

A Escassez dos Recursos na Administração Hospitalar: como Responder aos Conflitos sem Abandonar a Ética?

Abrão Rapoport

Diretor Técnico do Hospital Heliópolis; Docente Livre em Cirurgia de Cabeça e Pescoço/USP; Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Hospital Heliópolis, São Paulo

O autor descreve sua experiência no gerenciamento do Hospital Heliópolis, em São Paulo, integrante da rede SUS. Diante da escassez dos recursos disponíveis, discute o processo de recuperação da unidade. O sucesso administrativo não deve jamais ser desvinculado dos princípios éticos da atuação, onde pacientes e técnicos são devidamente valorizados. Bom atendimento e respeito mútuo devem conviver com investimentos planejados, os quais, em sua concepção, devem respeitar a individualidade do ser humano.

UNITERMOS - Escassez de recursos, administração hospitalar

1. Introdução

A administração de um hospital está diretamente relacionada ao seu planejamento prévio, em decorrência da realidade na qual a escassez se insere, determinando um modelo gerencial que atenda às necessidades. Se por um lado o insuficiente aporte de recursos seja sempre a queixa principal, por outro se coloca a competência na definição de metas de curto, médio e longo prazos. Pouco importa se estamos diante de uma unidade de 100 ou 1000 leitos, pois a partir da definição de sua vocação partimos para o acerto estrutural, jamais desconsiderando que desvios fatalmente vão ocorrer ao longo da trajetória, originando conflitos gerenciais de todos os níveis.

Isto posto, vamos tentar caracterizar o trabalho iniciado no Hospital Heliópolis, Sistema Único de Saúde, São Paulo, e desenvolvido no período de janeiro de 1995 a janeiro de 1997. Partimos do marco zero, após administrações sem projeto de atuação ou investimentos de 1992 a 1994, o que levou a um sucateamento físico de toda a estrutura e a uma desmotivação de seus recursos humanos, mal remunerados e sem planos de reciclagem e valorização.

Concomitantemente, após três anos sem nenhum investimento e conseqüente redução da capacidade de internação, com o fechamento de 200 leitos de um total de 480, vimos o Hospital Heliópolis perder o crédito pelo não-pagamento dos compromissos assumidos com seus fornecedores. Paralelamente, o corpo funcional assistia imobilizado à desqualificação da vocação pública voltada para a assistência médica e educação continuada, impotente diante da total falta de sistemas de controle e aferição do modelo gerencial em vigor.

Esse fato levou a corporação a procurar saídas alternativas para assegurar sua sobrevivência financeira, resgatando com tal atitude a capacidade de desempenho da unidade assistencial, historicamente de qualidade e competência no exercício das atividades de todos os níveis funcionais (médicos, enfermeiros, técnicos administrativos, dentistas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e outros). Salários baixos e congelados, aliados à ausência total de reciclagem dos recursos humanos, derrubam qualquer modelo assistencial, e com muito mais facilidade o vigente, já historicamente fragilizado numa instituição influenciada por projetos assistenciais ineficientes e sem qualquer planejamento prévio.

Se é notória a fragilidade do modelo de assistência prestado por meio do SUS, ela é também decorrente da falta de compromisso histórico com a saúde, somente lembrada em períodos de crise. Faz igualmente parte do SUS o equívoco ideológico que emperrou a máquina pública por mais de 20 anos, burocratizando o atendimento sanitário, em que a saúde coletiva era pensada como algo misterioso e que seria solucionada através de projetos distribuídos e não lidos pelos gerentes das unidades que deveriam executar os planos equacionados. Vale lembrar que as habituais mudanças dos sistemas de saúde, passando da gerência federal à estadual e municipal, além de não melhorar os níveis de eficiência dificultaram todas as formas de controle, tornando inadmissíveis os recursos para a área de saúde em nosso país. Se, por um lado, a descentralização gerencial é uma meta a ser alcançada, o método de sua aplicação deve ser planejado nos mínimos detalhes.

2. Administrar com recursos limitados

Há que se ter cuidado com a definição de recursos limitados. Definido o perfil da instituição em estudo, é necessário determinar o montante necessário para conduzir o projeto administrativo. Para tanto, vamos usar como modelo o Hospital Heliópolis, com seus 480 leitos em atividade, de complexidade terciária, com vocação para o ensino da

medicina (cirurgia, medicina interna e especialidades médicas) e um atendimento de bom nível para seus clientes.

2.1 - Definição da escassez

Vale sempre lembrar a afirmativa de que "administrar com sobra é fácil", mas fazê-lo na escassez é a questão que se coloca. Somos então obrigados a priorizar os gastos para atender da melhor maneira possível todos que nos procuram, pois são eles que pagam diretamente por um bom atendimento. Se partirmos de uma dotação orçamentária limitada, os resultados alcançados deverão obedecer um plano de metas de curto, médio e longo prazos. Torna-se claro que a maior prioridade de uma instituição de saúde é o paciente, e no nosso caso um paciente grave, onde o atendimento de complexidade (terciário) é a rotina. Assim, atender aos 480 leitos do Hospital Heliópolis, considerada uma rotatividade a cada dez dias, significa alcançarmos 1.440 pacientes internados/mês e, conseqüentemente, 17.280/ano.

A um custo diário de R\$ 300,00, chegaremos a um total de R\$ 5.184.000,00/ano para o efetivo atendimento destes pacientes. Determinada esta prioridade, para o atendimento de 480 leitos são necessários 120 funcionários/período, e aqui coloca-se uma grande questão: se tivermos períodos de trabalho de seis horas, necessitaremos 480 funcionários/dia. Entretanto, por período de oito horas, seriam alocados somente 360 funcionários. Vale lembrar que estamos discutindo apenas a unidade de internação e para administrá-la são necessários suportes diagnósticos, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade Coronariana (UC). Entendemos como suporte diagnóstico o laboratório de análises clínicas e o departamento de imagem, funcionando 24 horas por dia. Equacionado o bloco internado, coloca-se ao lado desse o Pronto-Socorro (PS), Unidade de Emergência (UE) e Hospital-Dia (HD). Se partirmos da premissa de que estas unidades funcionam ininterruptamente, atendendo em média a 140.000 pacientes/ano (120.000 no PS, 18.000 na UE e 2.000 no HD), seriam necessários 1.200 funcionários de todas as categorias. Finalmente, para as unidades ambulatoriais e hospitalares administrativas seriam necessários 300 funcionários, atingindo-se um total de 1.860. Na realidade, existem 2.440. Como resolver este problema do inchaço da máquina pública, onde o excesso de funcionários tenta compensar baixos salários e falta de reciclagem?

Entendida a situação vigente, onde poucos recursos estão atrelados a um compromisso com a máquina inchada, onde o pagamento de pessoal compromete praticamente todo o orçamento, há que se pensar na resolução objetiva do binômio (grande número de funcionários versus baixos salários), desonerando o Estado e, em conseqüência, permitindo um investimento maior.

2.2 - Recursos humanos

Se ficar entendido que há excesso de pessoal por conta da necessidade de se compensar os baixos salários, impõe-se o imediato resgate da categoria rotulada de "ociosa e faltosa". Devido ao baixo salário e à ausência total de perspectiva de melhoria pela falta de um plano de cargos e carreiras, o funcionário sente-se totalmente desmotivado. Agarra-se ao emprego por uma questão de sobrevivência, mas não tem nenhum interesse naquilo que faz. Se isto não é maioria, vale lembrar que as unidades de saúde sobrevivem às custas daqueles que são motivados por razões diversas: apego, vontade de melhorar tecnicamente, conseguir uma diferenciação na função que exercem. Daí a necessidade de partirmos para a implantação imediata de um plano de ascensão funcional, onde o mérito é o critério para a melhoria salarial, por meio de uma avaliação séria e periódica (presença, interesse, diferenciação técnica, produção assistencial e acadêmica, etc.). Definida e aceita tal premissa, acreditamos que naturalmente haveria uma seleção do grupo de trabalho, onde a qualidade é o denominador comum. A conseqüência seria a realocação dos funcionários em excesso. Se somente bons salários não resolvem a crise do funcionalismo, permitiriam ao gerente da unidade disciplinar as atividades envolvidas na sua gestão. Assim, todas as categorias funcionais seriam recicladas (médicos, enfermeiros, administrativos e outros) de acordo com a vocação da unidade, padronizando-se as atividades norteadoras das necessidades da instituição. Acreditamos que com o binômio salário/valorização do funcionário poderíamos criar o suporte ideal para as unidades hospitalares secundárias e terciárias, as quais estariam em condições de atender e prestar serviços de boa qualidade aos clientes. Em síntese, poderíamos equacionar o setor de recursos humanos por meio das peculiaridades de cada unidade.

2.3 - Investimentos

Se há necessidade de redimensionar a força de trabalho pela melhoria salarial e qualificação profissional, o passo seguinte é a priorização dos investimentos, da seguinte forma:

a) planejar o funcionamento do que já existe, praticando-se o "funcionar sem fechar" como regra. O sucateamento da propriedade pública é histórico, mas não podemos fechar para reformar ou desativar equipamentos comprometidos. Devemos planejar as etapas do reinvestimento, lembrando que nada deve ser executado sem proteger o nosso bem maior: o usuário do sistema público de saúde, que, pelo direito ao que sempre contribuiu, está cansado de esperar. Devemos considerar que o benefício é o único critério não criticável no projeto de

investimentos de um equipamento de saúde. De outra forma, o malefício sempre deve ser evitado desde que tenhamos qualquer suspeita de que possa incidir sobre o nosso cliente;

b) definir o perfil da unidade antes do investimento, considerando sua vocação histórica e suas características técnico-assistenciais. Jamais deveríamos gastar recursos públicos sem um estudo prévio da viabilidade e da demanda existente para determinado equipamento. Acreditamos que adquirir um bem sem um detalhado estudo de sua utilização implica em grave delito administrativo, comum em nosso meio.

Vale lembrar que os investimentos devem ser planejados em função de um plano diretor, onde a meta única é atender com rapidez, diagnosticar de imediato e solucionar o problema em qualquer de seus níveis (primário, secundário e terciário), dando todo conforto possível ao paciente, devolvendo-o rapidamente à sua família e à sua atividade profissional.

Assim, temos que estabelecer metas administrativas de curto, médio e longo prazos, tentando na medida do possível evitar conflitos entre estas e as deficiências estruturais que de toda maneira persistirão. É absolutamente lógico que funcionários remunerados com baixos salários reagirão a um planejamento no investimento, entendendo que o responsável pelos baixos salários seja o administrador de plantão. Ele é o representante do Estado a quem tudo se credita, não havendo nenhuma racionalidade neste comportamento. Cabe então ao administrador explicar suas limitações, não lhe cabendo a responsabilidade pelos salários e pela ausência de um plano de carreira, cargos e salários, sem esperar, todavia, compreensão do corpo de funcionários. Estes, massacrados pelo achatamento salarial, viram sua atividade profissional ser desrespeitada, não sendo permitida sua evolução técnica por falta de investimentos.

3. Conflitos versus metas

A trajetória de um administrador é pautada pelos conflitos em todos os níveis de gerenciamento.

3.1 - Atendimento ao paciente

O paciente é penalizado pela cultura histórica da desatenção no atendimento, pelas longas filas e falta de leitos disponíveis para internação. Ao lado disto, existem as más condições das unidades hospitalares, onde o descuido dos administradores levou à favelização, criando a imagem do abandono, com instalações precárias, pessoal técnico descuidado, demonstrando nitidamente um sofrimento crônico. Falta, portanto, o zelo com aqueles que militam na rotina dos serviços de saúde, independentemente de serem pacientes ou prestadores de serviços. As circunstâncias que levaram um ser humano à condição de doente, que não são prerrogativas de alguns mas de todos, determinam a necessidade da compreensão da importância do enfermo, o qual deve ser tratado com educação, merecendo todos os cuidados imprescindíveis à sua condição de fragilidade física e/ou emocional. A busca da melhoria das condições de atendimento deve ser intensa, com a hotelaria limpa e cuidada, alimentação dentro dos padrões nutricionais, respeito à individualidade, medicação garantida e rapidez nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Tudo isso são rotinas não-negociáveis.

3.2 - Atendimento ao funcionário

Se, por um lado, a política salarial não é privativa do gerente, tentar implementar a melhoria das condições de trabalho deve constituir-se na maior preocupação de quem dirige. Reciclar, dar oportunidades, criar condições de avanço técnico, discutir à exaustão as metas, devem ser sempre fontes de preocupação dos dirigentes.

4. Conclusão

Em síntese, o gerenciamento na escassez obriga o administrador a adotar cuidados constantes para a preservação dos princípios éticos, protetores do ser humano, independente do sistema de saúde em vigor. Todos os envolvidos no processo devem ser respeitados: os pacientes, bem tratados, esclarecidos e informados; os técnicos, assistidos nos seus problemas e angústias diuturnas.

Abstract _ *The Shortage of Resources in Hospital Administration - How to Solve Conflicts Without*

Abandoning Ethics?

The author describes his experience of managing the Heliópolis Hospital, SUS (Unified Health System), São Paulo. In view of the shortage of available resources, he discusses the process of recovering the unit.

Administrative success should never be dissociated from the ethical principles of achievement, where patients and health professionals are rightly valued. Good health care and mutual respect should coexist with planned

investments; these should respect the individuality of the human being.

Endereço para correspondência:

*Rua Iramaia, 136 - Jardim Europa
01450-020 São Paulo - SP*