

Administração em saúde

– contributo para a definição das funções e tarefas do administrador de saúde

JOÃO MANUEL B. F. CRUZ

Face aos problemas cada vez mais complexos com que uma organização de saúde interage, nomeadamente mudanças demográficas e epidemiológicas, pressões constantes para conter os custos, a previsível necessidade de responder à competição, as mudanças anunciadas no sistema de financiamento do sistema de saúde, as reformas em curso em Portugal, na Europa e nos Estados Unidos da América conferem ao administrador um papel de importância crescente.

1. Introdução

1.1. A administração

Segundo Chiavenato, a administração é a «interpretação dos objectivos da empresa, traduzida em esquemas de planeamento, organização, direcção e con-

-trole da acção empresarial, de forma a alcançá-los do modo mais apropriado» (Chiavenato, 1982). Constitui, no fundo, o trabalho envolvendo a combinação e direcção da utilização dos recursos necessários para atingir os objectivos específicos de organização e inclui, entre outras, como funções principais «o planeamento, organização, liderança e controle» (Hampton, 1983). Sendo uma organização constituída por pessoas, administrar é, pois, «trabalhar com e por intermédio de pessoas e grupos para atingir os objectivos organizacionais» (Hessey, 1986). De uma forma mais pragmática, administrar é «obter resultados através das pessoas, utilizar eficazmente os recursos, conseguir que as pessoas trabalhem em conjunto de maneira harmoniosa e tomar decisões» (MacMahon, 1993).

A importância do administrador no mundo contemporâneo advém do facto de ser ele quem pode determinar a maneira como uma organização «nos serve bem e a forma como aproveita ou desperdiça os nossos talentos e recursos» (Mintzberg, 1975).

1.1.1. A evolução do conceito

Cada década do século XX produziu a sua «teoria de administração», mas, deixando de lado o exercício da «arqueologia», constata-se que, passada a

□ João Manuel B. F. Cruz, médico da carreira de saúde pública, é director do Centro de Saúde de Arcos de Valdevez.

euforia pelo Sol-Nascente, as «prateleiras» da administração voltam a ser invadidas, nos anos 90, por livros cujo denominador comum é, seguramente, um inconformismo crescente. Segundo Toffler, não passa praticamente um dia sem que surja um novo artigo, livro ou discurso criticando as «antigas» teorias. O que Eco radicaliza, afirmando que, se o território se modifica de dentro e de fora, é preciso aceitar que «tudo é provisório e que eventualmente perca e readquirir actualidade no espaço de uma manhã» (Eco, 1991) e a banalidade quase nos faz crer que a «teoria se auto-realiza» (Santos, 1994).

Exactamente por isso, Drucker é cada vez mais radical na sua conclusão de que estamos a passar para uma sociedade pós-capitalista e no limiar de uma nova revolução da gestão.

Nas épocas estáveis as leis determinísticas funcionam, sendo possível prever; nas épocas «neobarrocas», instáveis ou caóticas (tempos longe do equilíbrio), as leis tradicionais deixam de funcionar. A saída destas épocas far-se-á aleatoriamente. Se vivemos numa época «neobarroca», como o pensamento evolucionista afirma, as leis do caos tendem a reger os acontecimentos, e o caminho que a história tomará numa nova época estável não pode ser antecipado. A rapidez, a profundidade e a imprevisibilidade de algumas transformações conferem à contemporaneidade uma característica nova: «a realidade parece antecipar-se ao discurso, teorizando-se a si mesma e tornando-se hiper-real» (Santos, 1994).

As teorias clássicas baseavam-se, sobretudo, na dicotomia entre, por um lado, o que está «dentro» (a organização) e o que está «fora» (o seu contexto) e, por outro lado, o que é «dito» (a estratégia formulada) e o que é «feito» (a execução da estratégia). Dentro, tratava-se de fazer um diagnóstico do que constituía as forças e as fraquezas da organização, de maneira a identificar a sua competência distintiva, isto é, os elementos sobre os quais ela tinha interesse em basear a sua estratégia face à concorrência. Fora, importava analisar as ameaças e as oportunidades susceptíveis de afectarem a organização, de modo a identificar as variáveis estratégicas próprias do domínio da actividade que ela escolheu para si.

Rever alguma das «certezas» das teorias da administração não significa proclamar a inutilidade das investigações neste campo; bem pelo contrário, a moda é importante porque revela o movimento intelectual (estado da arte?) relativo às organizações num determinado momento histórico. Contemporizar com a moda em matéria de administração é actuar sobre problemas da organização com instrumentos e modos de pensar adaptados à época aceitando que os «defeitos» de hoje possam ser as «virtudes» de amanhã, ou o inverso, conforme a égide do momento; nomeadamente, já se vai afirmando que a admi-

nistração não é um conceito neutro, não só do ponto de vista económico ou filosófico, sendo cada vez mais considerada um negócio.

Os problemas que as organizações têm essencialmente de enfrentar são, invariavelmente, a adaptação ao contexto e a integração dos recursos internos (Thévenet), e, em contraste com o modelo «tradicional», o «novo» conceito de administração «põe ênfase, mais do que nos procedimentos, nos resultados e na 'sobriedade' no uso dos recursos» (Artundo et al., 1992).

1.1.2. Tipos de administração

Mesmo que cada época esteja representada por uma «escola», é importante ver este processo como evolutivo, já que cada uma contém um significado da função *administração*.

Poder-se-ão enumerar quatro tipos fundamentais de administração, as quais, não sendo mutuamente exclusivas, podem encontrar-se isoladas ou em combinação numa organização num determinado tempo: a administração de tipo «manutenção», a «integrada», a «avaliativa» e a «adaptativa».

A «administração de tipo manutenção» preocupa-se com a continuidade da organização, mantendo-a enquadrada nos objectivos e resultados, apesar de todos os problemas e crises que acontecem. A «administração de tipo integrada» preocupa-se com assegurar a coordenação de esforços para fazer avançar a organização e, estando intimamente relacionada com a «administração de manutenção», representa necessidade de mobilizar e combinar as capacidades das pessoas, recursos materiais, informação e ideias (de dentro e do exterior da organização), como uma pré-condição para um movimento colectivo na direcção desejada. A «administração de tipo avaliativa» preocupa-se em agir sobre o estado da organização, tendo em conta a avaliação do seu desenvolvimento. A «administração de tipo adaptativa» preocupa-se com a adopção de mudanças vindas quer do ambiente interno, quer do externo, procurando modificar quer o funcionamento, quer a direcção da organização, o que passa, inclusive, por deixar de executar certas actividades de rotina ou de baixa prioridade, favorecendo o desenvolvimento de outras menos visíveis, mas estratégicas. Esta adaptação é tomada muitas vezes à evidência pela administração avaliativa, sendo as duas conceptualmente afins.

A análise do tipo de administração faz-se considerando essencialmente três elementos: as tarefas (os quês), o processo (os comos) e o ambiente (o contexto) nos quais a administração acontece. Enquanto a tarefa é a razão de ser da estratégia, é, no entanto, o processo que determina quão efectiva uma estratégia é. Isto é, a razão de ser da administração reside no cumprimento de tarefas, enquanto a efec-

tividade da administração depende muitas vezes do processo; por seu turno, a *performance* do administrador depende, frequentemente, dos processos utilizados. É, por vezes, sugerido que o administrador efectivo «é aquele que utiliza adequadamente a interacção contínua entre tarefas, processo e ambiente, de forma a convertê-la em mudanças vantajosas para a organização» (Parston, 1986). Trata-se, pois, de uma evidência considerar que uma administração com sucesso «requer conhecimentos acerca do que está a acontecer ou a mudar no ambiente externo e a capacidade de planear os serviços da organização e melhorar as respostas às necessidades da comunidade» (OMS, 1993). Os administradores, por vezes, preocupam-se em produzir resultados «visíveis» a curto prazo, à custa do desenvolvimento das organizações numa perspectiva de longo prazo, o que resulta numa «perda de sensibilidade para os factores externos da organização, passando a agenda a ser dominada pelos assuntos internos» (Parston, 1986). Quando a administração falha no alcance de um balanço efectivo entre tarefa, processo e ambiente, uma variedade de disfunções acontece, podendo, por exemplo, a ênfase predominante nas tarefas resultar num hiato entre o nível estratégico e o operativo, enquanto a ênfase no processo pode conduzir a uma perda de «sentido» da organização.

Não existindo nenhum sistema de saúde perfeito, a administração é essencial como instrumento para melhorar as imperfeições de qualquer um, desde o momento em que uma administração efectiva pode fazer a diferença (Artundo et al., 1992). Mas, em substância, que elementos são essenciais para aumentar a qualidade da administração? Borgenhammer considera duas aproximações possíveis a esta questão: uma de cariz individual, na qual é realçado o papel do administrador, as suas qualidades pessoais, carisma, estilo de liderança e a maneira como gere os conflitos; outra de cariz contextual, sendo a ênfase posta na estrutura organizacional, na participação na tomada de decisões, na gestão do tempo, assim como em factores tais como a cultura da organização (Borgenhammer, 1990).

Na aproximação individual, entre os factores chave encontrados na literatura, definindo um administrador de «qualidade» e de «sucesso», estão, entre outros, a capacidade de motivar, de desenhar uma estrutura de incentivos adequada, de criar confiança no grupo de trabalho e de delegar competências. Nesta aproximação é realçado o papel do líder como símbolo e criador de imagem da organização, havendo quem considere o processo de moldar a cultura como a tarefa mais importante da administração. Neste caso, o administrador não só cria os aspectos racionais e tangíveis da organização, tais como a estrutura e a tecnologia, mas é também criador de símbolos, ideologia, linguagem,

crenças, rituais e mitos. No fundo, «as organizações são sistemas formados por ideias, cujo significado tem de ser objecto de gestão» (Peters e Waterman, 1987).

1.1.3. O caso da administração pública

A práxis social dominante é a mais das vezes retrógrada relativamente ao edifício legislativo que a regulamenta, e este hiato é suportado pelo próprio Estado: «O Estado compromete-se com um certo padrão de legalidade e de regulação social, mas descompromete-se dele, na prática, por omissão ou por vias informais.» (Santos, 1994.)

«São muitos os indícios que nos levam a concluir que a administração pública em Portugal não interiorizou ainda a existência dos direitos sociais e, como tal, não a transformou numa prática e numa ideologia de serviço. Esta ausência de uma identificação padronizada para baixo (para com os utentes) tem, como contraparte, uma ‘excessiva e subserviente’ identificação para cima (para com os superiores hierárquicos.» (Santos, 1987.)

Por outro lado, aquando de governos conservadores, as restrições no sector público são vistas como uma prioridade e como a resposta mais adequada aos problemas económicos. Em Portugal o retrocesso na política de saúde como bem social tem assumido várias formas, parecendo que a lógica subentendida aponta no sentido de o Estado reservar para si a produção de serviços de saúde trabalho-intensivos e menos produtivos, transferindo para o sector privado os serviços capital-intensivos e mais produtivos (Lei de Bases da Saúde n.º 48/90, de 24 de Agosto de 1990, e mais recentemente a Portaria n.º 704/94, de 29 de Julho de 1994 – programa de concurso e caderno de encargos tipo para celebração de contrato de instituições, partes funcionalmente autónomas e serviços do Sistema Nacional de Saúde).

A política, por seu lado, é um processo disruptivo para o sistema público, gerando incertezas, inclusive para quem opera no sistema. Geralmente, o conflito estabelece-se quando a tendência do político é o curto prazo, acções mecanicistas e não adequadas. Os que administram a complexidade do sector público são confrontados, muitas das vezes, por intervenções arbitrárias e simplistas dos políticos, que desregulam, mais do que estruturam, o sistema. Isto, não sendo um argumento acerca da incompetência dos políticos, é tão-só uma constatação acerca do conflito muitas vezes latente entre políticos e administradores no sector público (a menos que, como parece prevalente, o clientelismo político seja um factor determinante de recrutamento), consubstanciado nas suas diferentes perspectivas, princípios e entendimento.

1.1.4. A ética na administração

Durante a década de 80 a ética na saúde esteve centrada sobretudo no médico, no doente e na saúde como direito. O campo da ética começa agora a alargar-se, envolvendo questões de ética institucional. E, se a administração de organizações de saúde é mais do que controle de gastos e eficiências (duas vertentes que têm sido extensamente discutidas), parece chegada a altura de as questões de moralidade e de justiça ocuparem a sua própria dimensão.

No campo da saúde, talvez mais do que em qualquer outro, «a administração envolve valores morais e escolhas éticas» (McNerney, 1985). «O que explica o crescente interesse pela ética organizacional não é o facto de ter havido uma mudança brusca no comportamento das organizações e das pessoas que lá trabalham, o que acontece é que esse comportamento adquiriu um significado diferente» (Drucker, 1993), por isso a definição de uma cultura organizacional forte, a par da ética, constituir, provavelmente, uma das tarefas fundamentais do administrador desta década.

1.2. As organizações

Uma organização é «um grupo humano, composto por especialistas, que trabalham em conjunto numa tarefa comum e que, contrariamente à sociedade ou família, tem um objectivo expresso, o qual não radica na natureza psicológica do homem nem na sua necessidade biológica» (Drucker, 1993). Uma organização tem uma história e uma cultura próprias e estrutura-se através de um conjunto de regras e procedimentos, que condicionam as percepções e os comportamentos de todos os que lá trabalham. Constitui um sistema (político) em que se move um conjunto de actores defendendo os seus interesses e as suas estratégias pessoais no âmbito de alianças flutuantes.

Uma organização é sempre especializada, definida pelas suas tarefas, independentemente da língua, cultura, história ou religião. «A sociedade, a comunidade e a família são, as organizações fazem.» (Drucker, 1993.)

As organizações, uma vez que são compostas por especialistas, cada um deles com a sua área de saber restrita, devem ter missão e objectivos claros, de modo a obstem que cada um imponha os seus próprios valores ao conjunto, se dedique mais ao seu sector do que à tarefa comum e defina o «resultado» em termos da sua especialidade. A finalidade de qualquer organização é produzir resultados que tenham impacto no exterior, ao contrário da comunidade e da família, que actuam em função de si próprias.

1.2.1. O poder nas organizações

O processo de tomada de decisões é uma forma de exercício do poder, e este é «sempre condicionado por uma distribuição desigual de recursos ou trunfos estratégicos (por exemplo, conhecimentos, saber, informação, regras), dependendo muito da capacidade (estratégica) dos indivíduos ou grupos de fazerem alianças, de agarrarem as oportunidades, da percepção que o indivíduo ou grupo tem dos outros e dos seus trunfos, jogadas, estratégias, pontos fortes e fracos, da própria habilidade para enfrentar a incerteza em situações críticas» (Graça, 1994). Qualquer que seja o seu «tipo», isto é, as suas raízes, a sua legitimação, os seus objectivos ou métodos de exercício, o poder implica sempre a possibilidade de um determinado indivíduo ou grupo agir sobre outro.

O poder é uma relação, e não um atributo dos actores, e, uma vez que se desenvolve através de uma troca entre os agentes implicados, está inseparavelmente ligado à negociação (Crozier, 1977).

A estrutura de poder de uma organização não pode ser simplesmente estudada através das decisões efectivamente tomadas. Devem ter-se em conta as «não-decisões», na medida em que o poder de determinados grupos se manifesta muitas vezes por aquilo que são capazes de bloquear, isto é, pela sua capacidade de produzir ou obter «não-decisões» sobre certos temas ou domínios. «O poder reside então na margem de liberdade de que cada um dispõe, ou seja, na possibilidade maior ou menor de recusar o que o outro lhe pede.» (Crozier, 1977.)

Por sua vez, cada vez mais se assiste à compressão dos processos, não apenas horizontal, como verticalmente. A compressão vertical significa que, nos pontos de um processo onde os trabalhadores tinham de consultar um nível hierárquico superior, eles tomam agora as suas próprias decisões. Em lugar de separação entre a tomada de decisões e o mundo real, a tomada de decisões torna-se parte do trabalho. «Os próprios trabalhadores realizam parte do serviço antes realizado pelos administradores.» (Hammer e Champy, 1994.) O conceito de funcionários com maior autonomia envolve a incorporação de ideias novas. Estes funcionários têm autoridade, têm o controle sobre si próprios e os meios para medirem a qualidade de trabalho por eles realizado, estando em condições de interpretar os resultados e tomar decisões para agir, ganhando relevância os resultados, em detrimento das regras e procedimentos.

Na maior parte das organizações, a contribuição individual é totalmente absorvida pela tarefa comum, e só a organização obtém resultados. Por outras palavras, embora cada membro da organização contribua para os resultados, nenhum deles, por si próprio, os produz, o que «implica, como requisito absoluto para a actuação de uma organização, que a

tarefa e a missão sejam transparentes, que os resultados sejam definidos de modo claro, sem ambiguidades e, se possível, de forma mensurável, a fim de serem permanentemente avaliados» (Drucker, 1993).

1.2.2. As pessoas na organização

As pessoas são encaradas cada vez mais como elementos raros e estruturantes dentro de uma organização, «não sem que, por enquanto, persistam como problemas na gestão das pessoas os comuns e classicamente identificados como: a ausência de visão dos administradores da missão e futuro da organização; desconhecimento entre os profissionais de como o seu trabalho contribui para os objectivos da organização; a falta de trabalho em equipa; o desequilíbrio na proporção dos diversos profissionais; a ausência de uma política clara de formação e desenvolvimento dos profissionais; o desfasamento entre as necessidades de formação dos profissionais e os problemas e programas da organização; a inexistência de uma política adequada de incentivos; a falta de clareza na descrição das tarefas; os estilos de administração desencorajadora de boas relações entre administradores e restante pessoal; a falta de mecanismos de participação dos profissionais nas tomadas de decisão e, por fim e porventura mais importante, uma gestão de conflitos inadequada» (OMS, 1993).

Embora não haja estudos sistemáticos de avaliação de desperdícios nos serviços de saúde, não há dúvida de que eles são consideráveis, havendo quem afirme que chegam a atingir os 50%, sendo a metade deles imputáveis aos recursos humanos. A ser isto verdade, um dos grandes desafios que se colocam é o de priorizar acções relativas aos recursos humanos e, inclusive, «questionar o índice de produtividade» (OMS, 1993). O que se consegue, também através da motivação, elemento crítico no sucesso de qualquer organização, e ainda mais nas organizações de saúde, uma vez que nestas é determinante a «dedicação e entrega do seu pessoal» (OMS, 1993). A produtividade da organização depende do rendimento dos seus profissionais, e o administrador tem duas formas de aumentar o desempenho dos seus colaboradores, quer aumentando a sua motivação, quer aumentando a capacidade individual, sendo neste último caso a formação decisiva, quando assumida como um processo, e não como um acontecimento (Romão, 1990).

1.2.3. O caso das organizações de saúde

A interdependência entre uma organização e o seu ambiente é uma condicionante essencial, mas é-o especialmente para as organizações de saúde, uma vez

que estão sujeitas a influências numerosas e mutáveis, as quais, segundo Graça (1993), poderão agrupar-se em: demográficas e de morbilidade; económico-financeiras; sociais e culturais; legislativas; tecnológicas e profissionais.

Caracterizando as organizações de saúde, estas podem ser consideradas «complexas, com diversos departamentos e profissões, o que torna difícil a supervisão e o controle: de mão-de-obra intensiva, tornando-as sobretudo uma organização de pessoas, lidando com conceitos emocionalmente fortes, tais como vida, doença e morte, os quais causam ansiedade, tensão; apostando cada vez mais na participação comunitária e na acção intersectorial, uma vez que não podem funcionar bem isoladas, pelo facto de a maior parte dos problemas de saúde estarem ligados ao ambiente e a estilos de vida; tornando-se cada vez mais organizações com custos elevados, o que as pressiona a serem geridas tão economicamente quanto possível; tendo necessidade de mudar em resposta aos novos padrões de doença, às inovações tecnológicas, ao aumento das expectativas da população, às pressões financeiras, constituindo, por isso, a mudança uma parte relevante da sua cultura organizacional» (OMS, 1993). Por outro lado, se noutras organizações é subentendido que as decisões são tomadas num quadro de uma organização estruturada, onde o poder se exerce sobre um eixo único bem determinado, existe nas organizações de saúde e, sobretudo, «nos cuidados primários, funcionando no meio de uma rede de organizações formais e informais, uma multiplicidade de eixos direccionais e de relações sociais e políticas complexas» (Schaefer, 1989).

Presentemente, precisamos de organizações de saúde que sejam simultaneamente respondentes às necessidades da prevenção e de cuidados continuados para os doentes crónicos, «um sistema que mantenha e aumente a capacidade de funcionar» (Mechanic, 1993).

As palavras mais pronunciadas hoje em dia em qualquer sistema de saúde são «reorganizar, reconceptualizar e reestruturar» (Bice, 1984). Contudo, as organizações de saúde sofrem, segundo Kaluzny, de uma combinação de doenças «genéticas» e «iatrogénicas» que limitam a sua transformação (Kaluzny, 1989). «Geneticamente», as organizações de saúde têm altos níveis de inércia, devido não só às suas características estruturais, mas também às características de alguns dos seus «actores»-chave. As organizações de saúde são compostas por profissionais que, muitas das vezes, quer pela função técnica, quer pelos seus interesses pessoais, identidades ou interesses plurais, têm orientações conflituais com a organização. Em particular, as organizações de saúde têm uma miscelânea de subculturas individuais, umas fortes, outras fracas, umas preocupadas com o am-

biente interno, outras com o ambiente externo, constituindo o relacionamento de todas estas subculturas um «desafio que muitas vezes um administrador tem de ultrapassar» (Bice, 1984).

Uma doença «iatrogénica» que não pode ser ignorada é o nível de cinismo entre os profissionais de saúde sobre a administração. Nos últimos vinte anos as organizações de saúde estiveram em constante transformação, acentuada desde 1985, e no léxico dos profissionais a afirmação mais corrente é a de que «já vimos de tudo».

Cada vez mais nos serviços de saúde a tónica está no cliente externo, embora não existam em termos de organização de saúde noções como o «cliente», existindo apenas este cliente. «Não há mercado de massas, este fragmentou-se em mil pedaços, alguns tão pequenos que se constituem como clientes individuais.» (Hammer e Champy, 1994.) Os utilizadores esperam cada vez mais serviços, cortesia, comunicação e compreensão, e não apenas qualidade técnico-científica. É, assim, cada vez mais necessário responder às «amenidades, como às necessidades de saúde» (Parston, 1986).

As organizações de saúde estão sujeitas, progressivamente, a duas pressões que são relativamente novas: por um lado, os consumidores têm vindo a desmistificar cada vez mais o sistema de saúde e procuram respostas para as necessidades expressas, enquanto, por outro lado, os financiadores procuram baixar os custos e aumentar a eficiência (Parston, 1986). E, porventura, os consumidores esperam e exigem mais, porque sabem que podem obter mais.

1.2.4. As organizações modernas

Uma das críticas que se fazem às organizações é «que elas se tornaram mais complexas do que o necessário» (Peters e Waterman, 1987).

Há evidências de que vivemos num tempo turbulento, cuja complexidade é acrescida pelo facto de as mudanças circularem em direcções diferentes e muitas vezes contraditórias. «O futuro exige uma cultura forte para que as organizações possam responder com capacidade ao ambiente externo e adaptar-se às circunstâncias imprevistas.» (Bice, 1984.) Como já vimos, o ambiente interno da organização, além de recursos económicos e técnicos, é antes de tudo um projecto de e para pessoas, sendo, pois, «o factor humano cada vez mais reconhecido como o núcleo estratégico de qualquer plano de desenvolvimento organizacional» (Ferreira, 1991). Ao mesmo tempo as organizações de saúde, como vimos, tornaram-se mais complexas, apelando a uma melhor coordenação, informação e comunicação. Relações conflituais entre os actores-chave das organizações de saúde, a par da redistribuição do poder, repre-

sentam, geralmente, mudanças substanciais no ambiente interno das organizações, sendo que «cada vez mais as organizações de sucesso são as que sabem gerir de forma adequada as dinâmicas das subculturas que integram a organização» (Ferreira, 1991).

A organização moderna não é somente uma organização com custos de produção inferiores aos seus concorrentes, é sobretudo uma organização «cujos produtos» valem mais pela sua qualidade, que melhora sem cessar os produtos por «funcionalidades novas» reconhecidas pelo cliente, cuja gama de produtos se renova rapidamente através de inovações, antecipando-se às expectativas do mercado, que se adapta depressa, e com custos satisfatórios, «às flutuações do mercado e à procura dos clientes» (Raux, 1994) e cujas decisões impliquem disponibilização de recursos organizativos que facilitem alcançar vantagens competitivas (Ashmos e McDaniel, 1991).

Actualmente, a administração de uma organização é tudo menos tecnicista, é a «arte de pilotar» o processo de decisão-acção num futuro incerto (Raux, 1994). A diferença entre as organizações com sucesso e as perdedoras é que «as primeiras sabem como realizar melhor o seu trabalho» (Parston, 1986), já não bastando decisões baseadas no «como fizemos sempre, que provam serem inadequadas para lidar com as constantes mudanças das organizações de saúde» (Storch, 1988), embora estas tenham uma relativa falta de autonomia, o que restringe as opções de mudança.

1.3. O administrador

1.3.1. A evolução do conceito

Cada década do século XX teve a sua particular visão do papel do administrador. Na década de 90 a presunção é de que o administrador como «ético» vai ganhar preponderância, uma vez que o administrador é a consciência da organização, a qual tem de alcançar «o melhor para o maior número num contexto de contenção de recursos» (Borgenhammer, 1990).

1.3.2. Tarefas e papéis

O trabalho do administrador é multifacetado, tal como as organizações e os problemas com que lida (Parston, 1986).

Para Drucker, a tarefa do administrador de uma organização sem fins lucrativos é tratar de converter «o enunciado da sua missão numa série de pontos específicos» (Drucker, 1994), sendo o responsável pela aplicação do saber e respectivo desempenho: significa isto que «só uma missão comum, clara e

convergente pode manter a organização unida, permitindo-lhe produzir resultados, uma vez que sem objectivos ela perde credibilidade» (Drucker, 1993).

Diz-se que os administradores suportam «uma carga crescente de trabalho excedentário em actividades adicionais que têm muito pouco, ou mesmo nada, a ver com as suas qualificações e com aquilo que é suposto fazerem» (Drucker, 1993). Estes devem perguntar-se: esta tarefa é necessária para a função *administração*? Contribui para o melhorar o rendimento? Ajuda-me a fazer o trabalho? E, se a resposta for não, é porque a tarefa em causa deve ser posta de lado ou passar a ser feita por outra pessoa (Drucker, 1993). Informação sobre como um administrador de saúde usa o tempo pode ajudá-lo a auto-avaliar-se e a estabelecer objectivos futuros, em especial em relação às três áreas da «gestão sistemática do tempo» enunciadas por Drucker: identificar e abandonar tudo aquilo que não necessita de ser feito e que só se traduz em tempo improdutivo e perdido; determinar quais as actividades que podem ser realizadas tão bem ou melhor por outro (Drucker, 1967); inteirar-se do «tempo que o administrador faz gastar aos outros» (Rohrs, 1979).

Muitos administradores queixam-se de que perdem muito tempo em reuniões, e afirma-se, inclusive, que vivemos numa cultura de «grupos de trabalho». Há certamente variadas razões para a alta frequência de reuniões nas organizações contemporâneas. E não é certamente imprudente afirmar que uma das razões é porque o poder, sendo sobretudo um atributo relacional, é partilhado de forma complexa. Os administradores têm a autoridade formal inerente ao cargo, mas a organização informal também detém um poder considerável. Tipicamente, antes que qualquer decisão significativa seja tomada, aqueles que detêm o poder formal consultam os que têm o poder informal e, quando isto não acontece, estes estarão numa situação privilegiada para «sabotarem» as decisões tomadas unilateralmente (MacKenzie, 1972).

Alguns administradores acham o processo de definir, implementar e avaliar os objectivos de organização moroso e de alguma exigência intelectual e, por isso, preferem responder ao correio, falar ao telefone e resolver problemas correntes. Outros, por seu lado, «preferem» trabalhar problemas específicos. Assim, os administradores podem planear, organizar, dirigir e controlar, mas fazem-no em «condições de brevidade, variedade e fragmentação, confrontam-se com muitos problemas urgentes, interrupções constantes, questões simultâneas e prioridades que requerem decisões paralelas» (Hampton, 1983). Esta situação ocasiona que, frequentemente, a administração seja «apaga-fogos», o que pode ser eventualmente avaliado pela sua agenda de trabalho. Apoiado na análise da literatura, pode afirmar-se que, quando 80 % das tarefas do dia estão previamente planea-

das, é provável que o administrador esteja a fazer uma boa gestão do tempo. Será, no entanto, abusivo considerar que, se se não planear, o futuro será decidido pelo «destino», mais do que pela racionalidade (MacKenzie, 1972).

A única coisa previsível em qualquer organização são as crises, e é então que se depende efectivamente do dirigente. Donde uma das «tarefas mais importantes do líder de uma organização é antecipar-se às crises, talvez mais do que conjurá-las. Esperar que uma crise se instale implica já uma abdicação» (Drucker, 1994).

Para Zuckerman são três os principais papéis de um administrador: «jogador de perímetro», «*designer* de interiores» e «líder da banda» (Zuckerman, 1989).

«Como 'jogador de perímetro', o administrador deve assegurar-se de que a organização está adaptada e flexível quanto às mudanças do meio ambiente externo, enquanto, como '*designer* de interiores', o administrador deve gerir e integrar as diversas 'operações' da organização, de molde a torná-la efectiva e eficiente; como 'líder da banda', o administrador encarrega-se de manter os valores fundamentais da organização e reflecti-los no processo de tomada de decisões.» (Zuckerman, 1989.)

Mintzberg, num estudo a partir da observação estruturada da tarefa dos administradores e do tempo dedicado à sua execução, ou seja, das funções assumidas, em vez das tarefas formalmente prescritas ou atribuídas, conceptualizou um outro conteúdo funcional em administração (Mintzberg, 1975). De acordo com esse estudo, os administradores realizariam fundamentalmente três tipos de papéis: papéis interpessoais, os quais derivam directamente da autoridade, do poder posicional ou do *status* que o administrador detém na organização, dizendo respeito às relações entre ele e os outros (subordinados, pares, superiores, outros actores); papéis informacionais, os quais têm a ver basicamente com as tarefas de recolha, tratamento e divulgação de informação; papéis decisoriais, nos quais o administrador utiliza a informação para resolver problemas e tomar decisões.

No paradigma actual, o administrador deve juntar às aptidões técnicas amplas qualidades de relacionamento e comunicação pessoal, se pretende gerir e motivar pessoas e equipas, comunicar eficazmente com diferentes segmentos da população e transmitir o seu projecto de organização. Por mais suaves que sejam as técnicas e estratagemas utilizados, o administrador viu-se obrigado a perder a espontaneidade dos tempos em que os seus humores diários determinavam o estado de espírito de toda a organização e transformou-se num actor.

O papel do administrador é induzir as pessoas a contribuírem com o seu esforço para o desempenho da actividade, sendo este o desafio da motivação.

«Um administrador não pode esperar que as pessoas contribuam espontaneamente com os seus esforços para as actividades da organização se apenas lhes for pedido.» (Hampton, 1983.) Precisa de «animar» a sua equipa de trabalho (Christol e Mazeau, 1993), e, embora haja sempre duas partes numa relação, a responsabilidade maior para a sua qualidade depende do administrador, pois o clima em que a organização trabalha é largamente determinado pelas suas atitudes e acções. «As interações de um administrador no seu dia a dia, individual ou colectivamente, têm grande impacto na motivação (ou desmotivação) do pessoal» (OMS, 1993), constituindo outra das «obrigações» do administrador possuir um processo de avaliação transparente para que cada pessoa saiba de que forma a sua *performance* tem contribuído para o alcance dos objectivos da organização. Parece então mais apropriado considerar a liderança um meio de exercer a direcção, «pressupondo o apoio de outros dois meios: a motivação e a comunicação» (Marques, 1990).

1.3.3. O administrador público versus privado

É interessante analisar como os administradores do sector público e privado se avaliam. Para os administradores do sector privado, os administradores públicos são vistos como pessoas que valorizam pouco as fontes de financiamento. Por isso, «muitas vezes os administradores privados vêem os seus homólogos do sector público mais como 'administrativos' do que como administradores» (Parston, 1986). Estão separados, ideologicamente, por dois modelos distintos: «enquanto no sector privado a organização da prestação de cuidados de saúde é vista como uma entidade económica com um 'timbre' social, no sector público a organização de prestação de cuidados de saúde é vista como uma entidade social com um 'timbre' económico» (Levey et al., 1989).

Por sua vez, os administradores públicos, não raro admitindo que a sua preocupação principal não é a fonte de financiamento, consideram que o facto de se preocuparem prioritariamente com a maximização da prestação de serviços em condições de grande incerteza política os torna mais responsáveis. Vai-se mais além quando se considera «que o sector público fornece serviços mais efectivos e eficientes do que o sector privado, sobretudo à custa de uma melhor gestão das tomadas de decisão, na identificação e exploração das oportunidades e no aproveitar dos pontos fortes da organização» (Parston, 1986), não obstante, segundo Peter Lloyd, um dos dilemas com que se confronta o administrador de um serviço público seja «a incerteza de quem tem a autoridade formal e a quem podem ser imputadas responsabilidades numa dada situação, mesmo que não tenha envolvimento directo» (Lloyd, 1994).

1.3.4. O caso do administrador de saúde

Segundo Griffith, as questões-chave para o administrador de um serviço de saúde são «que faz o serviço, a quem presta cuidados, como funciona, quanto custa?» (Griffith, 1983).

Drucker defende que a administração é genérica, querendo dizer que as organizações são em tudo idênticas e, logo, quem aprende a administrar uma administra qualquer outra. Outros, por sua vez, defendem que o sistema de saúde é significativamente diferente de outros sistemas e, por isso, requer administradores com aptidões especiais. Neste particular, Hillman enfatiza a necessidade de um administrador de saúde com «aptidões particulares, em virtude da sua interacção com outros subsistemas muito específicos (doentes, prestadores, políticos, economistas, industriais, etc.)» (Hillman et al., 1986), e Lalonde afirma que «o desafio que se coloca é o de os administradores de saúde não serem apenas administradores de serviços de saúde, mas também administradores de saúde» (Lalonde, 1988). Dias et al. consideram que na administração de um sistema de saúde podemos «identificar duas vertentes distintas, mas simultaneamente complementares: a administração de saúde da população e a administração dos serviços de saúde, considerando que a administração de saúde intervém no processo de mudança social através da mediação directa entre decisores e população».

Em contraste com o mundo empresarial, onde a progressão se corporiza por subida nos patamares da hierarquia, os profissionais de saúde têm interesses limitados em se tornarem administradores. De facto, muitos desprezam o processo de administração, sendo o desejo dos profissionais de saúde terem o máximo de influência nas decisões com o mínimo de função de direcção ou participação na resolução de problemas (Parston, 1986).

Consideram também muitos profissionais de saúde a administração como algo de aborrecido, misterioso, conflituoso, politicamente rotulado, qualquer coisa que é melhor evitar tanto quanto possível, a que não serão estranhas concepções erróneas sobre o que é administração e que tem conduzido muitas vezes a uma inadequação em matéria de estruturas, repartição de responsabilidades e formação e ao fenómeno do clientelismo como critério de recrutamento.

Uma das ideias falsas propagandeadas é a de que a administração nada tem a ver com o trabalho que se executa nem com os programas, conduzindo ao erro de acreditar que só os especialistas em administração podem administrar. «Um outro erro consiste em crer que a administração depende, principalmente, da 'qualidade' dos administradores, qualquer que seja a estrutura organizativa.» (Schaefer, 1989.)

Parece ser vontade política que médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde sejam cada vez

mais solicitados para desempenharem um papel de liderança nas organizações de saúde e na própria comunidade, na qualidade de administradores de saúde e de serviços de saúde (Graça, 1994).

Inclusive, há quem defenda que os médicos demonstram uma predisposição para aprender e para o pensamento analítico (Cloher, 1990).

Como já foi referido, devido aos problemas cada vez mais complexos com que uma organização de saúde interage, nomeadamente mudanças demográficas e epidemiológicas, pressões constantes para conter os custos, a previsível necessidade de responder à competição e mudanças no financiamento do sistema de saúde, prefigura-se um ambiente externo turbulento neste sector, o que confere um papel cada vez mais importante aos seus administradores. Há sinais de que uma importante transição está a operar-se nos sistemas de saúde, deixando estes de estar organizados verticalmente, através de uma administração centralizada e burocrática, com um financiamento em função dos recursos (*inputs*), para sistemas mais horizontais e interactivos, baseados numa clara distinção entre a identificação e o financiamento das necessidades em saúde, por um lado, e fornecimento de serviços de saúde, por outro, e centrados sobretudo nos resultados (Artundo et al., 1992). E a grande questão em Portugal é se, apesar das alterações legislativas introduzidas, se operará a transição de modelo ou se, porventura, se acrescentam mais níveis de hierarquização numa administração que historicamente sempre foi fortemente centralizada, facto ainda recentemente reiterado pelo discurso do poder.

O que os administradores fazem pode ser o mesmo em diferentes organizações, mas como o executam é certamente diferente de administrador para administrador, e, uma vez que não existe uma maneira melhor de gerir, mas diferentes formas, em função das circunstâncias ou do ambiente (pelo que as práticas de administração são eminentemente situacionais e circunstanciais, isto é, contingenciais), torna-se difícil desenhar um método único e definitivo de preparar um administrador.

Para Hunter e Kristensen, os administradores de saúde necessitam de formação em saúde pública e, neste particular, especialmente em epidemiologia e estatística, além de estarem familiarizados com uma série de disciplinas, entre as quais: técnicas de comunicação (consulta, negociação e gestão de conflitos); gestão por objectivos; gestão de recursos humanos; economia, finanças e contabilidade; planeamento estratégico e *marketing*; ciências empresariais e gestão de empresas e controle de qualidade (Artundo et al., 1992).

Kerr afirma que o âmago da formação em administração de saúde deverá ser centrado na identificação das necessidades, na distribuição racional dos recursos e na implementação efectiva de programas

envolvendo outras instituições (acções intersectoriais) (Kerr, 1991).

A identificação das necessidades de formação é essencial para o processo de planeamento de programas de «formação pertinentes (ou seja, cujos objectivos sejam adequados às tarefas que os profissionais têm de realizar no seu dia a dia» (Félicio, 1993), e isto é de particular pertinência se se considerar que em Portugal se vive um período controverso em termos de sistema de saúde, nomeadamente devido à nova Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto de 1990) e sua regulamentação, e mais ainda se se considerar que as organizações ditas de excelência são organizações que «têm o poder de aprender, provavelmente não o que é novo» (Peter e Waterman, 1987), mas «aquilo que necessitam de saber» (Drucker, 1994), e de «melhorar aquilo que já fazem bem» (Drucker, 1993).

1.3.5. O administrador moderno

Para gerir a grande diversidade em organizações cada vez mais flexíveis serão necessários novos estilos de chefia, inteiramente estranhos ao administrador-burocrata. Os administradores serão muito menos homogéneos. Em vez de executivos saídos do mesmo molde, iguais no aspecto e na maneira de pensar, o grupo detentor do poder na organização moderna será heterogéneo, individualista, antiburocrático, impaciente, opinioso e, como grupo, provavelmente muito mais criativo do que o administrador-burocrata de hoje (Toffler, 1991). A maior parte dos administradores sabem como pensar deductivamente, sendo exímios em definir um ou mais problemas para, em seguida, procurarem e avaliarem diferentes soluções para eles; porém, nos desafios que se avizinham exige-se uma nova forma de pensamento, o pensamento indutivo, isto é, a capacidade de primeiro reconhecer uma solução eficaz para depois procurar os problemas por ela solucionáveis (Hammer e Champy, 1994).

Mas também necessitam de identificar a informação necessária para fazerem o seu trabalho: de quem, quando e como devem recebê-la. E que informação devem transmitir aos outros para que possam fazer o seu trabalho, quando e de que modo devem comunicá-la. Os administradores têm muitas fontes de informação, mas geralmente usam uma pequena parcela delas (Senn).

Os administradores reflectem na acção. «Por vezes, quando a reflexão é ditada pela incerteza, o administrador perguntará: como posso perceber isto? Por vezes, quando uma oportunidade se prefigura, o administrador pergunta-se: que posso fazer com isto? Por vezes, quando o administrador é surpreendido pelo sucesso de acção intuitiva, perguntar-se-á: que fiz realmente?» (Parston, 1986.) Ao reflectirem na sua

própria prática, os administradores tornam-se melhores praticantes e aprendem a lidar com mais sucesso com a incerteza e a complexidade que são a sua realidade diária. Contudo, embora os administradores «reflectam nas suas acções, raramente reflectem na reflexão» (Parston, 1986).

Os administradores precisam de alterar o seu papel, de supervisor para facilitador/capacitador, isto é, de alguém cuja função é desenvolver as pessoas e as suas aptidões, tornando-as capazes de realizar por si próprias «processos adicionadores de valor» (Hammer e Champy, 1994).

Ao administrador moderno já não basta «comprar» a força de trabalho, é necessário cada vez mais promover e negociar o espírito de colaboração e adesão dos seus colaboradores, saber como empenhá-los em objectivos comuns, que, por vezes, são vitais para o desenvolvimento e sobrevivência da organização, ou seja, «mobilizar e canalizar a inteligência das pessoas» (Ferreira, 1991). Mobilizar a inteligência da pessoa é inverter o sentido da iniciativa, «é fazer com que esta não parta apenas do topo da organização, mas que cada um possa exprimir a sua própria faculdade de se exprimir; canalizar a inteligência quer dizer passar de uma administração baseada na regra, na norma, no regulamento e no controle a uma administração de e pelo «senso», isto é, passar do «quê» ao «porquê», do «como» ao «com que finalidade», do regulamento à intenção (Raux, 1994), como já foi referido.

O líder moderno «não é um guru, nem um tecnocrata, mas alguém que sabe ouvir o colaborador, o cliente, o cidadão, o paciente, o concorrente, e que sabe reinterpretar a complexidade do mundo» (Portnoff, 1994).

□ Bibliografia

- ARTUNDO, C., et al.
Reforma de los sistemas sanitarios en Europa. Madrid: Secretaría General Técnica do Ministério de Sanidade y Consumo de España, 1992, pp. 11-69 e 119-159.
- ASHMOS, P. D., e MCDANIEL JR., R. R.
Physician participation in hospital strategic decision making: the effect of hospital strategy and decision content.
«Health Services Research», 26 (3), August 1991, pp. 375-401.
- BICE, M. O.
Corporate cultures and business strategy: a health management company perspective.
«Hospital & Health Services Administration», July-August 1984, pp. 64-78.
- BORGENHAMMER, E.
Quality of management in the health care system.
«Quality Assurance in Health Care», 2 (3, 4), 1990, pp. 297-307.
- CALABRESE, O.
A idade neobarroca. Lisboa: Edições 70, «Biblioteca arte & comunicação», 1988.
- CHIAVENATO, I.
Administração de empresas: uma abordagem contingencial. S. Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1982.
- CHISTOL, J., e MAZEAU, M.
Amélioration de la qualité: le rôle du facteur humain.
«Performances humaines & techniques», 65, juillet-août 1993, pp. 26-32.
- CLOHER, T., e BOLDY, D.
Public health and health administration: collaboration or competition? An Australian perspective.
«The Journal of Health Administration Education», 8 (3), Summer 1990, pp. 417-423.
- CROZIER, M., e FRIEDBERG, E.
L'acteur et le système, Paris: Seuil, 1977, pp. 55-76.
- DRUCKER, P. F.
A sociedade pós-capitalista. Lisboa: Difusão Cultural. «Homens e empresas», 1993, pp. 54-111.
- DRUCKER, P. F.
Gerindo para o futuro. Lisboa: Difusão Cultural. «Homens e empresas», 1993, pp. 151-327.
- DRUCKER, P. F.
As organizações sem fins lucrativos. Lisboa: Difusão Cultural. «Homens e empresas», 1994, pp. 19-172.
- ECO, H.
Apocalípticos e integrados. Lisboa: Difel 82 - Difusão Editorial, Lda, 1991.
- FELÍCIO, M. M. M.
Necessidades de formação dos directores dos centros de saúde da ARS do Porto.
«Revista Portuguesa de Saúde Pública», vol. II, n.º 2, Abril-Junho de 1993, pp. 47-60.

- FERREIRA, L.
Gestão, cultura e clima social da empresa.
«Dirigir», n.º 20, Setembro-Outubro de 1991, pp. 27-30.
- GRAÇA, L.
Gestão e liderança, 1993, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, cadeira de Ciências Sociais e Humanas, 1993.
- GRAÇA, L.
Manual de administração de serviços de saúde para África, Lisboa: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento, 1994 (no prelo), pp. 2-24.
- GRIFFITH, J. R.
The proper way to live: remarks on the teaching of hospital administration.
«The Journal of Health Administration Education», 1 (1), 1983, pp. 27-36.
- HAMMER, M., e CHAMPY, J.
Reengenharia: revolucionando a empresa em função dos clientes, da concorrência e das grandes mudanças da gerência, Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1994, pp. 1-110.
- HAMPTON, D. R.
Administração contemporânea, 2.ª ed., S. Paulo: McGraw-Hill, 1983, pp. 2-30.
- HESEY, P., e BLANCHARD, K. H.
Psicologia para administradores. A teoria e a técnica de liderança situacional. S. Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1986.
- HILLMAN, A. L., et al.
Managing in the medical-industrial complex.
«New England Journal of Medicine», 315 (8), 1986, pp. 511-513.
- KALUZNY, A. D.
Revitalizing decision making at the middle management level.
«Hospital & Health Services Administration», 34 (1), Spring 1989, pp. 39-51.
- KERR, C.
Education for management in the new public health.
«The Journal of Health Administration Education», 9 (2), Spring 1991, pp. 145-161.
- LALONDE, M.
Health services managers or managers of health?
«The Journal of Health Administration Education», 6 (1), Winter 1988, pp. 71-83.
- LEVEY, L. M., et al.
Health leaders of tomorrow: a descriptive analysis.
«The Journal of Health Administration Education», 7 (2), Spring 1989, pp. 244-273.
- LIPOVETSKY, G.
A era do vazio: ensaio sobre o individualismo contemporâneo, Lisboa: Relógio d'Água, 1988.
- LLOYD, P.
Management competencies in health for all/new public health setting.
«The Journal of Health Administration Education», 12 (2), Spring 1994, pp. 187-207.
- LYOTARD, J. F.
A condição pós-moderna, Lisboa: Gradiva – Publicações, Lda, 1988.
- MACMAHON, R., et al.
Si vous êtes chargé de... Guide de gestion à l'usage des responsables des soins de santé primaires, 2.ª ed., Genève: OMS, 1993, pp. 13-30, 73-121 e 167-309.
- MARQUES, F.
Predizer a eficácia da liderança. Utilização do modelo de Fiedler no caso dos centros de saúde.
«Revista Portuguesa de Saúde Pública», vol. 8, n.º 4, Outubro-Dezembro de 1990, pp. 5-21.
- MCNERNEY, W. J.
Managing ethical dilemmas.
«The Journal of Health Administration Education», 3, 1985, pp. 331-340.
- MECHANIC, W. J.
America's health care system and its future: the view of despairing optimism.
«Medical Care Review», 50 (1), Spring 1993, pp. 7-43.
- MINTZBERG, H.
The manager's job: folklore and fact.
«Harvard Business Review», July-August 1975, pp. 49-61.
- OMS
Training manual on management of human resources for health.
«World Health Organization», Genève, 1993, cap. 1, pp. 1-13, section 1, part A, e cap. 4, pp. 1-15, section 1, part B.
- PARSTON, G.
Managers as strategists: health services managers reflecting on practice, London: King Edward's Hospital Fund for London, 1986, pp. 3-30, 56-71 e 128-165.
- PETERS, T. J., e WATERMAN JR., R. H.
In search of excellency, Lisboa: Publicações Dom Quixote.
«Biblioteca de economia e gestão», 1987, pp. 99-222.
- PORTNOFF, A. Y.
Inover ou simular.
«Futuribles», Mai 1994, pp. 3-8.
- RAUX, J. F.
Management et mutation.
«Futuribles», Mai 1994, pp. 9-26.
- ROHRS, W. F.
How time flies.
«Hospital & Health Services Administration», 24 (4), 1979, pp. 25-36.
- ROMÃO, A.
A formação é função do chefe?
«Dirigir», n.º 13, Maio, Junho e Julho de 1990, pp. 14-16.
- SANTOS, B. S.
O Estado, a sociedade e as políticas sociais: o caso das políticas de saúde.
«Revista Crítica de Ciências Sociais», n.º 23, Setembro de 1987, pp. 13-73.
- SANTOS, B. S.
Pela mão de Alice. O social e o político na pós-modernidade, Lisboa: Edições Afrontamento, «Biblioteca das ciências do homem», 1994, pp. 11-101.

SANTOS, B. S.

Introdução a uma ciência pós-moderna. Porto: Edições Afrontamento, 1989.

SCHAEFER, M.

Nouveaux besoins in gestion sanitaire.

«Forum mondial de la santé», vol. 10, 1989.

SENN, J. A.

Information systems in management, 2.^a ed., Belmont, Califórnia: Wadsworth Publishing Company, pp. 7-66.

STORCH, J. L.

Teaching ethics: preparing health services managers for ethical decision making.

«The Journal of Health Administration Education», 6 (2), Spring 1988, pp. 287-301.

THÉVENET, M.

La culture d'entreprise en neuf-questions.

«Revue française de gestion», n.º 44-48.

TOFFLER, A.

Os novos poderes. Lisboa: Livros Brasil, 1991.

ZUCKERMAN, H. S.

Redefining the role of the CEO: challenges and conflicts.

«Hospital & Health Services Administration», 34 (1), Spring 1989, pp. 25-38.

□ Résumé

L'ADMINISTRATION EN SANTÉ - CONTRIBUTION POUR LA DÉFINITION DES FONCTIONS ET DES TÂCHES D'ADMINISTRATION DE SANTÉ

Face aux problèmes toujours plus complexes liés à l'organisation de la santé, notamment, des changes démographiques et épidémiologiques, des pressions constantes pour contenir les coûts, la nécessité prévisible de répondre à la compétition, les changes annoncées dans le système de financement de la santé, les réformes en cours au Portugal, dans l'Europe et aux États Unis d'Amérique attribuent à l'administrateur un rôle d'importance croissante.

□ Summary

ADMINISTRATION IN THE HEALTH FIELD - A CONTRIBUTION TO THE DEFINITION OF FUNCTIONS AND TASKS OF HEALTH ADMINISTRATION

Due to the more and complex problems related to health organization, namely demographic and epidemiological changes, constant pressure to contain costs, predictable need to meet competition, changes in the health financing system, the undergoing reform in Portugal, Europe and the United States of America confer to the administrator a role of growing importance.