atividades para racionalizar a utilização dos recursos disponíveis, adquire também um fonte de poder, pela distribuição destes recursos. Surgem daí duas sub-estruturas diferenciadas, onde o problema de integrá-las constitui um desafio constante à direção do hospital.

Tem crescido nos últimos anos o movimento para tornar o administrador hospitalar um profissional com "status" próximo ao do médico através do fornecimento de uma formação especializada em universidades e também em entidades de

profissionais.

A posição de administrador, em nosso país, tem sido ocupada quase exclusivamente por médicos. Neste ponto têm sido intensas as discussões sobre a necessidade ou não de o administrador hospitalar ser médico. Os que advogam a primeira posição argumentam que só sendo médico o administrador conseguirá interpretar as demandas provenientes do paciente. Os defensores da necessidade do administrador ser um profissional especializado com formação universitária, por seu lado, argumentam que a atividade administrativa não pode ser empírica ou improvisada. Apesar de administração também abrigar os componentes arte e ciência, não se pode gerir uma organização moderna com a omissão dos aspectos científicos.

Contudo, ambas as posições não levam, de per si, à solução dos problemas importantes no hospital. Partindo-se dos objetivos de obtenção de eficiência e eficácia na assistência ampla e global ao paciente, o fato de o administrador ser ou não médico não faz diferença. Um médico na posição de administrador pode se revelar exímio negociador junto ao corpo clínico e à direção, de forma a facilitar sobremaneira a obtenção de bons resultados. Por outro lado, um administrador hospitalar especializado com pouca compreensão do ambiente pode se ater em demasia à racionalidade

administrativa e enrijecer a estrutura interna da dimensão hospitalar, e, em nome da otimização de recursos, comprometer as atividades ligadas à recuperação do paciente.

Na realidade, a posição do médico como administrador se reveste de uma complexidade bem maior, por envolver necessariamente mudanças de seu comportamento. Considerando-se os aspectos sociais envolvidos na sua formação e seu desempenho profissional, quando o médico passa a ser administrador todo um grupo de referência precisa ser deixado de lado e ser assumido um novo. De atuante na dimensão médica passa a atuar na dimensão hospitalar. De cosmopolita deverá tornar-se mais provinciano, dedicando-se exclusivamente ao hospital, além de precisar se conformar mais intensamente às normas e as regras formais. Quando ele não abandona sua postura de médico quando na posição de administrador fatalmente cria conflitos tanto para si como para a dimensão hospitalar.

No Brasil, o "status" do administrador hospitalar ainda é um tanto distante daquele do médico, pois o setor hospitalar integrante da área de saúde só agora é que começa a reagir consoante os novos níveis de desenvolvimento do país. Este fato tem sido um grande empecilho para o médico assumir mais intensamente a postura de administrador. Assim, ele reluta em deixar de ser cosmopolita para aceitar os valores da

dimensão hospitalar e conformar-se aos padrões formais mais burocráticos. A perda de "status" para ele é algo de difícil aceitação, daí suas atitudes e referências serem todas voltadas ao grupo original, mesmo que este não mais o aceite como médico, o que é comum acontecer na prática.

### **A Enfermagem**

Constituiu-se ela no grupo mais significativo da dimensão hospitalar tanto pelo número de participantes como pelo seu envolvimento obrigatório, durante as vinte e quatro horas do dia, no atendimento e assistência ao paciente.

A enfermeira é a tradicional auxiliar do médico, daí a sua importância na obtenção de altos padrões de qualidade nos cuidados do paciente.

De fato, apesar de ser o médico o responsável pela decisão sobre o processo do tratamento, a enfermeira é quem dá seguimento aos procedimentos definidos por ele, ficando permanentemente ao lado do paciente enquanto este estiver no hospital.

Apesar do nome genérico, enfermeira, hoje existe uma hierarquia formal no grupo de enfermagem. Assim, há a enfermeira de alto padrão com formação universitária, as técnicas de enfermagem, com instrução escolar de segundo grau, e as

auxiliares de enfermagem, que recebem formação mais rápida e que possuem formação escolar elementar. O grupo de enfermagem também compreende um pessoal com pouca escolaridade, envolvido em tarefas bastante simples, que são os atendentes de enfermagem.

A enfermeira de alto padrão é também o resultado do desenvolvimento da tecnologia médica, pois a tradicional companhia do médico não poderia estar à margem da evolução dos procedimentos terapêuticos. Hoje a enfermagem é uma atividade altamente especializada e seus profissionais vêm se empenhando para ter sua função reconhecida não apenas no ambiente interno do hospital e nas demais unidades de saúde, mas também perante a sociedade.

O profissional de enfermagem tem um papel bastante importante e efetivo dentro do que hoje está sendo conhecido como a equipe de saúde. Nesta concepção de trabalho, vem ocorrendo uma efetiva divisão de tarefas e uma integração crescente entre médicos, enfermeiras e demais profissionais de forma a resultar uma eficiente e eficaz atenção ao paciente.

Estes novos avanços e conquistas da enfermeira fazem com que a diferença do seu "status" para com o do médico esteja diminuindo. Isto, contudo, por vezes se reflete em conflitos entre médicos mais anti-

gos, que costumavam ver a sua auxiliar com significativa distância de "status" e a enfermeira moderna mais atuante, que se manifesta também sobre aspectos dos cuidados com o paciente.

A liderança deste significativo grupo está a cargo da chefe de enfermagem, normalmente um profissional de nível universitário. Esta chefe tem uma atuação intensa sobre as atividades administrativas de enfermagem, tais como recrutamento, seleção, treinamento de pessoal, programação do trabalho, distribuição de tarefas e interação com o administrador, a direção e o médico chefe.

Tendo em vista a preocupação cada vez maior com a qualidade da assistência prestada ao paciente, a chefe da enfermagem vem sendo prestigiada no ambiente, pois este grupo tem participação decisiva neste processo.

Este crescente prestígio da enfermagem tem provocado a elevação do "status" da sua chefe junto ao administrador e ao médico chefe e em muitos hospitais ela ocupa uma posição de nível semelhante aos mesmos.

Dentro da estrutura do grupo de enfermagem, além da chefia principal existem outras chefias setoriais, distribuídas pelos diversos serviços e unidades hospitalares. Estas chefias



são desempenhadas também pelo pessoal de nível universitário, o que implica em uma nítida divisão de "status" no grupo. Assim, os níveis de supervisão são exercidos por profissionais de alto padrão e as tarefas operacionais são executadas pelo pessoal técnico e auxiliar.

Quando a enfermagem não tem seu "status" definido no ambiente hospitalar ou seja, quando as atividades do pessoal de alto padrão são desempenhadas por alguém de pouca qualificação profissional, a dimensão hospitalar como um todo sofre com a falta de um apoio significativo deste grupo. O reflexo também é notório junto à dimensão médica pelo desequilíbrio que causa entre estas duas dimensões.

A enfermagem é o grupo mais significativo dentro da dimensão hospitalar e conseqüentemente, responsável por boa parte do equilíbrio interno do hospital.

### **Outros grupos de profissionais**

Ao lado da enfermagem, na dimensão hospitalar existem inúmeros outros grupos de profissionais, com formação universitária ou não, que se envolvem no apoio ao processo de tratamento do paciente.

Estes grupos, que constituem apoio direto e indireto às atividades fim do hospital, também estão tendo

sua estrutura social interna modificada em função da própria evolução da tecnologia médica e hospitalar que vem resultando na crescente especialização das atividades.

### **Laboratório**

O laboratório no hospital tem várias tarefas inter-relacionadas. Uma primeira é fornecer elementos para o médico poder diagnosticar, acompanhar o curso da doença e avaliar os resultados do tratamento. A segunda se refere à elaboração de relatórios, principalmente dos exames após o óbito e dos materiais removidos nas operações, fornecendo assim informações para o diagnóstico e o controle de qualidade. Esta tarefa é, portanto, muito importante para a medida da eficiência do hospital. A terceira tarefa é o fornecimento de dados obtidos nos testes bacteriológicos de rotina e pesquisas especiais, de forma a permitir o controle de infecções e contaminações incipientes. Outra tarefa é a pesquisa pura e aplicada, dirigida tanto ao apoio para a criação de novas técnicas como para descobertas em patologia e fisiologia.

O laboratório apresenta basicamente uma estrutura social com dois níveis distintos, desempenhados por indivíduos com diferentes níveis de especialização. No mais alto está o médico patologista que chefia o grupo dos técnicos. Este chefe é

um especialista altamente treinado que diagnostica os materiais removidos nas operações ou biópsias. Ele é o principal responsável pelos relatórios, bem como pelo treinamento dos técnicos que se iniciam na atividade. Ele não supervisiona, necessariamente, direta e sistematicamente o trabalho, delegando a um chefe técnico a responsabilidade pelo andamento dos procedimentos e algumas tarefas administrativas.

O patologista é o representante do grupo do laboratório no contexto do hospital. Seu contato com os outros médicos é frequente e o relacionamento com o administrador se reveste de um caráter mais formal voltado para a aquisição de equipamentos, suprimento de materiais, instalações, salários e recursos para a contratação de novos técnicos.

Os técnicos, de maneira geral, não se envolvem diretamente com o paciente. Se as enfermeiras podem apresentar certa ansiedade por não terem poder para definir os procedimentos básicos de tratamento, quanto a estes é mais natural que surja frustração por causa deste menor relacionamento. Este fato pode conduzir à busca de motivação no relacionamento informal dentro do próprio grupo, resultando disso uma grande coesão entre essas pessoas.

Tal situação permite que haja boas relações com o técnico chefe, que

possui "status" pouco diferenciado dos outros membros. Ao lado desta busca de satisfação, os técnicos procuram outras formas de relacionamento com o chefe médico, além das de trabalho. De maneira geral, ele estabelece um contato mais direto com os técnicos, antes para auxiliá-los e orientá-los do que para usar de suas prerrogativas de chefe formal. O patologista, sendo visto como um representante do grupo no relacionamento externo, tem melhores condições de obter boa colaboração dos seus membros.

O contato dos técnicos com outros setores é mais restrito ao grupo de enfermagem. Em muitos casos, a coleta de materiais é feita quase exclusivamente pelo pessoal da enfermagem que estabelece a ligação do laboratório com os demais médicos do hospital. Nestas circunstâncias surge comumente um confronto de relevância na relação técnicos-pessoal de enfermagem. Os primeiros dão pouca ênfase ao fator tempo, assumindo como importante o bom desenvolvimento dos procedimentos onde este fator nem sempre pode ser levado em conta. O pessoal de enfermagem, por seu lado, estando ligado mais diretamente ao paciente, pressiona os técnicos para obter os resultados dos testes e exames no menor período de tempo possível.

O relacionamento do grupo do laboratório com os outros setores

adquire um aspecto mais formal e impessoal, o que dificulta a integração dos mesmos no ambiente hospitalar.

O surgimento dos profissionais universitários de bioquímica e, mais recentemente, de biomedicina está provocando mudanças bastante grandes na estrutura social do laboratório. Estes profissionais, apesar de universitários, não participam do grupo médico e tampouco do de técnicos. Eles estão fazendo surgir um novo estrato dentro da estrutura social do laboratório, pela absorção de algumas tarefas dos médicos e também dos técnicos.

Como se vê, a estrutura de "status" deste setor tende a se tornar bem mais complexa.

### **Radiologia**

Os serviços especializados de radiologia e radioterapia têm, da mesma forma, crescido em importância, como um apoio ao diagnóstico e à terapêutica. Nesta área encontram-se os aparelhos de raio-X, radiosótopos, que vão oferecer os elementos para o médico decidir sobre o curso do tratamento do paciente.

A chefia deste setor é de um médico especialista, pertencente também ao grupo médico, com autoridade médica e administrativa sobre o setor. A parte mais rotineira das atividades, contudo, é desempenha-

da por técnicos em radiologia, que preparam o material e manuseiam a aparelhagem.

No ambiente interno do hospital, o "status" dos técnicos de laboratório e dos técnicos de radiologia são muito semelhantes, pois ambas as atividades são importantes nos procedimentos de diagnose e terapia. Estão, da mesma maneira, localizados em setores específicos, sem grandes contatos com outros grupos. Continuam, aqui também, os contatos (**formais externos**) sendo efetuados pelo médico radiologista com os outros especialistas e o administrador

Na mesma forma como no laboratório, está surgindo um novo profissional universitário na especialidade de radiologia. Sem dúvida este especialista deverá ter que disputar um lugar entre os técnicos mais tradicionais e o médico.

### **Farmácia**

Apesar de ser também um serviço técnico, a farmácia configura-se de maneira diferente das duas unidades anteriores. O seu responsável é um outro profissional também tradicional, de nível superior: o farmacêutico.

O movimento dos estoques e as aquisições de medicamento são normalmente significativos. Sendo o administrador o responsável pela

administração financeira a curto prazo do hospital, daí resulta uma necessária interface entre ambos. Quando as atividades farmacêuticas não são enfatizadas e o serviço reduz-se a um almoxarifado de medicamentos, o relacionamento é simplificado, podendo sua chefia estar a cargo de um técnico em farmácia. Porém, quando a farmácia atua intensamente nas atividades hospitalares, estabelecem-se relacionamentos mais intensos entre o farmacêutico e o administrador.

O farmacêutico, entre as suas várias tarefas, prepara e fabrica medicamentos no próprio hospital, prepara dosagens individuais, controla o uso de narcóticos, classifica os componentes bioquímicos, orienta a compra de novos medicamentos e orienta a padronização do uso de medicamentos pelos médicos. Pode contar com o apoio de um grupo de auxiliares, porém, envolvidos mais nas tarefas administrativas e operacionais da farmácia (estocagem e distribuição) do que propriamente na manipulação e manufatura de drogas. Este grupo de auxiliares tem formação mais prática e menos técnica.

O contato mais frequente deste setor é com o pessoal de enfermagem que, seguindo orientação contida nas prescrições médicas, precisa administrar os medicamentos aos doentes. O relacionamento do farmacêutico com os médicos é feito

de maneira assistemática, quando ele apresenta relações e sugestões de medicamentos recentes, orientação para prescrições em casos especiais e suas dosagens, utilização de medicamentos e assim por diante. A interface com o corpo médico é de natureza eminentemente técnica, diversamente daquela do administrador.

### **Nutrição e Dietética**

Não existe atividade que permeie tão amplamente o hospital e afete desde os pacientes até as outras pessoas, como a alimentação. Médicos, enfermeiras, pessoal administrativo, além do paciente, usualmente fazem suas refeições no próprio hospital.

Até há pouco tempo, as dietas eram preparadas e em grande parte orientadas por pessoas com experiência em cozinha convencional. Com a intensificação de estudos sobre as propriedades dos alimentos e seus efeitos na saúde do doente, desenvolveu-se a ciência da nutrição, trazendo novo campo técnico e de especialização profissional. A nutrição passou então a ser reconhecida como um efetivo apoio no processo terapêutico. A sua amplitude e crescente importância resultou no aparecimento da nutricionista, que recebeu autoridade formal para auxiliar os médicos na definição das dietas e para orientar os técnicos, auxiliares e ajudantes nas tarefas de pre-

paração da alimentação no hospital.

As tarefas deste grupo iniciam-se geralmente com a compra de gêneros alimentícios, obedecendo à programação da nutricionista. As compras não são diferentes das realizadas nos hotéis e restaurantes comerciais. Existe uma prática tradicional definida sobre o suprimento de gêneros e seu preparo, porém os detalhes dos pratos ou cardápio são resolvidos pela nutricionista e sua equipe, que fazem a programação com antecedência de vários dias.

Existe uma rotina de tarefas com a finalidade de preparar os alimentos. Nesta rotina comumente estão envolvidos dois sub-grupos. O maior, constituído de indivíduos com pouca especialização, como é o caso dos limpadores de alimentos, dos enxugadores, dos carregadores, dos servidores e outros auxiliares. O segundo, onde se situam aqueles com maior especialização, como os técnicos e auxiliares de nutrição, que participam da produção. O grupo menos especializado é formado por pessoas com baixo nível de escolaridade e profissionalidade e que encontram nesta atividade uma forma mais transitória do que definitiva de trabalho. Os técnicos e auxiliares de nutrição são profissionais com conhecimentos sobre a arte e a técnica de cozinhar. Sua fonte de motivação deverá estar na criação e no preparo de pratos dos cardápios.

A integração destes sub-grupos constitui um importante fator de sucesso na operação da cozinha. Nesta heterogeneidade de participantes, a cooperação torna-se um pouco mais difícil do que nos grupos anteriores. O pessoal menos profissionalizado precisa ser treinado em tarefas específicas e não tem possibilidade de contatos frequentes com outros grupos no hospital. O pessoal técnico, por seu lado, não tem possibilidade de adquirir "status" como se estivesse em um restaurante, onde há a possibilidade de se tornar "mestre cuca". No hospital eles se defrontam com a chefia de um profissional, cuja orientação científica restringe tais possibilidades.

O impacto da alimentação sobre o doente assume aspectos psicológicos delicados se considerarmos que ele tem pouca possibilidade de escolha, além de estar sujeito a certas restrições inerentes à sua terapia. Esta situação pode torná-lo pouco receptivo à alimentação que lhe é oferecida, o que por vezes obriga a um maior empenho da nutricionista em aproximar as suas preferências à da dieta normal existente ou à especial determinada pelo médico.

Os grupos mais constantes no relacionamento com a nutrição são os médicos e as enfermeiras. O administrador exerce influência como supervisor atendo-se mais aos assuntos de natureza gerencial, como

a política de compras ou o custo das refeições. As atividades da nutrição são iniciadas através da orientação dada pelo médico na sua prescrição, ou ela pode deixar à nutricionista a escolha da alimentação (geralmente a dieta normal) ou indicar "a priori" as restrições (dieta especial).

A enfermagem mantém com a cozinha um relacionamento bastante semelhante àquele mantido com o laboratório, em que seu pessoal não só leva a orientação do médico como também precisa servir a alimentação aos pacientes.

### **Serviço Social**

O trabalho do assistente social no hospital é mais recente do que o da enfermeira e o da nutricionista. Suas atividades não são tão facilmente perceptíveis como a enfermagem e a nutrição. Em linhas gerais, suas funções estão voltadas à orientação do paciente no novo ambiente, onde ele receberá atenção especializada, internando-se ou não no hospital.

Da mesma forma que os demais profissionais universitários, os assistentes sociais são também orientados para o seu amplo grupo de referência externo ao hospital. Isto dá a este grupo um grande apoio para sua afirmação no ambiente hospitalar

Como um grupo recente, altamente especializado e com funções ainda não muito bem entendidas pelos demais, os assistentes sociais formam um grupo bastante coeso e cuja motivação está também em tratar diretamente com o paciente e com os médicos. Esta pouca compreensão do seu papel tem resultado em uma gama bastante ampla de posicionamento na estrutura do hospital, indo desde a denominação de "equipe" até "departamento de serviço social"

Na sua inter-relação com os demais grupos, o dos médicos é o mais frequente, pois os assistentes sociais funcionam como uma ponte entre o processo de assistência e o paciente. Com relação ao administrador, a comunicação não se faz de maneira muito simples, pois para ele o serviço social é, por vezes, visto mais como uma atividade acessória, cujo custo não conduz facilmente à visão da sua contribuição.

### **Pessoal Administrativo**

Constitui um grupo expressivo no hospital, envolvido fundamentalmente no apoio às atividades dos demais grupos de profissionais. Dadas suas características, são os que mais próximos estão das demais empresas comerciais e industriais, como é o caso do pessoal da contabilidade, tesouraria, almoxarifado, relações públicas, compras, recepção, secretarias de unidades de aten-

dimento, datilógrafas, telefonistas etc. Este grupo, apesar de bastante heterogêneo, tem um ponto em comum, qual seja a sua lealdade primeira à instituição que os emprega. É, portanto, o grupo mais provinciano do hospital, pois os seus referenciais externos em termos de profissão são pouco expressivos.

A sua posição no ambiente hospitalar não é muito bem aceita e entendida, por duas razões. A primeira delas é o fato de não serem eles tidos verdadeiramente como profissionais de saúde, não se envolvendo, portanto, no processo de atendimento ao paciente. Em segundo lugar porque são eles os responsáveis pelos processamentos burocráticos, necessários a qualquer organização, mas de fácil rejeição pelos profissionais. Conseqüentemente, o seu "status" como grupo está abaixo dos demais.

Apesar destas dificuldades, o hospital consegue atrair pessoal para executar trabalhos administrativos. Entre os mais importantes fatores está o da proximidade com os mistérios da vida e da morte, a contribuição, mesmo que distante, ao processo de assistência ao paciente, a possibilidade de uma atividade menos rotineira que em uma fábrica, por exemplo, e também o fato de que há uma pressão atualmente crescente no sentido de profissionalizar atividades como os registros médicos, gerentes hospitalares, técnico de

contabilidade hospitalar (para processar, por exemplo, contas dos convênios com o INAMPS) e outras.

Assim sendo, é de se esperar que o pessoal administrativo, pela complexa estrutura de "status" que mantém, não seja realmente um grupo mas um conglomerado de sub-grupos, cada um deles com características bastante próprias.

### **Serviços Gerais e Lavanderia**

A manutenção do edifício, equipamentos, aparelhagem, instalações elétricas, comunicação telefônica, elevadores, limpeza, vidraças, conserto de móveis, constituem atividades inerentes à vida do hospital.

A lavanderia é um setor cujas tarefas são importantes nos cuidados do paciente. O asseio pessoal precisa ser mantido. A roupa de cama e as de uso diário precisam ser mudadas constantemente de acordo com as necessidades.

O grupo que trabalha em serviços gerais e o da lavanderia são semelhantes em nível de especialização e em "status" apesar das atividades inerentes a cada um serem diversas. A diferença básica e que parece caracterizar bem um grupo em relação ao outro é talvez a estabilidade de permanência na organização. Na lavanderia, onde mais facilmente pode existir divisão de tarefas e as atividades tomam lugar em um ambiente

te determinado e isolado, o grupo pode tornar-se mais coeso, existir cooperação e serem estabelecidas normas sociais para a orientação de seus membros. O pessoal que cuida da limpeza e manutenção trabalha disperso pelo hospital, com acesso a praticamente todas as dependências, defrontando-se, assim, com vários grupos de maior status. Neste último grupo dificilmente surge coesão e a cooperação é mínima.

## CONCLUSÕES

Do exposto até aqui sobre o comportamento dos diversos grupos no hospital, é possível se resumir os aspectos analisados em algumas conclusões importantes.

Quando se pensa no hospital como uma empresa, é preciso considerar que, de per si, esta visão não leva a nenhuma definição operacional clara, pois afinal um banco comercial, um supermercado, uma empresa construtora, uma fábrica de automóveis ou de tecidos também o são. O que diferencia cada uma destas instituições é a sua tecnologia própria e seus correspondentes processos operacionais e administrativos. Nestas circunstâncias, um banco é bastante diferente, em termos operacionais, de uma fábrica de automóveis. Tecnologias diferentes e procedimentos operacionais diferentes resultarão sempre em estruturas internas diferentes. Esta foi a perspectiva com que se analisou o com-

portamento de um gerente em uma empresa genérica e do médico no hospital. Assim, procurou-se mostrar que o gerente (ou executivo) é um indivíduo "provinciano" que ascende na estrutura hierárquica formal, ao passo que o médico, um "cosmopolita" assim como outros profissionais universitários, ascende através da estrutura de status definida pelo grupo. Portanto, a configuração prevalecente no hospital é de uma estrutura administrativa bem mais achatada, com menos níveis hierárquicos, do que a estrutura de uma indústria, que utiliza um processo de produção mecânico bastante simples.

Como um aspecto bastante próprio e característico no hospital, está o seccionamento (teórico) do ambiente interno nas dimensões médica e hospitalar. Em nenhuma outra instituição os profissionais universitários são tão evidentes como no caso dos médicos no hospital (exceção feita à universidade, onde o professor é o profissional que se destaca). Mesmo em uma indústria eletrônica, onde existe um grupo significativo de cientistas na unidade de pesquisa e desenvolvimento, estes profissionais não têm atuação e influência tão decisiva na fixação de objetivos da empresa, tarefa de responsabilidade dos executivos.

A proeminência do profissional de medicina tem raízes no desenvolvimento das atividades médicas ao



longo dos séculos e portanto, a sua dimensão é legítima e própria do ambiente. A dimensão hospitalar teve evolução posterior e decorreu da ação da primeira, dada a necessidade de desenvolvimento tecnológico nas ciências médicas. Hoje, tudo isto está reunido em uma instituição que se chama hospital. As atividades da dimensão hospitalar (enfermagem, nutrição, farmácia, administração, etc.) cresceram rapidamente e também criaram as suas especialidades profissionais, algumas já consolidadas e outras ainda em consolidação. Nestas circunstâncias, a plena integração entre ambas as dimensões passou a ser um novo objetivo operacional, pois quanto mais se especializam as tarefas maior se torna o problema da coordenação entre elas. A visão recente da atuação do grupo multiprofissional na assistência ao paciente é uma tentativa de solucionar este problema.

A integração e obtenção de equilíbrio entre ambas as dimensões é um importante fator de sucesso na gestão hospitalar. Quando a parte médica é mais abrangente, estendendo sua área de influência para a dimensão hospitalar ou vice-versa, é de se esperar que surjam problemas no ambiente, com prejuízo para o desempenho operacional. Exemplificando, quando o grupo médico passa a ter ação concomitantemente sobre outras atividades técnicas e administrativas, os demais grupos

terão sua estrutura interna desequilibrada e enfraquecida. Quando, por outro lado, se estabelecem procedimentos burocráticos rígidos para a dimensão médica, este grupo de profissionais se verá tolhido em seu desempenho.

Quanto ao paciente, sua consideração é fundamental para se encontrar o fio inicial de um novelo tão intrincado e complexo como o ambiente do hospital. É sempre ele quem origina os procedimentos operacionais e o aspecto mais importante é que cada paciente é portador de um problema e de uma patologia próprios. Assim, não é difícil perceber-se a complexidade que existe em programar o processo de atendimento e assistência relativamente aos moldes, por exemplo, da programação de um processo produtivo na indústria. Como, então, solucionar o problema de se obter a eficiência e conseqüentemente um alto padrão de qualidade nos cuidados com o paciente?

No caso de uma indústria que utilize uma tecnologia mais simples e estável, a relação dos fatores técnicos com os sociais é mais facilmente compreensível. Os fatores técnicos compreendem as máquinas, as instalações, as ferramentas, o processo produtivo e os procedimentos padronizados, e os sociais compreendem os indivíduos e grupos que desempenham as tarefas definidas pelos primeiros. Assim sendo, a re-

lação tecno-social inerente à integração de ambos os fatores apresenta dois aspectos fundamentais: em primeiro lugar, o resultado é sempre um produto padronizado e idêntico, cuja especificação foi previamente estabelecida. Em segundo lugar, a configuração tecnológica mais simples e estável faz com que os indivíduos tenham que se adaptar às suas especificações, com poucas possibilidades de influírem no processo produtivo.

Voltando à consideração do hospital, percebe-se facilmente que a configuração tecnológica é bem mais complexa e dinâmica, portanto nada tendo a ver com comportamentos padronizados decorrentes de um processo pré-fixado de obtenção de resultados.

A obtenção de eficiência, no caso da indústria, tem sua estratégia apoiada na racionalização do uso de recursos. Para tanto, o desenvolvimento tecnológico procura soluções que reduzam cada vez mais o custo resultante da utilização de equipamentos, matérias primas, instalações e, conseqüentemente, o da mão de obra. Em casos desta natureza, os fatores técnicos serão sempre e preferencialmente enfatizados.

O hospital, que se situa em um outro extremo, não podendo utilizar nos mesmos moldes da indústria esta estratégia, terá que enfatizar os fatores sociais. O que significaria

atuar basicamente sobre fatores técnicos se a tecnologia é inerente aos indivíduos? Conseqüentemente, as estratégias para a obtenção da eficiência no hospital devem estar voltadas para os indivíduos.

O que foi desenvolvido no decorrer deste artigo procurou mostrar quem são os indivíduos e quem são os seus respectivos grupos. O desenvolvimento das ciências da saúde ampliou profundamente a especialização no atendimento ao paciente, desde a época da relação simples do médico com seu paciente. A "equipe de saúde" atual é um mundo em si mesmo, altamente especializado, onde vários indivíduos procuram aplicar seu conhecimento para o mesmo fim. Assim, a eficiência não está mais na dependência de um profissional, o que torna a situação muito mais complexa.

O desafio na obtenção da eficiência está, então, em fazer com que todos os indivíduos no hospital, tanto aqueles que tratam de maneira direta com o paciente como aqueles mais distantes, atuem orientados para o mesmo objetivo: a obtenção de altos níveis de qualidade na assistência ao paciente.

Neste sentido, algumas orientações podem ser estabelecidas. A primeira delas é a necessidade de se conseguir um equilíbrio entre os grupos que atuam no hospital. Este equilíbrio será obtido através da manu-

tenção da integridade de cada grupo, ou seja: a enfermagem, por exemplo, não pode ser constituída apenas por auxiliares ou atendentes. Haverá uma diferença muito grande entre estes indivíduos e o médico, ficando muitas tarefas sem desempenho algum ou desempenhadas com baixo nível de qualidade, naturalmente com prejuízo para o paciente. Este raciocínio é válido para os demais grupos. É importante que cada um deles desenvolva e mantenha sua estrutura interna.

Uma segunda consideração é a necessidade de se levar em conta o que realmente motiva cada um dos grupos a um desempenho de alto padrão. Como foi visto no começo do artigo, o hospital é um local de concentração de profissionais cosmopolitas, que têm interesses diferentes daqueles dos provincianos. É preciso levar em conta sua orientação para os valores do grupo de referência externa, é preciso dar-lhes condições de desenvolvimento profissional, de ver seu trabalho valorizado, de assumir responsabilidades sobre tarefas e atividades de sua especialidade, entender sua natural aversão por condicionantes burocráticos, fazê-los participarem efetivamente do seu grupo de trabalho e fazê-los integrarem-se na equipe de saúde.

A terceira condição, que de certa forma está implícita nas duas anteriores, é a necessidade de prevalecer

a consideração do grupo antes da consideração do indivíduo. Como se viu no decorrer do artigo, cada grupo tem a sua estrutura social interna própria, que consolida os papéis a serem desempenhados pelos seus membros. Isto significa dizer que, em se entendendo a estrutura do grupo, se chegará ao entendimento do comportamento do indivíduo. Além disto, os grupos no hospital sendo bem característicos e diferenciados, torna-se mais fácil a visão global da dinâmica do ambiente.

Uma quarta consideração é que, nas situações onde os fatores sociais são mais evidentes que os técnicos, o investimento no desenvolvimento dos indivíduos, profissionais, técnicos e outros deve ser um fator constante na estratégia de obtenção de altos níveis de qualidade na assistência ao paciente.

Uma quinta consideração é o fato de que, apesar de o hospital estar sendo tratado de forma genérica, na realidade cada instituição tem suas características próprias, pois os indivíduos e os grupos são diferentes de um ambiente para outro, mesmo quando se consideram profissionais da mesma especialidade. Desta forma, cada hospital desenvolve e cultiva sua "cultura" interna própria, diferenciando-se razoavelmente dos demais.

Finalizando, é preciso se levar em

conta que o hospital é ainda uma instituição recente dentro do estudo e da pesquisa das organizações. A dinâmica de seu ambiente interno só mais recentemente vem sendo analisada sistematicamente dentro de um rigor científico. Consequen-

temente, antes de se procurar soluções padronizadas é preciso ter-se em mãos um referencial para entender o hospital, para que se possa ser bem sucedido nas soluções para torná-lo eficiente. Foi esta a preocupação básica do artigo.

## BIBLIOGRAFIA

- BUCKLEY, Walter** — *A Sociologia e a Moderna Teoria de Sistemas*, São Paulo, Ed. Cultrix e EDUSP, 1971.
- EMERY, F. E. (Ed.)** — *Systems Thinking*, Middlesex, Penguin Books, 1969.
- GEORGOPOULOS, Basil and MANN, Floyd** — *The Community General Hospital*, New York, McMillan, 1962.
- GOULDNER, Alvin** — "Cosmopolitans and Local" in *Organizations: structure e and behavior*, Joseph Litterer (Ed.), New York, John Wiley & Sons, 1963.
- LAWRENCE, Paul R. e LORSCH, Jay W.** — *As Empresas e o Ambiente: diferenciação e integração administrativas*, Petrópolis, Ed. Vozes, 1973.
- MARCONDES, Reynaldo C.** — "Problemas de Organização Hospitalar: uma abordagem pela estrutura de pressões" in *Cadernos de Administração*, nº 4, editado pelo Depto. de Administração da FEA-USP, maio de 1972.
- MARCONDES, Reynaldo C** — "O Processo Administrativo nas Organizações Hospitalares" in *Revista Paulista de Hospitais*, editada pela Associação Paulista de Hospitais, vol. 23, nº 10, outubro de 1975.
- MARCONDES, Reynaldo C.** — "O Administrador Hospitalar: sua formação e perspectivas profissionais" in *Revista de Administração de Empresas*, editada pela Escola de Administração de Empresas da FGV/SP, vol. 17 nº 2, abril de 1977.
- MARCONDES, Reynaldo C.** — "O Hospital Brasileiro em Novo Contexto Organizacional" in *Revista de Estudos de Administração*, editada pela Fundação Armando Álvares Penteado, vol. 3, nº 8, abril/junho de 1978.
- PARSONS, Talcott** — *The Social System*, London, Tavistock Publications, 1952.
- STRAUSS, Robert** — "Hospital Organization from the Viewpoint of Patient Centered Goals" in *Organization Research on Health Institutions*, Basil S. Georgopoulos (Ed.), Ann Arbor, Institute for Social Research, The University of Michigan, 1974.
- TEMPLE, Burling, LENTZ, Edith, and WILSON, Robert** — *The Give and Take in Hospitals: a study of human organization*, New York, G. P. Putnam's Sons, 1956.
- WHYTE, William F.** — *Human Relations in the Restaurant Industry*, New York, McGraw-Hill, 1948.
- ZACCARELLI, Sérgio B., MARCONDES, Reynaldo C. e BERNARDES, Cyro** — *Modelo Sistêmico de Comportamento nas Organizações*, 2 vols., editado pela Faculdade de Economia e Administração da USP, 1974.