

■ Victor Gil, no XXIX Congresso Português de Cardiologia

A liderança médica é «crucial» na gestão em Saúde

Numa mesa-redonda dominada pelo tema «Gestão em Saúde», que teve lugar no recente Congresso Português de Cardiologia, Victor Gil apontou a «desmotivação e ineficácia» como perigos de modelos de gestão onde os médicos não tem voz de liderança

■ Cátia Jorge

Com o objectivo de debater um assunto transversal a todas as especialidades médicas, a organização do XXIX Congresso Português de Cardiologia dedicou uma mesa-redonda ao tema «Gestão em Saúde: Uma competência tornada essencial».

Participaram nesta sessão Alexandre Diniz, da Direcção-Geral da Saúde, Constantino Sakellarides e Paula Lobato Faria, da Escola Nacional de Saúde Pública, e Victor Gil, cardiologista do Hospital de Fernando Fonseca.

Na qualidade de único participante da mesa com actividade clínica activa, Victor Gil aproveitou a oportunidade para apontar alguns perigos dos novos modelos de gestão em Saúde, quando em causa estão a motivação e a produtividade dos profissionais.

«Em qualquer modelo de gestão em Saúde a liderança médica é um aspecto crucial», afirmou Victor Gil, adiantando que «o médico está tecnicamente no topo da pirâmide da equipa de saúde e cabe-lhe tomar decisões que envolvem problemas de vida e morte e que envolvem custos económicos da maior dimensão».

A liderança, o envolvimento e a partilha são os três aspectos que, segundo o cardiologista, estão subjacentes à motivação.

«Pela natureza da sua profissão, porque toma

«Pela natureza da sua profissão, porque toma decisões, porque coordena equipas, porque aplica as suas decisões na prática e porque tem perspectivas, o médico é um líder», sublinhou **Victor Gil**

Segundo **Victor Gil**, «estes modelos disciplinadores, para além de contribuírem para uma real humilhação da classe médica, não conduzem a qualquer tipo de eficácia prática»

decisões, porque coordena equipas, porque aplica as suas decisões na prática e porque tem perspectivas, o médico é um líder. E liderar uma equipa médica implica um total respeito pelos seus pares», referiu. Por outro lado, os níveis de envolvimento devem incluir a organização global, dos recursos humanos e das equipas de trabalho. No que respeita às equipas de trabalho, «é preciso ter um grande grau de exigência, é necessário desafiar, ter visão e objectivos, mas é também necessário ouvir e envolver as pessoas da equipa, é necessário dar *feedback*, criticar os erros, sem esquecer de celebrar os sucessos, é necessário que nos lugares-chaves da equipa haja pessoas motivadas», argumentou o cardiologista.

Por fim, a partilha «quer dizer que o êxito é de todos, tal como o fracasso», sublinhou.



Luciano Reis

No patamar da produtividade clínica não só o número de actos médicos deve ser contabilizado, mas também a sua complexidade. Para além disso, acrescentou, «há a produtividade científica e a pedagógica».

Gerir e liderar

Procurando definir cada um destes conceitos, Victor Gil afirmou que «gerir é lidar com a complexidade e liderar é lidar com a mudança». Neste contexto, a gestão implica planeamento, orçamentação e organização, controlo e solução de problemas. Contudo, a liderança implica estabelecer uma direcção, alinhar as pessoas, motivar e provocar inspiração.

Os modelos de gestão onde as direcções clínicas não têm voz nos processos de decisão podem, segundo Victor Gil, «ser fonte de desmotivação e insegurança».

O cardiologista foi mais longe e afirmou que «os modelos “disciplinadores”, assentes numa base de desconfiança, de que é exemplo o sistema de video-vigilância e controlo electrónico de presenças, para além de contribuírem para uma real humilhação da classe médica, não conduzem a qualquer tipo de eficácia prática, sendo geradores de profundo descontentamento e desmotivação». Neste contexto, continua, «a direcção clínica deve ser um parceiro incontornável no processo de decisão, sendo também indispensável a atribuição de poderes reais de gestão intermédia ao director de serviço, que incluem a organização efectiva do trabalho médico e o acompanhamento do cumprimento dos objectivos assistenciais negociados com a gestão de topo».

Gestão integrada da doença

Com início em Janeiro de 2007, o processo da gestão integrada da doença é uma área «incubadora que está em desenvolvimento na DGS, em associação com a Administração Central do Sistema de Saúde», afirmou Alexandre Diniz.

«Em Portugal, começámos não pelas doenças que tradicionalmente são descritas como sendo as eleitas para aplicar o modelo, mas sim por uma questão de oportunidade política, pela doença renal crónica, a esclerose múltipla e a obesidade mórbida. Estamos também a dar os primeiros passos na área da diabetes, na retinopatia e maculopatia diabéticas», descreveu o representante da DGS responsável pela Divisão de Gestão Integrada da Doença.

Assim, e de acordo com a explicação do dirigente, o modelo de gestão integrada da doença inclui, para além da gestão clínica da doença, o circuito do doente no Sistema Nacional de Saúde e a sua autogestão da doença, associando também a gestão económica de todo este processo.

«No fundo», esclareceu, «a integração surge no cruzamento entre a gestão vertical de uma doença com a gestão clínica do doente ao longo do seu percurso clínico e a evolução da sua doença. É neste cruzamento que nos queremos centrar».

Este modelo poderá ser «uma das chaves para que a prestação dos cuidados possa estar mais centrada nas necessidades dos doentes, poderá ser para reduzir assimetrias e insuficiências do sistema», concluiu. Consoante a avaliação, o modelo poderá ser eliminado, corrigido ou melhorado.

Versão alargada em www.tempomedicina.com