

ARTIGOS

NOTAS CRÍTICAS SOBRE OS SEMINÁRIOS DE EDUCAÇÃO PARA ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE*

SONIA MARIA FLEURY TEIXEIRA**

1. *Introdução*; 2. *Resenha crítica dos relatórios dos seminários*; 3. *Considerações finais*.

“A razão, domesticada pela técnica, ajudou a construir a possibilidade do irracional absoluto.”¹

1. *Introdução*

De 1980 a 1983 o subprograma de Educação para Administração de Serviços de Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), com o apoio da Fundação W. K. Kellogg, desenvolveu um conjunto de seminários com o objetivo de “melhorar a qualidade dos cursos de planejamento e administração de saúde”.²

Esses seminários tiveram cunho *internacional* — realizaram-se em Costa Rica, Brasil, Barbados, Venezuela, Chile e Panamá, com participação de profissionais da América Latina, Caribe e EUA — e foram organizados por *disciplinas*, a saber:

- Comportamento Organizacional (mar. 1981)
- Economia, Finanças e Controle de Custos (maio 1981)
- Planejamento em Saúde (nov. 1981)
- Investigação de Operações (mar. 1982)
- Epidemiologia (ago. 1982)
- Administração Estratégica (dez. 1982).

* Trabalho apresentado ao I Seminário Internacional sobre Docência e Investigação em Planejamento de Sistemas Integrados de Saúde. Rio de Janeiro, 25-30 jun. 1984.

** Professora adjunta da Escola Brasileira de Administração Pública (EBAP) da Fundação Getúlio Vargas. (Endereço da autora: Praia de Botafogo, 190, sala 405 — 22.253 — Botafogo — Rio de Janeiro, RJ).

¹ Cardoso, Fernando Henrique. El Desarrollo en capilla. In: *Planificación Social en A. L. y el Caribe*. Instituto Latino-Americano de Planejamento Econômico e Social (Ilpes)/Unicel, mar. 1981.

² Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) / Organização Mundial de Saúde (OMS). *Série Desarrollo de Recursos Humanos*. Washington, DC, n. 54, p. i, 1983. Esse número publica um resumo de todos os seminários e foi o material básico usado por nós.

A metodologia de trabalho adotada em tais seminários constou da recolção e análise de publicações sobre os temas, em inglês, português e espanhol, e também da discussão a respeito dos conteúdos curriculares das disciplinas em questão.

O produto final de cada seminário, *em geral*, constou de um volume de textos coletados e catalogados, com uma resenha bibliográfica acerca do material selecionado — tarefa realizada previamente ao seminário — além de um documento com o produto do seminário propriamente dito, que quase sempre incluía a definição de um currículo para a disciplina, a escolha de textos indispensáveis, e um conjunto de recomendações sobre o desenvolvimento do trabalho subsequente na área. As recomendações apresentam um carácter bastante genérico, e quase sempre enfatizam as necessidades de maior difusão de informações, tradução e publicação de textos, fomento a investigações, e, regra geral, apontam a necessidade de realização de novos seminários.

Quase sempre se procurou também chegar a uma conceituação a respeito do tema tratado e, em alguns casos, à identificação das variáveis que impedem ou dificultam a ampliação e o aprofundamento do trabalho na área.

2. Resenha crítica dos relatórios dos seminários

Neste item, apresentaremos um resumo do material divulgado a partir dos seminários ocorridos nesse período, sem preocupação com sua padronização, mas interessados em destacar os pontos que nos pareceram mais representativos dos trabalhos ali desenvolvidos.³

2.1 Seminário sobre Ensino das Ciências do Comportamento Organizacional

Embora tomando-se o elemento humano como vital para a organização, considerou-se difícil delimitar com exatidão, e *a priori*, o campo do comportamento organizacional. No entanto, tornou-se necessário ampliar o conceito dentro da administração, identificando-a com outras disciplinas que também tratam do comportamento, como a sociologia, a psicologia social, a antropologia etc.

A bibliografia recomendada foi, por sua vez, subdividida em três grandes campos: aspectos estruturais da organização, aspectos funcionais da organização e a organização e seu contexto.

No trabalho desenvolvido no seminário acerca do currículo da disciplina, os participantes definiram como sua meta a formação de um tipo de profissional — o *administrador social* — o qual “representa um profissional que compreende a sociedade em seu conjunto, que consegue identificar-se com as condições internas e externas de sua organização, e interpretá-las, que é um agente promotor da dinâmica social, com capacidade para coordenar os recursos e as pessoas, e que se responsabiliza pela adaptação e inovação de seu organismo e dos processos deste. Persegue resultados de importância tanto para a organi-

³ Excluímos desta súmula o material bibliográfico selecionado nos seminários, dado ser menos expressivo para quem não está familiarizado com a bibliografia em questão.

zação como para sua composição, participa do trabalho interdisciplinar ou o orienta, a ele correspondendo a ação 'docente' de difundir informações de interesse".⁴

Este *super-homem administrativo* seria o resultado da mudança de comportamento dos próprios alunos e de sua conseqüente transformação em *agentes inovadores*, o que os levaria ao uso correto da administração como instrumento e não como fim.

No quadro 1, representamos um resumo dos trabalhos desse seminário,⁵ onde são anotadas as diferentes possibilidades de formação do "administrador social", de acordo com os níveis de ensino, a formação prévia do aluno e os objetivos gerais dos cursos que lhes correspondem.

O que se pode observar de imediato é que, ao nível da disciplina, isoladamente, não foi possível traduzir as pretensões ideológicas de formação de agentes inovadores, denominados "administradores sociais", em termos de um currículo e uma bibliografia adequados a este objetivo. Em outras palavras, as pretensões de formar um profissional "que compreenda a sociedade em seu conjunto, que logre identificar-se com as condições internas e externas de sua organização e interpretá-las, que seja um agente promotor da dinâmica social etc. (...)" não têm uma correspondência com os objetivos curriculares enunciados no quadro 1, e nem são contemplados na bibliografia selecionada da maneira que seria necessário para atender a tais propósitos.⁶

Na realidade, o que não fica explícito em qualquer momento é o caráter da inovação pretendida através da formação desses agentes administradores sociais, na medida em que omite informações sobre o caráter tanto político quanto social das mudanças às quais o nosso super-herói deverá ser sensível, detectando-as, encontrando respostas a nível organizacional, transformando a organização e, assim, liderando o processo de sua adaptação ao novo contexto social.

O *social* adjetivando o *administrador* não remete, portanto, às noções que lhe são comumente associadas no jargão da política social, tais como democratização, equidade e redistribuição. O que se constata é que o social passa a ser, nesta versão, uma sensibilidade, um faro peculiar na identificação de transformações de qualquer natureza e em qualquer sentido,⁷ que o administrador deve possuir para poder adaptar a elas os processos administrativos.

Por trás desta visão parecem estar alguns pressupostos que deveriam vir à luz para podermos compreendê-la melhor em seus limites já apontados:

1. A separação entre organização e sociedade, sendo a primeira um reflexo dinâmico e em constante processo de adaptação às mudanças que se passam na segunda. Embora algumas vezes seja retoricamente afirmada a não-desvinculação

⁴ OPS/OMS. op. cit. p. 5.

⁵ Id. *ibid.* p. 7.

⁶ Salvo alguns títulos incluídos na denominação "aspectos funcionais da organização" que tratam da organização social da prática médica, os demais tratam exclusivamente do nível organizacional, isto é, com exclusão dos demais níveis de abrangência da sociedade, onde estas organizações existem, se inter-relacionam, e, dos quais, enfim, são uma concretização.

⁷ Como seria, por exemplo, o caso das mudanças políticas ocorridas recentemente nos governos burocrático-autoritários, no sentido de exclusão da participação da sociedade civil dos processos decisórios, e privatização das políticas sociais.

Quadro 1

Tipos de curso variáveis	População "meta"	Objetivos gerais	Profissionais que se pretende formar
A.1 Graduação em ciências da saúde	Alunos dos últimos anos dos cursos de ciências da saúde	Levar os profissionais do setor saúde a interessar-se pela captação e melhor utilização dos recursos. Proporcionar conhecimentos básicos sobre métodos e técnicas de administração sanitária. Aplicar os conhecimentos à prática	Administrador social médico
A.2 Graduação em ciências da administração	Alunos dos últimos anos dos cursos de administração	Levar os profissionais de administração a interessar-se pelos problemas de saúde. Proporcionar-lhes conhecimentos elementares sobre procedimentos e técnicas de administração sanitária. Aplicar os conhecimentos à prática	Administrador social para o setor saúde
B. Pós-graduação (especialização, mestrado etc.)	Profissionais de nível universitário que trabalhem no setor saúde	Formar um administrador capaz de compreender, descrever, interpretar, desenvolver e supervisionar as organizações de saúde, para que adapte a organização onde trabalha às alterações ambientais e alcance níveis determinados de desempenho e produtividade	Administrador social
C. Cursos de curta duração	Pessoal de direção do 1.º e 2.º escalões hierárquicos, de instituição de saúde	Promover a reflexão e a análise dos problemas de comportamento organizacional dentro e fora da organização, para alcançar maior eficácia administrativa. Modificar o comportamento do administrador	Administrador social
D. Educação continuada	Pessoal que executa serviços de atenção primária à saúde	Formar um administrador de serviços de saúde capaz de modificar o ambiente, resolver problemas como chefe e coordenador de atividades, equipamentos e serviços de saúde e de ensinar ou orientar as pessoas que lhe são subordinadas	Administrador social

entre organização e meio-ambiente, ou a necessidade de o administrador modificar o seu meio-ambiente, certo é que organização e meio-ambiente permanecem como duas entidades de natureza intrinsecamente distintas. Uma entidade, o meio, que é dinâmica e tem inerente o dinamismo interno, e uma outra entidade, a organização, que é, por natureza, adaptativa. O papel de agente de transformação, a nível organizacional, não trataria, portanto, de imprimir um cunho particular às mudanças que se processam, quer no meio, quer na organização, mas de adaptar a última ao ritmo e direção que lhe são impostos de fora.

A própria designação organização meio-ambiente pressupõe uma separação de objetos disciplinares: de um lado, os diferentes níveis do conjunto organizacional (o comportamento individual, o comportamento interpessoal, o comportamento grupal e intra-organizacional e o comportamento organizacional), cujo estudo corresponde às ciências administrativas. De outro, “o campo maior seria o do comportamento da organização como um todo dentro do seu ambiente; portanto seria objeto de análise ambiental, que compreende desde a ecologia até a política”.⁸

Em outras palavras, o objeto das ciências administrativas deixaria de lado as relações de produção e as relações de poder, já que estas se localizam na esfera do “meio-ambiente”. Assim, esvazia-se o conceito de organização e o de ambiente, já que a organização está fora da produção e da luta de classes e o ambiente apenas comporta as organizações como entidades diferenciadas com as quais se relaciona por estímulos e *outputs*.

2. A concepção desenvolvimentista, que toma a modernização como fim em si mesma, inexorável e situada acima dos juízos de valor, já que é um movimento quase natural das sociedades.

Ademais, o desenvolvimento é visto como um conjunto de etapas com efeitos cumulativos, sendo a última etapa sempre mais desenvolvida do que a anterior, e por meio de uma associação espúria sempre vista como melhor do que a que a antecede.

Esta concepção justificaria a necessidade sempre presente de adaptação das organizações ao meio circundante em constante mutação.

O agente de mudanças a nível da organização nada mais faz que adequar seus processos internos às mudanças externas, já que estas são tomadas como um processo contínuo, inexorável, linear e cumulativo.

2.2 Seminário sobre Ensino de Economia, Finanças e Controle de Custos dos Serviços de Saúde

Embora o seminário tenha reunido três temas considerados afins (economia da saúde, finanças e controle de custos), a dinâmica de trabalho consistiu na separação dos participantes em três grupos, de acordo com cada um dos temas, que realizaram reuniões em separado e depois reuniões conjuntas. O resultado final refletiu esta separação, na medida em que foram definidos marcos conceituais, objetivos, conteúdos e bibliografias para cada um dos temas, que passaram a ser entendidos como disciplinas individualizadas.

⁸ OPS/OMS. op. cit. p. 2.

Assim, para cada uma das “disciplinas” elaborou-se o seguinte programa:⁹

Para a *economia da saúde*¹⁰ foi formulado um marco conceitual abrangente, no qual se toma o processo de saúde/doença como parte do próprio processo de desenvolvimento, sobretudo a partir dos estudos dos processos produtivos. Assinala-se o papel fundamental exercido pelo Estado, seja na sua intervenção no setor saúde, seja através da noção de crise do Estado, cuja expressão no setor saúde é a crise de acessibilidade, de custos, de eficácia, seja ainda na regulação da oferta e da demanda. Acentua-se a necessidade de democratização dos processos decisórios e chama-se a atenção para a importância da macroeconomia no estudo da oferta e da demanda dos serviços de saúde.

Finalmente, no aspecto microeconômico, enfatiza-se as limitações das técnicas existentes para avaliar serviços de saúde.

Como programa para a disciplina propõe-se:

“Objetivos da disciplina:

1. Ensinar o aluno a compreender o processo de desenvolvimento econômico e a inserir o setor saúde nesse contexto.
2. Ensinar o aluno a compreender a organização do sistema de atenção à saúde e os elementos que intervêm nessa organização.
3. Desenvolver a capacidade de o aluno trabalhar com os instrumentos de análise e avaliação, treinando-o no uso de métodos quantitativos.

Temas a serem abordados:

1. A saúde e o processo de desenvolvimento:
 - a) determinantes da saúde;
 - b) papel da saúde no desenvolvimento;
 - c) estrutura econômica: seus efeitos sobre as condições de saúde e os sistemas de atenção à saúde;
 - d) impacto da intervenção governamental na redução de enfermidades, na estrutura econômica, e na mudança social e econômica.
2. A atenção à saúde:
 - a) o comportamento do consumidor (acessibilidade, tempo de espera e preços não-monetários, seguro de saúde, efeitos do comportamento sobre a oferta, percepção da enfermidade, conhecimentos e necessidades);
 - b) a oferta (alternativas tecnológicas, características da oferta, a estrutura hospitalar, análise das indústrias farmacêuticas e de equipamento médico etc., avaliação das contribuições da atenção médica);
 - c) efeitos da intervenção governamental na oferta e na demanda.

⁹ Estes programas foram acompanhados das respectivas bibliografias selecionadas.

¹⁰ OPS/OMS. op. cit. p. 22.

3. Instrumentos de análise e avaliação:

- a) problemas com o uso de técnicas especiais;
- b) análise de custo/eficácia;
- c) análise de custo/atividade;
- d) modelos de simulação;
- e) modelos de programação;
- f) técnicas de previsão;
- g) indicadores de saúde;
- h) técnicas não-quantitativas.”

Para *finanças*, propõe-se como marco conceitual a ênfase nos aspectos macro e microeconômicos das finanças públicas, já que se considera a importância da intervenção estatal no setor saúde. Privilegia-se, a seguir, no entanto, o nível de gerência financeira (microeconômico), onde se considera haver maior necessidade de adestramento.

A função do gerente financeiro é definida como sendo para “maximizar as receitas, minimizando os custos na empresa particular; o gerente financeiro da empresa pública deve otimizar o benefício social de sua atividade”.¹¹

Os objetivos gerais da disciplina foram assim definidos: a) na graduação, sensibilizar o estudante para os aspectos econômicos e financeiros que produzem um impacto nas atividades do setor saúde; b) na pós-graduação e na educação continuada, desenvolver as capacidades gerenciais relacionadas com a captação, o uso, o controle e a avaliação do emprego dos recursos financeiros em uma unidade de atenção à saúde, tendo sempre em conta os objetivos do setor saúde.

“Temas a serem estudados:

1. Formas de financiamento:

a) fontes e utilização dos recursos:

— necessidades financeiras (operacionais, perdas ocasionais, investimentos de capital, ensino, pesquisa, contingências, excedentes financeiros);

— receitas (decorrentes de pagamentos efetuados pelos pacientes, seguro de saúde estatal ou privado, orçamento governamental, receitas não-operacionais, doações e contribuições);

b) restrições governamentais, não-governamentais e outras (como as provenientes do mercado financeiro);

c) fontes de financiamento (a longo, médio e curto prazos).

2. Planejamento, orçamento e controle:

a) planejamento e previsões;

b) orçamento;

¹¹ Id. *ibid.* p. 26.

c) objetivos:

- a organização (negociações internas, comissões, cronogramas etc.);
- tipos de orçamento (atividades, dados estatísticos, capital para uso imediato, despesas e receitas, pessoal, custos de capital);
- técnicas de orçamento.

d) sistemas de controle e informação:

- controles internos e externos;
- sistemas de informação e tecnologia utilizada.

3. As decisões de investimento:

a) política de investimentos;

b) critérios de decisão:

- identificação de oportunidades para diversificação, expansão e objetivo tecnológico;

c) análise do risco;

d) critérios para escolha entre diferentes alternativas:

- relação complementar *versus* outras alternativas;
- conceito de custo de capital;
- métodos de avaliação;
- o fator tempo;

e) investimentos no mercado financeiro;

f) desinvestimentos.”

O grupo considerou que o curso de finanças deve ser inserido no contexto gerencial total e entendido como uma atividade dinâmica e que o estudante desse curso deve ter noções prévias elementares de métodos quantitativos e contabilidade.

Sobre a disciplina *controle dos custos*, não foi possível nem mesmo formular um marco conceitual; sob este título lê-se apenas: “os que trabalham nas instituições de saúde então relacionados, em maior ou menor grau, com o sistema de controle dos custos. Suas funções, mais ou menos complexas, determinam sua competência em relações com o sistema de controle de custos”.¹²

Os objetivos gerais da disciplina consistem em preparar o aluno para ser capaz de utilizar os informes gerados pelo sistema de controle de custos e participar, assim, do processo de tomada de decisões, com a finalidade de ampliar a extensão da cobertura dos serviços de saúde e a qualidade da atenção através do melhor uso dos recursos disponíveis.

O programa proposto foi:

¹² id *ibid.* p. 28.

“Temas a serem estudados:

1. O problema econômico-financeiro:
 - a) conceitos;
 - b) necessidade de um sistema de controle de custos.
2. O processo econômico-financeiro em um sistema de saúde:
 - a) programação e orçamento;
 - b) execução de programas;
 - c) metas e seus custos;
 - d) avaliação do orçamento.
3. Funcionamento de um sistema de controle de custo:
 - a) requisitos;
 - b) critérios para definir uma unidade de produção;
 - c) o ‘melhor’ sistema de custos;
 - d) os centros de custos;
 - e) comportamento dos custos.
4. Indicadores gerados por um sistema de controle de custos:
 - a) estrutura dos custos;
 - b) controle da eficácia.
5. Análise dos indicadores:
 - a) as tendências;
 - b) comparação com o planejado;
 - c) análise da execução do orçamento;
 - d) interpretação da informação.”

Como se pode observar pela leitura dos programas citados, a divisão em três disciplinas, mais que um recurso didático, decorreu da impossibilidade de o grupo alcançar uma unidade conceitual e metodológica no trato dos temas abordados sob a designação de economia, finanças e controle de custos em saúde.

A característica central dos trabalhos ali desenvolvidos é a inconsistência, que se expressa entre os programas propostos para as três disciplinas e mesmo no interior de cada uma delas. Se não, vejamos.

Analisando-se o marco conceitual proposto para economia em saúde, identifica-se a ênfase principal dada ao trato das questões macroeconômicas, a nível teórico e metodológico, e a abordagem microeconômica, seja nas análises de oferta e demanda, seja nas técnicas avaliativas, é vista de maneira bastante crítica.

Assim, seja pelas limitações das técnicas microeconômicas, seja pela prioridade dada aos aspectos macroeconômicos, opta-se por um marco conceitual que designamos de economia política da saúde. No entanto, o próprio programa proposto para economia em saúde contempla, em 1/3 dos temas tratados, os instrumentos de análise e avaliação microeconômicos. Em outras palavras, não se trata de questionar a inclusão das técnicas microeconômicas no programa, mas sim de criticar a sua não-compatibilização com o marco conceitual traçado anteriormente.

Esta mesma problemática apresenta-se com relação ao marco conceitual elaborado para finanças, que afirma a necessidade teórica de colocar ênfase nos aspectos macro e microeconômicos das finanças públicas para, em seguida, optar pela necessidade prática de formar gerentes financeiros para empresas privadas e públicas.

Da mesma forma, o programa de controle dos custos parece ser mais adequado à análise de custos de uma unidade de serviços, embora contemple itens como programação e orçamento.

Assim, avaliando as compatibilidades entre os três programas, vemos que estes foram tratados em níveis analíticos distintos, sendo que, no caso de economia, privilegiou-se a análise política macroeconômica e, no de finanças e custos, os aspectos microeconômicos. Desta forma, questões fundamentais relativas à política de financiamento, como as que analisam a distribuição dos ônus da tributação entre os diferentes grupos sociais, a equidade e iniquidade da política financeira, não são contempladas.

Da mesma maneira, uma outra opção em relação ao trato das questões relativas ao custo dos serviços de saúde diz respeito ao estudo dos aspectos que possam subsidiar a formulação e avaliação das políticas de financiamento, tais como a evolução dos custos de diferentes níveis de especialização, a razão entre os custos de inversão e os custos de manutenção dos serviços, a variação dos custos em face da maior ou menor centralização etc.

Ademais, a opção feita em finanças e custo, pelos aspectos gerenciais, implica pré-requisitos nem sempre facilmente preenchíveis nos currículos de administradores de saúde, como treinamento prévio em métodos quantitativos, contabilidade, matemática etc.

2.3 Seminário de Educação em Avaliação e Planejamento de Serviços de Saúde

O grupo de participantes iniciou o trabalho com a identificação de alguns fatores que dificultam o processo de planejamento dos serviços de saúde na América Latina. São eles:

Fatores intrínsecos:

1. O planejamento não passa muitas vezes da etapa de diagnóstico da situação de saúde.
2. A falta de um sistema adequado de informação é responsável pela carência da informação básica necessária.
3. Há um hiato entre o nível de planejamento e o de execução, devido à falta de comunicação entre ambos.

4. Falta preparação prévia do nível operacional (programação de atividades) para responder eficientemente às diretrizes de planejamento.
5. Excessiva 'verticalidade' dos programas técnico-científicos (orientados para os problemas), o que interfere no processo operacional.
6. Tentativa de resolver (ou atacar) mais problemas do que é razoavelmente possível, devido tanto à ausência de análise de prioridades como a limitações orçamentárias.
7. A competição entre o nível de planejamento e o político quanto às decisões a tomar provoca, em muitos casos, a desconfiança do último em relação a planejamento.
8. O isolamento do grupo planejador no órgão de saúde, em geral como consequência dos fatores indicados nos itens 3 e 7.
9. A técnica utilizada com maior frequência (Cendes-OPS) não tem sido suficientemente prática para os objetivos do planejamento.”

Fatores extrínsecos:

- “1. Um alto grau de instabilidade política e institucional em vários países.
2. Crise econômica local e geral. A influência dos fatores econômicos só se manifestou em alguns planos, pois a maioria deles não chegou à fase de execução, que é aquela em que se manifestam os problemas econômicos.
3. Falta de coordenação intersetorial, seja por existir planejamento em outros setores governamentais, ou pela falta de um planejamento global integrador.
4. Falta de decisão do nível político para apoiar e impulsionar um processo de planejamento.”

Observa-se aqui, nesta relação de fatores, uma concepção de planejamento que individualiza e opõe este nível a dois outros: o que o antecede, o político, e o que o sucede, o operativo (ou administrativo). Assim, situado entre dois níveis no processo de formulação e implementação de políticas, o planejamento vê-se cerceado por eles, os quais não controla e aos quais se opõe em função das diferentes lógicas de funcionamento.

Cardoso,¹³ no entanto, busca desmistificar esta suposta oposição: “A decisão de planejar é política, no sentido de que por intermédio da definição dos planos se alocam ‘valores’ e objetivos junto com os ‘recursos’ e se redefinem as formas pelas quais estes valores e objetivos são propostos e atribuídos (. . .). Por outro lado, a implementação de um plano implica ‘políticas’, isto é, a escolha de alguns recursos que o sistema político fornece em detrimento de outros com o fim de, uma vez alcançados os resultados ‘econômicos’ do plano reforçar politicamente o grupo que o apoiou (. . .). E, por fim, a própria decisão administrativa”, neste caso, longe de opor-se à “decisão política como um pólo antinômico, ‘abre-se’ ou dirige-se para a decisão política: quando a persistência das normas organizacionais é incapaz de resolver os problemas ou de atender as ‘demandas políticas’

¹³ Cardoso, Fernando Henrique. Aspectos políticos do planejamento no Brasil. In: ———. *O Modelo político brasileiro*. São Paulo, Difel, 1977. p. 91-2.

de uma dada situação, esta dá lugar a um novo critério, induzido de fora da administração, capaz de solucionar o impasse criado”. No entanto, o mesmo autor aponta para as peculiaridades estruturais dos países subdesenvolvidos, que, devido à estratégia política adotada (populismo + desenvolvimentismo), levaram à coexistência da administração tradicional (sistema político-clientelista com mobilização, direta ou indireta, das massas) com a moderna tecnocracia.

Assim, mais do que uma oposição real entre os níveis apontados no diagnóstico anteriormente mencionado, a existência de “ilhas de racionalidade” no interior de um estado clientelístico e em face da inércia burocrática não parece ser um impedimento ao planejamento, mas, ao contrário, a condição de possibilidade da sua autonomização em alguns contextos mais centralizados e autoritários.¹⁴

A existência de uma sociedade com uma estrutura de poder menos concentrada, com organizações intermediárias atuantes (partidos, sindicatos, associações etc.), é um complicador a mais para o planejamento, que tenderá a rever a operacionalidade de seus instrumentos técnicos do tipo do método Cendes/OPS.

Neste seminário, o ensino do planejamento de saúde foi focado segundo três pontos de vista:

- a) como parte do processo de execução das políticas de saúde;
- b) como parte do processo de tomada de decisões;
- c) como programação de atividades.

O ensino do planejamento como parte do processo de execução das políticas de saúde foi apresentado através de matriz (quadro 2).

A primeira observação a ser feita a respeito da matriz proposta (quadro 2) para enquadrar o planejamento como parte das políticas de saúde é que o problema central da política, que é a distribuição do poder na sociedade, parece estar ausente nesta proposta. No entanto, a compreensão do “plano” como parte da estratégia de poder dos grupos sociais — seja como mobilizador político, seja como racionalizador, ampliando a eficácia das políticas — é fundamental para possibilitar a sua efetividade. A referência a grupos de interesse, apontados na matriz, não nos parece que seja possível de identificação através dos métodos referidos, que foram: epidemiologia, *marketing* e técnicos de seguro social.

Um segundo comentário, de certa maneira relacionado ao anterior, diz respeito à tentativa de compatibilização de teorias e metodologias e, em vários casos, fundadas em pressupostos que os antagonizam. Tomemos apenas um exemplo, para deixar clara nossa afirmativa com respeito à planificação estratégica. O planejamento estratégico é elaborado em cima da concepção de que a sociedade é um conjunto heterogêneo de interesses que se organizam na luta pelo poder, e cuja agregação é dada por imposição e/ou alianças entre grupos de interesses distintos, e não por uma convergência desses interesses. Trata-se de uma unidade contraditória, cujo equilíbrio instável implica um movimento constante, quer no sentido de sua superação, quer no sentido de sua manutenção. A base sociológica é, pois, a *teoria do conflito*.

Ao contrário, a teoria dos sistemas teria como base sociológica a *teoria do consenso*. Se não, vejamos uma definição de “sistema” em saúde: “um conjunto

¹⁴ Id. *ibid.* p. 100.

Quadro 2
Componentes do ensino de planejamento

Áreas de decisão	Teoria	Metodologia	Contexto
Identificação de problemas	Planejamento social	Epidemiologia; <i>marketing</i> ; métodos de pesquisa (ex.: seguro social)	Comunidade Mercado consumidor Produtores <i>Lobbies</i> (grupos que procuram influenciar o Poder Legislativo ou o Poder Executivo)
Determinação de objetivos	Planejamento estratégico Administração por objetivos	Delphi Cendes/OPS	Políticas (médicas) Setor saúde
Alternativas	Análise do processo decisório	Custo/benefício Custo/eficácia Métodos de previsão	Recursos humanos, financeiros e tecnológicos
Tomada de decisões	Análise do processo decisório	Tecnologia Previsões Custo/benefício Pesquisa operacional Orçamento-programa	Estrutura Aspectos legais
Execução	Teoria de sistemas	Regionalização Atenção progressiva aos doentes	Estrutura
Avaliação	Pesquisa avaliativa Por que planejar?	Custo/benefício Custo/eficácia	Todos

de partes, ou elementos de uma realidade que, no *desenvolvimento de suas ações*, guardam entre si relações diretas de *interdependência*, com mecanismos recíprocos de *comunicação e bloqueio*, de tal modo que as ações desenvolvidas resultam na obtenção de *objetivos comuns*".¹⁵

Na área de saúde, o sistema definir-se-ia pelo conjunto de agentes e agências cuja finalidade comum seria prestar serviços de saúde, ou seja, o sistema é teleologicamente orientado para um conjunto de valores abstratos, o que possibilitaria a interdependência das partes do todo. Uma consequência da diferença entre estas abordagens reside, por exemplo, no privilégio atribuído à noção de racionalidade na abordagem sistêmica, determinismo que se "manifesta liberando o sistema das suas relações com o contexto sócio-político que o circunscreve".¹⁶

Ora, como se sabe, a principal diferença entre as abordagens sociológicas do conflito e do consenso reside na sua interpretação da mudança social. Para a teoria do conflito, trata-se de uma luta constante entre forças sociais que se relacionam a partir de interesses na preservação ou superação de situações atuais, enquanto para os teóricos do consenso — já que a finalidade é um valor trans-

¹⁵ Seixas, J. C. Sistema Nacional de Saúde — Anais da V Conferência Nacional de Saúde. Apud Almeida Filho, N. & Paim, J. Contribuição à crítica da abordagem sistêmica em saúde. In: *Introdução à crítica do planejamento em saúde*. UFBA, 1982. p. 24.

¹⁶ Almeida Filho, N. & Paim, J. op. cit. p. 32.

cidental e a-histórico¹⁷ — a mudança não vai passar de pequenos ajustes no sentido de superar os bloqueios e aproximar o sistema cada vez mais da sua finalidade última.

Tomando ainda como exemplo, na análise da matriz proposta, o planejamento estratégico, vemos que não há compatibilização entre o diagnóstico proposto no item “identificação de problemas” com a teoria, metodologias e contextos indicados, e os requisitos de um diagnóstico que leve em conta os pressupostos apontados para o planejamento estratégico. É por esta razão que o diagnóstico de saúde, como formulado no planejamento estratégico, incluiria três níveis relacionados com as funções do planejamento: o diagnóstico administrativo, que corresponde ao crescimento; o diagnóstico estratégico, relativo à mudança; e o ideológico, referente à legitimação.¹⁸

Sem querer analisar os demais componentes da matriz, passemos ao currículo proposto para o ensino do planejamento como parte do processo de tomada de decisões:

“Programa de Especialização em Planejamento da Saúde

Parte 1 — A situação política, econômica e social

- Estruturas sócio-econômicas
- Estado. Burocracia
- Políticas sociais
- Instituições de saúde

Parte 2 — O planejamento econômico e social

- Determinantes históricos do planejamento econômico e social
- Determinantes históricos do planejamento do setor público
- Determinantes históricos do planejamento do setor saúde.

Parte 3 — Métodos e técnicas

Temas:

- Teoria geral do planejamento da saúde
- Políticas, prioridades e estratégias
- Esquema geral do plano
- Programação
- Execução e gestão
- Avaliação e informação

¹⁷ O termo faz parte da literatura sobre metodologia e teoria do conhecimento, e quer dizer métodos, técnicas e abordagens que não levam em conta a historicidade dos fenômenos sociais.

¹⁸ Testa, Mário. *Planificación estratégica en el sector salud*. Centro de Estudios del Desarrollo, Universidad Central de Venezuela, 1981. p. 3.

- Formulação, administração e avaliação de projetos
- Recursos humanos
- Investimentos físicos
- Insumos críticos
- Financiamento
- Projetos integrados

Parte 4 — Práticas de campo.”

Como o objetivo deste curso é “formar especialistas capazes de formular, administrar e avaliar planos, programas e projetos de saúde com capacidade analítica para compreender os processos sociais e suas relações com o planejamento e intervir como agentes de mudança no processo social”,¹⁹ optou-se por este programa dado a nível de especialização.

O programa pretende focar o planejamento desde os seus aspectos mais abrangentes — determinantes econômicos, políticos e sociais — passando por uma análise do processo histórico de constituição da própria área, até chegar ao planejamento como um conjunto de métodos e técnicas que incluiria, inclusive, a programação de atividades. Um currículo específico de programação de atividades foi também elaborado para cursos regulares e especiais.²⁰

A inclusão da programação de atividades no programa descrito, além de outros aspectos mencionados na parte 3 — que podem ser tratados como técnicos (mas também podem ser analisados como políticos: informação, recursos humanos etc.) — é um ponto-chave na avaliação desta proposta, porque a ênfase nos aspectos econômico-políticos do planejamento ou nos aspectos metodológicos e técnicos tem implicado uma cisão no interior desta proposta global. Esta diferenciação decorreria das possibilidades de compreensão do papel do planejador, quer como agente de mudanças, quer como analista político, quer como técnico em programação. Esta diferenciação, que provavelmente é uma falsa oposição, talvez encontre sua explicação na raiz de uma incompatibilidade a nível metodológico entre a abordagem histórico-estrutural utilizada nas partes 1 e 2, e a abordagem funcionalista, que geralmente orienta o estudo da parte 3 do programa.

As tentativas mais recentes de aprofundamento do estudo do planejamento estratégico visariam a superação deste *gap* metodológico, encontrando um fio condutor único para este programa. O que não sabemos ainda é em que medida este papel atribuído ao planejamento estratégico é baseado na sua aplicação real ou apenas em nossos desejos.

2.4 Seminário sobre o Ensino da Investigação Operativa e a Análise de Sistemas em Programas de Administração em Saúde

Reconhecendo a pequena experiência na aplicação destas técnicas na área de saúde, os participantes procuraram identificar os principais problemas encontrados neste recente processo. São eles:

¹⁹ OPS/OMS. op. cit. p. 12.

²⁰ Id. *ibid.* p. 15.

“Problemas no setor saúde

- Os médicos, que são os responsáveis pela tomada de decisões no setor, geralmente não conhecem as técnicas de análise de sistemas e de pesquisa operacional. Por conseguinte, as decisões são tomadas com base em critérios subjetivos e políticos, sem o benefício das metodologias quantitativas e de informações pertinentes.
- Não se conta com informação adequada a nível nacional, regional ou local para tomar as decisões. A solução de problemas nos sistemas de saúde exige o desenvolvimento e a utilização de sistemas da informação.
- Os administradores de nível intermediário não detêm os conhecimentos adequados de estatística descritiva, análise de sistemas e técnicas de avaliação, necessários num enfoque racional do processo decisório.
- Alguns administradores desconfiam dos profissionais capacitados em técnicas científicas de gerência, o que dificulta as relações interinstitucionais e prejudica o processo educativo.
- No processo de capacitação de administradores em métodos quantitativos (especialmente de médicos), corre-se o risco de que eles, com o pouco conhecimento adquirido, considerem-se ‘especialistas’ na matéria.
- Nas instituições de saúde foram criados poucos cargos para pessoas capazes de aplicar as técnicas científicas de administração de problemas, devido ao fato de que no setor saúde as oportunidades de trabalho para profissionais da área de pesquisa operacional são limitadas.
- Os especialistas em pesquisa operacional mostram uma tendência a concentrar-se nos pequenos problemas, ignorando outros mais graves que têm importância nacional.

Problemas no setor educacional

- A maioria dos professores universitários não possui experiência adequada na aplicação da análise de sistemas e da pesquisa operacional no setor saúde, para motivar e ensinar eficazmente os estudantes de administração de saúde.
- O ensino não deve consistir simplesmente em dissertações acadêmicas. Para que seja eficaz, deve mostrar aos administradores de saúde como aplicar as metodologias e técnicas para solução dos problemas. Para isso é necessário uma preparação adequada por parte dos docentes e a adoção de métodos didáticos, como estudo de casos, e de um laboratório sobre tomada de decisões.
- Na elaboração de programas de administração de saúde é desejável a integração das escolas de engenharia industrial e de sistemas, administração e medicina. Um problema fundamental desta integração consiste na orientação das escolas de administração e engenharia para o setor privado ou industrial; em geral, tem-se pouca experiência ou pouco interesse no setor público.
- A maioria dos professores de saúde pública na América Latina é constituída por médicos que, em geral, demonstram resistência quanto à inclusão de outras disciplinas no processo de formação do pessoal de saúde.”

Sem querer voltar a discutir os pressupostos da análise de sistemas, abordados no item anterior, podemos centrar nosso comentário na afirmação da necessidade de basear o processo decisório em critérios ditos científicos, aqui identificados como objetivos e quantitativos.

A oposição estabelecida entre o domínio das “técnicas científicas de gestão” e os critérios “subjetivos e políticos” está fundada na difusão da ideologia da racionalização no planejamento das políticas sociais, de cuja “utopia da perfeita racionalidade se deve excluir os conflitos, os choques de interesses”.²¹

Segundo Cardoso,²² “passa-se de um modo ‘tradicional’ da definição de prioridades e distribuição de recursos baseado, por exemplo, nas esferas de influência entre os estados, os partidos e a administração e na continuidade do sistema político através do sistema eleitoral, para um modo ‘racional’ de proceder, graças ao qual se diagnosticam as carências, se escolhem os objetivos, e se definem os meios a serem empregados, segundo regras e procedimentos aceitos como razoáveis por um conjunto de técnicos (embora sirvam, obviamente, para a reorganização do sistema de poder em benefício de uns partidos, grupos e líderes, contra outros)”.

A suposição de uma relação antagônica entre a racionalidade científica e a esfera das relações de poder é uma falácia que está sendo desmentida pela ação da tecnoburocracia dos regimes burocrático-autoritários do cone sul da América Latina, cujo arbítrio, vinculações com os interesses privados, e mesmo a corrupção, recentemente começaram a ser desvendados.

A relação implicitamente assumida neste discurso cientificista, ao contrário, é uma associação entre racionalidade e poder, já que o *status* de saber atribuído ao conhecimento técnico confere aos seus detentores um poder de concentrar em suas mãos as decisões políticas, em contradição com a vigência dos mecanismos fundamentais da democracia partidária.

Ademais, a racionalidade é aceita na acepção que lhe foi atribuída desde a revolução burguesa, qual seja, a identificação de racionalidade com rentabilidade, com produtividade mensurável em uma razão custo-benefício²³ que, se bem se adequa à empresa privada, nem sempre é proveitosa quando se introduz tal lógica privatista no funcionamento das agências estatais de política social (há exemplos abundantes no Brasil, como o Plano Nacional de Saneamento [Planasa], a Política Nacional de Habitação, sem falar na Atenção Médica Previdenciária).

Retornando ao resultado do Seminário, o grupo de participantes recomendou o desenvolvimento de cursos de curta duração, cursos de especialização e programas de mestrado, sendo os primeiros mais introdutórios, não se exigindo conhecimento prévio de matemática, já que seu objetivo é mais ideológico que técnico: “*permitir ao estudante entender a perspectiva do enfoque de sistemas, apreciar a necessidade de utilizar informação no processo de tomada de decisões e reconhecer que existem indivíduos capacitados a aplicar as técnicas da administração científica na solução de problemas do setor saúde*”²⁴ (grifo nosso).

²¹ Cordeiro, Hésio. Prática médica na América Latina. In: *Memórias*, Instituto de Medicina Social, UERJ, 2(1):116, 1978.

²² Cardoso, F. H. *Aspectos políticos...* op. cit. p. 91.

²³ Para uma discussão mais profunda desta temática, ver Almeida Filho, N. O que é a razão na racionalidade do planejamento de saúde? In: *Introdução à Crítica...* op. cit.

²⁴ OPS/OMS. op. cit. p. 35.

Segue um exemplo de curso de curta duração, valendo lembrar que também foram elaborados programas para os demais níveis.

Exemplos de conteúdo dos cursos de curta duração:

“Introdução à pesquisa operacional e à análise de sistemas para profissionais da área de saúde (40 h):

1. Introdução aos conceitos de análise de sistemas, planejamento, avaliação e processo decisório. Deve-se apresentar inicialmente uma visão panorâmica e um modelo conceitual da análise de sistemas aplicado aos problemas de prestação dos serviços de saúde. Este modelo deve servir de referência à medida que sejam apresentados os temas com maior profundidade.
2. Definição de um sistema de decisão, tipos de decisões, modelos. Discussão a respeito do nível de tomada de decisões.
3. Introdução à elaboração de modelos; a arte de modelagem, modelos típicos de problemas importantes nos sistemas de saúde.
4. Apresentação de um caso ou de um microprojeto que os alunos devem desenvolver durante o curso. Deve-se enfatizar a conceituação do problema. A solução de uma parte do problema pode ser alcançada usando-se ‘pacotes’ programados para computadores.
5. Introdução aos métodos de planejamento e avaliação, incluindo a preparação de diagramas, CPM (método do caminho crítico), Pert (técnica para avaliação e controle de programas), gráficos de Gantt. Deve-se incluir a discussão de métodos para a avaliação de processos e de resultados utilizando exemplos adequados.
6. Introdução a modelos de alocação de recursos. Apresentação de um caso real de programação linear. Demonstração da técnica gráfica de solução. Análise de hipóteses na formulação do problema (é desejável o uso de computadores).
7. Introdução a fontes e acervo de dados. Deve-se estudar os problemas da administração e processamento de dados, a confiabilidade dos dados, sistemas de informação e possíveis áreas-problema.
8. Introdução à análise de custo/benefício e orçamentos. Deve-se examinar o valor do dinheiro no tempo, fazer cálculo de custo de projetos, exemplos práticos de análise de custo/benefício, definição e cálculo da taxa interna de retorno e relação custo/benefício.
9. Análise de custo/benefício. Definição de benefícios e custos marginais, matriz de impacto/incidência, exemplo completo de custo/benefício mediante cálculos manuais. (É desejável um exemplo utilizando o computador.)
10. Comercialização dos serviços de saúde. Definições básicas, diferença entre venda e comercialização, planejamento estratégico, aplicações específicas ao setor.
11. Introdução ao conceito de incerteza. Conceitos básicos de probabilidade, eventos, estimativa e cálculo de probabilidades, o teorema de Bayes, distribuições e valores esperados.
12. Análise de decisões, incluindo árvores de decisão, alternativas, resultados, experiências, valores e sua obtenção. Análise e interpretação do problema de decisão, estudo de situações reais. As sessões de laboratório devem incluir um caso completo de análise de decisão.

13. Técnicas de prognóstico. Conceito de média móvel, suavização exponencial, quadrados mínimos. Interpretação de regressão simples. Estudo de caso (é desejável o uso de computadores).

14. Administração de inventários e materiais. Custos importantes no sistema de inventário. Modelos básicos de inventários, tamanho de lote e nível de ordem.

15. Execução de estudos de pesquisa operacional e análise de sistemas. Grupos interdisciplinares, trabalho com autoridades, validação dos resultados dos estudos, estudo de obstáculos na implantação dos resultados.”

2.5 Seminário sobre Epidemiologia e Administração em Saúde

Considerou-se que o método epidemiológico é aplicável ao campo da administração no diagnóstico da situação, na avaliação, na tomada de decisões e no conhecimento dos fatores de risco ou de proteção dentro do processo que conduz à saúde ou à enfermidade.

Alertou-se para a avaliação da tecnologia da atenção à saúde e a análise da economia da saúde como cenários de integração multidisciplinar, nos quais a metodologia epidemiológica desempenha um papel importante, e para a necessidade dos epidemiólogos realizarem projetos de investigação dos serviços de saúde.

Os cursos de especialização de serviços de saúde devem cobrir áreas básicas:

- área conceitual;
- área de métodos básicos;
- área de métodos específicos e estratégias de pesquisa epidemiológica;
- área de aplicação de elementos de epidemiologia ao planejamento, execução e avaliação de programas e serviços de saúde.

Considerou-se que a área conceitual deve cobrir aspectos como:

- interação da epidemiologia com a administração dos serviços de saúde;
- evolução do conceito de epidemiologia e os principais usos da pesquisa epidemiológica;
- o processo coletivo saúde/doença;
- o declínio da gravidade da enfermidade, sua modificação e os diferentes níveis de prevenção ou intervenção;
- o conceito de risco e o argumento básico de epidemiologia.

Por sua vez, a área de métodos básicos deve cobrir aspectos como:

- mensuração de problemas e necessidades de saúde;
- fontes de informação;
- taxonomia e classificação;
- população e amostras;

- interpretação e problemas de mensuração (validade e confiabilidade de provas, diagnóstico e *exámenes de tomizado*);
- vigilância epidemiológica.

Quanto à área de métodos específicos e estratégias da pesquisa epidemiológica, considerou-se que os aspectos a cobrir devem ser:

- inferência epidemiológica;
- elementos de epidemiologia descritiva;
- estudos experimentais;
- estudos analíticos de observação.

Considerou-se, finalmente, que a área prática deve cobrir exemplos específicos de enfoques epidemiológicos sobre planejamento, execução e avaliação dos serviços de saúde.

Dado o caráter sucinto do relatório deste seminário, não nos foi possível identificar se a incapacidade de integração da epidemiologia à administração, que percebemos aqui, decorre de uma problemática real desta área de conhecimento ou do não-desenvolvimento da temática relativa à área denominada de aplicação. Em face dos outros seminários, aparece, neste relato, a mais baixa integração entre administração e outra disciplina abordada.

2.6 Seminário sobre o Ensino da Administração Estratégica nos Cursos de Administração de Saúde

O objetivo do seminário era analisar as formas de incorporar o conceito de administração estratégica ao ensino da administração aplicada à saúde, entendendo como administração estratégica o emprego racional e eficiente dos recursos para alcançar um efeito real sobre o estado de saúde da população.²⁵

A primeira reação que nos impacta é a perplexidade diante da definição enunciada, já que é impossível distingui-la da própria concepção de planejamento, não se encontrando razão aparente para tratá-la como disciplina isolada. Inclusive, no Seminário de Planejamento, o planejamento estratégico aparece como uma teoria, enquanto que agora, transmutado em administração estratégica, recebe *status* de disciplina.

Se não foram razões de estratégia política de administração dos recursos de poder na área do ensino da administração que justificaram esta decisão, tratemos de procurar sua fundamentação a nível do marco conceitual adotado.

“Marco conceitual da administração estratégica

Os trabalhos do Seminário desenvolveram-se a partir de um conceito inicial de administração estratégica. Salientou-se que, mais que um conceito acadêmico, a administração estratégica constitui um nível de análise das organizações e da

²⁵ Id. *ibid.* p. 56.

própria administração que tem como objetivo introduzir mudanças externas e internas nas organizações, para conseguir maior adequação dos serviços de saúde às necessidades da população. Para isso, considerou-se importante reorientar as prioridades da administração para os aspectos sociais, procurando produzir impactos externos em função das necessidades do contexto, como, por exemplo, a demanda da população. Esta visão fundamenta-se nas seguintes premissas:

- O ambiente é mutável, ou seja, está sujeito a contínuas transformações de ordem econômica, política, sócio-cultural e tecnológica.
- As organizações também devem ser mutáveis para poder acompanhar e tornar possíveis tais transformações.
- O administrador deve, por sua vez, ser capaz de perceber e compreender as tendências do ambiente, reorientando as políticas, as diretrizes e os objetivos das organizações, a fim de que as mesmas respondam às necessidades da sociedade.
- Como se prevê uma mudança no papel do administrador, é recomendável que o ensino da administração estratégica enfatize os componentes do comportamento e da atitude.
- A administração estratégica deve referir-se essencialmente ao estudo do contexto e do processo de tomada de decisões, e à análise da participação.
- A administração estratégica não constitui um campo isolado de conhecimentos; pelo contrário, tem implícito um conceito de integração de conhecimentos ou experiências e possui, ao mesmo tempo, o caráter de elemento final multidisciplinar, tornando altamente desejável a integração entre serviço e ensino.”

Pode-se perceber, nas premissas enunciadas, a semelhança com a conceituação já abordada acerca do comportamento organizacional, sendo pertinentes todos os comentários feitos por ocasião do tratamento daquele seminário, relativos à separação entre organização e meio-ambiente e ao não-questionamento sobre a direção da mudança social à qual a organização deve adaptar-se.

Foram formulados os seguintes objetivos para ensino e definido um programa básico.

“Objetivos do ensino de administração estratégica

Considerou-se que os objetivos do ensino de administração estratégica deveriam ser os seguintes:

- Capacitar o pessoal do setor saúde a acompanhar ou introduzir mudanças nos sistemas nacionais de saúde e nas instituições que os integram.
- Capacitar o pessoal do setor saúde a: a) interpretar, executar e avaliar os processos que dentro do aparato estatal resultam na formulação de políticas, estratégias e planos; b) interpretar o contexto e formular, executar e avaliar suas próprias políticas, estratégias e planos.

Destacou-se que o ensino de administração estratégica, como processo dinâmico que leva à transformação, deve estimular atitudes que favoreçam a mudança e considerem a organização como um ente flexível.”

“Programa básico de ensino de administração estratégica

Analisou-se o esquema geral de um programa de ensino de administração estratégica, recomendando-se a inclusão das seguintes técnicas:

1. Administração estratégica: seu conceito. A administração à luz do enfoque finalista. O planejamento e seu componente estratégico.
2. As condições de saúde e seus determinantes. Aspectos do contexto. Instituições de saúde. Estrutura de poder no setor de saúde: análise das relações interinstitucionais e intersetoriais. Políticas de saúde.
3. A organização. Formulação de objetivos. Definição de políticas e estratégias. Poder, conflito e negociação. Estrutura, funcionamento e avaliação das organizações de saúde.
4. O processo de tomada de decisões. Informações. Estudos de viabilidade. Análise prospectiva.
5. Planos e projetos. O marco temporal (médio e longo prazos). Técnicas gerenciais.
6. Participação. Mecanismos e níveis. Participação das organizações. Participação da comunidade.
7. Mudança. Mudanças nas organizações. Mudanças no contexto, fatores de mudança. Promoção de mudança. Adaptação à mudança.”

Como se observa, tanto os objetivos definidos quanto o programa básico partem de uma concepção radicalmente distinta do marco conceitual anteriormente formulado. No marco conceitual, repete-se a orientação fundada na teoria do desenvolvimento, conhecida como teoria da modernização, onde se vê a sociedade em mudanças incrementais constantes rumo a etapas mais avançadas do desenvolvimento, às quais competiria à organização adaptar-se. Já nos objetivos e programa básico, a organização e o administrador assumem uma postura ativa, parte integrante do processo de mudanças, não mais pensado de forma linear, mas a partir de uma análise crítica e de uma direcionalidade que se lhe vai imprimir.

Assim é que, qual apoteose final, este último seminário reproduz, de uma forma dramática e ampliada, a contradição básica que se vinha delineando em quase todos os demais e que permaneceria latente em face de um falso consenso responsável pelas inconsistências apontadas.

Desse modo, ao final deste seminário, o grupo de participantes propôs “um novo exame dos conceitos de planejamento/administração estratégica, originalmente restringidos aos limites das organizações, passando a considerar-se a administração estratégica como um nível de análise global e final, orientado para a formulação de políticas de conteúdo social, e para sua implantação através das instituições de saúde, em vez de considerá-las como um conjunto de instrumentos de readaptação das organizações às mudanças do meio-ambiente”.²⁶

Refez-se, desta forma, o marco conceitual anterior, propondo-se o conceito de planejamento estratégico como formulação de políticas de saúde, dentro do qual estão implícitos os aspectos administrativos, gerenciais e de organização.

²⁶ Id. *ibid.* p. 60.

Integrados planejamento/administração, construiu-se, assim, a matriz do quadro 3.

Quadro 3

Matriz para seleção de textos sobre planejamento estratégico

Abordagem ao sistema	Aspectos conceituais, analíticos e metodológicos do planejamento/administração estratégica		Estudo de casos em instituições de saúde (ensino ou serviço)	
	Enfoque	Geral	Aplicada à saúde	América Latina
Microinstitucional (formulação e execução de planos estratégicos em função dos objetivos da empresa)	I	II	III	IV
Macroinstitucional (formulação, execução e avaliação de políticas em função das necessidades sociais)	V	VI	VII	VIII

3. Considerações finais

Resumidos e analisados alguns pontos dos seis seminários realizados até este momento, algumas questões se sobressaem:

1. Parte dos problemas aqui apontados não seria decorrente do tratamento do ensino a partir de disciplinas isoladas?
2. Qual a justificativa para a escolha destas disciplinas dentro do conjunto de outras que compõem o currículo básico na formação do administrador dos serviços de saúde?
3. Quais as explicações possíveis para a reiterada tentativa de compatibilização de abordagens teóricas e metodológicas antagônicas a nível dos seminários internacionais, e em que medida elas decorrem do próprio papel desempenhado pela OPS no continente?
4. A proposta comum a todos os seminários, de promoção de um novo seminário, teria uma justificativa político-ideológica enraizada no nosso papel de intelectuais orgânicos da administração da saúde?

Summary

This study intends to analyze the results achieved by seminars organized as activities of a Pan-American Health Organization subprogram on Education for

Health Services Administration, supported by the Kellogg Foundation, with a view to improving the quality of courses on health planning and administration.

Said seminars were held between 1981 and 1983 and discussed the contents, bibliography and design of courses administered on such issues as: organizational behaviour; economics, finance and cost control; health planning; epidemiology; strategic management and son on.

The final product of each seminar usually includes a volume containing the texts collected and catalogued, an abridgement of all this material and also a document conveying the participants' findings and recommendations about *curricula*, indispensable written material and suggestions on the work to be developed within the field.

Specifically, the material herein analyzed is the final document describing each one of the seminars, no single criterion being adopted for their analysis, since reports very much differed among themselves. However, an attempt has been made to appraising each one of them on basis of criteria inherent to each description, that is, in terms of the objectives proposed, concepts used, methodology adopted and structure of the report presented.

The most generally accepted finding of this analysis concerns the varied degrees of inconsistency detected and pointed out in the texts, either within each report or by comparing one against the other. The persistent inconsistencies, however, seem to point out the need to impress a firm course for the scientific policy adopted by international agencies for the advancement of teaching on health administration.

