

# Desafios da eficácia e eficiência no trabalho em saúde

*Challenges of efficacy and efficiency in health work*

*Desafios de la eficacia y la eficiencia en el trabajo en salud*

Hélder Pordeus Muniz<sup>1</sup>  
Maristela Botelho França<sup>2</sup>

## RESUMO

Este artigo, a partir da análise de situações concretas do trabalho na enfermagem de Neurocirurgia e no laboratório de radiologia de um hospital universitário público no Brasil, visa compreender como as sinergias presentes estão se articulando e produzindo a eficácia e eficiência. Os resultados evidenciam que os trabalhadores em saúde devem lidar coletivamente com diferentes temporalidades: a temporalidade mercantil (dos valores dimensionados, do número de intervenções produzidas, passíveis de remuneração); a temporalidade ergológica (que se refere à própria exigência da atividade, do momento

1 Professor associado do Departamento de Psicologia – UFF, Psicólogo, Doutor em Engenharia de Produção (COPPE/UFRJ), Estágio de doutorado-sanduíche no Departamento de Ergologia da Universidade de Provença, França. Pós-doutor em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações pela UERJ, Rio de Janeiro, Brasil. heldermuniz@uol.com.br;

2 Professora associada do Departamento de Processos Técnicos e Documentais – UNIRIO. Linguista, Doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem (PUC-SP), Estágio de doutorado-sanduíche no Departamento de Ergologia da Universidade de Provença, França. Pós-doutora em Psicologia do Trabalho – CNAM, Paris, França. mbfranca@hotmail.com.

oportuno da intervenção) e a temporalidade do bem comum, da construção de projetos coletivos para o trabalho e a vida em comum. A avaliação da eficácia no setor de serviços em saúde não pode ser feita apenas por indicadores quantitativos, porque é preciso que se acrescente uma avaliação clínica das situações de trabalho, através de dispositivos que permitam a expressão dos valores que sustentam os elementos de cooperação que não podem ser antecipados ou prescritos.

Palavra-chave: Serviços de saúde. Gestão em saúde. Eficácia. Eficiência. Trabalho.

## ABSTRACT

This article, through the analysis of specific situations of work in the neurosurgery infirmary and in the laboratory of radiology of a public university hospital in Brazil, aims to understand how the synergies present in that context articulate and produce efficacy and efficiency. The results show that the health workers should deal collectively with different temporalities: mercantile temporality (the values measured, the number of interventions produced, liable to pay); ergological temporality (which refers to the requirement of activity, the time of the intervention) and

temporality of the common good, of the construction of collective projects for the work and life in common. The evaluation of efficacy in the sector of health services may not be made only by quantitative indicators, because it is necessary to add a clinical evaluation of work situations, by means of devices which enable the expression of values that underpin the elements of cooperation which may not be anticipated or prescribed.

Keywords: Health services. Health management. Efficacy. Efficiency. Work.

## RESUMEN

Este artículo, a partir del análisis de situaciones concretas de trabajo en la enfermería de neurocirugía y en el laboratorio de radiología de un hospital de la universidad pública en Brasil, trata de comprender cómo las sinergias presentes son articuladas para producir la eficacia y la eficiencia. Los resultados muestran que los trabajadores de la salud deben tratar de manera colectiva con diferentes temporalidades: temporalidad mercantile (los valores medidos, el número de intervenciones producidas, sujetas a impuestos); la temporalidad ergológica (que se refiere al requisito de actividad, el momento de la intervención) y la temporalidad del bien común, de la construcción de proyectos colectivos para el trabajo y la vida en común. La evaluación de la eficacia en el sector de los servicios de salud no puede ser realizada sólo por los indicadores cuantitativos, porque es necesario añadir una evaluación clínica de las situaciones de trabajo, por medio de dispositivos que permitan la expresión de

los valores que sustentan los elementos de la cooperación, que no pueden anticipar ou prescribir.

Palabras Clave: Servicios de salud. Gestión em salud. Eficacia. Eficiencia. Trabajo.

## INTRODUÇÃO

Como compreender as fontes da eficácia do trabalho em saúde? Começamos com uma questão que atravessa vários trabalhos acadêmicos<sup>1,2,3</sup> num momento em que os jornais estão repletos de exemplos de ineficácia e de depoimentos de pacientes insatisfeitos. Hennington<sup>2</sup> e Souza<sup>1</sup> reforçam a importância de que para ocorrer uma verdadeira transformação nos serviços de saúde é preciso adotar um ponto de vista da atividade, e não cair no risco de reduzir a política de humanização a uma mudança nas relações entre profissionais e pacientes sem levar em conta as condições gerais em que o trabalho em saúde se insere hoje. Scherer *et al.*<sup>4</sup>, por sua vez, vão salientar a importância que o trabalho coletivo nos serviços de saúde tem para a sua eficácia, ao mesmo tempo em que alertam para o fato de que na história dos serviços de saúde se criaram fragmentações, dificuldades para o trabalho coletivo e que são necessárias mudanças concretas na forma de organizar o trabalho em saúde que possibilitem efetivamente a atividade coletiva, trazendo para um trabalho comum a imensa energia desperdiçada em guerras e ressentimentos entre categorias. Analisando a sua experiência como diretor de um centro de saúde, Souza<sup>1</sup> afirma que os chefes e diretores são eficazes na medida que reconhecem a gestão que é feita por todos os trabalhadores do serviço, inclusive aqueles que não tem formação em

curso superior ou técnico. Não ser o único gestor, mas coordenar diversas gestões é o que seria fundamental numa chefia. Joazeiro<sup>5</sup>, ao estudar a atividade de supervisoras de serviço social em um hospital universitário, salienta a importância de apreender as diferentes temporalidades que aparecem nessa situação de trabalho, na sua articulação com saberes e valores.

A partir dessas contribuições, procuramos neste artigo retomar resultados de análise do trabalho de profissionais de saúde de um hospital universitário no Rio de Janeiro, que serviram de base para nossas teses de doutorado<sup>6,7</sup>. Essas pesquisas estavam inseridas em um programa de intervenção comum, atendendo às demandas das direções e dos trabalhadores do hospital pela transformação do trabalho nos serviços levando em conta critérios de eficácia e de saúde dos trabalhadores. O objetivo desse artigo é trazer para análise alguns ingredientes de eficácia do trabalho no hospital, incluindo a gestão que é feita na atividade dos diversos polos que fazem a história: do mercado, do bem comum (política) e, o polo da gestão dos homens e mulheres na atividade<sup>8</sup>. Cada polo inclui uma temporalidade que é preciso ser gerida pelos profissionais em seu trabalho<sup>9</sup>.

## 1 CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS

Schwartz<sup>10</sup> desenvolve o que chamou de uma perspectiva ergológica para compreender e intervir sobre o trabalho humano. Para a compreensão da atividade, o filósofo parte de quatro proposições. Uma primeira proposição é a proveniente da ergonomia da atividade<sup>11</sup>, segundo a qual o trabalho efetivamente realizado sempre difere do prescrito. A segunda proposição refere-se à impossibilidade de se

antecipar totalmente a forma como acontece a variação e a singularização das situações concretas de trabalho. Na atividade, observa o autor, sempre acontecem “renormatizações”<sup>3</sup>.

A terceira proposição é a de que há uma “entidade coletiva” que conduz e arbitra sobre essas renormatizações que é o “corpo-si”, sempre atravessado pelas forças da vida, da história da humanidade, enfim, pelo drama singular daquele corpo-si específico. E, por fim, a quarta proposição é a de que essa arbitragem se faz a partir de valores construídos na vida social e que vão dar sentido, ao serem retrabalhados, às atividades concretas dos homens e mulheres.

Considerando essas proposições, ele vai defender o ponto de vista de que todo trabalho envolve gestão e de que a gerência deveria reconhecer que existe um patrimônio de gestões acontecendo nas situações de trabalho, e cabe aos chefes fazerem a gestão dessas gestões<sup>12</sup>. Porém, essa gestão que cada trabalhador realiza num serviço de saúde específico, enfrenta algumas dificuldades importantes a serem consideradas na análise. A primeira é a de que cada trabalhador deverá tomar decisões entre os polos da eficácia, entendida “como avaliação de um ato referente aos objetivos a que ele visa, e o polo da eficiência, compreendido, “como 3 No original francês, *renormalisation*. Na edição brasileira do livro organizado por Louis Durrive e Yves Schwartz, Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana, os organizadores da tradução, Milton Athayde e Jussara Brito, optaram pela forma “renormatização”, com a aquiescência dos autores, para evidenciar o fato de que se trata de uma normatividade, de produção de novas normas e não de uma volta à norma anterior. No Brasil, a ampla divulgação da crítica de Michel Foucault aos processos de normalização e a tendência a usar o prefixo “re-” para indicar o fazer de novo a mesma coisa aumentariam o risco da confusão.

avaliação do produto da atividade referente aos meios disponíveis para produzi-lo”<sup>12</sup>. Desse modo, quando uma enfermeira procura colocar um antisséptico numa pequena ferida do paciente, ela pode calcular que pode atingir o objetivo da limpeza, sendo eficaz, e, ao mesmo tempo, sendo eficiente, não derramar um litro do medicamento sem necessidade no corte. Essas pequenas decisões são tomadas cotidianamente, o que mostra que por trás da realização de tarefas aparentemente simples, há um cálculo gestor que procura se situar em relação com esses polos. Além disso, a economia pode ser também em relação ao esforço da profissional de saúde que pode descobrir uma maneira menos dispendiosa fisicamente de dar banho de leito no paciente, por exemplo, solicitando o auxílio do mesmo na medida em que seja possível. A segunda dificuldade a ser considerada se refere ao fato de que escolhas como essas são ancoradas num mundo de valores mercantis (mensuráveis) e valores sem dimensão (do bem comum, como saúde, educação). Esses valores sem dimensão vão ser dimensionados de duas maneiras<sup>12</sup>:

– seja pelas instâncias públicas como Ministério da Saúde ou privadas (políticas das empresas privadas, que não apenas lidam com os valores mercantis, já que o seu lucro depende de que os usuários acreditem que valores do bem comum circulam também nesses espaços).

– seja por serem trabalhados e retrabalhados nas atividades dos trabalhadores no *front* das situações de trabalho nos serviços de saúde.

É importante salientar que a circulação dos valores mercantis também está presente

nos serviços públicos de saúde, que devem lidar com as pressões do mercado, e tem que gerir seus recursos, seu orçamento.

Por fim, a terceira e última dificuldade é que esses fluxos de debates de normas presentes na atividade de cada trabalhador vão ter de negociar com a normatividade de outros colegas de trabalho, e com as dos pacientes e seus familiares. Desse modo, Schwartz<sup>12</sup> vai apontar a existência de uma negociação de eficácias, no qual o debate, as críticas mútuas sobre as decisões que vão sendo tomadas na atividade não se percam em atitudes meramente individuais, mas construam um patrimônio coletivo que sirva de anteparo para todo o coletivo. O autor propõe assim a noção de entidades coletivas relativamente pertinentes para se referir a esse coletivo que emerge a partir das necessidades de uma atividade e que ultrapassa a lógica da organização formal das equipes, e, que vão ser protagonistas na produção da história<sup>13</sup>.

Um modo original de abordar o trabalho em saúde seria partir do modelo triádico proposto por Schwartz<sup>9</sup> com três polos, que como imãs se atraem e se afastam. Um polo seria o do mercado, que conteria por sua vez dentro de si várias forças que não necessariamente estão de acordo: podemos perceber as discordâncias do capital financeiro e o capital industrial; e as sangrentas concorrências entre empresas diferentes. Esse polo produz valores mensuráveis e mercantis que se propõem terem influência na vida social; um segundo polo seria o polo da politeia, do bem comum, onde os valores importantes para o viver juntos, as políticas de governo de saúde, educação etc. são construídas e que constrói normas para dimensionar esses valores, que

são sem dimensão, não se reduzem a uma quantidade. Ora, esse polo também vive sua ebulição interna, já que as divergências sobre como operacionalizar o valor saúde pública são grandes, o que exemplifica as diferentes concepções de planejamento, de política e de gerência em saúde. Esses polos por sua vez se confrontam um com outro, há um jogo de forças que precisa ser compreendido, para que se perceba, por exemplo, as forças do mercado, capitais da indústria farmacêutica, os capitalistas acionistas de grandes serviços privados hospitalares que pressionam o polo do político para que na formulação das leis e das normas seus interesses sejam garantidos. Porém, se é verdade que esses polos produzem normas antecedentes e tem uma grande força na vida social, por outro lado, é necessário ver que existe um outro polo que é o da gestão dos homens e mulheres em sua atividade que vai produzir renormatizações, que com as entidades coletivas relativamente pertinentes vai produzir uma história que não é apenas efeito dos polos dos mercados, e do político, mas também fruto da ação coletiva e transformadora da atividade humana. No *front* diário dos serviços, os diferentes profissionais de saúde tomam decisões e constroem modos singulares de organizar e trabalhar em serviço. Esse polo tem os seus debates internos, suas negociações de eficácias, e, também se confronta com os outros polos. É fundamental se levar em consideração os três polos na avaliação da eficácia do trabalho em saúde, embora reconheçamos que é um desafio difícil.

Esses polos vão estar presentes nas diferentes temporalidades que os trabalhadores vão vivenciar na sua atividade. Percebe-se a presença de uma temporalidade do mercado,

em que o trabalho é submetido às regras do cronômetro, é uma mercadoria consumida durante um tempo específico<sup>14</sup> o que pode produzir uma redução da noção de produtividade a um número de produtos ou serviços realizados dentro de um intervalo cronológico. Delimita-se também uma temporalidade da própria atividade, a necessidade de discernir o momento certo da intervenção, uma temporalidade do *kayros*, onde uma pequena intervenção naquele exato segundo pode valer mais do que várias intervenções em um dia inteiro, como observaremos nos exemplos concretos extraídos nas nossas pesquisas. Deve-se ressaltar que essa questão da concordância ou discordância de tempos<sup>14</sup> não é exclusiva do setor de serviços. Podemos fazer um paralelo com as contribuições de Cru<sup>15</sup> que, ao estudar os talhadores de pedra, demonstra que a eficácia daqueles trabalhadores devia-se ao fato de que estes formavam coletivos de trabalho, seguiam regras de ofício e utilizavam os saberes de prudência para evitar acidentes e incidentes. Uma das regras de ofício descritas por Cru<sup>15</sup> era a *regra do tempo* (*nem correr, nem dormir*). Os operários deveriam fazer o trabalho em ritmo que lhes permitissem parar para ver o que estavam fazendo ou comparar *a sua arte* com a de outros companheiros, a fim de corrigir os erros e aprimorar a qualidade. Isso não significava, contudo, levar o trabalho num ritmo lento que desse margem à monotonia e à dispersão, possibilitando riscos. Essas regras do tempo podem ser desobedecidas, por causa da imposição do tempo mercantil, através do salário por produção que incentiva a correria no trabalho, causando perda de eficácia e acidentes de trabalho.

Por fim, também atravessa a atividade,

uma temporalidade do bem comum, onde os trabalhadores constroem o sentido do seu trabalho a partir de valores. Sem um retrabalho constante com os valores, não é apenas o trabalhador individualmente que se prejudica, mas o próprio ofício sofre<sup>9</sup>. Torna-se necessário compreender como, na atividade dos trabalhadores em saúde, essa temporalidade do bem comum, da construção de projetos coletivos para o trabalho em comum, para o viver juntos, tem sido vivenciada.

A avaliação da eficácia no setor de serviços não pode ser feita apenas por indicadores quantitativos, porque é preciso que se acrescente uma avaliação clínica das situações de trabalho, para verificar como as sinergias presentes estão se articulando e produzindo a eficácia e eficiência. Como aponta Schwartz<sup>16</sup>:

*É possível construir os indicadores quantitativos quando os objetivos a atingir são determináveis e quantificáveis; número de cheques compensados, de horas-aula despendidas, redução da média de permanência hospitalar – estatísticas relacionadas a um optimum previamente avançado. Rapidamente, contudo, percebe-se que esta eficácia “dimensionada” é cheia de pressuposições, de reduções, às vezes de mutilações quanto às condições reais de sucesso financeiro, mas também social, da entidade econômica considerada.*

Além disso, outra característica fundamental do setor de serviços é a participação do usuário na prestação. A *dimensão imaterial, comunicacional e relacional* atravessa a produção de serviços, ajudando a regular os incidentes e os imprevistos, para que seja possível construir a satisfação do usuário.

O trabalho em saúde inscreve-se em uma dinâmica de interações entre o prestador de serviço e o paciente, o que o distingue como um conjunto de atividades que se desenrolam em relações de serviço. Trata-se fundamentalmente de uma situação de contato, de um encontro face a face em que os interlocutores colocam em jogo estratégias de reconhecimento recíproco, correm riscos de afrontamento e de desestabilização por razão de incidentes rituais ou não, recorrem a formas de evitá-lo e de repará-los<sup>17</sup>. Situações de trabalho como essas têm sido estudadas por linguistas, com enfoque na dinâmica da interação, sob a perspectiva das trocas situadas, e abordando as estratégias de cooperação para caracterizar o que é “a relação de serviço” para cada trabalhador<sup>18</sup>.

Essa relação implica sempre um debate de normas e de valores sem dimensão (do bem comum). Há um confronto que se estabelece entre uma lógica da clínica, da organização dos procedimentos de tratamento elaborada pelo médico, da própria organização que o paciente faz de sua vida. Além de essas lógicas serem de difícil ajuste, existem as dificuldades vivenciadas por serviços funcionando sob modo precário. Um recepcionista de guichê de marcação, por exemplo, nos atendimentos que faz, situa-se na interseção dessas lógicas, devendo fazer face ao paciente com quem deve construir uma relação de serviço.

A relação direta com ele faz com que sua participação na prestação seja imediata e que o próprio momento do encontro seja de construção conjunta, cujo desfecho nem sempre é previsível. Pode-se exemplificar também com a relação médico-paciente. Esse forte caráter interacional da relação de

serviços também coloca outra dificuldade em sua avaliação. É difícil circunscrever o começo, o meio e o fim da prestação de serviço. Como dizer exatamente em que momento acaba uma relação entre médico e paciente? Ou uma relação de cuidado entre enfermeira e paciente? Como identificar no processo de cura do paciente o que exatamente foi resultado do trabalho dos profissionais de saúde ou do empenho e desejo do paciente de se cuidar e tratar?

Assim, a negociação de eficácias e o debate de valores, que já foram discutidos, atravessam todo o espaço da produção de serviços, exigindo uma análise clínica das atividades industriais que possa revelar algumas das bases pouco visíveis da eficácia e eficiência.

## **2 Perspectiva epistemológica e breve descrição do método da pesquisa**

### **2.1 Perspectiva epistemológica**

A capacidade de renormatização da atividade faz com que toda situação de trabalho seja singular, de modo que não há como compreender essas situações sem acesso à *experiência* dos trabalhadores. Esse não é um princípio democrático ou humanista, mas uma condição essencial para a produção do conhecimento sobre o trabalho<sup>6</sup>. Além disso, essa atividade industrial, constituinte da espécie humana, não pode ser jamais explicada por apenas uma disciplina científica. O trabalho humano levanta questões para a economia, a linguística aplicada, a psicologia, a engenharia, a ergonomia, a sociologia, as ciências da saúde.

Assim é que o coletivo de pesquisadores que construíram a perspectiva ergológica

propõe um *dispositivo de três polos* para a produção de conhecimento sobre as situações de trabalho<sup>8</sup>.

O *primeiro polo* é o das disciplinas científicas, dos saberes não investidos, que têm como objeto de estudo o trabalho. A psicologia, as ciências da engenharia e da gestão, as ciências da linguagem, a sociologia e a ergonomia contribuem na compreensão da atividade e podem ser convocadas pelas forças presentes nas situações de trabalho.

O *segundo polo* são as forças de convocação e de validação e os saberes investidos na atividade que estão na origem das demandas e na transformação das situações em cada contexto histórico. Nesse polo podem estar presentes, por exemplo, a direção de um hospital, os profissionais de saúde de um serviço, ou qualquer outra força social que convoque os pesquisadores a se implicarem. Se no polo precedente encontram-se os saberes conceituais e científicos, aqui estão os saberes da experiência investidos na atividade. Essas forças tanto convocam os pesquisadores para um desconfortável debate entre a experiência e os conceitos, exigindo um compromisso de retrabalho das disciplinas, como os reconvocam e validam para uma nova construção, ressingularizando as novas categorias e os conceitos produzidos.

A base do dispositivo é o *processo socrático em duplo sentido*. A *maieutica* de Sócrates era sua arte de levar as pessoas a refletirem sobre suas concepções sobre várias questões da vida, mediante um diálogo, bastante questionador, que demolia as argumentações superficiais de seus interlocutores. No caso do dispositivo agora apresentado, a *maieutica*

trabalharia em mão dupla, ou seja, as disciplinas convocadas pelas *forças de convocação e de reconvocação* ajudariam essas forças a se retrabalharem e se transformarem no processo sinérgico de produção de saber e mudança das situações de trabalho. Por outro lado, o contato com essas forças faria com que as disciplinas tivessem que retrabalhar seu campo teórico e conceitual. Assim, as disciplinas científicas que versam sobre a atividade de trabalho teriam seu desenvolvimento propulsionado pelos questionamentos oriundos das forças renormatizadoras investidas na atividade de trabalho.

*O terceiro polo é o da exigência ética e epistemológica* no campo da produção de conhecimento<sup>19</sup>. A compreensão da atividade como renormatizadora e ressingularizante, como a que diz respeito a quais saberes e valores “universais” podem ser retrabalhados naquela situação específica, gerando a produção de novos saberes e valores, exige uma tomada de posição ética e epistemológica. A discussão da relação entre o saber da experiência e o saber científico é extremamente importante para a construção de um campo conceitual que ajude na reflexão e na compreensão da relação dos humanos com o trabalho, como também na construção da produção conjunta de conhecimento e vida.

Os parceiros da produção de conhecimento devem procurar uma postura de humildade intelectual e de escuta da riqueza que o saber e experiência do outro aportam para o retrabalho de suas disciplinas ou práticas profissionais. Um encontro de pesquisadores com os que vivem as situações de trabalho não deverá ser meramente burocrático, mas baseado em um compromisso mútuo com a

própria transformação a partir da aceitação da necessidade de aprender com o outro. Só no exercício cotidiano de exercitar essa parceria é que os pesquisadores e profissionais vão-se aprimorando nessa perspectiva ergológica<sup>9</sup>.

## **2.2 Breve descrição da operacionalização do método**

A intervenção ergonômica no hospital ocorreu entre o início de 1997 até o ano de 2001. Num contexto em que o hospital universitário precisava reestruturar sua organização de trabalho para poder fazer face às demandas de eficiência no manejo de recursos, devido à crise de financiamento do setor, a direção do hospital convida o professor Mario Vidal, que coordena o Grupo de Ergonomia e Novas Tecnologias (GENTE) e que é vinculado ao programa de Engenharia de Produção inserido na Coordenação dos Programas de Pós-graduação em Engenharia (COPPE) da Universidade Federal do Rio de Janeiro, para construir uma colaboração. A demanda expressa pelos diretores do hospital era de que o GENTE atuasse ajudando na modernização gerencial do hospital não só nele fazendo uma intervenção ergonômica, mas também formando em seus quadros uma equipe de ergonomia. Assim, construiu-se uma colaboração entre o GENTE e o HU que foi denominado Programa de Capacitação em Ergonomia Hospitalar (PROCEH).

A direção do HU e o GENTE decidiram que a primeira ação ergonômica seria focalizada para estudar os problemas relacionados aos Exames Complementares de Diagnóstico e Tratamento, porque envolviam vários setores, permitindo conhecer a organização como um todo; afetavam tanto o faturamento do

hospital como a qualidade do atendimento e dificultavam o trabalho dos profissionais de saúde.

O diretor geral do HUCFF apontou como problemas a falta de uma marcação de exames centralizada e a demora com que os resultados de exames chegavam nos ambulatórios e enfermarias, dificultando o diagnóstico e a tomada de decisões.

O GENTE continuou a análise da demanda, realizando reuniões com profissionais representantes dos diferentes setores do hospital. O objetivo era ter acesso às diferentes representações sobre a demanda e conhecer a organização e o funcionamento geral do HUCFF<sup>20</sup>. Além disso, foram sendo feitas visitas em diferentes setores do hospital (enfermarias, ambulatório, documentação médica, laboratórios, etc.) para conversar com os trabalhadores e obter seu ponto de vista para reconstrução da demanda.

A partir dessas interações foi possível reconstruir a demanda e fazer um programa com um primeiro projeto: cuja idéia era a de que, com vistas a projetar uma rede de informática para o fluxo de exames no hospital, era necessária uma análise ergonômica dos principais pontos de cruzamento desse fluxo. Cada pesquisador faria análise da situação real em seu posto de observação, e, depois, o grupo construiria uma modelagem conceitual que indicasse como deveria ser o futuro *software* para aquela realidade organizacional<sup>20</sup>, visando reduzir o risco de inadaptação de *softwares* importados à realidade específica do hospital.

Assim, os pesquisadores se posicionaram em locais estratégicos para o acompanhamento

do fluxo: Serviço de Documentação Médica, Ambulatório, Setor de Enfermaria de Internação Cirúrgica, Setor de Enfermaria de Internação Clínica, Laboratório de Patologia Clínica, Serviço de Radiologia e Centro de Processamento de Dados. Cada pesquisador teve como tarefa inicial fazer a observação global da atividade dos profissionais e o estudo do funcionamento do sistema, com o objetivo de construir o pré-diagnóstico. Este último é constituído por hipóteses explicativas dos problemas em foco e pelo planejamento das observações sistemáticas<sup>11</sup>.

A pesquisa de campo tinha como objetivo realizar um diagnóstico das dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde e análise das estratégias de regulações dos problemas por eles utilizadas. Durante todo o processo de pesquisa foram construídos grupos de trabalho com diferentes profissionais de saúde do serviço para que contribuíssem não só como fonte de dados, mas influenciando nas escolhas de instrumentos de pesquisas. Para essa primeira ação no âmbito do PROCEH, constituiu-se um coletivo de pesquisa formado por seis pós-graduandos – mestrandos e doutorandos – em Engenharia de Produção, na linha da ergonomia conduzida pelo Gente, entre eles três psicólogos, dois engenheiros e uma *designer*, somando-se, um pouco mais tarde, uma linguista. Este artigo tem a colaboração de um dos psicólogos participantes da experiência, que centrou seu campo de estudos num setor de enfermarias de internações cirúrgicas e da linguista, que focou seu trabalho no Laboratório de Radiologia.

Porém, a intervenção em hospital está sujeita as histórias que se desenrolam, e, no final do primeiro ano de intervenção ocorre

uma eleição e novas demandas são construídas com a nova direção e os trabalhadores. No setor de internações a demanda passa a ser verificar quais problemas organizacionais produziam o aumento do tempo de permanência do paciente no hospital e como os profissionais conseguiam evitar que esse tempo fosse ainda maior com suas regulações. No Laboratório de radiologia, a demanda passa a ser verificar problemas organizacionais que contribuíam para aumentar o tempo de espera do paciente para a realização do exame e como os recepcionistas de guichê de atendimento conseguiam, com suas intervenções, evitar que esse tempo fosse ainda maior. No guichê de recepção, os recepcionistas estavam expostos à precária situação social e de saúde dos pacientes, com eles vivendo uma cena diária de longas esperas. Pacientes e seus acompanhantes frequentemente se dirigiam à recepção para se informar sobre tempo de chamada para o exame e razões da demora. Segundo observações de pesquisa, em 1998, podia-se ter de esperar até quatro horas para se submeter a Raios X na coluna lombar, por exemplo. Em muitas situações, recepcionistas e estagiários dispunham de poucos elementos de resposta para justificar a espera, reforçando a situação de tensão, que não raro gerava conflitos e mesmo gestos de violência.

Nas pesquisas nos dois serviços, o esquema global do método utilizado é descrito a seguir:

Utilizou-se a análise ergonômica do trabalho dos profissionais do serviço, fazendo observação de atividades individuais e coletivas. Depois foram realizadas sessões de autoconfrontação simples e de restituição e validação dos relatos produzidos a

partir das observações. O fundamental da metodologia foi a construção de interações privilegiadas com alguns profissionais, que decidiram voluntariamente participar da pesquisa, de forma que eles não apenas eram entrevistados, mas auxiliavam na tomada de decisões das pesquisas, dando sugestões de encaminhamento e tecendo críticas construtivas aos encaminhamentos dos pesquisadores.

### **3 A eficácia e a gestão do tempo num serviço de Neurocirurgia**

Clot *et al.*<sup>21</sup> vão afirmar que a eficácia depende conjuntamente da eficiência dos atos coletivos e do sentido que a atividade adquire para cada trabalhador. Procuramos, nesses exemplos trazer alguns momentos da atividade dos médicos que procuramos analisar com o auxílio do chefe de serviço em Neurocirurgia. Assim, a análise abaixo procura trazer um diálogo de autoconfrontação entre pesquisador e médico, começando pela análise da atividade individual do próprio chefe, e, depois, refletindo sobre as atividades coletivas.

#### **3.1 O papel do chefe de serviço**

Binst<sup>22</sup> estudou a organização do trabalho dos serviços de cirurgia cardíaca de dois hospitais americanos, de um hospital francês e de um suíço. Uma das conclusões de sua análise é a de que os hospitais que obtiveram melhor *performance* não estavam respaldados em organizações de trabalho burocráticas, mas no esforço de coordenação humana, particularmente no papel dos chefes de serviço. Ela diferencia os chefes de serviço atuais dos antigos mandarins que controlavam seus feudos autoritariamente. Os chefes de serviço que tiveram melhor *performance* tinham bastante

autoridade, mas sabiam exercê-la negociando o papel de cada profissional no serviço.

Na opinião do chefe de serviço de Neurocirurgia esse papel de coordenação também era fundamental, assim como a possibilidade de que surgissem vários especialistas em domínios diferentes da Neurocirurgia. A gestão do Serviço de Neurocirurgia não deveria ser centrada apenas num especialista, mas numa equipe de especialistas em diferentes setores:

*O que eu diria é que, na minha concepção o chefe moderno, de serviços médicos em universidades, deveria ter papel mais de organização, no sentido de coordenação das pessoas, mas, ao mesmo tempo, estimulá-las a seguirem caminhos separados do meu, que não ficassem atrelados ao chefe. Quer dizer, nosso serviço, por exemplo, foi segmentado em vários setores – setores de coluna, setores vascular-cerebral, setor de tumor, setor de cirurgias pré-parto ou cirurgias que usam mais equipamentos de estereotaxia – para que eles desenvolvam experiência própria e, portanto, tenham, daqui a algum tempo, a melhor experiência possível naquele segmento da Neurocirurgia. Não dá mais para pensar na Neurocirurgia como uma coisa só. Todo mundo fazendo de tudo ao mesmo tempo. Não dá mais para fazer isso. Você tem que setorizar.*

Além disso, o chefe de serviço declarou ser fundamental na gestão do serviço discutir os problemas abertamente. Os médicos deveriam ter um espaço para que avaliassem o que foi feito com o objetivo de superar as dificuldades. Para isso foi criada no Serviço de Neurocirurgia a sessão de morbimortalidade, como ele explicou:

*E acho também que o papel do chefe*

*de serviço é fazer algumas coisas que façam a análise crítica do que estamos fazendo, o tempo todo, para não ficarmos o tempo todo imbuídos da sensação de que nós somos sempre os melhores; e por isso nós criamos, desde o início de 98, mais ou menos – isso já tem dois anos e pouco – uma sessão mensal de análise de morbimortalidade do serviço. Essa sessão é para analisar os casos ruins. Então o serviço não deveria ser o lugar em que há sensação de que tudo que é feito é perfeito, e tudo que é ruim você varre para debaixo do tapete. Aqui, analisamos, todo mês, o que houve de ruim no mês passado. Os casos que não evoluíram bem, por que não evoluíram bem? Quais foram as falhas técnicas que aconteceram? Ou falhas administrativas? Para tentarmos evitar a próxima, que aconteça de novo, e para o aprendizado também, porque nós temos residentes que estão aprendendo ainda. Então, acho muito importante estes dois aspectos, que são fundamentais: a metodologia administrativa voltada para a coordenação de setores múltiplos, em vez de a Neurocirurgia ser uma coisa só o tempo todo, que não é mais; já não é mais essa a realidade; estimulando, até em nosso hospital, que cada setor faça pesquisa, que não faça apenas atividade assistencial, que faça pesquisa e o assistencial; e, por outro lado, sempre termos na lembrança a análise crítica do que está sendo feito, e a análise crítica da única maneira de ver isso é olhar para os resultados ruins. Não dá para analisar criticamente coisas boas. Todo doente que não evoluiu como queríamos, que não evoluiu bem, ou que demorou muito internado, não analisamos só resultado de cirurgia, não, analisamos também tempo de internação; se o doente ficou 30 dias internado para fazer uma hérnia de disco, nós o incluímos na sessão de morbimortalidade. Porque aqueles 30 dias já configuram morbidade. São 30*

*dias enfiado dentro de um hospital. Então analisamos isto também, por que esse ficou tanto tempo assim. Acho que o papel de chefe é mais ou menos por aí.*

Um hospital universitário deve, além de prestar assistência, ser um espaço de formação e pesquisa, como afirmou acima o chefe de serviço. Assim, é fundamental que existam espaços de reflexão e de formação dos residentes, que permitem também uma melhoria da qualidade do trabalho dos médicos do *staff* mediante o compartilhamento dos saberes nas atividades coletivas que são desenvolvidas. Canguilhem<sup>23</sup> ressalta que “a vida não é, portanto, para o ser vivo uma dedução monótona, um movimento retilíneo; ela ignora a rigidez geométrica, ela é debate ou explicação (...) com um meio em que há fugas, vazios esquivamentos e resistências inesperadas”. Assim, gerir a eficácia é assumir que a perfeição não existe em nenhum trabalho humano, e, que os problemas e os erros não devem ser escondidos, mas fonte de análise, de debates para que a crítica coletiva do trabalho possibilite o desenvolvimento de novas formas de trabalhar, mais eficazes. “É fundamentalmente graças à cooperação que os erros são corrigidos com tanta frequência ou que suas consequências são controladas, cada membro da equipe sendo capaz de intervir sobre o trabalho de seus colegas”<sup>24</sup>.

### **3.2 As atividades coletivas**

As atividades coletivas observadas foram a sessão de morbimortalidade, a sessão clínica e o *round*. Os *rounds* aconteciam às segundas-feiras e as sessões clínicas, às quintas-feiras; a sessão de morbimortalidade ocorria uma vez por mês, em seguida a uma sessão clínica.

Adaptando o que Neboit<sup>25</sup> registra sobre o papel das atividades coletivas para a realidade do serviço de Neurocirurgia, pode-se afirmar que seu papel era o de viabilizar o funcionamento do sistema; reduzir a grande complexidade que é o estado clínico dos pacientes e detectar, prever e resolver problemas que estivessem prejudicando a eficiência do serviço.

#### **• A sessão de morbimortalidade**

A sessão de morbimortalidade era iniciada com o relato de um residente sobre o número de óbitos e de morbidade, ou seja, dos casos que apresentaram problemas durante sua internação. Depois, o residente relatava cada caso, e o grupo de médicos discutia as causas da morbidade, que problemas tinham relação com a organização do serviço e, por fim, as soluções para evitar que os mesmos problemas se repetissem.

#### **• A sessão clínica**

Essa sessão consistia na discussão de casos clínicos, principalmente dos casos atendidos no ambulatório. A partir dessa sessão eram decididas as internações dos pacientes. Cada médico que tivesse um ou mais casos para apresentar os apresentava rapidamente, em geral mostrando os exames dos paciente (tomografia, angiografia ou ressonância) para que todos vissem, e relatava as questões que o caso estivesse suscitando. A maioria dos casos discutidos era bastante complexa, e a decisão sobre a indicação cirúrgica para o caso sempre delicada, como colocou o chefe de serviço:

*Hélder – Na sessão de round, nas enfermarias, que eu vi, e na sessão clínica, aqui, eu notei um pouco a sua preocupação de, em cada caso...*

*Chefe de serviço – Discutir melhor.*

*Hélder: Discutir melhor, mostrar para o residente que existem artigos sobre aquele problema...*

*Chefe de serviço – É, porque a tendência que existe em serviços como o nosso, que vê muita doença grave, muita patologia complicada, é de banalizar. Aparece um aneurisma gigante aqui, já se começa a falar “vamos fazer isso, vamos fazer assado”, e acho que não devemos banalizar a doença. Acho que esse é um papel importante também, você discutir melhor detalhes, em vez de passar pela doença, assim, apresentar o caso voando, “Vamos fazer isso”, acabou. Não, vamos discutir detalhes do que vamos fazer e dos problemas que podem acontecer com isso. Porque temos certa tendência a achar que tudo é muito simples, e nada é simples em Neurocirurgia. Se há uma especialidade em que as coisas não são simples... E nosso índice de morbidade é muito alto, tudo que fazemos pode dar problemas.*

Os riscos da Neurocirurgia, dependendo da localização do tumor e do aneurisma, assim como das patologias secundárias dos pacientes, exigiam dos médicos cautela e rigor extremos nas decisões. O questionamento da qualidade de vida atual do paciente era um dos pontos avaliados pelos médicos, assim como a perspectiva de evolução de sua patologia caso não houvesse a intervenção. Por fim, as decisões eram tomadas pensando o custo e o benefício para a vida do paciente. No debate eram feitas referências a trabalhos científicos e outras experiências sobre o mesmo tema.

Alguns pacientes aguardavam na secretaria do serviço o fim da sessão clínica para tomar conhecimento da decisão dos médicos sobre seu caso.

A sessão clínica permitia aos médicos

compartilharem responsabilidades nas decisões, trocaram experiências e vivenciaram um processo de formação mútua, em que, se os residentes eram os colegas menos experientes, os profissionais do *staff* também aprendiam a cada caso diferente. Diferentes atividades aconteciam na mesma reunião: a formação dos residentes, a pesquisa em Neurocirurgia, e a assistência aos pacientes. Cada atividade dessas tinha uma temporalidade diferente<sup>26</sup>. Foi interessante observar numa das sessões clínicas o caso de um paciente que tinha vários aneurismas, com 38 anos, diabetes, e o debate na equipe era o custo e o benefício para o paciente em fazer a cirurgia, já que era grande o risco do paciente falecer com a cirurgia porque não se sabia exatamente se ele seria capaz de produzir alternativas de circulação do sangue no cérebro após a clipagem dos aneurismas. Durante a reunião, os médicos obtiveram a informação de que a família não ia permitir a cirurgia e que o paciente ia sair do hospital. Mas, o chefe de serviço continuou o debate com a questão: “mas se a família voltasse atrás nós faríamos a cirurgia?” E cita na reunião um artigo que sugeria alguns recursos para se tentar antecipar melhor os efeitos da cirurgia no pós-operatório. E, o debate continuou com bastante controvérsias. Assim, se do ponto de vista da assistência não seria mais necessário discutir o caso do paciente, do ponto de vista da formação e da pesquisa uma outra temporalidade ergológica era exigida<sup>26</sup>. A equipe precisava se preparar para enfrentar possíveis casos parecidos no futuro, se utilizando da análise daquela experiência em confrontação com o conhecimento produzido em Neurocirurgia naquele momento.

### **O round**

Enquanto a sessão clínica e a de morbimortalidade aconteciam na sala do Serviço de Neurocirurgia, o *round* acontecia nas enfermarias. Era o momento privilegiado em que os médicos do *staff* junto com os residentes visitavam cada paciente em seu leito e discutiam qual a conduta a seguir para seu caso. O *round* seguia um ritual que se dividia em duas partes. Um residente relatava o caso para os demais médicos, e, depois, esses colocavam questões, conversavam com o paciente ou acompanhante, se necessário o examinavam e, por fim, discutiam qual a conduta a ser traçada para aquele paciente: por exemplo, se teria alta, se seria operado, se faria algum outro exame.

Um *round* sempre era diferente do outro. Cada experiência na enfermaria era sempre única. Os casos dos pacientes sempre provocavam discussões diferentes. Essa atividade coletiva, assim como a sessão clínica, era um espaço fundamental para que as decisões fossem tomadas a partir de discussões cuidadosas sobre o caso dos pacientes, como explicou o chefe de serviço de Neurocirurgia:

*Como andamos sempre com pressa – nós estamos sempre com pressa – o round é uma boa hora para você frear a pressa e discutir um pouco mais os detalhes de coisas que estão acontecendo, aliás, o round e a sessão. Porque, fora disso estamos andando, sempre correndo, resolvendo...*

*Mas tem que ter uma hora que você tem que frear a pressa, para não acontecer nada de ruim. Por exemplo, em relação à pressa, nós tivemos um exemplo bom na semana passada. Um paciente internou, porque trouxe uma ressonância em que havia uma lesão cerebral que*

*aparentemente não tinha causa, e deveria ser biopsiado por agulha. Então, ele internou numa sexta, para biopsiar; chegou aqui com a ressonância debaixo do braço, foi internado sexta e ia fazer a biópsia terça; na segunda, no round, ao conversar sobre ele, com calma, surgiu a questão de que ele tem também uma febre, que não sabemos direito. Então, quando nos pegamos um pouco mais na febre, percebeu-se que a febre não era febrezinha, era febre alta, 38,5° todo dia. Então surgiu mais a questão de que ele também tem uma esplenomegalia não explicada. Como? Esplenomegalia? Febre? E um dos internos falou “Ele tem um sopro antigo também, porque ele é um doente que teve doença reumática. Teve febre reumática que atacou as válvulas do coração”. Quer dizer, conversando, com calma, falei: “Espera aí, se juntarmos tudo – baço aumentado, esplenomegalia, febre alta todo dia e sopro cardíaco na válvula – isso pode ser infecção na válvula cardíaca, pode ser uma coisa chamada endocardite infecciosa, e isso que aconteceu lá em cima, essa imagem na ressonância do cérebro, pode ser um embolo séptico”. Você tem endocardite, faz uns grumos na válvula de infecção, pode se soltar e parar lá em cima. Quer dizer, a história dele era muito convincente para isso: febrão todo o dia, sopro, o baço aumentando – que o baço aumenta na endocardite. Conversando com calma, cancelamos a biópsia que ia ser feita no dia seguinte, chamamos a cardiologia, que confirmou; fez um ecocardiograma. “Não, esse cara tem vegetações na válvula. Isso aí é infecção mesmo. Endocardite”. Não precisava biopsiar; aquilo era um embolo séptico. O que tinha que fazer era prepará-lo para operar a válvula, tirar aquela válvula infectada e botar outra. O tratamento era outro. Então a pressa às vezes nos faz ir por um caminho, mas, se você parar um pouquinho para conversar, você pode*

*mudar.*

A questão do tempo reaparece com toda intensidade nesse depoimento acima. Se por um lado é preciso agilizar, fazer com que muitas coisas funcionem a contento para que o paciente seja assistido o mais rápido possível, por outro, deve haver um tempo para a reflexão coletiva, um espaço para a tomada de decisão coletiva em que os problemas clínicos e administrativos sejam mais bem visualizados e, portanto, possam ter soluções mais eficazes. Para reduzir o tempo de permanência do paciente é preciso melhorar vários problemas da estrutura organizacional do hospital, garantindo que tudo aquilo de que ele necessita em seu diagnóstico e tratamento chegue a tempo hábil; porém, contraditoriamente, maior eficácia e eficiência da internação do paciente só são possíveis quando são garantidos o tempo e o espaço necessários para a reflexão coletiva. Observamos aqui a presença de uma regra de ofício, a regra do tempo, que implica a necessidade dos médicos encontrarem um equilíbrio no seu ritmo de trabalho, no manejo do tempo de trabalho, para evitar não apenas a morosidade, mas também uma pressa imprudente<sup>15</sup>.

Assim, cabe questionar uma visão de produtividade do serviço de Neurocirurgia que leve em conta apenas a mensuração do número de intervenções cirúrgicas realizadas, já que o tempo gasto em sessões clínicas, de morbimortalidade e *round*, é fundamental para a eficácia e eficiência do serviço. Pois, não importa apenas a quantidade de cirurgias, mas se aquelas cirurgias efetivamente eram necessárias e úteis para a transformação das condições de existência do usuário, de maneira que inclua as expectativas e necessidades

desse último, que é o objetivo da produção de serviço de saúde<sup>27</sup>. Assim, as cirurgias realizadas são um fator de faturamento de hospital e, de reconhecimento mensurável do trabalho médico (o que podemos dizer estão na ordem de uma temporalidade mercantil e de valores mensuráveis); mas a eficácia é deduzida também, na capacidade de discernir a melhor estratégia, o momento oportuno, uma temporalidade *do kayros*, inerente a própria atividade, portanto, temporalidade ergológica. Além disso, as discussões dos médicos nas sessões clínicas envolvem avaliação de valores do que significa viver após a cirurgia. Vale a pena fazer a cirurgia numa criança que tem um tumor que não cresce, não atrapalha sua vida escolar e aparentemente não está colocando sua vida em risco? Será que a cirurgia não vai trazer mais danos do que benefícios? Esses debates são fundamentais porque o sentido da atividade é extremamente importante, e não a cirurgia a qualquer custo, porque remunera.

A discussão envolve pressões organizacionais, exigências da própria atividade, e debates sobre o devir do serviço, sua finalidade, qual o sentido da formação, pesquisa e assistência para o bem comum, e não apenas para a carreira dos médicos, o que Schwartz<sup>9</sup> denomina de uma temporalidade da política (do bem comum).

#### **4 A gestão do fluxo de pacientes no guichê de marcação e registro do laboratório de Radiologia: em busca de eficácia**

Do trabalho dos recepcionistas de guichê de marcação e registro de exames faz parte a dinâmica de interações com o público que comparece ao serviço. Trata-se de uma situação de encontro que pode ser

considerada potencialmente assimétrica. No HU, ela acontece num guichê de atendimento, onde os interlocutores estão separados por um vidro. De um lado, está alguém que, além de consciente da precariedade do serviço público de saúde, está sensivelmente vulnerável aos acontecimentos pelo fato de se encontrar ou de estar supostamente doente, em estado de submissão ao saber médico que lhe prescreve a realização de um exame; de outro, está o/a recepcionista, a quem cabe marcar e registrar esse exame, ajustando as conveniências do dia a ser marcado às necessidades dos pacientes. Por sua vez, ele ou ela estão também à frente de uma situação cujos bastidores são o cenário de uma batalha diária devido a máquinas quebradas, quadro insuficiente de funcionários, problemas com a escala de técnicos e de residentes.

Regular e prever problemas relativos ao tempo de espera dos pacientes é núcleo central de eficácia. Pautada como rotina pela ordem de chegada ou pela menção de urgência carimbada no pedido de exame, a gestão de fluxo de pacientes seguia concomitantemente uma ordem própria, baseada em valores sem dimensão, ou seja, valores que, ligados à própria história dos sujeitos, orientam suas ações. A gestão do fluxo encontra nas trocas verbais com os usuários a fonte de desenvolvimento de uma relação de serviço<sup>27</sup>.

Para reduzir o tempo de espera do paciente é preciso articular com técnicos e residentes a alteração na ordem dos atendimentos. O deslocamento do recepcionista até as salas de exame faz aumentar a fila em frente ao guichê quando, muitas das vezes, ele está trabalhando sozinho em seu turno.

Para além do que está prescrito para o seu trabalho, os recepcionistas compartilham alguns critérios para arbitrar sobre a antecipação do exame de um paciente: o conhecimento de que o paciente fará outros procedimentos no hospital no mesmo dia (exame de sangue, hemodiálise, eletrocardiograma, etc); a proveniência do paciente (do hospital DIA que trata doenças crônicas e infecciosas); o próprio estado de saúde do paciente; sua faixa etária (quando há crianças, busca-se, se possível, antecipar seu atendimento).

Aí eles... o pessoal daqui, né, ó foi até o Valnei que me informou, marcou assim o hospital dia vinha assim DIP hospital dia, você bota logo na frente e a dona Rosalva também, ó, quando o paciente vir nesse caso assim de Aids ou dermato também... procura logo fazer logo... eles me falaram assim, aí eu... e outras coisas também como assim é caso de manhã, por exemplo, criança, né? que vem aqui pra marcar, aí o que que eu faço? quando eu marco eu procuro falar pra mãe, pro pai, falar assim ó, chega cedo, porque aí eu boto na frente as crianças... por que eu boto na frente? isso é de mim, ninguém falou nada, pessoal lá dentro sabe, não é proibido, mas por que que eu faço isso? Porque eu vejo: é criança pequena, às vezes tem consulta no mesmo dia, aí eu procuro botar na frente, bater logo o Raio-X, pega a chapa e leva pro médico ver ou então, quando não é assim eu procuro também botar na frente, porque criança pequena começa a ter fome, começa a ter sono, aí fica enjoada, e, se deixar ela por último, aí o que que acontece? Já está enjoada, aí quando for lá pra dentro não consegue fazer o exame direito...

Para que essa regulação no fluxo de realização do exame possa acontecer, as

equipes de técnicos e de residentes terão de compartilhar desses mesmos critérios com base nos valores do bem comum. Além disso, mesmo que esses critérios coincidam, terão de avaliar as concretas condições de mudança na ordem do atendimento, sob o ponto de vista da logística do funcionamento das máquinas em relação ao tipo de exame a ser realizado.

Além dos investimentos de si que essas regulações exigem, os recepcionistas têm de enfrentar o discurso da política de saúde que, paradoxalmente, instiga os usuários de serviços públicos a cobrarem eficiência da parte dos funcionários.

Viu o Fantástico ontem? viu o que o ministro falou? ele deu a entender... ele dá razão aos pacientes... tu já viu como é que isso vai ficar! outro dia o cara chegou revoltado, quem pagava o nosso salário era ele... então é por isso que eu tô ganhando tão pouco... há cinco anos sem aumento... ele foi ficando bem calmo, o senhor está me pagando, o senhor sabe que eu não ganho bem...

O comentário acima, feito por um dos recepcionistas, é um notável exemplo de que, na criação verbal, recorta-se a heterogeneidade de mundos sociais e de conflito de normas que estão na base do dia-a-dia do trabalho. Na interação, o sujeito vai procedendo a recortes, a escolhas, criando um modo particular de dizer a realidade. O que se percebe que vai sendo colocado na situação enunciativa é a estrutura social tal como ela é vivida subjetivamente. Isso não significa dizer que o indivíduo tem nele a sociedade de sua época estruturada de modo específico. Mas indica que essa estrutura é permanentemente lançada no discurso por um locutor que procura avaliá-la, posto que a

linguagem assim lhe permite.

Esse exemplo não representa simples menção à determinada matéria de um programa de televisão. Ao trazer esse comentário para o espaço de seu trabalho, o recepcionista encontra um lugar de onde lançar foco sobre as dificuldades que surgem para a gestão das eficácias.

O dizer o que diz do modo que diz, ele se institui como aquele que toma a fala do ministro como um ataque a seu mundo de trabalho. As atividades que exerce e no contexto em que as exercem estão distantes do discurso da política de Saúde. Ao se dirigir ao pesquisador do modo como o fez – já viu tudo, né? –, o recepcionista evoca o fato de que compartilham (ele e o pesquisador) aquilo que ele concretamente já faz para regular as demoras no atendimento, bem como aquilo que não é possível fazer, que não dá para fazer. Procedendo assim, ele se institui numa voz em sua defesa, pois, nesse diálogo social maior, usuários do serviço público são colocados contra os servidores. As vozes oficiais atribuem a estes últimos a culpa pela demora no atendimento, apagando, assim, a questão que envolve as precárias condições em que trabalham.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessas pesquisas, é possível apontar alguns aspectos sobre o tema da gestão em serviços de saúde. Primeiramente, a eficácia da gestão depende da regulação dos profissionais de saúde. Portanto, qualquer medida gerencial que vise diminuir custos ou aumentar o faturamento do hospital deve ter a participação efetiva dos profissionais. Quanto mais centralizadas as decisões, mais

riscos de serem impostas medidas condenadas ao fracasso por não se fundamentarem na experiência dos protagonistas da atividade.

A qualidade das regulações dos profissionais de saúde necessita de uma política administrativa que fortaleça os diversos coletivos presentes no hospital. Os diretores do hospital devem ter como prioridade resolver ou evitar problemas que enfraquecem a regulação coletiva como a redução de efetivos, o excesso de pessoas inexperientes e os contratos precários de trabalho.

A gestão da assistência e da formação requer espaço propício para que as pessoas possam construir diferentes sinergias. Como disse o professor-neurocirurgião, há momentos em que é preciso correr e *há momentos em que é preciso frear a pressa*, reunindo-se num outro nível de vínculo com o tempo.

Adotar um ponto de vista da atividade auxilia em não cair no risco de reduzir a política de humanização a uma mudança nas relações entre profissionais e pacientes sem levar em conta as condições gerais em que o trabalho em saúde se insere hoje. A problemática da produtividade não pode ser vista apenas do ponto de vista de temporalidade do relógio ou, como denomina Schwartz *et al.*<sup>14</sup>, tempo do mercado. Dois outros tempos são igualmente importantes, o ergológico e o da política (ou dos valores do bem comum).

Assim, pensar a eficácia do serviço vai muito além da mensuração de indicadores quantitativos de metas atingidas durante um determinado período. Há de se construir dispositivos que possibilitem emergir o que está em jogo nos elementos de cooperação

que não podem ser totalmente antecipados e prescritos. “É indispensável deixar lugar para esses valores, para que eles possam se expressar de uma certa maneira”<sup>13</sup>.

## REFERÊNCIAS

- 1 Souza WF. Gestão em saúde, uma perspectiva ergológica: com quantos gestos se faz uma gestão. [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
- 2 Hennington EA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. Rev Saúde Pública. 2008; 42(3): 555-61.
- 3 Scherer MDA. O trabalho da equipe de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade. [tese de doutorado]. Santa Catarina: Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
- 4 Scherer MDA, Pires D, Schwartz Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. Rev Saúde Pública. 2009; 43(4): 721-25.
- 5 Joazeiro EMG. Serviço social e supervisão de estágio: saberes, formação e temporalidades. [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 2008.
- 6 Muniz HP. A gestão do tempo de permanência do paciente de Neurocirurgia no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto Luiz Alberto Coimbra, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.
- 7 França MB. Uma comunidade dialógica de pesquisa: atividade e discurso em guichê de atendimento hospitalar. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, PUC; 2002.
- 8 Schwartz Y. O homem, o mercado e a cidade. In: Schwartz Y, Durrive L, editores. Trabalho e Ergologia: Conversas sobre atividade humana. 2ª ed. rev. Niterói: Eduff; 2010. p.247-273.
- 9 Schwartz Y. Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe. Toulouse: Octares, 2000.

- 10 Schwartz Y. Reflexões em termos de um exemplo de trabalho operário. In: Schwartz Y, Durrive L, editores. Trabalho e Ergologia: Conversas sobre atividade humana. 2ª ed. Niterói: Eduff; 2010b. p.37-46.
- 11 Guérin F, Laville A, Daniellou F, Duraffourg J, Kerguelen A. Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia. São Paulo: Edgar Blücher; 2001.
- 12 Schwartz Y. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: Figueiredo M, Athayde M, Brito J, Alvarez D, editores. Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A; 2004. p. 23-33.
- 13 Schwartz Y. A dimensão coletiva do trabalho e as Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP). In: Schwartz Y, Durrive L, editores. Trabalho e Ergologia: Conversas sobre atividade humana. 2ª ed. Niterói: Eduff; 2010c. p.149-164.
- 14 Schwartz Y, Alvarez D. Concordance et discordance des temps: Le travail, le marché, le politique et les temps du travail scientifique. Revue de Philosophie Économique, 2001;3:35-66.
- 15 Cru D. Règles de métier, langue de métier : dimension symbolique au travail et démarche participative de prévention. Mémoire. Paris, EPHE; 1995.
- 16 Schwartz Y. (Département d'ergologie, Université de Provence). Avances et limites de la conceptualisation économiste. In: Département d'ergologie, editor. L'évaluation économique a l'épreuve des services: l'activité entre efficacité et efficience. Rapport final. Ministère de la recherche et de la technologie (Décision nº 90, D.0890) 1992:69-82.
- 17 Goffman I. Interactional Ritual: essays on face to face behavior. New York;Panteon; 1967.
- 18 Lacoste M. (coord.) Langage, activités médicales et hospitalières: dimensions négligées. Cahier Langage et travail; 5; Março; 1992.
- 19 Schwartz Y. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. Revista trabalho e educação Belo Horizonte, 2000b jul/dez; n. 7.
- 20 Vidal M, Almeida C, Drucker L *et al.* Ação ergonômica com vistas à informatização do fluxo de exames complementares de diagnóstico e tratamento. Programa de Capacitação em Ergonomia Hospitalar: Projeto 1. GENTE/PEP/COPPE/UFRJ & HUCCFF/UFRJ, Rio de Janeiro. 1997. Mimeo.
- 21 Clot Y, Doray B, Michel A, (Département d'ergologie, Université de Provence). La gestion a Coeur: approche de l'efficacite dans le service de chirurgie cardiaque de la Pitie-Salpetriere. In: Schwartz Y, editor. L'évaluation économique a l'épreuve des services: l'activité entre efficacité et efficience. Rapport final. Ministère de la recherche et de la technologie; 1992. p. 209-261. Décision nº 90, D.0890.
- 22 Binst M. Du mandarin au manager hospitalier. 1a ed. Paris: L'Harmattan; 1990.
- 23 Canguilhem G. O normal e o patológico. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1990.
- 24 Dejours C. Inteligência operária e organização do trabalho: a propósito do modelo japonês de produção. In: Hirata H, editora. Sobre o modelo japonês. Automatização, novas formas de organização e de relações de trabalho. São Paulo: Edusp; 1993. p.280-309.
- 25 Neboit M. Activités collectives dans le travail: formes, fonctions et rôles". In: Six F, Vaxevanaglou X, editors. Les aspects collectives du travail. Toulouse: Octares; 1993.
- 26 Alvarez D. Cimento não é concreto, tamborim não é pandeiro, pensamento não é dinheiro! Para onde vai a produção acadêmica? Rio de Janeiro: Myrrha; 2004.
- 27 Zarifian, P. Valor, organização e competência na produção de serviço: esboço de um modelo de produção de serviços. In: Salerno MS, editor. Relação de serviço: produção e avaliação. São Paulo: Senac; 2001. p. 95-149.1

Artigo apresentado em: 31/01/2011

Aprovado em: 14/03/2011