

AdSAÚDE - Série Temática

2

**EDUCAÇÃO EM
ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE
NA AMÉRICA LATINA:**

A busca de um paradigma

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

Universidade de São Paulo

Reitor: Prof. Dr. Flávio Fava de Moraes

Vice-Reitora: Prof^a Dr^a Myrian Krasilchik

Faculdade de Saúde Pública

Diretor: Prof. Dr. Arnaldo Augusto Franco de Siqueira

Vice-Diretor: Prof. Dr. Aristides Almeida Rocha

Comissão de Biblioteca e Documentação

Presidente: Prof. Dr. Pedro Manuel Leal Germano

**Rede Brasileira de Informação Bibliográfica na Área de
Administração de Serviços de Saúde - Rede AdSAÚDE**

Centro Coordenador:

Serviço de Biblioteca e Documentação (SBD/FSPUSP)

Diretora: Prof^a Dr^a Teresinha Dias de Andrade

Organização da Série: Benedita Silveira Campos Sadi

Patrocínio: Fundação W. K. Kellogg

EDUCAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA: a busca de um paradigma

Marcos Kisil

Professor Titular do Departamento de
Prática de Saúde Pública da Faculda-
de de Saúde Pública da Universidade
de São Paulo.

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
São Paulo
1994

AdSaúde - SÉRIE TEMÁTICA

1. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos, por Jairnilson Silva Paim
2. Educação em administração de saúde: a busca de um paradigma, por Marcos Kisil
3. Financiamento e descentralização do sistema de saúde no Brasil, por André Cezar Medici (no prelo)

FICHA CATALOGRÁFICA

Kisil, Marcos

Educação em administração de saúde na América Latina: a busca de um paradigma. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.
70 p.

1. Administração em saúde pública/educação. 2. Administradores de instituições de saúde/educação. 3. Desenvolvimento de programas.

Copyright : 1994 Faculdade de Saúde Pública/USP

Todos os direitos reservados

Proibida a reprodução total ou parcial por qualquer meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópias, microfilmagem, gravação, ou por qualquer armazenamento ou recuperação da informação, sem a permissão do editor.

Tiragem: 1200 exemplares

Distribuição: SERVIÇO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO/FSPUSP

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715

01246-904 - São Paulo - SP

Telefone: (011) 8515233 - Ramais: 2211/2245

Tel e Fax: (011) 280 9163

E.Mail: bibfsp@brusp.bitnet

bibfsp@cat.cce.usp.br

APRESENTAÇÃO

Nas primeiras décadas deste século o modelo de ação em saúde pública tinha como exemplo, no Brasil, as campanhas desenvolvidas para controle e erradicação de doenças infecto-parasitárias. Por outro lado, de maneira talvez menos paradigmática, o Instituto de Manguinhos programava expedições científicas para diversos pontos do país como forma de se conhecer a realidade das condições de saúde do povo brasileiro no interior. Os relatórios produzidos, além de seu conteúdo técnico-científico profundo, são, alguns deles, peças literárias extremamente interessantes que retratam uma época em transformação no país.

De lá para cá muita coisa mudou, com velocidade particularmente acelerada nos últimos anos.

As escolas de saúde pública brasileiras contribuíram muito para estas mudanças. A Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo completa, em 1995, setenta anos de existência, e a Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, comemorou quarenta anos em setembro último.

Junto com essas escolas pioneiras organizaram-se outras pelas regiões brasileiras, e as mais novas surgem agora em alguns Estados.

Evidentemente que não copiam modelos, mas estruturam-se atendendo a necessidades regionais, enquanto suas irmãs mais velhas procuram suplantar a rigidez de estruturas burocráticas atrofiadas e adequar-se a novas realidades.

As mudanças são reflexo de série de fatores e situações constituídos historicamente. Para citar alguns, o número de profissionais formados criou massa crítica especializada, com líderes de competência política e técnico-científica que possibilitaram profunda reforma na política sanitária do país. Altos cargos administrativos e executivos são hoje ocupados por esses profissionais.

Por outro lado, a produção acadêmica cresce e novos periódicos fazem-se necessários para divulgação de informação da área. Este foi outro aspecto importante. A saúde pública brasileira conta hoje com considerável número de profissionais titulados, em nível de mestrado e doutorado, de diversas especialidades afins à saúde pública, que influenciam fortemente o rumo futuro que esta poderá tomar.

Se, por um lado, conforme debateu-se na Conferência Pan-Americana de Educação em Saúde Pública na ENSP/FIOCRUZ, em agosto de 1994, há uma crise na saúde pública, identifica-se uma diversidade rica de caminhos e propostas justamente existente por esta potencialidade criada pelas áreas de pesquisa e ensino nas instituições de saúde pública. Há que direcioná-las e administrá-las convenientemente.

Alguns aspectos mostram que estes novos caminhos já estão sendo trilhados por alguns grupos, enquanto outros buscam renovar pontos estratégicos em áreas mais tradicionais.

Entre eles podem ser citadas as discussões referentes à saúde e ambiente, com incorporação de componente ecológico incluindo-se também a geografia num outro contexto diferente daquele tradicional de enfoque médico. Também podem ser citados a informática e informação em saúde; os temas da bioética e da violência; ou a avaliação de tecnologias médicas, entre outras.

Os absolutamente perturbadores avanços da biologia molecular suscitam questões antes jamais pensadas pelos profissionais de saúde

pública. Técnicas avançadas e rápidas de diagnóstico colocam desafios para a agilidade de respostas nos sistemas locais de saúde. Por outro lado, configuram-se situações éticas em que a prática implica a reflexão acadêmica, e exige seu retorno.

Estamos no limiar de um novo paradigma de saúde pública. Não só pelas novas situações técnico-científicas existentes, mas também por questões políticas, colocadas por um novo modelo de relações internacionais, notadamente alianças comerciais engendradas entre países do Continente.

O texto de Marcos Kisil sobre Administração de Saúde na América Latina tem alcance fundamental nesta discussão da crise e saídas para a saúde pública, exatamente por isso.

Em primeiro lugar deve-se ressaltar o conteúdo denso e bem fundamentado e a linguagem clara e objetiva que demonstram o domínio do assunto pelo autor.

O trabalho está muito bem organizado de modo a situar o leitor sobre o papel da administração de saúde bem como sobre os programas de formação de recursos humanos nesta área. Nada melhor do que fazer seguir a este capítulo do que uma excelente revisão histórica com uma análise de evolução dos acontecimentos nas Américas para configuração do quadro atual.

Os resultados baseiam-se na análise crítica dos Programas de Administração de Saúde (PROASAs), a partir de projeto da Organização Pan-Americana de Saúde, com apoio da Fundação W.K.Kellogg, denominado "Programa de Coordenação e Apoio à Educação em Administração de Atenção à Saúde na América Latina e Caribe".

Por que o texto de Marcos Kisil é fundamental para as questões colocadas nesta apresentação? É exatamente porque este assunto complementa os novos desafios para a saúde pública. A administração, aqui, é uma área de conhecimento essencial. Não deve, como é prática constante, ser exercida por amadores. Necessitam-se profissionais. E que profissionais? Profissionais de saúde com especialização e pós-graduação em administração ou profissionais de administração com especialização e pós-graduação em saúde? Tanto faz, a compe-

tência é que importa, mas é preciso formar profissionais competentes.

Em virtude dos novos paradigmas desafiadores que se apresentam a nós, profissionais da área, é bom ressaltar o que Marcos Kisil aponta como perfil do Administrador de Saúde, como o profissional capaz de:

“aplicar conhecimentos e habilidades, oriundos de distintas ciências, em diferentes circunstâncias que requerem decisões que afetam a administração e organização de serviços de saúde”.

Este é um texto que já nasce clássico nesta área. Apresenta uma revisão histórica, faz análise crítica e aponta caminhos. Coloca desafios para as instituições.

A ENSP/FIOCRUZ sente-se particularmente honrada em apresentar este trabalho à comunidade de profissionais de saúde da América Latina e em recomendá-lo como um marco na área de Administração de Saúde.

Adauto José Gonçalves de Araújo
Diretor
Escola Nacional de Saúde Pública
Fundação Oswaldo Cruz

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. A PROFISSIONALIZAÇÃO ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO.....	5
A importância de um paradigma	5
Administrador de serviços de saúde: uma profissão	8
2. ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE NA LITERATURA MUNDIAL.....	19
Estados Unidos: desenvolvimento de um paradigma	20
América Latina: busca de um paradigma	35
3. BASES PARA UM PARADIGMA EDUCACIONAL.....	45
CONCLUSÕES	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

INTRODUÇÃO

Em anos recentes, particularmente durante a última década, os países da América Latina, incluindo o Brasil, tiveram e estão tendo modificações importantes em seus serviços de saúde. Estas modificações resultam, fundamentalmente, das pressões sociais demandando maior oferta qualitativa e quantitativa de serviços, sejam eles de caráter preventivo ou curativo. Como consequência, o governo de cada país passou a adotar novas políticas de saúde que tentam responder a essas pressões sociais, e passou a dedicar maior atenção ao setor saúde, seja em seus aspectos estruturais organizacionais, seja em seus aspectos de adequação de recursos tecnológicos, humanos e financeiros requeridos.

Assim, em quase todos os países da América Latina, incluindo o Brasil, hoje são encontradas políticas de saúde comprometidas, de uma forma ou outra, com a "extensão de cobertura" dos serviços de saúde para toda a população. Essas políticas se manifestam através da adoção de uma estratégia de assistência primária com a consequente organização dos serviços por níveis de assistência; maior descentralização do processo decisório (estadualização ou municipalização dos serviços); novos mecanis-

mos de financiamento para o setor com uma crescente participação do Estado, seja através de impostos gerais, seja através de mecanismos de seguridade social; busca de uma formação de recursos humanos que reflita as necessidades dos serviços, através de maior articulação docente-assistencial; maior preocupação com a participação do usuário, ou seja, da comunidade, nos processos decisórios que afetam os serviços a serem prestados.

Diante dessas decisões, que em grande parte exigem a reorganização dos sistemas prestadores de atenção à saúde, fica patente a importância da administração de saúde.

A administração de saúde deve ser tomada como a arte de aplicar conhecimentos e habilidades, oriundos de distintas ciências, em diferentes circunstâncias que requerem decisões que afetam a administração e organização dos serviços de saúde.

Nesse sentido, a expressão “administração de saúde” possui uma aplicação ampla que engloba termos como os de “administração de serviços de saúde”, “administração sanitária”, “administração hospitalar”, “administração de assistência médica”, já que todos eles fazem referência à administração de tipos específicos de organização de serviços de saúde. Mas, qualquer que seja a organização, os administradores de saúde se deparam com a necessidade de ter seus papéis conhecidos e definidos dentro da organização em que atuam.

Na medida em que a administração foi acumulando, em áreas distintas da atividade humana, corpo de conhecimentos teóricos e práticos que a possibilitaram ser reconhecida como área científica, foi permitido analisar-se a administração de saúde de uma maneira sistemática em busca de referencial teórico, e prático, um paradigma segundo KUHN²⁵, que permitisse compreender o papel do profissional conhecido como administrador de saúde, bem como as necessidades da educação formal para prepará-lo.

Nesse sentido, a educação para a administração de saúde, na América Latina, que se iniciou nas Escolas de Saúde Pública, e aí se desenvolveu de maneira monopolística, até meados dos anos 60, diante das novas necessidades sociais, anteriormente apontadas, passou a ser também realizada por outras unidades da Universidade, como departamentos de Medicina Preventiva ou Social, em Faculdades de Medicina, ou em Escolas de Administração de Empresas ou Pública. Assim, de maneira continuada se buscou e se busca a formulação de um paradigma para o ensino de administração de saúde.

Em essência, a presente monografia tem como objetivo estudar as possíveis bases de um paradigma para a educação em administração de saúde na América Latina, utilizando as experiências PROASAs (Programas de Administração de Saúde). Esses programas se desenvolveram a partir de 1976 em diferentes instituições de ensino da América Latina, incluindo as Escolas de Saúde Pública do México e do Chile, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde e da Fundação W.K.Kellogg. Esses programas serão tomados como evidências empíricas para um arcabouço teórico proposto, baseado no papel do desempenho esperado do administrador de saúde e nos conceitos de conhecimento formal para a profissionalização, que podem e devem ser transmitidos por programa acadêmico de ensino.

A motivação para a escolha desse tema deu-se pelas circunstâncias históricas que afetam os serviços de saúde, exigindo propostas inovadoras de administração que requerem profissional adequadamente preparado para desenhá-las, implantá-las e avaliá-las. As Escolas de Saúde Pública teriam mandato social para gerar esses profissionais através de seus distintos programas.

A monografia está organizada por capítulos. No Capítulo 1 é apresentado e discutido um arcabouço teórico sobre o papel da administração de saúde e dos programas de educação para profissionalizar os recursos humanos nesta área. No Capítulo 2 é

revista a literatura sobre o ensino de administração de saúde, dando ênfase para a evolução histórica desse campo de interesse acadêmico e profissional. No Capítulo 3 são apresentados, de maneira sistemática, os achados do estudo de oito programas PROASAs que ilustram a busca de um paradigma para o ensino de administração de saúde e, a seguir, as conclusões.

1

A PROFISSIONALIZAÇÃO ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO

A IMPORTÂNCIA DE UM PARADIGMA

O primeiro elemento a ser considerado na constituição do arcabouço referencial é o relativo à existência de um paradigma para o desenvolvimento de um determinado campo científico.

BERGER e LUCKMANN⁷ ao tratarem da sociologia do conhecimento afirmam que “a realidade é construída socialmente e que a sociologia do conhecimento deve analisar o processo em que este fato ocorre”. Os termos essenciais nestas afirmações são “realidade” e “conhecimento”, termos não apenas correntes na linguagem diária mas que têm atrás de si uma longa história de investigação filosófica. Para a presente finalidade será suficiente definir “realidade” como qualidade pertencente a fenômenos que se reconhece terem existência independente de nossa própria vontade (não se pode “desejar que não existam”), e definir “conhecimento” como a certeza de que os fenômenos são reais e possuem características

específicas. A busca dessa certeza acerca dos fenômenos é o grande objeto das ciências. O interesse nas questões da “realidade” e do “conhecimento” justifica-se, assim, inicialmente pelo fato de sua relatividade social. O que é “real” para uma sociedade, pode não ser para outra. Assim, uma “sociologia do conhecimento” terá de tratar não somente da multiplicidade empírica do “conhecimento” nas sociedades, mas também dos processos pelos quais qualquer corpo de “conhecimento” chega a ser socialmente estabelecido como “realidade”.

Os serviços de saúde ou programas de educação para formar recursos humanos para esses serviços são realidades sociais, que podem e devem variar entre diferentes sociedades. Gerar conhecimentos sobre essas realidades deve ser a grande preocupação da comunidade científica que as estude.

Várias correntes filosóficas desenvolveram teorias para explicar como se dá essa busca de conhecimento sobre a realidade, conformando certas escolas tais como: racionalismo, empirismo, pragmatismo, ou positivismo. Mais recentemente, revendo essas correntes de pensamento, KUHN²⁵ concluiu que a história do desenvolvimento da ciência é inexata e falaciosa, isto porque ela é baseada no conceito de que certa área de conhecimento se desenvolve por acumulação de informações, levando ao desenvolvimento incremental de um certo campo de estudos. A aceitação desse processo de desenvolvimento, normalmente levaria à sedimentação ou ao aprofundamento do que já se conhece, porém não levaria a um real novo conhecimento. Isto porque estaria se gerando o conhecimento dentro do que KUHN denomina como um paradigma já aceito pela comunidade científica. Para esta comunidade, operar dentro de paradigma representa já definição de tipos de problemas a serem pesquisados, utilização de métodos já aceitos para estudá-los e predefinição de possíveis soluções que seriam aceitas pela comunidade científica em questão. Assim, para KUHN, o desenvolvimento real do conhecimento se daria quando o paradigma que

está sendo utilizado já não mais auxilia a solução dos problemas encontrados. Neste momento, os estudiosos desse campo devem buscar alternativas metodológicas e soluções fora do paradigma até então adotado. Essa fase de buscas de alternativas é chamada por KUHN de fase pré-paradigmática no desenvolvimento de uma ciência. Quando os fundamentos teóricos e metodológicos de uma das alternativas passam a ser aceitos pela comunidade científica, porque sua aplicação auxilia na solução de problemas não resolvidos através do paradigma anterior, esse campo de conhecimento passa por uma “revolução científica”. Através dessa “revolução” é que KUHN acredita que haja real desenvolvimento do conhecimento e da ciência.

Na América Latina, incluindo o Brasil, podemos afirmar que durante quase 40 anos o ensino de administração de saúde só se deu dentro de Escolas de Saúde Pública, através da formação dos sanitaristas, ou de administradores hospitalares. As novas necessidades dos serviços, como será discutido posteriormente, não foram adequadamente atendidas por este tipo de profissional, como consequência, novos modelos de formação de recursos humanos passaram a ser buscados. Nesse sentido, as experiências PROASAs podem ser tomadas como pré-paradigmáticas e passam a indicar algumas características básicas de novo paradigma a ser adotado. Isso representaria verdadeira revolução científica no campo do ensino da administração, segundo KUHN²⁵.

Outro elemento importante a ser considerado na busca desse paradigma é o fato de que, mais e mais, os serviços de saúde na América Latina estão localizados na esfera de influência da administração pública. Entre outras, uma das razões para considerar a administração de saúde dentro da administração pública é o resultado da cultura política prevalente nos países da América Latina.

De acordo com LINDBLOM²⁶, a maioria dos países são governados por regimes autoritários, tendo um sistema econômico determinado pela economia de mercado. STEPAN⁴⁵ adotou a expres-

são “estatismo orgânico” para descrever o modelo de governo autoritário encontrado nesses países. Orgânico se refere à visão normativa adotada pela comunidade política, através da qual os elementos componentes da sociedade devem harmoniosamente se combinar para garantir o desenvolvimento pleno da sociedade. Estatismo se refere à premissa de que essa harmonia não ocorre espontaneamente dentro do processo de evolução histórica da sociedade. Ele é conseguido somente através do exercício de poder, de escolhas racionais no processo decisório e, ocasionalmente, através da reestruturação da sociedade civil pelas elites políticas. Assim, o estatismo orgânico exige papel intervencionista, e autoritário do Estado, através de sua burocracia, seja através do provimento direto de serviços, seja através de intenso e amplo processo normativo afetando quase a totalidade da vida institucional de um país. Os serviços de saúde na América Latina, como instituição, estão profundamente determinados pela presença do Estado.

É importante também considerar que nesta última década, a maioria dos países da região passaram a ter maior pluralismo partidário, em alguns casos com crescimento dos grupos que adotam uma ideologia estatizante para o setor saúde. Assim, em vários países se assiste a uma crescente estatização do setor por razões ideológicas, provocando maior presença da burocracia estatal e da administração pública.

ADMINISTRADOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA PROFISSÃO

O segundo elemento do arcabouço referencial é o entendimento de que o administrador de serviços de saúde é um profissional. Nesse sentido, é importante conhecer como na divisão social do trabalho é reconhecido um certo conhecimento específico e formal na definição de uma profissão.

A divisão social do trabalho constitui o sistema de interconexão entre atividades especializadas na sociedade, representando corpos diversos de conhecimento especializado manifes-

tados através daquelas atividades. Nesse sentido é possível distinguir entre o conhecimento de senso comum que deve ser compartilhado por todos adultos normais no curso de suas atividades diárias, daquele conhecimento específico e especializado que é compartilhado por grupos particulares de pessoas que realizam atividades também especializadas e específicas. Estes conhecimentos especializados podem ser formalizados em teorias ou outras abstrações, num esforço de sistematizar e justificar as atividades executadas. Neste caso, FREIDSON²² utiliza a expressão conhecimento formal, cuja natureza pode ser caracterizada pelo conceito de racionalização, conceito que é central para Weber em sua análise do desenvolvimento da civilização ocidental. Racionalização que consiste no uso penetrante da razão, apoiado, onde possível, pela avaliação da eficiência funcional. A ação racional é organizada para atender a todas as necessidades institucionais da sociedade moderna. Embora intimamente associada ao uso de tecnologia, também é aplicada na administração das organizações sociais. Este conhecimento formal foi progressivamente sendo apropriado pelas universidades, que através da pesquisa e do ensino passaram a sistematizá-lo e transmití-lo para que se alcançasse a máxima eficiência social no uso do conhecimento. A questão que se deve indagar é: como é possível que o conhecimento formal, gerado e transmitido pela universidade, possa efetivamente estabelecer relação conseqüente com a realidade, e os problemas que afetam a sociedade?

Para ter algum impacto social, o conhecimento formal deve ser colocado em ação através de agentes ou portadores desse conhecimento, e que estejam em posições que permitam o exercício desse conhecimento.

A denominação desses agentes de conhecimento pode apresentar diferenças importantes numa revisão de literatura. Algumas das expressões utilizadas para identificá-los são: “especialistas”, “técnicos” ou “tecnocratas”, “intelectuais”, “intelligentsia”, ou “profissionais”.

O termo “intelligentsia” aparentemente foi usado primeiramente na Polônia em 1844²³. Membros da “intelligentsia” foram

ativos na Revolução Russa e no governo da Polônia entre 1918 e 1939. O termo tornou-se indicativo de membros da burocracia governamental que possuíam melhor educação que a população em geral. Como é demonstrado por CHURCHWARD¹¹, representa um termo aplicado de maneira muito heterogênea, embora mais recentemente se aplique à classe dirigente do país.

Se o termo “intelligentsia” se aplica aos dirigentes da Europa Oriental como os portadores ou agentes do conhecimento, na Europa Ocidental e Américas se utiliza o termo “intelectual”. Esse termo foi primeiramente usado na França no fim do século XIX¹⁹. Os autores que tentaram definir o termo “intelectual” normalmente empregaram dois critérios: de um lado, alguns enfatizaram o tipo de conhecimento que os intelectuais possuem e transmitem, e a orientação desse conhecimento, acreditando que os intelectuais estão interessados somente naqueles conhecimentos que transcendem os afazeres rotineiros da vida¹⁵; por outro lado, alguns autores descreveram os intelectuais como alheios ou marginais a suas sociedades e intrinsecamente críticos com relação às mesmas³¹. SHILS⁴¹ distingue a criação, cultivo, e transmissão de conhecimento como o papel primário do intelectual, sendo secundário a aplicação do conhecimento em situações concretas, como executor. Neste caso, o termo “intelectual” se aplica mais à classe acadêmica, e menos à classe dirigente da sociedade, e de seus aparelhos de Estado.

ELLUL¹⁷ e FOUCAULT²¹ freqüentemente utilizam as expressões “técnicos” ou “especialistas” para designar os agentes portadores de um conhecimento específico. Para FREIDSON²² estes termos têm o mesmo significado da expressão “profissional”. BELL⁶ em seu famoso livro “The Coming of Post-Industrial Society” elabora a visão de que o conhecimento formal tem se tornado o princípio axial para as sociedades avançadas, afirmando que:

o coração da sociedade pós-industrial é uma classe que é primariamente profissional... Uma profissão é uma atividade academicamente aprendida, e assim envolve treinamento formal, mas em contexto intelectual amplo.

As idéias de BELL⁶ deixam claro que o profissional é também um agente da transmissão do conhecimento. Assim, acreditamos que intelectuais e profissionais representam os agentes do conhecimento formal. Os primeiros primordialmente, mas não exclusivamente, investigando e transmitindo os conhecimentos no âmbito acadêmico ou universitário. Os segundos, como agentes especializados na divisão social do trabalho, utilizando os conhecimentos formais adquiridos, entram em um mercado de trabalho para exercerem atividades específicas, e assim participam produtivamente da sociedade.

Uma vez entendido quem são os agentes do conhecimento formal, a questão que fica é: como determinada ocupação atinge o "status" de profissão? Como se dá o processo de profissionalização de um conhecimento específico?

Para se falar do processo de profissionalização, ou como BERGER e LUCKMANN⁷ definem, como se dá a institucionalização do conhecimento em uma profissão, é necessário definir a direção que este processo de profissionalização toma, e definir o estágio final do profissionalismo que uma ocupação pode alcançar.

Esse processo de profissionalização normalmente se inicia através da identificação de uma necessidade social não atendida, ou mal-atendida pelas profissões existentes. A identificação dessa necessidade social, não atendida pela divisão social do trabalho prevalente, pode se dar através de grupos de intelectuais que estudam a sociedade, porém na maioria das vezes são identificadas por outras profissões afins, que já atuam num determinado setor. Assim, se inicia uma ocupação específica para atender à necessidade

social identificada. Essa ocupação, dependendo do grau de complexidade das atividades a serem executadas, pode ser exercida por profissionais que já atuam no setor. Quanto mais complexa a atividade, maiores são as chances de que se defina um conhecimento formal específico para executá-la, e a necessidade de treinamento educacional formal para aprendê-la. A transformação dos programas de treinamento em programas acadêmicos, no âmbito das universidades, representa o passo seguinte rumo à profissionalização da ocupação, com o estabelecimento dos núcleos de intelectuais que vão alimentar e promover os conhecimentos requeridos pela nova ocupação. O surgimento de uma massa crítica de egressados desses novos programas acadêmicos, competindo com os profissionais tradicionais do setor para exercerem as atividades da nova ocupação, representa o momento seguinte onde começa a se buscar os limites institucionais de uma nova ocupação, com os conseqüentes conflitos com as profissões já estabelecidas. O passo seguinte da institucionalização se dá com a conformação de entidades associativas que passam a defender os interesses de seus associados, e passam a pressionar a sociedade, através de seus canais legais, para reconhecerem os direitos profissionais daqueles que se dedicam à nova ocupação. Isto se dá através do Estado, que pode legislar e reconhecer uma nova profissão, definindo critérios para exercê-la, e credenciando instituições acadêmicas para educar eventuais interessados na nova profissão.

De acordo com MILLER²⁹, a administração de saúde representa uma ocupação que está em transição para se tornar uma profissão. CHAVES¹⁰ distingue entre as profissões de saúde de nível universitário, dois grande grupos: as profissões primárias, que “encontram no sistema de saúde seu ponto natural e quase exclusivo de aplicação” (por exemplo: medicina, enfermagem, odontologia, farmácia), e as profissões secundárias, para as quais a saúde representa apenas um dos vários possíveis campos de aplicação, caracterizando-se por um nome composto, onde o nome da profissão pri-

mária é adjetivado (por exemplo: engenharia biomédica, arquitetura hospitalar).

Uma vez feita essa diferenciação, percebe-se muito claramente como os profissionais primários confinam os secundários - incluindo os administradores de saúde - unicamente a papéis menores dentro das organizações de saúde. A esse respeito, observa STARK⁴³:

se vê o atual administrador de serviços de saúde como a um indivíduo com uma responsabilidade limitada, usualmente restrita às tarefas técnicas e mais rotineiras da organização...

E mais,

...o padrão histórico tem sido a transformação do administrador num zelador (da organização)... a menos que ele tivesse um "Doutor" junto ao seu nome. Nesses casos, em geral acreditava-se que seu talento se estava desperdiçando em tarefas administrativas.

Os problemas existentes entre os profissionais primários do setor saúde, principalmente os médicos, e a ocupação de administrador de serviços de saúde são bem analisados por ETZIONI¹⁸ ao discutir o conflito entre autoridade administrativa (com fundamento na posição hierárquica) e a autoridade profissional (com fundamento no conhecimento especializado). Segundo ETZIONI, as organizações de serviços de saúde devem ser consideradas como organizações especializadas por dois motivos: natureza do seu campo de atuação e elevada proporção de profissionais especializados que emprega. Nessas organizações os profissionais primários são os responsáveis técnicos pelas atividades finais da organização e, portanto, são os portadores da autoridade profissional, submetidos

e garantidos pelo reconhecimento social e responsabilidade legal por suas ações. Nessas circunstâncias, é natural que acreditem terem também de assumir posições administrativas para exercerem a autoridade administrativa dentro das organizações. Nesse sentido, os profissionais primários passam a exercer ocupações de administrador de serviços de saúde.

Segundo CARVALHAL⁹, o problema exposto por ETZIONI¹⁸ é de crucial importância para o presente estudo, levantando uma questão fundamental: para administrar programas ou organizações do sistema de saúde, faz-se necessário um conhecimento da administração maior do que aquele que pode ser obtido empiricamente?

A preocupação em conciliar as orientações dos dirigentes das organizações do sistema de saúde com as dos especialistas que ali trabalham tem levado a nomeação de profissionais primários de saúde para os cargos de direção, independentemente de possuírem qualquer conhecimento de administração. Tal decisão tem um sério óbice, como indica CARVALHAL⁹: a competência técnica não se faz necessariamente acompanhar pela competência gerencial indispensável à administração. Embora em alguns casos o profissional primário de saúde possua capacidade gerencial inata, ou procure desenvolvê-la de maneira autodidata, na maioria das vezes revela-se incapaz de responder às demandas de sua nova posição.

A esse respeito, comenta SILVA⁴², aludindo às funções administrativas:

... Não há a negar, entretanto, a existência de administradores que, sem nenhum conhecimento especializado, conduzidos apenas pela lógica da situação que se lhes deparou, ou se lhes depara, têm sido, e são tão bem-sucedidos quanto poderiam ser dentro do seu empirismo. Mas não é menos certo que eles seriam mais eficientes do que foram ou do que são, se tivessem recebido,

na ocasião própria, treinamento adequado, que os protegesse contra o empirismo e a improvisação. O fato de haver, aqui e ali, administradores empíricos bem-sucedidos não autoriza a conclusão de que um treinamento específico não os teria tornado muito melhores.

MEZOMO²⁸, ao tratar também do administrador hospitalar, levanta aspecto da maior importância, ao afirmar:

Ao executivo hospitalar não assiste o direito da ignorância administrativa, porque da posse e do domínio desta ciência depende a legitimidade de sua função.

Para CARVALHAL⁹, na verdade, -o papel restrito do administrador de serviços de saúde, anteriormente mencionado, decorre em grande parte do seu empirismo e por exercer ainda uma ocupação não adequadamente profissionalizada. Ele pode ter o poder conferido pela posição que ocupa, mas não tem a autoridade - na acepção weberiana, do poder legitimado - que advém do conhecimento.

Talvez o mais importante e sistemático esforço para compreender o papel do administrador de serviços de saúde foi aquele realizado por ALLISON² e col. para a "Commission on Education for Health Administration" em 1974. Os achados daqueles autores influenciaram várias das conclusões e recomendações que se encontram no relatório final da COMISSÃO¹². Segundo essa COMISSÃO, para assumir papel de liderança no sistema:

os administradores de saúde devem adquirir e demonstrar competência que os credencie como pares daqueles que provêm serviços diretos, e que os habilite ao apoio de outros elementos do sistema, do governo e do público.

A COMISSÃO¹², observando que a simples injeção de recursos financeiros no sistema tem-se revelado incapaz de sanar suas dificuldades, acredita que os administradores de saúde podem tornar-se “uma força crucial para a solução de muitos problemas do sistema”, de vez que estes reclamam soluções administrativas, sob a forma de “melhor planejamento, organização, financiamento e avaliação do desempenho da assistência médica e sanitária”. A COMISSÃO não nutre qualquer dúvida sobre o papel que a administração pode desempenhar no sistema de saúde, afirmando, após dois anos de trabalhos e pesquisas:

Concluimos que a melhoria da organização e administração do sistema de assistência médica e de saúde irá aumentar grandemente a sensibilidade, a responsabilidade e a racionalidade do sistema. A assunção da liderança por aqueles designados como administradores no sistema, aliada a maior expectativa e apoio público e profissional em relação a tal liderança, irá levar a maior eficácia administrativa.

Em resumo, a constatação da existência de um corpo de conhecimento formal que permite melhor entendimento de uma realidade social chamada serviços de saúde, conhecimento este que facilita a compreensão e solução de vários dos problemas complexos que afetam a organização desses serviços, aliada à necessidade de ampliar esses conhecimentos devido à importância social desse setor, tornam a profissionalização da administração instrumento imprescindível para a adequação dos serviços à necessidade da sociedade. Embora parte desses conhecimentos possa advir da experiência prática e de talentos individuais naturais, os fatores já citados não permitem que se despreze todo o arcabouço teórico, já existente da “administração/ciência”, em prol de uma abordagem empírica e individualista de “acerto e erro”.

O exame do papel do administrador de saúde e da natureza dos desafios a que deve responder mostra ainda que não apenas os conhecimentos de administração se fazem necessários para um desempenho eficaz: eles devem ser aliados a uma compreensão de todo o setor saúde, e do contexto onde o mesmo se desenvolve.

2

ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE NA LITERATURA MUNDIAL

O tópico de educação para a administração de saúde tem recebido a atenção de inúmeros autores na última década. Essa atenção reflete a importância que o tema tem adquirido como consequência das necessidades presentes da sociedade, da inadequação dos serviços e da preparação de recursos humanos para resolvê-los. Reflete ainda os avanços do conhecimento sobre o tema, onde já se identificam os intelectuais que desenvolvem e disseminam os conhecimentos adquiridos e o público leitor interessado que busca profissionalizar-se nessa nova área. Porém, a produção de resultados de pesquisas, artigos ou monografias, não se dá de maneira homogênea entre os distintos países. Assim, por exemplo, os Estados Unidos apresentam produção literária muito maior que os países da América Latina ou Europa, refletindo o grau de interesse acadêmico que o tema já desperta, a profissionalização já alcançada e maior consenso sobre o paradigma a ser utilizado na preparação de recursos humanos para a administração.

A produção literária da América Latina, embora menor em quantidade, revela ainda maior heterogeneidade nos temas tratados, refletindo, assim, a fase pré-paradigmática descrita por KUHN²⁵, onde várias e diferentes orientações são encontradas na formação do administrador.

O objetivo deste capítulo é rever como se deu historicamente o desenvolvimento da educação para administração de serviços de saúde, e dos seus paradigmas, particularmente nos Estados Unidos e na América Latina.

ESTADOS UNIDOS: DESENVOLVIMENTO DE UM PARADIGMA

No início deste século, com a consolidação das primeiras Escolas de Saúde Pública, em Universidades de reconhecido prestígio como Harvard, Yale e Johns Hopkins, introduziram-se temas de organização de serviços de saúde no currículo da formação dos sanitaristas. Esses temas, junto com a epidemiologia, métodos quantitativos e saneamento do meio, passaram a formar as bases epistemológicas de sustentação de uma nova profissão então emergente, a de sanitarista.

Embora ao longo dos anos, tenha se expandido a presença de conteúdos administrativos na formação do sanitarista, em nenhum momento se acreditou, ou se tomou o sanitarista como um administrador de serviços de saúde. Assim, nos Estados Unidos, o aparecimento do administrador de serviços de saúde passa a ocorrer com a instalação dos programas de formação específica para a Administração Hospitalar.

Para se compreender o porquê desta influência marcante da administração hospitalar, é importante rever o que se passou com os hospitais nos Estados Unidos numa fase que antecedeu à criação dos programas de ensino.

Em 1873, uma pesquisa governamental mostrou que havia no país menos que 200 hospitais gerais; em 1910 havia 4.000; e em 1920, mais de 6.000³². Vários fatores explicam esse crescimento espantoso:

- o crescimento acelerado das cidades como consequência da Revolução Industrial, e o estabelecimento dos primeiros parques industriais;
- o desenvolvimento tecnológico em meios de diagnóstico e tratamento, particularmente com a introdução da antissepsia cirúrgica e da radiologia, transformando o hospital na organização nuclear e depositária de tecnologia de ponta;
- a emergência do hospital como “locus” primordial da formação do médico, e dos profissionais afins, particularmente a enfermagem, então uma profissão emergente. Para a consolidação da relação entre ensino médico e hospital foi particularmente importante a divulgação do Relatório Flexner²⁰, em 1910, quando foram estabelecidas as bases científicas da medicina que hoje conhecemos.

Nesse período os hospitais se consolidaram como instituições de tratamento e recuperação de saúde, atraindo a presença do médico para a prática intra-hospitalar, introduzindo a enfermeira como elemento crucial de apoio à prestação de serviços, e criando a figura do administrador do hospital, como uma posição de trabalho de tempo integral³. Historicamente, o aparecimento quase concomitante desses três atores na vida hospitalar, veio facilitar sobremaneira a futura profissionalização do administrador.

Outro aspecto a ser ressaltado é que o surgimento dessa nova ocupação, a de administrador hospitalar, se dá de maneira concomitante com o surgimento do sanitarista, ao contrário da América Latina. Nesta, o administrador hospitalar surge quando já se encontra consolidada não só a profissão médica e de enfermagem, mas especialmente a do sanitarista, fato este extremamente relevante para explicar as dificuldades futuras de institucionalização da ocupação em uma profissão, como veremos mais adiante.

Vários fatores são apontados como responsáveis pelo surgimento e relativa importância do administrador hospitalar como ocupação no início do século nos Estados Unidos. Entre eles:

- o surgimento das especialidades criando competição entre os médicos permitiu que o administrador assumisse o papel de porta-voz da comunidade em certas tomadas de decisão que afetavam o uso de recursos. A maioria dos hospitais então existentes eram hospitais comunitários, mantidos com recursos privados, canalizados para este propósito pela comunidade³;
- a função assumida pelo administrador em coordenar a disponibilidade das tecnologias emergentes, bem como a sua utilização, introduzindo por exemplo os serviços de arquivo médico, e apoiando o surgimento de comitês de controle de qualidade dos serviços prestados pelo hospital³;
- o apoio público dado à profissão emergente de administrador pelo “American College of Surgeons”, em 1915, quando do lançamento do movimento de padronização dos hospitais³;
- o fato dos médicos atuarem em tempo parcial, enquanto a presença administrativa se dava continuamente nos hospitais, em sua maioria comunitários, conformando-se como organizações independentes, com missões e clientela específicas, sem estarem afiliados a nenhum sistema maior. Como consequência, cada hospital deveria ter no administrador o responsável por captar os próprios recursos financeiros na comunidade, seja através de doações, seja através da venda de serviços; deveria recrutar e treinar seus recursos humanos; deveria estabelecer suas normas e procedimentos administrativos⁴⁴.

Embora o primeiro trabalho publicado sobre o ensino de administração hospitalar tenha sido “The Report of the Committee on the Training of Hospital Executives”, escrito por RAPPELYE³⁸

e publicado em 1922, a primeira publicação que realmente influenciou o desenvolvimento do ensino de administração hospitalar foi o livro "Hospital Administration: A Career", de DAVIS¹⁶, publicado em 1929, com o subtítulo "The Need for Trained Executives for a Billion Dollar Business, and How They May Be Trained".

DAVIS¹⁶ descreveu, em seu citado livro, sobre as funções do administrador hospitalar, ressaltando três componentes fundamentais: a organização hospitalar, as relações com a comunidade, o corpo clínico e sua prática.

Com relação à gerência da organização hospitalar, DAVIS¹⁶ via o administrador do hospital tendo problemas similares ao de um administrador de hotel, com um fator complicante representado pela diversidade de pessoal a ser supervisionado. Através da fixação dos preços dos serviços a serem prestados, Davis acreditava que o administrador "deveria considerar não só o custo dos serviços, mas também as possibilidades de pagamento do paciente", isto porque ele insistia que o hospital era uma organização "cujo objetivo não é o lucro... e não é um negócio competitivo".

DAVIS¹⁶ aconselhava ao administrador hospitalar estabelecer boas relações com a comunidade, não só para garantir o contínuo apoio às necessidades do hospital, mas também para apoiar os médicos que atuavam em seus consultórios, e os sanitaristas que atuavam nos serviços de saúde pública.

Com relação aos serviços médicos prestados, DAVIS¹⁶ acreditava que o administrador tinha a função de coordenar e conciliar os interesses do público e dos pacientes, com os interesses dos médicos. O instrumento adequado para isso eram os comitês para avaliação dos prontuários médicos que estavam sob a guarda de um serviço de arquivo médico, organizado e dirigido pelo administrador.

Uma outra preocupação de DAVIS¹⁶ era quanto à ausência de administradores tecnicamente habilitados para exercerem as funções descritas anteriormente, e a necessidade de que essa habilita-

ção devesse ser feita através de um programa de educação formal. Na época, a única tentativa até então realizada foi pela Marquette University, em Milwaukee, Wisconsin, que tentou estabelecer um programa em 1926, e que por várias razões foi interrompido em 1928⁴⁹.

DAVIS¹⁶ acreditava que o programa de treinamento deveria ser mais prático que teórico, com mais ênfase aos tópicos de administração e menos aos tópicos de saúde. Ele recomendava um programa de dois anos, em nível de mestrado, tendo no primeiro ano, durante 9 meses, o desenvolvimento de um programa teórico, seguido de prática de 3 meses em hospital; no segundo ano, a carga teórica deveria ser de 2/5, para 3/5 de prática supervisionada. Ele recomendava as seguintes disciplinas: contabilidade, estatísticas, organização e gerência, economia e ciências sociais, história e situação dos hospitais, profissões médicas, política empresarial, saúde pública e relações legais. Ele acreditava que o programa deveria estar localizado em Universidade, que tivesse tanto a escola de administração como a de medicina. Para as necessidades de pessoal habilitado em administração nos pequenos hospitais, DAVIS propunha programa de especialização de um ano.

O livro de Davis influenciou e encorajou o aparecimento do primeiro programa em nível de especialização em administração hospitalar, o que ocorreu em 1930, na Duke University⁴⁹.

O próprio Davis se tornou o artífice do primeiro programa em nível de mestrado⁴⁹. Isto se deu em 1934, com a decisão da University of Chicago de estabelecê-lo dentro da Escola de Administração, e convidar Davis para ser seu primeiro diretor. Embora tenha permanecido nesta posição somente um ano, Davis teve chance de implementar programa que refletia as idéias defendidas em seu livro. Este programa serviu de modelo para vários outros que se seguiram.

Em 1935, surgiu o primeiro livro de texto em administração hospitalar, escrito por MACHERN²⁷. Esse livro descrevia e ampliava as idéias de Davis, e reafirmava as três esferas de influência

de um administrador hospitalar, tornando-se clássica fonte de referência para o administrador e denominador comum usado como livro-texto para os programas de administração, influenciando toda uma geração de profissionais.

O segundo programa foi estabelecido pela Northwestern University em 1943, também dentro da Escola de Administração. A este se seguiram dois programas: Columbia University, em 1945, e University of Minnesota, em 1946; ambos localizados em Escolas de Saúde Pública.

Por essa época, como conseqüência do desenvolvimento da educação para administração de saúde, o "American College of Hospital Administrators" e a "American Hospital Association" decidiram estabelecer uma Comissão conjunta para estudar e fazer recomendações sobre a educação de administradores de hospitais⁴. A Comissão, que era dirigida por C.E.Prall, atuou de 1945 a 1948, quando publicou o seu relatório "The College Curriculum in Hospital Administration", que ficou conhecido como o Relatório Prall.

O citado Relatório⁴ é composto de três partes. Na primeira é discutido: a natureza da administração hospitalar, como alguém pode aprender a ser um administrador hospitalar competente, e os resultados de um estudo realizado por Prall sobre os problemas que os administradores hospitalares consideravam como os mais importantes em suas práticas diárias. Este estudo consistia de entrevistas realizadas com 100 administradores, tendo sido objeto de publicação específica³⁷. A segunda parte do relatório discutia a organização dos cursos e dos currículos para o treinamento em administração hospitalar, fazia recomendações, dando especial atenção para a composição do corpo docente desses programas. A Comissão recomendava a incorporação dos seguintes tópicos no currículo: departamentos de hospitais e suas funções; gerência de pessoal; programas de assistência médica; relações públicas; planta física e equipamentos; relações dos administradores com os conselhos diretivos dos hospitais. A terceira parte do relatório fazia proje-

ções sobre demanda futura de administradores, bem como sobre sua utilização em diferentes departamentos do hospital.

O Relatório Prall⁴ não se refere a programas de graduação, tornando claro que por essa época já estava bem estabelecida a idéia de que os programas de educação deveriam ser tomados como de pós-graduação, seja em nível de especialização, seja em nível de mestrado.

Outro aspecto importante sobre a citada Comissão, enquanto existiu, foi seu papel de assessoria para a instalação de novos programas. No período de 1945 a 1948 foram criados seis programas nas Universidades de Columbia, Johns Hopkins, Minnesota, Toronto, Washington (St.Louis) e Yale, e se planejaram os programas de California (Berkeley) e Michigan.

Analizando o impacto desse Relatório⁴, WREN⁴⁹ comenta que ele não causou nenhuma alteração significativa para o entendimento do currículo ou da direção que deveriam ter os programas, quando comparados com as sugestões de DAVIS¹⁶. Seu maior impacto deu-se na criação dos novos programas. Quando a Comissão iniciou o seu trabalho havia três programas formalmente estabelecidos. No seu término havia oito novos programas, seguidos de três mais, instalados nos dois anos seguintes ao da publicação do informe.

Em 1952, o "American Council on Education" resolveu criar "The Commission on University Education in Hospital Administration". Esta Comissão tinha o objetivo de estudar o desenvolvimento desse campo educacional através da análise dos 13 programas então existentes nos Estados Unidos e Canadá. A Comissão trabalhou no período de 1952 a 1954. Ela tinha como diretor H.V. Olsen, então diretor e professor do programa de administração hospitalar do Dartmouth College, em New Hampshire. Ao seu final, a Comissão produziu o relatório que se tornou público com o título "University Education for Administration in Hospitals"⁵, também conhecido como Relatório Olsen.

O Relatório Olsen⁵ começa com uma breve introdução sobre o significado da educação universitária para a administração de hospitais. Especial atenção é dada: à importância da especialidade quando comparada com a área de administração geral e da solidificação de sua base acadêmica através da melhoria do corpo docente; à pesquisa para o avanço do conhecimento e do reconhecimento dos programas; aos métodos de ensino e das condições materiais para a docência; ao estabelecimento de padrões de admissão para novos alunos. O Relatório também fazia previsões sobre oportunidades de emprego para egressados, e constatava a necessidade de novos programas para atender à crescente demanda. Entre as 31 sugestões, se propunha a existência de programas exclusivamente para médicos e enfermeiras.

Uma outra sugestão se referia ao “locus” mais apropriado para um programa de administração hospitalar. A Comissão acreditava que fosse em Escolas de Administração de Empresas. Esta sugestão provocou grande polêmica na época, já que dos 13 programas existentes somente 2 estavam em Escolas de Administração. Seis estavam localizados em Escolas de Saúde Pública e 5 em outras locações nas Universidades.

Por causa dessa polêmica, o Relatório não foi valorizado pelos programas localizados em Escolas de Saúde Pública, e assim não recebeu a atenção devida, embora fosse de boa qualidade⁴⁹.

Em 1962 havia 17 programas já estabelecidos, sendo 6 em Escolas de Administração de Empresa, 7 em Escolas de Saúde Pública, 1 em Escola de Medicina, 1 em Escola de Administração Hospitalar e 2 em Escola de Pós-Graduação⁴⁸. Assim, começa a emergir uma tendência para a localização dos programas ou em Escolas de Saúde Pública ou em Escolas de Administração de Empresa. Entretanto, os programas desde sua criação tinham diferenças importantes. Diferenças essas que refletiam as opiniões diferentes dos diretores dos programas sobre a melhor forma de educar o administrador hospitalar.

Com o intuito de conhecer essa diversidade de orientações, WREN⁴⁸ realizou estudo de 14 programas, sendo este um dos poucos trabalhos encontrados na literatura que teve essa preocupação.

Depois de estudar o desempenho dos egressados desses programas e avaliar as opiniões dos empregadores, fazendo uma análise comparativa entre o plano curricular de estudos e os conteúdos ensinados, WREN⁴⁸ conclui que:

...a prática de administração hospitalar obviamente contempla elementos tanto de saúde pública, como de administração de empresas. Cada tipo de programa parece estar realizando um ensino igualmente bom em ambas as áreas, pelo menos para que os seus graduados tenham êxito em seu desempenho. Assim, deveria haver menos preocupação pela localização do programa dentro da Universidade, e uma maior atenção para os conteúdos a serem ensinados...

Essa preocupação com a padronização dos conteúdos passou então a ser de grande preocupação do final dos anos 60 e de toda a década de 70. Esses conteúdos podiam ser classificados em cinco grandes categorias: Teoria Geral da Administração, Saúde Pública (incluindo Assistência Médica), Gerência Empresarial, Ciências Sociais, e Administração e Organização Hospitalar. De acordo com THOMPSON e FILERMAN⁴⁶, era na composição das quatro primeiras categorias que os programas realmente se diferenciavam uns dos outros. Enquanto alguns ofereciam cursos nas quatro áreas, outros se concentravam em apenas uma. Na área de Organização e Administração Hospitalar era onde se encontrava maior semelhança entre os programas. Entre as razões aventadas para explicar essa semelhança estavam: a existência de praticamente um só livro-texto que era utilizado por todos os programas e a existência no currículo, de internato em hospitais, onde a supervisão se dava por antigos alunos dos mesmos programas.

Assim, quando se iniciou o movimento para padronizar os conteúdos dos programas, a área de Organização e Administração Hospitalar foi a primeira em que foi possível estabelecer consenso sobre o mínimo de carga horária a ser ensinada⁴⁶.

Nesse esforço de padronização foi importante o papel desempenhado pela “Association of University Programs in Hospital Administration” que teve, posteriormente, seu nome alterado para “Association of University Programs in Health Administration (AUPHA)”.

Embora uma associação de programas tivesse sido formada em 1948, durante muitos anos foi praticamente impossível desenvolver qualquer atividade inter-programas. Somente a partir de 1964, na busca de uma padronização dos conteúdos, e a seguir com o estabelecimento de credenciamentos para os programas, foi que a AUPHA passou a ter um papel crescente em orientar o desenvolvimento da área, funcionando como um fórum permanente de discussões sobre conteúdo curricular, métodos e materiais de ensino, desenvolvimento do corpo docente, estabelecimento de prioridades para as áreas de pesquisa, facilitando e incentivando publicações para disseminar os conhecimentos adquiridos. Como resultados práticos dessa atuação, ainda durante os anos 60, foi criada a “Accrediting Commission on Graduate Education for Hospital Administration”, com vários grupos-tarefas para estudar áreas pertinentes a um “core curriculum” para a administração hospitalar. Essa Comissão teve, em 1968, seu nome alterado para “The Accrediting Commission on Education for Health Services Administration”, já refletindo uma necessidade emergente.

As aceleradas transformações sociais que ocorreram no final dos anos 60 e início dos anos 70, que levaram ao aumento da demanda social por mais e melhores serviços, aliada ao custo e complexidade crescentes desses serviços, determinaram o surgimento de novas organizações e mecanismos para financiar e operar a prestação de serviços de saúde, tais como: incremento das formas de

seguros-saúde, seja compulsórios ou voluntários, levando ao envolvimento dos próprios hospitais prestadores através da “Blue-Cross” and “Blue-Shields”; incremento de fórmulas de pré-pagamento e de medicina de grupo, tipo “Health Maintenance Organization (HMO)”; introdução legal de agências governamentais de planejamento de saúde de nível local e regional em todo o país, com atribuições relativas tanto ao planejamento de saúde pública, como, e principalmente, em relação à assistência médico-hospitalar; surgimento de grupos operadores de hospitais, que adquiriram o caráter de verdadeiras empresas ou corporações, atuando em várias áreas geográficas do país, tais como “Sisters of Mercy, Hospital Corporation of America”; incremento de fórmulas administrativas de contenção de custos e de racionalização da utilização dos recursos existentes que levaram à fusão de hospitais e à criação do “Multiple Hospitals System”.

As mudanças acima descritas provocaram profundas alterações no sistema prestador de serviços de saúde e na sua administração, exigindo assim mudanças nos programas de ensino. Com o intuito de estudar essas alterações e a melhor forma de responder às suas necessidades através dos programas de ensino foi estabelecida uma nova Comissão para estudar os problemas e sugerir soluções para superá-los. Assim foi estabelecida “The Commission on Education for Health Administration”, em 1972, como grupo de trabalho interdisciplinar. Seu presidente foi J.P. Dixon. Entre os membros da Comissão havia um latino-americano, funcionário da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), M.A. Bobenrieth. A importância dessa presença será discutida mais adiante quando revisarmos a evolução da área de administração de serviços de saúde na América Latina.

A citada Comissão, que necessitou de vários trabalhos preliminares antes de seu funcionamento, atuou de 1972 a 1974, quando publicou o seu relatório, composto de três volumes. O primeiro volume é o relatório propriamente dito, complementado por dois

documentos preliminares preparados para uso da Comissão¹². O segundo consiste de 13 documentos básicos preparados por autores especialmente selecionados pela Comissão. Estes documentos constituem coleção preciosa de idéias e reflexões sobre série de tópicos e problemas que afetam o ensino e a prática da administração de serviços de saúde¹³. O terceiro volume contém as memórias de uma conferência especialmente organizada para discutir e disseminar as recomendações feitas pela Comissão¹⁴. Importante observação sobre esta Comissão é que, diferentemente das anteriores, coloca como objeto de reflexão não a administração hospitalar, mas a administração de todos os serviços que atuam no setor saúde: clínicas, asilos, ambulatórios, hospitais gerais comunitários, universitários, especializados e de crônicos, departamentos de saúde e agências de planejamento em municipalidades, estados e no próprio governo federal, agências de controle ambiental, companhias de seguro, organizações de serviços que atuam sob a forma de pré-pagamento e medicina de grupo, sistemas públicos de seguro social como o "Medicare" e "Medicaid". Nessa época já havia 72 programas nos Estados Unidos e Canadá, sendo 30 em Escolas de Saúde Pública e 15 em Escolas de Administração de Empresas ou Pública. Porém, já acompanhados de número crescente de programas em nível de graduação, nessa época em número de 27¹⁴.

Nos programas em nível de mestrado, que tinham duração de dois anos, as áreas de estudos contidas no currículo com a respectiva percentagem com relação à carga horária total eram: administração/gerência (34%); ciências sociais/comportamentais (21%); ciências da saúde (13%); organização da assistência médica (10%); métodos quantitativos (10%); planejamento (3%); outros (9%)¹⁴. Esses conteúdos já representavam importante mudança quando comparados com estudos anteriores, refletindo a preocupação crescente com os serviços e com o setor saúde como um todo.

As sugestões que resultaram do trabalho da Comissão, em número de 37, podem ser classificadas em oito áreas: atendimento

das demandas emergentes por oportunidades educacionais, desenvolvimento de oportunidades para educação continuada, melhoria do conteúdo de ensino, melhoria da qualidade do ensino, melhoria e expansão do processo de recrutamento dos alunos, fortalecimento dos mecanismos de credenciamento dos programas, utilização de estratégias educativas interdependentes e participação dos programas em desenvolvimento de políticas de saúde. As recomendações por áreas foram feitas com grande detalhamento. De forma resumida, a Comissão recomendou:

- maior articulação entre o ensino de administração de saúde e a própria prestação dos serviços, numa verdadeira articulação docente-assistencial que se refletiria nos programas de ensino, nas pesquisas realizadas e na assessoria recíproca entre Universidade e serviços para desenvolver as atividades que lhes são próprias;
- melhor articulação entre o programa de ensino e as diferentes unidades acadêmicas da Universidade que poderiam apoiá-lo para a melhoria do ensino e pesquisa;
- atendimento às necessidades educacionais de grupos específicos, tais como administradores em serviço, profissionais da saúde, grupos representativos de consumidores e da comunidade;
- estudo de estratégias e programas de aprendizagem alternativos, tais como educação a distância, uso de programas de educação continuada com treinamento em serviço, estabelecimento de sistema de créditos para validar experiências profissionais e cursos feitos;
- programas educacionais, independentemente de suas localizações dentro da Universidade, deveriam ter as seguintes características quanto ao currículo: presença de disciplinas ou conteúdos pertencentes às duas áreas básicas de administração (teoria das organizações, gerência de pessoal, fi-

nanceira e de materiais, psicologia e sociologia organizacional, análise de sistema e pesquisa operacional, sistemas de informação, etc.) e de saúde (epidemiologia, bioestatística, controle de meio-ambiente, organização de saúde e assistência médica); combinação de trabalho didático teórico com experiências em serviço; inovação no desenho dos programas de ensino, introduzindo simulação por computadores, módulos de aprendizagem, técnicas de instrução programada e de estudos independentes;

- estabelecimento de centros avançados para o desenvolvimento da administração de saúde. Esses centros teriam a responsabilidade de preparar e reciclar docentes, realizar estudos e investigação sobre a administração de saúde e sobre o seu ensino e funcionar como centro de referência regional para os programas existentes em sua área de influência;
- uso de sistemas de credenciamento para os programas, com o intuito de garantir padrão de qualidade e currículo básico;
- estabelecimento de mecanismo de certificação para o exercício da profissão, com a necessidade de recertificações periódicas baseadas na exigência de educação continuada;
- existência de base generalista em todos os programas, e em função dos recursos disponíveis, opções de especializações funcionais (administração financeira, de pessoal, de sistemas de informação), porém desaprovando a especialização por tipo de organização ou campo programático (administração de saúde pública, hospitalar, de saúde mental) uma vez que tal atitude reforça a fragmentação dos serviços. Tão importante quanto o equilíbrio entre administração e saúde deve ser o equilíbrio entre o conteúdo generalista e especializado;
- definição de administração de saúde como: “administração de saúde é o planejamento, organização, direção, controle e avalia-

ção de recursos e procedimentos através dos quais necessidades e demandas por saúde, assistência médica e meio-ambiente saudável sejam atingidos através da provisão de serviços específicos aos clientes individuais, organizações e comunidades”¹².

A extensão e profundidade do trabalho realizado por essa Comissão, com a resultante lista de recomendações, determinou importante agenda de trabalho para programas, organizações associativas, e demais interessados. Essa agenda foi sendo desenvolvida ao longo dos anos 70 e 80, conforme atesta um número significativo de publicações.

Em resumo, pode-se afirmar que hoje, nos Estados Unidos, se alcançou um paradigma para a formação do administrador de saúde. Paradigma este que de uma forma ou outra, com maior ou menor intensidade, em sua totalidade ou parcialmente, tem sido seguido pelos programas existentes. Dentro deste paradigma é possível a identificação dos agentes geradores e transmissores do conhecimento formalizado (intelectuais) que normalmente atuam como docentes dos programas e aplicadores do conhecimento, que uma vez egressados dos programas atuam como administradores de serviços de saúde dentro de uma divisão racional do trabalho na sociedade americana (profissionais). O paradigma educacional é dado por programas em nível de mestrado, que independentemente de sua localização na estrutura da Universidade, conseguiram juntar conteúdos tanto da área da administração como da área de saúde.

Nesse sentido

o ‘core’ da educação para a administração de serviços de saúde é a preparação profissional... onde se espera que o estudante desenvolva uma importante compreensão sobre o sistema de saúde - sua missão e políticas - e adquiram conhecimentos e habilidades necessários para administrar, com êxito, os serviços de saúde²⁴.

No processo de institucionalização da profissão, bem como do processo de institucionalização de um conhecimento formal a ser desenvolvido pelos programas, foi e continua sendo crucial o papel desempenhado por algumas organizações. Entre elas: "The American College of Hospital Administrators (AUPHA)" e, particularmente, "The Accreditation Commission on Education for Health Services Administration" que, ao estabelecer padrões mínimos de qualidade para o credenciamento, ou recredenciamento periódico do programa, ou para o exercício profissional, zelam pelo paradigma e seu eventual aperfeiçoamento diante das mudanças periódicas que se fazem necessárias¹.

AMÉRICA LATINA: BUSCA DE UM PARADIGMA

A América Latina não é um todo homogêneo. A sua diversidade se manifesta com relação à língua falada, aos valores culturais próprios de cada país ou comunidade, a seus regimes políticos e de governo, às formas organizacionais da sociedade. Nesse caso, é de particular importância para o presente estudo, a maneira como são organizados os serviços de saúde e o próprio sistema educacional de cada país, incluindo os cursos superiores em universidades. Por esta razão, a revisão da literatura sobre o ensino de administração de saúde na América Latina demonstrou que esse tema tem sido estudado em uns poucos países, notadamente no Brasil, México, Colômbia e Chile. E de uma maneira, afetando toda região, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Assim, além da própria limitação encontrada no material bibliográfico pela produção escassa, temos a limitação de que este material se refere a uns poucos países.

Na América Latina o início do ensino de conteúdos de administração deve ser buscado nas necessidades encontradas no campo da saúde pública. Assim, por exemplo, nos cursos de formação de sanitaristas do então Departamento Nacional de Saúde, órgão do governo federal brasileiro, nas primeiras décadas do século, já se

identificavam alguns conteúdos que poderiam ser classificados como de cunho administrativo⁹. Devido ao fato de que esses cursos não eram regulares, tinham um caráter emergencial com relação às necessidades de saúde pública prevalentes no início do século, e eram desenvolvidos fora de instituições formais de ensino, não nos permitem acreditar que o ensino daqueles conteúdos tivesse qualquer impacto sobre os serviços. Na verdade, o que prevalecia era o empirismo daqueles que ocupavam posições de chefia dentro das estruturas administrativas da saúde pública.

Na América Latina o desenvolvimento do setor saúde e seus serviços, salvo algumas exceções, se deu dentro de um completo divórcio entre os serviços preventivos ou de saúde pública, e os serviços curativos ou de assistência médico-hospitalar. Enquanto os primeiros, desde de sua concepção, foram de responsabilidade do setor público, os segundos foram assumidos pela iniciativa privada, seja da comunidade, como por exemplo as Santas Casas no Brasil, seja de grupos de trabalhadores de áreas específicas, como as "Mutuales" na Argentina e Uruguai. As únicas áreas em que o setor público assumiu responsabilidade foram os hospitais mentais ou de moléstias infecto-contagiosas, como a hanseníase, embora estes atuassem mais como instituições para a segregação social dos pacientes, e menos como centros de tratamento.

Assim, no âmbito das organizações médico-hospitalares, a administração também se fazia de maneira empírica, porém com o predomínio marcante dos médicos, onde a autoridade clínica (saber médico) se confundia com a autoridade administrativa (posição na estrutura organizacional). Este padrão de ter o médico como administrador de serviços médico-hospitalares perdurará por muitos anos e terá grandes conseqüências para a profissionalização dos administradores de serviços de saúde, como será discutido mais adiante.

Com a criação dos cursos de enfermagem a partir dos anos 20, as enfermeiras passam a ser absorvidas prioritariamente pelos serviços de assistência médico-hospitalar e, como auxiliares dire-

tas dos médicos, passam a assumir posições administrativas intermediárias dentro do hospital. Esta situação, como veremos, também explica dificuldades futuras para a profissionalização do administrador.

Em 1922 é criada a Escola de Saúde Pública do México, como unidade pertencente ao Ministério da Saúde. Em 1929 é criada a primeira Escola de Saúde Pública na América Latina, pertencente à Universidade, que futuramente virá a ser conhecida como Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Esta Escola, e as demais que viriam a ser criadas surgem com duas características marcantes:

- profunda relação, chegando à dependência total em vários casos, dos serviços de saúde pública governamentais. Assim, das 14 Escolas hoje existentes na América Latina, 6 pertencem a Ministérios ou Secretarias de Saúde;
- reprodução dos modelos de ensino desenvolvidos pelas Escolas de Saúde Pública dos Estados Unidos, onde os líderes do ensino receberam educação formal, mestrado ou doutorado em saúde pública. Um bom exemplo é o caso do Prof. Paula Souza que, depois de doutorar-se em Saúde Pública na Johns Hopkins University, regressou a São Paulo e participou ativamente da criação da Faculdade de Saúde Pública.

Assim, com a criação das Escolas de Saúde Pública na América Latina, com quase três décadas de atraso em relação aos Estados Unidos, se introduziu, na formação dos sanitaristas, conteúdos de administração. A administração sanitária veio juntar-se então à estatística sanitária, epidemiologia, saneamento do meio e microbiologia como disciplinas básicas da formação do sanitarista. Esses sanitaristas eram praticamente todos médicos; assim o sanitarismo era uma especialização do saber médico. Esta idéia da especialização persiste até hoje. Como conseqüência, com a incor-

poração da enfermagem, passou a existir a enfermagem de saúde pública; com a incorporação da engenharia, a engenharia sanitária; com a incorporação da odontologia, a odontologia sanitária.

Convém lembrar que devido ao fato de que as escolas atendiam às demandas dos Ministérios e Secretarias de Saúde, e estes representavam o mercado de trabalho para os egressados, o sanitário rapidamente encontrou a sua ocupação reconhecida, sem que houvesse a necessidade de um longo processo social de profissionalização, já que provinha das profissões primárias de saúde claramente delimitadas na divisão social do trabalho.

Esta situação perdurou até o início dos anos 50, quando em 1951 foi criado o primeiro curso, em nível de especialização, para administração hospitalar, mais uma vez, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Este programa, criado pelo Professor Odair Pacheco Pedroso, surgiu de uma situação contextual favorável: a construção do Hospital das Clínicas de São Paulo com os seus 1.200 leitos demandando a formação de administradores. Este fato determinou várias características do programa, já que se dirigia primordialmente para a administração de hospitais públicos ou filantrópicos³⁶.

Mais uma vez, a fonte inspiradora do modelo curricular foram os Programas de Administração Hospitalar desenvolvidos nos Estados Unidos, onde vários docentes da Faculdade de Saúde Pública estiveram cursando o mestrado. O fato de que o programa era em nível de especialização, e o modelo era um programa em nível de mestrado, determinou várias modificações no modelo, como por exemplo, o predomínio de uma formação teórica em sala de aula, com descaracterização do componente prático sob forma de internato, ou a pouca valoração do conteúdo de pesquisa que poderia levar a uma dissertação. Alguns anos depois da criação desse programa, a mesma escola e o mesmo grupo acadêmico criaram um curso "livre" de administração hospitalar dirigido a alunos que não tinham curso superior. Esta decisão, que seguramente atendia às

necessidades dos hospitais, veio dificultar uma eventual profissionalização da ocupação, já que representava mais um programa de treinamento onde os egressados passavam a ser identificados com o mesmo título que tinham os alunos do curso de especialização.

No final dos anos 50, programas similares tinham sido criados nas Escolas de Saúde Pública do México, Chile e Venezuela.

ROEMER⁴⁰, em viagem de estudos pela América Latina em 1964 e depois de visitar as Escolas de Saúde Pública, expressou-se da seguinte maneira com relação ao ensino de conteúdos de administração que encontrou:

Em nenhuma das escolas se oferece cursos sobre organização geral da assistência médica como parte do plano básico de estudos em saúde pública. As aulas de administração de hospitais se concentram na organização interna destas instituições. Os estudos de ciências sociais são de caráter muito geral e não dedicam atenção à organização social dos serviços médicos... Em muitos destes programas se expõe brevemente os fundamentos da Administração de Hospitais...

NOVAES³³ considera que até meados da década de 70 pouca ou quase nenhuma modificação ocorreu na situação descrita (88): os sanitaristas eram preparados para administrar os serviços de saúde pública e os administradores de hospital para a administração de hospitais públicos ou filantrópicos. Ambos os programas em Escolas de Saúde Pública. Ambos recebendo treinamento teórico e prático insuficientes, e muitas vezes inadequados.

No início dos anos 70 dois fatos vieram alterar a situação até aqui descrita:

- a III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, realizada em Santiago, Chile, em 1973; e

- a instalação e trabalho, com as recomendações resultantes, da “The Commission on Education for Health Administration”, nos Estados Unidos, em 1972.

Embora aparentemente esses dois fatos não estejam relacionados, eles vieram alterar profundamente o ensino da administração dos serviços de saúde na América Latina.

A Reunião dos Ministros, em seu Informe Final, reconhecia explicitamente a necessidade de melhoria da organização e administração dos serviços de saúde, e a necessidade de um incremento qualitativo e quantitativo da formação de administradores de saúde como indispensável à melhoria do desempenho do sistema, figurando entre as recomendações do Plano Decenal de Saúde para as Américas, a seguinte determinação:

formular, em cada país, uma política de adestramento para pessoal profissional em administração de atenção médico-hospitalar³⁹.

Com o intuito de apoiar os países nesse esforço, foi proposto que a OPAS realizasse estudo sobre a situação do ensino de administração de serviços de saúde na América Latina. Para coordenar este estudo a OPAS indicou o M.A. Bobenrieth, então assessor regional em Educação para Administração da Assistência Médica, e um dos membros do “The Commission on Education for Health Administration”, que no período de 1972 a 1974 estava estudando, e acabou contribuindo de maneira crucial para o desenvolvimento do setor nos Estados Unidos.

Dessa maneira, através de um personagem essencial, grande parte das recomendações realizadas para o estudo americano vieram a ter influência sobre o desenvolvimento dos programas da América Latina.

O citado estudo⁸ foi realizado em um ano, no período 1976-1977. Ele se desenvolveu em várias etapas: reunião de um

grupo de técnicos em metodologia de avaliação para elaborar um questionário para coletar as informações sobre os programas existentes; aplicação do questionário, com a coleta dos dados, através de pesquisadores visitando cada um dos programas identificados; reuniões de análise dos dados encontrados; preparação do informe final. Neste informe, após um breve histórico do processo de formação do administrador de saúde na América Latina, analisam-se os propósitos e objetivos dos vários programas identificados, seus currículos, características dos alunos e dos professores, formas de avaliação da aprendizagem, produção de pesquisas, oportunidades para educação continuada dos egressados.

A pesquisa revelou que o processo de formação do administrador de serviços de saúde, apesar de ter sofrido um rápido crescimento no número de programas nos anos imediatamente anteriores ao da realização do estudo, ainda estava aquém do necessário. A análise dos dados encontrados revelaram:

- quanto à localização dos programas havia grande variação: dos 44 programas identificados, somente 33 estavam em instituição universitária, sendo 19 em Escolas de Saúde Pública. Desses 19, 17 tinham sido criados antes de 1970. Depois de 1970 até 1977, enquanto foram criados 18 novos programas, somente 2 estavam em Escolas de Saúde Pública, 5 estavam localizados em Faculdades de Medicina, e 2 em Escolas de Administração de Empresas ou Pública;
- dos 33 programas localizados em Universidades ou instituições de ensino de nível superior, somente 13 programas eram de nível de mestrado e 20 tinham o nível de especialização. Dos programas de nível de mestrado somente 2 tinham o nome de mestrado em administração de saúde, enquanto os demais davam o título de mestrado em saúde pública, ou em medicina social. Dos programas em nível de especialização, 11 tinham o nome de especialização em administração hospitalar;

- havia grande variação quanto ao conteúdo curricular, encontrando-se no total 478 diferentes denominações de disciplinas;
- havia também grande variedade na extensão e profundidade dos programas. A carga horária oscilava entre 400 a 2800 horas/aula;
- somente 2,7% dos docentes envolvidos com os programas tinham o título de doutorado. Quase 50% dos “docentes” eram profissionais, sem nenhuma qualificação específica para a docência.

Diante desse quadro, é fácil concluir que apesar dos esforços realizados, o ensino de administração de saúde não tinha evoluído de acordo com um mesmo paradigma: alguns tinham evoluído como programas clássicos de Saúde Pública, outros tinham se conformado como de Administração Hospitalar. Porém, nenhum deles se firmou como modelo hegemônico. A dicotomia administração sanitária/administração hospitalar persistia.

Com esse diagnóstico, e tendo o objetivo de modificar essa situação, foi que a OPAS, com o apoio da Fundação W. K. Kellogg, resolveu criar em 1979 o “Programa de Coordenação e Apoio à Educação em Administração de Atenção à Saúde na América Latina e Caribe”³⁵. Este programa contemplava quatro objetivos básicos:

- melhoria do processo educacional e do conteúdo curricular dos programas existentes;
- identificar e disseminar informações e material didático sobre as áreas cruciais do programa de ensino;
- apoio ao estabelecimento de novos programas educativos em administração de serviços de saúde que tivessem a função de ser centros de referência para a preparação de docentes, materiais instrucionais, apoio técnico aos outros programas de sua área de influência regional; e

- estabelecimento de uma rede de programas de educação em administração de serviços de saúde.

Para melhoramento dos conteúdos curriculares, e com o intuito de padronizar certos conteúdos básicos, foram criados diferentes grupos de trabalho de caráter regional para estudar os aspectos específicos de certas áreas disciplinares. Assim, foram selecionadas as seguintes áreas: Teoria e Comportamento Organizacional; Planejamento e Avaliação de Serviços de Saúde; Economia, Finanças e Controle de Custo; Uso da Epidemiologia em Administração; Análise de Sistemas e Pesquisa Operacional e Planejamento Estratégico.

Para cada área foi recopilado, avaliado e selecionado material bibliográfico de ensino relativo a cada área; foi feita uma análise crítica do papel da área disciplinar para a formação do administrador de serviços de saúde; foram propostos planos curriculares mínimos, e uma possível agenda de pesquisa para a área disciplinar.

Os diferentes relatórios dos grupos de trabalho foram reunidos em uma publicação científica que teve ampla disseminação na América Latina³⁴.

Com relação aos novos programas apoiados, eles são conhecidos como PROASAs (Programas de Administração de Saúde) e são o objeto deste estudo. No capítulo 3 suas características são apresentadas e discutidas.

Em resumo, podemos concluir que na América Latina a administração de saúde ainda é uma ocupação que não conseguiu profissionalizar-se. Ocupação esta que está dominada pelos profissionais primários da saúde, particularmente médicos e enfermeiras. Um exemplo da ausência dessa profissionalização pode ser encontrado em regulamentações emanadas do Ministério da Saúde do Brasil. As Normas de Administração e Controle Hospitalar, instituídas pelo Ministério³⁰, diziam à época do surgimento do primeiro PROASA:

o agente executivo deverá preferentemente ser portador de registro no Conselho Regional de Técnicos de Administração, ou ter especialização em administração hospitalar. Na ausência dessas condições, ter desempenhado cargo de direção executiva durante pelo menos três anos.

Tal regulamentação deixa claro a ausência de critérios e padrões para definir o que é um administrador hospitalar, e o tipo de conhecimento de que deveria ser possuidor, empírico (3 anos em cargo de direção) ou formal, se necessitava ser formal, se o mesmo poderia ser adquirido em graduação em uma Escola de Administração (única maneira de ter o registro do Conselho de Técnicos de Administração) ou em pós-graduação em Escola de Saúde Pública (localização da maioria dos programas de administração hospitalar).

3

BASES PARA UM PARADIGMA EDUCACIONAL

De acordo com a proposta de trabalho da OPAS, um programa PROASA deveria ter algumas características básicas:

- apresentar inovações no ensino da administração de saúde, seja nos planos de ensino oferecidos, seja no desenho curricular, seja nos métodos de ensino, seja no desenvolvimento de material de ensino;
- pesquisar de maneira sistemática as necessidades gerenciais do setor saúde, e traduzí-las para os planos de estudos dos estudantes participantes dos programas;
- ser uma fonte de apoio técnico para o desenvolvimento da administração do setor saúde e de seus serviços;
- ser uma fonte de apoio técnico e de treinamento de docentes para o desenvolvimento de outros programas de educação em administração de serviços de saúde, em sua região geográfica de influência;

- ser produto de um arranjo organizacional que represente o consórcio de instituições acadêmicas e de serviços interessadas no desenvolvimento acadêmico e profissional do setor.

No período de 1976 a 1985, oito programas foram estabelecidos na América Latina, distribuídos por seis países. O Quadro de maneira sumária apresenta os programas de acordo com a localização geográfica, instituição a que pertence, ano em que foi criado, e principais propósitos.

QUADRO - PROASAs NA AMÉRICA LATINA, 1976 - 1986

Localização Geográfica	Instituição	Ano de criação	Características Principais	Treinamento Oferecido
Rio de Janeiro, Brasil	Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração Pública	1976	Orientada à formação e análise de políticas públicas	Mestrado em Administração Pública (com ênfase em Administração de Saúde)
			Sólida base em Administração Pública	Programa Internacional em planejamento de saúde
São Paulo, Brasil	Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas e Hospital das Clínicas (Interfaculdades)	1977	Orientada à organização de sistemas complexos de atenção à saúde	Mestrado em Administração de Empresas com ênfase em Administração de Saúde
			Sólida base em disciplinas gerenciais e sistemas de informação	Programa de residência médica em Administração de Saúde
				Cursos curtos
				Laboratório em micro-informática aplicada à Administração de Saúde
Cali, Colômbia	Universidad del Valle, Escola de Ciências Médicas, Depto. de Medicina Social	1978	Estreito vínculo com os serviços de saúde locais	Mestrado em Administração de Saúde
			Investigação aplicada operativa aos problemas dos serviços de saúde	Certificado
				Cursos curtos
				Cursos para profissionais da saúde

QUADRO - PROASAs NA AMÉRICA LATINA, 1976 - 1986 - CONTINUAÇÃO

Localização Geográfica	Instituição	Ano de criação	Características Principais	Treinamento Oferecido
Bogotá, Colômbia	Universidad Javeriana, Faculdade de Estudos Interdisciplinares	1982	Serviços de saúde, como parte do sistema de serviço social	Mestrado em Administração de Saúde
			Organização de serviços locais de saúde	Cursos Curtos
			Estudo do sistema de seguro social	
Santiago, Chile	Universidade de Chile, Escola de Economia e Escola de Saúde Pública (Interfaculdades)	1984	Orientada à organização de serviços de saúde em nível nacional	Mestrado em Administração de Saúde
				Certificado Cursos Curtos
Lima, Peru	Universidad Peruana Cayetano Heredia, Escola de Graduados	1984	Orientada à organização geral de serviços de saúde	Mestrado em Administração de Saúde Certificado (residência)
Cidade do México, México	Escola de Saúde Pública	1985	Orientada aos serviços de saúde em nível nacional	Mestrado em Administração de Saúde
			Ênfase na investigação de serviços de saúde	Certificado
San José, Costa Rica	Instituto Centro Americano de Administração Pública (ICAP)	1986	Orientada aos serviços de saúde em nível regional e nacional	Mestrado em Administração Pública (ênfase em Administração de Saúde)
			Formação de gerentes para todos os países centro-americanos	
			Ênfase em Administração Pública	

Com o surgimento dos PROASAs, com suas diversidades de localização geográfica, contexto político-econômico-cultural, inserção em diferentes posições dentro das estruturas de ensino, torna-se possível analisar alguns dos elementos básicos que comporiam um paradigma para o ensino de administração de serviços de saúde na América Lati-

na. Esses elementos são: definição comumente aceita do que é a administração de serviços de saúde; definição de objetivos específicos para a educação de serviços de saúde; definição de conteúdos programáticos e curriculares dos programas de educação em administração de serviços de saúde; definição de administração de serviços de saúde.

Embora não se tenha encontrado uma definição comum para Administração de Saúde, adotada por todos os programas, é possível assumir que as principais idéias contidas nas informações disponíveis deveriam resultar em uma definição próxima a:

a arte de aplicar conhecimentos e habilidades, oriundos de distintas ciências, em diferentes circunstâncias que requerem decisões que afetam a administração e organização dos serviços de saúde.

A importância de aceitação de uma definição comum permite caracterizar qual o papel esperado de um profissional que atue nesse campo.

Nesse sentido o objetivo da educação para a administração de saúde contido nos programas estudados permite concluir que se aceita consensualmente que:

O objetivo de um programa universitário em administração de saúde é preparar recursos humanos, pesquisar novos conhecimentos e prestar assessoria técnica visando melhorar os serviços prestados à população através de uma maior eficiência e eficácia do sistema de saúde dentro de contextos específicos.

Os programas contemplam tanto a formação de “intelectuais”, como “administradores”, elementos essenciais para a profissionalização dessa área de conhecimento específico. A formação dos “intelectuais” se dá através dos programas de mestrado, enquanto os “administradores” são formados em programas de especialização.

Os objetivos educacionais específicos buscados por esses programas de mestrado contemplam a formação de recursos humanos especialmente para a docência e para a pesquisa. Devido ao fato de que a administração é uma ciência aplicada, como vimos anteriormente, se reconhece que não é possível ter o “intelectual puro”, ou seja, aquele que virá a trabalhar somente em ambientes acadêmicos. Assim, como quase todos os acadêmicos atuam também como administradores, o processo de seleção dos alunos para o mestrado procura identificar entre os candidatos aqueles que já têm experiência ou vivência no campo, ou então que já cursaram o curso de especialização.

Para a formação dos “administradores”, sempre através de cursos de especialização, os objetivos educacionais contemplam conhecimentos, habilidades e atitudes que permitam ao futuro profissional desempenhar as funções esperadas dentro dos sistemas de saúde.

Entre as áreas de conhecimento específico buscadas pelos programas reconheceram-se as seguintes:

- situação sanitária-assistencial do país e sua inter-relação com o desenvolvimento sócio-cultural e econômico;
- fatores ambientais, econômicos e sócio-culturais que modificam as condições de saúde e dos serviços de saúde;
- os diversos sistemas de cuidados de saúde individual e coletiva, com ênfase nos programas e serviços do país respectivo;
- a aplicação do método científico, e dos métodos específicos de disciplinas que permitam estudar os problemas e a organização dos serviços de saúde, em função dos contextos em que estão inseridos.

Entre os valores e atitudes que se procura transmitir por esses programas para as ações dos futuros profissionais foi possível identificar as seguintes:

- **atitude preventiva:** o administrador deve estar atento às situações organizacionais e de contexto para agir de maneira preventiva em seu processo decisório. Deverá reconhecer situações potencialmente geradoras de problemas, atuar antes que as mesmas se transformem em problemas;
- **atitude epidemiológica:** o administrador deverá agir seguindo as prioridades do “coletivo”, procurando tomar decisões que contribuam para a qualidade de vida do maior número de pessoas, de maneira que contribua para maior equidade na distribuição dos serviços, e de maior justiça social;
- **atitude social:** os serviços de saúde são parte integrante dos serviços orientados para as necessidades das pessoas. Sua prestação deve se fazer de maneira a respeitar os direitos dos indivíduos, sejam eles usuários ou prestadores. Os administradores deverão ter o seu desempenho profissional embasado por comportamento ético-profissional que se reflita no seu relacionamento com a sociedade em geral e com os demais membros da equipe de saúde.

Com relação às habilidades e destrezas adquiridas em um programa educacional, é esperado que o futuro administrador possa ser capaz de cumprir o papel que a divisão social do trabalho lhe reserva dentro da equipe de saúde.

Para fazê-lo deverá estar adequadamente adestrado para selecionar e utilizar um arsenal de métodos e técnicas administrativas provenientes de diferentes matrizes disciplinares que estão presentes nesses programas de educação. É interessante notar que, independentemente do nível do programa oferecido, mestrado ou especialização, certas áreas disciplinares são sempre identificadas. A caracterização de uma área disciplinar, e das disciplinas que dela fazem parte, propicia uma compreensão dos problemas sociais que podem ser identificados, os métodos para estudá-los, as técnicas de intervenção para resolvê-los, e os instrumentos de análise e avaliação dos resultados alcançados.

Com o intuito de sistematizar a apresentação desses elementos, e facilitar a sua discussão, eles foram agrupados de acordo com as cinco áreas curriculares identificadas:

- **Saúde e Sociedade:** dentro dessa área temática se busca estudar a sociedade, o papel do Estado e de seus aparelhos burocráticos, analisar as formas sociais de interpretação dos problemas de saúde, e das práticas de intervenção através de serviços de saúde; bem como entender os fatores, circunstâncias e mecanismos que permitiriam uma transformação ou mudança dos serviços de saúde para maior benefício da população. Entre as disciplinas que contribuem para essa área curricular estão: a Sociologia, as Ciências Políticas, a Antropologia, a Administração Pública;
- **Planejamento e Programação em Saúde:** nessa área disciplinar se busca os conhecimentos sobre o diagnóstico da situação de saúde de uma comunidade, ou da sociedade, e dos métodos e processos de planejamento, programação, e acompanhamento das atividades propostas para intervir nas situações de saúde. Entre as disciplinas identificadas nesta área estão: Bioestatística, Epidemiologia, Demografia, Mercadologia, Planejamento Estratégico, Técnicas de Planejamento e Programação de Ações de Saúde, Avaliação de Serviços de Saúde.
- **Economia, Finanças e Controle de Custos:** nessa área disciplinar se buscam os conhecimentos e habilidades que o futuro administrador necessita para entender o processo econômico, suas teorias e sua relação com o setor saúde. Isso se desenvolve através de disciplinas como Macroeconomia e Microeconomia. Também se procura adestrar o futuro profissional na análise e métodos financeiros e contábeis, bem como em análises do tipo custo-benefício, já que, sendo a saúde um direito do cidadão, e não um bem a ser adquirido no mercado, se torna impor-

tante o aprendizado de técnicas de processo decisório com base em análise econômico-financeiras, e nos benefícios esperados. Isso é feito através das disciplinas de Finanças e Contabilidade.

- **Administração e Comportamento Organizacional:** nessa área disciplinar se busca os conhecimentos que permitem ao futuro administrador entender o fenômeno organizacional e as variáveis que atuam no processo decisório envolvendo: contexto, recursos, processos e estruturas, e impacto da decisão. Nessa área encontram-se todas as disciplinas que compõem as bases epistemológicas da própria administração. Assim se discute as Teorias das Organizações, Comportamento Organizacional, Administração de Pessoal, Administração de Materiais, Administração da Produção, Análise e Desenvolvimento Organizacional, Administração Estratégica.
- **Administração de Serviços de Saúde:** nessa área se procura conhecer a macro e microestrutura dos serviços de saúde, suas possíveis formas de organização em diferentes contextos, o papel esperado dos diferentes componentes de um sistema de saúde (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde, Secretaria Municipal da Saúde, Seguro Social, Medicina de Pré-Pagamento ou de Grupo, Seguros Privados de Saúde, Medicina Privada), a organização e o papel dos diferentes grupos profissionais que atuam no setor e suas formas de organização (Sindicatos, Associações Profissionais, Conselhos Profissionais), as características dos diferentes serviços (centros de saúde, policlínicas ou ambulatórios, unidades mistas, hospitais de diferentes complexidades, hospitais especializados) e suas unidades de organização (Serviços de Apoio Administrativo, Serviços de Apoio Clínico, Unidades de Ambulatório e Internação, Serviços de Informação). Nessa área é bastante difícil identificar nomes de disciplinas que sejam comuns aos diferen-

tes programas. Embora haja bastante coincidência na identificação da área curricular, existe grande diversidade nos nomes das disciplinas que são apresentadas aos alunos.

Nos programas em nível de mestrado é possível identificar área curricular de Metodologia da Investigação. Nessa área encontram-se disciplinas que ajudam o estudante a identificar o campo da Administração de Saúde como um campo científico e, portanto, sujeito ao método científico, e assim, de acordo com o problema a ser pesquisado, sujeito ao uso de métodos de investigação provenientes de diferentes disciplinas. Esses cursos ajudam o aluno a selecionar problemas, técnicas de investigação, e a conduzir as pesquisas necessárias para a realização de teses ou monografias exigidas pelos programas de mestrado. Os programas de especialização que se utilizam de formas de educação do tipo residência contêm uma área curricular que é representada pelo estágio em tempo parcial ou integral em diferentes serviços de saúde. Esta área curricular é menos desenvolvida nos outros programas de especialização, onde às vezes se encontra pequena carga horária no currículo para visitas a serviços, e é praticamente inexistente nos programas de mestrado.

Com relação à duração dos cursos, pode-se afirmar que, em média, os cursos de especialização, que são geralmente vespertinos, têm uma duração de 450-600 horas. Os cursos de mestrado requerem um mínimo de 18 meses e um máximo de 24 para alunos em período integral.

Com relação à distribuição das diferentes áreas disciplinares dentro da carga horária de um programa de especialização, pode-se dizer que existe uma tentativa de equilíbrio entre as áreas: 1/3 do tempo é dedicado à Saúde e Sistema, Planejamento e Programação, e Economia, Finanças e Custos; 1/3 à Administração e Comportamento Organizacional e 1/3 à Administração de Serviços de Saúde. Nos programas de tipo residência, enquanto que 1/3 do tempo é dedicado à formação teórica (onde a distribuição das áreas curriculares se dá da mesma maneira que para o programa de es-

pecialização), 1/3 é dedicado ao internato em áreas de serviços, e 1/3 é dedicado a atividades de discussão sob tutoria. Nos programas de mestrado, enquanto 2/3 do tempo é dedicado à formação teórica (onde a distribuição das áreas curriculares se dá da mesma maneira que para o programa de especialização), 1/3 é dedicado a disciplinas que são relacionadas ao desenvolvimento da pesquisa, ou à própria pesquisa.

Uma vez conhecidas as diferentes áreas curriculares presentes nos PROASAs, e que determinam os conhecimentos formais que têm condição de gerar e transmitir, é importante descrever as atividades executadas por esses programas. Como programas acadêmicos localizados em Universidades (com exceção do PROASA/México, cujos títulos da Escola de Saúde Pública são reconhecidos diretamente pelo Ministério da Educação do México, e do PROASA/Costa Rica, cujos títulos do ICAP são reconhecidos pelas Universidades Nacionais dos países da América Central) espera-se que os PROASAs cumpram as três funções clássicas: ensino, pesquisa e prestação de serviço à comunidade.

Os programas PROASAs propiciaram a criação de programas de mestrados que já apresentam a especificidade no próprio nome do programa, onde as palavras Administração e Saúde estão presentes. Assim, a denominação de Mestrado em Administração de Saúde ou Serviços de Saúde já está presente no Chile, Peru, Bogotá, Cali e México. Nos casos do Brasil, os mestrados são em Administração de Empresas (São Paulo) e Administração Pública (Rio de Janeiro). Na Costa Rica é também um mestrado em Administração Pública. Porém, nesses três casos, os programas se apresentam como áreas de concentrações específicas em saúde, dentro do programa regular.

Essa especificidade dada ao mestrado representa uma inovação importante na América Latina, já que até então os poucos mestres educados regionalmente em administração sanitária ou hospitalar o faziam através de mestrados em Saúde Pública.

Com relação à formação dos pesquisadores, todos os programas exigem treinamento em métodos epidemiológicos, sociológicos, administrativos, e outros de investigação, com apoio de disciplinas em métodos quantitativos e informática. A tese é requerimento de todos os programas.

O ensino no nível de especialização se apresenta através de dois programas: o ensino através de curso de especialização, ou através de um programa de residência médica em administração de serviços de saúde.

Esses cursos, embora com características diferentes em sua distribuição de cargas horárias, apresentam vários elementos comuns, tais como:

- preocupação em selecionar alunos que já estão atuando em serviços de saúde, no intuito de transformá-los de administradores empíricos em administradores com educação formal. Essa preocupação refletida nos critérios de seleção adotados se manifesta em cursos onde aproximadamente 70% são provenientes de serviços de saúde, ou então 100% pertencem as organizações de serviços que adotaram o programa de especialização como um programa institucional. Isto é evidenciado no México e Peru, onde os programas de especialização foram feitos especialmente para os Ministérios da Saúde respectivos, ou em Bogotá, com programas específicos para o Seguro Social;
- preocupação em manter esses cursos no período vespertino para não obrigar os alunos a se afastarem dos seus locais de trabalho;
- programa de ensino com forte orientação teórica, com raríssimas oportunidades para atividades práticas;
- os cursos representam uma oportunidade de especialização fundamentalmente para os profissionais das profissões primárias de saúde, médicos e enfermeiras. Embora todos os

programas em seus veículos promocionais, e nas intenções de seus diretivos, manifestem que os programas são orientados para graduados em qualquer área de conhecimento, há um claro direcionamento para satisfazer à necessidade dos profissionais primários da saúde. Todos os PROASAs têm alunos predominantemente médicos em seus programas de especialização;

- programa de residência médica é encontrado em somente dois programas: São Paulo e Peru. Esse modelo de programa evidencia o entendimento de que a administração de serviço de saúde é uma ocupação do profissional médico (no caso do Peru também se aceita dentista), e como tal deve ser desenvolvida em programa de residência similar aos outros programas de especialização médica. A grande vantagem preconizada pelos defensores desse modelo é que ele permite um reconhecimento precoce das funções de um médico administrador por parte dos médicos residentes de outras especialidades. Esse reconhecimento viria a facilitar a institucionalização dos médicos especialistas em administração de serviços de saúde vis-à-vis com os outros colegas especializados em diferentes áreas clínicas. Esses profissionais conseguiriam facilmente superar o conflito entre autoridade administrativa (fundamentada na posição hierárquica) e autoridade profissional ou de especialista (fundamentada no conhecimento). A rápida absorção desses profissionais pelo mercado de trabalho, bem como a rapidez do progresso dos mesmos para cargos de comando e lideranças organizacionais, segundo os defensores desse modelo, atestam a eficácia dessa estratégia educacional.

A preocupação demonstrada pelos PROASAs com a educação continuada dos administradores de serviços de saúde representa outra contribuição bastante inovadora com relação ao ensino. Tradicionalmente, na América Latina, os programas de educação continuada se organizam, e são realizados, fora da universidade.

Normalmente os cursos não fazem parte de nenhum programa sistematizado, sendo de iniciativa de associações de profissionais especialistas, ou de serviços de saúde preocupados com a melhoria e atualização técnica de seus profissionais. Acredita-se que uma das razões principais da baixa valoração desse tipo de programa de ensino está no fato de que não se exige dos profissionais recredenciamentos periódicos para continuarem as suas práticas. O modelo de programa modular adotado pelo programa do Chile permite o acoplamento de um programa de educação continuada com o programa regular de especialização, permitindo que as disciplinas cursadas separadamente contêm créditos para o programa de especialização.

A pesquisa em administração de serviços de saúde é elemento essencial para a identificação e apropriação de um conhecimento formal específico que alimenta o crescimento, desenvolvimento e importância social do novo campo de estudo. Nesse sentido, a pesquisa, como atividade regular de um programa acadêmico, tem uma função estratégica extremamente importante para o desenvolvimento de uma ocupação que busca a sua profissionalização.

Devido à amplitude do tema existe uma certa dificuldade em identificar qual é o objeto da pesquisa em administração de saúde. Para efeitos desse trabalho se utilizou a definição proposta pelo Subcomitê de Pesquisa em Serviço de Saúde do Comitê Assessor de Pesquisa Médica da OMS. De acordo com esse Subcomitê, a pesquisa é:

... a avaliação sistemática dos serviços de saúde de um país em termos tanto de suas interrelações com todos os fatores associados a saúde; como das medidas de factibilidade, necessidade, cobertura, efetividade, utilização, custos e eficiência, entre outros. A pesquisa sobre serviços de saúde é por natureza multidisciplinar e idealmente deve produzir uma melhora dos processos de tomada de decisões e o uso ótimo dos recursos⁴⁷.

Assim, através da pesquisa se desenvolve o conhecimento acerca dos problemas, e dos métodos para estudá-los, que passam a ser aceitos pela comunidade científica composta pelos intelectuais que estão preocupados com o desenvolvimento dessa nova área de saber formal.

As pesquisas produzidas pelos PROASAs podem ser classificadas em dois grandes grupos: as dissertações de mestrado e os estudos institucionais realizados pelo corpo docente e de pesquisadores dos programas.

As dissertações são em maior número que as pesquisas institucionais. Embora em menor número, essas pesquisas institucionais são importantes para estabelecer as linhas de pesquisa de um grupo intelectual. Assim, é possível identificar no PROASA/México uma preocupação pela qualidade da assistência médico-hospitalar e pelo desenvolvimento metodológico das pesquisas em serviços de saúde; no PROASA/Calí uma preocupação com as pesquisas operativas enfocadas nos problemas dos sistemas locais e estaduais de saúde; no PROASA/Rio de Janeiro uma preocupação pelo estudo do processo decisório envolvendo as políticas públicas de saúde; e no PROASA/São Paulo uma preocupação pelos temas substantivos das funções administrativas aplicadas aos serviços de saúde. Convém ressaltar que dois dos programas sistematizaram suas atividades de pesquisa através da criação de coordenadorias de pesquisa (São Paulo e México). Coincidentemente esses são os programas que alcançaram maior desenvolvimento conceitual e programático.

Como prestação de serviços, para efeitos desse estudo, foram consideradas as atividades de consultoria ou assessoria técnica prestadas pelos PROASAs para colaborar com o desenvolvimento dos serviços de saúde.

De maneira geral, os PROASAs estão participando ativamente dos processos de decisão política de planejamento e reorganização das atividades dos serviços. Os exemplos são abundantes: o

PROASA/México e sua participação nas decisão e implementação da reestruturação dos serviços de saúde na Cidade do México, depois do terremoto de 1985 que destruiu aproximadamente um terço dos leitos hospitalares; o PROASA/Cali e sua relação com os organismos nacionais, estaduais e locais como unidade de apoio técnico de que se valem as autoridades dos serviços de saúde sempre que têm necessidade de um parecer, ou de estudos técnicos para planejar, reorganizar, ou estruturar a administração dos serviços de saúde; o PROASA da América Central e sua ativa participação na formulação das políticas públicas da região.

CONCLUSÕES

A necessidade de educação para a profissionalização dos administradores de serviços de saúde na América Latina resultou no surgimento dos PROASAs. Diante da ausência de um paradigma para esse processo educacional, essas propostas educacionais passaram a ser portadoras de elementos inovadores que poderiam conformar as bases de um eventual paradigma.

Diante da situação descrita, na qual as funções que devem ser exercidas pelo administrador se modificam, e devem ser reinterpretadas continuamente, os PROASAs conseguiram definir o que se espera do administrador de saúde. Essas funções seriam:

1. Entender o processo de formulação e análise de políticas e processos de tomadas de decisão, identificando os grupos de interesses e formas de atuação.
2. Adotar uma posição responsável perante a comunidade a ser servida, de modo a satisfazer suas necessidades de saúde.
3. Valorar os objetivos de acesso, disponibilidade, adequação, equidade e qualidade dos serviços de saúde prestados na condução das funções administrativas.

4. Planejar, regular e organizar os serviços de saúde, onde as decisões a respeito de cada instituição devem considerar seus efeitos sobre o sistema de serviços de saúde e sobre a sociedade como um todo.
5. Pesquisar sistemática e continuamente uma variedade de aspectos relativos a planejamento, organização e administração de serviços de saúde.
6. Possuir e desenvolver características de liderança que permitam a condução das organizações em períodos de transição e crise, que exigem capacidade de administrar as mudanças que se fazem necessárias na organização.

As atribuições e responsabilidades inerentes a essa visão mais ampla do papel do administrador de saúde implicam em problemas administrativos bastante complexos, a exigir conhecimento, habilidades e atitudes especiais a serem ministrados por um programa educativo.

Embora os PROASAs tenham se desenvolvido com relativo sucesso, existem ainda grandes dificuldades para institucionalizar os elementos do paradigma anteriormente descritos. Entre essas debilidades pode-se identificar:

- a própria conformação dos corpos docentes. A ausência de estímulos para uma carreira profissional em ensino de administração de saúde faz com que os docentes ainda se preocupem com suas próprias situações, e menos com a situação do próprio programa. Assim, ser um docente desses programas ainda é uma atividade episódica ou casuística, uma atividade a mais entre muitas outras que o docente desempenha para sobreviver;
- a ausência de estímulos para uma carreira profissional é um problema para os alunos. É uma ocupação que ainda não apresenta prestígio social, nem atrativo financeiro. Ainda grande parte dos cargos e funções administrativas

são ocupados por profissionais primários da saúde sem nenhum treinamento específico. O apadrinhamento político, ou a competência técnica em especialidade médica clínica, ainda são as razões principais de se ocupar posições administrativas.

Essa dificuldade em profissionalizar tanto os “intelectuais” quanto os “profissionais” resulta em número bastante restrito de programas educativos e de instituições acadêmicas interessadas em promover o desenvolvimento desta área educacional. Os programas ainda apresentam certo desequilíbrio entre teoria e prática em sua carga curricular. Os programas ainda são bastante voltados aos conhecimentos teóricos, com exceção dos programas de residência.

As atuais circunstâncias que afetam a América Latina, e particularmente o setor saúde, têm servido como uma oportunidade para o desenvolvimento de novos programas de educação em administração de saúde, que poderiam basear-se nos elementos do paradigma anteriormente descrito. Entre outras, as oportunidades que se abrem para os PROASAs, e outros possíveis programas, são as de preparar recursos humanos que sejam capazes de administrar serviços de saúde integrados e integrais, onde a dicotomia entre serviços de saúde pública e serviços de assistência médico-hospitalar já não mais exista. Esse administrador não é, nem o sanitarista clássico, nem o médico clínico que é guindado a posições administrativas sem formação específica. Ele deverá ser o profissional de administração de saúde, que deverá estar apto para gerar e administrar sistemas de referência e contra-referência eficientes e eficazes; gerenciar recursos humanos que entendam e participem do processo decisório a nível local, sendo capazes de incentivar a participação comunitária, das lideranças naturais e dos organismos legalmente constituídos; ser um educador da comunidade e de seus funcionários sobre os novos modelos e exigências gerenciais; seja capaz de administrar o processo de mudança que afeta todo o sistema, estando habilitados para administrar crises (inclusive econô-

mico-financeiras), greves, relações trabalhistas com sindicatos, pressões exercidas por grupos de interesse particular ou “lobbies”.

Produzir este profissional, dotando-o do necessário amálgama de conhecimentos, capacidades e atitudes, que provêm tanto de matrizes disciplinares tradicionais na área da saúde, como também de disciplinas provenientes da área de administração, é o desafio que se coloca aos programas de formação de administradores de serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACCREDITING COMMISSION ON EDUCATION FOR HEALTH SERVICESADMINISTRATION. *Criteria for a graduate program in health services administration*. Washington,D.C., 1982.
2. ALLISON, R.F. et al. The role of the health services administrator and implications for educators. In: Commission on Education for Health Administration. *Selected papers*. Ann Arbor, Health Administration Press, 1975. v.2, p.147.
3. AMERICAN COLLEGE OF HOSPITAL ADMINISTRATORS. Ad Hoc Committee on the Evolving Role of the Hospital Chief Executive Officer. *Report of the Committee*. Chicago, The Foundation of the American College of Hospital Administrators, 1984.
4. AMERICAN COLLEGE OF HOSPITAL ADMINISTRATORS/ AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION JOINT COMMISSION ON EDUCATION. *The college curriculum in hospital administration*. Chicago, Physicians Record Company, 1948.

5. AMERICAN COUNCIL OF EDUCATION. Commission on University Education in Hospital Administration. *University education for administration in hospitals*. Washington, D.C., 1954.
6. BELL, D. *The coming of post-industrial society*. New York, Basic Books, 1976. p.374.
7. BERGER, P.I. & LUCKMANN, T. *A construção social da realidade*. Petrópolis, Ed. Vozes, 1973.
8. BOBENRIETH, M.A. & MOHR, J.P. *Estudio de cuarenta y cuatro programas regulares de educación en administración de atención de salud*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1977.
9. CARVALHAL, M.R.F. Formação de administradores de saúde. *Rev. Adm. Pública*, 15(1):57-103, 1981.
10. CHAVES, M. *Saúde e sistemas*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1978. p.121.
11. CHURCHWARD, L.G. *The Soviet intelligentsia: an essay on the social structure and roles of the Soviet intellectuals during the 1960s*. Boston, Routledge & Kegan Paul, 1973.
12. COMMISSION ON EDUCATION FOR HEALTH ADMINISTRATION. *Report*. Ann Arbor, Health Administration Press, 1975. v.1.
13. COMMISSION ON EDUCATION FOR HEALTH ADMINISTRATION. *Selected papers*. Ann Arbor, Health Administration Press, 1975. v.2.
14. COMMISSION ON EDUCATION FOR HEALTH ADMINISTRATION. *A future agenda*. Ann Arbor, Health Administration Press, 1977. v.3.
15. COSER, L. A. *Men of ideas: a sociologist's view*. New York, Free Press, 1970.

16. DAVIS, M. *Hospital administration: a career*. New York, Rockefeller Foundation, 1929.
17. ELLUL, J. *The technological society*. New York, Vintage Books. 1964.
18. ETZIONI, A. *Organizações modernas*. São Paulo, Ed. Pioneira, 1976. p.119.
19. FEUER, L. S. What is an intellectual? In: Gella, A., ed. *The intelligentsia and the intellectuals*. Beverly-Hills, Sage Publ., 1976. p.48-9.
20. FLEXNER, A. *Medical education in the United States and Canada; a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Science and Health*. New York, Carnegie Foundation, 1910.
21. FOUCAULT, M. *Discipline and punish: the birth of the prison*. New York, Vintage Books, 1979.
22. FREIDSON, E. *Professional powers: a study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago, The University of Chicago Press, 1986.
23. GELLA, A. An introduction to the sociology of the intelligentsia. In: Gella, A., ed. *The intelligentsia and the intellectuals*. Beverly Hills, Sage Publ., 1976. p.12-5.
24. GREY, H. et al. Foundation of health administration. In: Tourigny, A.W. & Berry, D.E., ed. *Baccalaureate health administration education: curriculum models and issues*. Arlington, Association of University Programs in Health Administration, 1985. p.34.
25. KUHN, T.S. *The structure of scientific revolutions*. Chicago, The University of Chicago Press, 1970.
26. LINDBLOM, C.E. *Politics and markets: the world's political economic systems*. New York, Basic Books, 1977.

27. MACEachern, M.T. *Hospital organization and management*. Chicago, Physicians Record Company, 1935.
28. MEZOMO, J. C. O executivo hospitalar eficaz: características e resultados de sua atuação. *Mundo Saúde* (10): 71-6, 1979.
29. MILLER, J.W. Credentials for health administration. In: Commission on Education for Health Administration. *Selected papers*. Ann Arbor, Health Administration Press, 1975. v.2, p.263.
30. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência Médica. Coordenadoria de Assistência Médica e Hospitalar. *Normas de administração e controle de hospital*. Rio de Janeiro, 1974.
31. NETTL, J. P. Ideas, intellectuals, and structures of dissent. In: Rieff, P., ed. *On intellectuals*. New York, Anchor Books, 1969. p.88.
32. NEUHAUSER, D. *Hospital administration coming of age 1933-1983: 50 years of the American College of Hospital Administrators*. Chicago, American College of Hospital Administrators, 1964. Chapter 2.
33. NOVAES, H.M. & FERREIRA, J.R. Adiestramiento en gerencia de servicios de salud. *Educ. Med. Salud*, 14(4):407-22, 1980.
34. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Administración de servicios de salud: contenidos de disciplinas*. Washington, D.C., 1983. (OPS - Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 54).
35. PAHO/KELLOGG Program for Coordination and Support of Education in Health Care Administration in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1979.
36. PEDROSO, O.P. *Evolução conceitual de assistência médico-hospitalar: 1941-1980*. São Paulo, Associação Paulista de Hospitais, 1984.

37. PRALL, C.E. *Problems of hospital administration*. Chicago, Physicians Record Company, 1948.
38. RAPPELYE, W.C. *The report of the Committee on the Training of Hospital Executives*. Chicago, 1922.
39. REUNIÓN ESPECIAL DE MINISTROS DE SALUD DE LAS AMÉRICAS, Santiago, 1972. *Informe final*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1973.
40. ROEMER, M. *La enseñanza de la atención médica y de la administración de hospitales en las escuelas de salud pública de América Latina*. Washington, D.C., 1965. [Informe preparado para la Organización Panamericana de la Salud].
41. SHILS, E. *The intellectuals and the powers*. In: Rieff, P., ed. *On intellectuals*. New York, Anchor Books, 1969. p.27-51.
42. SILVA, B. *A era do administrador profissional*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1955. p.43-53.
43. STARK, N.J. *The future health administrators as viewed by others*. In: *Commission on Education for Health Administration. Selected papers*. Ann Arbor, Health Administration Press, 1975. v.2, p.234-5.
44. STARR, P. *The social transformation of American medicine*. New York, Basic Books, 1982. p.153.
45. STEPAN, A. *The state and society*. Princeton, Princeton University Press, 1978.
46. THOMPSON, J.D. & FILERMAN, G.L. *Trends and developments in education for hospital administration*. *Hosp. Adm.*, 12(4):14-8, 1967.
47. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Advisory Committee on Medical Research. Report to the director general*. Geneva, 1976. [ACMR 18/76.13].

48. WREN, G.R. Graduate education for hospital administration: a comparison of public health and business school programs. *Hosp. Adm.*, 12(4): 35-9, 1967.
49. WREN, G.R. An historical view of health administration education. *Hosp. Health Serv. Adm.*, 25(3):33-48, 1980.

SERVIÇO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO

Av. Dr. Arnaldo 715

01246-904 - São Paulo - SP

Fone: 851 5233 - **R:** 2211/2245

Fone e Fax: (011) 280 9163

E. mail: bibfsp@brusp.bitnet

bibfsp@cat.cce.usp.br

"A Série Temática AdSAÚDE traz em sua concepção a preocupação com o diálogo constante que deve existir entre a teoria e a prática na produção de conhecimento em Saúde Pública. Explicita uma importante função da Faculdade de Saúde Pública na difusão de temas que provoquem reflexões. Vem ao encontro da necessidade de se pensar a educação como permanente e possível de ocorrer em diversos contextos teóricos".

Arnaldo Augusto Franco de Siqueira
Diretor da Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

USP UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA