

Importância da gestão em saúde

Há um ditado português que diz *Mais vale bom administrador do que bom trabalhador*, ou, noutra variante, *Mais vale um bom mandador que um bom trabalhador*.

Apesar da repulsa do trabalho manual nas sociedades pré-capitalistas, não creio que a filosofia de senso comum contida neste provérbio se resume a um simples viés ideológico, de matriz não já escravagista, feudal ou senhorial, mas burguesa. Acentuadamente ideológico é, sim, esse outro provérbio que diz: *Deus ajuda a quem trabalha, que é o capital que menos falha*.

Parafraseando o primeiro provérbio, e fazendo uma aproximação ao campo da saúde, poder-se-ia postular: *Mais vale bom gestor do que bom prestador*. Como todas as jóias do pensamento sincrético, os provérbios são hiperbólicos. A sua função é, através de uma frase curta, e muitas vezes usando a rima, o ritmo e a imagem, sintetizar uma evidência de senso comum, fixar uma regra social, tipificar uma norma moral ou até caricaturar um aspecto da realidade humana.

O citado provérbio não é disjuntivo, opondo o gestor ao trabalhador, produtor ou prestador. Pelo contrário, pretende enfatizar a importância da gestão e do papel do gestor nos sistemas de acção colectiva.

Já em 1504 o regimento do Hospital Real de Todos os Santos (HRTS) vinha criar a figura do provedor, o *oficial principal*, que deveria ter um dado perfil psicoprofissional, como diríamos hoje, «pessoa honrada, e de bom saber, e zeloso de todo o bem caridoso», além de ser da confiança pessoal e política do fundador e financiador (o HRTS é uma *pia causa*, ditada pelo *ethos* cristão, mas é também claramente um projecto assistencial que não pode ser desligado da motivação política do seu criador).

De facto, por ser «cousa tão grande, e de tão grande maneiço», o hospital deveria ser administrado com «mui grande recado» tanto no que tocava ao «serviço de nosso Senhor» como no que dizia respeito à «conservação da mesma Casa». Daí o provedor dever «ter toda a superioridade, e mando sobre todos os Oficiais, grandes e pequenos». Magnificência do príncipe, ostentação da caridade, afirmação do poder régio, mas também *génio organizativo*, são alguns traços que caracterizam o HRTS. No início do século XVI, a política de concentração hospitalar e a criação de instituições interclassistas, como as misericórdias, são também uma resposta a novas necessidades e problemas de uma população que tende a concentrar-se nas cidades com o declínio do feudalismo, decorrentes em grande parte do desenvolvimento do modo de produção artesanal e da economia mercantil, da expansão do comércio marítimo e da complexificação do tecido social (em particular, das camadas populares).

Convenhamos, no entanto, que a gestão é uma ciência nova. O *scientific management* tem cem anos e chegou primeiro às empresas industriais do que aos serviços de saúde. Se nos Estados Unidos a preocupação explícita com a formação e a profissionalização dos administradores hospitalares remonta já à década de 1920, é sobretudo depois da segunda guerra mundial que os hospitais tendem a seguir o modelo de gestão empresarial e a criar a figura do *chief executive officer* (CEO).

Em Portugal temos uma tradição de quase meio século na formação de administradores hospitalares e a Escola Nacional de Saúde Pública orgulha-se de ter contribuído também para a criação desta nova figura de profissional de saúde, no contexto da reforma do sistema de saúde de 1971 e da modernização da economia e da sociedade portuguesas.

O hospital teve um papel de protagonismo nestes processos de mudança, se bem que o conceito de gestão em saúde já não seja hoje hospitalocêntrico. O hospital moderno, contemporâneo, o do *direito à saúde*, é o da ruptura conceptual (e organizacional) com o passado,

em que havia uma medicina privada para os ricos e uma medicina hospitalar para os pobres. Essa ruptura verificou-se essencialmente em relação a quatro domínios: (i) *missão* do hospital: passou-se de um objectivo hoteleiro para um objectivo de produção de cuidados de saúde; (ii) *prática profissional*: passou-se de uma prática individual («trabalho a solo») a uma prática colegial («trabalho em equipa»); (iii) *processo de produção*: mudou-se de uma produção artesanal (ou pré-industrial) para uma produção industrial (ou em massa); finalmente, (iv) *gestão*: substituiu-se o conceito e a prática da administração (centralizada) pelo conceito e pela prática da gestão (descentralizada).

O hospital tende a tornar-se uma *empresa* não só pelo crescente peso e sofisticação do seu sistema técnico e organizacional de trabalho, como também pela crescente complexidade e conflitualidade da sua envolvente sócio-económica e das necessidades, interesses e expectativas dos seus diferentes *stakeholders*.

A importância e a actualidade da gestão em saúde não se medem apenas pelas tendências actuais para a integração dos cuidados de saúde e pelas pressões com vista à crescente e contínua racionalização (económica, técnica e organizacional) dos serviços de saúde, as quais vão a par com a persistência da sua especificidade como *organizações profissionais* em que subsistem duas linhas de autoridade, a relação de agência, a fraca ou nula soberania do consumidor, etc.

Refiram-se, por fim, e a talhe de foice, os desafios emergentes, para a gestão e para os gestores dos serviços de saúde, que implicam as mudanças que se estão a operar no campo da saúde, a começar pelo próprio alargamento e enriquecimento do conceito de saúde, o envelhecimento da população, a mudança do perfil de morbimortalidade, a oferta excedentária de recursos, o aumento exponencial dos custos, o paradigma da sociedade da informação e do conhecimento, a espiral tecnológica, o papel do Estado e do consumidor, as questões da bioética, da qualidade e da equidade, etc.

Tal como a própria medicina, a gestão será sempre uma ciência e uma arte, com duas componentes que podem ser independentes mas são sempre complementares: o conhecimento e a acção.

O novo mestrado em Gestão de Saúde da ENSP/UNL, com três áreas de especialização (gestão das organizações de saúde; gestão clínica; gestão do conhecimento em saúde), reflecte já algumas destas mudanças do contexto teórico e societal da saúde, bem como a nova visão, contingencial e integrada, da gestão em saúde.

Os objectivos de ensino/aprendizagem do curso fazem claramente apelo ao *mix* das competências cognitivas, técnicas, sociais e humanas, já que no final se espera que os mestrandos estejam (e se sintam) aptos para: (i) analisar com rigor o estado actual do sistema de saúde, a sua estrutura e o seu funcionamento; (ii) intervir, de maneira integrada e pluridisciplinar, no processo de administração em saúde e de gestão das organizações de saúde em ambiente de familiaridade com os fenómenos da saúde e da doença; (iii) mostrar capacidade de análise crítica, de síntese e de correcta tomada de decisões, aplicando os conhecimentos às diferentes situações e operacionalizando as aptidões de tipo instrumental necessárias; (iv) contribuir para a melhoria da gestão da informação e do conhecimento em saúde no seu contexto organizacional específico; por fim, (v) exercer competências específicas nas áreas de especialização previstas.

É altamente provável que, no final da primeira década do século XXI, as competências de gestão em saúde dos médicos e dos demais profissionais de saúde tendam a ser técnica e socialmente mais valorizadas do que hoje, constituindo, inclusive, um trunfo curricular no mercado de trabalho. Nessa altura, talvez o supracitado provérbio possa ter também já outra variante: *Não há bom profissional de saúde que não seja também um bom gestor em saúde...*

