

Hospitais: atualização das estruturas administrativas

Olimpio J Nogueira V Bittar*

Na área da saúde as estruturas administrativas mais complexas estão nos hospitais. Começando no século XIV, com as santas casas, eles permaneceram por muito tempo, artesanais, ou seja, a tecnologia existente era baseada nos cuidados de religiosos que garantiam alimentação, unguentos e fórmulas. A assepsia começou no final do século XIX. No século XX iniciaram os avanços tecnológicos com os raios-X, o eletrocardiógrafo e o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas, mas foi a partir dos anos setenta que explodiram as grandes evoluções na área diagnóstica, que, na primeira década do século XXI alcançaram a terapêutica, tornando os procedimentos invasivos menos agressivos.

A preocupação com ensinar administração hospitalar no Brasil começou na década de quarenta e, em 1951, teve início, formalmente, um curso regular de administração hospitalar na Universidade de São Paulo.

Da metade do século passado até hoje ocorreram avanços significativos envolvendo **ciência**: genética (DNA), bioengenharia (órteses e próteses, materiais descartáveis), **tecnologia**: fibra ótica informática, telemedicina (exames analisados remotamente e os resultados acessados da mesma maneira), inter e intranet e **administração**: logística (just in time), governança corporativa, sustentabilidade, economias de informação e conhecimento e mais recentemente o turismo médico.

As estruturas (hierarquia/subordinação) necessárias à aplicação das novas tecnologias não acompanharam o mesmo ritmo, a maioria dos hospitais mantém as mesmas práticas criadas na metade do século passado.

Ainda hoje é bastante comum que essas estruturas acompanhem as especialidades dos profissionais presentes no hospital, “inchando” os organogramas que nestes casos, segundo outro autor, organograma passa a ser denominado “personograma”.

As estruturas tradicionais contemplam as áreas médicas, de enfermagem, administrativas e as técnicas auxiliares. Timidamente algumas inovações têm sido incorporadas principalmente em relação ao marketing hospitalar e relacionamentos (convênios).

Quanto a pesquisa e o ensino, que anteriormente eram privilégios de hospitais universitários, tem aumentado iniciativas de hospitais públicos e privados sem fins lucrativos, que dedicam parte de suas atividades a eles, como fonte de recursos ou justificando sua filantropia.

Estruturas baseadas em conceitos teóricos ultrapassados, frequentemente são, importados de outras empresas sem resultado satisfatório para os hospitais que perpetuam o modelo tradicional, inadequado e ineficiente, de sobreposição de ações e retrabalho, ausência de liderança, falta de conhecimento de quem é o responsável do processo.

Áreas de pesquisa, ensino, desenvolvimento tecnológico e outras extra hospitalares dependem da integração com o dia-a-dia do hospital, evitando sobrecarga para a área de infraestrutura. Aliás, o relacionamento com agências de fomento, indústria farmacêutica, de equipamentos e de insumos, merecem ser consideradas na elaboração da estrutura organizacional. O mesmo se aplica para a lógica dos sistemas estatal e privado.

Hoje, o hospital extrapola seus limites e usa o ambulatório mais intensivamente. A área complementar de diagnóstico e terapêutica permite procedimentos invasivos em que paciente retorna para casa no mesmo dia, podendo contar com a assistência domiciliar.

O conhecimento da estratégia do hospital a longo prazo pressupõe áreas com estrutura mais flexíveis, com menos níveis hierárquicos, maior autonomia de ação interagindo com áreas onde a estrutura é mais hierárquica e rígida, como gestão financeira, controle de riscos e jurídica.

É preciso não incorrer no erro em supor que a estrutura administrativa inicia-se nos “quadrinhos” e não na descrição de missão, visão, valores, programas, serviços, tarefas, fluxos, diretrizes, atribuições das áreas e subáreas e competências dos cargos e unidades.

A terceirização de programas e serviços, o papel dos conselhos consultivo, administrativo e fiscal e suas diretrizes são fundamentais aos processos decisórios.

A legislação deve ser observada criteriosamente, pois regula desde o lixo hospitalar até, em alguns casos, a quantidade de profissionais por unidades, exercendo forte influência na administração da saúde.

É inerente que alguns cargos sejam vulneráveis a designações políticas, comum na instituição pública mas existente também na particular, porém o conhecimento técnico deve ser mantido e salvaguardado pelo regulamento das instituições, instrumento básico para definição da estrutura.

A realidade hospitalar é baseada em grandes blocos ou áreas: infraestrutura⁽¹⁾, ambulatório/emergência⁽²⁾, complementar diagnóstico/terapêutica⁽³⁾, internação clínico/cirúrgica⁽⁴⁾, pesquisa⁽⁵⁾, ensino⁽⁶⁾, extra hospitalar⁽⁷⁾ (assistência domiciliar e outras unidades de produção (bioengenharia, farmácia de manipulação). Cada uma dessas áreas possui sua cultura própria variando de acordo com a situação de estresse a qual estão submetidas.

A complexidade da saúde torna obrigatória a integração das grandes áreas via comissões e estruturas matriciais em prol da administração com qualidade, produtividade e custos assimiláveis.

Por fim, as estruturas servem para evidenciar o dinamismo da administração evitando a dependência de personalismo e a necessidade de profissionalismo com capacitação de profissionais do quadro para substituições.

*médico especialista em administração de serviços e políticas de saúde. Assessor para assuntos relacionados a hospitais de ensino da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. bittar@saude.sp.gov.br

[HTTP://www.saudebusiness.com.br/noticias/index.asp?cod=66895](http://www.saudebusiness.com.br/noticias/index.asp?cod=66895). Disponível em 06/04/2010 às 14h30min.