

Relações de trabalho entre a empresa hospitalar e o médico: uma discussão sobre a forma de contratação do profissional médico sem vínculo empregatício e suas consequências na qualidade dos serviços prestados

FERNANDA FERREIRA DA LUZ

(União Social Camiliana) ferferreiraluz@gmail.com

JOCIMAR D. PRADO

(União Social Camiliana) jecontprado@gmail.com

Resumo: O presente artigo visa abordar a questão do relacionamento profissional entre a empresa hospitalar e o médico terceirizado. Tal relação reveste-se de características singulares, tendo em vista que o profissional médico não trabalha exclusivamente para uma única empresa, o que dificulta grandemente a formação de um vínculo entre empresa e prestador de serviço. Essa questão torna-se muito relevante quando se tem a clara ideia de que nos serviços prestados pelo hospital o profissional médico é uma peça fundamental. Assim, a busca pela qualidade em seus serviços passa necessariamente pela qualidade do profissional médico, que muitas vezes não se sente parte de uma equipe com uma finalidade única, que é atender bem o cliente-paciente. A metodologia utilizada pela pesquisa é a pesquisa bibliográfica e a observação de uma empresa hospitalar. Tratando de uma das tarefas mais complexas desse seguimento administrativo, este artigo tem o intuito de estimular pesquisas para se chegar a processos que desvendem quais as necessidades reais da empresa hospital em relação ao serviço médico e vice-versa, atenuando em muito um dos maiores problemas da administração hospitalar em nosso país, a prestação de um atendimento médico de qualidade. Como uma das principais contribuições apresenta-se um comparativo entre as necessidades da empresa hospitalar e o perfil predominante do profissional médico terceirizado.

Palavras-chave: Relacionamento profissional. Profissional Médico. Qualidade no atendimento.

Working relationships between the hospital and medical professional: a discussion on how to hire the professional and their consequences on the quality of hospital services

Abstract: This article aims to address the working relationship between the company and the medical professional no employment. This relationship is of unique characteristics in order that the medical professional does not work exclusively for one company which makes it very difficult to form a bond between company and service provider. This question becomes very important if you have a clear idea of the services provided by the hospital, the medical professional is a key. Thus, the search for quality in its services necessarily involves the quality of medical professional who often do not feel part of a team with a single purpose which is to serve the customer well-patient. The methodology used by the research is the literature search and unsystematic observation in a hospital company. Addressing one of the most complex tasks of administrative monitoring this article aims to stimulate research to arrive at processes which unveil the real needs of the company in relation to hospital medical service and vice versa, greatly reducing one of the biggest problems hospital administrations in our country, the provision of medical care quality. The main contribution presents a comparison between the needs of the company and the predominant profile of the hospital medical professional outsourced.

Key words: Working Relationship. Medical Professional. Hospital Services Quality.

INTRODUÇÃO

Existe uma infinidade de estratégias para desenvolver as habilidades de um colaborador de acordo com os objetivos traçados pela empresa. No entanto, quando se fala da empresa hospitalar isso acaba sendo um pouco mais complexo, devido à forma de contratação dos profissionais médicos. Estes, na sua grande maioria, **são trabalhadores autônomos que normalmente obedecem a uma escala de plantão bastante variável, sem um compromisso pré-estabelecido de permanecer ligado à instituição por um período longo de tempo, o que dificulta a criação** de uma rotina ou de um vínculo do profissional médico com os objetivos da instituição hospitalar. Ao fim de cada plantão o profissional médico se desliga daquela empresa e sua relação com os clientes da instituição também acaba.

A inflacionalização desses profissionais no mercado é outro ponto bastante importante na administração hospitalar. A má distribuição do **número de profissionais** disponíveis, ligada à demanda crescente, leva à valorização desproporcional do valor de sua mão de obra, sendo que essa valorização muitas vezes não vem seguida de uma maior qualidade no atendimento.

Na gestão hospitalar, o gestor tem a constante preocupação de cumprir o princípio básico de integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) na atenção à saúde. As responsabilidades da gerência hospitalar no Brasil são inúmeras e inclui o controle de custos, o aumento da eficiência, a garantia da qualidade da atenção e da segurança ao paciente e a inclusão de médicos na resolução de problemas de saúde (BUSS, 2011). Seguindo esse pensamento, a integralidade da atenção hospitalar pode ser vista como sendo a integralidade do atendimento no ambiente hospitalar em si. E, como consequência, um importante desafio do atual processo gerencial dos hospitais é estabelecer condutas que permitam que a qualidade do serviço prestado por cada um de seus colaboradores seja somada e que ao final do processo o paciente tenha sua saúde restituída com eficácia. Dessa forma, o atendimento em saúde de qualidade estará vinculado ao trabalho desenvolvido por vários profissionais, desempenhando diversas funções, incluindo o profissional médico. (FEUERWERKER, 2011).

Isaac Epstein (2004) relata que o descontentamento com o serviço de atendimento à saúde é também relacionado à qualidade do atendimento médico e não apenas à falta de financiamento, ou de equipamentos e de pessoal. Processos por negligência ou imperícia encaminhados ao Conselho Federal de Medicina e aos Conselhos Regionais aumentam a olhos vistos. Segundo o Superior Tribunal de Justiça, entre os anos de 2002 e 2008 as ações judiciais de responsabilidade médica aumentaram em 200%. Os meios de comunicação mostram um sistema de saúde pública decadente, com baixos honorários médicos e demanda crescente, que levam a atendimentos breves que acabam por extinguir a relação de confiança que deveria existir entre médico e paciente. (ISAE, 2011).

Sendo assim, discute-se neste artigo a singular relação médico-hospitalar, com o intuito de estimular pesquisas para se chegar a processos que desvendem quais as necessidades reais da empresa hospitalar em relação ao serviço médico e vice-versa, atenuando em muito um dos maiores problemas da administração hospitalar em nosso país, a prestação de um atendimento médico de qualidade.

METODOLOGIA DA PESQUISA

Para que o presente trabalho atingisse os objetivos propostos, optou-se pelo levantamento bibliográfico, a fim de caracterizar a empresa hospitalar conforme características específicas. Também se buscou na literatura a formação do perfil do profissional médico, tendo em vista esta ser uma categoria profissional que tem sua cultura formada há séculos. Nesse caso, a pesquisa bibliográfica tornou-se imprescindível.

A fim de fundamentar a discussão, foi utilizado o conhecimento empírico obtido pela observação assistemática na rotina de uma empresa hospitalar situada na cidade de Ponta Grossa- Pr. A observação assistemática, conforme define Marconi e Lakatos (1999), é aquela realizada no dia a dia, de forma informal, e busca levantar fatos da realidade sem que o pesquisador utilize meios técnicos especiais ou venha a fazer perguntas diretas.

A EMPRESA HOSPITALAR

As empresas hospitalares ficam inseridas num contexto bastante complexo, regido por uma condição ética e legal, além de estarem subordinadas a normas de políticas públicas e governamentais. Basicamente, a empresa hospitalar presta quatro tipos de serviços, sendo eles os serviços de internação (médicos), os serviços técnicos (laboratórios, radiologia e outros), os serviços gerais (cozinha, lavanderia, rouparia e outros) e os serviços administrativos (faturamento, financeiro, RH e outros). Todos devendo manter o foco no objetivo comum de desenvolver suas atividades de cuidado à saúde de caráter preventivo, curativo e reabilitador com qualidade e ainda trazer lucro à empresa. (LAURETTI, 2011).

Sobre a complexidade da empresa hospitalar, Cherubin (2003, p.15) explana que é um estabelecimento complexo não só pela própria natureza de suas atividades como também pela sua estrutura físico-funcional.

A complexidade da empresa hospitalar foi também estudada por Shortel e Kaluzny (1993, apud SANTOS, 1998, p. 10) quando os autores elencaram alguns dos principais

pontos que confirmam esse pensamento. Dentre os pontos citados estavam a difícil mensuração de resultados, a natureza emergencial da maioria dos trabalhos, as atividades desenvolvidas serem extremamente profissionalizadas, a existência de pouco controle organizacional efetivo sobre as atividades médicas desenvolvidas, dentre outros.

Para a Organização Mundial da Saúde, “[...] o hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência médica, preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda um centro de formação dos que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais.” (HAUSER, 2009).

A GESTÃO DA EMPRESA HOSPITAL HOJE

Esse setor vive hoje a falta de administradores preparados para gerir um sistema fortemente marcado por constantes mudanças legais e avanços tecnológicos, procedimentos de saúde cada vez mais especializados, recursos escassos e demanda crescente. Isso reflete, diretamente, na qualidade da gestão hospitalar pública. Na maioria desses hospitais falta, sobretudo, gestão e organização. Uma das principais tendências para o ramo hospital é a redução de leitos e hospitais, apostando em escalas econômicas para procedimentos de alta complexidade e na busca por novas formas de financiamento. (IBANEZ, 2007).

Na busca constante por formas de trazer qualidade a um setor de importância primária, a população proporcionou o desenvolvimento de serviços diferenciados quando comparados aos desenvolvidos há cerca de 30 anos. E, todos os colaboradores desse ramo, estando incluídos os profissionais médicos, devem se adaptar a essas novas possibilidades de trabalho, como as brevemente citadas:

a) Acreditação/Avaliação externa: Trata-se de medidas tomadas para melhorar os serviços prestados pela instituição em questão. Diferentemente das normas nacionais que devem ser seguidas quando se solicita permissão de funcionamento pela Vigilância Sanitária, essas normas partem do princípio de que as necessidades básicas e legais para o atendimento já estão sendo cumpridas. A cobertura por esse tipo de ferramenta no Brasil ainda é baixa e o interesse muitas vezes é distorcido, buscando muito mais o marketing vindo da acreditação do que a qualidade propriamente dita (VECINA, 2007);

b) Terceirização: Parte-se hoje de dois modelos básicos de terceirização na área hospitalar. Basicamente, o primeiro é direcionado a uma classe de profissionais, o que permite reduzir o valor da folha de pagamento e trás segurança, já que a escala fica a cargo da empresa terceirizada. Normalmente esse modelo é utilizado para mão de obra pouco especializada como serviços gerais, segurança e recepção. O outro modelo diferencia-se por se tratar de

duas empresas trabalhando numa mesma tarefa. A atividade em questão é realizada com qualidade por uma empresa especializada enquanto a outra paga pela realização da atividade (VECINA, 2007);

c) Desospitalização: Baseia-se na substituição do tratamento de internação hospitalar pela assistência domiciliar (*home care*) ou pela passagem do paciente por hospitais dia (*day hospital*). Critérios para definir a assistência domiciliar foram elencados pela ANVISA, e ainda é um processo do qual alguns financiadores mantém certo receio. O hospital-dia deve ter proximidade a hospitais de referência devido à alta probabilidade de complicações em procedimento de risco. Nele são possíveis cuidados ambulatoriais, consultas médicas, procedimentos de diagnóstico e de terapêutica (VECINA, 2007);

d) Financiamento: O modelo dito por muitos como sendo falido – *free-for-service*, ainda é bastante atuante em nosso meio. Nele remunera-se por procedimento realizado e pelos materiais e medicamentos utilizados, o que logicamente estimula o consumo. Várias são as propostas para mudar esse quadro, dentre elas a contratualização tem demonstrado resultados positivos. Nela são considerados um órgão financiador (geralmente público) e um prestador de serviços, que através de um contrato pré-estabelecido, onde são previstas metas e pontos-chaves da gestão e do atendimento, desenvolve as atividades de sua responsabilidade. Esse contrato pressupõe que ao fim de um determinado período seja recebido pela empresa o pagamento pelas atividades desenvolvidas. Exemplo desse tipo de financiamento são as Organizações Sociais em Saúde (OSS) e o que acontece com alguns hospitais filantrópicos e universitários. (VECINA, 2007).

Em “Hospital, uma organização de profissionais”, Ileana P. Monteiro (1998, p. 319) caracteriza a empresa hospital como sendo um sistema imperfeitamente conectado. Muito disso se deve ao fato de, ao desenvolver certa atividade em conjunto, as pessoas terem bem nítidas suas competências, identidades e diferenciações. Nesse tipo de relação existe uma interdependência bastante clara, visto possuírem um único objetivo. Acompanhadas de certo nível de independência, que se não trabalhadas da forma correta acabam por trazer prejuízos à qualidade do serviço prestado. Dessa forma, a liderança, a focalização e a partilha de valores passam a ser pontos-chave para uma boa gestão. Ainda segundo o citado no mesmo trabalho, a mudança do paradigma da medicina é necessária, fazendo com que o profissional médico deixe o exercício liberal da profissão e passe a integrar as instituições, de forma a aumentar a interdependência entre os envolvidos no cuidado à saúde.

O SERVIÇO MÉDICO - CONTRATAÇÃO E MODELOS DE REMUNERAÇÃO MÉDICA

A contratação do profissional médico, diferentemente do que acontece com a grande maioria das profissões existentes, segue padrões diversos tanto em relação ao fechamento de contratos quanto à remuneração, mais rotineiramente optando pela forma não assalariada. Tidos como profissionais autônomos, pessoas físicas ou jurídicas, realizando contratos por períodos longos ou curtos, fato é que a oferta e procura, ou seja, o poder de mercado desses profissionais acaba por ditar as regras desse jogo. (GIRARDI, 2011).

Nesse contexto, três pontos são de extrema importância quando se pensa num modelo de negociação médica, sendo eles a frequência com que essa transação ocorre (escalas de plantões), o grau de incerteza gerado por essas transações e a especificidade do profissional (possibilidade deste desenvolver outra função sem queda de rendimento). (GIRARDI, 2011). A inter-relação entre os modelos de contratação e de sistemas de remuneração médica é ponto chave para o sucesso da negociação. Sendo assim, seguem resumos dos principais modelos de remuneração utilizados:

a) *Free-for-service*: pagamento direto por serviços prestados, onde a empresa hospitalar assume o papel de cliente do serviço médico e as definições desse acordo são definidas entre o profissional e o cliente, sem a intervenção do terceiro pagador (GIRARDI, 2011);

b) *Free-schedule*: pagamento de honorários na base de uma tabela de valores de atos, serviços e procedimentos. Nesses casos os valores são pré-estabelecidos e geralmente existe a intervenção do terceiro pagador (operadoras de saúde) (GIRARDI, 2011);

c) Pagamento por capitação: durante um determinado período de tempo uma pessoa ou grupo devidamente registrado recebe um montante fixo, por exemplo o que ocorre em plantões ambulatoriais (GIRARDI, 2011);

d) Pagamento de salário variável: em função do volume e tipo de atividade prestada (GIRARDI, 2011);

e) Pagamento de um mix-salário: onde o pagamento total é subdividido em uma parte fixa e parte variável, tentando ajustar a negociação de forma satisfatória para ambas as partes (GIRARDI, 2011);

Os sistemas mistos têm sido testados por diversos hospitais e têm se mostrado vantajosos quando comparados a outros sistemas simples de remuneração, certamente porque permitem à empresa uma maior flexibilidade no momento da negociação com o profissional médico, onde é possível introduzir novos incentivos que sejam mais próximos do perfil do profissional e do hospital em questão. (CHERCHIGLIA, 2006).

RELAÇÃO MÉDICO - PACIENTE

O antigo modelo de atendimento médico era baseado na relação de responsabilidade do médico sobre o paciente. Naquele momento cabia ao médico não apenas atender as necessidades físicas do paciente, mas sim atuar como conselheiro afetivo, avaliando o paciente como um todo. (EPSTEIN, 2011).

Séculos de evolução se passaram até que ocorresse a transição desse modelo de medicina liberal para o modelo de medicina tecnológica, hoje praticada no Brasil. Esses achados técnicos tornaram o exercício da medicina cada vez mais direcionado a um órgão ou sistema, o que chamamos hoje de fragmentação da medicina. As especialidades deram parâmetros de diagnósticos mais práticos e assertivos a áreas específicas do corpo humano, direcionando o tratamento a um órgão específico e não ao ser humano como um todo. Essa descaracterização do ser humano como ser completo tornou a relação médico-paciente cada vez mais distante, uma vez que o diálogo interpessoal é substituído por achados laboratoriais. (REZENDE, 2011).

Houve ainda a inserção de novos personagens na trajetória da clínica médica. O estado, empresas médicas e de seguro de saúde passaram a intermediar a relação médico-paciente. Com isso, os profissionais médicos tiveram sua jornada de trabalho, número de pacientes, tempo disponível para o atendimento a cada um deles e remuneração submetidos à apreciação desses órgãos, o que não acontecia quando a medicina era predominantemente feita em consultórios particulares. (LIMA, 2011).

Vários são os estudos que, ao avaliar a relação médico-paciente, mostram que os problemas frequentemente mencionados são a falta de apoio emocional, o curto tempo destinado ao atendimento ao paciente, a dificuldade de entendimento do assunto pelo paciente e falhas na transmissão de informações clínicas entre médicos e outros profissionais da saúde. (EPSTEIN, 2011).

A doença constitui para o homem, uma ameaça de dor, de invalidez e de morte. Desenvolve-se por isso um sentimento de insegurança e de necessidade de apoio que reedita a situação primitiva de relação da criança medrosa com a mãe. Todo paciente tem muito da criança medrosa que procura a mãe-médico em busca de apoio (PORTELA NUNES, 1984, prefácio apud BALLINT, 1984).

A prática da medicina com um reduzido envolvimento pessoal dos médicos torna o hospital um ambiente frio, impessoal, solitário, autoritário e cria uma hierarquia de submissão. A sociedade já se deu conta de que a fragmentação da medicina em especialidades trouxe um grande avanço técnico, porém, deixou um vazio a ser preenchido pelo profissional médico que se preocupa com o paciente como um todo, que orienta, que conversa, que o examina por inteiro, tratando-o como indivíduo. (MARTINS, 2003).

É comum o exercício da profissão médica, em vários locais, atendendo a diversas especialidades, onde um mes-

mo profissional pode atuar em um só dia como médico do trabalho, clínico geral e emergencista. Essa variedade de funções, aliada a cargas horárias que chegam a 15 horas por semana a mais que os outros profissionais, o contato direto com a morte e o estresse vivido no desenvolver de suas funções, fazem com que as condições de trabalho médico sejam fator de risco para a integridade da sua saúde mental (LIMA, 2011). Essa sobrecarga de trabalho faz com que o profissional médico deixe de desenvolver suas atividades como deveria, comportando-se como um visitante, um prestador de serviços itinerante. (MACIEL, 2010).

ESCOLAS MÉDICAS

O cenário atual das escolas médicas nacionais mostra-se um tanto quanto sombrio. O país conta hoje com um número cada vez maior de escolas médicas que na sua grande maioria possuem graves problemas estruturais, que acabam por formar profissionais médicos cada vez menos preparados para o desenvolvimento das suas funções no tratamento de saúde. (BUENO, 2004).

O prestígio alcançado pelas universidades com a abertura de cursos de medicina é algo que incentiva as instituições de ensino a buscarem cada vez mais a abertura desse curso. Os governos também se esforçam para o recebimento de recursos públicos gerados pelos hospitais escola. (BUENO, 2004).

A falta de uma equipe pedagógica qualificada, de estrutura física necessária, de alunos com uma base de ensino satisfatória e de uma rotina de investimentos, visto que a área de saúde é uma das mais complexas, cuja evolução tecnológica é constante, são alguns dos principais fatores responsáveis pelo atual cenário. (BUENO, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a relação ideal médico/habitante deve ser de 1:1000. Considerando nossa atual situação, não existe a falta de profissionais médicos em nosso país, mas há sim uma má distribuição desses profissionais dentro das regiões, de forma que a grande maioria se concentra nos grandes centros e o interior dos estados acaba por receber poucos profissionais e, destes, a maior parcela com pouca qualificação. (BUENO, 2004).

DISCUSSÃO

Uma análise da atual situação da saúde nacional mostra uma problemática comum a vários setores de base em um país em franco desenvolvimento. A falta de base educacional para se trabalhar de forma consistente as informações de saúde destinadas à grande massa populacional, bem como a constante incorporação de novas tecnologias na área da saúde e a dificuldade em encontrar profissionais capacitados e atualizados ao desenvolvimento dessas tecnologias, acabam por gerar aumento dos custos em saúde

e diminuição da qualidade dos serviços prestados por esse setor.

No Brasil, o grande grupo populacional é basicamente atendido pelo SUS, enquanto uma parcela menor da população, atualmente crescente, obtém serviços de saúde através de operadoras de saúde. Já o atendimento particular é utilizado apenas por uma pequena parte da população.

Levando em consideração uma população crescente, onde a maioria das suas necessidades básicas, incluindo a saúde, são financiadas pelo Estado, somadas à falta de políticas coesas de planejamento familiar, fica claro que esse fundo público tende ao esgotamento. Que a falta de medidas preventivas e de correção a esse fato levarão ao colapso o sistema de saúde brasileiro como um todo, onde o sistema público estará falido e as operadoras de saúde e consultórios particulares não terão meios para suprir a demanda nacional.

Em paralelo a esse cenário caótico para a administração hospitalar e por assim dizer da administração da saúde, tem-se o cenário relativo ao serviço médico, que se apresenta totalmente intrincado na administração hospitalar.

Fazer do médico parte integrante da gestão hospitalar é um grande desafio, talvez o ponto mais complexo da administração hospitalar, visto que, é o atendimento médico de qualidade que na maioria das vezes ganha o cliente para o hospital. É necessário que o médico deixe de ser um personagem solitário dentro do ambiente hospitalar e passe a fazer parte da equipe multidisciplinar. É de fundamental importância que esse profissional passe a ter interesse nos resultados obtidos pelo hospital, que o médico passe a visualizar a empresa hospitalar como parceira no seu crescimento profissional, que seja criado um vínculo de co-dependência com a instituição, deixando a imagem de plantão por plantão, passando a se pensar nos lucros dessa relação ao longo dos anos para ambas as partes.

A alta rotatividade dos profissionais médicos, as escalas de plantões e o desenvolvimento de atividades médicas em diversas cidades por muitas vezes impossibilitam a formação de uma relação mais próxima entre o médico e o restante da equipe multidisciplinar. Por muitas vezes o médico plantonista não dispõe de tempo para conhecer a equipe, o hospital e de forma geral a rotina da instituição, assumindo uma imagem de parceiro temporário, onde ao fim do plantão acabam-se os poucos e frágeis laços formados com a equipe e com a instituição.

Essa cultura médica de não cultivar vínculos com os hospitais por onde passam, aparentemente está enraizada em dois pontos básicos: primeiro no modelo de contratação mais utilizado pelas instituições hospitalares, em que o médico atua como profissional autônomo, como um prestador de serviços, e segundo na agradável sensação que o médico tem em saber que ao fim de um determinado plantão todos os problemas que ali permanecerem deixarão de ser sua responsabilidade, e passarão a ser responsabilidade do próximo plantonista.

Para mudar essa realidade não basta apenas mudar o modo de pensar dos administradores hospitalares, mas sim, também mudar o modo de pensar da classe médica, tirando ambas as partes da zona de conforto em que se encontram e colocando-as para discutir sobre suas necessidades e dificuldades. O hospital precisa sentir que pode contar com o profissional médico e vice-versa.

Tornar o médico mais próximo do hospital é tarefa complexa, que pode gerar certo grau de resistência não apenas pelos médicos, mas também pelos demais colaboradores. Pode-se então começar adotando os seguintes passos:

a) Mostrar para ambas as partes a importância desse profissional dentro da equipe multidisciplinar, inserindo o médico em atividades multidisciplinares, aumentando seu vínculo com a equipe;

b) Valorizar as atividades desenvolvidas pelo profissional médico, como por exemplo realizando avaliação do médico modelo na utilização de protocolos de atendimento, ou na conduta de prescrição de antimicrobiano;

c) Incentivar o crescimento técnico do profissional investindo em treinamentos, cursos e demais atividades que possam ser revertidas em qualidade de atendimento para o hospital e formação de um currículo diferenciado para o profissional médico.

Para que a instituição tenha sucesso nessa empreitada, é necessário que médico e hospital possuam os mesmos interesses e vejam no outro a possibilidade de sucesso. Dessa forma, sendo o objetivo do hospital, assim como o do médico, atender com qualidade, o médico deve acreditar no hospital como meio para um atendimento de qualidade, bem como o hospital deve acreditar que o médico é o meio para um atendimento de qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo de uma verdade lógica, onde não existe hospital sem o profissional médico, a administração hospitalar plena tem por obrigação administrar o serviço médico dentro do ambiente hospitalar, oferecendo meios para a execução das atividades médicas com qualidade, gerindo conflitos e buscando o equilíbrio econômico e social para a instituição no que se refere também ao atendimento médico.

Torna-se então desafio diário para o administrador hospitalar casar de maneira satisfatória a gestão de pessoal, a gestão financeira e a busca por qualidade com a gestão do serviço de atendimento médico. Tendo isso como ponto de partida, a administração do hospital, seguida por suas chefias setoriais, deve desenvolver indicadores e, baseada

nesses indicadores, desenvolver planos de ações que possibilitem a formação de um laço estreito de cooperação e trabalho em equipe entre a instituição hospitalar e o profissional médico.

O estreitamento da relação médico-hospital é tarefa complexa, e necessita, sobretudo, de administradores capazes e dispostos a quebrar o paradigma já tão fortemente estabelecido em nossa sociedade de que o médico, sendo o detentor máximo do conhecimento técnico dentro do ambiente hospitalar, acaba, por consequência, sendo considerado por muitos como uma espécie de semideus, com quem o diálogo e a argumentação são ações praticamente impossíveis.

Buscar através de indicadores consistentes as necessidades da instituição em relação ao serviço médico, e em contrapartida buscar também as necessidades dos profissionais médicos em relação à instituição hospitalar, pode ser o passo determinante entre sucesso e fracasso nessa busca por uma relação mais estreita, já que essa relação se torna interdependente ao basear-se, por muitas vezes, na disputa de poderes em esferas diferenciadas (atenção ao paciente e administrativa).

Ter o profissional médico trabalhando a favor da administração hospitalar significa não apenas um clima organizacional mais leve, mas também mudanças satisfatórias no que se refere à qualidade de atendimento ao paciente, nas despesas com materiais e medicamentos, na folha de pagamento e, sobretudo, no modo como a comunidade se relaciona com o hospital.

REFERÊNCIAS

- BALLINT, M. **O médico seu Paciente e a Doença**. RJ-SP: Atheneu, 1984.
- BUENO, R.; PIERUCCINI, M. **Abertura de escolas de medicina no Brasil. Relatório de um cenário sombrio**. Disponível em: <<http://www.thelancet.com>>. Acesso em 20 mai. 2012.
- BUSS, P. **Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. The Lancet. Saúde no Brasil – maio 2011**. Disponível em: <<http://www.thelancet.com>>. Acesso em 12 nov. 2011.
- CHERUBIN, Niversindo Antônio. **Administração Hospitalar: um compromisso com a ciência e a arte**. São Paulo: Edições Loyola, 2003.
- EPSTEIN, I. **Relação Médico Paciente e Sistema de Saúde**. Disponível em: <http://www.projektoradix.com.br/arq_artigo/isaac/isaac8.pdf>. Acesso em 29 nov. 2011.
- FEUERWERKERL.; Cecilio, L. **O hospital e a formação em saúde: desafios atuais**. Disponível em: <G:\Pos\tcc\Ciência & Saúde Coletiva - Hospitalsandhealthprofessionaleducationcontemporary challenges.mht>. Acesso em: 29 nov. 2011.
- HAUSER, S.; **Considerações sobre o trabalho psicopedagógico em ambiente hospitalar**. Disponível em: <<http://www.abpp.com.br/artigos/38.htm>>. Acesso em: 29 nov. 2011.
- GIRARDI, S., **Modalidades de contratação e remuneração do trabalho médico: Os conceitos e evidências internacionais**. Disponível em: <<http://www.observarh.org.br/observarh/reper>>.

torio/Repertorio_ObservaRH/NESCON-UFGM/Modalidades_contratacao_trabalho_medico.pdf> Acesso em: 30 nov. 2011.

ISAE – **Responsabilidade Civil em Saúde**. Curitiba: FGV Management, 2011.

IBANES, N. **Modelos de gestão e o SUS**. Disponível em: <G:\Pos\tcc\Ciência & Saúde Coletiva - Management modelsandBrazil'sNational Health System (SUS).mht>. Acesso em: 12 nov. 2011.

LAURETTI, Rosa Maria de Souza. **A operacionalização de Sistemas de Informação na Gestão Hospitalar**: um Estudo de Caso de Dois Pequenos Hospitais. VIII SIMPÓSIO de Excelência em Gestão e Tecnologia, 2011.

LIMA, M. **Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho**. Disponível em: <G:\Pos\tcc\Jornal Brasileiro de Psiquiatria - Common mental disordersamongphysiciansandtheireverydaypractice.mht> Acesso em:12 nov. 2011.

MARTINS, L.; QUAYLE J. ; LIVRAMENTO M.L.; DE LUCIA, M.C.S. **Reflexões sobre a visita médica em um hospital-escola**. Psicologia, saúde & doença, 2003.

MACIEL,R.H.**Multiplicidade de vínculos de médicos no Estado do Ceará**. Disponível em: <G:\Pos\tcc\Revista de Saúde Pública - *Multiplejobcontracts of physicians in Ceará, NortheasternBrazil.mht*>. Acesso em: 12 nov. 2011.

MARKONI, M.A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MONTEIRO, Ileana Parda. **Hospital, uma organização de profissionais**. Análise psicológica [online]. v.17, n.2, p. 317-325. 1999.

REZENDE, J. M. **Trajétoria histórica da clínica médica e suas perspectivas**. Disponível em: <[http:// usuarios.cultura.com.br/jmrezende/clinicamedica.htm](http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/clinicamedica.htm)>. Acesso em: 29 nov. 2011.

SANTOS, Nairio. A.A.P. dos. **O trabalho do administrador hospitalar no gerenciamento do dia a dia dos hospitais filantrópicos gerais de grande porte no estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: UFRGS,1998. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração, UFRGS, 1998.

SILVA, E. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração da Dissertação**. Disponível em: <<http://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia%20da%20Pesquisa%203a%20edicao.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

VECINA, G. Trends in hospital care. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4 , 2007.