

HOSPITAL, UMA BUROCRACIA PROFISSIONAL

Ileana Pardal Monteiro

1. INTRODUÇÃO

No nosso país, a instituição hospital tem merecido pouca atenção por parte dos investigadores, sendo ainda escassos os estudos que se debruçaram sobre este tema. Procurámos, assim, com este estudo, dar um contributo (necessariamente limitado) à compreensão destas organizações.

A necessidade de reduzir as despesas dos Estados e as alterações demográficas das populações, nos países industrializados, com o prolongamento da vida, por um lado, e a diminuição da população activa, por outro lado, têm contribuído para a falência do modelo de solidariedade social em que assentava a prestação dos cuidados de saúde. Exige-se hoje uma maior racionalidade na gestão do sistema, lado a lado com o aumento, sempre necessário da qualidade da prestação dos cuidados.

Assim, a crise que se faz sentir no sistema de saúde vem motivar um olhar mais atento sobre a sua eficácia e eficiência. Procuram-se hoje soluções alternativas em termos de financiamentos, de propriedade e de gestão das organizações.

Em Portugal pode igualmente constatar-se que o utente não tem da estrutura do hospital uma percepção clara, registando-se incompreensões e mesmo a desvalorização do trabalho dos prestadores. Parece tratar-se de uma organização complexa, onde exercem a sua actividade profissionais de especialidades diferentes, levando-nos a prever a existência de interesses divergentes e a suspeitar da existência de um conjunto de forças centrífugas relativamente à organização, o que nos leva a questionarmo-nos sobre a forma de conseguir dos actores as indispensáveis áreas de consenso para a prossecução de objectivos comuns. Esta questão remete-nos para a questão da gestão hospitalar.

Interessou-nos, por isso, analisar como tem sido descrita a estrutura hospitalar na literatura.

2. BREVE ABORDAGEM TEÓRICA

O hospital, uma burocracia profissional

Ao longo da revisão efectuada, pudemos constatar que a organização dos serviços de saúde foi surgindo como uma organização burocrática de características específicas. Mesmo os autores clássicos, como Weber (1949) referem explicitamente esta especificidade. Outros, (Etzioni, 1974; Stelling e Bucher, 1972,...) salientam a impossibilidade de efectuar nestas organizações uma gestão assente nos princípios da burocracia mecanicista¹. A caracterização do hospital como uma organização muito diferenciada apresentando uma estrutura dual de autoridade, parece uma constante dos diferentes modelos teóricos.

O elevado nível de qualificação dos profissionais dificulta, ou impossibilita a supervisão hierárquica.

Henri Mintzberg (1982) descreve a estrutura do hospital como uma burocracia profissional. Trata-se de uma organização muito diferenciada vertical e horizontalmente, em que o poder se situa no centro operacional, parte mais importante da organização. Os serviços de apoio existem apenas para servir o centro operacional; a tecnoestrutura e a hierarquia são embrionárias. (a título de exemplo, o enfermeiro director e a enfermeira supervisora podem ser considerados como tecnoestrutura)

No centro operacional, o principal mecanismo de coordenação das actividades é a standardização das qualificações, cujos parâmetros de concepção correspondentes são a formação e a socialização. O hospital recruta profissionais devidamente formados e socializados e confere-lhes autonomia para controlo do seu trabalho. O médico trabalha de modo quase independente dos seus colegas, e está próximo do cliente ou utente. Faz o diagnóstico e aplica assim a cada caso o programa standard adequado.

O hospital difere igualmente substancialmente das burocracias mecânicas, na medida em que os profissionais obedecem a valores, normas éticas e códigos profissionais e não a uma hierarquia. Esta cultura profissional é transmitida durante a longa formação e prática supervisionada pelos professores, colegas e pelas associações profissionais. Grande parte do poder situa-se na base da hierarquia,

¹ A organização mecanicista segue os princípios da autoridade legal e racional de Weber (1949). São eles, uma direcção centralizada, separação entre direcção e execução, coordenação realizada através de normas e regulamentos cujo cumprimento é controlado pela hierarquia.

cada profissional trabalha com os seus clientes e submete-se apenas ao controlo dos seus colegas que o formaram e socializaram; são eles que têm o direito de o censurar em caso de erro profissional.

O poder dos profissionais tem duas razões: a primeira, reside no facto do seu trabalho ser demasiado complexo para ser controlado por um superior hierárquico (não profissional) ou estandardizado por analistas e a segunda razão, na grande solicitação de que são objecto os seus serviços, permitindo-lhes uma grande autonomia. A progressão na carreira obedece a critérios profissionais, associados à capacidade de resolver problemas de crescente complexidade; o poder assenta pois na competência profissional. Assim o profissional tende a identificar-se mais com a sua profissão que com a organização onde exerce.

O profissional garante o seu poder na organização, não apenas pelo controlo sobre o seu próprio trabalho, mas procura controlar as decisões de carácter administrativo que lhes dizem respeito. Para tanto, asseguram eles próprios parte do trabalho administrativo, através da participação em comissões, cujo número tende a ser relativamente importante. Estaremos, pois, no centro operacional, em presença de uma estrutura muito participativa ou democrática.

Paralelamente, o autor descreve a área administrativa como uma burocracia mecânica. O estatuto e a posição na carreira estão associados à função desempenhada. Existem regras e procedimentos definidos cujo cumprimento é controlado pela hierarquia.

Estas duas hierarquias são independentes e tendem a manter-se separadas até ao nível do vértice estratégico.

Relativamente aos factores de contingência habitualmente referido Mintzberg (1982) apenas refere um meio envolvente complexo mas estável e um sistema técnico pouco sofisticado e não regulador.

O hospital como organização baseada no conhecimento

Desde há já alguns anos, a ideia de que o aumento das qualificações dos profissionais terá consequências determinantes na modificação dos modelos de gestão, tem vindo a ganhar adeptos junto dos teóricos. Com efeito, reconhece-se a dificuldade, senão mesmo a impossibilidade de exercer um controlo hierárquico sobre pessoas com elevados níveis de formação. Miner (1988) identificou quatro

sistemas organizacionais diferentes², entre os quais o sistema baseado no conhecimento cuja descrição se aproxima muito da burocracia profissional de Mintzberg (1982) acima descrita.

Mais recentemente, a temática das organizações baseadas no conhecimento foi retomada. Blacker, Reed e Whitaker (1993) constataram que, à medida que as qualificações vão aumentando, o conhecimento e o trabalho baseado no conhecimento desempenham um papel cada vez mais importante nas teorias do desenvolvimento das sociedades industriais. O conhecimento começa a ser considerado como um recurso estratégico. Levanta-se a questão de a perícia se tornar uma vantagem competitiva. Em termos organizacionais, esta perspectiva obrigaria a uma mudança, passando-se do enfoque na gestão dos peritos para a gestão das qualificações ou da perícia. Starbuck (1992) situa-se nesta perspectiva ao falar de “knowledge intensive firms” (organizações de conhecimentos intensivos) à semelhança da designação de empresas de capital intensivo.

Se a descrição de Miner se aproxima da configuração da burocracia profissional, a descrição de Starbuck está mais próxima da adocracia.

Mas uma burocracia profissional pode evoluir para a adocracia³, se tornar mais complexo e exigir a multidisciplinaridade.

O hospital, organização matricial

Na procura de novos modelos que possam respeitar, simultaneamente, o aumento das qualificações, ao nível interno, e as mudanças registadas no meio envolvente externo, convém aqui citar os trabalhos de Neuhauser (1978) que tentam aplicar ao hospital a estrutura matricial. Considera este autor que a matriz, possibilitando uma grande participação dos profissionais e certo de que essa participação é apropriada ao desempenho de tarefas complexas, pode constituir a forma ideal de organizar um hospital. Refere que a equipa prestadora de cuidados ao paciente constitui a base de coordenação mais importante no hospital. Esta equipa, dirigida por um médico, inclui os técnicos (por exemplo, o técnico de farmácia, de serviço social, o dietista) e os enfermeiros, forma-se

² O sistema hierárquico ou burocrático que segue os princípios da autoridade racional de Weber. O sistema de tarefa ou empresarial, sistema baseado no indivíduo, sendo este que estabelece os seus próprios objectivos; o sucesso empresarial está ligado ao sucesso empresarial. O sistema grupal ou sócio-técnico que caracteriza os grupos autónomos em que existem objectivos de grupo, normas de grupo e uma avaliação em grupo. E o sistema baseado no conhecimento que aqui descrevemos.

³ A adocracia segue o modelo de organização orgânica, muito flexível, composta por peritos, agrupados em unidades de pequena dimensão, facilitando as relações interpessoais. Trata-se de uma estrutura orientada para o cliente, adequada para operar num meio envolvente complexo e instável.

quando o paciente entra no hospital e dissolve-se quando sai. As equipas estão, pois, em permanente constituição/dissolução e raramente incluem as mesmas pessoas.

Na organização matricial os trabalhadores, organizados funcionalmente nas respectivas especialidades, são agrupados por paciente, projecto ou programa em que trabalham em dado momento.

Esta solução enferma, contudo, do perigo da emergência de jogos de poder que podem pôr em causa a própria estrutura, razão pela qual a maioria dos investigadores não acredita na possibilidade da matriz vir a constituir uma forma dominante de organização (Allcorn, 1990).

Verificamos, pois, que as várias soluções estruturais identificadas remetem para uma organização dual, na qual se encontram associadas duas hierarquias bem distintas, a dos profissionais (assente na ética e na deontologia profissionais) e a dos administrativos (assente em normas burocráticas, da administração pública, no caso português). Esta duplicidade é causa da conflitualidade que, em maior ou menor grau, se faz sentir nestas organizações.

O hospital, sistema imperfeitamente conectado

A elevada diferenciação que se manifesta na estrutura hospitalar levou-nos a interessar-nos pelos trabalhos de Orton e Weick (1990) sobre os sistemas imperfeitamente conectados, que definem como sistemas em que os elementos respondem em conjunto, embora preservando a sua diferenciação e identidade. A conexão imperfeita numa organização sugere a existência de elementos interdependentes relacionados entre si, mas capazes de um certo nível de independência. “Daí resulta um sistema simultaneamente aberto e fechado, indeterminado e racional, espontâneo e deliberado” (p. 204-205).

O hospital aparece-nos, neste sentido e a vários níveis, como um sistema imperfeitamente conectado. A diferenciação faz-se sentir na dificuldade de standardização do trabalho dos profissionais dada a sua complexidade e urgência, exigindo assim uma gestão casuística da actividade. O meio interno é fragmentado, como o atesta a grande autonomia de que gozam os profissionais, sendo de salientar o paradoxo entre esta tendência para a autonomia e a necessidade de coordenação das actividades internas sentida por toda a organização. O meio envolvente externo, também fragmentado, caracteriza-se por estímulos dispersos, os diferentes tipos de clientes e patologias, e

pela existência de expectativas incompatíveis ou contraditórias, tais como as pressões institucionais para a redução dos custos e as pressões dos utentes e dos profissionais para o aumento da qualidade da prestação de cuidados.

Para compensar a conexão imperfeita, Orton e Weick (1990) identificaram três tipos de estratégias - a liderança, a focalização e a partilha de valores. A liderança deve ser subtil e individualizada, assegurando-se que a visão central esteja sempre presente, facilitando assim a integração do sistema. Numa estratégia de focalização, o líder procura mudar o comportamento dos seus subordinados, mas apenas naquilo que se considera essencial, deixando-lhes uma considerável margem de liberdade para adaptação às situações. A título de exemplo procurar-se-ia uma mudança dos comportamentos relacionados com o utente, através da implementação de um sistema de informação permanente sobre o “sistema cliente” e o meio envolvente externo (Nunes, 1994: 23). Quanto à partilha dos valores, e tendo em conta as características da organização hospitalar, podemos considerar que a perda de controlo a que se assiste actualmente é compensada por uma orientação clânica (Ouchi, 1986). Contudo, a perspectiva de focalização acima mencionada, ao exigir um aumento da coordenação que, neste contexto, obriga a uma mudança dos valores, remetendo-nos assim para uma liderança transformacional, como é definido por Burns e mais tarde retomado por Bass (1985).

Os sistemas imperfeitamente conectados, em termos de resultados organizacionais, tendem a apresentar, segundo Orton e Weick (1990), uma maior estabilidade, amortecendo o impacto dos problemas e impedindo-os de afectar toda a organização. Parecem evidenciar simultaneamente uma maior adaptabilidade, fomentando a experimentação e inovação (parecendo por isso adequado à resolução de problemas complexos), o juízo colectivo (através da pertença a grupos ou associações colectivas), bem como a preservação do desacordo (garantindo a capacidade de influência das minorias). Estas organizações proporcionariam assim maior satisfação aos seus membros e seriam mais eficazes.

Desta breve revisão de literatura acerca da estrutura hospitalar, gostaríamos de salientar que os trabalhos de Mintzberg (1982), sobre a burocracia profissional se nos afiguram como um modelo particularmente abrangente e integrado para a análise destas organizações. De referir ainda que esta configuração estrutural, descrita por este autor para os hospitais dos EUA, é retomada por Cremadez (1992) no seu estudo sobre os hospitais franceses, parecendo assim apontar para uma possível universalidade deste

modelo. Esta constatação levou-nos a procurar características semelhantes num hospital português.

Mas tendo em consideração que o modelo da burocracia profissional nos remete para uma organização muito diferenciada, podemos desde já prever que daí advêm algumas dificuldades. O conceito de sistema imperfeitamente conectado parece-nos, assim, muito útil para a compreensão da dinâmica da estrutura do hospital, tanto mais que aponta para possíveis formas organizacionais de resolução de alguns dos problemas de gestão.

Antes de abordarmos o caso concreto estudado, consideramos necessário debruçarmo-nos sobre o sistema de saúde do nosso país.

3. CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE EM PORTUGAL

Procurando analisar as organizações de saúde portuguesas, iniciámos o nosso estudo pela análise da legislação.

Pudemos assim constatar que, a partir da institucionalização do Serviço Nacional de Saúde, o Estado passa a desempenhar um papel quase hegemónico:

- O Estado é proprietário da maioria das estruturas de saúde (nomeadamente dos hospitais e dos centros de saúde);
- O Estado administra o sistema, através do Ministério da Saúde, o Estado financia maioritariamente o sistema, através do seu orçamento geral (embora os utentes participem directamente numa pequena parte, através do pagamento das taxas moderadoras);
- O Estado impõe as normas de gestão, através da regulamentação do funcionalismo público. Hoje ainda a maioria dos hospitais públicos é gerida por administrações nomeadas pelo Ministro (exceptua-se o hospital de Amadora-Sintra).

Embora a legislação mais recente a regulamentação da Lei de Bases da Saúde, publicada em 1993) procure diminuir a importância do papel do Estado no financiamento e na gestão do sistema, os seus efeitos tardam em fazer-se sentir.

Quanto aos prestadores de cuidados de saúde, embora se tenha proclamado o princípio de instaurar o primado dos cuidados de saúde primários, tem-se de facto assistido a uma clara opção hospitalocêntrica, bem patente na análise da distribuição dos

recursos financeiros (enquanto os cuidados de saúde primários recebem cerca de 21% das verbas, os hospitais absorvem 49% - Ramos, 1994). Nos últimos anos tem-se assistido igualmente à construção de novos hospitais, multiplicando assim a oferta de cuidados diferenciados. O hospital parece ocupar uma posição central em todo o sistema, justificando-se, assim, a opção de aprofundar apenas a gestão hospitalar.

Justifica-se, contudo aqui uma referência à situação existente no Sul do país. Com efeito, o Algarve tem sido preterido do esforço de construção de estruturas hospitalares mais pesadas. Nos últimos anos, assistiu-se à renovação de alguns centros de saúde, e construção de pequenos hospitais, faltando aumentar e melhorar a oferta de cuidados mais diferenciados. É opinião dos principais prestadores que esta região necessita de um hospital central - para assegurar os cuidados diferenciados de ponta (que hoje devem ser evacuados para Lisboa) - e paralelamente de melhorar os hospitais distritais existentes - que asseguram os cuidados diferenciados. Uma outra carência desta região diz respeito à escassez de estruturas capazes de garantir os cuidados de rectaguada (que hoje ocorrem aos hospitais distritais).

Analisamos também a lei de gestão hospitalar para verificar em que medida ela preconiza uma estrutura determinada. Pudemos constatar que, ao garantir a participação dos profissionais ao nível estratégico, a lei parece reconhecer o seu papel preponderante na gestão do hospital. Também a institucionalização de diferentes comissões técnicas parece ir ao encontro das características fundamentais descritas para as burocracias profissionais. Contudo, ao estabelecer a nomeação dos órgãos de gestão do topo à base, não garante a promoção com base no único critério reconhecido na burocracia profissional, o da competência, factor que pode explicar a eclosão de alguns conflitos. Tanto mais que o perfil do director do hospital é vago e não garante à partida o cabal conhecimento da especificidade do papel que lhe está reservado. Assim, a lei parece não impossibilitar a emergência de uma burocracia profissional.

4. O ESTUDO EMPÍRICO

Procurando verificar os modelos teóricos acima identificados, escolhemos como campo de estudo um pequeno hospital distrital, do Sul do País, que evoluiu de hospital da Misericórdia, com funções de prestação de cuidados de rectaguarda, para hospital distrital que denominamos aqui HDE (hospital distrital em estudo). Tem por missão a prestação de cuidados diferenciados à população da zona, assumindo simultaneamente a prestação de cuidados primários, de consultas de especialidade e, devido à falta de camas na região, é obrigado a assumir igualmente a prestação de cuidados de rectaguarda.

Este estudo incidiu apenas sobre os dirigentes do vértice estratégico e as chefias profissionais no centro operacional. Realizaram-se assim entrevistas semi-directivas junto dos quatro elementos que integram o conselho de administração, de oito dos nove directores de serviço, da enfermeira supervisora e dos cinco enfermeiros chefes então existentes nesta instituição. Estas dezoito entrevistas foram submetidas a uma análise de conteúdo temática (Bardin, 1977; Vala, 1986) de onde foram emergindo, por aproximações sucessivas, as categorias.

Foi igualmente realizado um questionário, distribuído à totalidade dos profissionais. A fraca representatividade das respostas impossibilitou uma análise mais aprofundada dos dados recolhidos.

Sintetizando os resultados, e optando por não reproduzir apenas os mais significativos de modo a não nos alongarmos demasiado, podemos afirmar que se trata de uma organização descentralizada vertical e horizontalmente. A descentralização vertical é reconhecida nomeadamente pelos membros do conselho de administração que afirmam a necessidade de delegar e consideram a sua gestão participativa (embora os directores de serviço manifestem gozar ainda de autonomia insuficiente).

A descentralização horizontal verifica-se a dois níveis: entre os serviços, não sentindo os seus directores necessidade de integração das actividades; e entre os grupos profissionais, verificando-se uma dupla hierarquia dentro dos próprios serviços - a hierarquia médica e a hierarquia de enfermagem, independentes até ao nível estratégico. De realçar aqui a grande fragmentação do meio interno que nos coloca em presença de um sistema imperfeitamente conectado.

Quanto aos mecanismos de coordenação que encontramos no hospital estudado é de salientar, a par da standardização das qualificações (o HDE recebe profissionais devidamente formados e socializados),

muito ajustamento mútuo. A integração das actividades realiza-se, por um lado, através destas relações informais (ajustamento mútuo) e, por outro, através de grupos de trabalho e comissões. Ainda no centro operacional, mas apenas no corpo de enfermagem a integração efectua-se também através da hierarquia, na medida em que existe alguma estandardização dos procedimentos (a implementação dos sistemas de enfermagem e de classificação de doentes são disso exemplo). Assim, constata-se a existência de múltiplos mecanismos de integração das actividades.

Sendo o hospital uma estrutura complexa e fragmentada, procurámos os indícios de diferenciação nos processos cognitivos. Assim, adoptando a conceitualização de Lawrence e Lorsch (1967), procurámos no discurso dos entrevistados diferenças de atitude relativas à natureza dos objectivos, ao horizonte temporal e ao estilo de liderança. Pudemos evidenciar diferenças significativas entre os membros do conselho de administração, que prosseguem objectivos quantitativos e de médio prazo com maior intensidade, e os profissionais cujos objectivos são de natureza essencialmente qualitativa e de curto prazo. Mas no seio dos profissionais registam-se igualmente diferenças entre chefias médicas e de enfermagem quanto à natureza qualitativa dos objectivos: os médicos apresentam essencialmente preocupações de carácter técnico-científico, enquanto os enfermeiros manifestam uma orientação humanista (estes dados confirmam os resultados de Baldwin, 1978 que aplicou o estudo de Lawrence e Lorsch aos hospitais americanos).

Quanto ao estilo de liderança, os dados emergentes referem-se apenas à centralização / descentralização da tomada de decisão, tendo-se registado diferenças entre as percepções dos membros do conselho de administração e dos directores de serviço (afirmando os primeiros que fomentam a participação, enquanto os médicos directores dos serviços, consideravam essa participação insuficiente). As chefias de enfermagem, por seu lado, referindo-se ao passado recente sob uma administração mais centralizadora, consideram haver hoje uma melhoria substancial.

No que concerne a identidade, chefias médicas e de enfermagem identificam-se com a sua profissão, privilegiando a sua carreira, em detrimento da organização. Verifica-se assim uma fragmentação identitária, para utilizar o conceito de Cremadez (1992).

Face a estes dados, procurámos, no discurso dos entrevistados, conteúdos que nos colocassem em presença de conflitos interserviços ou interprofissionais. Neste hospital constatamos que o conflito não é significativo. Todos os entrevistados se referem à pequena dimensão

desta organização que, possibilitando muito ajustamento mútuo, dificultaria a emergência de conflitos. Consideramos igualmente que a diversidade dos mecanismos de integração contribui para a baixa conflituosidade nesta instituição.

Um outro resultado do estudo realizado diz respeito ao modo como os membros do conselho de administração definem o seu próprio papel. Com efeito, afirmam-se como garante das fronteiras da organização, assegurando as relações com o exterior da organização no sentido da negociação dos recursos. Desta forma libertam os profissionais das pressões do meio envolvente externo e asseguram-lhes as condições para trabalhar. Os membros do vértice estratégico definem-se ainda como gestores dos conflitos internos. Esta autopercepção corresponde cabalmente ao perfil que Mintzberg traça para o administrador profissional.

A história recente do HDE constitui um bom exemplo do poder dos profissionais e das dificuldades que uma tentativa de controlo pela hierarquia tem de enfrentar. Uma administração muito centralizadora viu-se impossibilitada de terminar o seu mandato. A contestação dos médicos obrigou o Ministério da Saúde a substituir o conselho de administração. Verifica-se assim, que a intenção de centralização do poder, através de uma liderança política, faz surgir de imediato o conflito com o centro operacional. Este conflito só será apaziguado voltando a dar o poder ao centro operacional.

Finalmente, pudemos constatar que a perspectiva do cliente encontra-se ausente do discurso dos entrevistados. O hospital tem utentes a quem é facultada a possibilidade de reclamar (no gabinete do utente) mas não instituiu mecanismos para sua auscultação sistemática. Se considerarmos, com Hirschman, que apenas os sistemas que promovem as reclamações dos clientes se actualizam e aperfeiçoam, podemos concluir que, estando os profissionais afastados da pressão do utente, não se impõe a institucionalização de mecanismos para a melhoria da qualidade. Confirmamos mais uma vez o modelo teórico da burocracia profissional, segundo o qual existiria pouca tendência para a inovação e mudança.

Confirmámos, assim, que um pequeno hospital distrital, não muito diferenciado, que evoluiu a partir de uma estrutura humanista, de hospital da Misericórdia, apresenta todas as características do modelo da burocracia profissional.

5. CONCLUSÃO

Mas hoje registam-se no nosso país mudanças significativas que impõem uma reflexão aprofundada no sentido de se encontrarem novos modelos de gestão que procurem solucionar os problemas que se fazem sentir no sector.

A identidade na organização hospitalar teria por base três paradigmas distintos, todos eles actualmente sofrendo significativas modificações:

- O paradigma da medicina modifica-se. O hospital tradicionalmente assente em valores caritativos e humanitários, foi hoje catapultado para o mundo do progresso científico e tecnológico, com uma crescente especialização, obrigando o médico a deixar o exercício liberal da profissão para integrar as instituições e aumentar a interdependência. Passa-se de uma medicina organicista e positivista para uma concepção que procura integrar o homem no seu meio envolvente. Assim, o médico tem de deixar a perspectiva individualista do exercício da profissão para aceitar as interdependências e a solidariedade entre os diferentes actores organizacionais. Se no hospital estudado, as características regionais esta necessidade de interdependência não é ainda premente é contudo realçada uma mudança nas representações que o utente tem do médico. (passou a ser considerado um técnico).
- Assiste-se também a uma mudança no paradigma do serviço público. O reconhecimento da ineficácia dos serviços públicos, transformados em monopólios, bem como a constatação de que um sistema inicialmente pensado para servir a justiça social acabou por ser fonte de inequidade, obrigam à procura de novas soluções. No nosso país, as experiências nesta matéria parecem ainda incipientes e não tendo ainda provas dadas (como é o caso da privatização da gestão do hospital Amadora/Sintra). Contudo a necessidade de reduzir as despesas no sector da saúde constitui presentemente um problema para as sociedades europeias a que ainda não se conseguiu dar resposta.
- O paradigma do profissional sofre a influência das mudanças tecnológicas que provoca uma rápida desactualização dos saberes e das práticas e vem obrigar simultaneamente a uma acção mais interdependente e multidisciplinar. Assistimos pois ao aumento da especialização acompanhado de uma diminuição da autonomia das especialidades. O médico vê assim contestado o seu poder pelos outros profissionais, que tendo aumentado substancialmente as suas competências, reivindicam o seu reconhecimento.

O médico trocou o paradigma humanista e caritativo pelo paradigma técnico-científico. A enfermagem, ao aumentar o seu nível de

qualificação, passa do paradigma da medicina para o paradigma humanista. Esta recente mudança nos paradigmas profissionais terá provavelmente como consequência o emergir do conflito, sendo assim necessário encontrar uma alternativa negociada, envolvendo os novos actores que já hoje reivindicam uma actuação mais próxima do paciente (como os farmacêuticos...).

Assim, a sofisticação crescente da tecnologia começou já a criar interdependências entre os profissionais. Este facto virá provavelmente pôr em questão a presente estrutura hospitalar, assente no poder hegemónico do médico. Prevê-se pois a emergência de uma estrutura mais orientada para o doente, de características mais adocráticas, que respeite simultaneamente os princípios dos sistemas imperfeitamente conectados.

Para compensar a conexão imperfeita justifica-se analisar algumas das estratégias propostas por Orton e Weick (1990) e retomadas por Nunes (1994) que as aplicou ao hospital. Relativamente à estratégia de focalização estes autores consideram fundamental a implementação de um sistema de informação sistemática e permanente sobre os utentes e o contexto, permitindo colocar os profissionais e as suas equipas em competição saudável. O conselho de administração teria um papel predominante na implementação deste sistema de informação, que permitiria devolver aos directores de serviço e aos profissionais as informações sobre os custos, demora média e outras julgadas necessárias.

O aumento da interdependência obrigará os profissionais a uma modificação dos valores - ver-se-ão obrigados a conciliar os objectivos profissionais com os objectivos organizacionais. Neste sentido, compete ao líder clarificar a missão e fomentar a transformação dos valores dos liderados. Afigura-se-nos, assim fundamental que ao hospital seja dada a possibilidade de uma efectiva gestão dos recursos humanos, nomeadamente, permitindo-lhe intervir directamente na gestão das carreiras dos profissionais (e nomeadamente dos médicos) e, conseqüentemente na gestão das recompensas (que actualmente lhe está vedada, pois todos os mecanismos de contratação ou promoção são externos, assegurados pelo Ministério ou pela Ordem).

Para fomentar a implementação de uma gestão estratégica, possibilitando um melhor aproveitamento dos recursos na área da saúde, outros propõem que o hospital analise o seu meio envolvente e clarifique o seu papel no seio das restantes estruturas de saúde e no seio da sociedade (Cremadez, 1992). Uma tal abertura ao meio envolvente externo, com a conseqüente implementação de estruturas

de ligação do hospital e restantes organizações prestadoras de cuidados de saúde à comunidade, poderia constituir o garante da almejada mudança destas organizações.

Numa região como o Algarve, onde o turismo constitui um dos principais recursos, as questões de saúde e segurança revestem pois um interesse estratégico. Se quisermos assegurar um turismo de qualidade, há que garantir a existência de serviços de saúde que correspondam às necessidades dos utentes nacionais e estrangeiros dentro dos padrões a que se habituaram nas suas regiões de origem. Haveria assim que implementar novos estudos que possibilitem um encontrar de soluções para a gestão dos serviços de saúde.

RESUMO

Neste artigo pretende-se estudar a estrutura hospitalar à luz da configuração estrutural proposta por Henri Mintzberg para estas organizações - a burocracia profissional. Após uma breve revisão de literatura, ao longo da qual se procura destacar os principais modelos estruturais, procurou-se caracterizar a solução adoptada nos hospitais portugueses. Verificando-se que a legislação não parece contrariar os princípios da burocracia profissional, analisou-se a estrutura emergente de um hospital distrital do Sul do país, que evoluiu, em poucos anos, de uma estrutura humanista (de hospital da Misericórdia) para uma estrutura diferenciada (embora ainda com poucas valências médicas).

Os resultados obtidos, a partir da análise de conteúdo de entrevistas realizadas aos membros do conselho de administração e às chefias médicas e de enfermagem do centro operacional, permitiram confirmar que se trata de uma burocracia profissional.

REFERÊNCIAS

Alcorn, S. (1990). Using matrix organisation to manage health care

- delivery organisations. *Hospital and Health Services Administration*, 35: 4, 575-590.
- Baldwin, L. (1978). An empirical study: the effect of organisational differentiation and integration on hospital performance. In A. Kovner and D. Neuhauser (eds.) *Health and Services Management, readings and commentary*. New York: Health Administration Press.
- Bardin, L. (1994). *Análise de Conteúdo*. Tradução portuguesa. Lisboa: Edições 70.
- Blacker, F., Reed, M. & Whitaker, A. (1993). Editorial introduction: knowledge workers in contemporary organisations. *Journal of Management Studies*, 30: 6, 851-862.
- Cremadez, M. (1992). *Le Management Stratégique Hospitalier*. Paris: Dunod.
- Etzioni, A. (1974). *Análise Comparativa das Organizações Complexas, sobre o poder, o engajamento e seus correlatos*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Lawrence, P. & Lorsch, J. (1973). *Adapter les Structures de l'Entreprise, intégration ou différenciation*. Paris: Les Editions d'Organisation.
- Miner, J. (1988). *Organizational Behavior, performance and productivity*. New York: Random House.
- Mintzberg, H. (1982). *Structures et dynamique des Organisations*. Paris: Les Editions d'Organisation.
- Neuhauser, D. (1978). The hospital as a matrix organisation. In A. Kovner & D. Neuhauser (eds) *Health and Services Management, readings and commentary*. New York: Health Administration Press.
- Nunes, F. (1994). As Organizações de Serviços de Saúde, alguns elementos distintivos. *Revista Portuguesa de Gestão*, 3-4: 5-28.
- Orton, J. D. & Weick, K. (1990). Loosely Coupled Systems: a reconceptualization. *Academy of Management Review*, 15 (2): 203-223.
- Ouchi, W. (1986). *Teoria Z, como as empresas podem enfrentar o desafio*

japonês. São Paulo: Nobel.

Ramos, F. (1994). O financiamento público do Sistema de Saúde. Caridade do Estado ou a busca da eficiência? *Revista Portuguesa de Gestão*, 3-4: 67-74.

Stelling, J. & Bucher, R. (1972). Autonomy and monitoring on hospital wards. *The Sociological Quarterly*, 13 (Fall): 431-446.

Starbuck, W. (1992). Learning by Knowledge-Intensive Firms. *Journal of Management Studies*, 29, 6: 713-740.

Vala, J. (1986). A Análise de Conteúdo. Organizadores: A. Santos Silva, & J. Moreira Pinto (1986) *Metodologias das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.