

O ADMINISTRADOR HOSPITALAR NAS ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE FRENTE ÀS NOVAS CONCEPÇÕES DE ADMINISTRAÇÃO

THE MANAGER IN HOSPITAL PUBLIC HEALTH ORGANIZATIONS TO FACE NEW CONCEPÇÕES OF ADMINISTRATION

João Augusto da Silva¹
Máglice Veloso da Silva²

RESUMO: As mudanças do perfil e da prática do Administrador Hospitalar frente às recentes perspectivas conjunturais contribuem para a emergência de novos conceitos em administração nas instituições de saúde. Assim sendo, analisa-se as diferentes abordagens que influenciaram a administração e, particularmente, a administração hospitalar, considerando-se especialmente os autores clássicos como Taylor, Fayol e Mayo. Registra-se ainda que a Administração Hospitalar necessita e deve estar inserida no contexto global das instituições de saúde para validar a sua importância e responsabilidade preconizadas sobretudo no Código de Ética Profissional do Administrador Hospitalar e no novo Código Civil.

PALAVRAS-CHAVE: Administração Hospitalar. Organizações de Saúde. Perfil do Administrador Hospitalar.

ABSTRACT: The changes of the profile and of the practice of the Hospitalar Administrator face at recent juncture perspectives which contribute to the emergency of new concepts in Administration of the institution of health. Thus, analyse itself the different approaches which influenced the Administration and, particularly, the Hospitalar Administration, considering itself especially, the classic authors as Taylor, Fayol and Mayo. Register yet that the Hospitalar Administration needs and must be inserted in the global context of the institutions of health to validate its importance and responsibility preached above all in the Code of Professional Ethic of the Hospitalar Administrator and in the New Civil Code.

KEY-WORDS: Hospitalar Administration. Organizations of Health. Profile of the Hospitalar Administrator.

1 INTRODUÇÃO

Frente às recentes perspectivas conjunturais que vêm contribuindo para a construção de novos conceitos em administração, objetiva-se apresentar neste artigo o papel do Administrador Hospitalar nas organizações de saúde em Porto Velho frente às novas concepções de administração. Como ponto de partida, analisa-se, as diferentes abordagens que influenciaram a formulação de novos conceitos sobre a administração e a administração hospitalar.

¹ Acadêmico do Curso de Administração Geral (Graduação) da Faculdade São Lucas (FSL).

² Orientadora Máglice Veloso da Silva, Professora do curso de Administração e Biomedicina, Especialização em Metodologia do Ensino Superior (*Lato Sensu*) pela Faculdade São Lucas, Administração Pública (*Lato Sensu*) pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR), Saúde do Trabalhador (*Lato Sensu*) pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR) e Mestranda em Biologia Experimental pela (*Extricto Sensu*) pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR). E-mail: magliceveloso@hotmail.com

Frederick Taylor, precursor da Teoria Científica (1911) e seus seguidores compreenderam que o bom funcionamento e a eficiência da empresa como um todo dependem do desempenho da função de cada um de seus componentes de forma competente, evitando desperdícios. Posteriormente o francês Henri Fayol (1916) enfatizou que a administração deveria ser estudada e tratada como ciência, para que as organizações não fossem submetidas a improvisações (CHIAVENATO, 1993).

As abordagens de Taylor e Fayol disseminavam os valores da sociedade capitalista da década de 20, demonstrando em seus postulados as necessidades de atender à demanda das organizações industriais da época, admitindo que as diferenças econômicas e sociais seriam vitais para o bom funcionamento do sistema, que teria como finalidade central a produtividade geral do trabalho visando a expansão do capital (o filme “Tempos Modernos” de Charles Chaplin exprime bem a crítica a esta corrente administrativa).

George Elton Mayo (*apud* Chiavenato, 1993) contesta este modelo e defende uma proposta de administração organizacional voltada tanto para os objetivos das organizações, quanto os das pessoas. E, Mayo (*apud* CHIAVENATO, 1993, p. 150) explica que “[...] a pessoa humana é motivada essencialmente pela necessidade de estar junto, de ser reconhecida, de receber adequada comunicação”, diferentemente de Taylor, para quem “a motivação básica do empregado era meramente salarial”.

Ainda, por volta dos anos 40, Max Weber e outros autores criaram a Teoria da Burocracia para retratar um modelo teórico da organização sob um ponto de vista estruturalista que, apoiado na racionalidade do comportamento humano, buscaria alcançar a máxima eficiência em prol da organização. Daí é importante ressaltar que no final dos anos 40 e início dos anos 50, o planejamento passa a ser visto como um mecanismo de intervenção usado pelo Estado como fator fundamental para a manutenção e consolidação do mesmo, não se referindo apenas ao campo econômico, mas abrangendo as chamadas políticas sociais. Nesta perspectiva é adotada uma concepção de planejamento operacional, a qual “prioriza a eficiência, dá ênfase a técnicas, instrumentos, trata dos meios, aborda cada aspecto isoladamente e concebe sobretudo o planejamento como tarefa dos administradores” (GANDIM, 1994, p. 55).

No entanto, há de se compreender que a Teoria dos Sistemas foi inserida na

Administração devido às necessidades da década de 60, quando os problemas das organizações passam a ser examinados de uma forma mais ampla e não restrita como vinha acontecendo. Logo, ao Administrador não mais caberia isolar uma situação para resolvê-la, mas, analisá-la diante de seu contexto.

A partir deste quadro observa-se a evolução dos conceitos clássicos sobre a administração que, embora importantes para orientar o trabalho nas instituições de saúde, mostra-se limitado por não levar em consideração as suas especificidades. Daí, a afirmativa de que, segundo Mezomo (2001, p. 163): “A Administração não se restringe aos aspectos puramente administrativos e burocráticos, não devendo se distanciar das discussões que envolvem a prática do gerenciamento de ações administrativas ou técnicas nas unidades de saúde”.

E, diante das mudanças sócio-político-econômico-culturais que vêm se processando na sociedade especialmente a partir dos anos 80, quando temas como democracia, participação, eleições diretas nos diversos níveis de organização social, e também para a direção das organizações de saúde passam a fazer parte dos debates, desenvolve-se também novo paradigma para a teoria da administração empresarial moderna. O novo modelo de organização aponta para a transferência da responsabilidade, que até então era exclusiva do gerente/diretor, para ser compartilhada por todos os segmentos da comunidade organizacional, o que repercute na administração das instituições de saúde, reestruturando o “centralismo e o verticalismo na estrutura e na dinâmica organizacional dessas organizações” (FALCÃO FILHO, 1997, p. 48).

O administrador deve articular os diversos segmentos envolvidos no processo para que se organizem e, de forma coletiva e compartilhada, envolvem-se numa discussão/ação para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Neste sentido, as instituições de saúde tornam-se democráticas envolvendo relações sociais mais articuladas e promovendo o partilhamento das decisões, onde o processo de administração encontra-se intrinsecamente vinculado ao cumprimento da função técnica, administrativa e gerencial, para informar ao cidadão e este tornar-se mais crítico e participativo.

E, a importância da gestão participativa se traduz em mediação de uma prática política e democrática em busca de uma assistência à saúde de qualidade.

2 OS PROBLEMAS DO ADMINISTRADOR HOSPITALAR NO AMBIENTE INTERNO DO HOSPITAL

O objetivo final da atividade das unidades de saúde, traduzido pelo elevado padrão das atividades assistenciais desenvolvidas, é permanentemente desafiado por problemas que desabam sempre sobre o administrador da instituição. São todos problemas que, se não superados, determinam baixa da qualidade dos serviços assistenciais oferecidos pelas instituições. Trata-se de situações que são tentativamente representados na Figura 1.

A análise fica facilitada se for iniciada pelos setores instrumentais, começando com os “recursos materiais”: aqui os problemas mais freqüentes vinculam-se ao equipamento, na medida em que se torna obsoleto, necessitando de substituição. Esta exige do administrador, perfeita visão do “*timing*” da aquisição do novo aparelho, num jogo equilibrado entre os custos do investimento, o grau de obsolescência do equipamento e a possibilidade de amortização da compra. O jogo não é fácil e suas variáveis podem passar despercebidas, inclusive porque os equipamentos de toda natureza exigem considerável esforço de manutenção, que deve sempre obedecer a um modelo de trabalho preventivo e que hoje já se reveste de características preditivas (BRASIL, 2004).

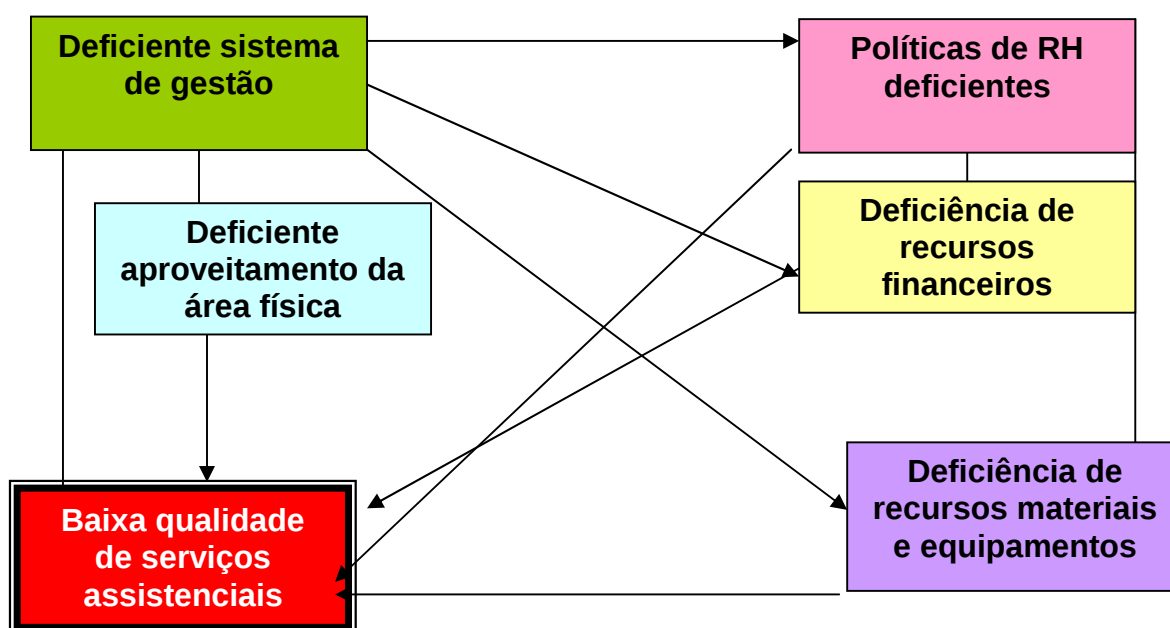


Figura 1: Problemas do Administrador Hospitalar no ambiente interno das unidades de saúde.
Fonte: Lima – Gonçalves, Ernesto. Condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa. RAE- eletrônica, vol.1, nº.2, jul-dez/2004.

Outro setor instrumental corresponde a “recursos financeiros”, essenciais em qualquer atividade empresarial. Mas à preocupação permanente e geral – o déficit financeiro – soma-se agora a necessidade imperiosa de uma orçamentação bem elaborada, a ser seguida rigorosamente. Em complemento deve o administrador hospitalar, tal como ocorre em qualquer outro tipo de empresa, procurar aplicações que permitam à instituição a obtenção de receitas financeiras, críticas em situações de dificuldade (LIMA – GONÇALVES, 2004).

2.1 A ÉTICA SEGUNDO O CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO ADMINISTRADOR

De forma ampla a Ética é definida como a explicitação teórica do fundamento último do agir humano na busca do bem comum e da realização individual, sendo que a busca dessa satisfação ocorre necessariamente dentro de um contexto social, onde outras tantas pessoas perseguem o mesmo objetivo, o que as torna comprometidas com a qualidade dos serviços que presta à população e com o seu aprimoramento intelectual (BRASIL, 2001).

Ainda, no mundo organizacional, cabe ao Administrador preponderante papel de agente de desenvolvimento social, sendo o Código de Ética Profissional do Administrador (2001) o guia orientador e o estímulo de novos comportamentos, vez que está fundamentado num conceito de ética direcionado para o desenvolvimento, servindo simultaneamente de estímulo e parâmetro para que o citado profissional amplie sua capacidade de pensar, visualize seu papel e torne sua ação mais eficaz diante da sociedade.

Nas disposições preliminares do capítulo I, do Código de Ética Profissional do Administrador, preconiza *in verbis* no artigo 1º. e seu parágrafo único o que se seguem:

Art. 1º - O exercício da profissão do Administrador implica em compromisso moral com o indivíduo, cliente, a organização e com a sociedade, impondo deveres e responsabilidades indelegáveis.

Parágrafo único – A infringência a esse preceito resulta em sanções disciplinares aplicadas pelo Conselho Regional de Administração, mediante ação do Tribunal Regional de Ética dos Administradores (TREA) cabendo recurso ao Tribunal Superior de Ética dos Administradores (TSEA), obedecidos ao amplo direito de defesa e o devido processo legal, independentemente das penalidades estabelecidas nas leis do país.

Dentre os deveres do Administrador, encontra-se expresso no inciso XXI, do artigo 6º, do Código de Ética Profissional do Administrador “estimular, dentro da empresa, a utilização de técnicas modernas, objetivando o controle da qualidade e a excelência da prestação de serviços ao consumidor ou usuário”. Daí compreende-se a importância deste profissional na direção dos hospitais e das unidades de saúde. Ainda, estar atento a cumprir, os seus direitos, expressos tão singularmente nos incisos V, X e XI do citado Código, conforme a seguir:

V – suspender sua atividade individual ou coletiva, quando a instituição pública ou privada não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não o remunerar condignamente;

X – auferir dos benefícios da ciência e das técnicas modernas, objetivando melhor servir ao cliente, à classe e ao País;

XI – usufruir de todos os outros direitos específicos ou correlatos, nos termos da legislação que criou e regulamentou a profissão do Administrador.

2.2 O ADMINISTRADOR HOSPITALAR RESPONDE POR SEUS ERROS?

O administrador hospitalar, tal qual qualquer profissional liberal é, portanto, responsável pelos atos que pratica e responderá se, destes, algum prejuízo financeiro, patrimonial ou moral, sofrer seu empregador ou contratante.

De início, deve-se dizer que o Administrador não precisa (nem deve) fazer tudo sozinho para ser conhecido como o “Administrador”. Ele deve repartir sua função, dividir com seus colegas de trabalho, cada um na sua posição, saber delegar, sob pena de nada conseguir sozinho, tornando-se o “incompetente completo”. Padre Niversindo Antônio Cherubin, para muitos um dos maiores Administradores Hospitalares que o Brasil tem, disse que ele “é um profissional que trabalha sempre em grupo” (MEZOMO, 2001).

Estipula o Código de Ética do Administrador, no artigo 6.º, do Capítulo III, como alguns de seus deveres:

- a) capacitar-se para perceber que, acima do seu movimento com o cliente, está o interesse social, cabendo-lhe, como agente de transformação, colocar a empresa nessa perspectiva; b) exercer a profissão com zelo, diligência e honestidade, defendendo os direitos, bens e interesses dos clientes, instituições e sociedades sem abdicar de sua dignidade, prerrogativas e independência profissional; c) manter sigilo sobre tudo o que souber em função de sua atividade profissional; d) conservar independência na orientação técnica de serviços e órgãos que lhe forem confiados; e) emitir opiniões, expender conceitos e sugerir medidas somente depois de estar seguro das informações que tem e da confiabilidade dos dados que obteve; f)

manter-se continuamente atualizado, participando de encontros de formação profissional onde possa reciclar-se, analisar, criticar e ser criticado.

Utiliza-se, assim, o Código Civil (CC) como base legal para apurar responsabilidade de tal profissional. Diz o CC que aquele (Administrador Hospitalar) que, por ação ou omissão (fizer ou deixar de fazer algo), negligência (descuido, falta de interesse, má vontade, deixar de fazer algo que deveria ser feito), ou imprudência (falta de atenção, descuido, afoiteza no agir, fazer algo que não deveria ser feito), violar direito ou causar prejuízo a outrem (empregador; contratante), fica obrigado a reparar o dano.

O Administrador Hospitalar que causar prejuízo a seu empregador ou contratante dolosamente (conscientemente; com má-fé) não tem lastro nem moral para assim ser rotulado. Aliás, como qualquer profissional. É interessante falar do eventual prejuízo causado por culpa, o que gera a responsabilidade civil de indenizar.

Para facilitar a percepção e segundo Teixeira (2002, p. 1-2) exemplificar-se-á algumas situações que podem gerar a responsabilidade civil do Administrador Hospitalar.

1. Ao se terceirizar uma atividade-meio das unidades de saúde, o Administrador Hospitalar deve ter todo o cuidado na escolha da empresa que executará o serviço. Isso porque o contratante (o hospital, no caso) responderá de forma subsidiária ou solidária pelos atos praticados pela pessoa jurídica contratada. Caso seja contratada pessoa física sem vínculo de emprego poderá gerar passivo trabalhista para a contratante. Ao se contratar uma empresa para prestar serviços ao hospital, o Administrador Hospitalar não pode ter, nunca, a sensação de que tem um problema a menos. Ao contrário. Caso ele não tenha tomado cuidado na escolha do terceiro, ele, na verdade, arranhou um problema a mais, para si e para o tomador dos serviços. E é claro que poderá ser responsabilizado civilmente por isso na exata medida dos prejuízos que o terceiro inidôneo, mal escolhido por ele, causou ao seu empregador ou contratante. É a consequência natural da eleição precipitada e mal feita de um prestador de serviços.
2. O Administrador é obrigado a respeitar os objetivos, a filosofia e os padrões gerais (como o estatuto social, por exemplo) da organização a que estiver vinculado. É o que diz, inclusive, seu próprio Código de Ética. O desrespeito a tais normas (ou o excesso de mandado, que é praticar atos além dos constantes/autorizados por sua procuração) atrai a responsabilidade civil do profissional na exata medida dos prejuízos causados pela inobservância daquelas regras, podendo, inclusive, responder a processo administrativo disciplinar perante seu Conselho de Classe, além, é claro, de processo judicial.
3. A experiência já permitiu vivenciar situações em que o Administrador Hospitalar pode ser responsabilizado civil, administrativa e até penalmente por seus atos ou omissões:

- a) O reconhecimento errôneo de impostos em nome do seu contratante (a maior ou a menor), gerando multas e autuações;
 - b) A não verificação ou não fiscalização acerca da regularidade formal dos prestadores de serviços do hospital (diploma dos profissionais liberais devidamente registrado nos órgãos competentes, por exemplo; capacidade da prestação de serviços (inexistência de óbices administrativos, etc).
 - c) A não verificação ou não renovação dos vários alvarás necessários ao regular funcionamento do hospital (localização e funcionamento, farmácia, CRM, vigilância sanitária, Polícia Federal etc).
 - d) A não observância da regular existência, formação e funcionamento das suas Comissões, a exemplo: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) e demais comissões).
 - e) O não repasse à Previdência Social das respectivas contribuições retidas dos empregados, consistindo tal prática em crime previdenciário.
 - f) O afastamento de suas atividades profissionais sem comunicação prévia a seu contratante/empregador.
 - g) A recusa de prestação de contas, bens e numerários que lhe sejam confiados em razão do cargo que ocupa.
4. Já se viu alguns Administradores Hospitalares serem presos em flagrante devido à existência de medicamentos vencidos na farmácia ou de alimentos (vencidos) na dispensa. Só o pagamento de fiança os livrou de trás das grades, visto haver legislação específica que cuida do assunto. De igual modo, a existência de medicamentos importados sem o rótulo devidamente traduzido para o português implica, também, em prisão, além de ilícito administrativo.

2.3 A PUNIÇÃO DO ADMINISTRADOR HOSPITALAR NO NOVO CÓDIGO CIVIL

O que tem o Administrador Hospitalar a ver com o novo Código Civil? Tem muito a ver e é bom que o Administrador Hospitalar desperte-se para isso.

O novo Código Civil que entrou em vigor em janeiro/2003 trouxe responsabilidades profissionais para o Administrador em geral, inclusive, por óbvio, o Hospitalar. Tais obrigações/responsabilidades estão elencadas especialmente nos artigos 653 a 674.

O Administrador Hospitalar não pode delegar as tarefas de administração para as quais foi contratado. Isso quer dizer que o Administrador Hospitalar deve assumir pessoalmente a condução de suas atividades profissionais e as responsabilidades daí decorrentes, inclusive os prejuízos eventualmente causados (TEIXEIRA, 2002).

O Administrador Hospitalar deve ter por norte a seriedade de sua função. O próprio Código Civil cuida de lembrar isso a ele, ao prever, no artigo 1011, que “O Administrador da sociedade deverá ter, no exercício de suas funções, o cuidado e a

diligência que todo homem ativo e probo costuma empregar na administração de seus próprios negócios.”

O artigo 667 do CC (2003) traz, de forma clara e objetiva, a responsabilidade do Administrador, ao dizer que:

O mandatário é obrigado a aplicar toda sua diligência habitual na execução do mandato, e a indenizar qualquer prejuízo causado por culpa sua ou daquele a quem substabelecer, sem autorização, poderes que devia exercer pessoalmente. Percebe-se que ninguém poderá dizer que não entendeu o que está escrito anteriormente. Administrador que agir em desconformidade com o esperado.

Segundo Teixeira (2002, p. 2-3) e imprimindo aspecto prático ao abordado, há necessidade de indicar algumas situações em que o Administrador poderá ser responsabilizado e condenado a indenizar o seu contratante por atos que praticar:

a) O Administrador de uma unidade de saúde demitiu um empregado celetista por justa causa sem verificar se aquela demissão poderia ser efetivada daquela forma. Diga-se que o Juiz do Trabalho entenda que aquela demissão não poderia ser feita por justa causa. Conseqüentemente, a unidade de saúde terá que pagar ao ex-empregado todas as verbas rescisórias a que tiver direito mais a multa do Fundo de Garantia de Amparo ao Trabalhador (FGTS) e, dependendo do caso, valores a título de danos morais, porque o empregado foi castigado com pena que o Judiciário afastou, por entender indevida.

- O contratante ou empregador poderá cobrar do Administrador o valor que tiver que pagar ao ex-empregado, notadamente a título de danos morais, pois foi a atitude precipitada e ilícita do Administrador que lhe trouxe prejuízos. E esse exemplo é mais comum do que se imagina, pois, comumente, as pessoas tendem a praticar atos por motivação própria (vingança) ou até por perseguição, especialmente chefes em relação a seus subordinados, esquecendo-se que quem responderá pelas suas atitudes é a empresa ou entidade e não ele. É o mau profissional. Nada mais justo, portanto, que o Administrador que assim agir seja obrigado a indenizar a quem prejudicou.

b) O Administrador de um hospital contratou uma empresa para prestar serviços de laboratório de análises clínicas. Diga-se que a empresa inicia a prestação de serviços sem que o Administrador tenha feito qualquer pesquisa sobre a sua idoneidade e nem a de seus sócios, tais como: certidão junto ao fórum (cível e trabalhista); consulta ao Serviço de Proteção

ao Crédito (SERASA); consulta ao cartório de protestos; comprovação de inscrição da empresa e dos sócios junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM); cópia (autenticada) do contrato social e de eventuais alterações; cópia (ou consulta *on line*) do cartão do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ); enfim, toda e qualquer providência que tivesse por objetivo aferir se aquela empresa efetivamente era idônea para lhe prestar serviços.

- Supõe-se que a empresa não seja idônea e venha a causar prejuízos ao hospital, pois o Administrador não fez a pesquisa antes de contratá-la, expondo seu contratante a risco. É claro que o Administrador será obrigado a ressarcir os prejuízos de tal contratação ao seu mandante, pois foi por seu ato omissivo que o hospital teve prejuízos.

c) Utilizando o mesmo exemplo acima, suponha-se que o hospital seja condenado solidária ou subsidiariamente pela Justiça do Trabalho porque o laboratório (o terceiro) não registrou em Carteira do Trabalho e da Previdência Social (CTPS) as pessoas que trabalhavam na coleta do material e que exerciam suas atividades nas dependências do estabelecimento hospitalar.

d) Imagine-se o Administrador de um hospital que contrate um médico para atender no pronto-socorro e não se dê ao trabalho de exigir cópia (autenticada) dos documentos pessoais daquele profissional, tais como: diploma de graduação, inscrição no CRM, diploma de especialização etc. E isso acontece muito, pois o Administrador, num passe de mágica, tende a esquecer suas responsabilidades profissionais quando alguém é “reconhecido” por outra pessoa, como se a indicação ou o aval de um terceiro substituísse de todo o formalismo que deve ser observado neste momento.

2.4 A REVOGAÇÃO POLÊMICA DA PORTARIA 2.225 (A PORTARIA QUE DESOBRIGA GESTORES DE HOSPITAIS DO SUS A SE ESPECIALIZAREM EM ADMINISTRAÇÃO)

Em maio de 2005, o Ministro Chefe da Casa Civil, José Dirceu, defendeu a necessidade do crescimento sustentado como forma de o país resolver boa parte de seus problemas. No meio da análise, fez uma previsão sobre a área da Saúde: “ em 2005, serão gastos R\$ 40 bilhões e se não houver boa gestão, o dinheiro vai para o ralo”. Dois meses antes, porém, em 9 de março, o Ministro da Saúde Humberto Costa, responsável por gerir a verba antecipada por Dirceu, pode ter seguido no caminho contrário. Costa baixou a Portaria nº. 350 que revogou a de nº. 2.225, de

dezembro de 2002, que obrigava os gestores dos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) a se especializarem em cursos de administração hospitalar e fixava 31 de dezembro de 2004 como data para o cumprimento dessa portaria.

“As especializações em administração hospitalar não estão sintonizadas com as políticas de gestão do SUS”, justifica a Coordenadora Geral de Ações Estratégicas de Educação na Saúde do MS, Laura Camargo Macruz Feuerweker. Médica e especialista em Administração Hospitalar pela Universidade de São Paulo (USP), Laura diz que a exigência de titulação criava um mercado para cursos, mas não garantia a qualidade da formação.

Segundo o Ministério da Saúde (2005), há uma política de educação para o SUS sendo implementada. “Estão sendo criados pólos de educação permanente, reunindo gestores estaduais e municipais do SUS, hospitais universitários, instituições de educação superior, escolas técnicas, além de representantes do controle social e estudantes. Já são 86 pólos, onde muitas das iniciativas de formação e desenvolvimento profissional estão sendo articuladas”.

Ainda que haja alternativas, a revogação da 2.225 foi feita sem nenhuma ampla discussão pública. “Ao editarem a portaria 2.225 houve consulta pública e na revogação não foi feito isso. Sabíamos que talvez não fosse o modelo ideal, mas era um início. Que fossemos melhorando o processo e não estagnando como aconteceu”, avalia o administrador Paulo Câmara, presidente da Federação Brasileira de Administradores Hospitalares. “Há estudos do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) que mostram as carências administrativas e os ganhos com a especialização. Por isso, é preocupante quando se vê que o governo toma uma medida dessa e não abre um canal de comunicação com os representantes da sociedade”. No lugar da 2.225 o MS oferece a “perspectiva de cursos presenciais e a distância, de especialização e mestrado, que devem incluir elementos de aperfeiçoamento da gestão”.

Outra alegação para revogação foi a de que cursos dão aos alunos uma visão “empresarial” da saúde. “Os cursos estão orientados prioritariamente a formar gestores que pensam os hospitais como empresas e não a administrar hospitais que são parte do SUS e que devem estar integrados com outras instâncias do sistema”, explica Laura Camargo.

O ex-Secretário de Assistência à Saúde do MS, o médico Renilson Rehen, que criou a Portaria nº. 2.225, se declarou decepcionado, ainda que faça questão de dizer que acredita que o Ministério da Saúde vá lançar algum programa para substituir o anterior. A alegação de que os cursos não estão sintonizados com as políticas do SUS é sem sentido. Devem-se então baixar normas para que esses cursos tenham um percentual de horas sobre administração do sistema público”, enfatiza Rehen. “Dizer que os hospitais públicos não devem ser administrados como empresas é uma visão equivocada. Não se trata de confundir gestão pública com lucro, mas sim administrar os recursos públicos da melhor maneira possível em benefício do usuário. O presidente da Federação Brasileira de Administração Hospitalar (FBAH) tem a mesma opinião. “Todos os hospitais tem que ser administrados como empresas. Não com a visão simples do lucro, mas para ter sua viabilidade econômica e com isso garantir o bom atendimento à comunidade, o que não ocorre hoje”.

Para o MS (2005) a situação da gestão dos hospitais brasileiros é heterogênea. Segundo a assessoria do órgão, muitas iniciativas para formação de gestores hospitalares já foram desencadeadas e financiadas pelo Ministério da Saúde em anos anteriores. Os resultados, segundo as mesmas fontes, não foram “de grande impacto” e agora se está trabalhando em “novas estratégias de formação e desenvolvimento para os profissionais, inclusive os que estão ocupando postos de gestão nos hospitais”.

Administrar um hospital está entre as tarefas mais complexas que se conhece. Os custos são crescentes e novas tecnologias, que em geral não significam a substituição da mão-de-obra, devem ser agregadas a todo o momento. Por outro lado, ninguém alega que médicos ou enfermeiras, por exemplo, devem deixar de passar por cursos de formação pelo fato de eventualmente esses cursos serem de má qualidade. O que se vê são ótimos profissionais de outras áreas virarem péssimos administradores hospitalares e o usuário pagar por isso (TEIXEIRA, 2002).

2.4.1 Debates e iniciativas recentes

Em junho de 2002, foi realizado em Brasília, com apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) o 2º. Seminário Nacional do Projeto de Qualificação de

Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde. Com a presença do então Ministro da Saúde, Barjas Negri, se discutiram as metas de melhoria da gestão, como processos de avaliação, fluxos de informação, acompanhamento dos resultados nos Estados e estímulo ao debate sobre o perfil e as competências de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde (TEIXEIRA, 2002).

Continua Teixeira (2005) a afirmar que:

Já em fevereiro a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade Federal da Bahia, convocou candidatos para o projeto Mestrado Profissional 2004, na área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde. Esse projeto ficou restrito a dirigentes e técnicos do SUS da região Centro-Oeste, ou seja, Brasília, Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. O curso foi iniciado em março, em Brasília. Os pretendentes tiveram que apresentar planos de estudos sobre epidemiologia de doenças transmissíveis e crônico-degenerativas, saúde do trabalhador, da mulher, saúde mental, saúde da família, análise de situações de saúde, planejamento e programação em saúde, organização de sistemas e serviços de saúde, gestão de sistemas locais de saúde, avaliação de políticas, sistemas e serviços de saúde, sistemas de informação em saúde, direito à saúde e vigilância sanitária, avaliação de tecnologias em saúde e formação e capacitação de pessoal em saúde.

2.5 A NECESSIDADE DO ADMINISTRADOR HOSPITALAR PARA A MELHORIA DA GESTÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Zoboli (2002, p.56), cita que

[...] a profissionalização da administração é um instrumento imprescindível para a adequação dos serviços de saúde às necessidades da sociedade, pois constata-se que há um corpo de conhecimento formal capaz de possibilitar um melhor entendimento desses serviços e de facilitar a compreensão e a solução de vários dos problemas complexos de sua organização.

Assim, compreende-se que a complexidade do universo hospitalar e das demais unidades de saúde exigem uma direção bem preparada, com grande capacidade de liderança, habilidosa, pró-ativa, com autoridade, sensata e que aja com base em princípios e valores éticos.

O Administrador Hospitalar deve estar atento à especificidade da administração dos serviços de saúde no exercício de suas atividades e na tomada de decisões. No entanto, é necessário que o Administrador Hospitalar tenha traços de segurança, serenidade, fé na missão, autoridade, espírito de decisão, iniciativa,

disciplina, energia realizadora, interesse, compromisso, serviço, lealdade, sinceridade, transparência, acerto, rapidez e eficácia (MEZOMO, 2001).

E, para o exercício de suas funções o Administrador Hospitalar necessita ter graduação em administração hospitalar, ser registrado, ter o perfil conforme especificado no Código de Ética do Administrador, conhecer todas as normas e leis vigentes do Sistema Único da Saúde.

Afinal, os Administradores não são os únicos participantes do processo de administração de saúde, pois a complexidade do sistema exige equipe e divisão de responsabilidade entre administradores, médicos, enfermeiros, outros profissionais, políticos, líderes de comunidades etc., na alocação e aplicação de recursos para a obtenção de resultados de saúde com sucesso.

Para tanto, o Administrador precisa contar com o apoio e o trabalho de toda uma equipe multiprofissional e treinada. Mas isto não diminui sua função no sistema, pois ele é o responsável final pelas atividades da organização que dirige, e isto inclui a qualidade do cuidado e a eficiência na alocação dos recursos (MEZOMO, 2001)

E para não trair sua função, desviando-se de seus objetivos, o Administrador deve estar atento e praticar os “3R” de Strauss: “resposta” às necessidades de demanda dos usuários do sistema de saúde, “responsabilidade” pelas funções de planejamento, organização, controle e coordenação dos serviços e “reconciliação” (ajuste, atualização) com vasta gama de conhecimentos, ajustes e habilidades que interagem no funcionamento do sistema (ZOBOLI, 2002).

Mezomo (2001, p. 20) evidencia ainda que:

A responsabilidade que cabe ao Administrador Hospitalar na conduta de sua organização, garantindo-lhe o desempenho e a eficácia que a legitima perante a comunidade, e também que a administração hospitalar não é tarefa para amadores ou aventureiros políticos que assumem, sem preparo, uma função que ultrapasse suas capacidades, suas habilidades técnicas e seu preparo intelectual.

Mezomo (2001, p. 108), registra que “é preciso preparar os profissionais da saúde para vivência dos valores éticos e não só para a prática das técnicas terapêuticas”.

E complementa Mezomo (2001, p. 109), a afirmar que:

[...] Os hospitais, e todos os serviços de saúde, precisam mudar, e os profissionais da administração devem redescobrir o gosto pelo bem feito e a dimensão ética do seu trabalho. Eles precisam desenvolver a habilidade de tomar decisões e a capacidade de avaliar resultados, de coletar e interpretar dados, de eleger prioridades, de liderar pessoas e de se comunicar.

Finalizando, Mezomo (2001) afirma que “parece uma “missão impossível”, mas absolutamente necessária. É uma questão de ética e não apenas um estilo novo de administração”.

CONCLUSÃO

Sem pretender esgotar as inúmeras indagações, proposições e interpretações em torno das mudanças que se efetivam na realidade da área da saúde brasileira, foi observado o perfil do Administrador Hospitalar frente às novas concepções de administração.

Neste sentido, entende-se que o novo perfil dos Administradores encontra-se ainda em construção, sendo que o mesmo necessita de maior fundamentação e percebe-se que a sociedade exige um Administrador capaz de desenvolver suas ações a partir da realidade política, econômica, administrativa, social, cultural que se apresenta no cotidiano das unidades de saúde, confrontando as variáveis dos ambientes externo e interno. Essas ações precisam ocorrer de forma integrada, associadas aos fatores do contexto onde estão inseridas as unidades de saúde. Da mesma forma, é necessário um trabalho de conscientização de base, pois a gestão profissional de saúde só será efetivada com a demanda real por democracia e a ação coletiva autêntica envolvendo os profissionais de saúde e os usuários dos serviços prestados.

Compreende-se que haja necessidade de se efetivar a gestão profissional de saúde, o que inclui teoricamente as dimensões administrativa, técnica e financeira. No entanto, compreende-se que as três dimensões sejam indissociáveis, o que conduz a não simplesmente negar os caminhos que vem sendo construídos pela realidade apresentada pela Administração do Sistema de Saúde no País, mas a

entender que o caminho está apenas parcialmente traçado, faltando ainda o amadurecimento do campo de visão social, no que diz respeito à necessidade de se determinar e direcionar verdadeiramente as verbas para possibilitar aos Administradores a prestação de um serviço de atendimento a saúde de forma digna à sociedade brasileira.

REFERÊNCIAS

A. OBRAS CITADAS

AGUILAR, J.; AGUIRRE, I.; MORANTES, W.; ESPINOZA, Y. **Metodologia para la elaboración de um modelo de gestión em uma institución pública venezolana**: Fundacite-Mérida. V. 27, n. 6. Revista Interciencia. Venezuela, jun, 2002. p. 293 - 8. Mimeo.

BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia**: uma defesa das regras do jogo. 4 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

BOTLER, Alice; BORBA, Ana Lúcia; FERREIRA, Carla. **Desenvolvimento da gestão estratégica organizacional**. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2000.

BRASIL. **Lei complementar Federal nº. 101**, de 4 de maio de 2000 - Lei de Responsabilidade Fiscal , Brasília - DF, 2000.

_____. **Relatório das Conferências Nacionais de Saúde**. Ministério da Saúde. Brasília - DF.: 2005.

_____. **Os problemas do Administrador Hospitalar no ambiente interno do Hospital**. Ministério da Saúde. Brasília - DF.: 2004.

_____. **Comentários ao Código de Ética Profissional do Administrador..** Ministério da Saúde. Brasília - DF.: 2001.

_____. **Código de Ética do Profissional Administrador**. Ed. Brasil , 2003.

_____. **Novo Código de Processo Civil**. Ed. Verbo Jurídico. 6. ed. Porto Alegre, 2003.

_____. **Resolução nº. 196/96**, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília-DF: 1996.

_____. **Lei Federal nº. 8.666, de 21 de junho de 1993. Institui: normas para licitações e contratos da administração pública e dá outras providências**. Brasília DF: 1993.

_____. **Portaria nº. 2.225, de 5 de dezembro de 2002**. Ministério da Saúde. Portaria que desobriga gestores de hospitais do SUS a se especializarem em Administração. Brasília - DF: 2002.

_____. **Portaria nº. 350, de 2002**. Revoga a Portaria nº. 2.225, de 5 de dezembro de 2002. Ministério da Saúde, Brasília -DF.: 2005.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração**: abordagens prescritivas e normativas da administração. São Paulo: McGraw-Hill, 1993.

_____. **Administração de empresas: uma abordagem contingencial**. 3. ed. São Paulo: Makron Books, 1994.

_____. **Administração pública: uma abordagem pura e concreta**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1999.

FALCÃO FILHO, José Leão. Formação e prática do educador: antigos e novos paradigmas. In **Revista de Administração Educacional**. Recife, v1, nº 1 (pp. 47-58) jan./jul.1997

FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida de. **Método e Metodologia na Pesquisa Científica**. Difusão Editora: São Paulo, 2004.

GANDIM, Danilo. **A prática do planejamento participativo na educação**. Petrópolis, RJ: Vozes,1994.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

LEITÃO, Ivan C. **Planejamento Estratégico Organizacional**. São Paulo: Ed. Atlas, 1995.

LIMA – GONÇALVES, Ernesto. **Condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa. ERA - eletrônica**, vol.1, nº.2, jul.-dez./2004.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde**. Princípios básicos. São Paulo: Manole, 2001.

MOTTA, Fernando C. Prestes; PEREIRA, Luiz C. Bresser. **Introdução à organização burocrática**. 7 ed. São Paulo: Brasiliense, 1999.

NOVAES, Humberto de Moraes. **Padrões e indicadores da qualidade para instituições de saúde (Brasil)**. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 1994.

RONDÔNIA. **Lei Complementar Estadual nº. 224 de 04 de janeiro de 2000**. Aprova a estrutura organizacional do Poder Executivo do Estado de Rondônia. Diários Oficiais do Estado de Rondônia nº 4402, de 05 de janeiro de 2000 e nº 4442, de 28 de fevereiro de 2000 – Errata, Porto Velho: janeiro, 2000.

_____. **Lei Estadual nº. 1.067, de 19 de abril de 2002**. Institui o Plano de Carreira, Cargos e Remuneração do Grupo Ocupacional Saúde, diretamente ligado à Secretaria de Estado da Saúde. Publicação no Diário Oficial do Estado de Rondônia nº. 4966, de 22 de abril de 2002, Porto Velho - RO, 2002.

_____. **Decreto Estadual nº 9.997, de 03 de julho de 2002. Define a estrutura básica da Secretaria de Estado da Saúde**. Diário Oficial do Estado de Rondônia, Porto Velho, RO, 03 de julho de 2002.

TEIXEIRA, João José. **O Administrador Hospitalar responde por seus erros**. Artigo científico publicado na Revista de Administração Especializada (RAE) nº. 34 - jul./ago. 2002. Rio de Janeiro - RJ.: 2002.

_____. **Debates e iniciativas recentes em Administração**. Artigo científico publicado na Revista de Administração Especializada (RAE) nº. 64- set./out. 2005. Rio de Janeiro - RJ.: 2005.

VIANA, João José. **Administração de Materiais: um enfoque prático**. São Paulo: Atlas, 2002.

ZOBOLI, Elma L.C.P. **Ética e Administração Hospitalar**. Centro Universitário São Camilo. Ed.Loyola. São Paulo, 2002.

B. OBRAS CONSULTADAS

Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 10520**: informação e documentação – apresentação de citações em documentos. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 6024**: numeração progressiva das seções de um documento. Rio de Janeiro, 2003.

_____. **NBR 14724**: informação e documentação – trabalhos acadêmicos – apresentação. Rio de Janeiro, 2005.

_____. **NBR 6022**: apresentação de artigos em publicações periódicas. Rio de Janeiro, 2003.

_____. **NBR 6023**: informação e documentação – referências – elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

SILVA, Edna Lúcia; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação** – Universidade Federal de Santa Catarina, 4. ed. rev. atual. – Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2005.