



O Perfil do Gestor de Clínicas Médicas de Fortaleza

Raimundo Wellington Araújo Pessoa (*Banco do Nordeste do Brasil*) rwapessoa@click21.com.br

João Adamor Dias Neves (*Universidade Estadual do Ceará*) joao_adamor@yahoo.com

Revista de Administração da UNIMEP, v. 7, n.2, Maio / Agosto – 2009

Endereço eletrônico deste artigo: <http://www.regen.com.br/ojs/index.php/regen/article/view/44/294>

©Copyright, 2009, Revista de Administração da UNIMEP. Todos os direitos, inclusive de tradução, são reservados. É permitido citar parte de artigos sem autorização prévia desde que seja identificada a fonte. A reprodução total de artigos é proibida. Os artigos só devem ser usados para uso pessoal e não comercial. Em caso de dúvidas, consulte a redação.

A Revista de Administração da UNIMEP é a revista on-line do Mestrado Profissional em Administração, totalmente aberta e criada com o objetivo de agilizar a veiculação de trabalhos inéditos. Lançada em setembro de 2003, com perfil acadêmico, é dedicada a professores, pesquisadores e estudantes. Para mais informações consulte o endereço <http://www.raunimep.com.br>.

Revista de Administração da UNIMEP

ISSN: 1679-5350

©2009 - Universidade Metodista de Piracicaba

Mestrado Profissional em Administração

Resumo

O artigo analisa o perfil e as atribuições do administrador de clínicas médicas da cidade de Fortaleza. Especificamente, pretende-se: (1) saber se os médicos administram pessoalmente a clínica ou contratam um administrador; (2) traçar o perfil do administrador das clínicas e conhecer as necessidades deles; (3) conhecer a opinião do administrador das clínicas sobre sua carreira profissional e (4) verificar as atribuições do administrador dessas clínicas. Trata-se de estudo exploratório e analítico-descritivo, por meio de pesquisa de campo com uso de questionários em 51 clínicas médicas que ofereciam cargo de administrador, internações, procedimentos preventivos ou curativos e ambulatórios de uma ou mais especialidades médicas. Os resultados indicam que os gestores das clínicas médicas são de ambos os gêneros, formados em Administração e Medicina, alguns com pós-graduação e com carga horária acima de 40 h semanais. Os gestores acreditam que a clínica deve investir em seu

aperfeiçoamento. Observa-se que algumas clínicas estão preparadas para absorção e assimilação das novas tecnologias e competências, embora não se saiba se estarão preparadas para implementar os processos que suportem as estratégias corporativas e regras do mercado.

Palavras-chave: Administração, hospital, clínica médica, perfil e atividades.

Abstract

This paper analyses the profile and activities of managers of medical clinics in Fortaleza. Specifically, it is intended: (1) to know whether doctors either personally run their clinic or hire a professional manager; (2) to verify their profile and to know their main needs; (3) to know what medical clinic managers think about their professional career and (4) to know the main activities performed by medical clinic manager. The methodology employed both an exploratory and analytic-descriptive study via survey by administering questionnaires to 51 managers of medical clinics that offered manager job, internments, preventing and/or curative procedures and outpatient departments in one or more medical specialties. The findings show that managers of medical clinics are both male and female, with a degree in Management and Medicine; some to them have a post-graduate degree and work over 40 hours a week. Also, managers think medical clinic has to invest in his development career, some clinics are prepared to absorb and assimilate new technologies and skills although it is unknown whether or not they are prepared to implement processes and corporate strategies and market rules.

Key-words: Management, hospital, medical clinic, profile, characteristics

Introdução

A constante atenção ao nível de eficácia e evolução do quadro clínico de pacientes, aos tratamentos aplicados, aos procedimentos terapêuticos dispensados, ou ainda, aos relacionamentos com e entre as equipes envolvidas nas soluções citadas, sejam elas médicas ou de suporte, paramédicos ou administrativos, permitiu divisar, gradativamente, algumas relações entre os resultados obtidos nas clínicas ou hospitais e seu corpo funcional, em especial, quanto à sua qualificação profissional, qualquer que seja sua função, dentro da organização de saúde. Restou, entretanto, a dúvida quanto a essa relação e a formação profissional de seus administradores, talvez devido à visão pessoal, isenta de critérios ou metodologia científica que validasse a observação conclusiva.

Por se tratar de tema de cunho social que pode contribuir para a melhoria, direta ou indireta, da adequação e qualidade dos métodos terapêuticos dentro das organizações de tratamento de saúde, o presente artigo visa a vincular as partes envolvidas e a sociedade como um todo, em especial, aos seus beneficiários diretos. Para tal, espera-se que seus pares possuam a credibilidade, legitimação e estrutura para promover o e depender do melhor entendimento das necessidades do ambiente terapêutico e alterar a visão desse fato que,

verdadeiramente, constitui-se num processo sem fim, de melhoria da qualidade de vida do cidadão.

Buscou-se, com o artigo, fomentar o interesse do mercado natural de saúde: a comunidade acadêmica, as organizações de saúde, como consultórios, clínicas, hospitais, unidades mistas e seus pares, privados ou públicos, definindo-se o fórum para discussão e desenvolvimento do tema e promover o direito de ouvir aquele que é a razão de existência de toda essa cadeia produtiva da sociedade, o paciente ou beneficiário.

Espera-se que os resultados do estudo possam fornecer subsídios, aos agentes internos e externos: pacientes, familiares, médicos, planos de saúde, órgãos públicos (saúde ou não), fornecedores, pessoas que trabalham na organização, entre outros que têm ou sofrem impacto das estratégias da clínica, segundo Garcia (1994), permitindo o redimensionamento das estratégias de capacitação de Recursos Humanos para as organizações de saúde. Por outro lado, os resultados do estudo podem ajudar a redirecionar as políticas públicas de saúde e permitir a readequação de programas e currículos de capacitação de saúde, podendo contribuir para uma melhor atenção à gestão de clínicas e hospitais de Fortaleza.

Como até o presente momento não se conhecem estudos nessa área, busca-se, com o presente estudo, preencher essa lacuna, tentando conhecer o perfil e as atribuições do administrador hospitalar. Motivo: é preocupante submeter a saúde do cidadão sob o comando de uma instituição que não sabe como se relacionar com o cliente no momento seguinte, observando-se que tais preocupações devem-se a fatores culturais e históricos e a circunstâncias socioeconômicas que alteram as estruturas e a conjuntura das organizações de saúde.

O objetivo do estudo é conhecer o perfil e as atribuições do administrador de clínica médica de Fortaleza. Especificamente, pretende-se: (1) saber se os médicos administram pessoalmente a clínica ou contratam um administrador para atender a essa exigência; (2) traçar o perfil do administrador da clínica e conhecer as necessidades deles; (3) conhecer a opinião do administrador de clínicas sobre sua carreira profissional e (4) verificar as atribuições do administrador dessas clínicas médicas.

O artigo começa abordando Administração, papel e características, administração hospitalar, apresenta e discute a metodologia, apresenta e discute os resultados, tece as considerações finais, seguindo-se as referências.

1. ADMINISTRAÇÃO E ADMINISTRADOR

Administração é o ato ou processo de gerir, reger ou governar negócios públicos ou particulares. A palavra administração vem do latim *ad* (direção, tendência para algo) e *minister* (subordinação ou obediência), e designa o desempenho de tarefas de direção dos assuntos de um grupo. É utilizada em especial em áreas com corpos dirigentes poderosos, como por exemplo no mundo empresarial (administração de empresas) e em entidades dependentes dos governos (administração pública). Outro sentido da palavra refere-se à administração (ou seja, à oferta) de sacramentos, de justiça, medicamentos etc.

Para Chiavenato (1997) o termo administração vem do latim, *ad* (junto de) e *ministratio* (prestação de serviço), portanto, administração é uma ação de prestar um serviço. Contemporaneamente, administração não é somente relacionado ao governo ou a condução de uma empresa, e sim, todas as atividades que envolvem planejamento, organização, direção e controle.

A tarefa da administração é a de interpretar os objetivos propostos pela organização e transformá-los em ação organizacional por meio de planejamento, organização, direção e controle de todos os esforços realizados em todas as áreas e em todos os níveis da organização, a fim de alcançar tais objetivos de maneira mais adequada à situação (MAXIMIANO, 2000)

Pode-se dizer que administração é o ato de gerir negócios públicos ou privados, utilizando-se de suas ferramentas básicas: planejamento, organização direção, coordenação e controle.

A evolução da Administração, conforme Guida (1980), é um exemplo claro da importância que deve ser dada aos que antecederam a fase científica da Administração e, para isso cita o trabalho de Gross, um historiador que enxergou a atividade administrativa e o seu caráter evolutivo, nos antigos conselhos administrativos de Confúcio sobre o modo de "governar o Estado"; ele cita também George Jr e o período medieval, ponte entre a antigüidade clássica e o renascimento - o arsenal de Veneza, que representa excelente retrato do estado de consciência administrativa, do pensamento e das práticas empresariais da época, destacando às idéias, de Thomas More, com a sua administração da sociedade ideal; e Machiavelli, com os conselhos ao Príncipe, em que os administradores devem estar apoiados nos seguintes princípios administrativos: consentimento da gestão, coesão, liderança e vontade de sobrevivência.

Os escritos administrativos mais em destaque desde o fim dos anos 70 mostram claramente que as teorias giram em círculo no interior do tradicional quadro do funcionalismo utilitarista norte americano e do pensamento econômico neoclássico (ETZIONI, 1989; CAILLÉ, 1989; PERROW, 1986).

É a súbita chegada do Japão na conquista dos mercados mundiais que parece ser a maior responsável pelos debates que inauguraram a era do questionamento da administração (OUCHI, 1981; PETERS; LEE, 1980).

O administrador, segundo Guida (1980), precisa dispor de um conjunto de habilidades relativamente amplo, o que não ocorre em outras profissões. Precisa saber algo da técnica envolvida na atividade em si da organização, precisa ter habilidades em relações humanas e conhecer alguma teoria administrativa.

Um físico pode ser ótimo mesmo não tendo o menor jeito com pessoas. Uma ascensorista pode ser maravilhosa, mesmo nada conhecendo do funcionamento de motores elétricos. No entanto, nada disso, segundo esse mesmo autor, ocorre com o administrador. É inconcebível um gerente de restaurante não saber lidar com pessoas, mais ainda, outro que nada sabe sobre o processo de preparo da comida, não são necessários conhecimentos profundos de psicologia ou de culinária, mas a ignorância total é impensável, pois fatalmente o levará ao fracasso. Isso explica as diversas abordagens da Administração, conjunto de saberes construído aos poucos, por pesquisadores e administradores, onde alguns se detiveram mais no processo em si, como Taylor; outros nas pessoas, como Maslow; outros ainda na estrutura empresarial, como Fayol.

A aplicação dos conceitos e recomendações dos precursores, a análise dos acertos e desacertos, as crises econômicas e as guerras, as descobertas científicas, a evolução política da sociedade, tudo foi temperando, destruindo e renovando conceitos e idéias. Assim, segundo Maximiano (2000), compete ao administrador estudar e compreender as teorias, analisar as situações concretas e escolher entre os caminhos possíveis qual o mais apropriado.

O sucesso de um administrador na vida profissional não está inteiramente relacionado àquilo que lhe foi ensinado, ao seu brilhantismo acadêmico ou ao seu interesse pessoal em praticar o que aprendeu nas escolas, conforme Guida (1980). Esses aspectos são importantes, porém estão condicionados a características de personalidade, ao modo pessoal de agir de cada um. O conhecimento tecnológico da Administração é importantíssimo, básico e indispensável, mas depende, sobretudo, da personalidade e do modo de agir do administrador, ou seja, de suas habilidades.

Há pelo menos três tipos de habilidades necessárias para que o administrador possa executar eficazmente o processo administrativo, conforme Chiavenato (1997) e Maximiano (2000): a habilidade técnica (utiliza conhecimentos, métodos, técnicas e equipamentos necessários para a realização de tarefas específicas, através de sua instrução, experiência e educação), a habilidade humana (capacidade de discernimento para trabalhar com pessoas, compreender suas atitudes e motivações e aplicar uma liderança eficaz) e a habilidade conceitual (compreender as complexidades da organização global e o ajustamento do comportamento da pessoa dentro da organização, permitindo que a pessoa se comporte de acordo com os objetivos da organização total e não apenas de acordo com os objetivos e as necessidades de seu grupo imediato. A adequada combinação dessas habilidades varia à medida que um indivíduo sobe na escala hierárquica, de posições de supervisão a posições de alta direção).

Há uma necessidade muito grande de saber lidar com a inovação, em todos os aspectos, sabendo identificar oportunidades e traçar linhas de ação, com agilidade, para aproveitamento da situação. É fundamental a preparação para interagir, através de cursos direcionados, dinâmicas de grupos com profissionais especializados, adquirir mais e melhores conhecimentos dos seus companheiros de trabalho; monitorar e influir no clima organizacional, nos fatores de estímulo e motivação, e na cultura organizacional, através de seus valores, hábitos e crenças.

Para Guida (1980), Mintzberg (1975) e Netto (1982), o administrador precisa conhecer seu ambiente de trabalho, o mercado e seus clientes, criando comportamentos alternativos. Essa visão das transformações e movimentos no meio ambiente é que poderá nortear as decisões estratégicas na empresa, e a habilidade para lidar com a tecnologia - e seus efeitos colaterais - é crucial para o sucesso empresarial.

Segundo Wick e León (1997), além das formas tradicionais de aprendizado, existe uma nova concepção de aprendizado, baseada no acrônimo S.A B.E.R, composto de cinco passos interligados: a) **Selecionar**: escolher uma meta que seja fundamental para você e para sua empresa; b) **Articular**: determinar como você vai atingir a meta; c) **Batalhar**: colocar o plano articulado em prática; d) **Examinar**: avaliar o que e como você aprendeu e e) **Recomeçar**: determinar sua próxima meta de aprendizagem.

Em síntese, pode-se dizer que o administrador deve possuir um conjunto de habilidades, que compreendem habilidades técnicas, humanas e conceituais. Essas habilidades são mais ou menos utilizadas de acordo com o nível hierárquico desse administrador, no qual deve permanecer atualizado e aberto a novas possibilidades e tecnologias.

2. ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Historicamente, a gestão de clínicas era área propriedade de médicos. Ao longo do tempo esse papel, com a segmentação da medicina e seu conseqüente desenvolvimento, o volume de atribuições e de conhecimentos necessários para a implementação das atividades de uma clínica, foram criando espaço para profissionais cuja formação era, exclusivamente, administrar. Antes, porém, houve um avanço do médico-gestor, capacitando-se e, é lógico, muito contribuindo para o segmento de saúde. Talvez porque atitudes e comportamentos sejam difíceis de serem mudados, porque são complexos e enraizados, e resultam da interação de muitas variáveis que fogem ao nosso controle (SCARPI, 2004)

Segundo Fayol (1968) cumpre ao administrador planejar, organizar, dirigir e controlar as organizações e no desempenho de suas funções, segundo Mintzberg (1975), o administrador representa o papel relação, como líder, contato e representante oficial; representa o comunicador, como porta-voz, disseminador e monitorizador de informações; e executivo, como empreendedor, alocador de recursos, gerenciador de problemas e negociador.

Para Martins (1992), além dessas funções, acrescente-se às diferentes visões das funções administrativas a de educador, tendo em vista o compromisso desse profissional com projetos de transformação social, para os quais necessitará favorecer o desenvolvimento integral das pessoas com quem trabalha, conforme Martins (1992).

Segundo Netto (1982), ao administrador cabe planejar, organizar, supervisionar os serviços técnico-administrativos, utilizando recursos financeiros e materiais, estabelecendo rotinas para assegurar a eficácia e qualidade dos serviços prestados.

Newman (1964) diz que, em primeiro lugar, cumpre reconhecer que a formação e a experiência do administrador afetam sua capacidade de pensar em linhas de ação alternativas e de compreender a importância de certos fatos em determinadas circunstâncias. Além disso, a experiência pessoal afeta a capacidade de prever realisticamente as condições futuras e, portanto, de estabelecer estimativas seguras nas quais basear os planos.

A clínica, como qualquer outra organização, é a imagem de quem a administra. Por isso mesmo é necessário que o administrador de clínicas entenda, em primeiro lugar, sua função, e em seguida, capacite-se para exercê-la (MEZZOMO, 1991)

Segundo Drucker (1999), a organização de saúde é a mais complexa das empresas e o que distingue a organização de saúde de qualquer outra é a sua razão de ser, o paciente, de acordo com Mezzomo (1991), o qual não pode ser um estranho para a administração.

Entender a função do administrador de clínicas é indispensável para todos dentro da organização de saúde, mas, para o próprio é impositivo. Ele não é apenas um gerente de produção e sua tarefa não se esgota com obtenção de resultados, mas com a qualidade de processos necessários para a implementação do futuro e do bem estar do paciente e da comunidade. A clínica não se entende sem a comunidade a que ela serve.

Quanto às atribuições do administrador de clínicas ou hospitais, segundo Mezzomo (1986), a administração deve ser competente, e para sê-lo, precisa ser profissional, não e' e não pode ser considerado um luxo próprio das grandes organizações.

Para esse mesmo autor, o executivo hospitalar não deve ser menor que a instituição que administra. Assim, as empresas, por serem empreendimentos coletivos, necessitam de instrumentos organizacionais que orientem e coordenem os esforços individuais dos seus participantes. Esses instrumentos visam estabelecer a orientação necessária para que a autoridade (condição formal de poder), os fluxos de decisões, as responsabilidades pela realização de tarefas e as inter-relações entre elas sejam executados de forma a facilitar o melhor desempenho possível.

Qualquer clínica médica, segundo Scarpi (2004), independente do seu tamanho, faz parte de um ambiente maior, que é a sociedade, e, como tal, espera-se que tenha como fundamento, como valor, a preocupação com o bem-estar dessa sociedade.

A escolha de uma clínica para realizar atendimento, muitas vezes está associada ao seu sucesso na comunidade, quando há interação adequada. Mas o sucesso de uma organização depende de sua força de trabalho, ao passo que o sucesso das pessoas depende cada vez mais de oportunidades de aprender e de um ambiente favorável pleno de desenvolvimento de suas potencialidades (FNQP, 2004)

Respeitando-se a premissa básica do serviço de saúde, o bem-estar do paciente, a relação processos versus resultados e satisfação dos clientes, fica evidente quando se percebe que 85% dos resultados positivos são obtidos através dos processos de qualidade (MEZZOMO, 1986). Por sua vez, a estrutura, os processos e os resultados não são elementos autônomos e dissociados. Pelo contrário, estão intimamente, relacionados e mantém uma certa linha de causalidade e efeito que e' preciso avaliar com cuidado.

É comum encontrar na literatura, segundo Cherubin (1986), versos lamentando as dificuldades de administrar um ambiente de tratamento de saúde. Assim, pretender administrar um hospital sem a profissionalização seria o mesmo, guardadas as proporções, que clinicar sem ser médico. Por outro lado e segundo Mezzomo (1986), a administração hospitalar não é tarefa para amadores ou aventureiros políticos que assumem, sem preparo,

uma função que ultrapassa suas capacidades, suas habilidades técnicas e seu preparo intelectual.

A carreira médica esta sendo invadida, paulatinamente, por requisitos e exigências típicas do setor empresarial e comercial. Poder-se-ia dizer que, hoje, cada médico funciona como uma a pequena empresa, com obrigações legais, rotinas administrativas, planos contábeis etc, conforme Nishide (2002)

O ambiente onde atua o profissional de saúde, bem como o administrador de clínicas, atualmente, possui estrutura e resultados que podem ser comparados, desde as micros às medias empresas. Do ponto de vista fiscal e legal, inclusive, possuem um tratamento específico; não lhe sendo permitido atuar de forma aleatória. Há muito pouco espaço para a experimentação. O mundo globalizado proporcionou ao mercado uma visão de consumo e direitos em todas as áreas e, no campo da saúde, a competição exige que o profissional, antes raro e cobiçado, seja confundido pelos métodos, abordagens e resultados. Fica, também, que a administração de clínicas não é tarefa para amadores ou aventureiros políticos que assumem, sem preparo, uma função que ultrapassa suas capacidades, suas habilidades técnicas e seu preparo intelectual, segundo Mezzomo (1986).

Quando se fala no paciente, não se deve esquecer de que, como beneficiário de serviços, é cliente, também, e como tal submete-se a todas as leis do mercado. Assim, o cliente da clínica chega à por motivos semelhantes aos do mercado convencional. Dessa forma, pacientes significam família, médicos, planos de saúde, fornecedores, pessoas que trabalham na organização, entre outros que tem ou sofrem impacto das estratégias da clínica. A administração competente, e para sê-lo precisa ser profissional, não é e não pode ser considerado um luxo próprio das grandes organizações, conforme Mezzomo (1991)

O contínuo crescimento e a complexidade dos procedimentos médicos têm levado os médicos a se agruparem em sociedades ou cooperativas. Por outro lado, a disputa de novos mercados e o surgimento de novos conceitos e valores levaram à reestruturação da cultura organizacional vigente (ANAHP, 2004)

Antes, erros médicos e administrativos, falhas e ineficiência permaneciam escondidos no seio organizacional e eram transferidas para os preços de produtos e serviços, bem como para a ignorância da população. O consumidor, paciente ou serviço de saúde, absorvia esses custos sem grande resistência. Hoje, a busca pela qualidade exige de todos, inclusive dos médicos, profunda revisão desses conceitos e valores, para sobreviver e crescer no meio dessas mudanças (ANAHP, 2004)

No ambiente de mercado altamente competitivo, o médico-gestor inabilitado, para salvar a saúde financeira da empresa e mantê-la atuante, nem sempre toma a decisão acertada e ética. A ética, para Scarpi (2004), passa a ser subordinada ao lucro, na busca pela sobrevivência da empresa, aceitando a desonestidade como operação rotineira para o avanço da organização, observando-se que empresas médicas de menor desempenho apresentam níveis de desenvolvimento moral mais elevado do que as de melhor resultado financeiro.

Nesse ambiente de mercado, as partes envolvidas: pacientes, familiares, médicos, planos de saúde, órgãos públicos (saúde ou não), fornecedores, pessoas que trabalham na organização, entre outros que têm ou sofrem impacto das estratégias da clínica.

Mesmo sabendo que definitivamente, a melhoria da qualidade dos serviços de saúde começa pela educação de seus administradores, segundo Mezzomo (1986), é de domínio público que a saúde não tem sido muito privilegiada pelo poder público e a população está, cada vez mais, dependendo das soluções de mercado que, organizando-se, paulatinamente, vem explorando esse filão, sem muita fiscalização do estado.

O termo clínica, tão comum no passado para uma reunião de consultórios, ganhou um conceito diferente onde, dependendo da especialidade, oferece, muitas vezes, todo um mix de serviços de um hospital, sem, no entanto, receber a fiscalização correspondente.

A administração da clínica pode ser de direito ou de fato. As duas formas podem andar juntas. O mais comum, no entanto, é o administrador ser apenas o executor do pensamento do proprietário/sócio majoritário. Segundo Cherubin et al (1991), ainda não se viu muita autonomia administrativa. Há uma centralização velada, quando não, explícita.

Essa falta de independência administrativa, de acordo com Mezzomo (1991), está intimamente relacionada à inexistência de conceitos como missão, valores, princípios, objetivos, visão, bem como o desenvolvimento e/ou implantação inadequada junto àqueles que fazem o corpo funcional da clínica..

O comportamento ético sempre foi praticado pelas empresas e, em tempos idos, tinha na palavra do dono do negócio e na imagem da empresa no mercado sua âncora de princípios. Com o tempo, as empresas cresceram, se internacionalizaram, os mercados se expandiram, o dono virou empresário e saiu da calçada, onde representava a imagem de seu negocio, para trás da mesa do escritório, mas foi modificada a forma como hoje se podem adquirir produtos e serviços, não existindo mais distâncias intransponíveis ou exclusividades. Mas uma coisa não mudou e se consolidou como uma ferramenta forte apesar de todas as mudanças: a ética.

Estudos comparativos entre grupos e organizações de saúde dirigidas por médicos e outras gerenciadas tradicionalmente são escassos. Um estudo de 1995, feito por grupos de

médicos, mostrou que os médicos respondem à capitação usando as mesmas técnicas das empresas de seguros (o estudo foi publicado na edição de Outubro de 1995 do *Annal of Internal Medicine*). Pesquisaram-se grupos médicos estabelecidos em 1994 na Califórnia, todos eles foram consultados e deram autorização prévia. 79% dos médicos investigados trabalhavam com padrões e 70% usavam guias de prática. Quando perguntados sobre quais dos oito possíveis fatores influenciavam a estrutura de estratégias de gerenciamento de grupos, 62% responderam que o controle financeiro tinha a maior influência, enquanto 23% acreditavam que a qualidade do atendimento era mais importante, segundo o *Bibliomed* (2002)

Dada a versatilidade de especificações e o dinamismo que a área lhe impõe, o profissional Administrador de clínicas, para competir no mercado, que exige a profissionalização do Administrador com uma visão globalizada, envolvendo a clínica, dentro de um contexto “macro” da saúde da comunidade, aliado às freqüentes mudanças e à dinâmica do ambiente sócio-econômico, do país, precisa ter como diferencial, um comportamento ético e humano, frente às realizações de sua equipe, que são a ferramenta de seu sucesso. Gerar mudanças, liderá-las, sempre, mas antes de tudo, ser um facilitador dos processos aos quais gerencia, em benefício de seus clientes.

Mudanças significativas têm ocorrido no cenário nacional da saúde, quer pela Acreditação Hospitalar e todas as certificações nacionais e internacionais de qualidade na prestação de bens e serviços, quer pelos embates tecnológicos a que as instituições de saúde são obrigadas a se adaptarem, onde a informação globalizada tem sido um grande aliado para aquelas que preocupadas em manterem uma posição de destaque num mercado cada vez mais competitivo, é necessário estabelecer um direcionamento à profissionalização do administrador hospitalar (ANAHP, 2004)

O contínuo crescimento e a complexidade dos procedimentos médicos têm levado os médicos a se agruparem em sociedades ou cooperativas. Por outro lado, a disputa de novos mercados e o surgimento de novos conceitos e valores levaram à reestruturação da cultura organizacional vigente.

Antes, erros médicos e administrativos, falhas e ineficiência permaneciam escondidos no seio organizacional e eram transferidas para os preços de produtos e serviços, bem como para a ignorância da população. O consumidor, paciente ou serviço de saúde, absorvia esses custos sem grande resistência. Hoje, a busca pela qualidade exige de todos, inclusive dos médicos, profunda revisão desses conceitos e valores, para sobreviver e crescer no meio dessas mudanças.

Segundo Mezzomo (1986), as conseqüências danosas do exercício de uma profissão sem a devida habilitação, não aparecem tão claramente quando se trata da transformação ou da ordenação materiais.

A realidade do mercado de saúde privada no Brasil está diretamente relacionada ao aumento da idade média da população; à constante incorporação de novas tecnologias; ao desenvolvimento tecnológico e novas descobertas científicas aumentam o número de Doenças; à difusão acelerada das informações sobre o progresso da medicina aumenta o desejo dos consumidores de minorar seus sofrimentos e curar suas doenças; aos pacientes cada vez mais exigem exames diagnósticos caros e sofisticados, aumentando a necessidade de investimentos que tornem a clínica/ hospital mais competitivo (BENTO, 2005).

Hoje, no Brasil, há perto de 100.000 mil clínicas cadastradas no Conselho Federal de Medicina, Segundo o Conselho Regional Medicina - CRM/CE, há 1050 unidades, metade dessas em Fortaleza, afora os consultórios individuais ou conjuntos que, segundo o CRM local, não são relacionados por falta de cadastramento, atualização ou outras particularidades.

Em síntese, o mercado médico é influenciado por tendências de vários fatores: terapêutica, medicamentos inteligentes, projeto genoma, sistema de informação, saúde, vacinas profiláticas e terapêuticas, bioengenharia e envelhecimento população. Assim, independente da dimensão abordada para analisar os impactos dessas vertentes na estrutura organizacional de uma clínica ou da sociedade, segundo Scarpi (2004), a linha mestra está se consolidando via Assistência Gerenciada nos sistema de governança corporativa, o que, na prática, significa gerenciar custos, dispensando cuidados de saúde eficaz e eficientemente.

3. METODOLOGIA

Para atingir os objetivos propostos, usou-se estudo exploratório bibliográfico devido à inexistência de dados sobre o tema estudado. A seguir, adotou-se estudo descritivo, de natureza quantitativa, utilizando uma *survey* por meio de questionário estruturado, complementando-se com entrevista estruturada. Assim, partindo-se do quadro geral, com as variáveis pesquisadas e os dados coletados, espera-se conseguir suporte empírico que possa contribuir para a construção do perfil do profissional estudado.

O estudo exploratório foi utilizado porque, segundo Cervo (1978), não elabora hipóteses a serem testadas no trabalho, restringindo-se a definir objetivos e buscar maiores informações sobre determinado assunto de estudo. Isso foi feito via pesquisa de várias fontes sobre administração e clínica hospitalar.

Utilizou-se estudo descritivo tentar descobrir, com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características. Isso é feito abordando dados referentes ao tema que merece ser estudado, pois seu registro não consta de documentos. Assim, o estudo descritivo, segundo Gil (1987), busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo, tomado isoladamente, como de grupos e comunidades mais complexas. O estudo descritivo foi feito via pesquisa de campo por meio de questionários junto aos gestores de clínicas médicas

A pesquisa quantitativa envolveu análise e interpretação por inserção populacional. Segundo Scarpi (2004), a terminologia utilizada foi a mesma do ambiente hospitalar, relatada na literatura disponível, quanto ao ambiente estudado, tendo em vista que os mais recentes trabalhos, embora não analisem o tema em pauta, oferecem a mesma abordagem teórica.

Neste artigo, para efeito de simplificação na identificação e pertinência da terminologia utilizada, em especial, no seu referencial teórico, clínicas e hospitais serão chamados hospitais, quando o assunto envolvido for a sua administração, cuja diferenciação terminológica está devidamente esclarecida no referencial teórico.

Justifica-se a terminologia em virtude de clínicas e hospitais confundirem-se, pela estrutura e pelos serviços prestados, excluindo-se hospitais públicos ou de caráter filantrópico e clínicas, considerando-se apenas empresas privadas, com fins lucrativos.

O universo das empresas inclui o total de empresas de saúde de Fortaleza/CE, constantes do cadastro regular de credenciados da Cooperativa de Médicos UNIMED Fortaleza, disponibilizados para seus associados, em agosto/2007, constituindo uma população inicial de 107 clínicas, independente do tamanho e especialidade.

Os sujeitos que forneceram os dados, segundo Vergara (1997, foram, na maior parte, executivos com nível de informação organizacional suficiente para entender e manifestar sua percepção quanto às informações alvo da pesquisa e também capazes de avaliar em que medida seriam estas informações que estariam expondo ou não por sua empresa.

Para Castelar (1995), a totalidade das clínicas selecionadas oferecia, à data da pesquisa, internações, procedimentos preventivos ou curativos, além de ambulatórios (consultórios) de uma ou mais especialidades médicas, além do cargo de administrador. Algumas delas dispunham de pesquisa científica com vínculo acadêmico e capacitação interna.

O estudo baseou-se no total de 107 clínicas e os gestores foram abordados por via telefônica. Entretanto, logo nos primeiros contatos telefônicos, verificou-se a inexistência do

cargo e do profissional caracterizado. Dessa forma, e considerando-se apenas a existência do cargo de administrador, a população inicial de 107 clínicas foi reduzida 51, que foi o número final escolhido pela pesquisa.

As variáveis demográficas usadas no estudo são: idade, gênero, experiência anterior na área, escolaridade, graduação superior e pós-graduação, área de interesse profissional, participação societária, frequência de reuniões com a diretoria, visão de carreira e sistemática de remuneração, benefícios do administrador pesquisado, número de consultas/mês realizadas pela clínica onde atua esse profissional e carga horária efetiva.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário estruturado, que foi submetido a um pré-teste, com doze administradores, contatados por telefone, cujo resultado mostrou-se satisfatório quanto ao número de questões (17) e teor abordado. Essa preocupação, originalmente, tendo em vista o conhecimento dos autores sobre o mercado estudado, teve o objetivo de aumentar a receptividade à pesquisa. Após o pré-teste, fez-se a validação do questionário através do método de juízes e acadêmicos, proposto por Malhotra (2005), sendo submetido a três doutores em Administração, cujas observações finais foram incorporadas na redação final e a seguir, os autores aplicaram o questionário a todos os 51 administradores de diferentes clínicas da cidade de Fortaleza, de diversas especialidades médicas em outubro de 2007.

4. RESULTADOS

Observa-se que 46% dos administradores têm até 40 anos, 80% têm até 50 anos, predominando a faixa etária entre 30 e 50 anos (57%) e a faixa etária de maior frequência foi a de 40 a 50 anos. Em pesquisa com administradores hospitalares no Brasil, feita por Lussari (2001), havia 62,5% administradores abaixo dos 50 anos de idade e em pesquisa com executivos médicos, nos EUA, detectou-se média de idade de 54 anos.

Houve a predominância do gênero masculino (60%), contra 40% de mulheres, a maior parte (66%) desses profissionais já possui experiência na área, independente de ter ou não experiências administrativas em outras áreas. Esse fato não revelou algo novo devido à concentração maior ter idade suficiente para ter passado por outras experiências profissionais (34% têm entre 41 e 50 anos), ou em outras áreas da administração.

Por ser uma especialidade nova, a gestão hospitalar tem de ser desenvolvida ou adaptada no próprio exercício da função. Os administradores de clínicas têm, predominantemente, formação universitária (86%), são o maior grupo (52%), o que mostra

um índice regular de profissionalização, com tendência crescente, levando em conta que a grande São Paulo detém, um índice inferior (32%), para as mesmas formações, conforme Mezzomo (1986, entretanto, os médicos, considerados isoladamente, são a maior parte dos administradores (28%) e isso pode retratar a cultura local ou dificuldades em encontrar profissionais com o perfil adequado para assumir o cargo.

Há 28% de médicos à frente da administração, ratificando dados da literatura pertinente, mesmo considerando somente a iniciativa privada. Desses 28%, 10 médicos administravam clínicas e desses, três não tinham qualquer formação acadêmica em Administração, de acordo com Mezzomo (1987), cujo percentual concentra-se em clínicas menores.

Corroborando esse mesmo autor, Fayol diz que num problema técnico, o médico, em uma cirurgia, não se atreve a contrariar certas regras estabelecidas, sob pena de perder o prestígio profissional e quando se trata de questão administrativa, como o planejamento dos trabalhos, o chefe pode adotar as idéias mais apriorísticas, sem correr nenhum risco, pois os procedimentos administrativos não são julgados por si mesmos, mas através de suas repercussões.

Dos administradores, seis (30%) não possuem curso de graduação. Mezzomo (1987), em pesquisas com administradores de instituições de saúde, encontrou um percentual de 5% de profissionais sem curso superior. Esse mesmo autor entende que a cultura local assemelhada a nepotismo, pela falta de terminologia adequada, compromete a profissionalização do hospital, quanto à responsabilidade, lamentando o mestre Fayol, segundo o qual, não há sanção profissional contra os erros administrativos. No entanto, os administradores respondem solidariamente perante a sociedade e os terceiros prejudicados por culpa no desempenho de suas funções (NCC, 2000).

O número de homens sem graduação é 50% maior que o das mulheres e entre os profissionais, 29% têm curso de pós-graduação, predomina a falta de pós-graduação (71%) e o número de homens com pós-graduação é 50% maior que o de mulheres (40%).

A área administrativo-legal representa 60% dos cursos de pós-graduação, com títulos específicos em Administração e MBA, e avaliando-se médicos em funções gerenciais, verificou-se que 20,7% tinham MBA ou equivalente. A esse respeito, Mezzomo (1991) encontrou 60% de administradores de clínicas com pós-graduação em Administração, corroborando Cherubin et al (1991).

As áreas com lacunas na formação profissional foram Legislação e Negociação, seguidas de Informática e Contas Médicas, encontrou-se maior interesse futuro nas áreas de

Qualidade, Informática, *Benchmarking* e Planejamento Estratégico, ratificando Lussari (2001).

Das atividades desenvolvidas, 22% executavam contratações e demissões de funcionários, 19% avaliavam contratos com os convênios médicos, demonstrando uma forte tendência gerencial e apenas 4% desenvolviam atividades jurídicas, mostrando pouco interesse/pouca afinidade com essa área. Motivo: a área administrativa tem maior relação com as atividades que deveriam ser desenvolvidas por esses administradores do que a de Direito.

Somente quatro administradores eram sócios da clínica e todos eram médicos, o que corrobora a necessidade de construir o perfil desse profissional e o fator cultural, aliado à oferta de cursos, pode estar determinando esse quadro e uma justificativa seria formação deficiente para administrar, mesmo na área de saúde.

Mezzomo (1986) detectou interesse dos médicos que administravam hospitais, em cursos na área administrativa (78,6%), fato esse ratificado por Lussari (2001). Por sua vez, nos Estados Unidos, a procura por executivo de saúde vem aumentando, progressivamente, e com ele, os salários desses profissionais, conforme Cherubin et al (1991). É provável que haja uma polarização da gestão desse ambiente entre profissionais com formação superior em administração, com especialização ou não na área, e médicos com especialização, percebendo-se que a expectativa de especialização em áreas que beneficiem esse segmento está crescendo.

É desejável que os estudantes de medicina, residentes e médicos recebam cursos sobre Administração em Medicina (CHERUBIN et al, 1991) e uma provável consequência dessa atitude será uma melhor compreensão da dinâmica gerencial do meio, reduzindo conflitos de interesses entre as partes envolvidas, geridos e gestores, contribuindo para diminuir problemas estruturais e conjunturais. Por outro lado, há progressivo aumento de cursos, na área de Administração em Medicina nos Estados Unidos, segundo Cherubin et al (1991).

Independente da classificação da clínica, com menos de 1.000 consultas/ mês (58%), mesmo uma clínica com mais de 8.000 consultas /mês utiliza-se de serviços profissionais específicos para sua administração, mostrando necessidade de profissionais na área. Nas dez clínicas administradas por médicos, há clínicas com consultas/mês entre 900 e outras com 5000 e as maiores eram administradas por sócios, assessorados por administradores hospitalares.

A estrutura administrava compromete a qualidade de vida do administrador, em virtude da quantidade de horas trabalhadas pelo mesmo e em duas clínicas, o médico é sócio, acumulando a atividade de cirurgião com a de administração geral da clínica de grande porte.

As horas semanais são excessivas: 34% dos administradores trabalham mais de 40 horas/semana, podendo representar incompetência administrativa ou falha médica, por esgotamento físico, comprometendo a vida privada do profissional. Mezzomo (1986) encontrou 52% de administradores trabalhando uma média de 9-15 h/dia e segundo Cherubin et al (1991), médicos em funções executivas trabalham uma média de 50 horas semanais.

Há benefícios para 86% dos gestores e alguns deles recebem mais de um benefício. Predomina o seguro (45%), seguido de carteira assinada 4(0%), inexistente salário com participação no faturamento da clínica, opção restrita aos administradores sócios, predomina o salário fixo (80%), seguido de salário fixo com bônus anual, por desempenho (9%).

Não reconhecer o desempenho do administrador hospitalar é uma pena, pois para Chiavenato (1997), ainda há espaço para o desenvolvimento de estratégias mais abrangentes, em consonância com uma linha administrativa ao estilo de Fayol.

Quanto à frequência de reuniões, ela é mensal (77%), observando-se que, por necessidades variadas, os gestores reúnem-se tempestivamente, a critério dos sócios, sem obedecer a qualquer critério estabelecido no planejamento e a maior parte dos administradores (62%) responsabiliza a clínica pelo desenvolvimento de sua carreira.

A maior parte dos administradores não participa, atualmente, de qualquer curso, entretanto, há programação de cursos, devido à carência local deles, à falta de tempo pelo acúmulo de trabalho ou à resistência da diretoria de patrociná-los. Assim, como não há base empírica sobre o tema, fica difícil estabelecer comparações sobre a atividade do gestor de clínicas médicas. No entanto, muitas clínicas encontram-se bem estruturadas e administradas, com um quadro funcional adequado e competitivo, independente do tamanho e especialidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas clínicas ainda não estão estruturadas como negócio, não se ajustando às mudanças do mercado, parecem estar apenas esperando a chegada dos gestores para dar continuidade ao trabalho que começaram e os grupos econômicos, parceiros desse sucesso, não admitem soluções pela metade. Assim, as clínicas deveriam ser melhor geridas.

Com base nos resultados, os objetivos do estudo foram atingidos: os gestores das clínicas são de ambos os gêneros, com formação predominante em Administração de Empresas ou Hospitalar (52%), Medicina (28%) e Direito (14%), pós-graduação em gestão na

área (29%), carga horária acima de 40 h semanais, acreditando que a clínica deve investir no aperfeiçoamento dele.

A administração das clínicas apresentou um forte perfil consumidor de serviços e de transferência de responsabilidades burocráticas para os profissionais responsáveis, deixando o gestor à margem de decisões estruturais e estratégicas da instituição, cuja competência repousa, historicamente, sobre os critérios da diretoria composta por médicos, inviabilizando, muitas vezes, a capacidade empreendedora do gestor e comprometendo a própria instituição, em alguns casos.

As funções de líder, educador, mediador, coordenador e facilitador da clínica deveria garantir que todos os membros da equipe trabalhem juntos para a sobrevivência dela, mas isso ainda não acontece. O poder médico é uma reserva mais crítica que estratégica e apresenta dificuldades para o exercício da profissão de administrador, a não ser em clínicas de maior porte.

Observou-se que há a preocupação dos gestores naturais, culturalmente estabelecidos no mercado de Fortaleza, (médicos), em especial, nas clínicas, unidades mistas e hospitais de menor tamanho, pela profissionalização do cargo de administrador, com tendência à supervalorização, se ele tiver perfil pragmático, ético e de múltiplas competências.

O administrador de clínicas, embora com mais de 100 anos de estrutura social, trabalhista e representativa nos EUA, é um cargo novo que ainda está se estruturando em Fortaleza, ainda não se organizou como profissão e muitos profissionais, vinculados ao curso de Administração de Empresas, não possuem sequer o registro no CRA.

O administrador hospitalar possui associação nacional, entretanto, inexistente, até o momento, associação de classe local ou regional, ou ainda, projeto com esse objetivo, que seja do conhecimento do CRA ou dos profissionais pesquisados e historicamente, as clínicas e condomínios de consultórios médicos vêm sendo administrados por atendentes, esposas de médicos, parentes, sendo, na maior parte, administrados pelos próprios médicos ou atendentes de confiança.

A primeira turma de administradores hospitalares formados pela UEC completou 20 anos e foi desativada, atualmente, inexistente curso de graduação de Administração Hospitalar regular na região, e, com a Resolução CFE no 02/2005, foi extinta essa possibilidade, existe carência de gestor hospitalar ou pós-graduado com o perfil demandado pelo mercado e grande parte dos profissionais de formação específica em Administração Hospitalar encontra-se na rede de saúde pública.

Quanto à formação do administrador hospitalar, não há ponto em comum entre as partes que decidem: profissional de saúde, proprietários e fornecedores de conhecimento, a não ser no segmento acadêmico, principalmente nos EUA, onde há a profissão de administrador hospitalar desde 1924. Assim, sugerem-se administradores exclusivos na gestão de clínicas, tenham eles ou não a área de saúde como graduação original, conforme Scarpi (2004)

O mercado brasileiro não tem visão de futuro e de mercado sobre o gestor hospitalar, encontrando nas publicações especializadas e centros de capacitação técnicos e superiores, de maior ou menor renome, apenas uma visão de possibilidades, considerada reducionista em Gestão de Clínicas Médicas por Scarpi (2004), atendendo apenas às necessidades do mercado consumidor, conforme a cultura atual, revestida de medos e incertezas quanto ao posicionamento estratégico diante do quadro de incertezas vivido, historicamente, pelas políticas públicas de saúde e exigências aos parceiros e suporte do segmento afim.

Em termos gerenciais, os resultados deste estudo podem ser úteis às próprias clínicas, por permitirem um maior conhecimento do papel do gestor, a fim de que possam prestar um serviço melhor aos pacientes e rentabilizar o retorno dos sócios, via gestão profissional. Podem também ser úteis a outras organizações de saúde e ao próprio poder público, ao permitirem melhor direcionar as políticas públicas de saúde.

REFERENCIAS

ANAHP. **Fornecedores hospitalares**. Disponível em: <[http:// www.anah.org.br](http://www.anah.org.br)>. Acesso em: 21.03.07

BENTO, S.L. Palestra: **A realidade do mercado de serviços suplementares**. Hospital Samaritano, SP: ppt, 2005

BIBLIOMED. Disponível em: www.ppdnet.com. Acesso em: 21.03.07

CAILLÉ, A. **Critique de la raison utilitaire, manifeste du MAUSS**, Paris: La Découverte, 1989.

CERVO, A.; BERVIAN, P. **Metodologia científica**. São Paulo: McGraw-Hill BR, 1978.

CHERUBIN, N. A. **Fundamentos da administração hospitalar**. São Paulo: Sociedade São Camilo, 1986.

CHERUBIN, N. A; MEZZOMO, A. A; MEZZOMO, J. C. **O executivo hospitalar**. São Paulo: Sociedade São Camilo, 1991.

CHIAVENATO. **Teoria geral da administração: abordagens prescritivas e normativas da administração**. 5. ed. São Paulo: Makron Books, 1997

DRUCKER, P. F. **Desafios gerenciais para o século XXI**. São Paulo: Guazzelli, 1999.

ETZIONI, A. The Moral Dimension. **Toward a New Economics**, New York: Free Press, 1989.

FAYOL, H. **Administração industrial e geral**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 1968.

GUIDA, F. A. **Panorama geral da administração**. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

LOPES, L. S. A teoria administrativa de Fayol. In: Taylor e Fayol. **Cadernos de Administração Pública**. v. 44, p. 34-56, .Rio de Janeiro: FGV, 1965.

LUSSARI, W.; SCHIMIDT, I. **Gestão hospitalar mudando pela educação continuada**. São Paulo: Atlas, 2001.

MARTINS, C. B. Surgimento e expansão dos cursos de administração no Brasil. **Ciência e Cultura**. São Paulo: v. 41, n. 7, julho/1989.

MARTINS, P. O desafio de formar administradores para o Brasil do terceiro milênio In: Martins, P. E. M. **Recursos humanos: foco na modernidade**. São Paulo: Atlas, 1992.

MAXIMIANO, A. C. A. **Teoria geral da administração: da escola científica à Competitividade na Economia Globalizada**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MEZZOMO, A. A. **Gestão de qualidade na saúde**. São Paulo: CEDAS, 1986.

MINTZBERG, H. The manager's job: folklore and fact. **Harvard Business Review**, v. 53, p. 34-67, 1975.

NETTO, J. S. As Funções do administrador hospitalar. **Vida hospitalar**. v. 16, n. 1, São Paulo, 1982.

NEWMAN, W. H. **Ação administrativa**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1964.

OUCHI, W. G. **Theory Z: how American business can meet the Japanese challenge**, Readings, Mass: Addison Wesley, 1981.

PERROW, C. **Complex organizations, a critical essay**, New York: Random House, 1986.

PETERS, T.; LEE, J. A. **The gold and the garbage in management theories and prescriptions**, Athens Ohio: Ohio University Press, 1980.

WICK, C. W., LÉON, L. S. **O desafio do aprendizado:** como fazer sua empresa estar sempre à frente do mercado. São Paulo: Nobel, 1999.

Artigo recebido em: 02/03/2009

Artigo aprovado em: 14/08/2009