

A FORMAÇÃO DE ADMINISTRADORES PARA O SETOR SAÚDE: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O ATUAL MOMENTO BRASILEIRO E A RESPONSABILIDADE DA UNIVERSIDADE*

Gonzalo Vecina Neto**

1. Introdução; 2. Que perfil deve ter o profissional de administração de saúde coletiva?; 3. Proposta básica de estrutura curricular para um curso em nível de especialização; 4. A ação necessária da universidade.

Deslocamento das ações de saúde. Anulação da dicotomia preventivo-curativa. Assistência integral e universal. Formação de um novo profissional para gerir as ações do setor. Perfil de capacitação e habilidades. Esquematização de currículo para formação. Principais transformações na universidade.

1. Introdução

Ao discutir a questão dos gerentes para o setor saúde no Brasil, parece oportuno considerar o que vem ocorrendo ao nível da formação em saúde coletiva. Em relação aos cursos de graduação, constata-se que são poucos e seu espaço ainda não está delimitado. Quanto aos cursos e programas de pós-graduação, tomando-se como parâmetro os que figuram no Catálogo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco),¹ observa-se que, em seus currículos, estão presentes, em maior ou menor grau, componentes de administração.²

Ao que tudo indica, a questão do gestor de serviços de saúde no Brasil tem-se encaminhado na direção do profissional do setor que se transveste em administrador, geralmente a partir da realização de cursos de especialização.

Embora todos os cursos na área apontem objetivos no campo da administração, bem poucos – pelo menos a nível de suas propostas curriculares – resolvem o dilema da visão estreita do que seja a saúde pública. Assim, boa parte desse esforço formador não produz resultados concretos no que concerne a oferecer um aluno capacitado a intervir no setor, a racionalizar o uso dos recursos disponíveis. Aliás, esta busca de ação na racionalização de recursos era uma tendência já apontada por Arouca em seu trabalho *O dilema preventista*.³

Frente a esta constatação, a tese que se propõe é que houve uma mudança no campo de ação da saúde pública a nível da prática do setor que, todavia, ainda não

* Artigo elaborado em junho de 1990.

** Professor assistente na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP); consultor na Fundap.

¹ Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). *Catálogo de pós-graduação em saúde coletiva* – Brasil 1987. Rio de Janeiro, PEC/Ensp, 1986.

² O *Catálogo de pós-graduação em saúde coletiva* da Abrasco, de 1987, identifica os seguintes cursos e programas: 21 residências médicas em Medicina Preventiva e Social, com uma oferta de 160 vagas/ano, para um curso de dois anos; duas residências em Administração e Saúde Pública para profissionais que atuam no setor, com uma oferta de 30 vagas/ano, para um curso de dois anos; cerca de 29 cursos de especialização em Saúde Pública, Administração Hospitalar, com duração acima de 360 horas, e oferecendo cerca de 900 vagas/ano; oito cursos de mestrado com duração máxima de cinco anos, número variável de vagas e títulos diferentes, porém voltados para o campo genérico da saúde pública; cinco cursos de doutorado com as mesmas características acima.

³ Arouca, A.S. da S. *O dilema preventista*. Tese de doutorado. Campinas, Unicamp, 1975. mimeogr.

foi adequadamente percebida e metabolizada pela academia, a ponto de redirecionar seus esforços.

A prática tem demonstrado que se está saindo de um setor que desenvolvia ações preventivas – como a da imunização das doenças evitáveis por vacinação, controle das doenças socialmente importantes (tuberculose, hanseníase, casos sociais de doenças mentais, etc.) ou, ainda, cuidados específicos para os grupos socialmente mais vulneráveis – para um setor que tem que oferecer uma prática médica, com uma visão integral e universal das ações, e também começar a se preocupar com o que se pode chamar de patologia social e ambiental.⁴

Esta mudança de enfoque que, no Brasil, ao nível de prática, é relativamente recente (cerca de cinco anos) e que foi precedida de importante movimento de construção de uma concepção, ainda não foi percebida pelo aparelho formador.

A visão ou conceituação de saúde pública deve estar no âmago desse descompasso. A Comissão do Fundo Milbank Memorial, em informe de 1976,⁵ define saúde pública como: *O esforço organizado dos povos*. Os programas, serviços e instituições que inclui põem em relevo a prevenção das enfermidades e as necessidades da população em seu conjunto. À medida que a tecnologia e os valores vão mudando, variam também as atividades de saúde pública, porém as metas continuam as mesmas: reduzir a proporção de enfermidades, as mortes prematuras e as moléstias e incapacitações de origem mórbida.

Com certeza esta definição ampla de saúde pública exige, para a formação profissional, uma série de conhecimentos, e a própria comissão propõe três elementos gerais e essenciais para a formação de técnicos em saúde pública: a) a mediação e as ciências analíticas da epidemiologia e da bioestatística; b) política social, história e conceitos de saúde pública; c) os princípios e práticas de gestão e organização da saúde pública.

A maioria dos cursos de graduação em saúde coletiva contempla os três pontos, mas com uma maior ênfase no segundo: política social, história e conceitos de saúde pública. A ênfase é menor em relação ao uso da epidemiologia e da bioestatística e quase nula para as questões de gestão e organização.

Além do problema da ênfase, há o fato de que o terceiro ponto (gestão e organização) é sempre muito improvisado, ainda que não haja um encadeamento entre os três temas. De uma maneira geral, pode-se dizer que a epidemiologia acaba sendo reificada como elemento componente do processo, porém com escassa ligação entre os outros dois elementos.

Assim, é possível considerar que, frente a uma importante mudança social com reflexos no setor saúde, não se está, em nível de formação de gestores, alcançando os objetivos desejáveis. E isto se dá por falha na concepção do profissional adequado, no desenho curricular, na metodologia e por não se dispor de docentes preparados para desenvolver um currículo complexo, entre outras coisas.

A constatação desta inadequação entre o produto e as necessidades do contexto, no setor saúde, remete à importância do tema. O Brasil gasta hoje cerca de 5% de seu produto interno bruto (PIB) com saúde e é de se supor que este percentual cresça pela própria pressão das demandas sociais. A população exige mais e melhores serviços de saúde. O setor, por sua vez, vem incorporando tecnologia de

⁴ Evans, J.R. *Medición y gestión de los servicios médicos y sanitarios*. New York, Fundação Rockefeller, 1982.

⁵ Higher Education for Public Health, Informe da Comissão do Fundo Milbank Memorial. New York, 1976. In: Evans, J.R. op. cit.

maneira galopante e esta exerce importante pressão sobre os custos. O chamado complexo industrial do setor pressiona o consumo de bens e serviços. Todos estes fatores têm dado um novo relevo à questão da gerência, inclusive imputando-lhe mais culpas do que as responsabilidades que lhe cabem. Em uma sociedade capitalista, esta questão – a da incompetência de gerir racionalmente os recursos – pode vir a se transformar em um importante ponto fraco para os inimigos do projeto traçado para a saúde pública brasileira.

2. Que perfil deve ter o profissional de administração de saúde coletiva?

Inicialmente é importante realçar que chamar este profissional de sanitarista seria confundi-lo com algo que existe hoje e não está preenchendo as necessidades do momento histórico. Chamá-lo de administrador seria dar-lhe um nome que ensaja um papel menor do que o que ele terá. Assim, o profissional capaz de responder à concepção de saúde pública será denominado de gerente de saúde coletiva.

Este gestor seria, portanto, o profissional capacitado a planejar, executar, controlar e avaliar serviços de saúde, sejam eles hospitalares ou não, bem como desenvolver políticas, planos e programas para o setor.

Tal profissional capacitar-se-á na medida em que dominar o seguinte conjunto básico de informações e habilidades:

1. Ambiente do setor saúde – trata-se de conhecer e analisar as políticas setoriais, suas relações e dependências extra-setoriais; a organização social e política da sociedade, suas forças hegemônicas, o perfil epidemiológico da população; a organização do setor. Compreender a intrínseca constituição das políticas e da organização do setor, do ponto de vista de forças impulsionadoras e restritivas. O objetivo é uma visão estratégica do campo de ação, condição fundamental para o processo direcionador de decisões.

2. Instituições do setor saúde – aqui o entendimento da organização do setor, como se estrutura, que conflitos maneja, o que busca. Trata-se de conhecer a burocracia das organizações, como se comportam e agem seus grupos, como fluem internamente as comunicações, como se conforma esse poder.

3. Processos de transformação intrínsecos ao setor – conhecimento dos mecanismos que ocorrem na intimidade do processo produtivo, compreensão e montagem de modelos assistenciais, desde os aspectos físicos, aspectos organizacionais, alocação de recursos tecnológicos, até a avaliação de resultados e mensuração de impactos.

4. Instrumentos de gestão administrativa – domínio básico destes instrumentos, conhecimento de técnicas usuais de administração de recursos: financeiros, materiais, pessoal, manutenção, informática, etc.; não como especialista, porém com base suficiente para dialogar com os especialistas ou para alocá-los na produção.

Este novo profissional, com estes conhecimentos e habilidades e, certamente, com um outro conjunto de qualidades (liderança, bom senso, etc.), não é um super-homem e sim um produto da multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade do próprio conceito de saúde pública, ou seja, uma consequência de um objeto complexo. O desafio é produzi-lo.

3. Proposta básica de estrutura curricular para um curso em nível de especialização

Para atender ao perfil delineado e ao conjunto de conhecimentos e habilidades que o gestor de saúde coletiva deve possuir, propõe-se que as disciplinas se arti-

culem com uma carga horária proporcional à ênfase que se pretende na formação do profissional.

Assim, para habilitar o gestor de saúde coletiva em análise ambiental, é necessário oferecer um conjunto de disciplinas, ocupando 35% da carga curricular, a saber: Política de Saúde; Economia Aplicada à Saúde; Epidemiologia; Demografia; Ecologia; Estatística Vital; Bioestatística.

Outra habilidade para o desempenho gerencial é a de análise organizacional, devendo responder por 15% da carga horária, reunindo as seguintes disciplinas: Teoria Geral de Administração; Comportamento Organizacional; Pesquisa Operacional; Direito Administrativo.

Para a capacitação do profissional no processo de produção de serviços, concentrando 15% do tempo, devem ser oferecidas as seguintes disciplinas: Planejamento Físico e Programação em Saúde; Organização e Funcionamento de Serviços Fins; Organização e Funcionamento de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; Organização e Funcionamento de Serviço de Apoio Técnico; Organização e Funcionamento de Serviços de Apoio Administrativo; Controle como função no setor saúde.

Finalmente, o administrador deve ser capaz de gerir recursos. Para isso deve ter o domínio básico dos instrumentos de gestão, devendo ocupar 35% da carga curricular, reunindo as seguintes disciplinas: Administração de Recursos Humanos; Administração de Recursos Financeiros; Administração de Recursos Materiais; Planejamento em Saúde; Sistemas de Informação e Informática em Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde.

Esta proposta básica carrega em si o risco de transformar-se esse currículo em um empilhamento de disciplinas, sem relação entre si. Integrar esses conhecimentos é o grande desafio. Daí a importância do método.

A metodologia deve levar em conta a heterogeneidade dos alunos e professores – todos oriundos ora do setor propriamente dito, ora de outros setores, quase sempre sem um instrumental de transcrição de linguagem adequado.

Uma alternativa para melhorar as transcrições e fazer a ligação dos diversos campos é a utilização extensiva de métodos participativos em sala de aula e, em particular, do estudo de casos e de simulações. É na aproximação com a prática que se procurará resgatar o nexos do conhecimento oferecido. Nesse sentido, visitas a campo e estágios supervisionados também devem ocupar lugar de destaque na formação dos alunos.

Portanto, é o nível de aderência do conhecimento oferecido à prática que fornecerá o mais importante elemento metodológico da proposta.

Uma dificuldade adicional e já explicitada é a do corpo docente. O currículo proposto exige um modelo cooperativo entre as várias unidades. Unidades isoladas dificilmente conseguiriam fazer frente à multidisciplinaridade, menos ainda no atual modelo de organização da média dos departamentos e ou escolas de saúde pública. Aqui destaca-se o papel que cabe à universidade desenvolver em seu próprio meio.

4. A ação necessária da universidade

Frente ao cenário desenhado e a uma particular proposta de currículo, é sensível o grau de desacerto da estrutura acadêmica para gerar a resposta exigida. O momento impõe o surgimento de um novo modelo para a formação das lideranças

no setor saúde. A crise de crescimento e redirecionamento do setor impõe uma diferente capacitação dos profissionais envolvidos com a questão sanitária.

A academia que foi capaz de gerar o discurso de suporte dessa nova realidade não está dando mostras de que caminha no sentido de responder, efetivamente, à demanda dessa realidade renovada.⁶ Daí propor-se que a academia se volte para a sua tarefa estratégica de formação e desenvolvimento e diminua a sua participação em treinamento. A tarefa de treinamento deve ser redirecionada para as instituições do setor.

Além do esforço que é trabalhar em rede, buscando externamente apoio para seus pontos fracos, esta nova postura exigirá do aparelho formador uma revisão de sua atual organização (uma departamentalização que responde a outro momento), uma revisão de seus produtos e, enfim, de sua razão de ser.

Summary

Starting from the evidences that there has been a shift in health actives, which suppresses the dichotomy preventive versus curative and aims at an integran and universal approach to health care, the author proposes, in face of the needs created by this new scenario, the training of a new professional to manage the health care system. A new public health professional able to respond to a new scenario and to a broader view of Public Health. He, then, proposes the necessary skills and the curriculum design. He also discusses the main transformations in universities which will be needed to meet the proposed endeavour.

⁶ Ferreira, J.R. *El liderazgo en salud pública en América*. Washington, D.C., Opas, 1988. mimeogr.