



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Maria Luiza Silva Cunha

**A formação em gestão em sistemas universais de saúde:** semelhanças e diferenças entre  
Brasil e Espanha

Rio de Janeiro

2018

Maria Luiza Silva Cunha

**A formação em gestão em sistemas universais de saúde: semelhanças e diferenças entre  
Brasil e Espanha**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Virginia Alonso Hortale.

Coorientador: Prof. Dr. José Ramón Repullo Labrador.

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

C972f Cunha, Maria Luiza Silva.  
A formação em gestão em sistemas universais de saúde:  
semelhanças e diferenças entre Brasil e Espanha / Maria Luiza  
Silva Cunha. -- 2018.  
190 f.

Orientadora: Virginia Alonso Hortale.  
Coorientador: José Ramón Repullo Labrador.  
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional  
de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 2. Gestão em  
Saúde. 3. Currículo. 4. Sistemas Nacionais de Saúde. 5. Estudo  
Comparativo. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.10

Maria Luiza Silva Cunha

**A formação em gestão em sistemas universais de saúde: semelhanças e diferenças entre  
Brasil e Espanha**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Aprovada em: 19 de março de 2018.

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dra. Eleonor Minho Conill  
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Ramon Peña Castro  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Prof.<sup>a</sup> Dra. Lilian Koifmann  
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Gideon Borges dos Santos  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dra. Virginia Alonso Hortale (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2018

## AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho significou, além dos intensos anos de dedicação e aprendizado, a possibilidade de encontros muito especiais, que se traduziram em diferentes contribuições, sem as quais o mesmo não teria sido possível. Para todas as pessoas envolvidas quero manifestar o meu profundo sentimento de gratidão e reconhecimento.

Inicialmente, destaco a importância da Professora Virginia Alonso Hortale, já minha orientadora no curso de especialização, quando me tornei sanitarista, pela sua experiência, disponibilidade e acolhimento, pela interlocução frequente e acompanhamento sistemático da pesquisa, estudo dirigido, leitura atenta e autonomia no processo de pesquisa. Tenho certeza de que a sua orientação foi a base da elaboração dos primeiros resultados da pesquisa, divulgados na forma de artigo, e de conclusão desta tese. Agradeço a possibilidade de acompanhá-la na orientação à Hélen Oliveira, aluna dedicada, que contribuiu com levantamentos a respeito do tema.

Agradeço, igualmente, a oportunidade de participação no grupo de estudos “Currículo e Processos de Formação em Saúde”, coordenado pela Professora Virginia e Gideon Borges, com a participação da Kátia Souza, Juliana Ferreira, Rafael Arouca e Margareth Garcia, que muito significou para a discussão do currículo e do conceito de campo em Bourdieu.

O estudo da obra ‘Sobre o Estado’ no âmbito do grupo de estudos ‘Leituras de Pierre Bourdieu’ foi também muito importante. Neste sentido, sou imensamente grata à Professora Tatiana Wargas, ao Leonardo Castro, à Mônica de Rezende e à minha querida colega de turma Ana Paula Hemmi. Com Mônica e Ana compartilho, igualmente, a inserção no grupo de pesquisa ‘Caminhos para a Análise de Políticas’, coordenado pela Professora Tatiana Wargas em conjunto com o Professor Ruben Mattos. Sou devedora da generosidade desse coletivo desde antes de iniciar o doutorado.

Sou grata aos professores da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP- Fiocruz), com quem tive contato pelas disciplinas, centro de estudos e demais atividades acadêmicas, especialmente nos dois primeiros anos do curso. Nesse período, cursei duas disciplinas ministradas pelo Professor Willer Baugarten: Teoria Social e Metodologia da Pesquisa Social em Saúde. Meus agradecimentos ao mesmo pelo aprendizado nesses espaços, pelas referências bibliográficas para além das que constavam no programa, leitura do trabalho sobre Weber no âmbito da disciplina e pelo apoio no tema de análise de documentos, em orientação individual.

Meus agradecimentos aos participantes da banca de qualificação do projeto: Professores Gideon Borges e Juliano Lima, pelas valiosas contribuições metodológicas e indicações de leitura. Agradeço, igualmente, aos Professores Eleonor Conill, Ramón Castro, Gideon Borges e Lilian Koifman, integrantes da banca examinadora, e aos orientadores, Prof. Virginia Hortale e Prof. José Ramón Repullo, que com seus comentários e reflexões no momento da defesa me ajudaram no aprimoramento da tese.

O desenvolvimento do projeto, no que se refere à realização do trabalho de campo, teve no fomento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/MEC) uma condição de possibilidade por meio de dois programas: o Programa de Excelência Acadêmica (PROEX) e o Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE). Agradeço esse investimento para a realização da pesquisa e ressalto o meu reconhecimento à toda equipe da Pós-Graduação do Programa de Saúde Pública da ENSP e da Coordenação Geral da Pós-Graduação da Fiocruz por tê-lo tornado possível.

Ao iniciar o trabalho de campo pelas entrevistas sobre a história da formação em gestão em saúde no Brasil tive o privilégio de ter encontros potentes, que foram importantes para a aproximação com as questões presentes no campo e que representaram um grande estímulo. Agradeço aos participantes por terem prontamente aceito ao convite e criado espaços em suas atribuladas agendas. Meus sinceros agradecimentos, igualmente, aos coordenadores de curso entrevistados no Brasil que, também foram muito solícitos, pela sua implicação e por terem disponibilizado todo o seu conhecimento a respeito de cada curso.

Todo o trabalho prévio, somado ao estudo de dois anos da língua espanhola me facilitaram a estadia de quatro meses em Madri. Lá tive a sorte e o privilégio de ser orientada não só por um excelente e renomado professor, autor de várias obras, coordenador e docente de importantes cursos voltados para a área de gestão em saúde e chefe do Departamento de Planejamento e Economia da Saúde, da *Escuela Nacional de Sanidad* (ENS), do *Instituto de Salud Carlos III* (ISCIII), mas também por uma pessoa que reúne as melhores qualidades humanas. Obrigada Professor José Ramon Repullo Labrador, pelo estágio doutoral, por me inserir na ENS, pela revisão do roteiro, pelas referências bibliográficas e discussões de textos, pela oportunidades de qualificação no tema da gestão a partir dos Seminários Gestão, Administração e Políticas de Saúde (GAPS). Sem a sua influência e trabalho não teria conseguido realizar os objetivos da viagem. Sou especialmente grata pelo oferecimento de ajuda em uma eventual necessidade. Com esse gesto, me fez sentir segura em viver sozinha em terras estrangeiras. Sou grata à Professora Eleonor Conill que fez o primeiro contato, me apresentando ao Prof. Repullo.

Agradeço à diretora da ENS, Dra. Pilar Aparício Azcárraga, pelo aceite em me receber como pesquisadora.

Não posso deixar de mencionar as demais pessoas que foram muito especiais neste intenso período, como os docentes e técnicos do Departamento de Planejamento e Economia da Saúde, da ENS, pela atenção a cada necessidade, disponibilização de todos os recursos possíveis, pelo compartilhamento do dia a dia e convivência fraterna: Charo, Gemma e Paco. Sou muito grata a cada um de vocês. Agradeço à Raquel e toda a equipe da biblioteca, que me apoiaram nas pesquisas e consultas ao acervo e me alegraram com as conversas no fim do turno de trabalho.

Ainda na ENS devo também agradecer a oportunidade de interlocução com o Professor José Manuel Freire Campo. Obrigada por manter a porta aberta e ter cedido algumas horas do seu tempo para me receber. Agradeço o aprendizado, a confiança em mim depositada, os livros emprestados, o debate de artigos e o destaque do que era mais importante para a análise.

Minha gratidão a todos os entrevistados do campo Espanha, pelo aceite, disponibilização da agenda, e amabilidade com que me concederam a entrevista. Foram contribuições especialmente valiosas e, na maioria das vezes, complementadas com livros presenteados e indicações de textos e documentos.

Alguns laços afetivos tornaram a estadia em Madri uma experiência não só de trabalho. Obrigada Ana Paula Lochi e Chris Azevedo pelos momentos de descontração e boas energias nos finais de semana.

Agradeço à EPSJV e aos colegas do Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde (Labgestão) o apoio para a conclusão da tese. Muito grata à Simone, Raquel, Letícia, Gilberto, Ramon, Vanessa, Antônio, Cristiane e Tereza.

Ao longo dos quatro anos a turma de doutorado foi um presente pelas trocas e pelo sentimento de que estamos juntos e vamos conseguir. À todos vocês o meu muito obrigada.

Gratidão e reconhecimento tenho, ainda, pelas pessoas mais importantes e significativas na minha vida. Gratidão por terem me incentivado e entendido os meus muitos afastamentos. Reconhecimento de que tudo o que me move tem origem em cada um de vocês: Luís Eduardo, meu amado marido, que esteve presente com seu carinho em cada minuto e que é meu exemplo de profissional ético e dedicado; Daniel, Gustavo e Maria Eduarda, nossos amados filhos; Ilze, minha adorada mãe e Priscila, minha querida norinha. Obrigada gente!

## RESUMO

O estudo teve como principal objetivo analisar a formação em gestão em saúde no Brasil com base nas semelhanças e diferenças com a Espanha. Para tal, valeu-se de elementos históricos e de organização de cursos nos dois países. Partiu-se do entendimento que essa formação é uma construção social e histórica que se dá em um contexto do qual fazem parte diferentes agentes sociais, interesses e projetos em disputa. Adotou-se uma abordagem qualitativa da realidade e utilizou-se como técnicas de pesquisa a entrevista e a pesquisa documental. Foram pesquisados nove cursos no Brasil e quatro na Espanha, de diferentes níveis de formação, pertencentes a instituições públicas e privadas de ensino. Das vinte e cinco entrevistas realizadas, dez foram com formuladores e condutores da política de saúde e educação a respeito da história da formação da gestão em saúde no Brasil e na Espanha e quinze com coordenadores de curso. Os resultados foram organizados nos dois eixos temáticos da pesquisa: antecedentes históricos e experiência concreta de formação. No primeiro, a partir do contexto institucional de origem, oferta formativa inicial, institucionalização e características. Um dos temas evidenciados foi relativo à profissionalização da gestão. Ainda que presente nos dois países, na Espanha o mesmo assumiu contornos institucionais distintos com avanços significativos em período recente. No segundo eixo a base foi o surgimento do curso, a construção do currículo e a perspectiva de futuro. Apreendemos que a incorporação dos componentes curriculares como aqueles voltados à gestão clínica e à gestão da qualidade se agregaram aos conteúdos mais tradicionais, como aqueles da administração e da política de saúde. Esse fato contribui para que o ensino da gestão se pareça com um ‘mosaico’, com muitos desenhos e configurações em função das contribuições de diferentes áreas disciplinares. Entendeu-se que o ensino da gestão, a partir de diferentes ferramentas e técnicas, não deveria prescindir da sua compreensão como um processo de interação social, que produz e reproduz relações de força e de dominação. Acredita-se que essa compreensão estaria relacionada à perspectiva crítica de formação, que se daria a partir do ensino dos fundamentos da gestão, vista como um processo presente no trabalho de cada profissional e da organização como um todo e pelo entendimento do caráter relacional, de interação e de produção de subjetividade existente na gestão em saúde.

Palavras-chave: Formação profissional em saúde. Gestão em saúde. Currículo. Sistemas nacionais de saúde. Estudo comparativo.

## ABSTRACT

The study's main objective was to analyze health management training in Brazil based on similarities and differences with Spain. The author drew on historical and organizational elements from courses in the two countries. The premise was that such training is a social and historical construction that takes place in a context with various social agents, interests, and projects vying with each other. The study took a qualitative approach to the reality and used interviews and document search as the techniques. Nine courses were studied in Brazil and four in Spain, with different levels of training, and belonging to public and private teaching institutions. Ten of the 25 interviews were with policymakers and administrators in health and education, concerning the history of health management training in Brazil and Spain, and the other 15 were with course coordinators. The results were organized along two thematic lines: historical background and actual training experience. The first was based on the original institutional context, initial training supply, institutionalization, and characteristics. One of the themes that appeared was management professionalization. Although the latter theme was present in both countries, in Spain it showed distinct institutional contours with significant recent advancements. The second thematic line focused on the courses, curriculum development, and prospects for the future. We found that the incorporation of curricular components such as clinical management and quality management add to the traditional course contents like health administration and health policy. This has made health management training appear as a 'mosaic', with many different designs and configurations resulting from multidisciplinary contributions. Based on the findings, teaching in health management, with different tools and techniques, should maintain its understanding as a process of social interaction that produces and reproduces relations of force and domination. We contend that this understanding involves a critical training perspective that unfolds through teaching the fundamentals of management, viewed as a process that is present in each professional's work and that of the organization as a whole, and the understanding of training's relational nature, interaction, and production of subjectivity in health management.

Key words: Professional training in health. Health management. Curriculum. National health systems. Comparative study.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Racionalidades da relação conhecimento e prática.....	39
Quadro 2 -	Dimensões do estudo sobre a formação em gestão em saúde.....	59
Quadro 3 -	Desenho da pesquisa formação em gestão em saúde no Brasil e na Espanha.....	61
Quadro 4 -	Identificação dos Entrevistados.....	65
Quadro 5 -	Categorias empíricas por eixos de análise.....	67
Quadro 6 -	Carga horária relativa dos Cursos pesquisados no Brasil por grupos temático.....	107
Quadro 7 -	Somatório de grupos temáticos por curso pesquisado no Brasil.....	109
Quadro 8 -	Órgãos de direção dos hospitais espanhóis, formas de nomeação e áreas de atividade previstos no RD 521/1987.....	128
Quadro 9 -	Carga horária relativa dos cursos pesquisados na Espanha por grupos temáticos.....	150
Quadro 10 -	Somatório de grupos temáticos por curso pesquisado na Espanha.....	152

## LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AES	<i>Asociación de Economía de la Salud</i>
ANECA	<i>Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación</i>
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ASSS	<i>Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social</i>
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCAA	<i>Comunidad autónoma</i>
CF	Constituição federal
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
DASP	Departamento de Administração do Serviço Público
EAD	Ensino a distância
EADA	<i>Escuela de Alta Dirección y Administración</i>
EASP	<i>Escuela Andaluza de Salud Pública</i>
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
ENS	<i>Escuela Nacional de Sanidad</i>
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESADE	<i>Escuela Superior de Administración y Dirección de Empresas</i>
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FHC	Fernando Henrique Cardoso
IESE	<i>Instituto de Estudios Superiores de la Empresa</i>
IE	<i>Instituto de Empresa</i>
INP	<i>Instituto Nacional de Previsión</i>
INSALUD	<i>Instituto Nacional de la Salud</i>
INSERSO	<i>Instituto Nacional de los Servicios Sociales</i>
INSS	<i>Instituto Nacional de la Seguridad Social</i>
IPH	Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares
ISCIH	<i>Instituto de Salud Carlos III</i>
ISFAS	<i>Instituto Social de las Fuerzas Armadas</i>
LGS	<i>Ley General de Sanidad</i>

MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MBA	<i>Master Business Administration</i>
MEC	Ministério da Educação
MIR	<i>Médicos Internos Residentes</i>
MP	Ministério Público
MUFACE	<i>Mútua de funcionarios civiles</i>
MUGEJU	<i>Mútua de funcionarios judiciales</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
NOB	Norma Operacional Básica
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OTAN	Organização do Tratado do Atlântico Norte
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNAGE	Programa Nacional de Apoio à Modernização da Gestão e do Planejamento dos Estados e do Distrito Federal
PNDG	Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial do Sistema Único de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPP	Parceria público-privada
PROASA	Programa de Administração de Saúde
ProgeSUS	Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS
Promed	Programa Nacional de Incentivos às Mudanças Curriculares de Medicina
PROMOEX	Programa de Modernização do Controle Externo dos Estados e Municípios Brasileiros
Pró-saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSOE	Partido Socialista Operário Espanhol
RDL	<i>Real Decreto Ley</i>
RegeSUS	Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do SUS
REUNI	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

SERMAS	<i>Sevicio Madrileño de Salud</i>
SESPAS	<i>Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria</i>
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Sinaes	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SNI	Serviço Nacional de Informações
SNS	<i>Sistema Nacional de Salud</i>
SOE	<i>Seguro Obligatorio de Enfermedad</i>
SS	<i>Seguridad Social</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Termo de Cooperação
UAB	Universidade Autônoma de Barcelona
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UNED	<i>Universidad Nacional de Educación a Distancia</i>
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
2	<b>RACIONALIDADE E ORGANIZAÇÕES BUROCRÁTICAS: IMPLICAÇÕES PARA A FORMAÇÃO EM GESTÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b> .....	21
2.1	ORGANIZAÇÕES BUROCRÁTICAS E A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA NO BRASIL: EXISTE UMA GRAMÁTICA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE?.....	27
2.2	ENTRE O CONHECIMENTO E A PRÁTICA: RACIONALIDADES PRESENTES NA GESTÃO E A SUA RELAÇÃO COM O ENSINO NA ÁREA.....	37
2.3	DA TEORIA TRADICIONAL À NOVA SOCIOLOGIA DA EDUCAÇÃO: BASES HISTÓRICAS DO CURRÍCULO.....	43
2.3.1	<b>Antecedentes do campo do currículo e a Teoria Tradicional</b> .....	45
2.3.2	<b>A Nova Sociologia da Educação</b> .....	49
2.4	CONTRIBUIÇÕES DA OBRA DE PIERRE BOURDIEU: OS CONCEITOS DE CAMPO E DE <i>HABITUS</i> .....	51
3	<b>ESTRATÉGIA METODOLÓGICA</b> .....	56
3.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO E SUAS CATEGORIAS.....	56
3.1.1	<b>Entrevista</b> .....	61
3.1.2	<b>Pesquisa documental</b> .....	66
3.1.3	<b>Análise dos dados</b> .....	66
3.2	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	68
4	<b>A FORMAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE E O CONTEXTO DE MUDANÇA DE PARADIGMAS</b> .....	69
4.1	A FORMAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL.....	71
4.1.1	<b>Antecedentes da formação em gestão em saúde no Brasil</b> .....	71
4.1.2	<b>A formação em gestão em saúde no SUS</b> .....	76
4.1.2.1	Profissionalização da gestão em saúde e a formação em saúde coletiva.....	82
4.1.2.2	Saberes e abordagens acionados na formação de gestores da saúde.....	89

4.1.3	<b>Cursos de gestão em saúde: a experiência de formação no Brasil.....</b>	92
4.1.3.1	Elementos do contexto político-institucional e a gênese dos cursos.....	92
4.1.3.2	A construção do currículo: organização, concepções de gestão e a relação com o SUS.....	96
4.1.3.3	Componentes curriculares: uma aproximação ao que ‘conta como conhecimento’ na formação de gestores.....	104
4.1.3.4	Perspectiva de futuro.....	110
4.2	<b>A FORMAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE NA ESPANHA .....</b>	113
4.2.1	<b>O Sistema de saúde espanhol: características e apontamentos sobre direito à saúde.....</b>	114
4.2.2	<b>A história da formação em gestão em saúde na Espanha.....</b>	116
4.2.2.1	A Previdência Social na Espanha e a constituição de um ‘corpo’ de funcionários: os inspetores sanitários.....	117
4.2.2.2	Gerencialismo e a discricionariedade na nomeação dos gestores da saúde.....	124
4.2.2.3	Os informes e as recomendações institucionais: ‘onda reformista’ no processo de construção da profissionalização da gestão.....	133
4.2.2.4	Saberes e a formação dos gestores da saúde.....	138
4.2.3	<b>Cursos de gestão em saúde: a experiência de formação na Espanha.....</b>	140
4.2.3.1	Elementos do contexto político-institucional e a gênese dos cursos.....	140
4.2.3.2	A construção do currículo: organização, concepções de gestão e a relação com o SNS.....	143
4.2.3.3	Componentes curriculares: uma aproximação ao que ‘conta como conhecimento’ na formação de gestores.....	148
4.2.3.4	Perspectiva de futuro.....	153
5	<b>BRASIL E ESPANHA: SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS NA FORMAÇÃO DE GESTORES DA SAÚDE.....</b>	154
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	164
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	167
	<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS COORDENADORES DE CURSO NO BRASIL E NA ESPANHA.....</b>	177
	<b>APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM FORMULADORES E CONDUTORES DA POLÍTICA DE SAÚDE E</b>	

<b>EDUCAÇÃO SOBRE A HISTÓRIA DA FORMAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL E NA ESPANHA.....</b>	<b>179</b>
<b>APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES DE SERVIÇOS E ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE DA ESPANHA.....</b>	<b>180</b>
<b>APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	<b>181</b>
<b>APÊNDICE E - PRINCIPAIS MARCOS HISTÓRICOS RELACIONADOS À OCUPAÇÃO DE CARGOS E À FORMAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE NA ESPANHA.....</b>	<b>183</b>
<b>APÊNDICE F - SISTEMATIZAÇÃO DE COMPONENTES SELECIONADOS EM INFORMES E RECOMENDAÇÕES DA ESPANHA.....</b>	<b>186</b>

## 1 INTRODUÇÃO

*Tudo quanto o homem expõe ou exprime é uma nota à margem de um texto apagado do todo. Mais ou menos, pelo sentido da nota, tiramos o sentido que havia de ser o do texto; mas fica sempre uma dúvida, e os sentidos possíveis são muitos (Fernando Pessoa. Livro do Desassossego, por Bernardo Soares, Vol II. Mem Martins: Europa-América, 1986).*

O presente estudo tem como objeto a formação em gestão em saúde. Sua escolha parte do nosso envolvimento com atividades de ensino, pesquisa e gestão, desenvolvidas ao longo dos últimos onze anos no Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Unidade Técnico-Científica, da Fundação Oswaldo Cruz. A experiência na gestão, entretanto, antecede o ingresso na Fiocruz, e se inicia com a atuação em um sistema público de saúde, no município de Niterói/RJ, ocupando entre outras funções, a de diretora de uma Policlínica Regional.

O investimento no estudo da formação de gestores fez dos elementos de nossa própria experiência uma base importante de reflexão. Buscar compreender essa formação em suas relações com o Estado, demandou colocarmos em questão o nosso próprio agir como servidores públicos, formadores e gestores, produzidos e produtores desse mesmo Estado, conforme a perspectiva de Bourdieu. Tarefa nem um pouco simples ou fácil por demandar desnaturalização, identificação dos diferentes pontos de vista e das nossas motivações.

Ao centrarmos nosso foco de atenção sobre a gestão em saúde e a formação de trabalhadores, compreendemos que, assim como nos ensina Fernando Pessoa, o que expomos a partir da nossa implicação, é apenas um sentido entre os muitos possíveis.

Nos últimos anos a gestão em saúde tem sido apontada como um dos grandes desafios para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)(CAMPOS, 2007a; CAMPOS, 2007b).

Entre os problemas relacionados à gestão, Paim e Teixeira (2007) indicam a falta de profissionalização dos gestores, a insuficiência de quadros qualificados, a presença da lógica política clientelista na indicação dos ocupantes dos cargos e funções de direção e a descontinuidade administrativa, que repercutem no funcionamento dos serviços e na imagem do SUS.

Para Rodrigues (2014), as dificuldades da gestão encontram-se associadas ao debilitamento proposital da burocracia pública, em um contexto de predomínio da política neoliberal, desenvolvida de forma contraditória com a adoção do modelo social-democrata e com as políticas de proteção social inscritas na Constituição Federal de 1988.

Conforme Machado et al (2007), a opção pela descentralização da gestão do sistema de saúde para os municípios adotada pelo SUS se refletiu em mudanças nas relações inter-governamentais, com alterações significativas no que concerne às atribuições dos gestores desse setor. Destaca-se, no que se refere ao nível local, a heterogeneidade da conformação dos municípios brasileiros, o que implica em diferentes capacidades de ordem política, institucional e econômica por parte dos gestores municipais.

A descentralização, que tomou os municípios como centro da política, significou, de acordo com Abrahão (2005), a preocupação com a capacidade de gerenciamento dos sistemas de saúde e com a formação de profissionais para fazer frente aos novos desafios de condução da política de saúde.

No que se refere à esta formação, aponta-se a oferta crescente de cursos por meio de instituições acadêmicas em nível nacional. Para Tanaka et al (1999), a atuação de tais instituições de ensino teve como base a ação do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais, bem como de agências internacionais, associações e conselhos. Mais recentemente, destaca-se o fomento da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, conjuntamente à Organização Mundial de Saúde (CASIMIRO, 2011).

Neste estudo, partimos do interesse em analisar a formação<sup>1</sup> em gestão em saúde oferecida no Brasil no que diz respeito à compreensão da sua trajetória, organização de cursos, concepções de formação e produção teórica, e em identificar as semelhanças e diferenças entre essa formação com a oferecida na Espanha.

Neste sentido, fomos animados pela ideia de que a formação em gestão em saúde tem um papel relevante para a implementação do SUS. Ao considerarmos a formação como um processo social mais amplo, procuramos identificar no mesmo se a organização de cursos estaria ou não em consonância aos princípios organizativos e doutrinários do SUS, ideia essa que se constituiu como nossa motivação inicial para a realização do presente estudo.

Mas, do que estamos tratando quando nos referimos ao termo gestão? Na definição encontrada nos dicionários, *gestão*, *administração* e *gerência* aparecem como sinônimos e são empregadas para designar ações a serem realizadas por dirigentes nas organizações.

Motta (2004, p.26) define a gerência como “a arte de pensar, de decidir e de agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados. Resultados que podem ser definidos, previstos,

---

<sup>1</sup> Compreendemos formação conforme formulado por Estêvão (2001), para quem a mesma é entendida como “uma prática social específica e como uma verdadeira instituição que cumpre certas funções sociais relacionadas com a reprodução, regulação e legitimação do sistema social, entre outras, ao mesmo tempo que celebra determinados valores, por vezes contraditórios, ligados quer ao mundo empresarial e gerencialista, quer ao mundo cívico e da cidadania” (pag.185).

analisados e avaliados, mas que têm que ser alcançados através das pessoas e numa interação humana constante”. A utilização dos termos *gerência*, *gestão* e *administração* também foi considerada como sinônimo por esse autor. Para ele, a mudança no emprego de uma palavra em substituição à outra não se deu pela introdução de um novo conceito e sim pela busca de novos termos menos desgastados.

Ao abordar o tema, Casimiro (2011) aponta que ao longo do tempo, no meio empresarial, a utilização da expressão *administração* foi sendo menos utilizado e os termos *gestão* e *gerência* se tornaram mais frequentes por destacarem em importância as funções executivas.

A diferenciação dos termos *gerência* e *gestão* foi feita pela NOB SUS 96, que conceituou *gerência* como administração de um serviço e *gestão* como atividade e responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (BRASIL, 1997).

Apesar do uso cotidiano deste termo com o sentido atribuído às ações gerenciais, a abordagem que faremos neste trabalho da noção de *gestão* é bastante distinta, mesmo que guardando alguma relação com o que foi dito anteriormente. Assim, trataremos a *gestão* como referida ao modelo de Estado burocrático, ou seja, do Estado, tal como proposto por Bourdieu (2005, p.41) “constituído como campo de forças e campo de lutas orientadas para o monopólio da manipulação legítima dos bens públicos”. Segundo o mesmo, o Estado é definido não apenas como o “monopólio da violência legítima”, como proposto por Weber, mas acrescido da dimensão simbólica, ou seja, como “monopólio da violência física e simbólica” ou “monopólio da violência simbólica legítima” (p.30).

O Estado, entretanto, não nasce na forma burocrática. O modelo dinástico de Estado, presente na política europeia do século XIV ao XVII, o antecedeu. O mesmo centrava-se na figura do rei e na *casa* como estrutura econômica e social. Ao agir como “chefe da casa”, o rei se serve de suas propriedades. Entre elas, os títulos de nobreza como capital simbólico, mantido por um grupo doméstico por meio de um conjunto de estratégias, dentre as quais, se destaca o casamento. As estratégias utilizadas são patrimoniais<sup>2</sup>. Em síntese, segundo Bourdieu (2005, p. 57), o “Estado dinástico institui a apropriação privada dos recursos públicos por poucos”.

Bourdieu (2005) ressalta que o Estado dinástico traz em seu bojo, entretanto, um caráter ambíguo. Nele se observa, por exemplo, a ação dos juristas. Estas ações tem como

---

<sup>2</sup> Conforme Bourdieu (2005, p. 59), o “patrimonialismo é essa espécie de golpe de Estado permanente pelo qual uma pessoa se apropria da coisa pública, um desvio para vantagem da pessoa de posses e dos lucros ligados à função”. O autor chama a atenção de que o patrimonialismo, presente na fase dinástica, permanece nas fases ulteriores.

base a competência técnica, relacionadas ao modo de reprodução escolar. Conferem aos juristas certa autonomia no que se refere aos mecanismos dinásticos. Aos poucos o Estado vai deixando de se constituir a partir da lógica da “casa” e passa a ser construído como administração e como território. Dá-se uma divisão no trabalho de dominação entre os herdeiros, que detém o poder reprodutivo, e os *homines novi*, os *oblatos*, que possuem o poder político. A acumulação de capital favorece, igualmente, o nascimento do Estado burocrático. Este, ligado ao aparecimento de um corpo de funcionários, tem como principal forma de reprodução o sistema escolar. Como características apresenta a dissociação da posição e de seu ocupante e do interesse público dos interesses privados, bem como da negação de interesses atribuídos aos funcionários, que agiriam pelo princípio de racionalidade.

Desta forma, a breve recuperação da gênese do Estado burocrático, a partir das contribuições de Pierre Bourdieu, nos permite refletir sobre o tema da burocracia, central para esse estudo. O Estado, ao nascer dinástico e passar a burocrático, pode ter repercussões na formação, o que nos leva a perguntar: Como o Estado burocrático, por meio da sua principal instância de reprodução, que é a escola, age na formação dos gestores da saúde? Que implicações tem essa formação para o funcionamento de sistemas universais de saúde?

Ao tomarmos o Estado burocrático como um campo de forças e campo de lutas, conforme Bourdieu (2005), visamos compreender o nosso objeto de estudo e as suas propriedades a partir do conjunto de relações que estabelece. Assim, ao buscarmos refletir sobre a trajetória e as concepções de formação em gestão em saúde, e ao considerarmos a produção teórica e analítica relacionada ao tema, identificamos que o mesmo se insere em um campo mais amplo de discussão e investigação concernente à formação em saúde. E que além disso, se inserem no contexto das políticas de saúde e de educação, condicionadas por uma lógica política e econômica predominante e influenciadas por instituições multilaterais e organismos internacionais.

Tal perspectiva se vincula aos nossos dois pressupostos: o primeiro é que a lógica neoliberal e gerencialista deu visibilidade a projetos em disputa não apenas na implementação do SUS, mas, igualmente, na formação dos gestores responsáveis pela sua operacionalização. O segundo é que a formação em gestão em saúde oferecida a partir de cursos em diferentes níveis de ensino subentende distintas formas de construção e organização curricular, que apresentam repercussões no que se refere à efetivação dos princípios de universalização, integralidade e equidade previstos no SUS.

A atualidade do tema reside no conjunto de transformações políticas, econômicas e sociais que vem sendo observadas nas últimas décadas em diferentes países, no âmbito da

reforma do Estado, em que ocorre a penetração crescente do conhecimento gerencial desenvolvido no setor privado para o setor público. Um marco nessa lógica foi a emergência da *new public management* ou nova administração pública, na década de 1980, conforme aponta Paula (2005), que apresenta reflexos nos sistemas de saúde e na formação de gestores.

Ao adotarmos um tema de pesquisa que se caracteriza pela sua complexidade, na medida em que envolve a interface entre política, saúde e educação, tomamos como objeto a formação em gestão em saúde. Desta forma, partimos das seguintes questões de investigação: Como se dá a oferta de cursos em gestão em saúde no Brasil? Quais são os antecedentes históricos da formação em gestão em saúde no Brasil e na Espanha? Como são construídos e estão organizados os currículos dos cursos de gestão em saúde selecionados no Brasil e na Espanha? Quais são as semelhanças e diferenças da formação em gestão em saúde no Brasil com os processos formativos desenvolvidos na Espanha?

Com a realização do presente estudo pretendemos refletir sobre a formação em gestão em saúde no Brasil, nos valendo das semelhanças e diferenças extraídas da experiência da Espanha. A escolha da Espanha se deu pelo fato deste país adotar um sistema nacional de saúde, de dispor de uma diversificada oferta de cursos em gestão em saúde e pela existência de trabalhos acadêmicos recentes sobre o funcionamento do seu sistema de saúde.

A formação em gestão em saúde permanece como um tema pouco explorado em nosso contexto. As diferentes iniciativas formativas de gestores, sejam governamentais ou propostas pelo segmento privado de ensino, carecem de um aprofundamento sobre as suas concepções, base curricular, institucionalidade e características de oferta. O estudo das semelhanças e diferenças de tais aspectos com a realidade de um país que adota um sistema nacional de saúde, no caso a Espanha, possibilitará a maior compreensão da formação de gestores para o SUS, o que justifica, assim, o interesse na realização do presente estudo.

Dessa forma, compreendemos que a investigação sobre a formação em gestão em saúde, pela pouca ênfase alcançada no conjunto das pesquisas realizadas no campo da saúde coletiva até o presente momento, pode se beneficiar de elementos extraídos de processos formativos desenvolvidos na Espanha.

A sua realização procura contribuir para o debate e para o fortalecimento dos processos formativos na área em direção à efetivação do SUS como um sistema público, democrático e universal.

Os objetivos propostos guardam relação com as perguntas de pesquisa. Nesse sentido, partimos do objetivo geral que é o de analisar a formação em gestão em saúde no Brasil com

base nas semelhanças e diferenças com a formação desenvolvida na Espanha. De forma a alcançar este objetivo, traçamos os seguintes objetivos específicos:

- Mapear a oferta de cursos em gestão em saúde no Brasil;
- Descrever os antecedentes históricos da formação em gestão em saúde no Brasil e na Espanha;
- Discutir como são construídos e estão organizados os currículos dos cursos de gestão em saúde selecionados no Brasil e na Espanha;
- Discutir semelhanças e diferenças na formação em gestão em saúde oferecida no Brasil com a formação oferecida na Espanha.

Em relação ao primeiro objetivo específico, o mesmo norteou o estudo exploratório da pesquisa, realizado no período de março a outubro de 2015. Destacamos que por meio do mapeamento de cursos nos níveis técnico, de graduação e pós-graduação *lato e stricto sensu* caracterizamos a formação em gestão em saúde oferecida em nosso país, desencadeando a reflexão e o levantamento de questões sobre a realidade de formação na área. Foi também base para a seleção dos cursos no Brasil a serem investigados a partir da abordagem qualitativa, que será melhor detalhado no item específico deste trabalho. Os resultados desse estudo compõem o artigo intitulado “Características dos cursos voltados para a formação em gestão em saúde no Brasil”, publicado pela Revista Saúde em Debate (CUNHA & HORTALE, 2017).

O olhar sobre a realidade da formação em gestão em saúde no Brasil envolve um arcabouço teórico-conceitual. A construção do mesmo se deu a partir da obra de Max Weber, Pierre Bourdieu, Tomaz Tadeu da Silva, Ivor Goodson e Gastão Wagner de Sousa Campos, entre outros autores consultados. Assim, desenvolvemos o capítulo 1 tendo como centralidade o conceito de organizações burocráticas e as suas relações com a Administração Pública no Brasil, com a gestão em saúde e o currículo. Incorporamos, ainda, as contribuições de Bourdieu no que se refere ao conceito de campo. O capítulo seguinte volta-se à explicitação dos caminhos da pesquisa e das suas estratégias metodológicas, com a caracterização do estudo. No capítulo 3 nos dedicamos à apresentação dos resultados da pesquisa no campo do Brasil e no campo da Espanha, que se desdobraram em dois eixos: os antecedentes históricos da formação em gestão em saúde e a experiência de formação a partir dos cursos investigados. No capítulo 4, nos reportamos às semelhanças e diferenças encontradas na formação de gestores nos dois países. Finalmente, traçamos considerações que apontam a perspectiva atual e indicam possibilidades futuras em relação ao objeto estudado.

## **2 RACIONALIDADE E ORGANIZAÇÕES BUROCRÁTICAS: IMPLICAÇÕES PARA A FORMAÇÃO EM GESTÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Uma máquina inanimada é espírito coagulado. Somente o fato de sê-lo proporciona-lhe o poder de forçar os homens a servir-lhe e de determinar, de modo tão dominante, o dia-a-dia de sua vida profissional, como é, de fato o caso na fábrica. Espírito coagulado é também aquela máquina animada representada pela organização burocrática, com sua especialização do trabalho profissional treinado, sua delimitação das competências seus regulamentos e suas relações de obediência hierarquicamente graduadas (WEBER, 1999, p.541).

O campo da saúde se insere em um contexto de determinações históricas, políticas, econômicas e culturais mais amplo que configuram a sociedade. Compreender a formação em gestão em saúde envolve considerar fatores relacionados aos diferentes aspectos da sociedade, entre eles, aquele que, segundo Campos (1971), vêm se constituindo como um traço distintivo das sociedades modernas, que é o seu caráter burocrático.

Nos últimos anos a burocracia se estendeu a todas as esferas da sociedade, estando elas presentes no sistema capitalista ou no sistema socialista, conforme assinalam Motta & Bresser Pereira (1986). Para os autores, essa circunstância se relaciona ao processo de ampliação dos integrantes e da maior complexidade das diferentes associações entre os indivíduos em direção ao alcance de objetivos determinados. Sejam partidos políticos, associações profissionais, instituições governamentais ou em uma unidade de saúde, em todas elas a burocratização irá repercutir de forma semelhante tanto no processo de trabalho, como na autonomia dos indivíduos e no seu grau de independência e participação.

As relações entre os indivíduos, antes diretas, com a burocracia passam a ser mediadas pelas organizações e por um conjunto de funcionários (“operários de gravata”) que vão desde os gerentes de maior posição hierárquica até os cargos mais humildes, que realizam atividades de execução, passando pela categoria dos técnicos. Na saúde, tais funcionários são os gestores dos sistemas de saúde, os diretores de instâncias intermediárias e de unidades assistenciais, assim como todo o conjunto de administrativos de nível médio, que, no Brasil, formam um conjunto quantitativamente expressivo no total de trabalhadores da área de saúde.

Cumprir destacar que em nosso contexto de análise as organizações são tomadas de forma diferente do seu emprego usual, ou seja, como modo de organizar uma atividade, ação ou instituição. São definidas por Friedberg (1975, p. 375) como “conjuntos humanos formalizados e hierarquizados com vistas a assegurar a cooperação e a coordenação de seus membros no cumprimento de determinados fins”.

A compreensão das organizações burocráticas se faz necessária, seja do ponto de vista da sua apropriação histórica, seja do ponto de vista do seu desenvolvimento atual.

Segundo Eisenstadt (1971), as organizações burocráticas já estavam presentes na iniciativa de reis que buscavam estabelecer o seu governo sobre forças feudais aristocráticas, utilizando de formas administrativas para o controle de recursos sociais e econômicos e a manutenção do poder sobre os grupos governados. Nas sociedades modernas, as mesmas

são criadas quando os detentores do poder político ou econômico se defrontam com problemas resultantes de processos externos – guerras etc. – ou internos – desenvolvimento econômico, exigências políticas etc. Para a solução desses problemas tem de mobilizar recursos apropriados provenientes de diferentes grupos e esferas da vida (p. 83).

O desenvolvimento das organizações burocráticas foi relacionado a um conjunto de condições analisadas por esse autor. Para o mesmo, as organizações burocráticas tornam-se necessárias na sociedade quando há uma diferenciação entre as esferas institucionais (econômica, política, religiosa etc) e os tipos principais de papéis sociais; quando os papéis sociais mais importantes são distribuídos por critérios de pertencimento a grupos constituídos de maneira mais flexível (profissionais, religiosos, vocacionais ou “nacionais”) do que aqueles formados por critérios como o de parentesco; pelo desenvolvimento de grupos funcionalmente específicos (econômico, cultural, religioso, associativo) não pertencentes a grupos particularistas básicos; quando a definição da sociedade global é mais ampla do que qualquer grupo particularista básico; quando os numerosos objetivos específicos – políticos, econômicos e assistenciais – não podem ser realizados dentro da estrutura limitada dos grupos particularistas básicos, pelo constante aumento da diferenciação da estrutura social e complexificação em muitas esferas da vida e pelos problemas administrativos e de controle das unidades sociais em um contexto de competição por recursos escassos.

Nesse sentido, apesar de bastante vinculadas ao processo de desenvolvimento capitalista e à acumulação de capital, bem como à correspondente constituição e expansão das empresas, as organizações burocráticas não se restringem ao capitalismo. O seu desenvolvimento envolve os aspectos da vida social como um todo, incluindo a organização do Estado, dos partidos, da Igreja, do exército, das associações profissionais, entre outras, e, igualmente, as organizações de saúde como os hospitais de fundações ou os mantidos por ordens religiosas. O que todas elas tem em comum é a burocracia como estratégia de administração e uma forma de se organizar e operar que apresentam características semelhantes.

A obra do sociólogo alemão Max Weber foi fundamental para a compreensão das organizações burocráticas<sup>3</sup>. A mesma é abordada a partir do nascimento do Estado, e em seu caráter mais expressivo: a racionalidade. Conforme Weber (1999), no Estado racional dois pontos se apresentam como centrais para o seu funcionamento: um funcionalismo especializado e um direito racional.

Quanto ao primeiro deles, é por meio da administração que o Estado moderno exerce efetivamente a dominação. Essa administração se dá a partir de funcionários contratados, que passam a deliberar sobre a vida cotidiana, em todas as suas necessidades e manifestações. Ao aumento de socialização corresponde uma crescente burocratização. O avanço da burocracia se estendeu ao exército de massas, à administração municipal, à Igreja e às empresas privadas.

Assim, na formulação de Weber (1999, p. 529), a modernização do Estado, tanto o monárquico quanto o democrático passa pelo “progresso em direção ao funcionalismo burocrático, baseado em contrato, salário, pensão, carreira, treinamento especializado e divisão de trabalho, competências fixas, documentação e ordem hierárquica”.

Mas, como surgem os quadros administrativos no Estado racional? Em sua obra Weber (1999) se reporta à figura dos “políticos profissionais”, que, por não almejarem ser senhores eles próprios e movidos por interesses materiais e por ideal de vida, colocavam-se a serviço de senhores políticos (príncipes) contra os donos de meios materiais ou de poderes senhoriais pessoais, ou seja, os estamentos.

Ao longo do tempo um conjunto de categorias políticas foram utilizadas na luta do príncipe contra os estamentos. Entre eles estavam os budistas, os clérigos (porque sabiam escrever e, principalmente, os celibatários, que não aspiravam obter poder político próprio em benefício de seus descendentes). A busca de uma formação compatível às atribuições de conselheiro político já se fazia presente por ocasião do surgimento de uma outra camada: os literatos de formação humanística. Assim, aprende-se nas escolas de humanistas a fazer discursos em latim, versos em grego e memorandos políticos. A nobreza cortesã se constituiu como a terceira camada após ser destituída de seu poder político estamental, passando a se ocupar do serviço político e diplomático. Tal fato correspondeu à uma mudança no sistema educacional alemão, no século XVII. A quarta categoria era formada pela nobreza inferior e os rentistas urbanos, criada especificamente na Inglaterra e tecnicamente denominada *gentry*. Os juristas com formação universitária constituíam a quinta camada. Peculiar ao Ocidente,

---

<sup>3</sup> Em sua principal obra, *Wirtschaft und Gesellschaft* (Economia e Sociedade), de 1944, Weber desenvolve sua teoria sobre a burocracia.

especialmente ao continente europeu, a participação de juristas profissionais na construção do Estado racional teve a sua expressão máxima.

Weber (1999) indica que, ao contrário do político profissional, que vive da política e pode tanto receber uma remuneração fixa em dinheiro quanto recursos a partir de taxas ou emolumentos por determinados atos, ou ambas as formas, o funcionalismo moderno apresenta um desenvolvimento diverso. Estes são:

um grupo de trabalhadores intelectuais altamente qualificados, treinados em sua área especial durante muitos anos, com uma honra estamental altamente desenvolvida no interesse da integridade. Faltando esse interesse, pairaria sobre nós, como destino, o perigo de uma corrupção terrível e de uma ignorância geral, que também ameaçaria o rendimento puramente técnico do aparato estatal, cuja importância para a economia, especialmente com a socialização crescente, tem aumentado continuamente e continuará aumentando (p. 536).

Nesse sentido, a ascensão do funcionário especializado, entretanto, não se deu de forma isolada. Paralelamente a ele ocorreu o desenvolvimento de “políticos dirigentes”, que exigia treinamento na luta e nos métodos de garantia do poder. Se ao funcionário especializado caberia a disciplina e obediência, mesmo quando são contrárias às suas convicções, tributários do sentimento de dever ao cargo e que se coloca acima de sua vontade individual, ao líder político caberia, exclusivamente, a responsabilidade por tudo o que faz. Ao contrário do funcionário comum, a quem cabe administrar, ao líder político cabe a luta, a parcialidade e a paixão - *ira et studium* – que se constituem como elemento do político.

No que concerne ao segundo ponto, o interesse pelo direito racional e suas formas fixas se fazia por parte dos funcionários da burocracia bizantina, pela sua facilidade em ser ensinado. Repercussões em relação ao direito racional se fizeram sentir a partir do capitalismo. O direito romano, apesar de não se constituir como causa de seu surgimento, foi decisivo para a criação do pensamento formal-jurídico, que orienta a justiça de toda burocracia. Assim, ao capitalismo interessa o “direito previsível como o funcionamento de uma máquina, sem interferirem aspectos ritual-religiosos e mágicos. A criação de um direito deste tipo foi conseguida ao aliar-se o Estado moderno aos juristas, para impor suas pretensões de poder” (p. 520).

Em sua formulação do conceito do “tipo ideal”, as características da conduta do burocrata profissional e da organização na qual o mesmo se insere foram propostas. O “tipo ideal” é um recurso metodológico e parte de traços da realidade enfatizados pelo pesquisador, não tendo uma correspondência exata com as situações observáveis da realidade social.

Para Weber (1971), a efetividade da autoridade legal parte da aceitação das seguintes ideias interdependentes:

- Existência de um conjunto de normas, estabelecidas por acordo ou imposição, que buscam o alcance de fins utilitários e/ou valores racionais;
- A aplicação das normas a casos particulares segue as ordenações da associação;
- Sejam funcionários ou o presidente eleito de um Estado, a pessoa que representa a autoridade ocupa um “cargo” a partir do qual exerce atividade de mando, estando subordinada a uma ordem impessoal para a qual se orientam as suas ações;
- Os membros da associação obedecem não apenas à uma autoridade legal, mas, antes de tudo, obedecem à lei;
- Os membros da associação não obedecem à autoridade de mando como a um indivíduo, mas sim como a um representante legal.

Weber (1971) destaca como categorias da autoridade legal: a organização racional por meio da normatização e do comando hierarquizado a partir de cargos, a divisão do trabalho em áreas específicas, a competência técnica para a ocupação de funções oficiais, a impessoalidade, a existência de um quadro administrativo composto por “funcionários”, onde estes não detém os meios de produção e administração, a separação entre os locais em que os funcionários exercem as suas funções e o seu domicílio e o registro em documentos das normas, decisões e atos administrativos. Para o autor,

O tipo de quadro administrativo racional legal é suscetível de aplicação a todas as espécies de situações e contextos. É o mais importante mecanismo para a administração de assuntos quotidianos. Pois nesta esfera o exercício da autoridade e, mais amplamente, o exercício da dominação consistem, precisamente, em administração. O tipo mais puro de exercício da autoridade legal é aquele que emprega um quadro administrativo burocrático (p. 19).

A esse tipo burocrático mais puro de organização administrativa, denominado tipo monocrático, corresponde o maior grau de alcance não só de eficiência, mas também o de controle e dominação sobre os seres humanos. Apesar de reconhecer outras formas que não se aproximam do modelo, como os órgãos colegiados representativos, as comissões parlamentares, os funcionários honorários, os juízes não profissionais, Weber (1971) considera que a administração burocrática é “indispensável para o atendimento das necessidades da administração de massa” (p. 25).

Outros dois aspectos das organizações burocráticas identificadas por Weber (1971) são especialmente significativos para a gestão em saúde no contexto do SUS.

O primeiro corresponde ao fato de que a criação de novas organizações de saúde e a mudança dos ocupantes nos cargos de comando nas organizações existentes, por si só, não alteram o caráter burocrático das mesmas. Tais organizações ficam, igualmente, sujeitas ao processo de burocratização na medida em que o aparato burocrático é orientado em seu funcionamento por um conjunto de interesses materiais, objetivos e também ideais. Nesse sentido, a mudança se produz em relação a quem controla a máquina burocrática. Suas características e funcionamento em variados sentidos se mantêm.

O segundo aspecto é aquele em que Weber (1971) destaca que “a administração burocrática significa, fundamentalmente, o exercício da dominação baseado no saber. Esse é o traço que a torna especificamente racional” (p.27). O conhecimento técnico confere aos burocratas uma posição de poder, mas esse poder é ampliado quando a ele se associa ao conhecimento advindo da prática pela sua inserção no serviço. Isso levanta questões sobre como se dá a formação técnica e a quem se destina nas organizações de saúde. Historicamente, em nosso país, os médicos e os profissionais de nível superior predominavam na gestão dessas organizações, dada a tradição de que sua formação profissional permitiria a condução dos serviços de saúde. A formação em gestão, apesar de intensificada após o SUS, não se coloca até os nossos dias como uma condição para a ocupação de tais cargos. Para o conjunto de trabalhadores administrativos de nível médio essa formação é feita unicamente pela prática profissional, com pouquíssimas oportunidades formais de participação em cursos.

Para a reflexão aqui realizada cabe indagar, igualmente, como a formação em gestão em saúde é baseada na perspectiva colocada para as organizações burocráticas, ou seja, como a formação segue uma lógica de dominação pelo saber, que confere àqueles que a controlam uma imensa parcela de poder. O conhecimento especializado se articula não apenas ao caráter racional da burocracia, mas à correspondente legitimidade para a tomada unilateral das decisões.

A formação em gestão no SUS deve favorecer a organização democrática e a gestão participativa, na qual a racionalidade administrativa presente incorpore processos decisórios compartilhados a partir da distribuição do poder entre os diferentes agentes sociais, sejam eles usuários, profissionais de saúde, lideranças comunitárias ou gestores.

Prevê, igualmente, o caráter relacional do trabalho em saúde e a necessária interação a partir de forte comunicação, que se contrapõe aos aspectos de normatização, impessoalidade, hierarquização e divisão de funções, assim como previsto no modelo burocrático.

Nesse sentido, busca-se consolidar a partir de uma lógica distinta ao que se define como burocracia. Mas, se como afirmado anteriormente a burocracia se estende a todas as

esferas da vida em sociedade, como pensar as condições de tal possibilidade? Essa questão remete à reflexão sobre a democracia e sua relação com a autoridade burocrática e de como evitar a burocratização total da vida em sociedade. Ela é assumida como problema por Weber ao pensar a constituição de um Superestado e do Estado Socialista, por considerar que no mesmo um grau mais elevado de burocratização formal é exigido em comparação ao capitalismo (CAMPOS, 1971).

O modelo burocrático proposto por Weber tem sido utilizado em diferentes estudos empíricos sobre as organizações. Ao partir das dimensões previstas no tipo ideal esses estudos buscam verificar em que aspectos uma organização é burocratizada. Hall (1971, p. 32) no seu estudo se refere a Gouldner e Udy, autores que partem do pressuposto que “a burocracia é uma condição que existe ao longo de um contínuo e não uma condição que esteja presente ou ausente” para reafirmá-la ao apresentar os resultados de sua pesquisa. Hall aponta que “a burocracia em geral pode ser vista como uma questão de grau e não de natureza” (p.39). A partir dos mesmos pode-se pensar no grau de burocracia presente nas organizações de saúde que operam na lógica do SUS.

No sentido de compreender as organizações burocráticas é que pretendemos ressaltar a sua importância em relação à formação em saúde. Consideramos que a elucidação desse conceito possibilitará o entendimento de como esses elementos entram em contradição com os princípios e diretrizes previstos no SUS e influenciam a atuação dos gestores em direção à sua implementação como sistema público, universal e democrático.

Acreditamos necessário refletir sobre as relações estabelecidas entre o Estado e a sociedade, enfatizando a Administração Pública no Brasil. A partir de uma perspectiva histórica, buscamos identificar elementos de contexto e condicionantes para a efetivação do SUS como uma política de saúde pública e universal, e que serão apresentados a seguir.

## 2.1 ORGANIZAÇÕES BUROCRÁTICAS E A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA NO BRASIL: EXISTE UMA GRAMÁTICA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE?

O advento do SUS se deu em um contexto de luta por mudanças que voltavam-se não apenas à uma política específica, mas buscava-se mudanças mais amplas, que envolviam um projeto de sociedade. Esse projeto, voltado para a reconstrução da democracia e do direito de participação cidadã, buscava reverter as condições de centralização e autoritarismo em que o país se encontrava após um período de vinte e um anos de governo ditatorial por parte dos

militares. A partir de ampla mobilização, foi constituída uma nova base legal no país, a denominada Constituição Cidadã de 1988.

Apesar dessa conquista legal, que representou avanços importantes em várias áreas (entre elas, a de saúde pela concepção adotada de seguridade social, integrando saúde, previdência e assistência), o período seguinte não foi isento de disputas e de desafios políticos, econômicos e sociais, em um processo de tensionamento entre as mudanças pretendidas e a conservação dos padrões autoritários e liberais vigentes.

Entender esses desafios, envolve a possibilidade de análise da constituição do Estado brasileiro e de suas organizações burocráticas, bem como das formas históricas com que o mesmo se relacionou com a sociedade. Para isso, seguiu-se a perspectiva proposta por Edson Nunes (2010) das quatro gramáticas: clientelismo, corporativismo, insulamento burocrático e universalismo de procedimentos, e as contribuições de Abrucio, Pedroti e Po (2010).

As gramáticas foram estabelecidas segundo o personalismo, representada pelo clientelismo, e o impersonalismo, que envolve todas as outras gramáticas e em que o universalismo de procedimentos é a sua epítome. Nunes (2010, p.64) chama a atenção, entretanto, que “o corporativismo e o insulamento burocrático são penetrados tanto pelo personalismo como pelo impersonalismo”. Cita como exemplo dessa influência do personalismo nas duas gramáticas mencionadas o fato do corporativismo ter auxiliado na criação de milhares de empregos públicos, preenchidos com base em princípios clientelistas; de muitos líderes sindicais terem se beneficiado de dispositivos corporativistas para permanecerem em longos períodos em sindicatos e federações e se tornarem prestadores de favores, muitas vezes de forma clientelista e do insulamento burocrático permitir a existência de “anéis burocráticos”, tipicamente baseados em trocas personalistas.

Nesse sentido, o personalismo encontra-se presente de muitas maneiras no Brasil. Sua origem histórica remonta o período colonial e o processo de comando instalado, que estiveram na base do surgimento da administração pública genuinamente brasileira, que só pode nascer com a independência do país.

Segundo Abrucio, Pedroti e Po (2010), do ponto de vista administrativo, duas grandes formas de comando existiram no período colonial. A primeira caracterizada pelo centralismo excessivamente regulamentador por parte da metrópole, que buscava garantir uma uniformização do processo colonizador utilizando o Conselho Ultramarino e a Igreja Católica como principais instrumentos. A segunda, caracterizada por fatores descentralizados de poder, centrava-se no poderio patrimonialista, presente tanto nas câmaras municipais como nas

capitanias hereditárias. O fato do Estado português não alcançar a maior parte do território brasileiro, levou ao personalismo, entendido como privatização do espaço público.

De acordo com os autores, em 1808, um novo impulso ao poder público foi dado pela instalação da Família Real portuguesa no Brasil e pela criação de diferentes instituições, com destaque para a Corte no Rio de Janeiro, instituições essas que podem ser vistas como a base do Estado nacional, que será proclamado com a Independência do país. A formação de lideranças político-administrativas em Portugal, particularmente em Coimbra, como iniciativa do Marquês de Pombal, possibilitou a constituição de uma nova elite de brasileiros, homogênea em seus propósitos, que passaram a ocupar os altos postos do governo. A incorporação a esses postos não se dava, entretanto, unicamente por mérito ou por critérios universalistas como o concurso público. Na maior parte da elite burocrática, conviviam a meritocracia e os relacionamentos pessoais de apadrinhamento, tanto para a seleção como para a promoção de funcionários.

Dessa forma, no que se refere aos primórdios da burocracia brasileira, Abrucio, Pedroti e Po (2010, p. 32) reportam ao caráter personalístico e patrimonialista dos agentes estatais:

O fato é que a burocracia imperial tinha essas duas características. Ela foi essencial para construir a nação brasileira, evitando o fracionamento que marcou o restante da América Latina e mitigando o localismo oligárquico presente no país. Mas o fez também reduzindo a esfera pública ao comando patrimonial dos agentes estatais. Em outras palavras, havia uma alta burocracia selecionada pelo mérito, mas que não era pública e tampouco controlada publicamente, nem no sentido liberal nem em termos democráticos. A alta burocracia respondia, basicamente, ao imperador, o mesmo que concentrava em si todos os quatro poderes definidos pela Constituição de 1824.

Ainda segundo esses autores, no plano internacional, as administrações públicas seguiam o mesmo modelo, em que os traços patrimonialistas se destacavam. Essa situação começou a ser modificada a partir de meados ou do final do século XIX, quando começaram as primeiras reformas de sentido burocrático weberiano, sendo que no Brasil houve continuidade do patrimonialismo na Primeira República, quando o Estado brasileiro se enfraqueceu. Destacam-se, no contexto nacional, duas exceções desse modelo: as Forças Armadas e o Itamaraty.

Nessa direção, Nunes (2010, p.46) reforça que no Brasil o clientelismo permanecia como um importante aspecto das relações políticas e sociais por ocasião do surgimento do capitalismo moderno nos anos 30. O contexto em que a industrialização se deu foi a de

enfraquecimento de grupos oligárquicos por confrontos políticos, de depressão mundial no final dos anos 20, da presença de uma elite estatal forte e de existência de grupos competitivos, em que não havia um segmento principal que exercia a supremacia clara sobre os outros. Dessa forma, “os arranjos clientelistas não foram minados pela moderna ordem capitalista – permaneceram nela integrados de maneira conspícua”.

Nunes (2010) também aponta que o clientelismo e o capitalismo moderno partem de princípios logicamente antagônicos e incompatíveis, mas a perspectiva de troca generalizada e troca específica<sup>4</sup>, na qual se baseiam, são empiricamente compatíveis.

Esse mesmo autor aponta que, apesar de fortemente presente na República Velha, o clientelismo não é uma característica unicamente do período da política do “café-com-leite”, do coronelismo, em suma, uma característica do Brasil arcaico. Para ele, o clientelismo está presente no Brasil contemporâneo e coexiste com o capitalismo moderno. O clientelismo desempenha funções de representação e de canal de comunicação entre a sociedade e o Estado onipotente, fornecendo aos estratos mais baixos da população, a capacidade de se expressar e de realizar demandas específicas.

Ao longo do tempo e desde a década de 30, entretanto, o clientelismo e o personalismo foram enfrentados. Destacam-se nesse processo as decisões políticas que buscavam o universalismo de procedimentos, as leis voltadas para a regulação dos empregos públicos e a criação de burocracias insuladas.

Para Edson Nunes (2010, p.54) o insulamento burocrático e o universalismo de procedimentos são duas gramáticas alternativas ao clientelismo.

O universalismo de procedimentos baseado nas normas do impersonalismo, direitos iguais perante a lei, e *checks and balances*, poderia refrear e desafiar os favores pessoais. De outro lado, o insulamento burocrático é percebido como uma estratégia para contornar o clientelismo através da criação de ilhas de racionalidade e de especialização técnica.

Conforme esse autor, o insulamento burocrático é o processo que protege o núcleo técnico do Estado de interferências externas, tanto advindas do público quanto de outras

---

<sup>4</sup> As trocas generalizadas ocorrem em contextos clientelistas em que as relações são pessoais. Envolve a promessa e a expectativa de retorno futuros. Nessa perspectiva se inserem as relações entre *patrons* e camponeses, em que os últimos encontram-se em uma relação de subordinação em relação aos primeiros em decorrência do fato de não deterem a posse da terra. O que marca os laços pessoais é, justamente, a condição de desigualdade. Já no sistema de troca específica, que caracteriza o capitalismo moderno, o processo de troca e aquisição de qualquer bem não envolve uma expectativa de retorno futuro. As relações são impessoais, ou seja, caracterizadas pelo impersonalismo, que “constitui um dos fatores básicos do mercado livre e também a base da noção de cidadania” (NUNES, 2010, p. 47).

organizações intermediárias, como os partidos políticos, as associações e os sindicatos, dentre outros. Significa, assim, a “redução do escopo da arena em que interesses e demandas populares podem desempenhar um papel” (p. 55).

Na perspectiva de Nunes (2010), uma das características do insulamento burocrático é o fato de que nem todas as agências insuladas possuem o mesmo grau. Ou seja, existem graduações que vão desde o insulamento total até o alto grau de penetração das agências pelo mundo político e social (“engolfamento” social). O grau de insulamento alcançado apresenta implicações na estrutura, eficiência, capacidade de resposta e responsabilidade das organizações. Outra característica é que nem todas as agências insuladas irão continuar dessa forma com o passar do tempo<sup>5</sup>. O “desinsulamento” pode ocorrer por alguns motivos, entre eles, “porque o núcleo técnico não requer proteção quando o ambiente operativo é analisável, previsível e menos incerto” (p. 55).

Outros exemplos de burocracias altamente insuladas citadas por Abrucio, Pedroti e Po (2010) são o Serviço Nacional de Informações (SNI) e o Departamento de Administração do Serviço Público (DASP). Sobre a última, essa agência foi fundada em 1938 e concretiza o modelo de administração pública proposta pelo governo de Getúlio Vargas em 1930, que tinha por objetivo a expansão do papel do Estado e a sua capacidade de intervir nos domínios econômicos e sociais em nome de um projeto de modernização nacional-desenvolvimentista. A ênfase não era em ter apenas quadros qualificados, mas sim fortalecer a instituição e os objetivos do Estado. “Daí ser o primeiro momento institucionalizado de reforma administrativa da história brasileira” (p. 36). Ainda sobre o DASP, os autores afirmam que “criou-se uma burocracia, a um só tempo, voltada ao desenvolvimento, institucionalmente ligada ao mérito e universalismo, sendo a primeira capaz de produzir políticas públicas em maior escala.” (p. 36).

A exemplo de outros países, o governo de Vargas buscava a modernização da gestão pública ao adotar as concepções e os princípios de Max Weber. Assim como anteriormente exposto neste trabalho, Weber (1971) destaca como categorias da autoridade legal a organização racional por meio da normatização e do comando hierarquizado a partir de cargos, a divisão do trabalho em áreas específicas, a competência técnica para a ocupação de funções oficiais, a impessoalidade, a existência de um quadro administrativo composto por

---

<sup>5</sup> Um exemplo de agência civil insulada citada por Nunes (2010) é o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE), a Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e a Petrobrás. Em relação à esta última, vemos nos dias atuais uma modificação do seu grau de insulamento, com permeabilidade de interesses políticos e de partidos, ficando mais vulnerável à gramática do clientelismo.

“funcionários”, onde estes não detém os meios de produção e administração, a separação entre os locais em que os funcionários exercem as suas funções e o seu domicílio e o registro em documentos das normas, decisões e atos administrativos.

De acordo Abrucio, Pedroti e Po (2010), no contexto brasileiro, entretanto, a conciliação de interesses permanecia presente e se expressou na dupla face da reforma DASP<sup>6</sup>. Se por um lado ela buscava a eficácia do Estado em suas novas tarefas desenvolvimentistas por meio da modernização da gestão pública, adotando para tal os princípios burocráticos weberianos, por outro, sua matriz política era bastante problemática, no sentido de que mantinha o modelo centralizador e autoritário, em que os interesses agrários e de parcela do Estado permaneciam. Estes últimos voltado à patronagem visando manter o apoio de uma parte da elite ao varguismo.

Esses autores indicam que, no governo de Juscelino Kubitschek, o mesmo “valeu-se de sua experiência anterior no governo de Minas Gerais para conjugar as gramáticas do clientelismo e do insulamento burocrático, utilizando o primeiro para a manutenção de sua base de apoio político e o segundo para o desenvolvimento de seus projetos desenvolvimentistas” (p. 45).

Para os autores, no governo militar, a administração pública ganhou destaque, agora em um contexto em que prevalecia a lógica ideológica antipolítica e tecnoburocrática. Houve uma significativa expansão do Estado brasileiro neste período, especialmente pela via da administração indireta, em que o instrumento fundamental adotado foi o Decreto-Lei n 200, de 1967.

Sobre o modelo reformista do regime militar Abrucio, Pedroti e Po (2010, p. 50-51) destacam o seu caráter autoritário e a permeabilidade do Estado aos interesses privados. Assim,

---

<sup>6</sup> Conforme Abrucio, Pedroti e Po (2010), o DASP foi projetado para ser o órgão central do sistema de controle da administração pública brasileira e peça chave para a constituição de uma burocracia profissional institucionalizada, sob os moldes do insulamento burocrático. Passou a ser responsável pela realização de concursos públicos e pela supervisão dos processos de gestão de pessoal, tais como promoções, transferências e medidas disciplinares. Foi também responsável pela criação de unidades administrativas descentralizadas da burocracia federal, as chamadas autarquias, que, ao lado de fundações e de outras agências, significou uma expansão significativa da administração pública brasileira. Teve, igualmente, importante função do controle político, constituindo-se em um instrumento fundamental aos propósitos autoritários e centralizadores do Estado Novo. Com a queda do Estado Novo, o DASP foi enfraquecido até finalmente ser extinto na década de 1980. Nos governos que se seguiram, a lógica dual permaneceu nas esferas da administração pública, com a presença de uma cultura de mérito convivendo com o clientelismo.

A burocracia federal ficou insulada de qualquer controle público e, ao contrário do que propunham os defensores desta visão, essa proteção não afastou os interesses privados da órbita do Estado. Surgiu aquilo que Fernando Henrique Cardoso chamou de anéis burocráticos [...] O exemplo dos anéis burocráticos revela que a proteção autoritária da tecnocracia não necessariamente afasta o Estado do patrimonialismo, uma vez que os interesses privados relacionam-se nessa arena com a burocracia sem o menor controle público. Isso possibilita o favorecimento de determinados setores econômicos, o tráfico de interesses e, no limite, a corrupção. Nada mais distante de um processo de modernização da administração pública.

Outra gramática apresentada por Edson Nunes (2010) é o corporativismo. O que caracteriza a mesma é a sua formalização em leis e o seu caráter semiuniversal. Diferencia-se tanto do clientelismo, pela busca de racionalidade e organização que desafia a natureza informal do mesmo, como do universalismo de procedimentos, pois as suas leis preocupam-se com a incorporação e controle e não com o justo e igual tratamento de todos os indivíduos. O corporativismo se aproxima do clientelismo no sentido de que ambos podem ser tomados como mecanismos cruciais (um formal, o outro informal) para o controle de conflitos sociais.

Esse autor comenta que os tipos de corporativismo encontrados em países industrializados se diferenciam dos de países semi-industrializados, como o Brasil, o Peru e o México. Nestes países, “o corporativismo foi utilizado como uma tentativa de controlar e organizar as classes inferiores através de sua incorporação ao sistema. No Brasil o corporativismo destinava-se também a disciplinar a burguesia” (p.63).

Conforme Abrucio, Pedroti e Po (2010), no Brasil o corporativismo se expandiu no período posterior ao regime militar. O processo reformista da Nova República esbarrou com vários problemas. Dois motivos podem ser identificados para o fracasso do mesmo. O primeiro relacionado à baixa capacidade de governo, decorrente do fato dos ministérios terem sido inchados por Tancredo Neves para atender os grupos de apoio e pela fraqueza política da gestão de Sarney. O segundo pela falta de um diagnóstico sobre a situação do Estado brasileiro no geral e da administração pública em particular.

De acordo com os autores, a Constituição Federal de 1988 teve uma grande importância para a administração pública, tema para o qual foi destinado um capítulo específico, de forma inédita na história constitucional. Avanços importantes foram conquistados a partir da mesma, como a democratização do Estado, traduzida no fortalecimento do controle externo pelo novo papel conferido ao Ministério Público (MP) e pela ideia de transparência governamental. Houve, ainda, a instauração de conselhos ligados às políticas públicas, de audiências públicas e de formas de consulta direta do eleitores (como

o plebiscito e o referendo) como instrumentos de participação da população na deliberação e controle de governos.

Abrucio, Pedroti e Po (2010, p.58) ressaltam que, apesar dos avanços e “das qualidades das medidas em prol da profissionalização do serviço público previstas na Constituição de 1988, parte dessa legislação resultou, na verdade, em aumento do corporativismo estatal, e não na produção de servidores do público, para lembrar a origem da palavra”. Assim, o capítulo da administração pública da CF 88 incorporou formas corporativas e burocratizantes a partir da perspectiva dos constituintes, que se voltaram mais para a discussão dos problemas da trajetória histórica do Estado brasileiro do que dos desafios colocados para o futuro.

Esses autores indicam que foi a partir do diagnóstico de tais fatores negativos da CF 88 e do estudo e tentativa de aprendizado em relação à experiência internacional que se baseou a proposta elaborada pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), no governo de Fernando Henrique Cardoso, tendo à sua frente o ministro Bresser Pereira.

Denominada Reforma Bresser, as mudanças produzidas se relacionaram a uma grande reorganização administrativa do governo federal e pelo fortalecimento das carreiras de Estado. O ideal meritocrático do modelo weberiano foi perseguido pelo MARE. Nesse contexto, destaca-se a criação de uma ordem jurídica que estabeleceu parâmetros de restrição orçamentária, de otimização de políticas e democratização da gestão pública.

Baseada em um modelo gerencial, que visava uma administração voltada para resultados, a Reforma Bresser foi responsável pela proposição de uma engenharia institucional capaz de estabelecer um espaço público não estatal. A partir daí uma série de organizações foram criadas seguindo a lógica das parcerias público-privadas (PPPs).

Ainda segundo esses autores, apesar de sua influência no desenho institucional até os nossos dias, o MARE não teve a capacidade de coordenar o conjunto do processo da Reforma do Estado, considerando “que muitas alterações importantes no desenho estatal e nas políticas públicas sob o governo FHC passaram ao largo da agenda da gestão pública proposta pelo ministro Bresser-Pereira” (p. 63), sendo extinto no começo do segundo governo FHC.

Para os autores, no governo que se seguiu a partir de 2003, o tema da gestão pública permaneceu secundário pelo não estabelecimento de uma agenda em prol da reforma administrativa. As inovações alcançadas em políticas específicas como o Bolsa Família e nas propostas da área da educação não se espalharam para todo o governo, que teve na fragmentação um dos obstáculos para a modernização.

Conforme Abrucio, Pedroti e Po (2010), esse governo se apresentou mais como uma continuidade do que como mudança na lógica patrimonialista, por ter se caracterizado pelo loteamento de cargos públicos, com uma forte politização da administração indireta e dos fundos de pensão. Para esses autores algumas iniciativas desenvolvidas contrastaram com esse panorama, como as ações da Polícia Federal, o trabalho da Controladoria Geral da União, bem como o Programa Nacional de Apoio à Modernização da Gestão e do Planejamento dos Estados e do Distrito Federal (Pnage) e o Programa de Modernização do Controle Externo dos Estados e Municípios Brasileiros (Promoex).

A construção de tais Programas foi feita de forma participativa, com ampla participação e discussão com os estados e tribunais de contas, rompendo com a tradição centralizadora do Estado brasileiro. Para os autores, esses avanços, entretanto, poderiam ter sido maiores se o governo tivesse implementado uma visão integrada e de longo prazo para a administração pública brasileira.

Ainda que o governo iniciado em 2003 não tenha se voltado à reforma da gestão pública, esse teve como foco a melhoria da capacidade institucional, com a incorporação de novos servidores públicos por meio de concurso em áreas prioritárias como saúde, educação, segurança e infraestrutura e com o aumento do nível de qualificação dos novos trabalhadores. Outros aspectos enfocados foram a democratização das relações de trabalho e a transparência. Com destaque, nesse último aspecto, para a criação da Secretaria de Transparência e Combate à Corrupção (OCDE, 2010).

Na formulação de Nunes (2010), o universalismo de procedimentos se opõe, igualmente, ao clientelismo. Essa gramática toma como base a concepção de igualdade perante à lei, ou seja, de que os benefícios e encargos públicos devem ser alocados segundo regras e procedimentos gerais e universais, estando associada à noção de cidadania plena.

Essa última gramática, baseada no impersonalismo, favorece o atendimento ao universalismo, equidade e integralidade, que são as diretrizes do SUS. Para que o sistema de saúde cumpra com esses princípios doutrinários e se organize segundo as necessidades de saúde de indivíduos e coletividades a partir do território, é essencial que possa conciliar a capacidade técnica, a proteção do corpo de funcionários de interesses personalísticos, com a decisão política do cuidado à saúde como direito universal.

As mudanças produzidas pelos diferentes governos ao longo da história, os avanços alcançados e os desafios ainda presentes na gestão pública indicam um campo complexo de disputas, em que a lógica do personalismo tem prevalecido, mesmo nos desenhos mais voltados ao insulamento burocrático e ao corporativismo. Reverter essa lógica implica na

mobilização de toda a sociedade contra os interesses personalísticos, no fortalecimento das agências de controle e na consolidação de uma cultura institucional voltada para o bem público.

Recentemente, uma formulação, que parte da crítica à lógica patrimonialista e clientelista, foi apresentada por Campos (2016). Para o autor um conjunto de caminhos devem ser pensados para o alcance da unificação e integração da gestão visando o funcionamento e consolidação do SUS. Nessa direção, propõe a constituição de uma autarquia interfederativa, ou seja, um organismo tripartite, composto de todos os municípios e estados da União, que denominou de SUS Brasil. Este, manteria os mecanismos de controle social por meio de Conferências e Conselhos, agregando a constituição, nos mesmos moldes, de Conselhos Regionais de Saúde. Se basearia, igualmente, nas instâncias deliberativas constituídas como Comissões Intergestoras, com a designação de um Secretário Regional de Saúde, indicado de forma consensual entre os municípios e o estado respectivo. Para efeitos de nossa discussão destacamos de sua proposta a perspectiva da profissionalização da gestão, no que considera que

Para atenuar a influência política partidária no SUS Brasil seria fundamental limitar o âmbito e a extensão dos cargos de livre provimento, ou de confiança, no SUS. Os servidores da saúde seriam contratados mediante concurso público e ingressariam em carreiras do SUS Brasil. Além disto, seria fundamental se definir regras republicanas para provimento de cargos de chefia de serviços e de programas de saúde. Uma alternativa é a realização de concursos internos entre servidores do SUS Brasil para preenchimento destas funções, com bancas especializadas conforme tema e mandado definido. O livre provimento ficaria restrito aos cargos de secretário, ministro e assessoria direta (pag. 39).

Entendemos que essa proposta se insere na gramática do universalismo de procedimentos. Ao conjugar essa gramática a sociedade brasileira estará mais próxima das mudanças almejadas pela política de saúde e em direção a um projeto de sociedade mais justo e democrático, o que implica no necessário direcionamento do papel do Estado como garantidor da efetivação da política de saúde.

Tal possibilidade se vincula à abordagem institucional tratada por Evans (1998), que considera que é a escassez de burocracia e não o seu excesso o que prejudica o desenvolvimento. Nessa abordagem, a Burocracia se diferencia da visão pejorativa, entendida pelos cidadãos e pelos formuladores de políticas como “sinônimo de ineficiência ou fonte de abastecimento dos funcionários privilegiados”, e é vista como um “conjunto de normas e estruturas que induzem à competência” (p. 76), conforme a acepção weberiana.

De acordo com Evans (1998, p. 63) no Estado burocrático moderno,

A coerência corporativa exige que os funcionários responsáveis sejam até certo ponto isolados das exigências da sociedade circundante. O isolamento, por sua vez, é acentuado através de um *status* distinto e recompensador para os burocratas. A concentração de capacitação na burocracia através de recrutamento meritório e a provisão de oportunidades para premiações em carreiras de longo prazo são também fundamentais para a eficiência da burocracia.

Assim, a burocracia funcionária de forma insulada, mantendo um certo grau de autonomia em relação à sociedade. O autor levanta o problema de separar os benefícios do insulamento dos custos do isolamento, na medida em que pressupõe que os Estados, para alcançarem a eficiência, devem estar “inseridos”. Se reporta, desta forma, ao problema da necessidade de combinar autonomia e inserção social. Para o mesmo, ainda que o reconhecimento de que a ação efetiva do Estado deva envolver parcerias com a sociedade civil, a especificação do processo político e organizacional que possibilite que Estados específicos alcancem essa capacidade é tida como uma tarefa muito mais difícil.

Nesse trabalho a reflexão sobre o Estado burocrático se constituiu como uma base para a compreensão dos processos mais amplos nos quais se insere a formação de gestores. A seguir pretendemos levantar elementos das diferentes concepções e modelos de gestão.

## 2.2 ENTRE O CONHECIMENTO E A PRÁTICA: RACIONALIDADES PRESENTES NA GESTÃO E A SUA RELAÇÃO COM O ENSINO NA ÁREA

A “gestão em saúde” não possui uma concepção única, ao contrário, abrange diferentes sentidos (CARVALHO et al, 2009). Um dos autores que vem se dedicando ao estudo das teorias e métodos de gestão na saúde é Gastão Wagner de Souza Campos. Para fins deste trabalho refletiremos sobre os sentidos de gestão por meio das acepções apontadas por este autor (CAMPOS, 2011) ao tratar as racionalidades utilizadas na relação entre o conhecimento e a prática.

A primeira delas é a racionalidade tecnológica, em que predomina a visão objetivada do mundo e em que o trabalho e as práticas humanas seriam regulados pelo saber acumulado previamente, preferencialmente consolidado como ciência, com baixa autonomia por parte do agente. Nessa racionalidade se inserem a maioria das escolas de gestão, como a prevista pela Teoria da Administração Científica de Taylor (em que o trabalho é fortemente normatizado e, conseqüentemente, o trabalhador não possui qualquer autonomia e iniciativa para conduzi-lo) e a de um movimento internacional mais recente denominado de “gerencialismo” (gestão com

base em resultados aferidos, a partir do estabelecimento de metas, que irão incidir sobre a avaliação do trabalhador, equipe ou departamento)<sup>7</sup>.

A segunda racionalidade é a da práxis. A mesma comporia uma das modalidades do saber humano propostas por Aristóteles, que são o teórico ou contemplativo e o saber prático. Conforme Campos (2010, p. 2340), a práxis, inserida no saber prático, se refere à

atividade humana em que o saber prévio, o trabalho morto acumulado (diria Marx) não isenta o agente da necessidade de uma reflexão prudente (diria Aristóteles) durante a execução da atividade ou do trabalho em questão. Na práxis, o agente da ação, ademais do planejamento prévio com base no saber acumulado, deverá considerar o contexto singular em que sua ação se realiza: outros sujeitos envolvidos, valores, circunstâncias históricas etc.

Proposta por Aristóteles como racionalidade que comandaria a relação entre saber e prática nas situações em que a atividade e o trabalho realizam-se por meio da interação intra, inter ou transpessoal. A racionalidade da práxis se voltaria aos campos de práticas sociais como a política, a ética (justiça) e a clínica, citados por Aristóteles, nos quais o emprego da razão técnica não seria suficiente. Aos mesmos, Campos (2011) incorpora a pedagogia, a gestão, o cuidado e o autocuidado, a amizade, o lazer, práticas amorosas, entre outras. Assim, nesta racionalidade o conhecimento acumulado e o saber sobre as tecnologias apropriadas não são desconsiderados, mas a eles se incorpora um sistema de valores e diretrizes ético-políticas.

Pelo exposto, o trabalho em saúde e a gestão necessitariam ser pensados pela racionalidade da práxis. Campos (2011, p. 3037) ressalta que esta envolve um processo formativo junto aos agentes.

O exercício da práxis depende de uma formação Paidéia para os agentes. Um saber compreensivo, que inclua o conhecimento técnico específico de cada campo, e também o governo de si mesmo e as relações sociais e políticas. Exige o domínio sobre o conhecimento cognitivo, subjetivo e político. Tudo isto, exatamente para ampliar a crítica e a inventividade de cada agente diante da especificidade de cada caso. O conhecimento sobre cada caso depende da capacidade de observação do contexto, de escuta e de interação com os usuários e pares. Mais do que apenas escutar, implica na arte de compartilhar decisões durante a prática.

A terceira racionalidade é a artística. Tem por objetivo os valores estéticos. Nela, a ação do agente-artista se baseia predominantemente na criatividade e na invenção, levando a

---

<sup>7</sup> A partir da denominação de “racionalidade gerencial hegemônica” Campos (2000; 2010), se refere às teorias ou métodos que buscam regular o trabalho humano. Estes, a partir de distintos recursos, se esforçam para aproximar o trabalho do homem ao modo de funcionamento de uma máquina.

que a relação com os conhecimentos teóricos e técnicos seja ainda mais tênue do que na práxis.

O Quadro 1 apresenta a síntese dessas três racionalidades, a partir dos elementos destacados pelo autor no texto.

Quadro 1 - Racionalidades da relação conhecimento e prática

<b>Racionalidade/ elementos</b>	<b>Tecnológica</b>	<b>Práxis</b>	<b>Arte</b>
Natureza do objeto da ação	Coisa	Relações humanas	Criação
Objetivo da prática	Produção de bens ou serviços materiais	Agregar algum valor ao ser humano ou à sociedade: educação, saúde, justiça, etc.	Valores estéticos
Complexidade do processo e papel do agente durante o agir	O trabalho e a práticas humanas são regulados pelo saber científico. Redução máxima da autonomia do agente	A variabilidade dos casos e a complexidade do processo exigem a reflexão e criatividade do agente	A criação artística prevê a originalidade e a maior liberdade possível por parte do agente.

Fonte: Baseado em Campos (2011).

Para Campos (2011), o predomínio da razão técnica se faz presente em todos os campos da atividade humana no contexto atual. Este contexto é marcado não apenas pelo império do técnico e da razão instrumental, mas, igualmente, da desvalorização do humano frente aos interesses do capital, do Estado e da produtividade. Na saúde não é diferente. Das três racionalidades, a que está mais presente no campo da saúde é a racionalidade tecnológica.

Segundo o autor, na razão técnica e normativa, a gestão em saúde é concebida como forma de ampliar a capacidade organizacional de sobreviver e concorrer em uma lógica de mercado. Prevista em um contexto de crescente predomínio do setor de serviços em detrimento do setor industrial, de intensa incorporação tecnológica e conseqüente redução do trabalho humano, este viabilizado de forma precarizada pelo aumento progressivo da terceirização, de transnacionalização das empresas e de surgimento de novos modelos de produção e gestão.

Compreendemos que, se na saúde tal contexto significou a incorporação de modelos de gestão privada dos serviços por meio de Organizações Sociais, Empresas Estatais de Direito Privado, entre outras, sob a justificativa de maior eficiência; na educação o mesmo cenário se traduziu em políticas sintonizadas com as definições de organismos internacionais e a formação de trabalhadores flexíveis a partir da lógica das competências.

Em relação às políticas educacionais, Deitos (2010) é um dos autores que contribuem para a análise de suas determinações. Para esse autor, a política educacional, tomada como parte das políticas públicas definidas e dirigidas pelo Estado, são o “resultado de mediações teórico-ideológicas e socioeconômicas e estão diretamente imbricadas no processo de produção social da riqueza e, conseqüentemente, de sua repartição e distribuição” (p.209). Chama a atenção para o caráter contraditório presente em tais políticas, já que as mesmas perpassam interesses em disputa inerentes à sociedade de classes. Para ele, deve-se considerar o Estado em uma autonomia relativa, condicionada pelo processo de produção e organização social. Estão igualmente presentes as influências sobre o Estado dos ajustes estruturais e setoriais que tiveram curso, principalmente, a partir da década de 1990, em decorrência do receituário liberal ou social-liberal.

A influência desse contexto, permeado pelas orientações de agências multilaterais como o Banco Mundial, na política educacional desenvolvida pelo Estado brasileiro foi resumida em seis medidas básicas (XAVIER; DEITOS, 2006, apud DEITOS, 2010):

1 “[...] parte do suposto de que o processo econômico mundial acelerado e a disponibilidade para a inserção na competitividade internacional (globalização) geram novas exigências econômicas, políticas e educacionais”(p.75);

2 “[...] aponta como problema de ordem geral o fato de se estarem gerando distorções, considerando a primeira medida, já que o esgotamento do modelo econômico nacional, sustentado em mão-de-obra pouco qualificada, somado à iniquidade educacional, estaria levando o país ao atraso econômico e social” (pag.76);

3 “[...] aponta para a centralidade da educação elementar (problemas intra-escolares) como a condição indispensável para a promoção do desempenho econômico e social [...]”(p.76).

4 “[...] o combate à instabilidade político-institucional, que aponta a frágil consolidação do sistema democrático como causa da descontinuidade de políticas educacionais” (p. 77).

5 “[...] refere-se à suposta ausência de mecanismo de avaliação e informação da sociedade civil” (p.79).

6 “[...] considera saudável a influência dos organismos e agências financeiras multilaterais para o desenvolvimento da eficiência institucional, operacional e da gestão política e financeira do Estado, e das ações sociais e econômicas no Brasil” (p.79).

Feuerwerker & Almeida (2003, p.351), ao se referirem às condições geradas pela globalização, chamam a atenção de que “no caso das diretrizes curriculares houve uma efetiva modulação – produzida pela mobilização dos vários segmentos interessados em defender mudanças na formação que a aproximassem das orientações do sistema público de saúde (público, democrático, em busca da universalidade e da integralidade da atenção)”. Nesse sentido, indicam que a proposição da reforma universitária brasileira se afastou da perspectiva de formação voltada ao mercado e à competição. Algumas imprecisões são, entretanto, apontadas como reflexo da existência de disputa sobre a orientação das mudanças pretendidas. Uma delas é a orientação da formação por competências em sua indefinição sobre a concepção de competência adotada.

Diante desse cenário, apreendemos que a formação em gestão em saúde no Brasil está inserida em um campo de tensionamento entre posições antagônicas. Formação que busca se nortear pelos valores e diretrizes ético-políticas presentes no SUS, aproximando-a de uma racionalidade da práxis, e que coexiste, de forma contraditória e em disputa, com formações em que predominam a racionalidade tecnológica.

Nos últimos anos, experiências formativas tem se norteadas segundo a ótica da inseparabilidade entre ensino, gestão, atenção e controle social, como proposto por Ceccim & Feuerwerker (2004) no conceito de quadrilátero da formação para a área da saúde e como forma de atender aos preceitos do SUS.

Identificamos, entre as experiências de formação para a saúde, a relatada por Carvalho et al (2009), em que essa opção envolveu a adoção da formulação prevista no “projeto em Defesa da Vida” (DV). Nesta, o tema da gestão é tomado como orgânico e indissociável do debate sobre o cuidado e a clínica. Essa concepção esteve presente na criação da disciplina “Saúde Coletiva/Gestão e Planejamento em Saúde” (SC/GP) no internato do 5º ano do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas (FCM/ Unicamp).

Os autores citados adotaram uma perspectiva teórico-conceitual que toma a gestão como forma de “ampliar a capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos em distintos planos da vida social, propondo que se realizem, no interior das instituições, distintas funções” (pag. 456). Essas funções estariam relacionadas não apenas aos aspectos clássicos de administração e planejamento de processos de trabalho, mas também aos aspectos de caráter

político, como a democratização e o compartilhamento do poder institucional por meio da co-gestão e de aspectos pedagógicos e terapêuticos relativos à potencialidade dos processos de gestão na constituição de sujeitos.

Os pressupostos e as problemáticas e projetos dos centros de saúde que serviriam como campo de práticas resultaram na organização do currículo da disciplina em eixos temáticos, norteadores das atividades dos alunos em sua inserção na rede pública de saúde, a saber: clínica ampliada; projeto terapêutico singular; trabalho em equipe, equipes de referência e de apoio matricial, interdisciplinaridade, gestão da atenção em saúde, gestão colegiada e rede de cuidados.

Desta forma, a formação em gestão em saúde não se configura como um espaço neutro. Sobre ele incidem determinações políticas, sociais, econômicas, ideológicas e históricas, que perpassam interesses em disputa.

A revisão da literatura que realizamos nos permite apontar para a existência de um pequeno número de artigos sobre o tema. A dimensão dessa realidade é complementada ao compararmos com a produção voltada para a formação específica de algumas categorias profissionais, como a de médicos e enfermeiros. No que se refere à temporalidade das publicações encontradas, chama a atenção o espaço de tempo transcorrido das mesmas em relação a implantação do SUS, de quase 20 anos.

Ao estudarmos as concepções de gestão e a sua influência na formação, compreendemos, a partir de Campos (2011), que no campo da saúde predomina a racionalidade tecnológica. Para o SUS, entretanto, o trabalho em saúde, a gestão e a formação necessitariam ser pensados pela racionalidade da práxis, o que pressuporia autonomia dos agentes e formas de gestão democráticas e participativas.

Compreendemos que adotar a racionalidade da práxis contribuiria para a luta pela saúde e pelos direitos de cidadania presentes da CF 88 no que se refere aos direitos civis, políticos e sociais, carta que, conforme Baptista (2009), tem sido considerada uma das mais progressistas do mundo.

Pressuporia, ainda, um papel de proteção social a ser desempenhado pelo Estado, oposto ao que vem sendo adotado nas últimas décadas, conforme destacado por Deitos (2010, p. 215):

Como vemos, portanto, temos o Estado ocupando a função central no processo de controle social e de reprodução do capital. No trato da crise econômica e da competitividade internacional, o ajustamento estrutural, ancorado pelo Estado, avançou significativamente produzido pelo conjunto de privatizações de empresas estatais, abertura comercial, endividamento

público e privado, desregulamentação e fortalecimento dos mecanismos de regulação privados, desnacionalização avançada das reservas, tecnologias e riquezas naturais e tecnológicas nacionais. No campo da crise social (prioridades: educação básica e alívio da pobreza), as reformas implementadas aprofundaram mecanismos de focalização das políticas sociais aos grupos sociais (individualizados) considerados como vulneráveis. Esse processo de focalização de políticas sociais dirigidas pelo Estado brasileiro esteve e continua ancorado em programas e em ações nacionais e cada vez menos em políticas sociais mais amplas.

No sentido de tomar como objeto de estudo a formação em gestão em saúde, consideramos o interesse em revisar historicamente as teorias de currículo, particularmente, a teoria tradicional (pelo referencial burocrático que a informa) e a Nova Sociologia da Educação, pelas conexões que permite estabelecer entre currículo e poder.

### 2.3 DA TEORIA TRADICIONAL À NOVA SOCIOLOGIA DA EDUCAÇÃO: BASES HISTÓRICAS DO CURRÍCULO

Um dos autores que refletem sobre o currículo no campo educacional é Tomaz Tadeu da Silva (2011). Para esse autor o currículo tem sido objeto de estudo nas últimas décadas em diferentes países como os Estados Unidos, a França, a Inglaterra e o Brasil. Longe de ter definições uniformes e homogêneas, o currículo foi pensado a partir de teorizações bastante distintas, fundamentadas em diferentes aportes epistemológicos como o positivismo lógico, a fenomenologia e o estruturalismo. Teorias que surgem na medida em que o currículo emerge como um campo profissional, especializado, de estudos e pesquisas. Ou seja, a partir de processos como o de formação de um corpo de especialistas, da constituição de disciplinas e departamentos, da institucionalização de setores especializados na burocracia educacional de estado e da criação de revistas acadêmicas especializadas.

Conforme indica esse autor, anteriormente à sua instituição como um campo especializado, o currículo já estava presente na prática de professores, mesmo que ainda não fosse utilizado o termo currículo, e era abordado pelas teorias pedagógicas e educacionais. Essas teorias, apesar de abrangerem o currículo, não são teorias sobre o currículo em seu sentido estrito.

Segundo o autor, as teorias sobre currículo se dividem em tradicionais, críticas e pós-críticas. A questão central que perpassa todas, independentemente de suas especificidades, é: o que se deve saber, que conhecimentos devem fazer parte do currículo? Assim, ao levantar a pergunta “o que?”, as teorias do currículo se deparam, implícita ou explicitamente, com critérios de seleção que justifiquem as respostas que darão. Nesse sentido,

O currículo é sempre resultado de uma seleção: de um universo mais amplo de conhecimentos e saberes seleciona-se aquela parte que vai constituir precisamente, o currículo. As teorias do currículo, tendo decidido quais conhecimentos devem ser selecionados, buscam justificar por que “esses conhecimentos” e não “aqueles” devem ser selecionados (p. 15).

A questão sobre o que ensinar guarda uma correspondência com a previsão do que as pessoas irão se tornar a partir daquele currículo. As teorias do currículo trazem embutidas em suas concepções e discursos, não apenas o conhecimento a ser ensinado, mas a questão da “identidade” e da “subjetividade”. Em sua reflexão Silva (2011, p. 15-16) acrescenta que, “talvez possamos dizer que, além de uma questão de conhecimento, o currículo é também uma questão de identidade. É sobre essa questão, pois, que se concentram também as teorias do currículo”.

A perspectiva de seleção dos conhecimentos a serem ensinados e de se destacar uma identidade ou subjetividade como sendo a ideal, remete à questão do poder. A consideração da dimensão do poder não está presente nas teorias tradicionais de currículo, que partem do pressuposto da neutralidade da ciência. Ao contrário, as teorias críticas e pós-críticas consideram que o poder incide sobre as teorias e que nenhuma delas é neutra e desinteressada. Desta forma, a questão do poder marca a separação entre as teorias tradicionais e as teorias críticas e pós-críticas. Se nas teorias tradicionais a questão central se desloca do “o que?” para o “como?”, na medida em que a resposta ao “o que?” encontra-se dada pela reafirmação dos conhecimentos e saberes dominantes, para as demais teorias a pergunta “o que?” se amplia e se torna alvo de constante questionamento pela pergunta do “por quê?”. Essas teorias interrogam que interesses estão presentes ao se selecionar conhecimentos e ao se visar identidades e subjetividades. Para Silva (2011, p.17), sua preocupação principal se afasta, assim, do como deve ser feita a seleção técnica de conteúdos e se volta às “conexões entre saber, identidade e poder”.

A partir das teorias críticas e pós-críticas, o currículo é tomado em um contexto de determinações sociais, históricas e entendido como um “artefato social e cultural”. Assim,

O currículo não é um elemento inocente e neutro de transmissão desinteressada do conhecimento social. O currículo está implicado em relações de poder, o currículo transmite visões sociais e interessadas, o currículo produz identidades individuais e sociais particulares. O currículo não é um elemento transcendente e atemporal – ele tem uma história, vinculada a formas específicas e contingentes de organização da sociedade e da educação (MOREIRA & SILVA, 1995, p. 7-8).

Etimologicamente a palavra *curriculum* significa “pista de corrida”, que deriva do verbo em latim *currere*. Tomar o currículo como uma coisa (substantivo) ou como uma ação

(verbo) tem significados diferentes, de acordo com descrição de Silva (2011) sobre William Pinar. Segundo Silva, a ênfase dada por Pinar ao verbo possibilita que o currículo seja compreendido como atividade. Atividade esta que não se restringe à vida escolar, educacional, mas que a transcende e que abarca a vida em sua totalidade.

O estudo do currículo levou-nos à compreensão de que se trata de um campo tensionado por saberes distintos decorrentes de diferentes teorias. Para fins deste estudo, buscaremos uma aproximação com esse campo a partir da teoria tradicional e da Nova Sociologia da Educação. Visamos compreender, nos tópicos a seguir, os principais elementos de tais teorias e as suas condições históricas de existência.

### **2.3.1 Antecedentes do campo do currículo e a Teoria Tradicional**

A teorização sobre currículo tem como marco histórico as transformações produzidas na educação norte-americana no início do século XX, cujo período se caracterizou pelo surgimento de diferentes ideias e movimentos. Ao movimento vagamente definido de “educação progressiva”, centrada na criança e na ideia de uma pedagogia sem disciplina, se somavam as ideias educacionais baseadas no modelo burocrático para a educação. Destacam-se, segundo Kliebard (2011), o trabalho de John Dewey e Stanwood Cobb, ligados à primeira perspectiva, e o de David Snedden e Franklin Bobbitt, vinculados à segunda.

Para Silva (2011), apesar das divergências, existiria um ponto em comum entre os modelos mais tecnocráticos e o modelo mais progressista de currículo. Ambos, de certa maneira, constituíam uma reação ao currículo clássico, humanista, dominante na educação secundária desde sua institucionalização, cujo objetivo educacional voltava-se ao ensino das grandes obras literárias e artísticas das heranças clássicas grega e latina, bem como das suas respectivas línguas.

O direcionamento a uma abordagem científica da educação foi indicada por Guba & Lincoln (2011). Segundo demonstraram esses autores, a ciência vinha alcançando enorme sucesso na física e na química desde o final do século XVIII e início do século XIX, o que levou a que John Stuart Mill recomendasse, em 1843, a aplicação da “abordagem científica” à pesquisa de fenômenos humanos e sociais, motivado, igualmente, pela ausência de uma base sistemática para pesquisa nessas áreas. Essa abordagem teve ampla repercussão, como por exemplo, na Psicologia, em que o emprego dessa nova abordagem científica e a tentativa de igualar-se às ciências físicas levou ao desenvolvimento de técnicas psicométricas. Essas técnicas foram utilizadas no âmbito da educação, cuja função era determinar se os alunos

estavam à altura das “especificações” traçadas pela escola, que visavam principalmente e intrinsecamente a preparação para a faculdade.

Moreira & Silva (1995) apontaram que nos Estados Unidos, do início do século XX, a influência da abordagem de cunho científico se fazia também presente no mundo industrial em grande transformação. No final da Guerra Civil a economia daquele país passou a ser dominada pelo capital industrial, de caráter monopolista. Um conjunto de transformações no mundo do trabalho foram observadas desde então, entre elas, a produção em larga escala, a ampliação do número de empregados, o processo de produção se tornou socializado e mais complexo e os procedimentos administrativos se sofisticaram e adotaram um caráter científico.

Para esses autores, com o desenvolvimento industrial se fez necessário incorporar um conjunto de trabalhadores que viviam fora das cidades. A chegada desses imigrantes levou à crescente urbanização. Diferentes formas de vida evidenciada pelos costumes, condutas e crenças dessas populações acabaram se constituindo como uma ameaça para a classe média americana. Assim, buscou-se consolidar e promover um projeto nacional comum, que seria alcançado pelo ensino das crenças e comportamentos dignos de serem adotados pelos filhos dos imigrantes.

Silva (2011), compartilha dessa perspectiva. Para esse autor coube à escola o papel de nova homogeneização da sociedade americana nos termos pretendidos por uma de suas classes sociais. Foi pelas condições associadas com a institucionalização da educação de massas que o campo do currículo se configurou como um campo profissional especializado. Tais condições se relacionaram a

formação de uma burocracia estatal encarregada dos negócios ligados à educação; o estabelecimento da educação como um objeto próprio de estudo científico; a extensão da educação em níveis cada vez mais altos a segmentos cada vez maiores da população; as preocupações com a manutenção de uma identidade nacional, como resultado das sucessivas ondas de imigração; o processo de crescente industrialização e urbanização (p. 22).

De acordo com Silva (2011), dadas as condições citadas, restava traçar os objetivos e formas da educação de massas. Sobre estes, entretanto, não havia consenso. Concorriam diferentes visões sobre o que deveriam ser as finalidades e os contornos dessa escolarização. As posições se diferenciavam no que refere aos objetivos, conteúdos, fontes de conhecimento, finalidades sociais da educação, entre outros.

Em seu trabalho Silva (2011) aponta como um marco histórico a publicação em 1918 do livro *The curriculum* por Bobbitt. A partir daí a visão deste autor se dissemina e se torna

uma referência no estabelecimento do currículo como um campo de estudos. Influenciado pela obra de Frederick Taylor, Bobbitt entendia que a escola tinha que funcionar conforme os princípios da administração científica. Para ele, a escola deveria seguir os moldes de qualquer outra empresa comercial ou industrial. Caberia ao sistema educacional especificar os objetivos, em correspondência com as habilidades necessárias para o exercício das ocupações profissionais, os resultados a serem alcançados, os métodos para obtenção dos resultados e as formas de mensuração para verificar se os resultados foram realmente alcançados, conforme procedimentos caracterizados pela precisão e voltados para a eficiência.

A perspectiva de Bobbitt de aplicar as técnicas do mundo dos negócios às escolas já se fazia presente em 1912 quando tomou as escolas de Gary, Indiana, como modelo de eficiência e inovação. Para tal, identificou quatro princípios da administração científica a serem considerados na educação: utilização de toda a área física da escola durante todo o tempo disponível; redução do número de trabalhadores ao mínimo e obtenção do máximo de eficiência por parte dos mesmos; eliminação dos gastos supérfluos e educação dos indivíduos conforme as suas potencialidades pela utilização de currículos com conteúdos variados. Na acepção de Kliebard (2011, p. 10),

A extrapolação desses princípios da administração científica para a área do currículo transformou a criança no objeto de trabalho da engrenagem burocrática da escola. Ela passou a ser o material bruto a partir do qual a escola-fábrica deveria modelar um produto de acordo com as especificidades da sociedade. O que de início era simplesmente uma aplicação direta dos princípios da administração geral à administração das escolas, tornou-se uma metáfora central em que se fundamentaria a teoria moderna do currículo.

Kliebard (2011) ressalta que, em relação ao quarto princípio, “educar o indivíduo segundo suas potencialidades”, se faz presente um julgamento sobre a capacidade inata das crianças e sobre o currículo mais adequado ao seu destino social. Ou seja,

Dominados pelo critério de utilidade social, tais julgamentos tornavam-se profecias que se realizavam no sentido de que predeterminavam quais os “tipos de indivíduos” que iriam ocupar certas posições na ordem social. (...) às escolas cabia agora determinar (cientificamente, de certo) os fatores biográficos, psicológicos e sociais dos seres humanos, a fim de prepará-los para exercer funções muito específicas em nossa sociedade (p. 10).

Conforme esse autor, nos anos de 1920 havia um grande esforço no sentido de reformulação do currículo por meio da padronização e predeterminação do produto. Esta era outra concepção extraída do mundo dos negócios e aplicada à educação. Bobbitt postulava, além da especificação dos objetivos, a institucionalização da predeterminação e o

desenvolvimento de uma técnica de predeterminação dos resultados específicos a serem alcançados com a educação. A técnica consistia na análise das atividades do homem em unidades de comportamento específicas e especializadas, que passou a ser concebida como análise de atividade. Por meio desta técnica buscava-se “identificar unidades, em toda atividade humana, como primeiro passo para o planejamento do currículo” (p.14).

Para Kliebard (2011), a influência de Bobbitt na educação estadunidense se estendeu por todo o século XX. A sua proposta de reforma do currículo, a partir dos princípios do modelo burocrático, era seguida por líderes educacionais da época como W.W. Charters e David Snedden. Silva (2011), chama a atenção, entretanto, que, apesar de ser uma vertente dominante, a teorização proposta por Bobbitt não era a única. A mesma concorria com vertentes consideradas mais progressistas, como a liderada por John Dewey.

Ao lado de autores como Charles Sander Peirce (1839-1914) e William James (1842-1910), John Dewey desenvolveu o pragmatismo como corrente filosófica. A partir de Dewey e seus colaboradores da Universidade de Chicago o termo *pragmatism*, utilizado inicialmente por Peirce, “teve o significado rapidamente ampliado e modificado até chegar a caracterizar uma filosofia social” (MOREIRA, 2002, p. 14). Para ele, a atividade é um conceito central e inclui ao mesmo tempo o biológico e o psicológico. É por meio da atividade que se pode identificar os problemas, conhecer e mudar progressivamente o mundo. Conforme Moreira (2002, p. 17), Dewey considerava que

o pensamento emergiu da interação dos seres vivos com o mundo. Ao invés de tomar o pensamento como elemento próprio para a contemplação, ele o via principalmente como um instrumento desenvolvido para resolver problemas, procurar o que falta, modificar a realidade. Nesse sentido, o conhecimento é algo sempre vinculado à realidade e que se origina a partir de situações de incerteza.

De acordo com Moreira (2002), Dewey adotou uma perspectiva distinta de outras que buscavam reformar a educação. Seu modelo de educação estava baseado na ideia de superação da dicotomia entre a educação para a mente (teórica) e a educação para as mãos (técnica), presentes na proposta de formação profissional, com a criação de currículos diferenciados segundo a inserção no mundo do trabalho. Considerava, assim como os pragmatistas de Chicago, que a educação estava na base e se constituía como instrumento vital para o alcance de uma sociedade democrática.

Para Silva (2011), a preocupação com a construção da democracia, a orientação do planejamento do currículo voltado aos interesses das crianças e jovens, a concepção da educação como prática direta de princípios democráticos são aspectos que diferenciavam o

trabalho de Dewey em relação ao de Bobbitt. Este via na educação uma preparação para a vida ocupacional adulta, centralizava seu modelo na economia e adotava uma proposta voltada a dar um caráter científico à educação. Em relação a esse último fator, pode-se atribuir a sua maior influência ao desenvolvimento posterior do currículo.

As concepções dos autores estudados, apesar de suas distinções significativas, se inserem nos modelos mais tradicionais de currículo. Estes viriam a ser contestados nos Estados Unidos após os anos 1970 por diferentes teorias, que se incluíram no movimento de “reconceptualização do currículo” (SILVA, 2011). Entretanto, a crítica às vertentes mais tradicionais de currículo não se restringiu aos Estados Unidos. No contexto da Inglaterra essa crítica teve por base a sociologia e levou ao surgimento da “Nova Sociologia da Educação”, que será abordada a seguir.

### 2.3.2 A Nova Sociologia da Educação

Goodson (1990), ao tratar das explicações sobre as matérias acadêmicas, se reporta a duas principais perspectivas: a filosófica e a sociológica. Em relação à essa última, apresenta as concepções de Musgrove, de 1968. Esse autor sugeriu que as descrições sociológicas e os investigadores deveriam examinar as matérias não apenas dentro de uma escola, mas dentro da sociedade mais ampla, ou seja, como sistemas sociais sustentados por uma rede de comunicação, por recursos materiais e por ideologias. Tal enfoque implicaria considerar tanto os aspectos de interação social quanto o seu caráter temporal, pelo entendimento de que as matérias acadêmicas estão em constante fluxo. Ou seja, as mesmas não são “asserções intemporais de conteúdo intrinsecamente válido” (pag. 236), mas criações que se dão em um processo histórico.

Nessa abordagem, Goodson (1990) destaca a influência do livro “*Knowledge and control*”, coletânea de textos organizado por Michael Young, em 1971, no campo da sociologia do conhecimento. Para Silva (2011) esse livro se constituiu em um marco do início da crítica conhecida como “Nova Sociologia da Educação”(NSE). Entre os autores dos ensaios deste livro estavam Pierre Bourdieu, Basil Bernstein e o próprio Michael Young. Grande parte dos autores eram vinculados ao Instituto de Educação da Universidade de Londres.

A NSE tinha como referência de sua crítica a “antiga” sociologia da educação, que voltava-se para os resultados desiguais produzidos pelo sistema educacional, particularmente, por esta se concentrar nas variáveis de entrada, como classe social, renda e situação familiar, e

as variáveis de saída, como sucesso ou fracasso escolar. Nem a natureza do conhecimento escolar, nem o papel do currículo na produção das desigualdades eram considerados por aquela sociologia, vindo a se tornar objeto de problematização pela NSE. Segundo Silva (2011), a NSE se confrontava, igualmente, ao pensamento educacional britânico e à perspectiva de autores como P.H. Hirst e R.S. Peters, que defendiam que o currículo estivesse centrado no desenvolvimento do pensamento conceitual, assumindo, assim, uma posição racionalista do currículo.

No livro *Knowledge and control*, o programa da NSE apresentado por Michael Young em sua introdução adota como ponto de partida o desenvolvimento de uma sociologia do conhecimento. Segundo Silva (2011, p.6), Young entendia que esta teria como tarefa “destacar o caráter socialmente construído das formas de consciência e conhecimento, bem como suas estreitas relações com estruturas sociais, institucionais e econômicas”. Nesta perspectiva, a sociologia do conhecimento escolar se aproximava da sociologia mais geral do conhecimento. Conforme Silva (2011, p.66), Young avança na “sociologia do currículo”, a partir da crítica da tendência de naturalização das categorias curriculares, pedagógicas e avaliativas utilizadas pela teoria educacional e pelos educadores. Partia da concepção de que

A tarefa de uma sociologia do currículo consistiria precisamente em colocar essas categorias em questão, em desnaturalizá-las, em mostrar seu caráter histórico, social, contingente, arbitrário. Diferentemente de uma filosofia do currículo centrada em questões puramente epistemológicas, a questão, para a NSE, não consiste em saber qual conhecimento é verdadeiro ou falso, mas em saber o que conta como conhecimento”.

Em seu trabalho Silva (2011) indica que, mais do que se voltar à psicologia da aprendizagem ou à elaboração de currículos alternativos, o que a NSE irá se voltar, por meio do seu programa, é à crítica sociológica e histórica dos currículos existentes. Estes vistos como invenções sociais e fruto de interesses e valores, de disputas e conflitos, enfim, do poder de decisão sobre que conhecimentos, tópicos, disciplinas deviam ser selecionados.

A relação estabelecida entre organização curricular e poder é central para a NSE, conforme destacado por Silva (2011, p. 67) no trecho abaixo:

De forma mais geral e abstrata, a NSE busca investigar as conexões entre de um lado, os princípios de seleção, organização e distribuição do conhecimento escolar e, de outro, os princípios de distribuição dos recursos econômicos e sociais mais amplos. Em suma, a questão básica da NSE era a das conexões entre currículo e poder, entre a organização do conhecimento e a distribuição do poder.

Silva (2011) destaca que no início dos anos 1980 a grande influência e prestígio alcançada pela NSE entram em declínio pelos seguintes fatores: o programa voltado a uma “pura” sociologia do currículo deu lugar a formas mais ecléticas em que as análises sociológicas se misturavam com teorizações mais propriamente pedagógicas; dissolução da crítica da educação em uma variedade de perspectivas analíticas e teóricas, como o feminismo, estudos culturais, pós-modernismo, pós-estruturalismo, entre outros; mudança no contexto social de reforma e democratização da educação pelo surgimento das políticas neoliberais conduzidas por Ronald Reagan nos Estados Unidos e Margareth Thatcher na Inglaterra. Apesar desses fatores, a noção de currículo como “construção social” se mantém importante e estão presentes nas análises mais recentes vinculadas aos Estudos Culturais e ao pós-estruturalismo.

#### 2.4 CONTRIBUIÇÕES DA OBRA DE PIERRE BOURDIEU: OS CONCEITOS DE CAMPO E DE *HABITUS*

A história de vida e de trabalho de Bourdieu revela a impressionante extensão de sua atuação, seja como pesquisador, docente, diretor e editor, assim como da diversidade do seu interesse por temas que vão dos esportes à religião ou à publicidade. É a esses diferentes universos de pesquisa que o autor refere ter aplicado o mesmo modo de pensamento, que é designado pela noção de campo. O autor trata da gênese deste conceito e do conceito de *habitus* no capítulo III do livro intitulado “O Poder Simbólico”, publicado no Brasil pela Editora Bertrand, em 1989. Assim como outras noções operatórias, como reprodução, capital, capital simbólico e distinção, os conceitos de campo e de *habitus* são empregados em diversos trabalhos e, muitas vezes de forma mais clara do que no Poder Simbólico. Pela importância desse capítulo, entretanto, consideramos essencial partir dele para abordar os dois conceitos e as suas inter-relações.

Bourdieu (2007, p.59) inicia sua reflexão nesse capítulo realizando uma distinção entre a teoria teórica, “discurso profético ou programático que tem em si mesmo o seu próprio fim e que nasce e vive da defrontação com outras teorias” e a teoria científica, que “apresenta-se como um programa de percepção e de ação só revelado no trabalho empírico em que se realiza. Construção provisória elaborada para o trabalho empírico e por meio dele, ganha menos com a polêmica teórica do que com a defrontação com novos objetos”. A partir dessa distinção situa o trabalho científico, que se deve dedicar maior tempo e esforço, como aquele

no qual a ciência se volta para a prática, que põe em ação os conhecimentos teóricos adquiridos investindo-os em novas pesquisas.

Assim, o autor se vincula à teoria da prática. De acordo com Loyola (2002, p.64) para Bourdieu, “teoria e pesquisa devem estar permanentemente relacionadas entre si e a um projeto intelectual, ou seja, a uma proposta de explicar ou de compreender uma parte específica do mundo social”.

Suas posições teóricas são explicitadas a partir da noção de *habitus*, por meio do qual exprime sua recusa ao finalismo e às concepções mecanicistas e às que partem do sujeito, identificadas por ele como predominantes nas Ciências Sociais. Para Bourdieu, a noção de *habitus* possibilita o rompimento com o paradigma estruturalista sem, entretanto, recair sobre a filosofia do sujeito ou da consciência, da economia clássica e do seu *homo economicus*. Ao se contrapor à perspectiva que toma o sujeito apenas como suporte da estrutura, Bourdieu (2007, p.61) busca por em evidência as capacidades criadoras, inventivas, ativas do agente e do *habitus*, este entendido como “um conhecimento adquirido e também um haver, um capital (de um sujeito transcendental na tradição idealista) o *habitus*, a *hexis*, indica a disposição incorporada, quase postural, mas sim o de um agente em ação”.

Conforme Nogueira (2014, p.24-25),

o conceito de *habitus* seria assim a ponte, a mediação entre as dimensões objetiva e subjetiva do mundo social, ou simplesmente, entre a estrutura e a prática. O argumento de Bourdieu é o de que a estruturação das práticas sociais não é um processo que se faça mecanicamente, de fora para dentro, de acordo com as condições objetivas presentes em determinado espaço ou situação social. Não seria, por outro lado, um processo conduzido de forma autônoma, consciente e deliberada pelos sujeitos individuais. As práticas sociais seriam estruturadas, isto é, apresentariam propriedades típicas da posição social de quem as produz, porque a própria subjetividade dos indivíduos, sua forma de perceber e apreciar o mundo, suas preferências, seus gostos, suas aspirações, estariam previamente estruturadas em relação ao momento da ação.

Ainda segundo Nogueira (2014), a estrutura incorporada seria colocada em ação em situações diferentes daquelas em que o *habitus* foi formado, demandando, por parte do sujeito, o ajuste do *habitus* à conjuntura concreta de ação. Essa dimensão flexível do *habitus*, denominada de relação dialética ou não mecânica do *habitus* com a situação, se contrapõe ao objetivismo.

Outro aspecto importante a ser ressaltado por Nogueira (2014) é o de que Bourdieu sustenta a existência de uma estrutura social objetiva, em que grupos e classes sociais estabelecem relações de luta e dominação. No sentido de que o *habitus* seria formado pela

incorporação da estrutura social e pela posição social de origem, sendo constitutivo da própria subjetividade, as ações produzidas pelos sujeitos nas diferentes situações sociais estariam impregnadas pela sua classe e posição na estrutura social. Desta forma, em sua perspectiva, os sujeitos agiriam segundo sua classe e posição social, reproduzindo as relações de dominação e poder, mesmo não possuindo consciência clara disso.

Conforme Corcuff (2001), a noção de *habitus* foi definida como um “sistema de disposições duráveis e transponíveis”. Entendendo disposições como inclinações que cada indivíduo tem, dependendo de suas condições objetivas de existência e de sua trajetória social, de perceber, sentir, fazer e pensar. Tais disposições são *duráveis* pois são fortemente enraizadas e tendem a resistir às mudanças. Apesar de poderem se modificar ao longo da experiência de vida, tendem a uma certa continuidade. *Transponíveis*, pois as disposições adquiridas em certas experiências tem efeitos sobre outras esferas de experiências. Como *sistema*, considerando que tais disposições tendem a ser unificadas entre si.

De acordo com Bourdieu (2007, p. 62) a noção de *habitus* se relaciona com a *hexis*, noção aristotélica que foi convertida pela escolástica em *habitus*. Afirma que os utilizadores da noção de *habitus* tinham uma intenção teórica que ele compartilha, qual seja, a de “sair da filosofia da consciência sem anular o agente na sua verdade de operador prático de construções de objecto”.

Considerar os agentes e suas interações, a partir das relações objetivas que estabelecem, se insere na concepção de campo proposta por Bourdieu (2007). É nesse sentido que o autor identifica que a compreensão da gênese social de um campo envolve o entendimento dos atos dos produtores, ou seja, entender o não arbitrário de tais atos (ou produtos) e os interesses que os motivam. Prevê, igualmente, a apreensão do que faz a necessidade específica da crença que sustenta o campo, do jogo de linguagem e das coisas materiais e simbólicas em jogo que nele se geram.

Um exemplo, que possibilita a maior compreensão do exposto, é apresentado por Nogueira (2014, p. 31-32). Segundo a mesma,

Se tomarmos o campo literário como exemplo, é possível analisar como editores, escritores, críticos e pesquisadores das áreas de língua e literatura disputam espaço e reconhecimento para si mesmos e suas produções. Basicamente, o que está em jogo nesse campo são as definições sobre o que é boa ou má literatura, de quais são as produções artísticas ou de vanguarda e quais são as puramente comerciais, de quais são os grandes escritores e de quais são os escritores menores. Mais do que isso, disputa-se constantemente a definição de quem são os indivíduos e as instituições (jornais e revistas literárias, editoras, universidades) legitimamente autorizados a classificar e a hierarquizar os produtos literários.

Ao pesquisar diferentes universos, Bourdieu (2007, p. 67) parte da hipótese de que existem homologias estruturais e funcionais entre todos os campos. Para ele, “estes, em consequência das particularidades das suas funções e do seu funcionamento (ou, mais simplesmente, das fontes de informação respectivas), denunciam de maneira mais ou menos clara propriedades comuns a todos os campos”.

Desta forma, assim como no exemplo do campo literário, em outros campos específicos ou na sociedade como um todo, os atos ou os produtos simbólicos seriam permanentemente classificados e hierarquizados. A legitimação de alguns desses produtos em detrimento de outros, leva a diferenciação entre dominantes e dominados, em que os primeiros se tornam detentores de diferentes tipos de capital, seja cultural, econômico, social ou simbólico. Enquanto os dominantes criam estratégias para a manutenção de sua posição de poder e prestígio, os dominados assumiriam duas posições de acordo com a situação apresentada, que seriam ou de conformidade e busca de reconhecimento ou de refutação e busca de mudança da sua posição. O campo é, assim, espaço de conflitos e de concorrência.

De acordo com Corcuff (2001), Bourdieu conceitua que cada campo é ao mesmo tempo um *campo de forças* (marcado pela distribuição desigual de recursos e por conseguinte, por uma relação de forças entre dominantes e dominados) e um *campo de lutas* (os agentes sociais buscam conservar ou transformar a relação de forças). Desta forma, “cada campo é marcado por relações de concorrência entre seus agentes (Pierre Bourdieu fala também de *mercado*), ainda que a participação no jogo suponha um mínimo de acordo sobre a existência do campo” (p. 54).

Para Bourdieu (2004, p.27), por serem os campos lugares de relações de forças, nem tudo é igualmente possível ou impossível num dado momento, mas sim resultado de tendências imanentes e probabilidades objetivas. Nesse sentido, um campo não se orienta totalmente ao acaso. Possui leis imanentes, não escritas, que são conhecidas pelos que nasceram nele, assim, “entre as vantagens sociais daqueles que nasceram num campo, está precisamente o fato de ter, por uma espécie de ciência infusa, o domínio das leis imanentes do campo leis não escritas que são inscritas na realidade em estado de tendências e de ter o que se chama em *rugby*, mas também na Bolsa, o *sentido do jogo*”.

A análise do processo de autonomização e essência de um campo se dá pela análise de sua história. Bourdieu (2007, p. 71) se refere à “autonomia relativa do campo artístico como espaço de relações objetivas em referência aos quais se acha objectivamente definida a relação entre cada agente e a sua própria obra, passada ou presente, é o que confere à história da arte a sua autonomia relativa e, portanto, a sua lógica original”.

Nesse ponto, acreditamos ser importante destacar a relação entre o conceito de campo e de *habitus* e o fato de que um só pode funcionar em relação ao outro, segundo Corcuff (2001, p 50-51),

É então o encontro do *habitus* e do *campo*, da “história feita corpo” e da “história feita coisa” que aparece como o mecanismo principal de produção do mundo social. Pierre Bourdieu especificou ai, buscando torná-lo operatório para seus trabalhos empíricos, “o duplo movimento construtivista de interiorização do exterior e de exteriorização do interior”.

Concluindo, é na superação da antinomia entre objetivismo e subjetivismo, na formulação e aplicação, por meio de diferentes métodos, da sua teoria da prática, concebida a partir dos conceitos de campo e de *habitus*, que reside importante aspecto da contribuição de Pierre Bourdieu para o conhecimento no âmbito das Ciências Sociais.

Sua vasta obra envolve estudos sobre a educação e o Estado e o seu caráter de reprodução das estruturas sociais, estruturas essas que não estão fadadas ao aprisionamento no mundo objetivo, tendo em vista o caráter ativo do agente e do *habitus*. A sua proposição de que a sociedade não se constitui como um todo homogêneo, mas sim por diferentes campos, nos quais existem propriedades comuns, faz com que os conceitos estudados sejam vitais para aqueles que desejam se ocupar da *teoria científica* e não da *teoria teórica*.

### 3 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Ao investigar a formação em gestão em saúde a partir do advento do SUS, adotamos a perspectiva de que a pesquisa pode se orientar pelo referencial de campo de Pierre Bourdieu, entendendo o campo burocrático como um campo de forças e de lutas, em que se estabelecem relações entre dominantes e dominados.

O emprego do mesmo leva a que busquemos compreender e explicar a formação em gestão em saúde a partir de uma análise genética, o que pressupõe identificar como e quais agentes a instituíram e que interesses tinham. Implica, ainda, como nos ensina Bourdieu (2014, p. 139), em saber que se “tem por objeto um estado provisório, não aleatório e não necessário, de uma relação entre uma estrutura que é o produto da história, um campo, e uma estrutura incorporada que é também o produto da história”.

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO E SUAS CATEGORIAS

Partimos do entendimento que a formação profissional em gestão em saúde é uma construção social e histórica, que se dá em um contexto do qual fazem parte diferentes agentes sociais, interesses e projetos em disputa. Apreendê-la em sua complexidade significa dispor de enfoques coerentes com a perspectiva contida em uma pesquisa social<sup>8</sup>. Assim, nesta pesquisa adotamos uma abordagem qualitativa da realidade.

O reconhecimento de que o objeto de investigação do presente estudo se insere no campo da saúde coletiva, ao qual integra o referencial das ciências sociais, levou à busca pela utilização de um aporte metodológico compatível com suas especificidades. Ao adotar o aporte qualitativo entendemos que o mesmo não abre mão do rigor científico, sendo mais capaz de apreender os fenômenos pesquisados em sua natureza. Tais fenômenos se referem ao “universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2010, p. 21).

Tomamos como referência a concepção de metodologias de pesquisa qualitativa presente em Minayo (2007, p. 22-23), que a entende “como aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às

---

<sup>8</sup> Conforme Ramos & Marcondes (2010, p. 173-174), a pesquisa social é entendida como “um campo multidisciplinar de práticas críticas e interpretativas que privilegiam os processos e seus contextos, buscam os significados neles presentes e procuram captar e entender os fenômenos recorrendo a métodos, procedimentos e estratégias mediante abordagens consideradas plausíveis dentro dos paradigmas das ciências sociais e humanas”.

relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

Assim, buscamos refletir sobre a formação em gestão em saúde no Brasil, não apenas na forma como esta se apresenta no presente momento, mas como um processo construído historicamente. Pedro Demo (1987, p.15), contribui assim para a compreensão da dimensão histórica do nosso objeto:

a provisoriidade processual é a marca básica da história, significando que as coisas nunca “são” definitivamente, mas “estão” em passagem, em transição. Trata-se do ‘vir-a-ser’, do processo inacabado e inacabável, que admite sempre aperfeiçoamentos e superações. Ao lado de componentes funcionais, que podem transmitir uma face de relativa harmonia e institucionalização, predominam os conflituosos, através dos quais as realidades estão em contínua fermentação.

Partirmos da compreensão de que a investigação sobre a formação em gestão em saúde, pela pouca ênfase alcançada no conjunto das pesquisas realizadas no campo da saúde coletiva até o presente momento, pode se beneficiar de elementos extraídos de processos formativos desenvolvidos em outros países, no nosso caso, a Espanha.

Ao ter como base o estudo comparativo com a Espanha buscamos compreender a política educativa e de formação profissional em gestão em saúde desenvolvida neste país. Esperamos, assim, encontrar elementos de reflexão que possam resultar em uma contribuição para a formação de gestores no Brasil em direção à implementação do SUS.

Para Conill (2006, p. 564), “comparar é buscar semelhanças, diferenças ou relações entre fenômenos que podem ser contemporâneos ou não, que ocorram em espaços distintos ou não, para melhor compreendê-los”. Diferentes áreas do conhecimento tem utilizado do método comparado e seu emprego na saúde coletiva é considerado recente.

A escolha da Espanha se deu pelo fato não apenas de adotar um sistema universal de saúde, mas também por dispor de uma diversificada oferta de cursos em gestão em saúde, pela facilidade propiciada pelo domínio da língua e pela existência de trabalhos acadêmicos recentes sobre o funcionamento do seu sistema de saúde. Em um desses trabalhos, Sacardo et al (2010, p. 170) apontam as bases históricas e a descrição do funcionamento do Sistema Nacional de Saúde da Espanha. Para eles,

Ao longo dos últimos vinte e cinco anos, a organização do sistema de saúde na Espanha vem adotando diversas medidas que reorientaram seu gerenciamento, melhoraram sua eficiência e aprimoraram seu sistema de financiamento, resultado de profundas reformas e da introdução de novos instrumentos de gestão.

Destacamos algumas semelhanças deste país com o Brasil, ainda que em um tempo histórico anterior, conforme indicado por Sacardo et al (2010), a saber: ter passado por um longo período ditatorial seguido de um processo de transição política e de redemocratização; pela instituição de uma Nova Constituição, em 1978, que estabeleceu um novo regime político pautado na organização territorial em Comunidades Autônomas (CCAA); pelo decreto da Lei Geral da Saúde, em 1986, e implantação do *Sistema Nacional de Salud* (SNS); pelo decreto da Lei de Coesão e Qualidade do SNS, em 2003, entre outras iniciativas voltadas à universalização, descentralização, regionalização, coordenação e cooperação dos Serviços Regionais de Saúde.

De acordo com Repullo (2006), tal processo de mudança e reforma na Espanha se deu a partir de pelo menos três fatores: a transição democrática do final dos anos 70, do século XX; a criação de um modelo autônomo de organização do Estado e a transformação, do modelo de Seguridade Social, de base bismarckiano, para o SNS, de base beveridgeano.

Em relação à universalização, destacamos que a *Ley General de Sanidad* (LGS) previu o direito à saúde para todos os espanhóis e estrangeiros residentes na Espanha, por meio da prestação de serviços pelo Sistema Nacional de Saúde. Na prática se estendeu progressivamente o direito à Assistência de Saúde da Seguridade Social a diversos coletivos. Desde o ano de 1990 o nível de cobertura já alcançava a quase totalidade da população espanhola (SIMÓ MIÑANA, 2011).

O fato da assistência à saúde ser considerada um dos pilares do Estado de Bem-Estar espanhol, com os resultados obtidos ao longo dos anos, como a melhora progressiva de todos os indicadores de saúde que proporciona melhor qualidade e maior expectativa de vida (SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ESPAÑA, 2010), justificam a decisão de desenvolvermos a pesquisa neste país.

O fator decisivo, entretanto, para a escolha da Espanha foi a predominância de cursos direcionados à formação em gestão em saúde, sete em um total de treze cursos, quando analisada a formação em cursos de mestrado, a partir de estudo realizado por Hortale (2006).

A existência de tais cursos revela o direcionamento da formação aos quadros de gerenciamento dos sistemas de saúde e serviu como ponto de partida da nossa investigação. Desta forma, das 17 CCAA existentes, exploramos os cursos em três delas. Ou seja, na Andaluzia, Catalunha e Madri. A pesquisa considerou quatro cursos dessas Comunidades Autônomas.

Se as semelhanças encontradas foram importantes para a escolha da Espanha, adotamos a perspectiva metodológica proposta por Franco (2000) de não iniciar a nossa

reflexão pelas semelhanças, mas sim pelas diferenças. Tal abordagem implica em considerar as diferenças entre os países a partir dos processos históricos mais amplos, buscando compreendê-las como parte de uma realidade que é sempre complexa. Não se busca, desta forma, modelos a serem transpostos, mas o “conhecimento das diversas experiências com seus trajetos próprios de interrogações e de imprevistos, como algo já realizado e avaliado por outros sujeitos sociais ou por novas gerações, de modo a reconhecer antecipadamente naquele contexto, naquela conjuntura, a natureza dos problemas e as suas possíveis soluções” (p. 199).

Com base nos autores citados no Capítulo 1, sistematizamos as dimensões do estudo no Quadro 2: Estado burocrático, racionalidade e gestão, formação e currículo. Estas dimensões nortearam o estabelecimento das categorias empíricas, que constam do tópico 3.1.3.

Quadro 2 - Dimensões do estudo sobre a formação em gestão em saúde

Dimensão	Componentes	Características
Estado burocrático	Organizações Burocráticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dissociação da posição de seu ocupante;</li> <li>• dissociação do interesse público dos interesses privados;</li> <li>• negação de interesses atribuídos aos funcionários;</li> <li>• ação com base na razão.</li> </ul>
Racionalidade s (relação entre o conhecimento e a prática) e gestão (CAMPOS, 2010, 2011)	Racionalidade tecnológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• predomina a visão objetivada do mundo;</li> <li>• o trabalho e as práticas humanas são regulados pelo saber acumulado previamente, preferencialmente consolidado como ciência;</li> <li>• forte normatização do trabalho;</li> <li>• baixa autonomia e iniciativa por parte do trabalhador;</li> <li>• controle e disciplinarização do trabalho e do trabalhador;</li> <li>• centralização normativa e descentralização executiva;</li> <li>• pensamento pragmático e operacional que volta-se a determinados resultados – a qualidade de certos produtos, determinada produtividade;</li> <li>• condicionamento da rede produtiva a protocolos, que estabeleceriam condutas e comportamentos apropriados.</li> </ul>

	Racionalidade da práxis	<ul style="list-style-type: none"> <li>o agente considera o contexto singular em que sua ação se realiza;</li> <li>autonomia relativa por parte dos agentes;</li> <li>formas de controle sobre o trabalho segundo a perspectiva dos usuários e também tomando em consideração o saber estruturado sobre saúde;</li> <li>formas de gestão democráticas e participativas com poder compartilhado entre gestor e equipe, entre clínico e equipe, entre profissionais e usuários;</li> <li>incorporação de um sistema de valores e diretrizes ético-políticas ao saber sobre as tecnologias;</li> <li>articulação com saberes sobre a subjetividade, sobre a razão e o agir comunicativo de Habermas e da discussão da clínica ampliada;</li> <li>adoção de sistemas de co-gestão e apoio institucional;</li> <li>o planejamento, a avaliação e, mesmo, os eventuais contratos de metas dever-se-ão realizar de modo participativo e com apoio institucional;</li> <li>autonomia do usuário com critério de qualidade;</li> <li>estratégias organizacionais: profissional de referência, equipe de referência, equipe interdisciplinar de apoio matricial, integração entre equipe de referência e apoio matricial, unidade de produção, apoio Paidéia como metodologia a co-gestão da clínica.</li> </ul>
Formação	Formação Paidéia	<ul style="list-style-type: none"> <li>saber compreensivo, que acrescente ao conhecimento técnico específico de cada campo, o governo de si mesmo e as relações sociais e políticas;</li> <li>conhecimento cognitivo, subjetivo e político no sentido crítico;</li> <li>estímulo à inventividade de cada agente diante da especificidade do caso;</li> <li>capacidade de observação do contexto para o conhecimento de cada caso, de escuta e de interação com os usuários e pares;</li> <li>arte de compartilhar decisões durante a prática;</li> <li>componentes: clínica ampliada; projeto terapêutico singular; trabalho em equipe, equipes de referência e de apoio matricial, interdisciplinaridade, gestão da atenção em saúde, gestão colegiada e rede de cuidados.</li> </ul>
Currículo (SILVA, 2011)	Teoria tradicional	<ul style="list-style-type: none"> <li>educação vista uma preparação para a vida ocupacional adulta;</li> <li>modelo centrado na economia;</li> <li>adoção de uma proposta voltada a dar um caráter científico à educação;</li> <li>preocupação com o 'como?' deve ser feita a seleção técnica de conteúdos;</li> </ul>
	NSE	<ul style="list-style-type: none"> <li>crítica sociológica e histórica dos currículos existentes;</li> <li>os currículos são vistos como invenções sociais;</li> <li>entendimento do currículo como fruto de interesses e valores, de disputas e conflitos, enfim, do poder de decisão sobre que conhecimentos, tópicos, disciplinas devem ser selecionados;</li> <li>busca compreender as conexões entre saber, identidade e poder;</li> <li>preocupação com o 'por quê?' da seleção de determinados conteúdos e não de outros.</li> </ul>

Fonte: baseado em Weber (1971; 1999), Campos (2010; 2011) e Silva (2011)

Em nossa pesquisa adotamos o modelo interativo proposto por Maxwell (2008). Por ser flexível e orientado a partir de uma abordagem não sequencial, este modelo se diferencia dos modelos tradicionais de pesquisa. Para este autor, o desenho de pesquisa tem cinco

componentes: objetivos, quadro conceitual, questões de pesquisa, métodos e validade. Apresentamos no Quadro 3 o desenho da nossa pesquisa.

Quadro 3 - Desenho da pesquisa formação em gestão em saúde no Brasil e na Espanha

Questão de pesquisa	Objetivo específico	Técnicas de coleta de dados	Análise de dados
Quais são os antecedentes históricos da formação em gestão em saúde no Brasil e na Espanha?	Descrever quais são os antecedentes históricos da formação em gestão em saúde no Brasil e na Espanha	Entrevistas; Pesquisa documental	Análise de conteúdo
Como são construídos e estão organizados os currículos dos cursos de gestão em saúde selecionados no Brasil e na Espanha?	Discutir como são construídos e estão organizados os currículos dos cursos de gestão em saúde selecionados no Brasil e na Espanha	Entrevistas; Pesquisa documental	Análise de conteúdo
Quais são as semelhanças e as diferenças da formação em gestão em saúde no Brasil com os processos formativos desenvolvidos na Espanha?	Discutir semelhanças e diferenças na formação em gestão em saúde oferecida no Brasil com a formação oferecida na Espanha	Entrevistas; Pesquisa documental	Análise de conteúdo

Fonte: elaboração própria

De forma a responder às questões de investigação e atender aos objetivos propostos, dentro do referencial adotado, utilizamos as seguintes técnicas de coleta de dados: a entrevista e a pesquisa documental.

### 3.1.1 Entrevista

Ao adotarmos a entrevista como técnica de coleta de dados consideramos a noção da construção social das realidades estudadas e o interesse na perspectiva dos participantes, seja das suas práticas do dia a dia, seja do conhecimento que dispõem sobre a questão em estudo (FLICK, 2009).

Para Goldenberg (1997), as entrevistas possuem vantagens e desvantagens. Entre as suas vantagens estão a maior flexibilidade para obtenção das informações, a possibilidade de abordar assuntos complexos e em maior profundidade, o surgimento de novos dados por envolver um contato direto e uma relação de confiança. Favorece também a expressão de

pessoas não alfabetizadas e a apreensão de possíveis contradições pela observação do que o entrevistado diz e como diz. Entre as suas desvantagens estão o maior dispêndio de tempo, o fato do entrevistador afetar o entrevistado, a possibilidade de perda do foco, a maior dificuldade de comparação das respostas e a dependência da disposição do entrevistado em falar e dar informações.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, que visa investigar um tema em profundidade, utilizamos o tipo de entrevista semi-estruturada, organizada por roteiro de perguntas (Apêndice A). A maior parte das entrevistas foi realizada individualmente, face a face, por acreditarmos que essa forma favorece a interação e a continuidade da mesma. Somente duas entrevistas foram realizadas via Skype. Uma delas em decorrência de termos ido a São Paulo e termos dispendido todo o tempo da entrevista aguardando a chegada do entrevistado e por não ter sido possível transferir a passagem de volta. A outra por ter sido a forma preferencial oferecida pelo entrevistado, que possui uma agenda bastante atribulada. Todas as entrevistas foram realizadas mediante marcação prévia, gravadas, por autorização do entrevistado, e transcritas.

Os participantes da pesquisa foram os coordenadores dos cursos de gestão em saúde selecionados e outros agentes por eles indicados, particularmente aqueles que estiveram na origem da constituição dos cursos e na condução da política de formação em cada país. Entrevistamos os responsáveis pela formação profissional e coordenadores de cursos selecionados em diferentes níveis de formação no Brasil e na Espanha. A seleção dos cursos partiu dos seguintes critérios: serem posteriores à implantação dos sistemas universais de saúde, estarem ativos há pelo menos três anos.

No Brasil, foram priorizados os cursos existentes na Região Sudeste, com projeto político pedagógico ou plano de curso disponíveis, sobre os quais existam estudos prévios, assim como possuam um número significativo de egressos, por indicarem o funcionamento efetivo do curso.

A seleção inicial dos cursos teve como base o estudo exploratório realizado, com o mapeamento da oferta de cursos no Brasil. Considerou, principalmente, os cursos em termos das denominações pela inclusão de denominações mais gerais, ou seja, gestão de sistemas, gestão de serviços, gestão da saúde e gestão hospitalar. Os cursos com denominações específicas, como aqueles voltados à acreditação, saúde ambiental, gestão da qualidade, saúde da família, saúde mental, gestão clínica, gestão e informática, entre outros, não foram priorizados. Desta forma, o único curso de doutorado identificado, denominado “Gestão e Informática em Saúde”, iniciado em 2011, não foi incluído. Nos níveis de graduação e

especialização selecionamos cursos voltados para a gestão hospitalar, o que não foi possível realizar nos demais níveis por não haverem cursos de mestrado e habilitação técnica com essa denominação.

Em relação à categoria administrativa da instituição ofertante, acreditamos que essa é uma variável importante para a análise do nosso objeto. Desta forma, incluímos cursos oferecidos por instituições públicas e privadas em cada nível de formação em que as mesmas se faziam presentes.

No que se refere à região da oferta, priorizamos a Região Sudeste pelo fato da mesma concentrar a maior parte dos cursos seja de graduação (34%), de especialização (35%) e de mestrado (60%), conforme estudo prévio (CUNHA e HORTALE, 2017). E também pela proximidade e possibilidade de realização das entrevistas de forma presencial. A aplicação deste critério não foi possível para todos os cursos de graduação e de habilitação técnica. Nesse nível de formação, dos dois cursos encontrados na página da Rede de Escolas Técnicas do SUS, um está situado no Acre e o outro em Tocantins. O Curso Técnico em Gerência em Saúde oferecido na EPSJV/Fiocruz se insere no Laboratório do qual faço parte como servidora. Pelas implicações pessoais e conhecimento do grupo de trabalho do detalhamento da pesquisa, não o incluímos no estudo. Desta forma, dos dois cursos técnicos selecionados oferecidos no Rio de Janeiro e identificados pelo SISTEC, conseguimos contato com apenas um da rede pública. Identificamos que o curso da rede privada era inexistente. Não obtivemos êxito na tentativa de substituição do mesmo, na medida em que não conseguimos realizar contato com outra instituição privada.

A seleção considerou, ainda, o ano de início do curso. A partir da adoção do critério de estar em funcionamento há pelo menos dois anos, os cursos foram selecionados. Pressupomos que com esse critério poderíamos obter informações a partir de processos formativos já consolidados. Em relação ao grau, modalidade da oferta e carga horária mínima dos cursos, apesar de terem sido categorias estudadas, as mesmas não nortearam a escolha dos cursos de forma exaustiva.

Cumpramos destacar que um curso de especialização denominado de gestão em saúde foi incluído por atender aos critérios estabelecidos e por sugestão da banca de qualificação. Um outro curso *lato sensu*, voltado à em gestão hospitalar, que havia sido selecionado inicialmente, foi substituído em decorrência da falta de resposta do coordenador às mensagens enviadas. Passados alguns meses fomos informados do falecimento do mesmo e que o curso não seria mais oferecido.

No total foram realizadas treze entrevistas. Dessas, quatro foram realizadas sobre a história da formação com dirigentes com ampla experiência e trajetória relacionada à política de formação e de saúde no Brasil. Três deles do Ministério da Saúde e um da Unicamp. As outras nove entrevistas foram realizadas com coordenadores de curso.

Na Espanha foram realizadas doze entrevistas. Seis delas sobre a história da formação com altos dirigentes do sistema de formação e de saúde. Dois deles do Ministério da Economia, Indústria e Competitividade e um do Ministério da Saúde, Serviços Sociais e Igualdade. Os demais entrevistados foram: diretor de hospital, presidente de sociedade de diretores de saúde, ex-presidente de sociedade de diretores da saúde. As outras seis entrevistas foram com responsáveis pelos cursos (quatro coordenadores, um secretário acadêmico e um docente). Todas as entrevistas foram realizadas por indicação do coorientador, Professor Doutor José Ramón Repullo Labrador (Chefe do Departamento de Planejamento e Economia, da Saúde da Escola Nacional de Saúde, do Instituto de Saúde Carlos III - Madri - Espanha), que realizou o primeiro contato com objetivo de apresentação do pesquisador e encaminhamento do convite para participação na pesquisa. Todas as entrevistas foram realizadas presencialmente no período do estágio doutoral na Espanha, entre os meses de abril a julho de 2017, gravadas e transcritas.

A seguir, apresentamos a caracterização dos cursos e o perfil dos coordenadores participantes da pesquisa no Brasil e na Espanha.

No Brasil foram pesquisados cursos em quatro níveis de formação. No nível de habilitação técnica foi pesquisado um curso; na graduação dois cursos, sendo um tecnológico em gestão hospitalar e um bacharelado em sistemas e serviços de saúde; na especialização quatro cursos, sendo dois de gestão hospitalar e dois de gestão em saúde e no mestrado profissional dois cursos.

O curso mais antigo pesquisado foi de especialização hospitalar e teve início no ano de 2001. Os demais cursos tiveram início nos anos de 2007, 2008, 2010, 2012 e 2013, sendo que nesse último ano três cursos tiveram início.

No que se refere à categoria administrativa, quatro cursos pertenciam a instituições públicas federais, três a instituições públicas estaduais e dois a instituições privadas sem fins lucrativos.

Os cursos pesquisados estão localizados na Região Sudeste, com sete cursos e na Região Nordeste, com dois cursos.

Em relação à modalidade, sete cursos são oferecidos presencialmente e dois a distância.

Os coordenadores dos cursos pesquisados no Brasil tem o seguinte perfil: quanto ao sexo, sete são mulheres e dois são homens. No que se refere à idade, um está na faixa de 35 a 39 anos, um na faixa de 40 a 44 anos, um na faixa de 45 a 49 anos, três na faixa de 50 a 54 anos, dois na faixa de 55 a 59 anos e um na faixa de 65 a 69 anos. Em relação à formação, predominam médicos com quatro coordenadores. Os demais tem a formação de biólogo, enfermeiro, analista de sistemas, matemático e administrador de empresas. Quatro deles são mestres, um estava com o mestrado em andamento por ocasião da entrevista, três são doutores e um é especialista. O tempo na coordenação variou de três meses a quatro anos.

Na Espanha foram pesquisados cursos em dois níveis de formação. No nível de especialização foi pesquisado um curso e de mestrado três cursos. Os cursos tiveram início nos anos de 1989, 1996, 2001 e 2012. No que se refere à categoria administrativa, três cursos pertenciam a instituições públicas e um a instituição privada. Os cursos pesquisados estão localizados nas Comunidades Autônomas de Madri, com dois cursos, Catalunha e Andaluzia. Em relação à modalidade, três cursos são semi-presenciais e um presencial.

Dos participantes da pesquisa na Espanha, quatro são coordenadores de curso, um secretário acadêmico e um docente. Quanto ao perfil dos participantes cinco são homens e um é mulher. No que se refere à idade, um participante está na faixa de 40 a 44 anos, um participante na faixa de 45 a 49 anos, um na faixa de 55 a 59 anos, dois na faixa de 60 a 64 anos, um na faixa de 65 a 69 anos. Em relação à formação, quatro são médicos, um advogado e um sociólogo. Três deles são doutores, um é especialista, um é graduado e um não obtivemos informação. O tempo na coordenação é de um e dois anos para dois participantes, dez anos para outro, dezessete anos para três participantes. Um outro participante possui vinte e oito anos de coordenação no curso. Os entrevistados foram identificados no texto de acordo com as siglas especificadas no Quadro 4.

Quadro 4 - Identificação dos Entrevistados

<b>Entrevistados / Países</b>	<b>Brasil</b>	<b>Espanha</b>
Entrevistados sobre a História da Formação (EH)	1,2,3,4	5,6,7,8,9,10
Entrevistados Coordenadores de Curso (EC)	1,2,3,4,5,6,7,8,9	10,11,12,13,14,15

Fonte: elaboração própria

### 3.1.2 Pesquisa documental

Utilizamos a pesquisa documental de forma prévia à realização das entrevistas. Esta foi desenvolvida com foco nos seguintes documentos, que estavam disponíveis na internet: projetos políticos pedagógicos, planos de curso, documentos oficiais (como relatórios, material bibliográfico de referência produzido pelos Ministérios da Saúde, etc) e legislações pertinentes que orientam as intervenções no campo da formação em gestão em saúde nos dois países.

### 3.1.3 Análise dos dados

A partir dos dados obtidos, buscamos compreender os significados, para além do que se apresenta como imediato, utilizando para isso a análise de conteúdo. A mesma é tomada por Bardin (2010, p. 44) no que se refere ao terreno, ao funcionamento e aos objetivos como

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Conforme proposto por Bardin (2010), ao tomar o referencial da análise de conteúdo buscamos partir da descrição, ou seja, da enumeração das características do texto, que foram interpretadas a partir da inferência. Esta entendida como procedimento que possibilita de forma explícita e controlada a passagem da descrição à interpretação.

Na descrição, o texto foi classificado por *categorias*. Utilizamos o *tema* como *unidade de codificação*. A partir dessa fase procuramos os significados que estavam além dos significantes e significados apreendidos por meio da primeira leitura.

Assim, adotamos a compreensão de análise temática, como proposto por Bardin (2010, p. 131), que entende que a mesma “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.

Os temas foram organizados por categorias e em dois eixos de análise, conforme o Quadro 5.

Quadro 5 - Categorias empíricas por eixos de análise

<b>Eixo temático</b>	<b>Antecedentes históricos da formação em gestão em saúde</b>
<b>Categoria</b>	<b>Tema</b>
Contexto institucional de origem	Modelo de administração do Estado Instituições envolvidas Marco normativo
Oferta formativa inicial	Instituições envolvidas Áreas de formação Primeiros cursos Conhecimentos mobilizados
Institucionalidade	Política de saúde e educação Política de formação de gestores Profissionalização
Características	Experiências formativas Financiamento Relação com a formação em saúde coletiva Saberes e abordagens
<b>Eixo temático</b>	<b>Experiência de formação a partir dos cursos investigados</b>
<b>Categoria</b>	<b>Tema</b>
Surgimento do curso	Agentes Pontos de vista Motivações e interesses Disputas e posições vencedoras
Construção do currículo	Forma de organização Processo decisório Avaliação do curso Lógica das mudanças Concepções de gestão Percepção da relação do curso com o sistema de saúde
Componentes curriculares	Distribuição de carga horária Enfoque do curso
Perspectiva de futuro	Oferta de cursos Profissionalização

Fonte: elaboração própria

### 3.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O Projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e seguiu os termos da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e da legislação e órgão correspondente da Espanha. O estudo realizado não envolveu risco para os participantes da pesquisa na medida em que foram investigados aspectos históricos, o funcionamento e os conteúdos de cursos de gestão em saúde. Os riscos potenciais da pesquisa, que se referiam ao momento de realização da entrevista e à possibilidade de constrangimento, foi contornado mediante a explicitação clara dos propósitos e dos métodos e pela escolha de local adequado, com garantia de privacidade e confidencialidade.

Os benefícios se relacionam à perspectiva de qualificação da gestão em saúde, pela reflexão sobre a formação oferecida no Brasil e na Espanha.

Foi preservada a integridade física e moral dos participantes e o sigilo das informações geradas. Desta forma, no momento inicial da entrevista foram apresentados os objetivos da pesquisa, a instituição à qual se vincula, a justificativa da escolha e a importância da participação do entrevistado. Foi explicado o caráter de confidencialidade das informações e prestadas outras informações concernentes aos procedimentos éticos, que constam do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme identificado em Minayo (2007).

O contato inicial com os participantes do Brasil foi feito por telefone e/ou e-mail pelo próprio pesquisador. Na Espanha, o primeiro contato com os participantes foi realizado pelo coorientador. O TCLE foi obtido por ocasião da realização da entrevista, após apresentação da mesma, da leitura por parte do participante e dos esclarecimentos necessários.

#### 4 A FORMAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE E O CONTEXTO DE MUDANÇA DE PARADIGMAS

A compreensão sobre a formação em gestão em saúde e a sua relação com o SUS envolve analisar seus antecedentes e as transformações políticas, econômicas, sociais verificadas desde o início do século XX.

O resgate histórico dessa formação se insere em um contexto mais amplo em que tomam parte múltiplos agentes, perspectivas e concepções que, em sua diversidade, dão conta da complexidade deste campo. O interesse pela genealogia do campo se justifica neste estudo já que procuramos compreender a formação como um processo histórico e qual racionalidade prevalece na área nos dias atuais.

A formação de gestores não é uma preocupação recente. Pode-se dizer que o direcionamento para a qualificação dos gestores de saúde vem se intensificando nos últimos anos em um cenário de maior ênfase na gestão como solução para os desafios presentes na organização dos sistemas e serviços de saúde.

Em seu trabalho Carvalhal (1981) apontou que na década de 70, do Século XX, essa preocupação pode ser evidenciada a partir de importantes documentos produzidos no contexto dos EUA e das Américas. Entre eles, estão o relatório da *The Commission on Education for Health Administration*, grupo interdisciplinar estabelecido em 1972 pela Fundação Kellogg e o Plano Decenal de Saúde para as Américas, resultado da III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, que foi realizada no Chile, em 1973.

A reflexão sobre a formação de gestores em geral, e de gestores de saúde, em particular, tem sido objeto de estudo assumido por diferentes autores. Kliksberg (1988) e Kisil (1994) são autores que apontam a relação que a formação de gerentes<sup>9</sup> na área da saúde tem com um determinado paradigma.

Kliksberg (1988) analisou a crise de velhos paradigmas e o surgimento de novos ao tomar um caso concreto: o conhecimento administrativo relativo ao setor público. Identificou que a exigência pela ampliação da capacidade gerencial teve como base o aumento das demandas sociais não apenas por políticas de saúde, mas, de forma geral, por políticas sociais que necessitavam de uma atuação forte do Estado, com a correspondente maior capacidade administrativa do mesmo em lidar com um cenário de escassez. Assim como para o setor

---

<sup>9</sup> O termo gerente aparece em trabalhos mais antigos sobre o tema. Nesta tese utilizaremos os termos tal como foram apresentados pelos autores.

público a maior eficiência é exigida, igualmente o é para o setor privado, em que a capacidade gerencial significa a sobrevivência no mercado.

Para esse autor, a expansão do Estado e do seu papel protagonista, que já se fazia presente nas chamadas economias industrializadas, foi um fenômeno observado não apenas na América Latina, mas em todos os países em desenvolvimento. Mas, apesar da constatação da obrigatoriedade da intervenção estatal nos mais diferentes contextos, a questão que se coloca é se o Estado possuiria capacidade de gestão para atendimento das necessidades decorrentes das deficiências estruturais do sistema econômico-social. E mais, se reuniria condições administrativas coerentes com o nível de democratização alcançado na maioria dos países da América Latina, de forma não apenas a garantir direitos de cidadania, mas de propiciar canais de intervenção dos cidadãos na atividade do Estado.

Nessa direção, foram propostas e desenvolvidas experiências de Reformas de Estado em diversos países, que alcançaram resultados diferentes. Na América Latina enfatizou-se o caráter formalista e jurídico das mudanças. Tal direcionamento teve como limite a distância entre uma cultura jurídica e formal e a prática real dos processos históricos, evidenciada por meio de situações de não aplicação das leis em nosso continente. A constatação de que transformações meramente formais não são suficientes, levou à busca de um novo paradigma. Kliksberg apontou a natureza multidimensional da mudança, que envolve modificações tanto nas capacidades tecnológicas e nas estruturas organizacionais, quanto nas correlações de poder, atitudes, interesses, ideologias e condutas culturais.

É na busca de apreender esse contexto de possibilidades de mudança que a seguir abordaremos o tema da formação em gestão em saúde no Brasil e na Espanha, em seus elementos históricos e de conformação da oferta de cursos.

## 4.1 A FORMAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL

### 4.1.1 Antecedentes da formação em gestão em saúde no Brasil

De acordo com Kisil (1994), no Brasil, assim como em outros países da América Latina, o ensino da denominada "administração em saúde" esteve ligado na sua origem aos cursos de formação de sanitaristas. Os conteúdos que poderiam ser compreendidos como de cunho administrativo, estavam presentes nos cursos de saúde pública oferecidos nas primeiras décadas do século XX, por meio do Departamento Nacional de Saúde. Para o autor, com a criação das Escolas de Saúde Pública, a partir de 1929, ano em que foi criada a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), se introduziu na formação do sanitarista conteúdos de administração em saúde em uma grade curricular que previa a estatística de saúde, a epidemiologia, o saneamento do meio e a microbiologia. Esse modelo de formação teve como influência o ensino das Escolas de Saúde Pública dos Estados Unidos.

Conforme a narrativa de Kisil, no início deste século predominavam as ações de saúde pública voltadas ao controle e erradicação de doenças infecto-parasitárias desenvolvidas a partir de um modelo voltado às campanhas de saúde. Como resultado, no âmbito da formação, as Escolas de Saúde Pública assumiram o protagonismo, disponibilizando um conjunto de especialistas para atuação nos serviços.

A origem da formação em gestão em saúde vinculada à formação de sanitaristas foi relatada por um dos entrevistados que participou na condução da política de formação em saúde. Para ele, “era o curso de Saúde Pública que formava para as funções de Gerência, de Sistema, Gerência de Serviços de Saúde. A ideia era essa [...] dar às pessoas habilidades que não estão nas carreiras próprias da saúde”. (EH1)

Como assinalou Kisil (1994), no Brasil, a exemplo do México, Colômbia e Chile, onde o tema da administração em saúde foi objeto de estudo, se observava uma completa separação entre as ações de saúde pública, responsável pelos serviços preventivos (além de alguns hospitais, como os voltados à tuberculose, à hanseníase, aos transtornos mentais, que tinham o objetivo mais de segregação social do que propriamente de tratamento) e os serviços curativos ou de assistência médico-hospitalar.

O reflexo disso na formação de sanitaristas foi apontado por outro entrevistado. Para ele esta formação correspondia às necessidades e demandas provenientes somente da área da saúde pública, cujo *locus* eram os centros e os postos de saúde. Os hospitais se constituíam como espaço de atuação apenas nos casos de doenças como as infecto-contagiosas e os

transtornos mentais. Desta forma, a formação de sanitaristas e, por conseguinte de gestores, se mostrava insuficiente para a atuação em um espaço que se constituía de forma crescente no conjunto de instituições públicas e privadas de atenção à saúde: os hospitais.

Cabe lembrar que a formação de gestores hospitalares teve início no ano de 1951, quando foi criado o primeiro curso de especialização em administração hospitalar. Para Kisil (1994), sua origem se deu em decorrência da necessidade de formar administradores quando da implantação do Hospital das Clínicas da USP. Para o autor, mais uma vez, se buscou no modelo americano as bases para a organização do curso.

Carvalho (1981), apresentou alguns marcos históricos no processo de formação em gestão em saúde. Entre os eventos destacados por essa autora estão a criação do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares (IPH), em São Paulo, no ano de 1954; a oferta do Curso de Especialização em Administração Hospitalar, em 1962, pelo então recém-criado Departamento de Administração Hospitalar, vinculado à Escola Médica de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica, no Rio de Janeiro; as atividades de ensino, consultoria e assistência gerencial, elaboração de material didático e a publicação de revista especializada pela Sociedade Beneficente São Camilo e a fundação do Colégio Brasileiro de Administradores de Saúde, entidade civil, sem fins lucrativos, no ano de 1971.

Outro marco histórico foi a institucionalização da formação de gestores hospitalares. Conforme Marcondes (1977), em 1973 foi regulamentada, por meio da Resolução nº 18, do Conselho Federal de Educação, a habilitação em administração hospitalar integrada à graduação em administração de empresas. Para o autor, essa regulamentação foi motivada pela constatação de que os dirigentes hospitalares no Brasil pouco ou nada sabiam de administração e se inseriu em um contexto de busca, por parte de diferentes órgãos governamentais, de formação de recursos humanos para fazer frente às novas e complexas tarefas de administração do setor saúde.

Para Marcondes (1977), no âmbito dos hospitais, esta complexidade se dava pelo fato dos hospitais assumirem centralidade crescente na assistência à saúde, pela transformação do seu perfil de instituição de benemerência e de formação de médicos e enfermeiros para o perfil de uma organização com mecanismos e regras a cumprir junto ao governo para o atendimento a um número cada vez maior de beneficiários da previdência social, pelos maiores custos decorrentes da especialização e sofisticação da prática da medicina e pela busca da qualidade. Para ele, todos esses fatores exigiam formação especializada em administração em saúde.

Uma característica do período de vinte anos que se seguiram ao início da formação em gestão em saúde no Brasil foi apontada por Kisil (1994). Trata-se da situação de separação entre a formação de sanitaristas para administrar os serviços de saúde pública e de administradores hospitalares para administrar hospitais públicos ou filantrópicos. Nos dois casos, a formação geralmente se dava a partir de Programas em Escolas de Saúde Pública.

A respeito da formação de sanitarista, Vecina Neto (1990) apontou um elemento de contradição importante. Para ele, ainda que os cursos de formação de sanitaristas apresentassem objetivos no campo da administração, poucos indicavam em suas propostas curriculares solução para o dilema da concepção estreita de saúde pública. Sua tese era de que “houve uma mudança no campo da saúde pública a nível da prática do setor que, todavia, ainda não foi adequadamente percebida e metabolizada pela academia, a ponto de redirecionar os seus esforços” (p. 95-96). Ainda segundo esse autor, tal fato levaria a uma ausência de resultados na capacidade de intervenção e de racionalização no uso dos recursos disponíveis por parte dos alunos.

Os limites dos cursos de saúde pública foi apresentada, igualmente, por um entrevistado, que participou de conduções da avaliação da experiência de descentralização dos cursos de saúde pública da ENSP<sup>10</sup>, na década de 70. Na opinião dele, “os cursos de saúde pública formavam muito mal ou nem formavam ninguém para aquilo que os serviços precisam em termos de administração ou de gestão” (EH1). Tal opinião está em consonância com a análise dos cursos de saúde coletiva realizada por Vecina Neto (1990). Este autor identificou que a maioria desses cursos contemplavam os três elementos gerais e essenciais para a formação, propostos no informe da Comissão do Fundo Milbank Memorial, de 1976. A saber: “a mediação e as ciências analíticas da epidemiologia e da bioestatística; política social, história e conceitos de saúde pública e os princípios e práticas de gestão e organização da saúde pública” (pag. 96). Os resultados de sua análise apontaram, entretanto, que a maior ênfase dos cursos recaía sobre o segundo elemento, sendo quase nula para as questões relacionados à gestão e organização.

---

<sup>10</sup> Os cursos descentralizados foram experiências formativas iniciadas pela ENSP no ano de 1975. Nesse mesmo ano foi criado pelo Ministério de Saúde e pelo Ministério da Educação e Cultura, em convênio com a OPAS/OMS, o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (Ppreps). Na época se buscava uma redefinição da formação de recursos humanos e uma revisão dos paradigmas da saúde. Viabilizados por meio de parceria entre a Ensp, as secretarias estaduais de saúde e as universidades locais, os cursos descentralizados significaram importante contribuição para a expansão da especialização em saúde pública e a consolidação da carreira de sanitarista. Em 1980 já haviam sido realizados 50 cursos (SANTOS et al, 2004).

Na década seguinte ocorreram importantes mudanças que impactaram na política de saúde e representaram desafios para a formação de gestores. Conforme Kisil (1994, p.1), é a partir dos anos 80 do século XX, nos países da América Latina, incluindo o Brasil, como desdobramento de pressões sociais por maior oferta quantitativa e qualitativa de saúde, que

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.

Estas políticas de saúde se caracterizavam pela “extensão de cobertura” dos serviços para o conjunto da população, pela descentralização do processo decisório, pela estratégia de assistência primária com a consequente organização dos serviços por níveis de assistência, pela crescente participação do Estado no financiamento do setor, pela integração docente-assistencial na formação, e pela inclusão do usuário na tomada de decisão sobre a organização dos serviços.

Este mesmo autor descreve que, nesse contexto de transformação, a educação para a administração de saúde, que se iniciou nas Escolas de Saúde Pública e permaneceu na mesma por quase 40 anos a partir da formação de sanitaristas ou de administradores hospitalares, passa a ser realizada em outros espaços, como nos departamentos de Medicina Preventiva e Social, em Faculdades de Medicina ou em Escolas de Administração de Empresas ou Pública.

Apesar dos avanços alcançados por meio da formação até então oferecida, permaneciam desafios para a condução dos diferentes serviços e para a condução do setor saúde em uma perspectiva sistêmica<sup>11</sup>.

O período histórico que se seguiu demandou novos saberes à formação para fazer frente a estes desafios. A esse respeito, um dos entrevistados demarca que, se antes os saberes dos sanitaristas se relacionavam à gestão administrativa de Programas assistenciais, como por exemplo na tuberculose, ao conjunto de atividades necessárias ao controle da doença, a organização dos medicamentos, da reclusão, etc, a partir dos anos 80, estes teriam que dizer respeito à gestão de organizações complexas.

---

<sup>11</sup> Em referência à Teoria Geral dos Sistemas, desenvolvida por Ludwig von Bertalanffy. Esta prevê a existência de “sistema abertos”, em que os sistemas vivos, quer sejam indivíduos ou organizações, mantém trocas constantes com o ambiente. Um dos seus empregos foi na teoria da administração. De acordo com Chiavenato (2003), o conceito de sistema aberto pode ser aplicável à organização empresarial, por ser um sistema criado pelo homem e que está em interação com o meio ambiente, constituído por clientes, fornecedores, órgãos governamentais, entre outros agentes externos. Possui, ainda, diferentes subsistemas relacionados entre si e que tem por finalidade o alcance de objetivos, sejam da organização como de seus participantes.

A crise da Previdência [...] na década de 70 anunciou o processo de unificação da atenção como a gente conhece hoje. Eu estou falando de Ações Integradas de Saúde, nos anos 80 e depois estou falando de SUDS. Este processo é um processo onde a saúde pública começa a olhar para a atenção especializada. [...] A partir desse momento a gestão não é mais uma gestão pura e simplesmente de Programas de Saúde. [...] Passa a ser gestão de organizações. Esse é um salto [...] A partir desse momento eu preciso começar a compreender e estudar a dinâmica das organizações para poder ser um bom gestor de saúde. Não basta entender de Programas, eu preciso entender de organizações. (EH3)

Assim, no início da década de 80 em que o Ministério da Saúde passa a ser gestor dos hospitais federais, é criado, em 1983, o curso de especialização em administração hospitalar na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), no Rio de Janeiro. Esse curso foi organizado em conjunto com um grupo de profissionais que atuavam em hospitais do Ministério da Saúde das áreas da saúde mental e tuberculose. Hospitais estes que vinham, desde o início da década de 80, em um processo de transformação para hospitais gerais.

O desafio colocado, do conhecimento e das práticas na gestão em saúde, foi apontado pelo mesmo entrevistado como se dando em duas dimensões. A primeira relativa às organizações - compreensão da sua dinâmica, complexidade e espaço de atuação; e a segunda à própria saúde - processo saúde-doença e determinação social da saúde. Para ele, abordar a saúde em sua complexidade envolveria, ainda, a compreensão da dinâmica sistêmica.

A formação de gestores de saúde, entretanto, não se constituiu como área exclusiva de atuação das escolas de saúde pública. Diversos cursos foram promovidos por programas de administração pública ou de administração de empresas, o que significaria dizer que, em sua trajetória até os dias atuais, a formação em gestão em saúde teve nas áreas da saúde coletiva e da administração sua condição de possibilidade.

No seu trabalho, Kisil (1994) mostrou que, desde a segunda metade dos anos 70, já haviam sido implantadas experiências formativas a partir de instituições que trabalhavam na linha da administração em saúde. Entre elas, o Programa de Coordenação e Apoio à Educação em Administração de Atenção à Saúde na América Latina e Caribe, de 1979, desenvolvido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), com o apoio da Fundação W. K. Kellogg, e os Programas de Administração de Saúde (PROASAs). Em relação ao último, dois programas foram desenvolvidos no Brasil, junto à Fundação Getúlio Vargas. O primeiro foi o Mestrado em Administração Pública, com ênfase em Administração de Saúde, na Escola de Administração Pública do Rio de Janeiro, criado em 1976. O segundo programa foi conduzido pela Escola de Administração de Empresas e Hospital da Clínicas, em São Paulo,

em 1977, com as seguintes formações: Mestrado em Administração de Empresas, com ênfase em Administração de Saúde; Programa de Residência médica em Administração de Saúde; Cursos curtos; Laboratório em micro-informática aplicada à Administração de Saúde<sup>12</sup>.

Em meados dos anos 1980, destaca-se o investimento na formação profissional que se deu a partir do Programa de Desenvolvimento Gerencial elaborado pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), com apoio da OPAS. As áreas temáticas estabelecidas pelo referido Programa foram: Planejamento e Programação; Desenvolvimento de Recursos Humanos; Epidemiologia; Vigilância Sanitária; Saúde do Trabalhador; Administração Hospitalar; Administração de Recursos Financeiros; Tecnologia em Saúde; Sistema de Informação e Informática; Administração de Materiais e Serviços de Apoio; Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica e Organização e Gerência de Serviços de Saúde / Distritos Sanitários. Um dos estados que aderiram ao Programa foi o Rio Grande do Sul, a partir do Núcleo de Integração Interuniversitária da Área da Saúde do Rio Grande do Sul. Com a operacionalização deste Programa buscou-se, entre outros objetivos, formar todos os profissionais da rede de serviços, utilizando para isso a ação de 12 instituições de ensino superior em articulação com órgãos afins da Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente (Rio Grande do Sul, 1990).

Conforme Carvalho (1981), o processo de formação de gestores foi marcado pela diversidade de cursos e de localização institucional dos mesmos e pela ausência de coordenação, de realização de estudos de avaliação qualitativa e quantitativa, de previsão de demanda por formação e, ainda, de atendimento ao Plano Decenal de Saúde para as Américas, que previu a formulação de uma política nacional de formação de administradores de saúde.

#### **4.1.2 A formação em gestão em saúde no SUS**

As iniciativas de formação em gestão em saúde se inseriram no contexto mais amplo da política de saúde, no qual se fazem presentes um conjunto de concepções, forças sociais e interesses, às vezes conflitantes e contraditórios ou convergentes entre si.

No que se refere à formação em saúde, mesmo tendo sido explicitado, por meio do Artigo nº 200 da Constituição Federal, o papel do setor saúde de ordenar a formação profissional, e que estabelece que compete ao SUS “III- ordenar a formação de Recursos

---

<sup>12</sup> Para maior detalhamento dos cursos oferecidos na década de 1970, consultar a Dissertação de Mestrado de Maria Regina Daltro Ferreira Carvalho “Formação de Administradores de Saúde no Brasil”, defendida na UFRJ em 1979.

Humanos na área da saúde;[...] V- incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico”, a sua efetivação não foi imediata e o mandato de regulamentar parte considerável da formação e capacitação permaneceu no Ministério da Educação. Embora o SUS represente um importante mercado de trabalho, apenas recentemente seus conteúdos foram inseridos no ensino da área, tanto no nível técnico, quanto de graduação e de pós-graduação (BRASIL, 2003).

A formação de gestores em saúde é reflexo desse cenário. Essa perspectiva formativa é apresentada em diversos documentos de definição da política ao longo dos anos que sucederam a implantação do SUS, como das Conferências Nacionais de Saúde e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e esteve associada à oferta de diferentes cursos. Todos os entrevistados ouvidos a esse respeito foram de opinião que essas iniciativas foram eventuais, descontínuas e não chegaram a se constituir como uma política oficial; e que surgiram a partir da iniciativa de instituições voltadas à implementação do SUS como a ENSP, da FIOCRUZ, as universidades públicas, as secretarias estaduais de saúde, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Sobre a existência de uma política de formação de gestores, um dos entrevistados assim opinou: “Eu acho que não há. Há iniciativas. Há projetos. Há tradição” (EH2). Em sua fala, citou algumas instituições que tomaram iniciativas de realizar cursos de formação de gestores ao longo da década de 90: ENSP, UNICAMP, Faculdade de Saúde Pública da USP, Institutos de Saúde Coletiva da Bahia e do Rio Grande do Sul.

Algumas experiências formativas de âmbito nacional, como o Projeto Gerus – Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde do SUS<sup>13</sup>, foram viabilizados com o apoio do Ministério da Saúde, entretanto, não chegaram a se constituir como uma política. A esse respeito outro entrevistado comenta sobre os desdobramentos para o SUS: “Agora como política não tem.[...]. A falta de continuidade de uma lista enorme de iniciativas que são por natureza estruturantes. Sem elas o SUS não avança”. (EH1)

---

<sup>13</sup> O Projeto Gerus foi desenvolvido no período de 1994 a setembro de 2002 e capacitou em torno de 2.800 profissionais, sendo 800 monitores e 2000 gerentes de Unidades Básicas de Saúde. Envolveu, nas etapas de sensibilização, implantação ou ampliação, um total de 250 municípios e 21 estados (aproximadamente 120 municípios da região Sudeste, 50 da região Centro-Oeste, 30 da região Nordeste, 30 da região Norte e 20 da região Sul). Previsto como estratégia de apoio à consolidação do processo de descentralização / municipalização, os resultados observados indicaram a melhoria da prática profissional, com mudança na atitude e no compromisso com o desenvolvimento institucional e com a realidade sanitária local, bem como a reorganização dos serviços locais com repercussões na qualidade do atendimento prestado (BRASIL, 2002).

Por meio de levantamento realizado com base nos Relatórios de Gestão referentes à parceria entre o Ministério da Saúde e a OPAS/OMS, no período de 2008 à 2014, identificamos diferentes iniciativas relacionadas ao tema. Conforme o Relatório de Gestão do Termo de Cooperação nº 08 (Programa de Capacitação Técnico-Gerencial em Saúde- TC 08), de 2008, com vigência até 2010, dentre as atividades desenvolvidas encontrava-se a ‘Capacitação Gerencial para Trabalhadores para o Sistema Único de Saúde’. Esse TC foi continuado pelo TC 57 (Programa de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde), com vigência até 2013, que será detalhado mais adiante. Importante destacar a informação contida neste Relatório de que os cursos e a cooperação técnica desenvolvidos neste ano estavam em consonância à denominada Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do SUS (RegeSUS), cujo objetivo era o fortalecimento das trocas de experiência entre as escolas de saúde pública e os núcleos de saúde coletiva (OPAS, 2010).

Nos anos de 2009 e 2010 as ações previstas pela parceria entre o Ministério da Saúde e a OPAS partiam da perspectiva de qualificação profissional caracterizada pela amplitude. Consta no Relatório de Gestão de 2010 (OPAS, 2011) que estas eram extensivas a todos os níveis do SUS, voltadas à formação, em nível de graduação e pós-graduação, e de capacitação, dirigida a profissionais provenientes não apenas da área da saúde, com reconhecimento da importância dos gerentes e gestores de nível técnico e superior. Interessante notar uma diversidade das ações, definidas como um “mix de atuações”, em relação ao que foi desenvolvido no primeiro semestre de 2009: “ações voltadas à implementação de cursos de saúde coletiva, criação de software para melhor visualizar postos de emprego na área de saúde, mapeamento territorial do índice de escassez sobre RH em saúde, assim como cursos de pós-graduação e capacitação” (pag.16). A meta era formar 110.000 profissionais em exercício de funções gerenciais no sistema e serviços de saúde, no período de 2008 a 2011, meta também presente no Programa Mais Saúde<sup>14</sup>.

Pretendia-se, igualmente, coerência dessas ações com o Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial do Sistema Único de Saúde (PNDG), datado de 2007, ano em que começaram as articulações para a sua implantação. Esse Programa foi instituído por meio da Portaria nº 1.311, de maio de 2010, com o objetivo de incentivar os processos de

---

<sup>14</sup> O *Mais Saúde: direito de todos* foi lançado em dezembro de 2007, no governo de Luís Ignácio Lula da Silva, ocupando José Gomes Temporão o cargo de Ministro da Saúde. Com o mesmo o governo federal buscava promover mudanças no modelo de gestão. Foi estruturado em quatro pilares básicos: Promoção e Atenção à Saúde; Produção, Desenvolvimento e Cooperação em Saúde; Gestão, Trabalho e Participação e Mais Acesso. Melhor Qualidade (<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/index.php> acesso 8 de março de 2017)

qualificação para a gerência e gestão do SUS<sup>15</sup>. O mesmo visava promover a articulação entre as iniciativas de formação e de capacitação dos gestores nos diversos níveis de governo, entre outros objetivos.

Entre as diretrizes do PNDG estavam a orientação por princípios e práticas da gestão democrática e participativa; o fortalecimento da capacidade de desenvolver novos conhecimentos, habilidades e atitudes gerenciais centrados nas necessidades e demandas dos usuários; o desenvolvimento do Programa em articulação com a Política de Educação Permanente em Saúde e a articulação com os gestores para adequação da formação às diversas realidades locais, regionais e estaduais, assim como ao nível instrucional do profissional a ser atingido por meio do Programa. A coordenação da Comissão Consultiva, responsável pela definição de linhas e áreas prioritárias para a sua execução, ficou a cargo da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BRASIL, 2010).

Uma outra área priorizada foram as Redes Colaborativas. Em 2009, o TC 08 indicava a realização da atividade de ‘Apoiar o plano diretor e fomentar atividades de enlace e coordenação da Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do SUS (RegeSUS)’. Neste mesmo ano o TC 57 previu as Redes Colaborativas para a Gestão de Recursos Humanos no SUS.

Em 2011, com um novo governo, foram realizados ajustes nas prioridades. Com o TC 57 houve um redirecionamento das ações, dos recursos e das atribuições da OPAS. Entre os seis projetos e programas priorizados constava o denominado ‘Programa Nacional de Qualificação de Gestores e Gerentes do SUS’, com ações de identificação de necessidades, de estabelecimento de pactos para atendimento das novas demandas, com identificação de instituições parceiras para elaboração dos termos de compromisso, o apoio aos processos de monitoramento e avaliação dos projetos de Capacitação Gerencial, entre outras.

No que se refere às Redes Colaborativas, a prioridade se manteve ligada às ‘Redes Colaborativas para a Gestão de Recursos Humanos no SUS’. Desse ano em diante os Relatórios não fazem mais menção à RegeSUS.

No ano de 2012 as prioridades do TC 57 foram organizadas em três linhas programáticas. Em uma delas, denominada de ‘Formulação e Implementação de Políticas de Gestão do Trabalho’ foi incluído o ‘Programa Nacional de Qualificação de Gestores e

---

<sup>15</sup> O Curso Nacional de Qualificação de Gestores e Gerentes do SUS se constituiu como um dos componentes do PNDG. Foi organizado a nível de aperfeiçoamento, com 180 horas, sendo 140 horas na modalidade a distância. Visou a capacitação de 7.500 gestores, das 27 unidades federativas do Brasil. Desenvolvido com metodologia ativa de ensino-aprendizagem, introduziu o conceito de aluno-equipe, com o qual buscou contribuir para o fortalecimento da política de regionalização do SUS (BRASIL, 2011).

Gerentes do SUS’, que aparece identificado pela sigla do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS)<sup>16</sup>. Nesse ano, o relatório cita apenas o apoio ao Curso de Qualificação de Gestores, modalidade EAD, oferecido para a Região Nordeste, sob a coordenação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e como integrante do ProgeSUS. (BRASIL, 2013)

Nos Relatórios de Gestão de 2013 e 2014 a perspectiva da formação de gestores se mantém idêntica à do ano de 2012, ou seja, voltada à gestão do trabalho a partir das ações do ProgeSUS. Foi relatado apenas uma oferta em 2013, como ‘Outros cursos apoiados’, denominado de ‘Desenvolvimento de Técnicas de Operação e Gestão de Serviços de Saúde em uma Região Intramunicipal de Porto Alegre’.

Um dos entrevistados comentou a mudança de prioridade citando temáticas que passaram a ter maior ênfase que a formação de gestores, como a atenção básica e as redes de atenção.

[...] Na mudança de Ministério. Na saída de Temporão<sup>17</sup>, houve uma mudança de lógica. [...] Ganha ênfase outros tipos de formação nacional e o curso de gestores fica meio identificado como da gestão anterior, mas não morreu. [...] depois houve o reconhecimento da importância dele. (EH4)

Em síntese, entendemos, com essa breve recuperação das iniciativas governamentais a respeito da formação de gestores, que a prioridade desta formação mudou de foco a partir de 2012, acarretando uma grande redução das atividades voltadas à formação em gestão dos sistemas e serviços de saúde. O PNDG não foi citado em nenhum dos relatórios a partir desse ano, o que nos faz acreditar que o mesmo não chegou a se institucionalizar. Ainda que se mencione um ‘Programa Nacional de Qualificação de Gestores e Gerentes do SUS’, ele é identificado como se fosse a mesma coisa que o ProgeSUS e as ações referentes a esse

---

<sup>16</sup> O ProgeSUS foi criado pela Portaria ministerial n. 2.261, de 2006, visando o apoio técnico e financeiro à execução de projetos voltados ao fortalecimento dos Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde de Secretarias de Saúde dos três níveis de governo. O Programa tem quatro componentes estruturantes, conforme explicitado no site da ENSP: “o primeiro é a cooperação financeira para a modernização dos setores de RH das secretarias estaduais e municipais. O segundo é a capacitação dos profissionais do setor. Os outros dois componentes são a construção e disponibilização, pelo Ministério da Saúde, de ferramentas na área de tecnologia da informação para os estados e municípios que desejarem implantar o Sistema de Informação Gerencial para o setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e a integração desses sistemas por meio do Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS, o InforSUS.” (ENSP (<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/departamentos/detalhes.noticias.php?matid=11783&id=26>))

<sup>17</sup> Alusão ao médico sanitário, José Gomes Temporão, que assumiu o Ministério da Saúde no período de março de 2007 a dezembro de 2010.

Programa vão progressivamente desaparecendo. Tal fato tem diferentes repercussões, entre elas, estão o papel das instituições acadêmicas e a sustentação financeira.

A grande maioria desses projetos se executam exclusivamente através de apoio financeiro a instituições acadêmicas nacionais, majoritariamente do setor público, para que possam fortalecer relações parceiras com o SUS. [...] cabe ressaltar que essas instituições, vinculadas ao setor educacional, estão estabelecidas há décadas e independem do Ministério da Saúde para se manter. Há entretanto uma convergência entre o interesse dessas instituições de mudança nos cenários, métodos e objetivos do ensino em saúde e dos dirigentes do SUS em promover mudança no modelo assistencial na direção da promoção da saúde (OPAS, 2011, pag. 299).

Na opinião dos entrevistados, a insuficiência das ações voltadas à formação de gestores do SUS e a descontinuidade das iniciativas formativas está associada a vários fatores, entre eles, o financiamento. Para um dos participantes, com a inexistência de um projeto sistemático do Ministério da Saúde que viabilize os recursos necessários, algumas iniciativas de formação foram desencadeadas pelas instituições de ensino, que acabam sendo responsáveis pela busca de convênios: “[...] eu não vejo uma política de formação de gestores, financiamento sistemático. Eu acho que é muito precária a formação de gestor, muito eventual, ocasional, sem continuidade”. (EH2)

Para esse entrevistado, ainda que um amplo contingente de gestores tenha se especializado por meio de cursos descentralizados de gestão de sistemas de saúde, a partir de proposições e financiamento do Ministério da Saúde junto às universidades, tais formações correspondiam à iniciativas de um determinado grupo de interesse no Ministério da Saúde, num dado governo. Desta forma, na medida que mudanças eram produzidas nesta instância ou pelo término de um governo ou pela troca de ministro, novas prioridades se colocavam e a oferta de cursos em gestão em saúde sofria descontinuidade ou mudança de enfoque.

Como sinaliza o mesmo, em decorrência deste fato, alguns cursos para gestores das secretarias estaduais ou municipais de saúde permanecem sendo oferecidos por universidades, sem financiamento do Ministério da Saúde. Em alguns casos a parceria com as Secretarias significa exclusivamente a liberação dos alunos nos dias de aula.

Foi referido pelo mesmo participante, que foram firmados convênios com os denominados hospitais de excelência a partir de mecanismos de renúncia fiscal. Ou seja, os recursos que seriam pagos em impostos são investidos pelas instituições hospitalares em educação permanente. Entre os cursos oferecidos, boa parte se volta para a formação de gestores, na modalidade a distância.

Um dos exemplos dados por um dos entrevistados de interrupção da oferta de curso pela descontinuidade do financiamento foi o Projeto Gerus. Podemos interpretar pela fala deste entrevistado, a existência de relações de força e a influência dada pela presença e atuação de agentes político-administrativos na tomada de decisão sobre a oferta do curso. Esse entrevistado cita que uma das universidades públicas ofereceu o curso já que tinha, à época, uma dirigente com influência política na Secretaria de Saúde.

Outra iniciativa do Gerus, lembrada por esse mesmo entrevistado, teria partido do secretário de saúde recém-assumido em um município de grande porte e que fez o mapeamento da situação da rede básica. A realidade identificada por esse gestor municipal era a de um quantitativo de aproximadamente quatrocentas unidades de saúde com “um grau de competência muito ruim” e com a ocupação dos cargos de chefia por critérios puramente políticos, o que motivou a busca pela formação gerencial.

Sobre o tema das nomeações políticas para os cargos dirigentes, um outro entrevistado indicou que nas diferentes instâncias governamentais, seja no Ministério da Saúde, nas Secretarias Estaduais ou nas Secretarias Municipais, a não priorização da formação de gestores, e a consequente falta de uma política para a área de formação em gestão em saúde, esbarra, ainda, em um importante fator: no Brasil, a carreira de gestor é inexistente.

#### 4.1.2.1 Profissionalização da gestão em saúde e a formação em saúde coletiva

Um dos aspectos relacionados ao tema da profissionalização é o padrão de ocupação de cargos. Em estudo a respeito da configuração da burocracia do Ministério da Saúde (MS) no que se refere ao padrão de recrutamento dos servidores, Costa (2011) apontou que até o ano de 2005 o quadro administrativo da sede do MS possuía a seguinte composição: um terço eram servidores de carreira e dois terços eram contratados temporariamente ou terceirizados. Conforme indicou, esse quadro foi consequência de um período de vinte e quatro anos sem a realização de concursos públicos. Em 2005 os concursos foram retomados por forte pressão do Ministério Público do Trabalho para sanar as irregularidades existentes na administração pública federal direta, o que levou a que no período de 2005 a 2011 ocorresse um aumento de 13% no total de servidores do MS. Por se tratar de órgão responsável pela formulação e coordenação da política de saúde no país, a autora indica como desdobramento a

forte vulnerabilidade dos programas e projetos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde a cada mudança de gestão do setor, essa fragilidade vem impedindo

a consolidação de uma memória institucional decorrente de um desconhecimento dos próprios funcionários acerca do processo histórico da política de saúde. Adicionalmente, a ausência de um plano de carreira estruturado e a preponderância de funcionários externos nos cargos de dirigentes e coordenadores resultaram numa desmotivação interna do quadro de servidores e, por conseguinte, numa relação conflituosa entre os servidores concursados e os profissionais externos que assumem cargos no MS (pag. 153).

Essa realidade vincula-se ao fato de que no Brasil os cargos em comissão ou de livre nomeação, que no governo federal se inserem no Sistema de Cargos de Direção e Assessoramento Superiores (DAS), são preenchidos tanto pela burocracia concursada quanto por pessoas de fora do serviço público, sendo classificados como de emprego (*position-based*). De acordo com Cavalcante e Carvalho (2017) esse sistema, que possui alto grau de discricionariedade do dirigente, se diferencia do modelo público de carreira (*caree-based*), no qual os cargos comissionados são preenchidos por servidores com vínculo formal com a administração pública, em consonância ao tipo weberiano ou organizacional. Importante destacar que os autores contribuem para desmitificar a ideia de que os DAS na administração pública federal sejam ocupados massivamente pelo critério político. Citam que a publicação do Decreto nº 5.497/2005, que estabeleceu que 75% dos cargos de DAS níveis 1 a 3 e 50% dos cargos de DAS nível 4 deveriam ser ocupados, exclusivamente, por funcionários públicos efetivos, reforça a necessidade de reformulação dessa ideia. Os autores ressaltam que a ocupação de cargos por profissionais sem vínculo com a administração pública em si não é um problema, indicando que a oxigenação democrática é bem vinda. Nesse sentido, defendem que “o recomendável é o equilíbrio, principalmente porque a participação de servidores efetivos não apenas tem como resultado a valorização da burocracia, como também tende a gerar maior continuidade, coerência e assegurar maior imparcialidade e objetividade às políticas públicas” (pag.17). Para os autores, um dos desafios da profissionalização é que a seleção e ocupação dos cargos comissionados ocorram a partir da implementação de critérios mais transparentes e impessoais.

No que se refere ao setor saúde, um dos entrevistados destacou que em grande medida os cargos dirigentes do SUS são ocupados por indicação política. São cargos de confiança indicados pelos governantes e seus partidos. Isso se dá em uma conjuntura que possui antecedentes históricos em que a gestão pública se mantém permeada pelo clientelismo e corporativismo, tema anteriormente abordado nessa Tese no item 2.1.

Para esse entrevistado, no início da implementação do SUS, a indicação para ocupação de cargos do ministério e das secretarias de saúde considerou a tradição e a competência dos dirigentes, aproximando-se da concepção weberiana, combinada ao critério de confiança

política. Os resultados obtidos por Costa (2011) corroboram esse ponto de vista. Para a autora a ocupação das duas secretarias de maior peso político no MS, a Secretaria Executiva e a Secretaria de Atenção à Saúde, se deu segundo o critério técnico, o que permitiu a presença de dirigentes capacitados e com experiência na gestão, de alguma forma envolvidos com a cultura sanitarista e que possuíam um relativo grau de autonomia, favorecendo não apenas a construção de certa coerência e identidade corporativa interna ao aparelho do Estado, mas também a estabilidade das novas estruturas institucionais necessárias à implementação do SUS.

Para o mesmo entrevistado, entretanto, nos dias atuais isso não tem sido a tônica. Nos últimos anos tem se mantido a indicação de quadros nas diferentes instâncias do SUS por critérios políticos, muitas vezes sem experiência ou formação na área da saúde.

Assim, concluímos que o preenchimento de cargos de diferentes níveis de gestão a partir de concursos públicos são exceção à regra, representando um descompasso entre a formação de gestores e a ocupação dos cargos de condução da política do SUS.

Os entrevistados consideraram, entretanto, a formação em gestão em saúde como fundamental à ocupação de tais cargos. A importância da formação em gestão em saúde foi relacionada por um dos entrevistados ao aumento da complexidade e à especificidade das organizações de saúde. Com a crescente incorporação tecnológica, a especialização do conhecimento, a busca pela universalização do acesso, com eficiência e qualidade, a necessidade de lidar com dotações orçamentárias, entre outros fatores; a gestão em saúde passou a demandar um conjunto de conhecimentos para fazer frente a esses desafios. Distancia-se, assim, de uma ação improvisada. A esse respeito apresenta a seguinte questão, ao comentar sobre a gestão de um instituto nacional de saúde: “[...] Alguém em sua consciência coloca uma máquina de 300 milhões na mão de um curioso, de um improvisado? É isso. Se você tiver. Indústria de 300 milhões no Brasil é médio porte”. (EH3)

De acordo com Kisil (1994, p.12), “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 profissionalização de uma ocupação tem na constituição de programas acadêmicos e na conformação de entidades associativas importantes passos. O reconhecimento de uma nova profissão se dá pelo Estado, que responde pelo estabelecimento de critérios para o exercício profissional e credencia instituições acadêmicas para a formação na área. Para o autor, no que diz respeito ao campo da administração em saúde, apesar da existência de programas de formação, a mesma permanece como uma ocupação em fase de transição para se tornar uma profissão.

Em decorrência deste fato e, motivado pela preocupação de que as orientações dos dirigentes estejam consonantes com as dos especialistas, os cargos de direção tem sido comumente ocupados por profissionais de saúde, independentemente de formação prévia ou de qualquer conhecimento na área administrativa. O limite dessa escolha se dá pelo fato de que a competência técnica nem sempre se associa à competência gerencial, levando à incapacidade destes profissionais de darem respostas às demandas de sua nova posição. (CARVALHAL apud KISIL,1994)

A ocupação dos cargos dirigentes por profissionais da área da saúde, principalmente, por médicos, passa por fatores como a tradição, conforme explicitado na fala de um dos entrevistado.

[...] Nós ainda grassamos numa cultura, eu vou, para efeito de raciocínio, onde o melhor médico é o melhor diretor. Ledo e grave engano. Provavelmente será o pior diretor. Não por ele ser médico, por ele não ser gestor. Ele é médico. (EH3)

Em entrevista sobre os desafios dos sistemas de saúde contemporâneos, realizada por Conill, Giovanella e Freire (2011), com o prof. Gilles Dussault, esse considerou que o grau de profissionalização e a correspondente despolitização da gestão dos serviços públicos, entre eles o de saúde, presente nos países de tradição anglo-saxônica, é a principal diferença em relação aos países de cultura latina, como é o caso do Brasil. Para ele,

Sistemas meritocráticos de seleção dos gestores (inclusive os de topo) favorecem uma gestão mais racional, baseada em regras administrativas, e não em critérios políticos. Há uma tradição mais antiga de formação em gestão em saúde e de nomeação para postos de direção em que esta resulta das competências e experiências que correspondem às exigências específicas da função (pag. 2890).

Outros aspectos mencionados que diferenciam esses países são a maior autonomia de seleção de gestores por parte das organizações em relação ao Ministério da Saúde e a menor rotatividade profissional em situações de mudança nos cargos como de diretor de hospital, favorecendo a continuidade na gestão e na implementação das políticas de saúde.

Estudo realizado por Malik (2010) indicou que o discurso sobre a importância da profissionalização da gestão já se fazia presente desde os anos 1970 e que, em 2004, essa preocupação era evidenciada pela existência de um elevado número de cursos na área, com diferentes tamanhos e conteúdos. Inserida em um conjunto de transformações que se produziam nas políticas de saúde, nas políticas de formação de recursos humanos, nas necessidades de saúde e nas exigências para contratação de profissionais, a formação em

gestão também passou por mudanças. Entre elas, aquela relacionada à forma de gestão e o entendimento, por parte de alguns, da prestação de serviços de saúde como uma área de negócios. Todos esses fatores apresentavam efeitos na profissionalização da área.

Para Malik (2010), um marco na busca de profissionalização da gestão no SUS ocorreu a partir da publicação pelo Ministério da Saúde da Portaria nº 2.225, de dezembro de 2002. Esta Portaria regulamentou a ocupação dos cargos de direção de hospitais vinculados ao SUS, estabelecendo critérios de qualificação profissional para direção de hospitais de diferentes portes, independentemente de sua natureza jurídica. Esta exigência foi revogada dois anos depois, após um expressivo número de cursos realizados e profissionais habilitados.

Mais recentemente, a questão da profissionalização se tornou presente com a ampliação da oferta de cursos de graduação decorrente da abertura, no final da primeira década dos anos 2000, de cursos de formação em Saúde Coletiva. Esta em diferentes medidas se relacionou com a formação de gestores, retomando os antecedentes históricos, em que a formação de gestores se dava a partir dos cursos de saúde pública.

Para Koifman & Gomes (2008) a abertura desses cursos estava inserida em um movimento nacional e internacional, que suscitou uma grande discussão sobre o tema. Em seu artigo, as autoras consideram que as justificativas para a criação da graduação em Saúde Coletiva foram as orientações contidas no documento da OPAS, de 2000, referente às Funções Essenciais da Saúde Pública; o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI)<sup>18</sup> e as Diretrizes Curriculares Nacionais, que preveem uma formação mais abrangente dos profissionais de saúde.

Entre as reflexões realizadas está o questionamento se a constituição de mais uma categoria profissional seria mais favorável ao SUS do que o investimento em um novo perfil de atuação dos profissionais já existentes, com novas competências e novos compromissos políticos, técnicos e profissionais. Por outro lado, interrogam se para o estudante a graduação não significaria uma possibilidade de atuação na área em menor período de tempo, quando comparado com a trajetória anterior que demandava a graduação em uma área profissional e curso de pós-graduação em Saúde Coletiva. Indicam a necessidade de se observar a experiência desses cursos e de se produzir estudos e artigos sobre o tema.

---

<sup>18</sup> O REUNI foi instituído pelo Ministério da Educação por meio do decreto nº 6096, de 24 de abril de 2007, dentro do Plano de Aceleração do Crescimento para a Educação. A partir do mesmo as as Universidades Federais puderam elaborar propostas de criação de novos cursos, preferencialmente noturnos, ou de ampliação de vagas nos cursos existentes.

Para Bosi & Paim (2009), ainda que a graduação em Saúde Coletiva já constasse na lista das graduações em muitas instituições de ensino, a sua proposta não estava livre de controvérsias e desafios. Entre estes estavam as questões do modelo formador, a designação do título e o mercado de trabalho.

No que se refere ao mercado de trabalho e a partir da perspectiva apontada por Faria & Silva (2016), ao referirem que os cursos de graduação voltados à gestão e oferecidos pelas universidades públicas foram incorporados à iniciativa de constituição de um campo formativo para a Saúde Coletiva, buscamos elementos para a reflexão aqui pretendida sobre a profissionalização da gestão em saúde.

Em trabalho recente, Cezar et al (2015) buscaram identificar a inserção do bacharel em Saúde Coletiva na carreira pública, via concurso. Destacamos que dos 21 cursos de graduação em Saúde Coletiva listados pelos autores como ativos nas universidades públicas brasileiras, 38% apresentam denominação ligada à gestão. Se por um lado esse fato dá pistas sobre a inserção dos egressos dos cursos voltados à formação de gestores, por um lado indica que a formação em gestão está sendo vinculada à formação em saúde coletiva.

Os autores ressaltam que os graduados em Saúde Coletiva possuem os requisitos necessários à atuação na gestão do SUS, entretanto, a inserção dos mesmos no mercado de trabalho público ainda é tímida, o que justificaria o estudo das dificuldades e oportunidades envolvidas nesse processo. Como conclusão, apontaram que o desconhecimento da formação de sanitarista em nível de graduação leva a um direcionamento da maior parte das vagas dos concursos para profissionais com outras formações da área da saúde com curso de especialização em Saúde Pública ou Saúde Coletiva. Tendo em vista, ainda, a exigência de inscrição e registro em conselho de classe feita por parte de alguns processos seletivos, os autores identificaram que os egressos da graduação em Saúde Coletiva poderiam concorrer a apenas uma quarta parte dos editais localizados.

Belisário et al (2013) apresentaram a opinião de coordenadores sobre o processo de criação e implementação de curso de graduação em saúde coletiva. No âmbito das instituições acadêmicas, responsáveis por cursos tradicionais de formação profissional em saúde, os resultados sobre a criação de tais cursos disseram respeito aos seguintes fatores relacionados à gestão: “constatação da necessidade de se ter profissionais com formação e perfil específicos para a gestão; demanda persistente de capacitação para gestores na área da saúde” (pag.1627). Os autores verificaram que questões como reconhecimento profissional, regulamentação, inserção profissional e mercado de trabalho se encontram entre as expectativas dos coordenadores entrevistados.

Conforme as contribuições de Belisário et al (2013), a descentralização e a expansão dos serviços, após o advento do SUS, se constituíram como motivos para a oferta de Cursos em Saúde Coletiva. Ainda que estes sejam associados aos cursos de gestão em saúde, como indicado no artigo, concluímos que a oferta de formação não acompanhou a dinâmica de crescimento dos postos gerenciais. Esse fato permanece como um desafio para a implementação do SUS.

Um outro fator é que o recente investimento na formação em nível de graduação, com abertura de diversos cursos no país, contrasta com a pequena oferta de processos seletivos para ocupação dos postos de trabalho direcionados para profissionais com essa qualificação.

O fato da gestão em saúde permanecer como uma ocupação ainda não profissionalizada foi foco de comentário de um dos entrevistados. A permanência dessa condição leva a que gestores utilizem abordagens do tipo “ensaio e erro” e atuem muito mais baseados em um conhecimento empírico do que em um conjunto formal de conhecimentos. Para esse entrevistado, em situações em que não se tenha formação específica, alguns casos de gestão exitosas podem, entretanto, ocorrer. Estas muitas vezes estão ligadas à condições individuais de talento pessoal para a condução de ações, projetos, programas ou políticas de saúde. A perspectiva apresentada é coerente com a visão de senso comum sobre a função gerencial tratada por Motta (2004, pag.31), segundo a qual “presume-se que indivíduos possuidores de algumas qualidades, tanto inatas quanto adquiridas na vida profissional, podem se tornar bons dirigentes”.

Quer dizer, tem exemplos, sempre teve de serviços muito bem administrados por médicos, por enfermeiros, por odontólogo, por dentista [...]. Quer dizer, agora pra mim esse grupo de pessoas são pessoas que têm um bom senso de fazer muitas coisas na vida de forma a dar certo, que é a essência da administração. (EH1)

O bom senso, conforme citado acima, em conjunto com a autoridade do cargo, a qualidade da decisão e o conhecimento dos procedimentos burocráticos foram definidos como qualidades básicas da função profissional por Motta (2004). Estas, apesar de serem necessárias não são suficientes para o ideal exercício da função. A elas devem se somar a outra dimensão da profissionalização que é a formação. Segundo esse autor, quatro tipos de conhecimentos e habilidades foram identificados como sendo passíveis de aprendizado. São eles: estratégia, racionalidade administrativa, processo decisório organizacional e liderança e habilidades interpessoais.

Por meio da nossa pesquisa identificamos que ao longo do tempo diferentes referenciais teóricos e metodológicos foram utilizados para a formação de gestores, tema que desenvolveremos a seguir.

#### 4.1.2.2 Saberes e abordagens acionados na formação de gestores da saúde

Um dos entrevistados, ao abordar os saberes mobilizados na formação de gestores, destacou diferentes momentos. O primeiro vinculado às políticas de saúde, seguido pelo que ocorreu no período dos anos 80 a 90 do século XX, ligado principalmente ao planejamento em saúde a partir dos cursos da Ensp/Fiocruz, e da influência que teve em outros núcleos como o da Unicamp. Como referências deste período citou Adolfo Chorny, Sergio Arouca, Mário Testa, Carlos Matus e Néelson Rodrigues dos Santos.

Mencionou também os cursos na ‘linha da administração em saúde’, especialmente de administração hospitalar, viabilizados pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), do Rio de Janeiro e de São Paulo. O segundo momento relativo à gestão, seguido do que foi voltado à avaliação.

Então, a gente tem um começo, em que a discussão era muito macro, centrada na política de saúde, depois você entra no planejamento, planejamento estratégico, desses autores que eu citei, a gente entra numa gestão, gestão sistêmica, gestão de redes, influência da Organização Mundial de Saúde, da Inglaterra, do Canadá, onde havia sistema público, a ideia de implementação de determinados modelos de atenção ligado ao SUS, atenção primária, gestão dos hospitais, vigilância em saúde, gestão assim dessa forma e depois, já no fim dos anos 90, no terceiro milênio, a gente tem o período da avaliação, que é uma pressão dos Organismos Internacionais, particularmente do Banco Mundial, para que as políticas públicas fossem avaliadas e essa avaliação deveria induzir novas práticas, novas metas, novas estratégias de gestão. (EH2)

Outro entrevistado, apresenta os elementos que guardam relação com os saberes da administração e da saúde pública no contexto histórico do surgimento do SUS. Para ele, o pensamento da formação em saúde pública se colocava em oposição à ditadura militar e tinha na formação de sanitaristas a busca por ocupar os espaços que deveriam instituir um novo sistema de saúde. Para essa construção, imbricada com a criação da ABRASCO, em 1979, ocorreram seminários de reformulação das áreas temáticas da formação em saúde pública, entre elas, o planejamento e a gestão. Buscava, assim, romper com um pensamento “pouco criativo e cartesiano” (EH4) identificado em alguns setores da administração pública.

[...] foi uma vertente que nós sanitaristas aí formados pelos cursos descentralizados, nós nos deparamos com isso quando mudou e chegou a Nova República no período da pós-Conferência. Então, na verdade, existia mesmo, estava existindo ali uma tensão que eu não vejo contemplada, mas até por isso estou fazendo questão de colocar, porque é uma questão delicada, né? Você não pode acusar os companheiros, enquanto categoria de serem, vamos dizer “pessoas de direita”, mas havia um preconceito, tanto que o planejamento foi que entrou e a categoria de gestão foi que entrou na formulação da Nova República. (EH4)

Conforme esse entrevistado, a busca por estabelecer novas bases de gestão no sentido de alcançar uma gestão democrática e participativa se deu no âmbito de um movimento progressista, que envolveu outros países da América Latina como o Equador, a Venezuela, a Argentina, a Colômbia. Os pensadores de referência citados nesse processo foram: Mário Testa, Mário Rovere, Saul Franco e Sergio Arouca.

Para o mesmo entrevistado, essa visão mais política foi inserida no módulo de políticas de saúde em um período posterior, em que a gestão foi adotada como uma temática finalística pelo Ministério da Saúde, pela entrada em seus quadros de dirigentes comprometidos com as mudanças pretendidas.

Alguns alunos vinham do curso básico de Saúde Pública, mas criou-se, e a ENSP foi muito presente nessa formulação, criou-se, então, os cursos de “Gestão de Serviço e Sistema em Saúde” e você podia entrar direto nesse curso. Sempre tinha o módulo inicial de políticas de saúde e de reconstituição dessa feição mais política, mas depois entrava-se mais nas ferramentas, nas novas visões, na gestão e planejamento de Sistema de Saúde. (EH4)

A formação em gestão em saúde se inseriu em um movimento mais amplo, em que a formação de recursos humanos, desde a década de 1950, obteve destaque no campo da saúde. Conforme Conterno e Lopes (2016) para essa centralidade concorreu a organização de um movimento internacional. Este se voltava ao debate sobre o currículo e ao processo de ensino-aprendizagem, especialmente relativo à formação médica, mas que, posteriormente, foi estendido para outras áreas de formação em saúde. Duas instituições internacionais tiveram destaque nesse processo. A OPAS, com incentivos técnicos e financeiros, e a Fundação Kellogg, que nos últimos anos tem promovido e patrocinado diferentes iniciativas voltadas à mudança na formação superior em saúde, assim como referido no item 4.1.1 a respeito dos cursos de gestão em saúde.

Identificamos outro aspecto importante da formação em gestão em saúde a partir da literatura e das entrevistas e que diz respeito aos métodos de ensino empregados e à sua transformação ao longo do tempo. Se inicialmente predominou a estratégia tradicional de aulas expositivas, com centralidade nos conteúdos teóricos e na figura do professor, mais

recentemente passou-se a valorizar a prática, a reflexão sobre problemas, com ênfase no papel do aluno no processo ensino-aprendizagem.

Conterno e Lopes (2016) concluem, entretanto, que tais metodologias baseadas em abordagem pedagógica ativa, de caráter não diretivo, não são novas nem no campo da saúde e nem da educação. Em sua pesquisa, as autoras identificaram que as mesmas já estavam presentes no movimento renovador da escola, que ocorreu nos países centrais, ainda no início do século XX. Alguns dos pressupostos foram incluídos nas propostas formuladas em diferentes eventos internacionais promovidos pela OPAS, nos anos 1950, no contexto de divulgação da Medicina Preventiva.

Para Conterno e Lopes (2016), a aprendizagem significativa, o professor facilitador, a metodologia ativa de aprendizagem, o aprender a aprender, a aprendizagem por problemas, foram tomados como pressupostos pedagógicos que possibilitariam a formação de profissionais capazes de lidar com as demandas da política atual de saúde, sendo incorporados nos Programas oficiais. Entre eles, estão o Programa Nacional de Incentivos às Mudanças Curriculares de Medicina (Promed), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, as Diretrizes Nacionais Curriculares das graduações em saúde, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde).

A formação em gestão em saúde incorpora, igualmente, tais pressupostos, conforme a fala de um dos entrevistados:

No começo era a estratégia tradicional, professores, com aulas. Com o tempo passou-se a valorizar a prática, a reflexão sobre a prática, a trabalhar com problemas e ultimamente, com o UNASUS, o ensino a distância, e um papel mais ativo do aluno. (EH2)

A partir do exposto, consideramos que os saberes mobilizados na formação de gestores se diferenciaram ao longo do tempo e, em algumas experiências, se voltaram à transformação do sistema de saúde na direção de um sistema público e universal. À dimensão técnica e administrativa e aos aspectos de programação, avaliação e controle se incorporou ao ensino da gestão a dimensão política, referente aos aspectos relativos ao poder, aos conflitos de interesse, à tomada de decisão, e a dimensão sócio-psicológica. A busca pelo entendimento da forma com que esses saberes estão organizados em diferentes cursos serviu de orientação ao desenvolvimento do tópico seguinte.

### 4.1.3 Cursos de gestão em saúde: a experiência de formação no Brasil

#### 4.1.3.1 Elementos do contexto político-institucional e a gênese dos cursos

Ao nos determos sobre os documentos dos cursos voltados à formação de gestores no Brasil, nos deparamos com um cenário cuja origem teve iniciativas e motivações variadas.

No que se refere aos cursos de graduação, os dois cursos estudados foram criados no contexto do estímulo do Ministério da Educação à abertura de novas graduações em universidades públicas, a partir do REUNI implantado em 2007. Identificamos outros elementos comuns entre esses cursos. Um deles é o fato de que ambos se vincularam a Escolas ou Departamentos de Enfermagem, onde já ocorria a formação de gestores em nível de pós-graduação. Outro é a participação de outras unidades e instituições, se caracterizando, desde a sua origem, como uma oferta interinstitucional. Por exemplo: em um curso sediado na Escola de Enfermagem, a parceria se deu com as Faculdades de Ciências Econômicas e Medicina. Conforme o projeto pedagógico desse curso a ênfase é dada ao trabalho interdisciplinar, para o qual participam diferentes unidades da universidade. De acordo com esse documento, o diálogo permanente entre as áreas da Saúde, Administração, Economia, Demografia e Contabilidade foi a forma encontrada para a compreensão da complexidade da saúde e propor ações para intervir na realidade.

De acordo com o coordenador desse curso, partiu-se da constatação de que a grande maioria dos cargos de gestão dos serviços de saúde eram ocupados por profissionais com formação na área da saúde como enfermeiros, médicos, assistentes sociais, entre outros. Considerava-se que essa formação implicava em um investimento educacional direcionado à assistência e que esses profissionais acabavam desenvolvendo ações gerenciais cujos conhecimentos necessários não estavam contemplados na graduação. Conforme sua expressão: “não viam nada relacionado a custos, a economia, a planejamento e também deixavam de cumprir o seu papel assistencial na área de formação que tinham”. (EC1)

Para o entrevistado, a iniciativa de criar a graduação contou com o protagonismo de um ocupante de cargo de direção da Escola de Enfermagem da Universidade, que também estava ligado ao ensino de administração e de gestão de serviços de saúde em nível de pós-graduação. No documento desse curso consta que além das três unidades acadêmicas da Universidade, a elaboração do Projeto Pedagógico do Curso contou com a participação de gestores de serviços e de organizações de saúde públicas e privadas.

Os agentes envolvidos foram detalhados na fala do entrevistado:

Então teve influência dos docentes e dos parceiros da X dentro da universidade e, também, dos serviços: pessoal do Hospital das Clínicas, pessoal da atenção primária, secretário de saúde, que de alguma forma vieram contribuir com que perfil era esse ou que gestor era esse que o serviço de saúde precisaria. (EC1)

Outra semelhança entre os cursos de graduação é o ingresso atual dos alunos, feito exclusivamente por meio do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM).

Já no nível de pós-graduação, na leitura do Projeto Político-pedagógico de um curso de especialização vinculado a uma instituição pública federal, identificamos que este teve origem a partir de um curso de atualização que visou incorporar as mudanças realizadas nas políticas de saúde em sua nova estruturação. De acordo com o coordenador desse curso, a ideia que impulsionou essa alteração foi a profissionalização da gestão, ou seja, a de abarcar por meio da modalidade de ensino a distância (EAD) o maior número de gestores com atuação nos serviços públicos de saúde. Interessante notar, com base nessa entrevista, que a permanência desse curso seria garantida pelo empenho da instituição ofertante e pela alta procura de alunos pelo mesmo.

Batalhamos muito para esse curso sair, porque estava fora. O Ministério tinha cortado. Por que voltou? Porque a demanda foi tão alta, tão alta, tão alta, dentro do Ministério da Educação [...] que eles falaram: a gente não pode suspender o curso de gestão porque a demanda é alta. Toda hora a gente recebe coordenador de Secretaria de todos os municípios pedindo: quando é que o curso vem para cá? não sei o que, sabe? A gente tem uma demanda enorme. (EC4)

Em dois cursos *lato sensu*, ainda que os coordenadores não estivessem presentes desde a sua fundação, os mesmos relataram que sua instalação se deu pela percepção das necessidades dessa formação. Em um deles, devido ao elevado número de unidades de saúde públicas e privadas próximas à universidade e, no outro, oferecido em uma instituição privada, devido à demanda de mercado. Nesse último o curso, a sua criação foi uma iniciativa de um profissional da área da educação, responsável pela implantação de diferentes Faculdades e de uma Fundação Educacional para administrá-las. No quarto curso pesquisado, sediado em uma Universidade Federal, sua implantação se deu pela concorrência a um edital do Ministério da Educação (MEC) para a realização de um curso já formatado, na modalidade EAD, voltado à qualificação de gestores públicos.

Sobre a origem do curso de mestrado profissional de uma universidade pública, conforme o seu coordenador, a oferta foi pensada para o aprimoramento, nesse nível de ensino, do quadro de dirigentes inseridos na gestão dos serviços do SUS. Esse entrevistado

destacou que o curso ampliou a oferta de cursos na instituição para qualificação de gestores, já que os cursos de especialização e de mestrado acadêmico foram mantidos.

Nos cursos estudados, em que foi possível identificar sua origem, verificamos que a iniciativa foi das próprias instituições, não tendo partido de uma política nacional para a formação de gestores da saúde. Assim, esse resultado está em consonância com os da nossa pesquisa anterior a respeito da história da formação em gestão no Brasil, presente no item 4.1.1 desse trabalho.

O aprofundamento do olhar sobre a experiência da formação de gestores nos possibilitou identificar interesses em disputa. O mais aparente foi o tensionamento entre as áreas da administração e da saúde, seja do ponto de vista da ênfase dada a essas áreas nos cursos ou da vinculação institucional, ou seja, à possibilidade dos cursos estarem sediados ou nas escolas ou departamentos ligados à administração ou à saúde, como o departamento de enfermagem.

Porque o pessoal da Administração achava que esse curso não devia ficar aqui (Departamento de Enfermagem). Deveria estar lá com eles. E aí, o pessoal daqui fez uma defesa grande, dizendo que gestão em saúde quem entendia era o pessoal da saúde. Se quisesse a gente trabalharia em parceria. Eles trazendo os conceitos da Administração, da gestão e o pessoal daqui trazendo os conceitos da saúde, claro. E por caracterizar muito que os principais gestores nos serviços de saúde hoje que tem um perfil, até na sua formação, são os enfermeiros, e aí elas tinham essa defesa grande. (EC5)

Dois dos cursos *lato sensu* são oferecidos por Escolas de Administração. Em um desses cursos, o coordenador, com formação em saúde pública, relatou que buscava conciliar e equilibrar os conteúdos, pois predominavam os conteúdos de administração. Como conta, sua sua argumentação com essa instituição era: “Olha, precisa ter mais saúde coletiva, precisa equilibrar administração com a saúde coletiva” (EC2). Um sentido diferente foi mencionado por outro coordenador, com formação em administração de empresas.

É, eu como sou oriundo da área de gestão, então, trabalho direto com empresas, eu quis botar ... que o formato do curso ele estava muito é, formado pra área humana, voltada mais pra área médica e de enfermagem. Então, eu quis dar um toque de gestão, sem perder a parte humana. (EC7)

Outros aspectos de tensionamento mencionados por outro coordenador foram a resistência dos autores na elaboração de material didático, no caso de um curso de especialização, por ser na modalidade EAD; e a tentativa de articulação com secretários de saúde para que os cargos de gerência fossem ocupados por profissionais com formação na área. Segundo o mesmo entrevistado, as posições que prevaleceram foram que, no primeiro

caso, se conseguiu quebrar as resistências dos autores e, no segundo, não houve alteração na posição dos governantes, levando a que as nomeações continuassem a ser realizadas sem a necessidade de formação prévia em gestão em saúde.

Um coordenador de mestrado profissional mencionou, igualmente, a resistência inicial a essa modalidade de formação que foi modificada ao longo do tempo. Para o mesmo,

Havia uma resistência, eu diria que o mestrado profissional naquela época era minoritário [...] E me parece que uma das coisas é isso, o contexto vai mudando, vão surgindo muito mestrados profissionais no Brasil. [...]. Eu diria que aquela resistência a um projeto de mestrado já não existe. Mas, evidentemente, tem pessoas que, ou por opção ou por um certo *pé atrás*, não entram no mestrado profissional porque acham... Mas isso é minoritário. (EC3)

A aprovação desse último não foi acompanhada de financiamento por parte do Ministério da Saúde, conforme sua expectativa. Apesar da instituição assumir a realização desse curso, em algumas situações ocorreram dificuldades pela ausência de recursos para a realização de atividades docentes com convidados, ida de alunos a congressos, estruturação de equipe administrativa, entre outros aspectos.

Chamou-nos, ainda, a atenção o tensionamento do campo entre a gestão e as profissões de saúde revelado na compreensão de um enfermeiro, coordenador de curso de graduação. Para ele, o gestor da saúde seria mais próximo do nível operacional, como os serviços de lavanderia, manutenção, transporte. Em sua visão, entretanto, existe a necessidade de definição dos limites de cada atuação profissional: “A gente vai ter que discutir isso com pares, gestão com a enfermagem, gestão com a medicina, gestão com a nutrição. A gente vai ter que discutir isso depois dentro do serviço porque não pode caracterizar que a gente (graduados em gestão) esteja ocupando espaços”. (EC1)

Quando adotamos o conceito de campo a partir de Bourdieu (2007) para estudar a formação em gestão saúde, percebemos um entrelaçamento entre essa formação e aquela voltada à saúde coletiva no que diz respeito à oferta de cursos de graduação. Essa questão apareceu na fala dos coordenadores dos cursos estudados. Um deles comentou que quatro cursos de bacharelado em gestão em saúde existentes nas Universidades Federais já haviam se transformado em bacharelado em saúde coletiva. A partir de trabalhos recentes como o de Cezar et al. (2015) e Faria & Silva (2016), a abordagem inter-relacionada entre essas duas formações também pode ser identificada. Destacamos que, tanto a formação em gestão em saúde quanto a formação em saúde coletiva nesse nível de ensino, são recentes em nosso meio, campos que buscam se institucionalizar como profissão. A não abertura de novos

cursos de graduação para a formação de gestores e a transformação dos cursos existentes em cursos de saúde coletiva indicam que esta última pode estar mais próxima do alcance desse objetivo.

#### 4.1.3.2 A construção do currículo: organização, concepções de gestão e a relação com o SUS

No que se refere à organização do currículo, as entrevistas revelaram que nos cursos de graduação e em um dos cursos de especialização estudados, oferecido por uma instituição federal, essa se orientou pelas necessidades dos serviços. Foram referidas pelos coordenadores diferentes estratégias utilizadas. Nos cursos de graduação buscaram apreender essas necessidades por meio de reuniões com os gestores e no curso de especialização foi organizada uma oficina, com participação de secretários de saúde e de gestores de serviços. Os relatórios produzidos nessa oficina nortearam a discussão realizada entre os coordenadores desse curso e formatação do seu currículo.

Conforme a fala do coordenador de um dos cursos de graduação, ao longo do desenvolvimento do mesmo essas necessidades continuaram a ser consideradas. E que isso se daria por meio do contato da universidade com os serviços para inserção dos alunos em campos de estágio, da supervisão dos alunos nesse processo e pela interlocução com ex-alunos que já atuam como profissionais. Interessante notar que o currículo não é visto como algo estático e sim como uma construção permanente, dinâmica e que envolve a participação de diferentes agentes, entre eles, gestores, coordenadores de curso, docentes e alunos.

No que se refere à coordenação, a não existência de parâmetros curriculares nacionais foi percebido como uma possibilidade de menor engessamento e maior criatividade na construção da matriz curricular, ainda que esses parâmetros tenham sido entendidos por um dos entrevistados como necessários. A fala desse coordenador ilustra o processo da construção do curso: “Então, a ideia foi pegar um pouquinho do que era da administração, do que era da economia, do que era do custo, do que era da demografia, da medicina social, da própria enfermagem e se colocou isso tudo na mesa” (EC1). Ao comentar a respeito da organização do currículo com a participação de diferentes Faculdades da Universidade, esse coordenador destacou, ainda, o caráter de interação entre as diferentes áreas de conhecimento e os desafios colocados para a formação.

Eu fico pensando o que é estudar custos ou economia lá dentro da Faculdade de Ciências Econômicas e o que é trazer um professor das ciências econômicas para falar de economia e também de economia da saúde dentro

deste curso. Então eu acho que o que teve dessa dinâmica foi essa multiplicidade de formações, essa multiplicidade de conhecimentos que fizeram essa articulação. (EC1)

Em relação aos docentes, esse entrevistado reportou o fato de que, por não terem formação prévia e não possuírem experiência na gestão, estes, na maioria das vezes, constroem o currículo com base no que pensam ser os conhecimentos necessários para o futuro gestor.

No que diz respeito aos alunos, de acordo com os entrevistados, em dois cursos ocorreu mobilização discente. Um deles foi o mestrado profissional oferecido por uma universidade pública e o outro um curso de graduação, conforme comentaram os seus coordenadores.

Eles (alunos) tem um grupo que se reúne aqui na escola hoje. A gente libera o espaço [...] agora eles estão se consolidando como uma associação. [...] eles querem intervir, inclusive, na matriz curricular. Eles querem se posicionar nos conteúdos que estão sendo ofertados; eu participo de algumas reuniões com eles. (EC1)

Eles (alunos) estão querendo fazer um fórum que tem como motivo o mestrado profissional em Saúde Coletiva e é alvo para 200, 300 pessoas e querendo envolver Secretarias de Saúde.[...] E não só já se organizaram, já estão divulgando, e querem fazer esse fórum uma vez por ano e querem fazer fórum virtual. (EC3)

Nos cursos estudados o principal dispositivo citado para a revisão do currículo foi a reunião colegiada, da qual participam as coordenações dos cursos e representantes docente e discente. Em um curso de especialização oferecido por uma instituição privada e em um MBA vinculado a uma instituição pública estadual, entretanto, a fala dos entrevistados explicitou que as deliberações são tomadas pelo coordenador a partir de contatos individuais com professores e as propostas apresentadas aos alunos. No curso de mestrado profissional oferecido por instituição privada, as deliberações são feitas pelo diretor do programa com os docentes. Nesse último curso não foi mencionado se havia ou não participação dos alunos.

Todos os entrevistados mencionaram a realização de mudanças na organização do currículo e que, na maior parte dos cursos, existiria autonomia institucional para a revisão curricular. As exceções se referem a um curso de habilitação técnica que depende do processo de revisão curricular conjunto com outras habilitações técnicas, realizado pela instituição a cada dois anos; e um curso de especialização voltado a gestores públicos, modalidade EAD, em que o currículo e o material didático foram organizados externamente e não permitiriam alterações que não fossem de inclusão de textos complementares no ambiente virtual de

aprendizagem. A coordenação desse último curso apontou problemas relativos aos conteúdos do material didático: desatualizados e até mesmo incorretos; e atribuiu esses problemas ao fato de alguns autores não serem da área. Para a mesma, a mudança curricular deveria envolver profissionais da área da administração e da saúde, destacando a necessária interação entre as mesmas:

Então, assim, eu acho que o que ajudaria bastante, primeiro seria, profissionais que são da área, né?! Tanto da área de administração quanto da área de saúde. Esses profissionais se unirem pra poderem fazer essa atualização, porque assim, as vezes você tem profissionais que são da área da administração, mas não são da área da saúde e outros que são da saúde, mas não tem conhecimento de gestão. Mas essa junção seria uma boa opção. (EC8)

O motivo mais citado para as mudanças no currículo foi a atualização dos conteúdos em decorrência das alterações ocorridas na política de saúde. Nessa direção, um dos coordenadores deu como exemplo o fortalecimento e a organização da atenção básica pela Estratégia Saúde da Família, a incorporação de mecanismos de avaliação da atenção básica, as alterações produzidas no que se refere ao financiamento, ao planejamento, à organização de redes de atenção à saúde, entre outras. Esse entrevistado mencionou que a transformação do curso para a modalidade EAD possibilitou maior agilidade na atualização dos conteúdos pela facilidade de alteração no ambiente virtual de aprendizagem, até mesmo com o curso em andamento.

No que se refere ao caráter dinâmico das políticas de saúde, um dos entrevistados ressaltou a iniciativa do fundador de um curso de graduação de criar disciplinas optativas como forma de acompanhar as mudanças e contemplar temáticas da atualidade. Um dos exemplos mencionados por ele foi o tema da judicialização da saúde. Pela importância que esse conteúdo passou a ter, essa disciplina foi incluída entre as obrigatórias do curso. Um outro direcionamento comentado foi que as mudanças buscaram uma maior correspondência com as diferentes possibilidades de inserção profissional, seja na atenção básica, em um hospital ou em uma secretaria de saúde. Assim, as disciplinas passaram a ser oferecidas no próprio ambiente hospitalar, com estágio previsto para um ano, com um semestre na atenção básica e outro em serviço de média ou alta complexidade.

Outro exemplo de necessidade de mudança curricular dado por esse mesmo entrevistado foi pela vinculação dos hospitais à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que assumiu a gestão hospitalar no município e que prevê uma multiplicidade de postos de gestão, como o de gestor de leitos, de clínica, de qualidade. Em suas palavras:

Então, assim, está muito ampla essa possibilidade de inserir esse profissional. [...] a gente já vai ter que começar a repensar com todos esses temas dinâmicos que a gente está como uma discussão permanente de atualização. A gente não vai poder deixar uma matriz curricular, um projeto pedagógico criar raízes, quase. A gente vai ter que ter sempre um eixo que seja o norteador, mas que haja uma flexibilidade em função de um cenário de saúde que está mudando muito rapidamente. (EC1)

Os entrevistados referiram ainda, em consonância com as políticas de saúde, atualizações nas denominações de disciplinas como saúde do trabalhador e saúde ambiental que passaram a se chamar vigilância em saúde; e gestão de recursos humanos que passou a se chamar gestão do trabalho, entre outras.

Algumas alterações comentadas pelos coordenadores se relacionaram com a possibilidade de atuação do aluno tanto no setor público quanto no setor privado. Essa questão apareceu em um curso de especialização a partir do comentário do seu coordenador a respeito da abordagem do tema de compras, que foi reestruturada de forma a contemplar os dois setores. Igualmente, esteve presente no relato de busca por campo de estágio em ambos os setores em um curso de graduação e, também, na perspectiva de realização de visitas técnicas no curso de habilitação em gerência em saúde, como assinalado pelo coordenador: “No SUS e também nos hospitais particulares. Não deixar de dar ênfase no nosso Sistema Único de Saúde, que todos tem direito, mas também dando a visão ao aluno do outro lado, do privado também”. (EC9)

Outras modificações realizadas no currículo disseram respeito ao aprofundamento de conteúdos já existentes, como em um curso de especialização, e de inserção de novos conteúdos como acreditação, auditoria, hotelaria, em outro curso *lato sensu*. Um entrevistado comentou sobre a inserção de metodologia de pesquisa e de tornar obrigatório o trabalho de conclusão ao final no curso de habilitação técnica.

Foram relatadas, ainda, modificações referentes à redistribuição de carga horária. Nesse aspecto, identificamos pelo plano de um curso de graduação que a disciplina de Informações em Saúde tinha carga horária quatro vezes maior que a disciplina de Políticas de Saúde e bem maior em comparação às demais disciplinas. Na entrevista com a coordenação do curso essa questão foi levantada e nos foi apresentada uma percepção crítica dessa situação pelo fato de haver repetição de conteúdos, e informada previsão de redistribuição da carga horária no sentido de diminuir o tempo destinado à mesma e de aumentar o da disciplina de Políticas de Saúde. Os interesses subjacentes a essa diferença de carga horária, entretanto, somente em parte foram mencionados, mas esses podem estar ligados com a sua própria implicação como responsável e docente da referida disciplina. Esse aspecto de definição de

carga horária, assim como os outros mencionados na organização do currículo, apresentam um caráter decisório em que posições interessadas concorrem e buscam prevalecer. Essas, entretanto, não são evidentes na forma assumida pelo currículo.

A concepção de currículo como ação, como atividade que transcende a vida escolar, conforme abordado por Silva (2011), foi percebida por nós em diferentes cursos pesquisados. Alcançou, entretanto, um importante significado na experiência do mestrado profissional oferecido por uma universidade pública. Nesse curso o enfoque teórico das disciplinas, a cada nova turma, se volta ao perfil dos alunos e envolve a participação nas aulas de docentes convidados da academia, dos serviços, de movimentos sociais, entre outros citados.

Assim, o processo de organização do currículo teria inserção em uma multiplicidade de possibilidades e direções a tomar. Essas dependeriam de fatores como conhecimento, experiência, interesses, entre outros. Os trechos das entrevistas a seguir nos permitem compreender alguns dos desafios e mecanismos que poderiam estar envolvidos nesse processo:

E também das informações que a gente já têm; porque um curso novo, de uma profissão ou de uma função nova, a gente só tem uma ideia do que a gente vai precisar. A gente até tem a ciência para nos ajudar aí, falando que não dá para pensar em formar um gestor, e aí para ir em lugar nenhum, que não saiba, por exemplo, custo, que não saiba faturamento. A gente tem essa clareza. Mas saber quanto? Até que nível? Para saber onde esse sujeito vai se inserir. Essa necessidade de ajuste surgiu nesse contexto, desses *feedbacks* que a gente foi tendo. (EC1)

A mudança foi com a rotina, entendeu? Porque eu precisava, eu mesmo, tomar conhecimento, né? Foi algo novo, inusitado pra mim. Então eu precisava, depois do contato com algum diretor de hospital, que são clientes meus em outra área, eu comecei a fazer algumas mudanças. Hoje eu posso falar que mexi em algo de 30 a 40% do curso. Eu incluí matérias. (EC7)

Um aspecto que nos chamou a atenção foi que em apenas um curso a reformulação da matriz curricular foi associada ao processo de avaliação. Esse fato não pode ser atribuído à ausência de tais processos, já que apenas no curso de habilitação técnica foi referida a sua inexistência. Nos demais cursos, a avaliação seria realizada de diferentes formas.

Nos cursos de graduação a avaliação é realizada pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), do MEC, e é composto por: avaliação das instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes.

Os cursos de especialização em nível de pós-graduação não necessitam de autorização, reconhecimento e renovação do reconhecimento. A sua oferta, entretanto, deve ser feita por instituições credenciadas e obedecer a uma legislação específica. Nos cursos pesquisados na

modalidade EAD, um dos entrevistados mencionou a existência de diversos relatórios emitidos pelo sistema informatizado que possibilitam um conjunto de informações sobre o desempenho do aluno e de avaliação do curso.

Nos cursos de mestrado profissional a avaliação é realizada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), do MEC. Em um deles, só foi mencionado a avaliação que cada docente faz de sua disciplina junto aos alunos. Segundo o coordenador desse mestrado, existiria a expectativa de se incorporar a visão dos gestores na avaliação do curso.

Em seis cursos pesquisados os coordenadores informaram a existência de instrumentos formais de avaliação, sem no entanto mostrar o instrumento utilizado.

A questão de como se vê a gestão em saúde suscitou um conjunto de pontos de vista diferentes. A relação entre os sentidos dados e a implicação dos entrevistados ficou bastante clara e pode ser apreendida a partir da seguinte fala:

Como eu sou de análise de sistemas, e como meu foco é informação, eu não consigo desvincular uma tomada de decisão ou uma gestão sem informação de qualidade e o mais próximo possível da realidade. É claro que é o meu viés, eu vejo assim, né? Mas eu não consigo pensar em outra forma de fazer gestão sem informação, sem o saber o que que está acontecendo, sem saber o que eu tenho. As pessoas que estão ali, a informação dessas pessoas, com quem eu posso contar e com quem eu não posso; quais são os outros setores, os outros níveis, as outras ... tudo que está ao redor. (EC5)

Em um dos cursos de graduação foi ressaltado que a gestão em saúde se diferencia da administração realizada em uma empresa ou em outras áreas, o que leva a que a formação tenha que ser igualmente distinta. Esse ponto foi corroborado por um entrevistado, coordenador da habilitação técnica em gerência em saúde.

Porque é diferente, quando eu falo gestão, administração, da área da saúde, específico para a área da saúde. Você tem um outro olhar. É uma outra realidade diferente de uma administração de um hotel, como por exemplo. Ali você está lidando com vida. (EC9)

A lógica presente no setor privado aparece na fala do coordenador de um curso de especialização de uma instituição privada, cuja maioria dos alunos é do setor privado de saúde. Esse entrevistado chamou a atenção que, para além da saúde, os hospitais tem que ser sustentáveis financeiramente, perspectiva presente na formação dada no curso. Assim, para o mesmo, o aluno deve compreender a saúde no contexto do hospital, esse entendido como uma empresa.

Ele ter uma visão, não perder a parte humana, a parte da saúde, mas não esquecer que a empresa, ela tem que se sustentar; quer dizer, um hospital é uma empresa. [...] Então, o curso, ele vem exatamente colaborando com isso, ele vem colaborando com você não fazer uma gestão voltada para a financeira, *business*, só, apenas, com retorno financeiro. [...] É essa a nossa ideia do curso, foi pra isso que a gente montou. Tentar vender isso para o nosso aluno. O hospital ele tem que ser sustentável. Se ele não for sustentável, ele não der um retorno, um retorno satisfatório, né. Não o maior retorno do mercado, mas um retorno satisfatório para os seus donos, ele deixa de ser sustentável. (EC7)

Pelos limites dados pelo tempo da entrevista, não foi possível aprofundar o que seria “um retorno satisfatório para o seus donos” e em que isso poderia estar ou não dissonante da “parte humana, da parte da saúde”. Interpretações possíveis desse ponto de vista seriam, por um lado, o entendimento da gestão como instrumento ou ferramenta na lógica do mercado e, por outro, processos para a garantia ética de eficiência, dimensão da qualidade em saúde, fundamental ao SUS.

Em um Projeto Político-Pedagógico de um dos cursos de graduação estudados, a gestão é concebida como conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para garantir o compromisso ético para alcance da saúde de indivíduos e da coletividade. Na proposta desse curso a formação tem como base o entendimento de que tais atributos não representam o domínio de uma técnica a mais.

A compreensão da gestão como um processo democrático e participativo esteve presente na fala de um coordenador de curso de especialização. Segundo o mesmo, o curso incorporaria essa visão, citando como exemplo a vertente participativa do planejamento em saúde, que fundamentaria a elaboração do trabalho de conclusão do curso. Esse entrevistado destacou que as organizações de saúde seriam organizações profissionais, caracterizadas pela autonomia, conforme teorizou Henry Mintzberg. Assim, esse entrevistado ressaltou a importância do gestor trabalhar na lógica de compartilhamento de um objetivo comum.

Eles (os médicos) tem os seus órgãos de controle fora, né? São os seus CRMs e eles já chegam com alguma coisa na cabeça, né? Eu penso assim, a minha representação pensa assim. Eu sou uma pessoa, um médico, eu sei qual é a melhor agulha para suturar o paciente. Não é o senhor, que é o diretor. Então, assim, eles são altamente autônomos. Se eu não entender isso, compreender isso, para poder mudar a cabeça dele e que ele possa fazer um projeto mais coletivo ao invés de ser um projeto pessoal, eu não faço nada. Porque senão vou ter um gasto enorme. (EC4)

A perspectiva de gestão participativa, entretanto, não esteve presente nos cursos estudados. Em grande medida prevaleceu a ideia da gestão como conjunto de técnicas necessárias à realização de diferentes atividades. Essas últimas podem ser apreendidas a partir

do perfil profissional do egresso do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar, único curso relacionado à gestão em saúde presente no Catálogo Nacional de Cursos Superiores em Tecnologia (Ministério da Educação, 2016, p.14).

Gerencia, processos de trabalho, sistemas de informação, recursos humanos, recursos materiais e financeiros em saúde. Coordena o planejamento estratégico das instituições de saúde. Organiza fluxos de trabalho e informações. Estabelece mecanismos de controle de compras e custos. Estrutura áreas de apoio e logística hospitalar. Supervisiona contratos e convênios. Gerencia a qualidade dos serviços e os indicadores de desempenho na gestão de organizações de saúde. Desenvolve programas de ampliação e avaliação de tecnologias em saúde. Vistoria, avalia e elabora parecer técnico em sua área de formação.

O Catálogo Nacional de Cursos Superiores em Tecnologia foi uma referência seguida por um dos cursos de graduação estudados, conforme esclareceu o coordenador desse curso. O Catálogo serve como guia de informações sobre o perfil de competências a ser alcançado em cada curso e, pelo seu caráter institucional, presume-se que esteja norteando outros cursos de tecnologia em gestão hospitalar no país. A concepção de gestão trazida por um dos entrevistados põe em evidência não o que o Catálogo expressa, mas o que ele silencia. Trata-se da dimensão da política de saúde, do sistema público como um sistema universal, da saúde como essencial para a sociedade e da correspondente competência de gerenciar um hospital em consonância com a política de saúde prevista no Brasil: o SUS.

Porque educação e saúde são os pilares de uma sociedade. A sociedade precisa de educação e a sociedade precisa de saúde, porque é uma sociedade em que a saúde não funciona bem, é muito complexo, né? Infelizmente, a nossa realidade é isso. Eu acho que a gente tem é boas políticas, mas mal executadas. Então, eu acho que a gestão em saúde é esse gerenciamento, de um setor que é extremamente complexo. (EC8)

Nos objetivos traçados pelos seis cursos, em apenas um aparece explicitamente a relação da formação com o SUS. Em um dos cursos o coordenador se reportou ao fato de que os alunos consideram a atenção primária mais afeita ao SUS. Para esse entrevistado os alunos não conseguem ver os hospitais privados como parte do SUS e questionam por que formar profissionais de gestão em universidades públicas se a atuação futura pode se dar em hospitais privados. O mesmo entrevistado apresentou um ponto de vista diferente ao dos alunos e semelhante ao dos docentes do curso, que entendem que o privado cumpre as determinações do SUS e que possuiriam interfaces com o mesmo. Uma dessas interfaces seria como prestador de serviços, conforme mencionado na fala de outro coordenador ao comentar a relação do curso com o SUS.

A todo momento a gente está resgatando os conteúdos e as próprias práticas deles e que acontecem nos próprios serviços do SUS, nas unidades de saúde do SUS. Nós vamos para algumas unidades efetivamente privadas? Vamos, mas a maioria delas presta serviços para o SUS. Então, elas estão totalmente inseridas. (EC5)

Outros coordenadores de instituições privadas de ensino informaram que a relação com o SUS ocorre por meio de disciplinas que abordam as políticas de saúde e organização do SUS, sendo que um deles fez referência a uma pesquisa com os egressos que possibilitou verificar sua inserção profissional. Além dos exemplos dados de ex-alunos que passaram a ocupar cargos de chefia em hospitais públicos, um desses coordenadores ressaltou que: “um colega passou a ser empresário, dono de uma rede de clínicas populares, cuja ideia foi desenvolvida, foi iniciada e desenvolvida na minha disciplina, inclusive” (EC6). A fala desse entrevistado, quando associado ao fato de que uma parte obrigatória do curso se realiza nos Estados Unidos, com visitas às operadoras de planos privados, justificadas por serem de um país desenvolvido, e em outro momento da entrevista quando ele se reporta aos desafios colocados, sugere que a abordagem ao SUS pode assumir enfoques muito distintos e nem sempre em sua defesa como um sistema universal.

Nós temos vários desafios. Um dos maiores desafios, é a demagogia, é achar que nós poderemos dar tudo, tudo para todos. É impossível. Mesmo nos países mais ricos do mundo não se dá tudo para todos, agora, quem tem cara e quem tem coragem de falar isso? Quer dizer, não é possível, então, você vê que... isso mundialmente. (EC6)

Caberia interrogar que, se não se pode dar tudo para todos, quem ficaria de fora, considerando que mais de 70% da população brasileira depende exclusivamente do SUS. Essa questão reforça nosso entendimento de que a formação de gestores se insere em um conjunto de questões que passam não só pela técnica, mas pela política, pela ideologia e pela ética.

A seguir, buscaremos compreender um pouco mais dos conhecimentos acionados nessa formação a partir dos seus componentes curriculares.

#### 4.1.3.3 Componentes curriculares: uma aproximação ao que ‘conta como conhecimento’ na formação de gestores

Se a preocupação com a origem dos cursos, sobre quem participou, quais interesses estavam presentes e de como o currículo foi construído, nos guiou até esse ponto do trabalho, uma outra preocupação se faz presente a partir de agora. Trata-se de que componentes fazem

parte do currículo nos cursos pesquisados. Esses foram sistematizados no sentido de levantar elementos a respeito de que direcionamento pode estar sendo dado por essa formação.

Os componentes curriculares de cada curso foram identificados com base na denominação do módulo ou disciplina obrigatória. Os mesmos foram agregados em grupos temáticos e, após a leitura da ementa, consideramos a maior correspondência de cada um deles a um determinado grupo temático. Utilizamos os planos de curso e outros documentos disponíveis na internet como fonte de informação.

Assim, organizamos os componentes curriculares de cada curso do Brasil nos seguintes grupos temáticos:

1. Política, Planejamento e Gestão - Política de Saúde no Brasil, Sistema Único de Saúde: princípios e diretrizes, organização e funcionamento; Gestão dos sistemas e serviços de saúde, Gestão e gerência em saúde; Organização da atenção à saúde, Organização hospitalar, Modelos assistenciais; Planejamento: em saúde, estratégico, estratégico governamental; Planejamento e Avaliação; Planejamento e organização da atenção à saúde; Modelos de Gestão e organização dos serviços e da atenção à saúde; Saúde suplementar.
2. Processo Saúde-Doença, Epidemiologia e Vigilâncias - Processo Saúde-Doença e Perfis Epidemiológicos no Brasil; Epidemiologia e serviços de saúde; Relações Sócio-Culturais em Saúde; Vigilância à saúde; Epidemiologia e Vigilância em saúde; Bioestatística; Riscos ocupacionais em saúde: prevenção e controle de infecção; Saúde ambiental.
3. Metodologia de pesquisa e trabalho de conclusão de curso - Metodologia de pesquisa científica; Prática de pesquisa aplicada à gestão de sistemas de saúde; Métodos e Técnicas de Pesquisa; Pesquisa qualitativa e quantitativa; Elaboração de dissertação, TCC; Orientação e apresentação de TCC.
4. Administração - Teorias da Administração; Gestão de recursos humanos, de pessoas; Gestão de serviços de apoio à saúde, gestão logística, de materiais e patrimoniais, de espaço físico, hotelaria, financeira e orçamentária, do ambiente hospitalar, contratação e compra de serviços em saúde; Matemática financeira; Contabilidade; Custos hospitalares; Gestão de processos administrativos em saúde; Gestão de projetos.
5. Gestão da Qualidade - Gestão da qualidade; Qualidade e produtividade em saúde; Informática; Auditoria em saúde, em serviços, hospitalar; Marketing; Cultura, liderança e organizações de saúde; Comportamento organizacional; Avaliação e gestão da qualidade.
6. Gestão clínica - Gestão clínica; Instrumentos e Práticas de gestão clínica em serviços de saúde; Atenção médica domiciliar; Tecnologias em saúde e avaliação.

7. Informação - Informações em Saúde; Sistemas de Informações em Saúde; Indicadores sócio-econômicos.
8. Saúde, sociedade e ética - Saúde e Sociedade; Ética e bioética na gestão; Política de humanização.
9. Comunicação - Comunicação Organizacional: aprendizagem, leitura e escrita
10. Trabalho em saúde - Trabalho em saúde; promoção da saúde no trabalho e corporeidade; Gestão do trabalho e da educação na saúde; Gestão do Trabalho em Saúde: subjetividade, interdisciplinaridade.
11. Economia da saúde - Economia da saúde; Introdução à Economia; Microeconomia; Econometria.
12. Demografia - Introdução à Demografia; Demografia: Componentes da dinâmica e composição sócio- demográfica da população.
13. Direito e Estado - Estado: governo, mercado e problemas contemporâneos, desenvolvimentos e mudanças; Políticas públicas; O Público e o privado na Gestão Pública; Legislação em saúde.
14. Outros - Seminários; Práticas integradas; Estágio; Visitas a instituições.

O Quadro 6 apresenta a distribuição da carga horária de oito cursos estudados, de acordo com os grupos temáticos acima listados. Um dos cursos de mestrado não foi incluído por encontrarmos inconsistência na informação a respeito da carga horária.

Quadro 6 - Carga horária relativa dos Cursos pesquisados no Brasil por grupos temáticos

Curso	Nível	CH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Total
Curso A	técnico	1236 h	22	5,4	5,4	43	11	0	0	0	0	0	5	0	8	0	100
Curso B	graduação	2400 h	9,4	6	10	25	14	0	6	7	4	3	0	0	0	16	100
Curso C	graduação	2760 h	12	15	12	13	0	2	0	2	0	3	16	8	0	18	100
Curso D	PG lato sensu	480 h	19	6,3	13	31	13	6,2	0	0	0	13	0	0	0	0	100
Curso E	PG lato sensu	420 h	43	7	0	7	0	0	7	0	0	0	0	0	36	0	100
Curso F	PG lato sensu	366 h	23	0	10	38	18	4,4	6,6	0	0	0	0	0	0	0	100
Curso G	PG lato sensu	420 h	24	24	19	14	14	5	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Curso H	PG stricto sensu	600 h	11	0	61	5,5	5,5	0	0	0	0	0	0	0	0	17	100

Fonte: elaboração própria

Todos os cursos apresentaram componentes curriculares relativos à Política, Planejamento e Gestão e à Administração. O componente curricular voltado à metodologia de pesquisa não foi identificado em apenas um dos curso de especialização.

No curso técnico a maior concentração de carga horária foi nos componentes curriculares de administração (43%), Política, Planejamento e Gestão (22%) e Gestão da Qualidade (10,8%). Além desse curso, os componentes curriculares de Administração tiveram maior percentual de carga horária nos cursos B, D e F. No curso B, os componentes curriculares de Administração concentram 25% da carga horária, seguida 16% de Práticas e 13,6 % de Gestão da Qualidade. Nos cursos D e F os componentes voltados à Administração

representam 31% e 38% da carga horária, seguido dos componentes de Política, Planejamento e Gestão, com 19% e 23% e Gestão da Qualidade com 12,5% e 18%, respectivamente. O curso E apresenta 79% de sua carga horária distribuída nos componentes de Política, Planejamento e Gestão e de Direito e Estado. Atribuímos a ênfase nesses dois grupos temáticos ao fato de ser um curso voltado à gestão pública. O curso G foi o que deu maior ênfase para o grupo temático Processo Saúde-Doença, Epidemiologia e Vigilâncias, com carga horária idêntica àquela destinada à Política, Planejamento e Gestão (24%). Os demais componentes com maior carga horária nesse curso foram: Metodologia de pesquisa (19%) e Administração e Gestão da Qualidade, ambos com 14%.

Em um dos cursos de mestrado profissional, predominou o grupo de Metodologia de pesquisa (61%), seguido de Visitas a instituições (17%) e Política, Planejamento e Gestão, com 11%.

Os cursos que abarcam componentes curriculares do maior número de grupos temáticos foram os de graduação, especialmente o curso C. Esse apresenta uma ênfase em estágio, Economia da saúde e Processo Saúde-Doença, Epidemiologia e Vigilâncias. Esse curso apresentou, igualmente 2% de sua carga horária voltada à gestão clínica, de forma distinta ao outro curso de graduação pesquisado, em que não identificamos esse componente. O grupo temático Gestão clínica foi identificado em quatro cursos. Esse grupo está entre aqueles que menos estiveram presentes nos cursos. Outros grupos temáticos menos frequentes foram: Informação e Trabalho em Saúde (três cursos); Saúde, sociedade e ética, Direito e Estado, e, Economia da Saúde (dois cursos); Comunicação e Demografia (um curso).

Ao partirmos da perspectiva colocada pelos entrevistados, em que a administração e a saúde são colocadas como principais áreas na formação em gestão em saúde, buscamos identificar como essa questão se expressaria a partir dos componentes curriculares dos cursos. O somatório dos grupos temáticos da Administração com o de Gestão da Qualidade (grupos 4 e 5) e os grupos temáticos de Processo Saúde-Doença, Epidemiologia e Vigilâncias e Gestão da Clínica (grupos 2 e 6) encontram-se no Quadro 7.

Quadro 7 - Somatório de grupos temáticos por curso pesquisado no Brasil

<b>Cursos</b>	<b>Somatório dos grupos Administração e Gestão da Qualidade</b>	<b>Somatório dos grupos Processo Saúde-Doença, Epidemiologia e Vigilâncias e Gestão da Clínica</b>
Curso A	53,8	5,4
Curso B	38,6	6
Curso C	12,5	17
Curso D	43,5	12,5
Curso E	7	7
Curso F	56	4,4
Curso G	28	29
Curso H	11	0

Fonte: elaboração própria.

Esse resultado pode estar indicando que o peso da distribuição da carga horária pelos grupos de temas apresenta um predomínio, na maior parte dos cursos, dos componentes curriculares mais afeitos à administração, quando comparados àqueles mais afeitos à saúde.

Um entrevistado, coordenador de um curso de especialização, enfatizou a importância da associação dos conteúdos da administração aos conteúdos da saúde. Ressaltou que questões relacionadas à gestão de materiais, gestão de processos, biossegurança, segurança do paciente, gestão de conflitos, entre outras, não são abordados nos cursos de Saúde Coletiva e que são importantes para a formação do gestor em saúde. Na sua visão essa formação,

tem que permitir que ele entenda o Sistema de Saúde, e a Unidade dele fazendo parte do sistema. Mas ao mesmo tempo ele precisa de ferramentas para a sua própria Unidade. Mas sempre vendo ela dentro do Sistema de Saúde. (EC2)

Esse ponto de vista foi comum a de outro coordenador. Ao se reportar as mudanças produzidas na transformação do curso de nível de aperfeiçoamento para o de especialização, comentou que se objetivou o maior aprofundamento de conteúdos como o de planejamento, epidemiologia e de recursos humanos e a introdução de novos conteúdos. A sua fala explicitaria o reconhecimento da importância dos conteúdos da administração na formação de gestores:

A gente incluiu coisas que não tinha no outro curso. Por exemplo, essa coisa da logística, que a gente não dava muito valor, porque achava que bastava a política para mudar tudo, né? A gente viu que não era bem assim, que você tem que gerenciar recursos físicos, financeiros, humanos. (EC4)

O reconhecimento da importância da associação entre os diferentes componentes, entretanto, não revela até que ponto deveria predominar um deles ou serem equivalentes. Os resultados encontrados poderiam indicar uma tendência de formação predominantemente administrativa, em que componentes dos grupos Saúde, sociedade e ética e Comunicação ou são residuais ou inexistentes.

#### 4.1.3.4 Perspectiva de futuro

No que diz respeito à perspectiva de futuro da formação de gestores, um dos temas observados foi relativo à oferta de cursos. Um coordenador de curso de graduação, na sua fala, prevê a ampliação da presença de profissionais com essa qualificação. “Então, eu vejo isso se ampliando bastante. Vai chegar em um momento que vamos dizer assim: ô, não está ... já deu. Todo mundo já está gestor. Todo o mundo já está formado... não sei” (EC5). Interessante notar que essa perspectiva de ampliação também esteve na fala de outro coordenador de curso de graduação, que no entanto deu ênfase a que os profissionais formados como gestores atualmente já começariam também a se inserir como docentes nos cursos. Esse fato é destacado como muito importante e como uma reversão do quadro atual em que, muitas vezes, os professores não possuíam experiência no serviço ou nunca tiveram formação específica na área. Ao reportar à sua própria formação, a exemplo da de outras profissões, chamou a atenção que alguns conteúdos se diferenciariam da formação dada no curso de gestão em saúde.

Nossa formação profissional ainda foi sem as tecnologias da informação, a gente era muito ética, mas muito dentro do código de ética, de deontologia. A gente não tinha discussões ampliadas, [...] a gente não tinha essa dimensão da importância de compreender a política, de entender que algumas questões tem que ser baseadas nas necessidades da população. (EC1)

Outra questão abordada pelo mesmo entrevistado se refere ao perfil do gestor. Para ele o mesmo não estaria dado e viria sendo construído ao longo dos anos de experiência com o curso, mas que a sua definição demandaria um espaço de trocas e debates com outras instituições e instâncias de todo o país.

Um outro desafio enfrentado, segundo esse entrevistado diz respeito ao perfil dos

alunos que ingressam na graduação. Esses, assim como os alunos do curso de habilitação técnica, em grande medida se diferenciariam do perfil dos alunos dos cursos dos demais níveis de formação. Na maioria das vezes são alunos jovens e, uma grande parte, não conhece o SUS. Alguns, ainda, no entender do entrevistado, gostariam de cursar outras profissões como medicina, nutrição, etc, mas, por terem pontos suficientes no ENEM para ingressar na graduação de gestão em saúde, acabam se matriculando no curso. Esse fato, para ele, tem levado a uma evasão no momento inicial. Estratégias como a “Mostra de Profissões”, da qual participam ex-alunos e professores, bem como a apresentação do curso no momento inicial por meio de uma disciplina, tem sido realizadas, mas, em sua opinião, não tem alcançado completamente o objetivo de evitar a evasão.

Foi mencionado, ainda, que os alunos que permanecem apresentariam expectativas de entrar no mundo do trabalho, o que tem levado a uma série de questionamentos e mobilizações para a criação de espaços e oportunidades de inserção. Em um dos cursos de graduação, o entrevistado relatou a reivindicação que os alunos fazem de que a universidade assumisse o papel de inserí-los no SUS, pela direcionalidade dada pelo curso.

Já que a gente está formando para o SUS, para o público, vamos colocar assim, né? que a gente também vá atrás de vagas de concurso para eles. É a gente que tem que ir. É como se fosse a Escola que tivesse que batalhar para que abra um concurso para eles. (EC5)

Para outro entrevistado, a inserção dos alunos no estágio funcionaria como forma indutora de contratação, pelo reconhecimento do alto desempenho dos alunos e a escassez de profissionais com essa qualificação.

Quando ele pega o aluno que eu coloquei lá na padronização de insumos, o hospital X, por exemplo, hoje comprou 80 milhões de reais de insumos humanos! ... Ou seja, não pode ser qualquer um para gerenciar. E aí eu ponho um aluno lá, e o aluno faz um trabalho brilhante e aí o gestor chama assim: “eu estou com uma vaga aqui, vou contratar o seu aluno, mas ele pode continuar fazendo estágio”. (EC1)

O mesmo entrevistado comentou a modificação que teria sido feita no edital do último concurso público realizado na Prefeitura e na EBSEH, por reivindicação dos alunos, para contemplar o cargo de gestão de serviços de saúde. Isso indicaria uma mudança na forma de gerenciamento, com uma lógica distinta daquela marcada pela pessoalidade e uma conquista na direção da profissionalização da gestão.

Acho que é uma reversão... acho que ainda muito incipiente, mas da lógica do hospital eu consigo falar com mais tranquilidade, porque eu fiquei muito

tempo dentro do hospital. E a gente esbarrava muito em atitudes que não eram atitudes de gestores; eram atitudes de coração, de afinidade que eu tinha com determinada unidade, para eu drenar recursos para lá e colocar outros recurso para cá. Hoje eu tenho visto mais racionalidade, mais uma discussão mais em cima de números... E o fato dos alunos estarem saindo empregados nos dá um *feedback* muito positivo num momento econômico no Brasil em que está todo mundo perdendo emprego e nós estamos conseguindo colocar. Desse meu grupo de 11 agora que estão no HC, dois já estão como funcionários, então para mim isso é muito positivo. (EC1)

A perspectiva de ampliação de cursos voltados à gestão em saúde foi compartilhada por outros coordenadores. Dois deles, coordenadores de curso de especialização deram ênfase a essa possibilidade igualmente vinculada à profissionalização. Para eles,

[...] De profissionalização cada vez maior. As perspectivas são: é um campo que precisa de conhecimento, não é um campo onde o amador consegue ser resolutivo. E eu acho que a tendência da formação nessa área é ela ser aprimorada. Eu acho que os cursos que formam gerentes, gestores tem que continuar. (EC2)

A gente está tornando o processo [...] profissionalizando o gestor da área de saúde. A gente, é algo que nós já estamos passando, irreversível, é a própria evolução. Hoje, a quantidade de recursos que é depositado na área de saúde, na constituição de um hospital, uma clínica. Não dá mais pra cometer erro, não dá mais pra você se dar ao luxo de tentar, fazer tentativas. Então a tendência, acredito eu, é que esses cursos vão crescer, e vão aumentar e vão se tornar cada vez, responder cada vez mais rápido ao mercado. (EC7)

Do ponto de vista do coordenador da habilitação técnica essa ampliação passa pelo compromisso do governo em apoiar essa formação com investimento, com incentivo. A ampliação da formação também foi vinculada ao fortalecimento do SUS e como uma forma de aprimoramento da gestão do sistema de saúde.

## 4.2 A FORMAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE NA ESPANHA

A Espanha é um país situado no sudoeste da Europa, na Península Ibérica. Em 2016, a população total era de 46.445.828 habitantes, distribuída em uma área de 505.944 km<sup>2</sup>. Fazem parte do território espanhol as Ilhas Baleares e as Ilhas Canárias, assim como Ceuta e Melilla, dois enclaves situados no norte da África. A capital do país é Madri. Como sistema político adota a monarquia constitucional parlamentar. Desde o ano de 1986 a Espanha integra a União Europeia (site UE).

É membro da Organização das Nações Unidas (ONU), da Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN), da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e da Organização Mundial do Comércio (OMC). Desde janeiro de 1999, adota como moeda oficial o euro. A estrutura econômica é formada principalmente pelas atividades de comércio, reparos, transporte, alojamento, serviços de alimentação (23,2%) e Administração pública, defesa, educação, saúde, assistência social (18,8%), seguida pela atividade industrial, incluindo energia (18%), em 2015 (OECD, 2012).

A Espanha possui uma divisão político-administrativa composta por dezessete Comunidades Autônomas (CCAA). A distribuição territorial é bastante distinta entre as mesmas. A distribuição populacional, igualmente, apresenta grandes variações. As CCAAs com maior concentração populacional são Andaluzia, Catalunha e Madri e as com menor concentração são La Rioja e Cantabria.

A proteção à saúde na Espanha é um direito de todos os cidadãos, estabelecido pela Constituição de 1978 e desenvolvido pela *Ley General de Sanidad* (LGS), de 1986, que criou o *Sistema Nacional de Salud* (SNS). Desde janeiro de 2002, ano em que se completou o processo de descentralização de competências e financiamento às CCAAs de diferentes serviços públicos como a saúde, a educação e os serviços sociais, o SNS passou a ser gerido por administrações territoriais correspondentes às CCAA.

O SNS possui uma rede de atenção composta por 3.039 centros de saúde, 10.055 consultórios de atenção primária e 451 hospitais. Destes, 324 são públicos e oferecem 79,4% dos leitos em funcionamento. A taxa de leitos é de 3,0 por 1.000 habitantes (2,4 correspondentes ao SNS). Importante destacar que na rede de hospitais públicos progressivamente se tem incorporado vagas de hospital-dia, em decorrência do aumento da atenção ambulatorial e de atendimentos sem necessidade de internação, perfazendo um total de 16.820 vagas.

Essa rede ainda é composta por diferentes Centros e Serviços, entre eles, Serviços Diagnósticos, Farmácias, Unidades de Referência, Rede de Transplante, Centros de Transfusão Sanguínea, Urgências, entre outros.

O usuário do SNS é identificado por meio da Carteira de Saúde Individual, válida em todo o sistema de saúde, que permite o acesso aos seus dados clínicos e administrativos. Por meio do sistema de interoperabilidade da História Clínica Digital (com implantação em 77,6% do total dos que possuem a carteira) e do projeto de interoperabilidade da receita eletrônica, busca-se viabilizar o acesso aos dados clínicos e a dispensação de medicamentos nas situações de atendimento fora da CCAA de origem (MSSSI, 2016).

#### **4.2.1 O Sistema de saúde espanhol: características e apontamentos sobre o direito à saúde**

O SNS é financiado por meio de impostos. Esse fato, somado ao alcance na prática da cobertura assistencial para quase a totalidade da população desde 1990, possibilita a afirmação do seu caráter universalista. A análise mais pormenorizada da cobertura, assim como de fatores como acesso e utilização dos serviços mostra, entretanto, que ainda permanecem desafios a serem enfrentados no sistema de saúde espanhol em direção a um sistema unificado, equânime e pautado em direitos de cidadania.

Esses desafios guardam relação com as desigualdades sociais relativas à prestação de serviços de saúde, tema tratado por Rico & Freire (2015). Segundo os autores, o sistema público de saúde espanhol inicialmente era composto por diferentes subsistemas. O principal deles, por cobrir mais de 95% da população, era a denominada "Assistência de Saúde do Regime Geral de Previdência Social". Desse sistema participavam titulares e beneficiários do Regime Geral da Previdência Social acrescido de pessoas sem recursos. Existiam, ainda, outros subsistemas: Saúde Penitenciária, Seguro obrigatório de riscos sanitários e Regime especial de Seguridade Social de funcionários da Administração Central. Este último com aproximadamente 2,4 milhões de usuários.

No que se refere às desigualdades de acesso e cobertura, os autores ressaltam que a permanência de sistemas especiais de Previdência Social para funcionários da Administração Central do Estado, se constitui como privilégio, além de dupla cobertura. Fazem parte desse Regime especial da Previdência Social os funcionários civis, do judiciário e militares, cobertos por três sistemas previdenciários (*Mutualidad*) respectivamente: MUFACE,

MUGEJU e ISFAS. Para esses funcionários é permitida a escolha de prestadores privados, nos quais tem sido evidenciado menor tempo de espera em relação aos serviços públicos.

Assim, ainda que o sistema público de saúde tivesse estendido a cobertura à população em sua quase totalidade, persistiam condições de exceção, como a que deixava de fora desempregados que não mais estavam incluídos no auxílio desemprego.

Para os autores, a existência de desigualdades sociais relativas à cobertura, acesso e utilização são especialmente graves em países que se baseiam em valores de solidariedade e equidade. Nesses países, a cobertura do sistema público de saúde se faz tendo como fonte de financiamento os impostos, e os serviços devem ser estendidos para toda a população, como um direito de cidadania ou residência como em alguns países (Canadá, Países Nórdicos, Reino Unido, Nova Zelândia, Itália etc). Em outros países, em que a fonte de financiamento são as cotas da Previdência Social, a cobertura se restringe a afiliados e beneficiários.

A inserção da Espanha em um desses dois grupos de países não é simples pelas peculiaridades que o SNS apresentou ao longo de sua trajetória constitutiva. Se por um lado os recursos de sua manutenção são provenientes dos impostos, por outro, a sua cobertura não é universal e, a partir do Real Decreto Lei 16 de 2012 (RDL 16/2012), se aproximou mais da cobertura de Sistemas próprios da Previdência Social. Nas palavras dos autores<sup>19</sup>,

[...] nesse cenário, a Espanha é uma ‘anomalia’ difícil de explicar e de entender: temos um Sistema Nacional de Saúde que procede legalmente da Assistência de Saúde da Previdência Social, com seus ‘titulares’ e ‘beneficiários’ desta (como reforça o RDL 16/2012), mas desde 1990 e totalmente desde 1997 se financia majoritariamente por impostos, sem por isso ser de cobertura universal e igual para todos (pag.199).

Nessa mesma direção Repullo (2012) aponta que a concepção de saúde como direito de cidadania, incorporada no marco legal espanhol desde o RDL 14/1986, LGS, e reforçada pelo RDL 16/2003, *Ley de Cohesión y Calidad del SNS*, e pelo RDL 33/2011, *Ley General de Salud Pública*, sofreu um retrocesso. A partir da RDL 16/2012, a saúde volta a ser concebida como direito de afiliados e beneficiários, definidos pela contribuição à Previdência Social, a relação com o mercado de trabalho, a renda pessoal e o direito de residência.

O RDL 16/2012 é, dessa forma, considerado como um marco, que interrompe a trajetória de extensão de cobertura e a lógica de universalismo do SNS. Conforme Rico & Freire (2015), o RDL 16/2012 é implementado no contexto em que se inicia o governo do Partido Popular (PP), após as eleições de novembro de 2011, e foi desenvolvido pelo RDL

---

<sup>19</sup> Fizemos a tradução livre dessa e de outras referências que aparecerão no decorrer deste trabalho.

1192/2012. Por meio dele, além de se manter as *Mutualidades* de funcionários, alguns grupos foram excluídos da cobertura como os 800.000 estrangeiros ilegais, os residentes legais com rendimentos superiores a 100.000 euros por ano, sem cobertura da Seguridade Social, e as pessoas sem recursos. Obrigou, ainda aos maiores de 26 anos, que não possuem Previdência Social, antes ‘beneficiários’ de seus pais ‘titulares’, que adquiram direitos que se outorgam aos ‘assegurados’, mediante comprovação de rendimentos inferiores a 100.000 euros por ano. Os autores resumem esse marco normativo da seguinte forma:

[...] o RDL 16/2012 foi um grande retrocesso, e na direção oposta para tornar a cobertura um direito, que a Espanha terá que reverter. Uma reversão que deveria servir para dar o passo definitivo a um sistema de cobertura universal, igual para todos, sem exceções nem privilégios, como direito relacionado à condição de cidadania e residência (pg. 203).

Por compreendermos que a configuração atual do SNS guarda relação direta com os seus antecedentes, é que procuramos refletir sobre a formação de gestores em sua trajetória histórica.

#### 4.2.2 A história da formação em gestão em saúde na Espanha

A formação de gestores no contexto espanhol se insere em um processo de conformação do SNS e em um conjunto de transformações, que vão da organização da atenção à saúde, por meio da Previdência Social à LGS, RDL 14/1986, e seus desdobramentos, até os dias atuais.

Para Repullo (2012), o SNS não surge de forma criacionista, mas como fruto de um processo histórico, em boa medida, incrementalista<sup>20</sup>. Nas palavras de um entrevistado, “o Sistema Espanhol não tem um arquiteto fundador. Não tem uma data de fundação” (EH1). As bases institucionais dessa trajetória foram inicialmente o *Instituto Nacional de Previsión* (INP) em seguida o *Instituto Nacional de la Salud* (INSALUD), componente sanitário da Previdência Social, criado em 1978.

Fundado no início do Século XX, no ano de 1908, o INP foi extinto por meio do RDL 36/78. Esse Instituto foi considerado por Martínez (1998) como responsável pela modernização da estrutura de saúde espanhola, tanto no que se refere à infraestrutura quanto à formação de

<sup>20</sup> Viana & Dal Poz (2005), com base no trabalho de France (1997), indicam que a reforma dos sistemas de saúde pode assumir dois tipos. A reforma incremental é aquela em que pequenos ajustamentos ocorrem sucessivamente. Essa se diferencia da reforma do tipo *big bang*, que modifica de forma expressiva e significativa o funcionamento do sistema de saúde e que se dá em curto espaço de tempo e de maneira pontual.

profissionais de saúde (especialistas, Escolas de Enfermagem etc). Segundo o autor, as funções do INP foram incorporadas pelo Ministério da Saúde e Previdência Social, criado em 1977, mais especificamente pela instância gestora desse Ministério, o INSALUD. Esta instância passou a responder pela administração e gestão dos serviços de saúde até 2002, ano em que se completou a descentralização para as CCAA. As demais instâncias gestoras da Previdência Social eram o *Instituto Nacional de la Seguridad Social* (INSS), o *Instituto Nacional de los Servicios Sociales* (INSERSO) e a Tesouraria Geral.

Sobre esse momento histórico, Repullo (2012) ressalta que, do ponto de vista político, o fato do INSALUD se vincular ao recém-criado Ministério da Saúde e Seguridade Social não foi isento de tensões. Estas se referiam às diferenças entre uma instituição da Seguridade Social e uma direção ministerial com missão, normas e tradição organizativas voltadas à saúde pública, assistência à saúde rural, entre outras ações da '*Sanidad Nacional*'.

Aprendemos que a configuração do Sistema de Saúde na Espanha teve um conjunto de determinações de ordem política, social, econômica e cultural, em que se pode destacar duas racionalidades distintas: a administrativa-burocrática e a gerencialista, cuja influência é caudatária na primeira da França e, na segunda do Reino Unido. Estas serão as bases de nossa abordagem dos antecedentes da formação em gestão em saúde. Com o mesmo buscamos compreender as características institucionais formais adotadas no modelo espanhol.

#### 4.2.2.1 A Previdência Social na Espanha e a constituição de um 'corpo' de funcionários: os inspetores sanitários

O sistema de saúde espanhol tem origem no modelo bismarckiano de seguro social, que previa cobertura aos trabalhadores assalariados por meio de contribuições sociais (REY DEL CASTILLO, 2010).

A Previdência Social Espanhola se institui no início do Século XX, em que o primeiro seguro obrigatório foi implantado em 1919 para trabalhadores industriais, com baixos níveis salariais, seguido pelo Seguro Obrigatório de Maternidade, que passou a vigorar a partir de 1931. Posteriormente, por meio da Lei de 1942, se implanta o Serviço Obrigatório de Enfermidade (SOE). Segundo Carrasco (1998), o SOE se destinava à trabalhadores cujos rendimentos não ultrapassassem determinado valor, assim como aos seus familiares dependentes. O seguro cobria enfermidades comuns e maternidade, para a qual previa assistência médico-farmacêutica, com limitações. Para cobrir perdas de retribuição por situações de enfermidade e maternidade, o seguro concedia, igualmente, uma indenização

econômica. O INP era a entidade seguradora única, que podia, entretanto, delegar funções a entidades colaboradoras. Os recursos financeiros eram provenientes do Estado, das cotizações dos trabalhadores e das empresas e das subvenções, donativos e rendas dos bens próprios.

Sobre esse período, um entrevistado comenta que, a exemplo de outros países, o sistema espanhol previa uma distinção entre os serviços que eram ofertados para os ricos e os serviços destinados para os pobres. Para estes, existia um subsistema de beneficência pública<sup>21</sup>.

Conforme Laita (1991), ao resgatar a história dos centros hospitalares da Previdência Social, um dos principais marcos legais foi a *Ley de la Seguridad Social*, promulgada em 21 de abril 1966, que se constituiu como referência para a estruturação dos centros assistenciais da Previdência Social. A partir deste ano o então SOE passa a ser denominado de *Seguridad Social* (SS). O autor destaca, ainda, a regulamentação do Ministério do Trabalho, de 7 de julho de 1960, na qual aparecem as Juntas Administrativas e Facultativas das Instituições Sanitárias do Seguro Social.

Outras normas que se seguiram foram o Estatuto Jurídico do Pessoal Médico a serviço da Previdência Social, decreto publicado em dezembro de 1966 e a Ordem do Ministério do Trabalho, de julho de 1972<sup>22</sup>. Apesar de outros Regulamentos referentes ao funcionamento dos ambulatórios do SOE e dos hospitais terem antecedido o Regulamento de 1972, sua importância foi ter refundado e atualizado tais normas, estabelecendo as bases da denominada “instituição de saúde”, estas voltadas à assistência da população protegida pela Previdência Social, além de cumprir obrigações assistenciais inerentes a toda instituição de saúde (LAITA, 1991).

Em relação à constituição de uma rede de serviços de saúde própria, um entrevistado comentou que a partir da Previdência Social desenvolveu-se todo um sistema de assistência médica, com os seus próprios provedores, tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar. Nas décadas seguintes a expansão é constante e vai evoluindo ao ritmo do crescimento econômico do país.

Nesse sentido, Repullo (2012: 5) ressalta que

---

<sup>21</sup> Por meio do RD 1088/89 a cobertura de assistência à saúde da Seguridad Social foi estendida às pessoas sem recursos financeiros, ocasião em que foi extinto o sistema e a rede assistencial de beneficência (REPULLO, 2012). Posteriormente, essa regulamentação foi alterada pelo RD 1192/2012, que regulou a condição de assegurado e beneficiário da assistência sanitária, em consonância ao RDL 16/2012 (RICO & FREIRE, 2015).

<sup>22</sup> O.M. do Ministério do Trabalho, de 7/7/72, pela qual se aprova o Regulamento de Regime, Governo e Serviços das Instituições Sanitárias da Previdência Social. B.O.E de 19/7/72.

ao criar uma rede própria de hospitais, ambulatórios e consultórios, a *Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social* (ASSS) se consolidou como a infraestrutura de saúde do país, incorporando a modernidade da medicina e a tecnologia em saúde, então após a Constituição de 1978, a Previdência Social foi se convertendo de fato no sistema público de saúde.

Rey del Castillo (2010) reporta que o fato de possuir uma rede de serviços de saúde própria é uma peculiaridade da Previdência Social espanhola em relação a outros sistemas bismarckianos, se assemelhando, neste aspecto, aos chamados “serviços nacionais de saúde”. Esse autor aponta como causa para a constituição dessa rede a acumulação de capital e, conseqüente, possibilidade de financiamento e expansão de distintos serviços. Condição esta proporcionada pela incorporação de trabalhadores jovens, que contribuía para o sistema, e da menor proporção daqueles que demandavam os serviços ofertados.

Outra característica apontada pelo autor é que a rede própria da Previdência Social se inseria no âmbito do Ministério do Trabalho e se organizava à margem dos serviços de saúde mais tradicionais, como os de Saúde Pública. Estes se vinculavam à Direção Geral de Saúde, do Ministério Interior<sup>23</sup> e se constituía como dispensários e centros hospitalares para o tratamento de doenças infecciosas como a tuberculose, a lepra, as doenças venéreas, entre outras.

A fala de um dos entrevistados ilustra esse ponto. Conforme esclarece, existiam duas estruturas diferenciadas dentro do Estado. Uma voltada para ações de higiene, saúde internacional, controle sanitário e outra, da Previdência Social, que vai gerenciar hospitais, centros de especialidades, centros de saúde. Como singularidade desse processo, indica que essa configuração cresce e vai se constituir na base sob a qual se estrutura o conjunto da rede de saúde pública.

Outro aspecto importante, no que se refere à criação e expansão dos hospitais da Previdência Social, foi apontado por este entrevistado. O INSALUD respondia por uma grande rede de hospitais, com uma expressiva criação de leitos, equipados com sofisticados recursos tecnológicos. Conforme destaca, o contexto era de transformação de sua estrutura com incorporação não apenas tecnológica, mas também de um conjunto de jovens médicos, que buscavam formação médica, sobretudo, nos países anglo-saxões e nórdicos.

Importante destacar da fala de um dos entrevistados uma mudança que se produziu, igualmente, no critério de autoridade nesses novos hospitais. Diferentemente dos hospitais clínicos, universitários, que eram ligados a uma escola de medicina e onde haviam

---

<sup>23</sup> Antigo Ministério da Gobernación, alterado por RD no ano de 1979.

catedráticos que possuíam uma grande experiência e autoridade, nos hospitais da Previdência Social, pelo ingresso de um expressivo número de jovens médicos, a diferença entre os postos de chefia e os demais médicos era muito pequena. Como consequência, não havia mais o critério de experiência ou prestígio ou autoridade.

Uma transformação na realidade dos hospitais da Previdência Social, entretanto, foi apontada por Repullo (2012, pag. 8), ao tratar do sistema de formação de Médicos Internos e Residentes (MIR) e da complementação da formação e experiência dos jovens médicos por meio de cursos no exterior, em que “a rápida capitalização humana e tecnológica do sistema, o levou a superar rapidamente o nível científico e assistencial dos hospitais clínicos, que detinham a legitimidade e poder acadêmico e profissional”.

Nos anos 80, a rede pública reunia os hospitais do INSALUD com os hospitais clínicos e outros hospitais do Estado. Segundo Repullo (2012), nos anos 80 e 90, os hospitais do Ministério da Educação passaram a integrar o INSALUD e toda a rede poderia potencialmente desempenhar um papel como hospital universitário, mediante credenciamento prévio.

Outro aspecto mencionado em entrevista é que, na Previdência Social, o modelo de gestão se caracterizava pela centralização, com regras rígidas, mas bastante funcionais. Elas permitiam o funcionamento do sistema, organizado sob base territorial, em níveis de atenção (denominado de primário, intermediário e hospitalar), em que cada área dentro da Província passava a ter um hospital geral como referência. Freire (1999, pag. 448) destaca que apesar da Previdência Social ter-se constituído como personalidade jurídica e por formas de organização e gestão próprias, distintas da administração geral do Estado, o modelo utilizado se refere a “uma variante de cultura administrativa baseada no procedimento administrativo normativo, típica da administração tradicional”.

Conforme outro entrevistado, a base organizativa da Previdência Social envolvia um conjunto de funcionários que atuavam, inicialmente, no INP, o qual possuía representações em todas as Províncias, e, posteriormente, no INSALUD. Esse entrevistado chama a atenção de que, tal como na França e coerente com uma cultura administrativa, a administração de saúde espanhola se organizou a partir de corpos de funcionários<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> A diferenciação de inserção, características e funções desses corpos foram resumidos a partir de Carrasco (1998).

Corpo de médicos da Saúde Nacional – criado em 1927 pela integração dos Corpos de Saúde Exterior, Saúde Interior e Instituições Sanitárias (excluía médicos pertencentes ao Instituto de Higiene e os dedicados ao tratamento à tuberculose, entre outros), os selecionados para esse Corpo deviam se formar na ENS. Por meio do Regulamento Orgânico do Corpo, de 1934, foram definidas as regras de

Para Rey Del Castillo (2010), na Espanha haviam dois corpos de funcionários, aos quais se vinculavam a maioria dos postos assistenciais e de responsabilidade e governo no âmbito da saúde.

Como explica um dos entrevistados, a exemplo de outros corpos, como os diplomatas, os militares, os advogados, os fiscais de renda, os inspetores sanitários se distinguiam por serem funcionários cujo ingresso se dava por concurso público.

Assim, a estrutura organizacional, marcadamente administrativa-burocrática, se sustentava em um conjunto de regras e normas e em um corpo de funcionários. Conforme enfatizado pelo entrevistado, todos os diretores de hospital, de ambulatório e os administradores eram de um corpo, o corpo de funcionários da Previdência Social<sup>25</sup>, inspetores médicos ou do corpo de gestão, que tinham se submetido a um concurso público que consistia em uma prova escrita e oral com temário relativo à gestão em saúde. Ou seja, esta era a condição para a nomeação a um cargo de direção de hospital.

As pessoas entravam por [...] um exame. [...] Eram 50 vagas para 1500 médicos, então, se supõe que as pessoas estudavam muito para isso. Estudavam. É como estudar uma carreira. O exame consistia. Caía um tema ao acaso. Tinha que escrever sobre um tema. Lia o tema em público e logo havia um exame oral. Logo havia um exame clínico. Tinha que saber algo sobre medicina. (EH5)

---

ingresso, incompatibilidades e os cargos correspondentes a esse corpo: Chefatura Superior de Saúde, Chefaturas Provinciais de Saúde, Direções e Subdireções de Saúde Exterior e Direções de diversas Instituições Sanitárias, entre outros. Pela Lei de Bases de Saúde Nacional, cabia ao mesmo viabilizar o trabalho sanitário do Ministério do Interior (antigo Ministério de Gobernación); Inspecção de Serviços Sanitários da Previdência Social – tem como base a Lei Fundamental do SOE, de 1942. No regulamento para aplicação dessa Lei consta que a criação desse Corpo (composto por médicos, farmacêuticos inspetores e enfermeiras visitadoras) tinha, entre outras funções, a de inspecção sobre atos sanitários de significação econômica, do cumprimento de contratos com instituições públicas e privadas para a prestação de serviços de saúde, da prestação farmacêutica e para evitar possíveis abusos na utilização dos serviços por parte dos beneficiários. Posteriormente, foram atribuídas a esse Corpo funções de direção de serviços centrais e provinciais de hospitais e ambulatórios. Nos Estatutos de Pessoal do INP, de 1971 a 1978, constam como cargos a serem ocupados por esse Corpo: Subdireções Provinciais de Serviços Sanitários e Direções de Centro (ocupadas exclusivamente por inspetores até o ano de 1983).

<sup>25</sup> O Regulamento Geral para o Regime, Governo e Serviços das Instituições Sanitárias da Previdência Social, de 1972, prevê: Artigo 8º, parágrafo 3º: estabelece que a direção das instituições será feita por funcionários pertencentes à Escala de Médicos Inspetores do Corpo Sanitário do INP, especialmente qualificados em matéria hospitalar; Artigo 12º: a inspecção de todas as instituições, em seus aspectos sanitários e assistencial, corresponderá aos funcionários do Corpo Sanitário do INP; Artigo 17º – os órgãos de governo das Instituições sanitárias são os seguintes: Junta de Governo e direção, assessorada pela Comissão de Direção e pelas Juntas Facultativas. Esse Regulamento estabelece, ainda, a composição e competências da Junta de Governo e Comissões de Direção e Administração para as Cidades Sanitárias, as Residências Sanitárias e os Ambulatórios.

Para o mesmo entrevistado, a formação dos inspetores sanitários se dava pelo próprio processo seletivo do concurso e também por um curso curto. Enfatiza, entretanto, que o trabalho era aprendido com a prática, não existindo uma formação obrigatória. Nesse aspecto indica que o mesmo se diferencia do modelo francês, em que todos os gestores sanitários só passam a ocupar os cargos públicos no sistema de saúde após realizarem um curso e serem aprovados pela Escola Nacional de Saúde Pública e obterem o título de gestor.

Em 1978, a partir de proposta do Ministério da Saúde e Previdência Social, se aprova o RD 2082/1978<sup>26</sup>. Sobre essa disposição normativa, Laita (1991, pag. 31) destaca a “aparição da figura do Gerente como órgão de máxima responsabilidade dentro do hospital”. Para ele, esta foi a primeira norma oficial em que se introduziu a necessidade de titulação para ocupação do cargo de gerente. Esta deveria ser apresentada em um processo seletivo realizado entre a Junta de Governo e a instituição. O mesmo procedimento foi previsto para os quadros de Diretor Médico, Chefe de Pessoal e ação social e Administrador. Conforme o autor, quatro anos mais tarde, uma sentença da Sala 4<sup>a</sup> do Supremo Tribunal tornou essa disposição nula, sem que tivesse sido desenvolvido nenhum de seus conteúdos. Esse fato fez com que perdurasse a inexistência de uma regulamentação sobre o tema.

O aspecto relativo à formação do quadro de funcionários mencionado acima guarda relação com a oferta formativa e com os antecedentes da criação de escolas voltadas para a área de gestão em saúde. Encontramos na literatura que os primeiros cursos de administração e direção de hospitais foram desenvolvidos nos Estados Unidos, nas Escolas de Administração de Empresas, entre elas, as de Massachusetts, Chicago, Saint Louis, nos primeiros anos da década de 30 do século XX. Na Europa, os cursos se inseriram majoritariamente nas Escolas de Saúde Pública, como na França, Bélgica e Alemanha, e iniciaram a partir de 1960. (GENERALITAT DE CATALUNYA, 1983)

No contexto da Espanha, a recuperação histórica realizada por Lamata (1998) indica que a formação de administradores sanitários data do início do século XX, com a titulação de *Oficiales Sanitarios*. Segundo Carrasco (1998), no ano de 1924 foi criada a *Escuela Nacional de Sanidad* (ENS), que se voltava à formação de corpos de funcionários dos órgãos dependentes da Direção Geral de Saúde. Em 1946, ano em que se aprova o Regulamento que a define como Escola de Pós-Graduação, a ENS assume a seguinte formação: *Oficiales*

---

<sup>26</sup> Real Decreto 2082/1978. de 25 de agosto. por el que se aprueban as *Normas provisionales de gobierno y administración de los servicios hospitalarios y la garantía de los usuarios. Artículo Diez: El Gerente será designado por la Entidad de la que dependa el Centro, a propuesta interna de la Junta de Gobierno de la Institución, previo concurso nacional de méritos. con exigencia de la titulación y capacitación correspondiente al respecto.*

*Sanitarios*, especialistas ao Serviço de Saúde Nacional, diplomados em saúde, instrutoras de saúde ou enfermeiras de saúde pública, entre outros.

Posteriormente, em 1964, tiveram início os denominados Cursos de Administração Hospitalar. Laita (1991) apontou que a base da oferta desses cursos estava relacionada às exigências da Lei 37/62 sobre os Hospitais e que estabelecia o desenvolvimento da formação e capacitação de dirigentes, assim como a exigência de formação prévia em casos específicos. Com duração inicial de três meses, os cursos eram oferecidos pela ENS e dele participavam predominantemente alunos que pertenciam ao corpo de inspetores.

Conforme Laita (1991), em 1970 é criada a *Escuela de Dirección y Administración Hospitalaria*, vinculada à ENS. Essa Escola volta a se unificar à ENS com a promulgação do RD 10/88, que determina a estrutura, organização e regime de funcionamento do *Instituto de Salud Carlos III* (ISCIII). No ano de 1977, pouco tempo após a criação do Ministério da Saúde e Previdência Social, passa a se chamar *Escuela de Gerencia Hospitalaria*. Manteve, entretanto, o direcionamento da formação voltado aos gestores que já desempenhavam funções gerenciais no sistema. Um dos participantes da pesquisa esclarece que tal fato teve correspondência com a transformação e tecnificação dos hospitais. Outro entrevistado informa que essa Escola era próxima ao INP, desenvolvendo cursos para diretores médicos, de enfermagem, bem como outros cursos, com papel formativo muito relacionado aos serviços públicos de saúde.

Como oferta formativa desse período Lamata (1998) reporta, igualmente, a formação de residentes médicos na especialidade de Medicina Preventiva e Saúde Pública, com enfoque profissional hospitalar.

Nos anos 80, tem início o processo de transferência político-administrativo do INSALUD para as Comunidades Autônomas. Freire (1999) aponta que as transferências até o ano de 1998 foram: Catalunha (1981), Andaluzia (1984), País Basco (1988), Comunidade Valenciana (1988), Navarra (1990), Galícia (1992) e Canárias (1994). Nesse contexto, instalam-se escolas promovidas pelas mesmas. A partir de Lamata (1998) identificamos que essas escolas foram: Escola Andaluza de Saúde Pública; Instituto Valenciano de Saúde Pública; Centro Universitário de Saúde Pública de Madrid; Instituto Universitário de Saúde Pública de Catalunha. Além dessa formação, esse mesmo autor informa o desenvolvimento, ainda na década de 80, de uma série de programas formativos voltados à gestão em saúde por meio de escolas de negócios (EADA, ESADE, IE, IESE).

Esse aspecto foi ressaltado por um participante da pesquisa, o qual informou que partir dos anos 80 foram implantadas outras escolas de formação em gestão, escolas privadas,

*Business Administration Schools*, podendo estar ligadas a universidades públicas, mas, fundamentalmente, ligadas à universidades ou centros de formação privados. As mencionadas pelo entrevistado como de maior tradição na formação foram o IE e ESADE, com formações orientadas pela lógica empresarial.

Com a unificação em 1988 a ENS, que estava mais voltada para a formação em saúde pública e medicina preventiva, volta a assumir os dois ramos formativos. Entre a oferta de cursos estão o Mestrado em Saúde Pública e o Mestrado em Administração em Saúde. Este último teve início no ano de 1991 e foi se atualizando até o presente momento, com a oferta do Curso de Mestrado Universitário de Administração em Saúde, que está em sua 4<sup>a</sup> edição, e é realizado em conjunto com a Universidade Nacional de Educação a Distância (UNED). O redesenho do Programa, com o estabelecimento do convênio colaborativo entre a ENS e a UNED se insere no contexto de atendimento à Declaração de Bolonha<sup>27</sup>.

Para um entrevistado, ainda que a oferta de cursos tenha se ampliado tanto no setor público de ensino quanto no privado, a formação prévia não foi incorporada como uma condição para o ingresso nos cargos de direção no sistema de saúde espanhol. Ao contrário, esse ingresso deixou de ter como condição o concurso público. Nessa mudança os postos dirigentes passam a não mais serem ocupados por funcionários, ou seja, “o governo pode nomear quem quiser”. (EH5)

#### 4.2.2.2 Gerencialismo e a discricionariedade na nomeação dos gestores da saúde

Para Repullo (2012), o crescimento rápido dos sistemas públicos de saúde na Europa desacelera após o ano de 1973, como consequência da crise econômica internacional e das restrições financeiras impostas aos mesmos. Ainda que os países tivessem sistemas de saúde diferentes, o autor reporta que a forma com que responderam à crise seguiu padrões de mudança e reforma. Um desses padrões, desencadeado a partir dos anos 1980, foi o gerencialismo por meio do qual se buscou introduzir a lógica empresarial como forma de alcance de maior eficiência.

---

<sup>27</sup> A Declaração de Bolonha, publicada em junho de 1999, estabeleceu diferentes metas em consonância aos três objetivos traçados. Esses deveriam ser alcançados até o ano de 2010, prazo previsto para a consolidação do Espaço Europeu de Educação Superior, e visavam o aumento da competitividade e da atratividade em nível internacional da educação superior européia; a melhoria da inserção dos egressos no mercado de trabalho e o desenvolvimento da mobilidade interna e externa de estudantes e graduados (HORTALE, 2006).

Para o autor, em suas origens, o modelo gerencialista tomou como base os hospitais que buscavam se inserir em um contexto comercial, a exemplo de empresas, particularmente dos Estados Unidos. Após o ano de 1983 esse modelo é incorporado por Margareth Thatcher no Sistema Nacional de Saúde britânico, *National Health System* (NHS), a partir da recomendação do Relatório Griffiths<sup>28</sup>, que influenciou diferentes países, entre eles, a Espanha.

No contexto espanhol de transição para o governo democrático, com o término do regime político ditatorial, que impedia a influência de referências internacionais, essas se tornaram presentes na agenda macro-política espanhola. De acordo com Repullo (2014), as referências internacionais tiveram um papel importante também na saúde e no desenho da reforma sanitária espanhola, orientada a partir das discussões produzidas desde 1976 a 1986, ano em que foi publicada a LGS.

Para Freire (1999), uma dessas referências, que advêm do mundo anglo-saxão e que teve como base o Relatório Griffiths, foi a introdução do *General Manager* na condução dos centros e hospitais. Conforme apontou um entrevistado, os reflexos dessa influência na Espanha foi a substituição no sistema de saúde do "diretor funcionário", que estava à frente da Junta de Governo, por uma nova organização que prescindia da Junta de Governo e em que o "diretor gerente" passava a ser nomeado discricionariamente.

O mesmo entrevistado esclarece que “discricionarietà é quando eu posso nomear a quem quero, dentro de umas condições, mas sujeitando a algumas regras” (EH5)<sup>29</sup>. Tal perspectiva não é o mesmo que arbitrariedade, conforme distingue, pois arbitrariedade “é quando alguém toma uma decisão sem justificativa. Nem é justificável ou se espera justificar” (EH5).

Diferentemente do modelo francês<sup>30</sup> de administração pública, que vinha sendo adotado tanto na Espanha como em outros países da América Latina, os cargos passam a ser

---

<sup>28</sup> Freire (1999) esclarece que, com o Relatório Griffiths (1983), os métodos de gestão do setor privado foram introduzidos no NHS, a partir do qual gerentes substituíram as equipes de gestão anteriores. O Relatório leva o nome do seu autor, Roy Griffiths, diretor de uma cadeia de supermercados de Sainsbury.

<sup>29</sup> A concepção de discricionarietà sofreu transformações no decorrer do tempo. Em seu sentido amplo, discricionarietà é entendida como espaço livre de atuação da Administração Pública, independentemente da existência prévia de uma lei e sem o controle de um tribunal. A discricionarietà pode ser entendida, igualmente, como possibilidade da Administração Pública tomar decisões a partir de linhas orientadoras definidas, em seu núcleo, por uma lei. A evolução histórica desse conceito na Administração Pública pode ser encontrada em Bullinger (1987).

<sup>30</sup> Conforme um entrevistado, no modelo francês os critérios são definidos previamente, com atribuição de valores para cada um deles. “no modelo francês, o que se trata de evitar é a discricionarietà. Aqui se diz: para ser diretor de hospital, tantos pontos por cada ano trabalhado,

preenchidos discricionariamente, conforme a tradição anglo-saxã, mas sem os seus controles organizativos dados por um Conselho de Administração (*Board*) e também sem os controles sociais dados por uma cultura em que regras não formais impedem a arbitrariedade, como explica. Esse entrevistado ressalta, nesse sentido, que na Espanha não se passou de um sistema administrativo a um sistema gerencialista anglo-saxão, mas sim que desse sistema se tomou a discricionariedade para nomear o gerente, mas se suprimiu o Conselho de Administração (*Board*), pois não havia o contexto cultural britânico que impedisse que a escolha se desse de forma arbitrária.

A mudança ocorrida na Espanha pode ser evidenciada pela revisão da legislação realizada por Laita (1991). Segundo esse autor, os centros da Previdência Social, que vinham funcionando desde a regulamentação de 1953 e 1958, foram incorporados no Regulamento de 1972, cujo artigo 8º indica que as direções das instituições de saúde será realizada por funcionários pertencentes ao quadro de médicos inspetores do INP. Essa normativa foi ratificada em janeiro de 1982 por um dispositivo do Ministério do Trabalho e Previdência Social, voltado à regulação de cargos da administração da Previdência Social, que reafirmou que os cargos de direção deveriam ser ocupados por funcionários.

De acordo com Laita (1991), com as eleições gerais na Espanha, em outubro de 1982, com uma nova coalizão partidária e com o Partido Socialista Operário Espanhol (PSOE) na condução do governo, são realizadas reformas em diferentes áreas, entre elas, a hospitalar. Como referido pelos entrevistados, a nomeação dos gestores da saúde tomou o contorno de escolha por influência política, deixando de recair sobre os funcionários da Previdência Social. Assim, os clínicos, neurologistas, cardiologistas, dentre outros, passam a ser diretores, buscando, em alguns casos, a formação em gestão em saúde durante o exercício das suas funções. Processo que se estende até os dias atuais.

[...] criou desde princípio da entrada da gestão em 82, que o que havia que fazer era gerenciar a saúde, [...] conduzir formas de gestão distintas às do direito administrativo, que era o que regia o Sistema de Previdência Social. [...] haviam também médicos que não eram médicos profissionais da gestão, senão profissionais de qualquer especialidade médica que foram mais ou menos afins politicamente ao partido socialista. (EH8)

A base legal para tal fato se deu, segundo Laita (1991), no ano de 1983, com a publicação da Ordem de Presidência de Governo, que determinava as competências dos Ministérios da Saúde e Consumo e Previdência Social sobre o pessoal que presta serviços no

---

tantos pontos pelo doutorado, etc. Ao final somamos e o senhor é diretor. E ninguém pode dizer outra coisa”. (EH1)

INSALUD, em que a ocupação de cargos de direção passa a não ser mais exclusividade dos funcionários da Previdência Social. Essa normativa permite a ocupação de cargos de Subdiretores Provinciais Sanitários e de Diretores de Centro por pessoal lotado na assistência.

Este autor, ao comentar as regulamentações de 1985 que passaram a normatizar o funcionamento dos hospitais na perspectiva de racionalização do seu funcionamento sob a epígrafe 'Novo Modelo de Gestão Hospitalar', iniciadas em 1984, chama a atenção para o fato de que em nenhum momento ela faz menção específica à exigência de capacitação e formação ou a qualquer tipo de obrigatoriedade de títulos expedidos pela Escola de Gerência Hospitalar ou pela ENS para o exercício de postos de direção, conforme previsto na então vigente Lei de Hospitais de 1962, artigo 10. Sustenta que “pela primeira vez se estabelece que as vagas de diretor de hospital se preencham pelo procedimento de livre designação através de convocação pública no Boletim Oficial do Estado” (pag.34).

Posteriormente, como indica Laita (1991), tais regulamentações foram anuladas pela 4ª Turma do Supremo Tribunal Federal, por defeitos na elaboração das normas e por não ter levado em conta a vigência da Lei de Hospitais. A aplicação das mesmas, entretanto, estava em curso nos diferentes hospitais, com distintos graus de aplicação, o que gerou uma situação de perplexidade e desorientação entre os gestores. Tudo isso levou a que um novo Regulamento fosse emitido em abril de 1987 - o Real Decreto 521, de 15 de abril de 1987, do Ministério da Saúde e Consumo, que aprovou o "Regulamento sobre Estrutura, Organização e Funcionamento dos Hospitais" gerenciados pelo INSALUD, que substituiu em parte a norma de julho de 1972.

Publicado um ano após a Lei 14/1986, Lei Geral de Saúde, o RD 521 visava efetivar os seus princípios em uma perspectiva de “integração, eficácia, economia, flexibilidade, controle democrático, participação controle e melhora da qualidade assistencial e promoção da formação e investigação em saúde” (RD 521/1987, pag. 11379)<sup>31</sup>.

Como Estrutura e Órgãos de Direção, o RD 521 previa as seguintes divisões: Gerência, Divisão Médica, Divisão de Enfermagem e Divisão de Gestão e Serviços Gerais. Dependiam, orgânica e funcionalmente, todos os outros diretores do diretor gerente, que estava à frente da gerência do hospital.

---

<sup>31</sup> O RD 521/1987 previu a existência de diferentes instâncias participativas. São elas: Comissão de Participação Hospitalar, órgão de participação comunitária no planejamento, controle e avaliação da gestão e da qualidade da assistência; Junta Técnico-Assistencial, Comissão de Bem-Estar Social, Comissão Central de Garantia da Qualidade, estas últimas Órgãos de assessoramento aos Órgão de Direção.

No Quadro 8 encontram-se as áreas de atividade e formas de nomeação de cada um deles.

Quadro 8 - Órgãos de direção dos hospitais espanhóis, formas de nomeação e áreas de atividade previstos no RD 521/1987

Órgãos de Direção	Formas de nomeação	Áreas de Atividade
Gerência	<p>Art. 8º</p> <p>1. o Diretor Gerente será designado mediante o sistema de concurso-oposição com convocação prévia que se publicará no Boletim Oficial do Estado. Com aquelas pessoas designadas para ocupar posto de Diretor Gerente se formalizará pelo Instituto Nacional de Saúde contrato de trabalho especial de pessoal de alta direção, conforme o previsto no artigo 2.1 a) do Estatuto dos Trabalhadores e normas de desenvolvimento.</p> <p>2. Na convocatória figurarão os seguintes requisitos mínimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Possuir nacionalidade espanhola;</li> <li>b) Possuir titulação superior universitária;</li> <li>c) Ter capacidade e experiência suficiente para o desempenho do cargo;</li> <li>d) Não encontrar-se inabilitado para o desempenho de funções públicas profissionais da Seguridad Social</li> </ul>	<p>Art 9º</p> <p>atenção ao paciente;          controle de gestão;          Informática;          Assessoria jurídica;          Admissão, Recepção e informação          Política de pessoal;          Análise e planeamento</p>
Divisão Médica	<p>Art. 10º</p> <p>[...] nomeado pelo procedimento de livre designação mediante convocação pública entre pessoas que ostentem a condição de servidores públicos ou pessoal estatutário das Entidades Gestoras dos Serviços de Saúde, em ambos os casos de Corpos, Escalas ou vagas de caráter sanitário e com titulação em Medicina e Cirurgia e demais requisitos que se determinem na convocatória.</p>	<p>Art. 11º</p> <p>Medicina; Cirurgia;          Ginecologia e Obstetrícia;          Pediatria; Serviços Centrais; Documentação e arquivo clínico;          Hospitalização de dia;          Hospitalização domiciliar;          Qualquer outra área de atividade onde se desenvolvam funções médico-assistenciais</p>
Divisão de Enfermagem	<p>Art. 12º</p> <p>[...] nomeado pelo procedimento de livre designação mediante convocação pública entre pessoas que ostentem a condição de funcionários públicos ou pessoal estatutário das Entidades Gestoras dos Serviços de Saúde, em ambos os casos de Corpos, Escalas ou vagas de caráter sanitário e com titulação de diplomado em Enfermagem, Ajudante Técnico Sanitário, Praticante, Matrona, Enfermeira ou Fisioterapeuta e demais requisitos que se determinem na convocatória.</p>	<p>Art. 13º</p> <p>Salas de hospitalização;          Salas de cirurgia;          Unidades Especiais;          Consultas externas;          Urgências; Qualquer outra área de atenção de enfermagem que seja necessária.</p>

Divisão de Gestão e Serviços Gerais	<p>Art. 14º [...] designado mediante o sistema de concurso-oposição, prévia convocatória pública entre pessoal que reúna os requisitos que se determinem na correspondente convocatória, entre os que necessariamente figurarão os indicados nos itens a), c) e d) do parágrafo 2 do artigo 8º desse Regimento e se encontrem de posse de diploma universitário ou equivalente nas áreas de economia, jurídica, empresarial ou similar.</p> <p>2- Com aquelas pessoas designadas para ocupar posto de Diretor de Divisão de Gestão e Serviços Gerais se formalizará pelo Instituto Nacional de Saúde contrato de trabalho especial de pessoal de alta direção, conforme o previsto no artigo 2.1 a) do Estatuto dos Trabalhadores e normas de desenvolvimento.</p>	Gestão econômica, orçamentária e financeira; Gestão administrativa em geral e da política de pessoal; Abastecimento; Hotelaria; Ordem interna e segurança; Obras e manutenção
-------------------------------------	--	---

Fonte: RD 521/1987

As formas de nomeação presentes no RD 521/1987 se diferenciavam para os órgãos de Gerência e Divisão de Gestão e Serviços Gerais, para os quais se fazia necessário a realização de concurso público. Entre os requisitos para participar do concurso não aparece a exigência de ser funcionário e não é explicitada a necessidade de formação prévia na área.

Um dos entrevistados ressalta a suspensão de concursos públicos por parte dos Ministérios para ocupação dos postos de ambos os corpos da Administração pública. Outro entrevistado apresenta o desenho traçado à época para a inserção de gestores: “E já em 87 os diretores gerentes já não tem que ser funcionários [...], mas não há um requisito de formação”. (EH1)

Em 09 de janeiro de 1999 uma nova publicação no Boletim Oficial do Estado modifica o RD 521/1987, cujos artigos 8º, 10º, 12º e 14º, citados anteriormente, são revogados. Essa situação reforça formas de nomeação dos diretores de hospital sem qualquer exigência de realização de concurso ou convocatória pública. Nesse contexto, o diretor é nomeado como um cargo de confiança política, como apontado por outro informante. “Não temos um marco regulamentado de acesso à função de direção. Não está profissionalizada, quer dizer, para ser gestor pode ser uma pessoa sem nenhum tipo de formação, porque é uma mera decisão política”. (EC12)

A respeito do RD 521/1987, Freire (1999; 2006) reporta o desaparecimento definitivo das Juntas de Governo, a consolidação de gerências unipessoais e a forma discricionária de nomeação dos mesmos. A partir disso, esse autor apresenta uma importante reflexão sobre o caso espanhol.

A contradição existente entre a tendência administrativo-funcionarial e o impulso *gerencialista* é também reflexo da tensão entre formas diferentes de gestão pública: o modelo administrativo, cuja referência internacional seria a administração pública francesa, da qual deriva a cultura do setor público espanhol, e as novas influências provenientes do mundo anglo-saxão. Infelizmente a primeira não se incorporou nem sua revisão e adaptação às normas e procedimentos, nem o rigor no seu cumprimento; e da segunda não foi possível importar a cultura organizativa, política e social que a tornou possível. Desse modo, a administração da saúde espanhola acaba não respondendo aos padrões da administração pública tradicional (que pode funcionar com níveis excelentes de eficácia), ao mesmo tempo que incorporou somente parte do modelo de gestão empresarial (sua manifestação mais visível é a figura do gerente). Assim, se produz um choque de culturas na mesma organização (sobretudo no hospital) devido à contradição entre um modelo administrativo residual no qual estão incluídos os valores meritocráticos dos profissionais de saúde, e a superestrutura gerencial (com uma fonte de legitimação distinta – nomeação discricionária), e que carece da referência de autoridade que pressupõe os *conseils* ou os *boards*, uma vez que se prescindiu das tradicionais Juntas de Governo, que de alguma forma assumiam o papel de Conselhos de Administração (Freire, 1999, pag. 452).

Outro momento destacado por um dos entrevistados foi o que se passou em 2002, quando se completou a transferência da gestão para as CCAA. Nesse processo se extinguem as atividades e a administração especializada a partir do INSALUD e o sistema de saúde passa a ser gerenciado por “administrações sem nenhuma tradição de gerência em serviços de saúde” (EH6). Apesar dos efeitos positivos da descentralização, como a proximidade ao território e as necessidades de saúde local, uma maior permeabilidade às interferências políticas também se fez presente. Estas envolveram decisões relativas à implantação de hospitais. Os efeitos contraditórios são expressos nas palavras de um dos entrevistados sobre as administrações regionais:

Tem cuidado mais da cultura do território, tem feito ‘*advocacy*’ para as necessidades locais, mas se envolveram na ‘*local politics*’ em decisões sobre onde abrir um hospital, onde abrir um centro, equilíbrios territoriais, [...] inclusive, muitos dos eventos de corrupção que apareceram tem a ver com alianças entre construtoras e políticos locais. (EH6)

O contexto da descentralização leva a que diferentes estratégias de formação sejam usadas em cada uma das CCAA, como mencionado pelos participantes da pesquisa. Eles apontaram, igualmente, aspectos significativos relacionados à inexistência da carreira profissional de gestão identificados nos tópicos abaixo.

1. Formação prévia – frequentemente são nomeados gestores sem formação prévia na área devido à sua afinidade política. Em outras situações, a nomeação de gestores sem formação ocorre pela demanda de ocupar os cargos em centros sanitários pequenos,

distantes e pouco atrativos para gestores de outras localidades, em que a opção de nomear alguém do quadro do próprio centro envolveria capacitação. Em ambos os casos, a formação normalmente ocorre posteriormente, quando os gestores já estão no exercício do cargo;

2. Relação entre os gestores e equipes assistenciais – a entrada de gestores sem concurso e sem formação em gestão criou problemas na sua relação com as equipes de saúde, pelo baixo reconhecimento e autoridade.
3. Mudanças políticas e rotatividade dos gestores – a permanência dos gestores nos cargos tem estreita relação com fatores políticos. Mudanças dos partidos no governo ou mudanças produzidas dentro de um mesmo partido por afinidades políticas levam a que os gestores deixem seus postos. Alguns gestores conseguem se manter na gestão ao ocuparem outro cargo de direção quando transferidos para uma CCAA em que seu partido esteja no governo.
4. Identidade profissional – a permanência na gestão muitas vezes implica em desatualização, perda de legitimidade e competência no exercício da especialidade médica. Assim, muitos gestores ao saírem desses cargos voltam a atuar como especialistas. Por outro lado, o caráter de indefinição do tempo de atuação e a falta de regulamentação como profissão e de uma carreira na gestão dificultam a criação da identidade profissional como gestor. Conforme verificado por Guerrero (2017), em algumas CCAA, como Galícia e País Basco, a falta de interesse dos profissionais em voltar a sua carreira profissional para a gestão tem como principais motivos o nível salarial, não compatível com as responsabilidades assumidas, a instabilidade do cargo e a pressão social e política.
5. Retribuição salarial – os salários são menos atrativos no setor público. Isso faz com que alguns gestores sejam atraídos para o setor privado, com melhor remuneração, pela sua experiência no sistema público de saúde. Foi também apontado por outro entrevistado, um aspecto relacionado ao item anterior, de diferença salarial entre a atividade de gestor e de clínico, ilustrado na fala de um dos informantes: “Outro problema é que a função de diretor de centros públicos não é bem paga. É mais atrativo ser médico. Ganha mais” (EH3).
6. Oferta e demanda formativa – existe uma constante demanda formativa na medida em que, com as mudanças políticas, novos gestores precisam ser formados. A oferta de cursos se ampliou desde os anos 80 e, atualmente, a formação tem sido vista como ampla para quem tem interesse pela área de gestão.

7. Diferenciação entre instituições formadoras - não existe um peso maior ou vantagem para quem se forma na ENS, pertencente ao Ministério, ou na Escola Andaluza de Saúde Pública (EASP) ou nas demais escolas públicas em relação a quem se forma em uma escola privada. “O problema é que mesmo existindo sistemas públicos de formação estes não se converteram no veículo normal de acesso às funções dirigentes no âmbito do próprio SNS. De maneira que para ascender a uma função de gestão em instituições de saúde, os títulos que fornecem as escolas privadas tem o mesmo valor”. (EH4)
8. Trajetória formativa - Em geral a formação se dá nas áreas da administração de empresas e da saúde em mestrados diferentes, situação evidenciada na trajetória formativa de um dos entrevistados. “Essa é a minha formação. É parecido com a maioria dos gestores. Só para entender, ao menos dois cursos de mestrado. Um de administração de empresas e outro de direção de hospitais. Esse é o meu caso: tenho os dois mestrados”. (EH3)
9. Apoio institucional – com a crise econômica, cortes orçamentários reduziram o financiamento governamental para a realização de cursos voltados à gestão. Em alguns casos o financiamento é feito por empresas de saúde, incluindo aquelas ligadas à indústria farmacêutica, para a realização de cursos, na maioria das vezes, escolhidos pelo próprio profissional.

Sobre a formação de gestores de cuidados em saúde, o Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde diz que

Não há cursos de graduação oficiais em gestão de cuidados de saúde, embora várias escolas de saúde pública e outros órgãos de ensino público e privado ofereçam cursos de treinamento em gestão. O sistema de saúde não exige dos contratados qualificações específicas de gestão para desempenhar essas funções. No entanto, em geral, os gerentes de saúde devem ter uma graduação e o treinamento de gestão é valorizado (*Health Systems in Transition (HiT) profile of Spain*).

Atualmente as profissões de saúde são reguladas pela Lei 44/2003. A perspectiva adotada nessa Lei é a de que as “profissões de saúde” são aquelas que atendem a dois âmbitos: educativo, pelas normas universitárias de reconhecimento das titulações do setor saúde; e o que regula as corporações profissionais, relativo à existência de organização profissional reconhecida pelos poderes públicos. Ainda que a gestão em saúde não esteja

incluída entre as profissões de saúde, alguns artigos dessa Lei estabelecem uma normatização nessa área<sup>32</sup>.

De acordo com a Associação da Economia da Saúde - AES (2014), a eficácia, legitimidade e autoridade dos gestores demandam sua profissionalização e sua estabilidade contratual. Ou seja, assim como outros informes e comunicados produzidos por sociedades, autores e conselho, como será detalhado mais adiante, em seu livro a AES aponta que a politização e a rotatividade de postos de alta e média direção anulam a autoridade dos dirigentes para a tomada de decisões, para promoção das transformações necessárias e para o fomento da produtividade e correção de problemas relativos ao desempenho ineficiente. O enfrentamento de tal situação em direção à profissionalização dos postos de gestão tem sido tema central na busca de alcance dos atributos do chamado 'Bom Governo' na Espanha.

#### 4.2.2.3 Os informes e as recomendações institucionais: 'onda reformista'<sup>33</sup> no processo de construção da profissionalização da gestão

A percepção da necessidade de profissionalização da gestão foi expressada em todos os contatos realizados. No que se refere à formação, esse direcionamento pode estar associado à atual ausência de uma política nacional e à um cenário de baixa capacidade de intervenção do Estado espanhol devido ao processo de descentralização e autonomia das CCAA.

A busca da profissionalização na área é um processo que vem se dando na Espanha ao longo dos últimos anos. O tema tem sido debatido em diversos fóruns e por diferentes autores, dentre eles, Rodriguez Santirso et al (2001) que realizaram uma reflexão sobre a necessidade de formação de gestores da Atenção Primária. Para os autores, esse nível de atenção envolve o desempenho de funções que demandam um alto grau de competência e preparação

---

<sup>32</sup> O artigo 10 regula as funções de gestão clínica, em que as Administrações sanitárias, os serviços de saúde ou os órgãos de governo dos centros e estabelecimentos de saúde definirão os meios e formas de acesso a tais funções, com a participação dos próprios profissionais. Os critérios indicados dizem respeito à comprovação de conhecimento necessário e a adequada capacitação. Prevê, igualmente, a avaliação de desempenho e de resultados, de forma periódica, podendo levar à confirmação ou não do gestor nas funções exercidas. Um dos itens determina que os requisitos e os procedimentos para a seleção, nomeação e contratação do pessoal, assim como os mecanismos de avaliação de desempenho das funções de direção, serão estabelecidos pelas Administrações sanitárias para os centros e estabelecimentos de saúde a ela vinculados. As avaliações serão periódicas e nortearão a confirmação ou remoção dos diretores.

<sup>33</sup> De acordo com Carneiro (2016, p.173) a noção de onda reformista foi utilizada por Christensen e Laegreid (2012) ao tratar de reformas que apresentam escopo e difusão espacial mais abrangentes. Assim, expressa "um conjunto de iniciativas de mudança na estrutura, processos e práticas da administração pública, informadas por pressupostos similares, que se difundem por um número expressivo de países, desenvolvidos ou em desenvolvimento".

profissional. Apesar desse fato, constataram que a maior parte dos gestores da Atenção Primária são profissionais médicos e enfermeiros, que ascendem ao cargo a partir do seu posto de trabalho e que 32,3% possuem uma qualificação formal ou titulação acadêmica específica na área da gestão.

Sobre o tema da profissionalização existe um conjunto de documentos como Informes e Recomendações que apontam para uma crescente mobilização de gestores, acadêmicos, quadros políticos e governamentais. Ainda que algumas iniciativas não tenham se concretizado, o aspecto-chave apontado em uma das entrevistas é o processo de construção da mudança a partir da relação estabelecida entre os agentes envolvidos e de como tais iniciativas contribuem para a expansão de um clima de opinião. Como exemplificado por esse entrevistado: “Sabe, é uma relação, diríamos que, é uma pedra que cai numa lagoa. Você atira a pedra na água e aparecem ondas. Pode ser que não façam nada, mas em algum momento essa onda move algo”. (EH5)

Entendemos que essa questão guarda relação com a denominada intensidade de preferências<sup>34</sup> utilizado por Rico (1998) como explicação de um processo de mudança institucional na Espanha que foi a descentralização. Nas situações em que a intensidade das preferências dos diferentes atores políticos e sociais que participam da formulação de políticas se torna também extensa, levando a que a opinião pública majoritária apoie tais mudanças, se amplia consideravelmente a sua probabilidade de êxito.

Em Madri, uma das principais iniciativas nesse processo foi o Projeto de Lei<sup>35</sup> originado da Moção do Grupo Parlamentar Socialista, de 2015, apresentado na Assembléia Legislativa de Madri. No dia 14 de dezembro de 2017 o referido Projeto de Lei foi votado e aprovado por consenso<sup>36</sup>. A Lei 11/2017, de 22 de dezembro, ‘*Ley de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)*’, foi considerada pelo porta-voz da saúde do grupo socialista, deputado José Manuel Freire, um marco “que permite tomar medidas muito importantes na boa governança das organizações de saúde do SERMAS”<sup>37</sup>. Espera-se que com essa Lei se ‘mova algo’, ou

---

<sup>34</sup> Para Rico (1998), a intensidade de preferências é definida como “a implicação emocional dos indivíduos com respeito aos objetivos políticos e institucionais que defendem” (pag. 29).

<sup>35</sup> *Proyecto de Ley de Reglamento Marco de estructura, organización y funcionamiento de hospitales, organizaciones de Atención Primaria y otras gestionadas por el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)*.

<sup>36</sup> A aprovação da Lei se deu com os votos dos Grupos Parlamentares de Ciudadanos, PSOE e PP e abstenção de Podemos.

<sup>37</sup> A referida Lei encontra-se disponível em : <<http://apiscam.blogspot.com.br/2017/12/texto-de-la-ley-de-buen-gobierno-y.html>>. Acesso em: 18 de dezembro de 2017.

seja, existe uma grande expectativa de que a mesma se estenda a todo o país e também a outros países, como os da América Latina.

A Lei foi elaborada tendo por base a Resolução nº 24/2015 (BOAM, 2015), que relacionou os cinco componentes essenciais ao ‘Bom governo’ e à boa gestão pública. São eles:

1. Órgãos colegiados (Juntas de Governo) em todos os centros e organizações do SERMAS;
2. Profissionalização da função diretiva-gestora;
3. Reforço das estruturas de assessoramento e de participação profissional;
4. Estabelecimento de instrumentos de Bom governo/boa gestão;
5. Maior autonomia e capacidade de resposta para os centros e instituições de saúde do SERMAS.

Destacamos na construção desse processo, até chegar à referida Lei, os seguintes documentos: Recomendações do Conselho Assessor sobre o Código de Bom Governo da Saúde Pública Basca (GOBIERNO VASCO, 2010) e Propostas da Associação da Economia da Saúde (AES, 2014). Identificamos que as concepções que norteiam a profissionalização são muito próximas em tais documentos, e que os mesmos se constituem mais como diferentes ‘ondas na lagoa’ como explicitado pelo nosso informante-chave. Sistematizamos, nesses documentos, as recomendações e propostas, a partir dos cinco componentes indicados pela Resolução nº 24/2015 (Apêndice F).

O alcance de um sistema público de saúde orientado pelos princípios de universalidade, equidade e solidariedade guarda estreita relação com um contexto político-social em que se encontram presentes os atributos do ‘Bom governo’.

Para Freire & Repullo (2011), tais atributos dizem respeito ao elevado grau de transparência, responsabilização, participação democrática e uma cultura de ética no serviço público. Conforme apontam, não existe uma definição única para a expressão ‘Bom governo’, já que a mesma concilia um juízo de valor (bom) com um conceito complexo e polissêmico (governo) e tem sido objeto de grande interesse nas últimas décadas, inclusive pela prioridade que tem recebido por parte de organismos internacionais como o Banco Mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD).

Os autores consideram que o ‘Bom governo’ está voltado não apenas para os resultados e orientação para a qualidade (efetividade, eficiência, eficácia), mas também

envolve bons procedimentos referentes à tomada de decisão com base nas normas de participação democrática, de respeito às leis, de prestação de contas, de transparência, entre outras. Assim,

‘Bom governo’ é, pois, qualidade institucional. Não cabe falar de ‘Bom governo’ se falta algum dos elos da cadeia causal que associa valores (éticos e democráticos), ‘procedimentos’ de decisão eficazes que respondam a esses valores, e finalmente, ‘resultados positivos’ (Freire & Repullo, 2011: 2735).

Entre os pontos previstos para alcance do ‘Bom governo’ no sistema de saúde está a presença dos órgãos colegiados de governo como autoridade máxima nas Áreas e Distritos de Saúde ou de hospitais. Em todos os documentos consultados identificamos a perspectiva de recuperação dos órgãos colegiados de governo de forma semelhante às Juntas Administrativas e Facultativas previstas pela regulamentação do Ministério do Trabalho, de 7 de julho de 1960, para o funcionamento das Instituições de Saúde do Seguro Social.

Para Repullo (2015), os Conselhos de Governo (Administração) tem um importante papel para melhorar a gestão pública em saúde e para nortear a profissionalização da gestão. Esses Conselhos são estruturas que orientam, apoiam e corrigem rumos da gestão e permitem a prestação de contas perante a toda sociedade. Favorecem, assim, a maior visibilidade e transparência externa e a orientação das decisões ao interesse coletivo, apoiando os gestores na tomada de decisões que envolvam posições conflitantes. Segundo o autor, a composição dos Conselhos deve conciliar a participação de representantes institucionais com assessores especialistas da população em que esteja situado o hospital, a rede de hospitais, a área de atenção primária ou área de gestão integrada hospital-primária. O contexto é visto como positivo pelas reflexões sociais e políticas a respeito da democratização da sociedade espanhola e da existência de profissionais com experiência e competência tanto na meso-gestão quanto na micro-gestão.

De forma geral, o cenário para que as Recomendações e Propostas impulsionem resultados em direção à profissionalização da gestão é visto como favorável. O momento atual é tido como uma “janela de oportunidade” em função do apoio conseguido junto ao legislativo, aos profissionais e à conscientização em relação ao tema, considerado como um dos avanços para a profissionalização de gestores na Espanha.

Eu creio que um avanço é a conscientização. Que todo mundo pensa, todos os ‘*stakeholders*’, todos os agentes do sistema de saúde, incluindo os cidadãos ou os meios de comunicação, já estamos todos convencidos de que deve haver uma profissionalização da direção dos centros e que essa profissionalização melhora o sistema de saúde. Quer dizer, antes não se dava a importância que

se dá agora de que um hospital esteja bem gerenciado. Se pensava que se o hospital tivesse bons médicos teria bons resultados. E eu creio que já existe consciência de que os bons médicos devem ser coordenados, motivados e dirigidos por bons profissionais. O cidadão exige que o hospital esteja bem gerenciado. Ao cidadão o que mais lhe importa é ser tratado por um médico muito bom, mas também lhe importa que a saúde esteja bem gerenciada. (EH7)

As dificuldades identificadas pelo mesmo entrevistado passam pela provável resistência dos atores políticos, que atualmente nomeiam gestores por afinidades políticas. Para ele, “a profissionalização tem um longo caminho a percorrer porque os políticos preferem que seus hospitais, ou seu sistema de saúde seja dirigido por amigos políticos no lugar de profissionais”. (EH7)

Um dos entrevistados da pesquisa enfatizou, entretanto, que a perspectiva de nomeação dos gestores a partir de um processo decisório mais transparente e regulado já pode ser evidenciada nas experiências de algumas Comunidades Autônomas. Conforme Guerrero (2017), a iniciativa de realização de concursos para preenchimento de cargos de gestão ocorreu em 2015 nas CCAAs de Asturias, Castilla e León, Castilla-La Mancha, Andaluzia e Murcia.

Em Madri, uma reportagem veiculada em agosto de 2017 pelo jornal eletrônico ABC Madrid<sup>38</sup>, pode estar indicando uma mudança nessa direção. Segundo a reportagem, os gerentes de dois grandes hospitais públicos foram selecionados por concurso, mediante convocação pública, em que uma Comissão avaliou os candidatos segundo suas trajetórias na gestão em saúde, o projeto técnico e a entrevista com psicóloga.

Outras iniciativas em direção à profissionalização da gestão foram destacadas por Guerrero (2017), como a referente ao desenvolvimento do Anteprojeto de Lei de Sustentabilidade do Sistema Público de Saúde de Andaluzia, proposto pelo governo da *Junta de Andalucía*, em tramitação no Parlamento. O autor indicou que essa iniciativa legislativa está se fazendo acompanhar de dois processos: pela *Consejería de Salud*, a normatização de aspectos relacionados à função diretiva como a formação, mapas de competências, processos de seleção e avaliação, códigos de boas práticas, relações contratuais, entre outras, e, pela EASP, o desenvolvimento de um modelo de cadastro para apoiar as organizações na realização de processos de seleção de gestores.

---

<sup>38</sup> MEDIALDEA, S. Cifuentes nombra por primera vez a los gerentes de dos grandes hospitales por concurso y no a dedo. **ABC Madrid**, Madri, 09 ago. 2017. Disponível em: <[http://www.abc.es/espana/madrid/abci-cifuentes-nombra-primera-gerentes-grandes-hospitales-concurso-y-no-dedo-201708091332\\_noticia.html?ns\\_campaign=rrss&ns\\_mchannel=abc-madrid&ns\\_source=tw&ns\\_linkname=cm-madrid&ns\\_fee=0](http://www.abc.es/espana/madrid/abci-cifuentes-nombra-primera-gerentes-grandes-hospitales-concurso-y-no-dedo-201708091332_noticia.html?ns_campaign=rrss&ns_mchannel=abc-madrid&ns_source=tw&ns_linkname=cm-madrid&ns_fee=0)> Acesso em: 10 de ago. 2017

Na Espanha, existem as seguintes Sociedades relacionadas à gestão em saúde: a *Sociedad Española de Directivos de la Salud* (SEDISA), a *Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria* (SEDAP) e a *Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria* (SESPAS).

No que se refere à SEDISA, Guerrero (2017) apontou que a sua origem teve como objetivo a profissionalização da gestão. Identificamos, por meio de entrevista, que a sua constituição se deu no contexto dos anos 60 em que ocorreu o reforço da rede pública de hospitais. Esse fato levou a que fossem criadas duas entidades: a Sociedade Espanhola de Gerentes e Diretores de Hospital, de Madri, e a Associação de Administradores Hospitalares, da Catalunha. Como projeto comum, as mesmas desenvolveram o Congresso Nacional de Hospitais, que desde os anos 70 vem sendo realizado de dois em dois anos e que teve no ano de 2017 a sua 20ª edição. Em 2004 essas entidades foram unificadas e se constituiu SEDISA, que conta com 1.350 sócios. Existem empresas da saúde que são sócio colaboradores e possuem um papel importante no financiamento do Congresso, no qual participam com ‘stands’. Além do Congresso, outras atividades de educação continuada foram apontadas como pilares estratégicos da Sociedade, sendo citados cursos de mestrado e iniciativas formativas como jornadas, cursos curtos, encontros. Em relação à profissionalização, uma das perspectivas é de que uma Comissão, voltada a certificação da experiência profissional, esteja na esfera de SEDISA, que também atuaria como um órgão assessor aos tribunais no processo de nomeação de gestores.

Os principais marcos históricos da formação em gestão em saúde na Espanha encontram-se sintetizados no Apêndice E.

#### 4.2.2.4 Saberes e a formação dos gestores da saúde

Apreendemos, a partir das entrevistas, que o referencial adotado é o das organizações profissionais formulado por Henry Mintzberg. O sentido dado à formação de gestores se relaciona à saúde como um todo e à complexidade inerente da mesma. Neste sentido, se distingue de processos norteados por saberes e práticas padronizáveis, com forte hierarquia e controle, tal qual previsto no mundo da indústria.

Para Repullo (2016), as organizações profissionais, ao incorporarem o trabalho de membros de profissões clássicas, demandam uma revisão do modelo hierárquico tradicional do mundo das empresas. Em seu lugar deve-se adotar “modos de coordenação do trabalho

especializado: capacidade de auto-regulação, automatização e criatividade perante tarefas mal definidas ou com grande variabilidade e incerteza” (pag. 44).

Assim, os gestores necessários ao setor saúde devem ser capazes de lidar com as características intrínsecas deste setor, que são a variabilidade, ambiguidade, complexidade e a interação não padronizáveis, como aponta o autor. Para tal, um conjunto de saberes devem ser acionados, mas a gestão não é vista apenas como ciência senão também como arte e prática (experiência).

Na ciência, o paradigma do mundo industrial influenciou a formação em gestão e esteve presente nos cursos de *Master Business Administration* (MBA), segundo referido por um dos entrevistados. Ele relatou que essa formação estava muito presente nos anos 80 e 90 e que tinham uma orientação empresarial, no que se refere a custos, contabilidade, capital, entre outros, e uma lógica estruturada e determinista, voltada à produção de bens. Conforme ressalta, quando se trata da formação na saúde, em que esta se insere no setor de serviços e em que não existe um produto distinto do ato de produzir, esse paradigma do mundo industrial não é suficiente. A abordagem requerida passa pela compreensão das organizações de saúde como organizações profissionais, em um mundo permeado pela complexidade e caos.

Outra distinção feita por um entrevistado foi em relação aos objetivos vinculados aos setores privado e público da saúde com reflexos na formação. Enquanto no primeiro os objetivos visados são os econômicos, no setor público se buscam os resultados na melhoria da saúde. Desta forma, como característica distintiva das escolas públicas de saúde foi apontada a proximidade com os conteúdos da saúde pública, das políticas de saúde e o direcionamento aos objetivos e resultados na melhoria da saúde.

Outro entrevistado apresenta uma visão crítica sobre a expansão das escolas privadas ocorrida a partir dos anos 80, em que muitas das quais responderam pela formação dos gestores que ingressaram no sistema de saúde a partir daquela década. Para ele, as mesmas “tem uma filosofia absolutamente distinta dos processos de formação no âmbito da administração pública, para o qual é necessário conhecer o direito administrativo, mas também a política, a distribuição de competências, todas essas coisas”. (EH8)

Ao nos voltarmos para o referencial do ‘Bom governo’ presente no contexto espanhol, identificamos na fala de um dos coordenadores de curso entrevistados a incorporação dos princípios do mesmo em um dos mestrados pesquisados.

[...] a importância que se tem de se inserir certas competências que legitimam a função pública, transparência, ‘Bom governo’, bom fazer, comportamento ético na tomada de decisões, tomar sempre aquela decisão que melhor

protege o interesse público dos cidadãos. Sabe, esse tipo de questões que são considerações de ética, de política, institucional, também se faz e se vai aproveitando em todos os, todas as disciplinas e tudo o que fazemos para que se possa tornar concreta. (EC12)

A partir dos elementos levantados, que consideraram os diferentes saberes envolvidos na formação de gestores, mas também a importância da experiência e do fazer prático como arte, nos voltamos ao estudo de cursos dedicados à formação de gestores da saúde.

#### 4.2.3 Cursos de gestão em saúde: a experiência de formação na Espanha

##### 4.2.3.1 Elementos do contexto político-institucional e a gênese dos cursos

Nas entrevistas com os coordenadores dos cursos pesquisados foi possível perceber que a origem dos mesmos guarda uma estreita relação com a conformação político-institucional do sistema de saúde espanhol. No que se refere à descentralização, por exemplo, essa relação é claramente evidenciada com a criação da Escola Andaluza de Saúde Pública (EASP), em 1985, fundada pela *Consejería* de Saúde da *Junta de Andalucía* para formação de gestores, visando a direção das instituições de saúde do seu território. Entidade pública, a EASP se constitui juridicamente como uma sociedade anônima. Essa configuração visou maior autonomia institucional em comparação à administração pública.

Entre os principais agentes na constituição e funcionamento atual da EASP estão a Universidade de Granada, que a partir da celebração de convênio com a Junta de Andaluzia é a instituição que responde pela titulação dos alunos. Como sociedade anônima, a EASP tem um Conselho de Administração e seu Presidente é um Conselheiro de Saúde da Junta de Andaluzia.

Dessa forma, a Escola segue a orientação estratégica preferencial que o Conselheiro determina, conforme explica um entrevistado. Foi referido, igualmente, o contrato de gestão como o instrumento pelo qual todos os anos a Escola estabelece com a *Consejería* de Saúde o conjunto de atividades a serem realizadas. Parte do trabalho desenvolvido tem como base projetos estabelecidos por demanda de outros órgãos e instituições para a formação de profissionais na Espanha e que compõem o financiamento da Escola. Foi comentado por um dos entrevistados sobre a autonomia da Escola.

Uma vez estabelecido qual é esse marco (estratégico), a autonomia que tem a Escola na hora de desenvolver seus projetos é muito grande, entre outras razões, porque a Escola não poderia sobreviver exclusivamente com o

financiamento repassado pela Junta de Andaluzia, posto que passados os anos e, conforme a crise financeira, o financiamento foi cada vez menor. (EC11)

Na Catalunha, há dezesseis anos atrás a preocupação com a formação de futuros gestores se vinculou à formação médica, com a oferta de uma disciplina optativa para alunos do 6º ano da Universidade Autônoma de Barcelona (UAB). A motivação presente nessa iniciativa era a de “propiciar conhecimentos sobre a gestão em saúde, ainda que os alunos não viessem a ser gestores, mas para que pudessem compreender o que é o Sistema Nacional de Saúde e o Sistema Catalão de Saúde”. (EC10)

Posteriormente, no ano de 2005, a UAB criou a Cátedra de Gestão, Direção e Administração em Saúde. A Cátedra tem uma comissão mista, formada pela UAB, pelo Instituto Catalão de Saúde, pelo Departamento de Saúde da Generalitat de Catalunha, pelo Hospital de Sant Pablo e pelo Parc de Salud Mar, que é o dispositivo de saúde da Prefeitura de Barcelona.

É importante ressaltar que a integração entre as instituições públicas de saúde e a UAB para a formação de gestores estão na base da constituição da Cátedra. As motivações iniciais da criação da mesma foram explicitadas por um dos entrevistados.

A Cátedra nasce porque a Universidade quer, mas também porque os agentes sanitários querem. Querem formar seus diretores e não havia oferta na universidade pública, quer dizer, existiam as escolas privadas que ofertavam programas de formação de diretores para o setor saúde. Por exemplo, a ESADE, uma Escola Superior de Administração de Empresas, é privada. A EADA, Escola de Alta Direção de Administração, também é privada, mas não havia na universidade pública oferta para formar os gestores do sistema sanitário. (EC10)

Esse entrevistado ressalta, ainda, a busca por uma formação mais próxima da realidade de saúde e da gestão pública. Acentua que essa se diferencia da gestão privada por não ter pretensão de lucro. Ressalta também que as duas formas de gestão podem ser boas, no entanto distintas.

Para compreender a formação em gestão em saúde, tanto no âmbito público quanto no privado, e a sua importância para o sistema de saúde, incluímos na pesquisa um curso oferecido por uma instituição privada situada em Madri. Ele foi criado em 1988 por iniciativa pessoal, dois anos após a promulgação da LGS. O curso se originou a partir da constatação de que havia uma necessidade não satisfeita de formação de gestores. A justificativa se baseou em elementos da própria experiência do seu fundador, que buscou oferecer uma formação de qualidade, a exemplo daquela que havia vivenciado em outro país europeu.

Nos cursos em que foi possível obter informações sobre a gênese da sua constituição, identificamos em todos eles a presença de parcerias interinstitucionais que se estabeleceram a partir de iniciativas que não foram desencadeadas pelo governo central. Ainda que esse nível de governo se faça presente com representação regional na Cátedra da UAB pelo Departamento de Saúde, como citado na Catalunha, fica clara a ausência de formulação por parte do governo central de uma política para a área.

A respeito da existência de uma política, um dos entrevistados se expressa da seguinte forma:

Eu creio que não, porque responde também ao modelo de sociedade e ao modelo de Estado existente. Então os partidos de direita consideram que esse tipo de formação tem que ser pelo mercado nas Escolas de Negócios, fundamentalmente. [...] não consideram necessário o sistema público. Responde claramente ao modelo neoliberal. Então, dentro desse modelo neoliberal se considera que o Estado tem que ter a menor expressão possível. [...] Então os governos de direita não necessitam que existam escolas de saúde pública e escolas públicas em geral. Consideram que o setor privado tem que assumir esse papel. Eu creio que deveria haver, mas não existe.(EC11)

Um governo de viés liberal, associado à crise econômica no país na metade da década passada, estaria entre os motivos apontados por alguns dos entrevistados para o fechamento de diferentes escolas públicas voltadas à formação de gestores da saúde.

Um coordenador de curso de uma das CCAA ressalta que a ENS é a única Escola existente em nível central. Percebe, entretanto, que a mesma exerce uma atratividade maior para alunos das regiões próximas e que para os demais alunos permanece a oferta por parte das Escolas existentes em algumas das CCAA. Outro entrevistado apresenta uma perspectiva distinta à essa percepção. Para o mesmo, a ENS é uma referência para os alunos, mesmo para aqueles que já possuem formação realizada em uma escola regional. Esse entrevistado destacou a importância da ENS na integração de distintos territórios e de propiciar uma visão do sistema de saúde como um todo. A importância da ENS como referência nacional e sua responsabilidade para com a coesão e qualidade do SNS foi afirmada por sua diretora e reportada por diferentes agentes que participaram da ‘Jornada de Formação de Dirigentes de Saúde’, evento realizado pela ENS, em 31 de maio de 2017. Nesse evento, o representante do Ministério da Saúde, Serviços Sociais e Igualdade manifestou que a ENS, apesar de não pertencer à estrutura do Ministério, está afeita ao mesmo. Expressou o seu total apoio à ENS e reforçou a perspectiva de profissionalização da gestão, destacando a relevância dos cursos e do papel da ENS para atender à necessidade de formação de gestores da saúde na Espanha.

Um contraponto à essa fala pode ser compreendido a partir do posicionamento dos palestrantes seguintes, como aquele que chamou a atenção para o processo vivido nos últimos 20 anos, em que a instituição vive uma ‘miniaturização orgânica’, em que departamentos se convertem em unipessoais pela não renovação dos quadros profissionais. Nessa mesma direção, em sua Conferência o Prof. José Ramon Repullo aponta a “ausência de docentes que possam realizar a mudança geracional”<sup>39</sup>. Essa redução progressiva da ENS corresponderia a uma diminuição do tamanho e das funções da Administração geral do Estado na saúde.

Por outro lado, o fato de que com a descentralização cada governo regional tenha assumido a condução da formação também é vista como um fator restritivo por um dos coordenadores de curso. O mesmo comenta que cada CCAA delibera sobre como deve realizar o processo formativo: “E fazem o que querem, o que podem, o que sabem” (EC10). Considera que seria importante uma formação com elementos comuns. Em suas palavras:

Seria bom que existisse uma certa homogeneização entre diferentes territórios da Espanha, entre os governos regionais enquanto oferta formativa de seus gestores? Sim. Seria bom. Seria bom porque assim igualaríamos mais e incentivaríamos melhor uma certa mobilidade. Quer dizer, que um gestor de um hospital em Barcelona poderia depois dirigir um hospital na Andaluzia, que é mais ou menos semelhante. Coisa que nesse momento não temos. (EC10)

Nesse cenário a formação em gestão em saúde se encontra em um campo de forças e de disputas mais amplo no que se refere ao papel do Estado e, no âmbito mais estrito, pelo menos entre dois setores: o setor público e o setor privado. Além da expansão e ou contração das redes pública e privada de ensino, outras disputas foram evidenciadas. Desta vez, com base na fala de um coordenador de curso, que apontou concepções diferenciadas sobre o projeto de ensino, em que a proposta de ‘treinamento’ tem sido continuamente contestada pelos responsáveis pelo curso, ao adotarem uma perspectiva crítica e política de ensino.

#### 4.2.3.2 A construção do currículo: organização, concepções de gestão e a relação com o SNS

Nos cursos pesquisados, o currículo é organizado tendo como preocupação central a correspondência com o mundo do trabalho e as necessidades de gestão. De acordo com as falas dos entrevistados.

---

<sup>39</sup> REPULLO, J. R. Reflexões sobre a formação em Administração de Saúde da Escola Nacional de Saúde. In: JORNADA DE FORMAÇÃO DE DIRIGENTES DE SAÚDE DA ENS, 2017, Madri. Disponível em: < <http://repunomada.blogspot.com.br> >. Acesso em: 29 set. 2017.

Eu o denomino [curso] com uma expressão castelhana: tocar com os pés o chão. Realista. Não são elucubrações sobre a macroeconomia, não, não. É dar instrumentos para que o gestor, em que nível for, [...] tenha o máximo de instrumentos para poder fazer melhor aquele trabalho que está fazendo. (EC10)

Digamos, sempre tem sido uma espécie de obsessão que os conteúdos sejam o mais ajustado possível às necessidades reais de gestão. (EC12)

No que se refere aos objetivos esperados, o direcionamento para o contexto e a experiência prática foi identificado também a partir da consulta aos documentos dos cursos. Neles destacamos, igualmente, a concepção de formação por competências (conhecimentos, habilidades e atitudes), explicitada em todos os cursos. Dois deles, entretanto, agregam à descrição dos seus objetivos, o ensino dos fundamentos científicos que norteiam a prática.

Considerando as falas dos entrevistados, apreendemos que geralmente o currículo é elaborado pelo coordenador ou pela equipe de coordenação do curso, com participação dos docentes. Em alguns dos cursos essa decisão é tomada de forma colegiada, em um Conselho Acadêmico, entre coordenadores e representantes dos docentes e dos alunos. Nos demais cursos a opinião dos alunos é levada em consideração pelo contato diário com os docentes, pelas observações dos representantes de turma ou pelas diferentes formas de avaliação.

Por ocasião da criação do curso, um dos entrevistados referiu contato prévio informal com um grupo de diretores de centros de diferentes níveis de atenção. Essa iniciativa indicaria que a perspectiva adotada na construção do currículo considerou, nesse caso, os principais agentes implicados e os seus interesses e necessidades: os gestores. Outras iniciativas citadas para a construção do currículo foram: pesquisa sobre o perfil do gestor e a aproximação com sua prática, com base no relato de experiência na gestão de egressos.

Os cursos pesquisados são tradicionais na formação de gestores. Mesmo que tenham sido reportadas mudanças no currículo nos últimos anos vinculadas à atualização de temas, como por exemplo “a medicina baseada em evidência, a qualidade assistencial, a segurança do paciente, a ética” (EC11), trabalhados como seminários, oficinas ou trabalhos de conclusão de curso, foi referido pelos coordenadores de todos os cursos pesquisados que o currículo mantém os temas centrais adotados em sua origem.

As exigências de acreditação da qualidade dos hospitais mudaram [...]. A princípio havia algumas normas. Hoje são outras. [...] Tem sido assim as alterações, mas o núcleo fundamental, os assuntos principais, tem variado pouco. (EC10)

Tinha uma carga horária menor da que tem agora, mas o programa de formação era muito parecido com o que temos agora, e que logicamente foi

evoluindo em função do contexto do Sistema, sobretudo pelo *feedback* que nos dão os alunos. (EC13)

Ainda no que se refere aos motivos das alterações no currículo, um outro entrevistado mencionou a aproximação entre o curso oferecido em uma das CCAA e a política de saúde definida pela Administração Regional. Ele informou que são incorporados ao currículo temas voltados para atender as linhas de trabalho, ou seja, as diretrizes adotadas em determinado momento. Outras condicionantes citadas pelo entrevistado foram as prioridades estratégicas definidas pelo governo espanhol e as determinações emanadas pelo Espaço Europeu de Educação Superior.

Alguns entrevistados mencionaram que a relação entre a organização do currículo e a vinculação do curso com as Universidades, se dá a partir de diferentes Departamentos, como o de Economia, o de Direito, entre outros. Por ocasião do estabelecimento desses convênios, o currículo pode adotar novos componentes curriculares ou mesmo dar um peso maior a componentes já existentes afeitos a esses Departamentos e a seus docentes.

Quando mudamos a instituição conveniada, se reforçou muito o currículo mais nos conteúdos de economia porque [...] com o novo convênio seus docentes também participam no curso e, portanto, todo o componente econômico, de economia da saúde e avaliação econômica desde 2000 são importantes protagonistas do ensino e do programa. (EC13)

A pesquisa revelou que o processo de ensino na Espanha tem um forte componente de avaliação, que pode ser ilustrado pelo comentário de um dos coordenadores de curso. Ele indicou que existem múltiplos instrumentos de avaliação, dos quais participam alunos e docentes. Um da própria Instituição de Ensino e outro da Universidade e da Agência Nacional de Avaliação da Qualidade e Acreditação (ANECA). Importante notar que, de forma geral, as avaliações foram apontadas como forma de subsidiar o coordenador ou a equipe de coordenação ou o Conselho Acadêmico sobre as alterações necessárias ao Curso. Um componente mencionado, facilitador para o processo de avaliação quantitativa, foi a possibilidade de preenchimento do instrumento de avaliação no sistema *on-line* do curso. Esse mesmo componente foi considerado um desafio por um dos entrevistados, dado que a participação fica aquém do esperado.

Constatamos também que não existe uma definição única sobre o que é gestão, como tratado anteriormente neste trabalho. Uma das formas que buscamos apreender a concepção de gestão presente nos cursos foi a partir da percepção dos coordenadores. Um dos entrevistados a relacionou a um conjunto de ferramentas, mecanismos e instrumentos.

para mim a gestão em saúde é utilizar as ferramentas públicas, fundos públicos, utilizar aqueles mecanismos, ferramentas ou instrumentos que permitem, de maneira mais efetiva, o direito à proteção à saúde. (EC 12)

Para outros, a gestão estaria ligada a um conjunto de funções, como planejar, organizar, dirigir, avaliar, etc.

se tivesse que dizer o que é gerenciar, diria que é planificar, executar uma coisa, é avaliar para ver se está indo bem e é, ainda, corrigir se não estiver bem. Planeja uma coisa, faz, vê como está e se não está modifica. Isso seria gerenciar. (EC10)

Gerenciar é utilizar com inteligência as cinco funções que a compõe e que são: o planejamento, a organização, a coordenação, a direção e o controle. (EC 13)

É importante demarcar na fala desses entrevistados a percepção da especificidade do setor saúde. O primeiro chama a atenção que a saúde não tem um produto específico “Nós não fabricamos carros, nem revistas, nem móveis, nem garrafas de água. Qual é o produto do nosso setor? A saúde, né? Tentamos restabelecer a saúde dos cidadãos”. (EC10)

A saúde entendida como uma dimensão bio, psico e social significa desafios para a gestão. Desta forma, para esse entrevistado a gestão em saúde é uma gestão especial por ter, ainda, uma demanda ilimitada que a diferencia dos outros setores, e por estar inserida em um sistema público e universal, como o SNS. Para ele, esse se constitui como um elemento fundamental de coesão social. O segundo destaca a relação de “[...] qualquer das cinco funções que completam o que chama *management* com sua interação com o meio ambiente que circunda o Sistema e com as interações dos distintos agentes que compõem o sistema sanitário” (EC13). Identificamos, a partir dessa fala um entendimento da gestão que envolve o aspecto relacional, de interação, e que se distingue da que entende a gestão como um conjunto de instrumentos e ferramentas.

Com sentido semelhante, outro entrevistado apresentou sua interpretação de que a gestão é um processo cotidiano, que todos fazem no seu cotidiano. Não se restringe ao chefe, mas é comum a toda a equipe e se faz em todos os níveis da organização. Esse entrevistado faz uma distinção entre gestão e direção com base na responsabilidade de mando em relação a outros profissionais. Para ele, gestão é algo que poderia ser feito em relação ao próprio trabalho, e exemplifica a partir do trabalho de um clínico; e direção envolveria a relação com profissionais para os quais exerce essa responsabilidade de mando. Em suas palavras:

Fazer gestão tem muito mais que ver como planejo, como organizo, como avalio, como ajusto; ao passo que dirigir tem muito mais com habilidades de

motivação, de orientação estratégica, de geração de compromisso, de geração de confiança com as pessoas. Então, evidentemente, tanto a gestão como a direção propriamente dita tem que ser trabalhadas. (EC11)

Outro tema por nós explorado foi a relação entre o curso e os princípios do Sistema Nacional de Saúde espanhol. Todos os coordenadores confirmaram essa relação, seja pelo pertencimento da sua instituição ao setor público, ao atendimento ao preceito legal da Constituição, à conformação do sistema de saúde ou mesmo à visão do SNS como um valor social a ser mantido. Afirmaram que os princípios do SNS estão presentes nos cursos e são transversais aos conteúdos.

[...] reforçamos ao longo do mestrado que o SNS espanhol, eles já são conscientes, mas queremos que sejam mais, é uma das grandes jóias da coroa da Espanha. Quer dizer, se temos alguma coisa que funciona é o SNS.[...] Então, eu penso que os alunos, mediante o programa que temos saem imbuídos de uma crença que já tinham e que é o mais importante valor desse SNS. É muito importante que sejamos capazes de manter igual. (EC10)

Nós estamos em uma estrutura pública e em um funcionamento público e nossa Constituição diz, no Artigo 43, que temos um sistema público e queremos um modelo de Estado Social e de Bem Estar e isso, obviamente, tem que, de maneira transversal, se implementar em todos os conteúdos do curso. (EC12)

O curso está orientado a formar diretores. Nós temos um sistema de saúde em que 2/3 de seu financiamento é público. Estou convencido. Sou um defensor do SNS. Me parece uma conquista social e a defendo. (EC13)

Em apenas um dos cursos o objetivo voltado à compreensão do Sistema Nacional de Saúde aparece de maneira explícita. Ele visa a caracterização dos componentes de diferentes modelos de sistemas de saúde, além do sistema de saúde espanhol. Esse mesmo curso incorpora as concepções do ‘Bom governo’, com o objetivo de analisar os princípios, componentes e aplicações do mesmo nas instituições de saúde.

Igualmente, em outro curso, essa reflexão está contida na análise de sistemas comparados, e apresentando os referenciais adotados, como sinaliza o seu coordenador.

Evidentemente, quando falamos de modelos de saúde estabelecemos a diferença entre o modelo norte-americano, o modelo alemão, o modelo espanhol. Damos toda a informação possível para que saibam quais são as diferenças [...]. Isso não significa que estabeleçamos qual o nosso ponto de vista. É um modelo baseado na experiência de Cuba, cujo princípio é oferecer atenção universal às pessoas. Obviamente manifestamos nossa opinião. (EC11)

A fala desse entrevistado pode expressar a orientação de estímulo ao pensamento crítico presente no curso. No que se refere à suficiência dos conteúdos, esse coordenador

informa que permanentemente discutem a possibilidade do currículo abranger tanto um maior número de conteúdos quanto um menor número, nesse último caso para abordá-los de forma mais aprofundada. O que tem prevalecido é a primeira possibilidade, seguida de indicação de referências bibliográficas e de orientações sobre pesquisa para favorecer o aprofundamento posterior por parte do aluno.

A aproximação ao contexto, à história da constituição dos cursos e ao processo de construção do currículo se vincula à busca de compreensão dos processos de ensino a partir dos seus agentes, seus modos de ação e às principais questões envolvidas. No que se refere ao conhecimento, mais do que buscar o conhecimento verdadeiro ou válido, o que nos direciona nesse estudo é entender que conhecimentos são acionados para a formação dos gestores da saúde, ou seja, o que ‘conta como conhecimento’ como apontado por Silva (2011) ao tratar da NSE, tema a ser abordado a seguir.

#### 4.2.3.3 Componentes curriculares: uma aproximação ao que ‘conta como conhecimento’ na formação de gestores

Os componentes curriculares foram identificados por meio dos documentos de cada curso, disponíveis na internet. Levamos em consideração a denominação da unidade mais desagregada do currículo, como módulos ou disciplinas. A diversidade encontrada indica que o ensino da gestão se compõe por saberes relacionados a um conjunto de disciplinas. Essas, em sua maior parte, ligadas às ciências sociais aplicadas como a administração, a economia, o direito, as ciências da informação.

Organizamos os componentes curriculares de cada curso da Espanha nos seguintes grupos temáticos:

1. Política, Planejamento e Gestão – Sistemas de Saúde: política, governo, atualidade; Organização da saúde; Saúde pública; Garantia da saúde; Direção estratégica e planejamento; Estratégia de planejamento; Planejamento em saúde; Planejamento, programação e avaliação; Modelos assistenciais; Modelos de gestão; Gestão de redes; Gestão do conhecimento; Avaliação de serviços de saúde e da atividade clínica; análise de decisões.
2. Processo Saúde-Doença, Epidemiologia e Vigilâncias – Epidemiologia e saúde pública; Epidemiologia clínica; Epidemiologia: cenário atual e futuro; Estatística aplicada.
3. Metodologia de pesquisa e trabalho de fim de curso – Trabalho de investigação; Trabalho de final de curso.

4. Administração – Gestão de profissionais, recursos humanos, pessoas; Infraestrutura e investimentos; Gestão econômica, orçamentária e financeira.
5. Gestão da Qualidade - Gestão da qualidade; Políticas de qualidade e serviços; Qualidade e produtividade; Marketing; Desenvolvimento organizacional; Liderança; Gestão do talento; Inovação tecnológica e organizativa; Eficiência e intervenções em saúde; Avaliação e Gestão da Qualidade; Auditoria: hospitalar, em serviços de saúde, em saúde; Funções diretivas; Desafios em gestão.
6. Gestão clínica – Segurança do paciente; Efetividade clínica; Organização e funcionamento; Avaliação de Tecnologias em Saúde.
7. Informação
8. Saúde, sociedade e ética – Cidadania e ética; Transparência e prestação de contas.
9. Comunicação – Comunicação e saúde
10. Trabalho em saúde
11. Economia da saúde – Avaliação econômica; Controle econômico.
12. Demografia
13. Direito e Estado – Garantia e Direito em saúde; Direito e sociedade; Saúde, direito e internet; Legislação.
14. Outros – Gestão: Práticas, Exercícios; Mesas redondas, Conferências; Visitas a instituições.

O Quadro 9 apresenta a distribuição da carga horária dos quatro cursos estudados, de acordo com os grupos temáticos acima listados.

Quadro 9 - Carga horária relativa dos Cursos pesquisados na Espanha por grupos temáticos

<b>Curs o</b>	<b>Nível</b>	<b>CH</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>Tot al</b>
Curso A	PG lato sensu	30 ECT s	20	0	0	20	10	30	0	10	0	0	0	0	0	10	100
Curso B*	PG stricto sensu	60 ECT s	33	*	25	*	17	*	*	0	*	0	0	*	*	25	100
Curso C	PG stricto sensu	60 ECT s	27,3	9,1	13,3	8,3	10	10	0	0	0	0	-	0	10	12	100
Curso D	PG stricto sensu	400 h	20	10	1,3	9	10	21,4	0	1,5	2,5	0	21,3	0	1,5	1,5	100

Fonte: elaboração própria

\*Nesse curso consideramos a informação da carga horária disponível, que estava distribuída em 4 blocos. Dessa forma, a carga horária de cada bloco foi colocada no grupo temático que possuía maior pertinência aos conteúdos tratados. Os conteúdos presentes nos blocos correlacionados aos demais grupos temáticos foram: Grupo 2- epidemiologia; Grupo 4- Gestão de recursos humanos; Gestão econômica e financeira; Grupo 6- produção clínica: sistemas de informação e instrumentos de medição; Grupo 7- sistemas de informação; Grupo 9- comunicação; Grupo 12- demografia, atualidades e perspectivas; Grupo 13- contexto econômico e Estado de Bem Estar.

Todos os cursos apresentaram componentes curriculares relativos à Política, Planejamento e Gestão, à Administração, à Gestão clínica e outros (seminários, atividades práticas, conferências e visitas). Entre os cursos estudados existem algumas diferenças no peso desses grupos de temas. A ênfase no curso A é no grupo temático de gestão clínica, enquanto nos demais predominam os componentes relacionados à Política, Planejamento e Gestão.

A presença da gestão clínica como componente curricular em todos os cursos está em consonância com as reformas no sistema de saúde espanhol ao longo dos anos 90, voltadas à micro-gestão. Conforme Repullo (2012), a gestão clínica se configurou como uma mudança que teve como precursores movimentos tais como o da “medicina baseada em evidências”; “gestão dos riscos e segurança do paciente”, “análise de variabilidade e de resultados”, “avaliação de tecnologias em saúde”, “bioética clínica”, “qualidade da atenção”. Os pressupostos adotados são os de que o aumento da eficiência está diretamente relacionado com as decisões clínicas. Desta forma, esse padrão de reforma volta-se à fundamentação

científica das decisões, envolve a contribuição ativa dos profissionais e a adoção de dois componentes: “tornar mais clínica a gestão e tornar mais gestora a clínica” (pag. 22).

Ao discorrer sobre propostas para a nova gestão do SNS, Belenes (2003, pag. 154) indica que “o paradigma da gestão moderna da saúde seguirá sendo a gestão clínica, a gestão por casos, por processos, a medicina baseada em evidências. O interesse dos gestores deve mover-se e centrar-se na micro-gestão e no processo”.

Se por um lado a gestão clínica segue presente e orientando a formação de gestores, por outro lado os componentes curriculares relativos aos grupos temáticos "Trabalho em saúde e Demografia" não foram identificados nos cursos pesquisados. Chama também a atenção, a não identificação de componentes curriculares referentes à "Informação em Saúde".

No curso B, ainda que não seja possível ter uma maior precisão da distribuição da carga horária, identificamos que os componentes curriculares de "Metodologia de Pesquisa" e o trabalho de fim de curso, além de outros (Práticas, Exercícios; Mesas redondas, Conferências; Visitas a instituições) possuem um peso significativo.

No que se refere ao curso C, observamos um maior peso para o grupo temático "Política, Planejamento e Gestão" e um equilíbrio nos demais componentes curriculares abordados. É o curso que apresenta maior carga horária destinada aos componentes curriculares vinculados ao "Direito e Estado". Identificamos, ainda, o tema "Economia e Sociedade", apesar de não ter sido possível verificar sua carga horária.

O curso D contempla o maior número de grupos temáticos. Um olhar mais detalhado para esse curso nos diz que a carga horária destinada à "Metodologia de Pesquisa" é uma das com menor peso, o que chama a atenção por se tratar de um curso de pós-graduação *stricto sensu*. É o curso que apresenta, igualmente, a menor carga horária para o grupo que considera atividades acadêmicas práticas e seminários. Esse curso apresenta um percentual de 21,3 da sua carga horária voltada à Economia da saúde. Essa ênfase guarda relação com alterações produzidas no currículo por ocasião de mudança de instituição acadêmica conveniada, como exposto anteriormente no tópico sobre a construção do currículo.

O somatório dos grupos temáticos da Administração com o de Gestão da Qualidade (grupos 4 e 5) e dos grupos temáticos de Processo Saúde-Doença, Epidemiologia e Vigilâncias e Gestão Clínica (grupos 2 e 6) encontram-se no Quadro 10.

Quadro 10 - Somatório de grupos temáticos por curso pesquisado na Espanha

<b>Cursos</b>	<b>Somatório dos grupos Administração e Gestão da Qualidade</b>	<b>Somatório dos grupos Processo Saúde-Doença, Epidemiologia e Vigilâncias e Gestão da Clínica</b>
Curso A	30	30
Curso C	18,3	19,1
Curso D	21,4	31,4

Fonte: elaboração própria

Esse resultado pode estar indicando que o peso da distribuição da carga horária pelos grupos de temas apresenta um certo equilíbrio entre os componentes curriculares mais afeitos à saúde, quando comparados àqueles mais afeitos à administração.

Destacamos, entretanto, que identificamos apenas nos cursos A e D componentes curriculares voltados ao tema Saúde, sociedade e ética. No primeiro curso, esse grupo temático impacta em 10% da carga horária total e, no segundo curso, em 1,5% da sua carga horária.

O fato de não termos encontrado um componente curricular afeito a esse ou outro grupo temático não significa a sua inexistência. Em um dos cursos pesquisados, o qual tivemos acesso ao material didático, encontramos extenso conteúdo de ética relacionada ao tema do ‘Bom governo’, entre outros. Isso pode estar se repetindo nos demais cursos. Acreditamos, entretanto, que a orientação de análise para os componentes curriculares explicitados no curso por meio título do assunto/disciplina de todos os cursos tem um valor aproximativo para compreendermos a direção da formação proposta.

Podemos apreender que a incorporação dos componentes curriculares voltados à gestão clínica e à gestão da qualidade vão se agregando aos conteúdos mais tradicionais, como aqueles da administração e da política de saúde. Esse fato contribui para que o ensino da gestão seja como um ‘mosaico’, com muitos desenhos e configurações em função das contribuições de diferentes áreas disciplinares.

Sob nosso ponto de vista, entendemos que o ensino da gestão, a partir de diferentes ferramentas e técnicas, não deve prescindir da sua compreensão como um processo social, de interação social, que produz e reproduz relações de força e de dominação. Acreditamos que essa compreensão está presente em alguns dos cursos estudados, ainda que com um menor peso, e podem estar relacionadas à perspectiva crítica de formação, que se daria a partir do ensino dos fundamentos da gestão, entendida como um processo presente no trabalho de cada

profissional e da organização como um todo e pelo entendimento do caráter relacional, de interação e de produção de subjetividade existente na gestão em saúde.

#### 4.2.3.4 Perspectiva de futuro

Para todos os participantes da pesquisa o tema da formação foi associado à profissionalização da gestão. O futuro projetado é que a formação seja uma condição para ocupação de cargos de gestão, superando o que hoje se dá apenas por decisão política discricional.

Para mim o grande desafio que a gestão tem é, na verdade, convertê-la em uma atividade profissional e, nesse sentido, passaria a requerer de alguma maneira ou necessitaria uma formação regulamentada para poder exercer a gestão. Se exigiria, como se exige que um cardiologista tenha, uma especialidade. (EC11)

No que diz respeito aos desafios percebidos, ressaltamos que os atributos do ‘Bom governo’ aparecem na fala dos entrevistados. Para um deles tais desafios significam tornar transparentes as práticas cotidianas da gestão, possibilitando o compartilhamento de informações e a avaliação do que é realizado. Nesse sentido, superando, conforme um dos entrevistados, a situação na qual “os problemas que temos nesse país é que a informação fica nas gavetas dos responsáveis políticos, nos diferentes serviços de saúde” (EC11). Esse mesmo entrevistado se referiu, igualmente, aos desafios relativos à associação entre pesquisa e ensino, visto como algo a ser intensificado.

Para um coordenador as escolas como a ENS e a EASP, com tradição histórica importante, seguirão existindo. Ele prevê que a alteração no futuro da formação se dará no âmbito metodológico, com o predomínio do ensino a distância.

## 5 BRASIL E ESPANHA: SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS NA FORMAÇÃO DE GESTORES DA SAÚDE

A análise das semelhanças e diferenças encontradas na formação de gestores da saúde no Brasil e na Espanha teve como ponto de partida a descrição de processos históricos mais amplos. Entendemos que a compreensão do contexto de outro país, mais do que oferecer modelos a serem transpostos, considerando os limites dados pelas diferenças culturais, políticas, sociais, geográficas e econômicas, permite o conhecimento de uma dada experiência e do que essa pode nos informar sobre a nossa realidade.

Nesse sentido, verificamos que as semelhanças e diferenças encontradas nos cursos pesquisados se inserem na história da formação em gestão em saúde dos dois países, nos motivando a iniciar a discussão abordando tais elementos históricos.

Ao tomarmos como elemento comum o fato de que o Brasil e a Espanha adotaram a proteção à saúde como direito de cidadania por meio de sistemas públicos e nacionais de saúde, identificamos que a política de saúde, assim como outras políticas sociais, demandou uma ampliação da capacidade gerencial e uma expansão da atuação do Estado, mediante as suas organizações burocráticas.

Essa atuação se deu no âmbito de um dos dois principais padrões reformistas, conforme apontado por Carneiro (2016). Trata-se da administração pública, iniciada na segunda metade do século XIX e adotada pelo modelo burocrático weberiano. Um segundo padrão reformista é o da chamada 'Nova Gestão Pública', que teve início no último quartil do século XX. Ambos padrões estiveram presentes nas reformas do Brasil e da Espanha. Uma das diferenças é que no Brasil a implantação dos referidos padrões foi tardia em relação aos países da Europa Ocidental, de acordo com esse autor. Para o mesmo, em nosso país, a implantação da concepção clássica de burocracia se deu de forma parcial ou inconclusa.

A previsão de organização da estrutura administrativa do governo federal brasileiro, com a criação do DASP, em 1938, considerado um marco no processo de adesão ao modelo burocrático weberiano, e realização de concursos obrigatórios, não foi capaz de impedir que a "gramática do personalismo", assim como tratada por Nunes (1997), prevalecesse. Esse fato acarretou que, conforme apontaram Abrucio, Pedroti e Po (2010, p.52), a falta de uma burocracia profissionalizada levasse a uma multiplicidade de "corpos administrativos, com formas de legitimidade e meritocracia diferentes e sem diálogo entre si, inviabilizando uma efetiva gestão de pessoal".

Na Espanha, Freire (1999) ao discorrer sobre a organização e cultura de gestão do SNS, apontou que a mesma possui uma tripla tradição e influência. A primeira, vinculada à cultura original da Previdência Social, caracterizada por dar às instituições personalidade jurídica e organizativa própria, com autonomia, específicas dos serviços de saúde e independentes da administração pública geral. A segunda, ocorrida no início dos anos 80, no contexto da redemocratização, que ao tomar como referência a administração pública comum, realizaram uma homogeneização de todo o setor público, inclusive a saúde, com uma tendência burocrática e uniformizadora em termos do quadro profissional. A terceira, que desde os anos 80, mas com maior expressão nos anos 90, foi o *gerencialismo empresarial público*, que reuniu um amplo conjunto de ideias, entre elas a de uma gestão mais eficiente na lógica de atendimento às demandas da população.

Ao centrarmos nossa atenção nessas tradições e influências percebemos a relação das mesmas com a constituição e o papel desempenhado por um dos ‘corpos de funcionários’: os inspetores da saúde da Previdência Social. Se esses se aproximavam da profissionalização da administração pública pelo ingresso por concurso competitivo, pelo conhecimento especializado e tomada de decisões baseadas em um conjunto de regras racionais e formalmente especificadas, na tradição seguinte esse modelo sofre uma transformação.

A partir de 1983, segundo Laita (1991), com a publicação da Ordem de Presidência de Governo, os cargos de direção passam a não ser mais ocupados exclusivamente pelos ‘funcionários da Previdência Social’, mas também por profissionais da assistência. A exigência de formação prévia não foi considerada critério de admissão e, a partir de 1999, por uma alteração no RD 521/87, foram suspensas as exigências de realização de concurso público. Com essas transformações, as organizações de saúde deixam de ser dirigidas por um ‘corpo de funcionários’, que se deslocam para outras ocupações, mas que vão se reduzindo pela não reposição do quadro, e ficam mais permeáveis a gestores indicados por critérios políticos.

Outro ponto a ser destacado é que tanto no Brasil quanto na Espanha a saúde pública e a assistência médica previdenciária foram organizados por aparatos institucionais distintos. O resgate histórico possibilitou a compreensão da importância dessa última, de natureza securitária e corporativista, com característica de forte centralização e do protagonismo dos Ministérios da Previdência e Assistência Social, no Brasil, e do Ministério do Trabalho e Previdência Social, na Espanha, que se organizaram a partir de institutos responsáveis pela sua implementação. Se tal fato pode ser considerado similar entre os dois países, o mesmo guarda, entretanto, uma significativa diferença. Trata-se da cobertura provida pela rede

assistencial do sistema previdenciário espanhol. Conforme Freire (2006, pag. 38) “a ASSS foi progressivamente expandindo a cobertura populacional (82% do total em 1978) e suas instalações, fazendo de fato possível sua extensão à toda a população”. Cobertura essa, que chegou à quase totalidade da população no final dos anos 1990, e que se constituiu como base para a implantação do SNS.

Assim, ainda que os dois países tenham adotado a saúde como direito de cidadania, a ser viabilizado por sistemas públicos financiados por meio de impostos, a extensão de cobertura à toda a população apresenta importantes distinções entre os dois países.

No Brasil, a rede de serviços existente no momento em que o SUS foi implantado não contava com capacidade de cobertura ao conjunto da população. No que se refere à atenção básica, Malta et al (2016) apontaram que a cobertura pela Estratégia Saúde da Família foi sendo ampliada, alcançando a cobertura de 56,2% (pessoas moradoras em domicílios cadastrados em unidade de saúde da família) no ano de 2013. Existe, ainda, aproximadamente um quarto da população brasileira (24,5%, conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em 2017), que é beneficiária de planos privados de assistência médica. Esses garantidos, na maior parte das vezes, pelas empresas empregadoras ou, ainda, custeados com recursos próprios. Esse resultado indicaria que, ainda que tenha sido alcançada a extensão da cobertura na atenção básica, uma parte da população brasileira, dependente exclusivamente do SUS, encontraria barreiras de acesso e utilização dos serviços ainda nos dias atuais em decorrência da falta do investimento necessário à expansão da oferta pública de serviços em todos os níveis da atenção à saúde. Os limites na construção do SUS relativos à cobertura e alcance da equidade foi abordado por Conill (2017, p.6). Para a autora,

Atualmente, o sistema de saúde brasileiro é um sistema universal com cobertura duplicada e desigual: enquanto a população de renda mais baixa utiliza o SUS, os usuários do segmento suplementar podem constitucionalmente recorrer aos dois, com direito a renúncia fiscal. E isso se dá para alguns exames, procedimentos mais sofisticados e medicamentos, criando-se uma situação em que o SUS é que se torna suplementar para os que possuem planos privados, cuja cobertura se aproxima dos 50% em algumas capitais das regiões Sul e Sudeste.

Na Espanha o SNS permitiria o acesso por meio de uma rede de serviços que cobre todo o país, como afirmado por Freire (2006). Recentemente, a trajetória de extensão de cobertura e a lógica de universalismo do SNS sofreu uma inflexão com o RDL 16/2012. De acordo com Repullo (2012), essa normatização foi considerada um retrocesso por aproximar novamente o sistema de uma concepção de direito de afiliados e beneficiários, definido pela contribuição à Previdência Social.

No que se refere às origens da formação de gestores da saúde, encontramos três principais semelhanças entre os dois países. A primeira delas diz respeito a que nas décadas iniciais do século XX ocorreram as iniciativas formativas inaugurais vinculadas aos órgãos de saúde pública: o Departamento Nacional de Saúde, no Brasil e a Direção Geral de Saúde, na Espanha. No Brasil, os cursos tiveram início com a criação de escolas de saúde pública, sendo a primeira a Faculdade de Saúde Pública da USP, em 1929. Na Espanha, conforme Carrasco (1998), a ENS, criada no ano de 1924, se voltava à formação de ‘corpos de funcionários’ dos órgãos dependentes da Direção Geral da Saúde.

A segunda é que a formação em administração hospitalar foi estruturada posteriormente e em consonância com determinantes, apontados por Marcondes (1977): centralidade crescente dos hospitais na assistência à saúde, transformação do seu perfil de instituição de benemerência e de formação de médicos e enfermeiros para o perfil de uma organização com mecanismos e regras a cumprir junto ao governo para o atendimento a um número cada vez maior de beneficiários da previdência social, pelos maiores custos decorrentes da especialização e sofisticação da prática da medicina e pela busca da qualidade. No Brasil a formação de gestores hospitalares teve início no ano de 1951, quando foi criado o primeiro curso de especialização em administração hospitalar. A origem do mesmo, segundo Kisil (1994), se deu em decorrência da necessidade de formar administradores quando da implantação do Hospital das Clínicas da USP. Na Espanha, conforme Laita (1991), os Cursos de Administração Hospitalar tiveram início em 1964. A base dessa oferta estava relacionada às exigências da Lei 37/62, sobre os Hospitais, e que estabelecia o desenvolvimento da formação e capacitação de dirigentes, assim como a exigência de formação prévia em casos específicos.

A terceira é relativa à criação de cursos em escolas de administração em saúde. No Brasil essa oferta teve início na segunda metade dos anos 70, com destaque para o Programa de Coordenação e Apoio à Educação em Administração de Atenção à Saúde na América Latina e Caribe, de 1979, desenvolvido pela OPAS, com o apoio da Fundação W. K. Kellogg, e os Programas de Administração de Saúde (PROASAs). Na Espanha, de acordo com Lamata (1998), na década de 80, foram criadas as denominadas “escolas de negócio”, vinculadas, fundamentalmente, às universidades ou centros de formação privados.

O estudo dos antecedentes dos cursos em gestão em saúde selecionados nos dois países revelou elementos de sua institucionalização. Até onde pudemos perceber, ainda que existam atualmente diferentes e tradicionais ofertas formativas no contexto de ambos países, estas não se originaram em uma política nacional de formação. No Brasil verificamos que a

iniciativa foi das próprias instituições com diferentes motivações de origem. Algumas referentes a incentivos governamentais não específicos para a área de gestão em saúde como o REUNI e um edital do MEC. Outras ligadas à percepção da necessidade de formação, busca de profissionalização e demanda de mercado, essa última referente a um curso oferecido por uma instituição privada. Na Espanha, a preocupação com a formação de gestores esteve na origem da Escola de Gerência Hospitalar, criada em 1970 e posteriormente integrada à ENS, e das escolas das CCAAs. A criação dos cursos vinculados ao sistema público de ensino teve uma estreita relação com a conformação político-institucional do sistema de saúde e com a percepção da importância de que essa formação de gestores se desse mais próxima da realidade de saúde e da gestão pública e nesse âmbito de ensino.

Entendemos que a ausência de uma política nacional de formação na área possui uma relação não apenas com o papel assumido pelo Estado, causa de fundo, mas também com um conjunto de fatores para os quais é condicionante. Entre eles, a iniciativa de cada instituição de criação de cursos, a responsabilidade individual pela busca dessa formação, a inexistência de trajetória formativa e de carreira, a indefinição de conteúdos programáticos, a não exigência de formação prévia para assumir postos de gestão.

A existência ou não de uma política nacional de formação se relaciona ao tema da profissionalização da gestão. Apesar dessa questão ter aparecido como uma preocupação nos dois países, algumas diferenças significativas foram observadas.

No Brasil foi possível perceber a ausência de uma base normativa a respeito da formação e ocupação de postos de gestão. Conforme Malik (2010), a iniciativa de regulamentação da ocupação dos cargos de direção de hospitais vinculados ao SUS, estabelecendo critérios de qualificação profissional para direção de hospitais de diferentes portes, independentemente de sua natureza jurídica, se deu a partir da publicação pelo Ministério da Saúde da Portaria nº 2.225, de dezembro de 2002. Essa Portaria, entretanto, foi revogada após dois anos da sua publicação, sem que outra norma a substituísse na regulamentação do tema, mantendo assim a situação de nomeação dos cargos de gestão por indicação política, sem exigência de qualificação.

Outro aspecto importante relacionado a esse é que o incentivo à formação de gestores guarda relação com as prioridades e políticas desenvolvidas em um dado governo. A nosso ver, a proposta mais estruturada, que teve por objetivo promover a articulação entre as iniciativas de formação e de capacitação dos gestores nos diversos níveis de governo, foi o Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial do Sistema Único de Saúde (PNDG), de 2007, instituído por meio da Portaria nº 1.311, de maio de 2010. Cumpre destacar uma outra

área priorizada em 2009, na perspectiva das Redes Colaborativas, que foi a referente à Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do SUS (RegeSUS). O PNDG e a RegeSUS, por sua vez, foram suspensos e descontinuados com a troca de governo.

Na Espanha, a regulamentação referente à formação em gestão em saúde teve como marcos a Lei 37/62, a O.M. do Ministério do Trabalho, de 7/7/72, e o RD 2082/1978. Sobre essa última, Laita (1991) indica que quatro anos mais tarde, uma sentença do Supremo Tribunal tornou essa disposição nula, sem que tivesse sido desenvolvido nenhum de seus conteúdos. Esse fato fez com que perdurasse a inexistência de uma regulamentação sobre o tema. Um passo importante para a reversão desse quadro foi a recente aprovação da Lei 11/2017, de 22 de dezembro, de 'Bom Governo e de profissionalização da Gestão dos Centros e Organizações do Serviço Madrilenho de Saúde', voltada entre outros aspectos, à superação do clientelismo político na nomeação de gestores da saúde e que pode ser indutora de reformas em outras CCAA e em outros países, como o Brasil. Essa conquista é fruto de um longo processo, que só em parte foi possível recuperar no âmbito desse estudo. Destacamos informes e recomendações institucionais a partir de dois documentos: Recomendações do Conselho Assessor sobre o Código de Bom Governo da Saúde Pública Basca (GOBIERNO VASCO, 2010) e Propostas da Associação da Economia da Saúde (AES, 2014).

Como sinalizado por Kisil (1994), a profissionalização de uma ocupação não se esgota na constituição de programas acadêmicos, a serem credenciados pelo Estado, mas envolve a conformação de entidades associativas. Nesse ponto, constatamos uma importante especificidade da realidade espanhola, com destaque para a existência de sociedades que atuam tanto na formação quanto na busca de profissionalização da gestão como a Sociedade Espanhola de Gerentes de Saúde (SEDISA) e a Sociedade Espanhola de Gerentes de Atenção Primária (SEDAP).

Outra diferença verificada diz respeito aos níveis de formação em gestão, que somente no Brasil são oferecidos como habilitação técnica e graduação. Destacamos, a partir do estudo realizado, que a formação ao nível de graduação envolveu aspectos de pouca definição e tensionamento no campo da formação. Conforme Faria e Silva (2016), uma parte dos cursos de graduação em gestão, vinculados às universidades federais da Bahia, Rio Grande do Sul e Brasília - Campus Ceilândia, foram reformados sob a denominação de bacharelado em Saúde Coletiva. A identidade dessa formação com a área da saúde coletiva foi verificada pelos autores a partir da semelhança na denominação dos cursos de gestão, que em alguns casos incluem a expressão saúde coletiva, e na abordagem encontrada na literatura especializada, em que a graduação em gestão é incluída na lista dos cursos de graduação em saúde coletiva.

Ressaltamos o contexto em que ambas graduações são novas e tiveram o incentivo do REUNI para a sua criação.

A experiência de formação identificada a partir de cursos estudados nos dois países indicou alguns pontos de semelhança e diferença entre o Brasil e a Espanha.

No que se refere à organização do currículo, foi possível verificar nos dois países a estreita relação existente com o contexto institucional, no qual a coordenação do curso possui um papel relevante. Entendemos que esse fato tem relação com a inexistência de uma política para a área. No geral, o processo decisório de organização curricular nas instituições públicas tomou a forma colegiada, com participação de coordenadores e docentes e, em alguns casos, incluiu os gestores do sistema de saúde.

A vinculação com as necessidades dos serviços foi considerada pelos entrevistados como base para a organização e atualização do currículo. Observamos, entretanto, que a forma com que essas necessidades são apreendidas diferem entre os cursos estudados. Em alguns foram mencionados a interface com os serviços que são campo de estágio, o contato com egressos, em outros, ainda, a realização de pesquisas. Das experiências relatadas, ressaltamos aquela alcançada na experiência espanhola, em que constatamos uma maior integração a partir do arranjo institucional das CCAAs. Nesse contexto, o planejamento anual do curso considera os objetivos e metas traçados pela Administração Regional relativa à política de saúde.

Outro ponto comum é aquele em que aos eixos curriculares iniciais dos cursos foram incorporados diferentes conteúdos para atualização do currículo frente às mudanças observadas na política de saúde. Nesse processo de incorporação de novos conteúdos ficou mais evidente a participação não apenas dos coordenadores e docentes, mas também de alunos, de egressos e dos serviços.

Uma das formas de atualização do currículo se relacionou a processos avaliativos. Esses foram referidos, especialmente, pelos coordenadores dos cursos da Espanha. Nesse país, as avaliações foram apontadas como forma de subsidiar o coordenador ou a equipe de coordenação ou o Conselho Acadêmico sobre as alterações necessárias ao curso. No Brasil, essa relação foi mencionada em apenas um curso, ainda que existam processos e instrumentos de avaliação previstos.

A concepção de que a gestão em saúde é distinta da gestão de outros setores esteve presente na fala de entrevistados no Brasil e na Espanha. Os mesmos sinalizaram que as organizações de saúde se caracterizam pela autonomia sendo, conforme Mintzberg, organizações profissionais. A inserção em um sistema nacional de saúde e o entendimento da

saúde como conquista de direitos da sociedade também foram enfatizados, principalmente, pelos entrevistados das instituições públicas de ensino. De forma geral, a gestão foi entendida como o exercício de múltiplas funções como coordenar, articular, negociar, planejar, acompanhar, controlar, avaliar e auditar, em consonância à definição presente na NOB SUS 96 (BRASIL, 1997). Entendemos que essa concepção guarda estreita relação com aquela proposta pela Teoria Clássica da Administração, na qual Fayol define o ato de administrar a partir de cinco funções administrativas: prever, organizar, comandar, coordenar e controlar, (CHIAVENATO, 2003).

Os resultados apontaram que o nível de ensino não foi um fator determinante na definição de componentes curriculares pelos cursos em ambos os países. Esses resultados podem ser justificados pela perspectiva indicada por Motta (2004, p.37), segundo a qual “o aprendizado da gerência deve incluir um conjunto de conhecimentos comuns a todos que exercem ou pretendem exercer a função gerencial”. Conforme apontado pelo autor, um conjunto de mudanças foram produzidas na organizações contemporâneas, fruto da evolução do meio social, político e económico. Essas elevaram a complexidade da gerência de maior posição hierárquica, além de demandar o mesmo tipo de conhecimentos aos gerentes de níveis intermediários e local, antes ensinados somente aos dirigentes. As transformações se referem aos seguintes pontos: os contatos externos com públicos, clientelas e outras instituições, de carácter estratégico e que era exclusivo de ocupantes de cargos de topo, passam a ocorrer em todos os níveis hierárquicos; o processo decisório passa a envolver a participação não apenas de dirigentes e técnicos, mas de funcionários de nível hierárquico mais baixo; alteração na tomada de decisão centralizada, favorecida pela estrutura organizacional, que passa a ter orientação descentralizada; acesso por parte de todos os funcionários a informações anteriormente tratadas de forma restrita e até mesmo confidencial.

A sistematização dos conteúdos indicou que o ensino da gestão se compõe por saberes relacionados a um conjunto de disciplinas. Essas, em sua maior parte, ligadas às ciências sociais aplicadas como a administração, a economia, o direito, as ciências da informação.

Todos os cursos pesquisados nos dois países apresentaram componentes curriculares dos grupos temáticos de ‘Política, Planejamento e Gestão’ e ‘Administração’. Na Espanha, além desses grupos, todos os cursos envolveram a realização de estratégias como seminários, atividades práticas, conferências e visitas, em consonância ao explicitado pelo entrevistados relativo à articulação entre teoria e prática, assim como componentes curriculares do grupo temático de ‘Gestão clínica’. Em relação a esse último, constatamos uma diferença com o

Brasil, em que somente quatro cursos apresentaram componentes curriculares relativos a esse grupo.

Ainda que todos os cursos estudados tenham componentes curriculares do grupo temático de ‘Administração’, observamos uma significativa diferença entre os cursos do Brasil e da Espanha. No nosso país esse grupo apresentou o maior peso no currículo de quatro cursos, alcançando 43% do total da carga horária no curso técnico de gerência em saúde. Ao somarmos esse grupo com o de ‘Gestão da Qualidade’ e compararmos com o somatório dos grupos temáticos ‘Processo Saúde-Doença’, ‘Epidemiologia e Vigilâncias’ e ‘Gestão Clínica’, observamos que no Brasil existe um predomínio, na maior parte dos cursos, dos primeiros, que entendemos como mais afeitos à administração. Já na Espanha, o peso da distribuição da carga horária pelos grupos de temas citados apresentou um certo equilíbrio entre os grupos que consideramos mais afeitos à saúde e àqueles tidos como mais afeitos à administração.

Os componentes curriculares voltados ao grupo temático ‘Saúde, sociedade e ética’ foram constatados em apenas dois cursos no Brasil. Na Espanha identificamos esse grupo temático impacta em 10% da carga horária total em um curso de especialização e em 1,5% da carga horária de um curso de mestrado, oferecido por uma instituição privada. Em um outro curso de mestrado, o qual tivemos acesso ao material didático, encontramos extenso conteúdo de ética relacionada ao tema do ‘Bom governo’.

No Brasil, ao tomarmos como referência os componentes da Formação Paidéia, constatamos a partir das ementas das disciplinas o desenvolvimento de temas como co-gestão e trabalho em equipe em dois cursos de graduação e um de especialização em gestão hospitalar. No mestrado profissional, vinculado à uma instituição pública, outros temas como clínica ampliada; projeto terapêutico singular; equipes de referência e de apoio matricial, interdisciplinaridade, gestão da atenção em saúde e rede de cuidados, estavam igualmente presentes.

No Brasil, a inserção do cursos em instituições públicas e privadas possibilitou a constatação de um conjunto de situações. Uma delas diz respeito à pouca clareza da relação entre o setor privado de serviços e o SUS e a correspondente confusão de quem e para que atuação, pública ou privada, se estaria formando o gestor. Outra diz respeito ao requisito concernente ao pagamento dos cursos. Identificamos alguns cursos pagos, oferecidos por instituições públicas, e outros “gratuitos”, oferecidos por instituições privadas, o que não é uma tradição em nosso meio.

No que toca às perspectivas futuras da formação em gestão em saúde, posições semelhantes foram dadas pelos participantes da pesquisa. O tema da formação foi associado à

profissionalização da gestão. Algumas especificidades foram abordadas pelos entrevistados no Brasil, como a qualificação futura dos próprios docentes e da necessidade de compromisso do governo em apoiar essa formação com investimento, com incentivo. Na Espanha, o futuro projetado foi relacionado à profissionalização, ou seja, de que a formação seja uma condição para ocupação de cargos de gestão, superando a nomeação por decisão política discricional. Foi mencionado também a ampliação do ensino na modalidade EAD.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo visamos analisar a formação em gestão em saúde nos valendo de elementos históricos e de organização de cursos em dois países: Brasil e Espanha.

A pesquisa tomou por base um conjunto de cursos de diferentes níveis de ensino, vinculados à instituições públicas e privadas, fato que partiu de uma escolha metodológica, na tentativa de apreender a formação de gestores da saúde em sua abrangência.

Os resultados apontaram que o nível de ensino não foi um fator determinante na definição de componentes curriculares pelos cursos. Esses buscaram se aproximar da complexidade do campo da gestão por meio de diferentes disciplinas relacionadas às políticas de saúde, à saúde, à administração, entre outras. Observamos que os componentes curriculares afeitos à área da administração foram predominantes em alguns cursos, o que poderia estar indicando o entendimento da gestão como administração, termos muitas vezes empregados de forma indistinta.

A partir do vínculo institucional dos cursos no Brasil foi possível constatar um conjunto de situações. Uma delas diz respeito à pouca clareza da relação entre o setor privado de serviços e o SUS e a correspondente confusão de quem e para que atuação, pública ou privada, se estaria formando o gestor. Outra diz respeito ao requisito concernente ao pagamento dos cursos. Identificamos alguns cursos pagos, oferecidos por instituições públicas, e outros gratuitos, oferecidos por instituições privadas, o que não é uma tradição em nosso meio.

A partir do conceito de campo formulado por Bourdieu (2007), entendemos que a construção do currículo se deu em meio a relações de conflito e de disputas. No estudo o tensionamento entre os setores público e privado de ensino e entre um conjunto de agentes interessados e de saberes mobilizados na formação de gestores se tornou evidente. No que se refere à formação de maneira geral, essas disputas envolveram o técnico e o político, tendo como elemento central a questão da profissionalização da gestão.

A compreensão da formação na área da gestão nos levou a considerar a existência de fatores relacionados ao caráter burocrático da sociedade, que teve origem na maior complexidade das associações entre os indivíduos para alcance de objetivos. Assim, as relações entre os indivíduos, antes diretas, com a burocracia passaram a ser mediadas pelas organizações e por um conjunto de funcionários (“operários de gravata”), que nas organizações de saúde representariam os gestores dos sistemas de saúde, os diretores de

instâncias intermediárias e de unidades assistenciais, assim como todo o conjunto de funcionários administrativos de nível médio.

Na formulação de Weber (1999), o funcionalismo burocrático é um dos pontos centrais para o funcionamento do Estado burocrático e prevê além de contrato, carreira, divisão do trabalho, ordem hierárquica, entre outros, um treinamento especializado. Para o autor, a impessoalidade e a busca de aplicação de regras universalistas adotada pelos mesmos se constituiria como uma pré-condição à consolidação do Estado democrático.

Esses funcionários, ao ficarem isolados das demandas da sociedade por meio do “insulamento burocrático”, conforme descrito por Nunes (2010), alcançado pela profissionalização do Estado e pela adoção de procedimentos como o concurso público, contribuiriam para que a lógica personalística fosse evitada. Entretanto, tal fato abarca em si uma contradição. Se, por um lado, o insulamento burocrático se apresenta como uma forma de proteção do Estado em relação à pressão excessiva de grupos de interesse, por outro, o isolamento conferido impede que demandas sociais, como as demandas por políticas de saúde, sejam atendidas.

Nesse sentido, entendemos que a perspectiva mais coerente com a implementação do SUS é o universalismo de procedimentos, que se baseia nas normas do impersonalismo, parte de direitos iguais perante a lei, o que significaria que os benefícios e encargos públicos deveriam ser alocados segundo regras e procedimentos gerais e universais, estando associada à noção de cidadania plena. A mesma implicaria na autonomia do Estado, mas essa deveria ser acompanhada do atendimento às demandas sociais, com mecanismos de controle a ser realizado, entre outras possibilidades, pelos Conselhos de Saúde. Ou seja, dependeria de torná-lo permeável à sociedade, levando em consideração a complexidade e dinamismo do setor saúde como um sistema vivo.

Nessa direção, reconhecemos os atributos do ‘Bom governo’ como uma condição de possibilidade para o alcance do universalismo de procedimentos. Conforme Freire & Repullo (2011) apontaram, tais atributos se referem ao elevado grau de transparência, responsabilização, participação democrática e uma cultura de ética no serviço público e estariam voltados não apenas para os resultados (efetividade, eficiência, eficácia), mas também significariam bons procedimentos referentes à tomada de decisão com base nas normas de participação democrática, de respeito às leis, de prestação de contas, de transparência, entre outras.

Dessa forma, acreditamos que a acepção ‘Bom governo’ para se tornar uma prática cotidiana da gestão na efetivação de um sistema público e universal de saúde poderia estar

presente na formação dos gestores. Essa formação precisaria incorporar a racionalidade da práxis, mais adequada ao campo das práticas sociais em que a variabilidade dos casos e a complexidade do processo exige a reflexão e criatividade do agente e nos quais o emprego da razão técnica não seria suficiente. Conforme Campos (2011) isso implicaria na formação Paidéia, que associa o conhecimento técnico específico de cada campo ao governo de si mesmo e às relações sociais e políticas.

Finalmente, ao termos presente o princípio doutrinário de participação social inscrito no SUS, entendemos como fundamental maior ênfase no ensino da gestão participativa, pouco evidenciada no estudo realizado. As considerações realizadas nos fazem acreditar na necessidade de revisitar os cursos e programas formativos. A construção dessa possibilidade, no entanto, é vista por nós como um processo coletivo, que possa envolver um conjunto de agentes organizados em uma rede de ensino e pesquisa. Esperamos, assim, que este estudo possa contribuir com elementos de reflexão que necessitariam, entretanto, ser aprofundados por outras investigações a respeito da formação na área da gestão em saúde.

## REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L. S. Educação Profissional e Gestão em Saúde: pressupostos teórico-conceituais na formação de profissionais de nível médio. **Rev. Trabalho, Educação e Saúde**, v.3 n2, p. 351-369, 2005.
- ABRUCIO, F. L.; PEDROTI, P. & PO, M. V. A formação da burocracia brasileira: a trajetória e o significado das reformas administrativas. In: LOUREIRO, M. R.; ABRUCIO, F. L.; PACHECO, R. S. (Orgs.). **Burocracia e política no Brasil**: desafios para a ordem democrática no século XXI. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010. p. 27-71.
- ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD. Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance. Edición electrónica. Febrero de 2014. Disponível em: <[http://www.aes.es/Publicaciones/SNS\\_version\\_completa.pdf](http://www.aes.es/Publicaciones/SNS_version_completa.pdf)> Acesso em: 22 de junho de 2017.
- BAPTISTA, T. W. F.; MACHADO, C. V. and LIMA, L. D. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.14, n.3, p. 829-839, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 2010.
- BELENES, R. Un balance personal de 25 años de gestión sanitaria moderna en el Sistema Nacional de Salud. **Gaceta Sanitaria**, vol. 17, n. 2, p. 150-6, 2003.
- BELISARIO, S. A. et al. Implantação do curso de graduação em saúde coletiva: a visão dos coordenadores. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2013, v. 18, n. 6, p. 1625-1634.
- BOSI, M. L. M.; PAIM, J. S. Graduação em Saúde Coletiva: subsídios para um debate necessário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 236-237, Feb. 2009.
- BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência. Por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: Ed. UNESP, 2004.
- \_\_\_\_\_. Da casa do rei à razão de Estado: um modelo da gênese do campo burocrático. In: WACQUANT, L. **O mistério do ministério. Pierre Bourdieu e a política democrática**. Editora Revan, 2005.
- \_\_\_\_\_. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.
- \_\_\_\_\_. **Razões Práticas. Sobre a teoria da ação**. 11<sup>a</sup> ed.- Campinas, SP: Papyrus, 2011.
- \_\_\_\_\_. **Sobre o Estado**: Cursos no Collège de France (1089-92). São Paulo: Companhia das Letras, 2014.
- BULLINGER, M. A discricionarietà da administração pública. **R. C. Pol.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 3-23, abr./jun. 1987.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Senado, Brasília, D.F, 1988.
- \_\_\_\_\_. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB- SUS 96 - Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde: O Desafio de Construir e Implementar Políticas de Saúde - Relatório de Gestão 2000-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação-Geral da Política de Recursos Humanos. Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1311, de 27 de maio de 2010. Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no Sistema Único de Saúde - PNDG. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.120 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Projeto GERUS. Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde do SUS. 1997. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002808.pdf>>. Acesso em: 27 agosto 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Catálogo Nacional de Cursos Superiores de Tecnologia. 3a edição. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=44531-catalogo-nacional-cursos-superiores-tecnologia-edicao3-2016-pdf&category\\_slug=junho-2016-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=44531-catalogo-nacional-cursos-superiores-tecnologia-edicao3-2016-pdf&category_slug=junho-2016-pdf&Itemid=30192)>. Acesso em: 30 novembro 2017.

CAMPOS, E. Introdução. In: \_\_\_\_\_. (Org). **Sociologia da Burocracia**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

\_\_\_\_\_. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, Apr. 2007a.

\_\_\_\_\_. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12 (Sup), p.1865-1874, 2007b.

\_\_\_\_\_. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, 2010.

\_\_\_\_\_. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n. 7, p. 3033 (8), July, 2011.

\_\_\_\_\_. *Estratégias para consolidação do SUS e do direito a saúde. Ensaios & Diálogos*, nov, 2016. Disponível em: <[https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2017/03/artigo\\_GASTAO\\_REVISTA\\_3\\_marco\\_2017.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2017/03/artigo_GASTAO_REVISTA_3_marco_2017.pdf)>. Acesso em: 26 março 2018.

CARNEIRO, R. Descentralização, Hibridismo e o Desafio da Profissionalização da

Administração Pública no Brasil. In: MENICUCCI, T. & CONTIJO, J.G.L. (Org.). **Gestão e Políticas Públicas no Cenário Contemporâneo: tendências nacionais e internacionais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. p. 173-197.

CARRASCO, I. Evolución del Sistema Sanitario Español. In: LAMATA, F. C. **Manual de Administración y Gestión Sanitaria**. Madrid. España: Ediciones Diaz de Santos, S.A., 1998.

CARVALHAL, M. R. F. Formação de administradores de saúde. **Rev. Adm. Pública**, v. 15, n.1, p. 57-103, 1981.

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S. & OLIVEIRA, G. N. Reflexões sobre o ensino de gestão em saúde no internato de medicina na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas: Unicamp. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 29, p. 455-465, abril-junho, 2009.

CASIMIRO, C. F. **Os caminhos da formação de gestores de sistemas e serviços de saúde: uma análise da adequação entre a teoria e a prática**. 2011. 205 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

CAVALCANTE, P.; CARVALHO, P. Profissionalização da burocracia federal brasileira (1995-2014): avanços e dilemas. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, p. 1-26, Feb. 2017.

CECCIM, R. B. & FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CEZAR, D. M. et al. O bacharel em saúde coletiva e o mundo do trabalho: uma análise sobre editais para concursos públicos no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Redes**, vol. 1, n. 4, p. 65-73, 2015.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações - 7. ed. rev. e atual.** - Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G.W.S, MINAYO, M. C. S et al, (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2a ed. São Paulo: Ed. Hucitec. 2006. p. 563-613.

\_\_\_\_\_. O SUS sem dívida e sem mercado: abrindo o debate. Disponível em: <<http://www.cee.fiocruz.br/?q=node/630>>. Acesso em: 22 março 2018.

CONILL, E. M; GIOVANELLA, L.; FREIRE, J. M. Entrevista com o professor Gilles Dussault: Desafios dos sistemas de saúde contemporâneos, por Eleonor Minho Conill, Ligia Giovanella e José-Manuel Freire. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2889-2892, 2011.

CONTERNO, S. F. R.; LOPES, R. E. Pressupostos pedagógicos das atuais propostas de formação superior em saúde no Brasil: origens históricas e fundamentos teóricos. **Avaliação** (Campinas), Sorocaba, v. 21, n. 3, p. 993-1016, Nov. 2016.

CORCUFF, P. **As novas sociologias: construções da realidade social**. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

COSTA, L. A. **Insulamento burocrático, autonomia do estado e inserção social**: um estudo sobre o Ministério da Saúde na coordenação nacional do SUS. 2011. 166 f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

CUNHA, M. L. S.; HORTALE, V. A. Características dos cursos voltados para a formação em gestão em saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 425-440, abr. 2017.

DE FRANCESCO, F. *Transnational Policy Innovation: The OECD and the Diffusion of Regulatory Impact Analysis* ECPR Press, 2013, 224 páginas.

DEITOS, A. R. Políticas públicas e educação: aspectos teóricos-ideológicos e socioeconômicos. **Acta Scientiarum**. Education (UEM), v.32, n.2, p. 209-210, jul., 2010.

DEMO, P. **Introdução à metodologia da ciência**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1987.

EISENSTADT, S. N. Burocracia, Burocratização e Desburocratização. In: BOUDON, R. **Tratado de Sociologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995.

ESPAÑA. Ley 44/2003, de 21 de noviembre de 2003, de ordenación de las profesiones sanitarias. Referência **Boletim Oficial do Estado**. BOE-A-2003-21340. LEGISLAÇÃO CONSOLIDADA. Disponível em: <<https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>>. Acesso em: 17 abril 2017.

\_\_\_\_\_. Reglamento de Régimen, gobierno y servicios de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, de 07 de julio de 1972. **Boletim Oficial do Estado**. O. M. del Ministerio de Trabajo.

\_\_\_\_\_. RD 521, de 16 de abril de 1987. **Boletim Oficial do Estado**, número 91. Referência: BOE-A-1987-9351 LEGISLAÇÃO CONSOLIDADA. Disponível em: <<https://www.boe.es/buscar/pdf/1987/BOE-A-1987-9351-consolidado.pdf>>. Acesso em: 08 junho 2017.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2016 Disponible en: <<http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>>. Acesso em: 24 abril 2017.

\_\_\_\_\_. Sistema Nacional de Salud de España 2010 [monografía en Internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. Disponível em: <<http://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>>. Acesso em: 09 de setembro de 2015.

ESTÊVÃO, C. V. Formação, gestão, trabalho e cidadania: contributos para uma sociologia crítica da formação. **Educação e Sociedade**, v. 22, n. 77, p. 185-206, 2001.

EVANS, P. Análise do estado no mundo neoliberal: uma abordagem institucional comparativa. **Revista de Economia Contemporânea**. n. 4, p. 51-85, jul – dez de 1998.

FARIA, M. A.; SILVA, A. J. Gestão de serviços de saúde: analisando a identidade na graduação. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 95-105, mar. 2016.

FEUERWERKER, L. & ALMEIDA, M. Diretrizes Curriculares e Projetos Pedagógicos: é tempo de ação! **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v. 56, n. 4, p. 351-352, jul/ago 2003.

FLICK, U. **Desenho da Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANCO, M. C. Quando nós somos o outro: questões teórico-metodológicas sobre os estudos comparados. **Educação e Sociedade**, v. 21, n. 72, p. 197-230, 2000.

FREIRE, J. M. C. Política sanitária. 1999. **Políticas sociales y estado de bienestar en España: informe 1999**, págs. 433-490. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=2778>>. Acesso em: 10 julho 2017.

\_\_\_\_\_. **El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones**. 2006. Disponível em: <<http://portal.ugt.org/claridad/numero7/freire.pdf>>. Acesso em: 14 agosto 2017.

FREIRE, J. M. & REPULLO, J. R. El buen gobierno de los servicios de salud de producción pública: ideas para avanzar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 06, p. 2733-2742, 2011.

FRIEDBERG, E. Organização. In: BOUDON, R. **Tratado de Sociologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GENERALITAT DE CATALUNYA. Departamento de Saúde e Seguridade Social. Direção Geral de Assistência Sanitária. Série Informes e Ditames de Assistência Sanitária 4. Programas de Formação para a Gestão dos Centros Assistenciais, Barcelona, 1983.

GOBIERNO VASCO, Departamento de Sanidad y Consumo. Recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Código de Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca, 2010. Disponível em: <[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cbil\\_buengobierno/es\\_cbil/adjuntos/Buengobiernomarzo.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cbil_buengobierno/es_cbil/adjuntos/Buengobiernomarzo.pdf)>. Acesso em: 19 junho 2017.

GOODSON, I. Tornando-se uma matéria acadêmica: padrões de explicação e evolução. **Teoria & Educação**, Porto Alegre, n. 2, 1990, p. 230-254.

Health Systems in Transition (HiT) profile of Spain. Disponível em: <<http://www.hspm.org/countries/spain25062012/livinghit.aspx?Section=5.2%20Human%20resources&Type=Section#29NewNationalRegistryofHealthcareProfessionals>>. Acesso em: 30 agosto 2017.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar. Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais** (2ª edição), Rio de Janeiro: Ed. Record, 1997.

GUBA, E. G. e LINCOLN, Y. S. **Avaliação de Quarta Geração**. Campinas, S.P: Editora da Unicamp, 2011.

GUERRERO, M. Actualización del Informe SEDISA sobre la Profesionalización de los Directivos de la Salud. 20º Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria. Sevilla, 29, 30 y 31 de marzo de 2017 (mimeo).

HALL, R. H. O conceito de Burocracia: uma contribuição empírica. In: CAMPOS, E. **Sociologia da Burocracia**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971.

HORTALE, V. A. Mestrado Profissionalizante em Saúde Pública. Um olhar para as experiências internacionais. In: LEAL, M. C., and FREITAS, C. M. (Orgs.). **Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 10 agosto 2016.

KISIL, M. **Educação em Administração de Saúde na América Latina: a busca de um paradigma**. São Paulo: USP, 1994.

KLIEBARD, H. M. Burocracia e Teoria de Currículo. **Currículo sem Fronteiras**, Madison, EUA, 2011. Disponível em: <http://www.curriculosemfronteiras.org/vol11iss2articles/kliebard-burocracia.pdf>. Acesso em: 10 junho 2015.

KLIKSBERG, B. A gerência na década de 90. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p. 59-85, jan./mar., 1988.

KOIFMAN, L.; GOMES, L. N. A graduação em Saúde Coletiva: um debate ou uma realidade?. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 417-418, dez. 2008.

LAITA, M. U. **Proyecto de formación y capacitación de directivos hospitalarios en el Sistema Nacional de Salud Español**. 1991. Tesis Doctoral - Universidad Aunonoma de Madrid, Facultad de Medicina, Madrid.

LAMATA, F. C. **Manual de Administración y Gestión Sanitaria**. Madrid. España: Ediciones Diaz de Santos S.A, 1998.

LOYOLA, M. A. **Pierre Bourdieu entrevistado por Maria Andréa Loyola**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2002.

MADRI (Comunidade Autônoma). Resolución Núm.24 (X)/2015, de 29 de outubro de 2015. **Boletín Oficial de la Asamblea de Madrid**. Número 20. X Legislatura. p. 1083-1084.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D; BAPTISTA, T. W. F. Configuração Institucional e o Papel dos Gestores no Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C & PONTES, A. L. P. **Política de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. p.139-162.

MALIK, A. M. Presença da FGV-EAESP na Formação de Administradores para a Área da Saúde. Resultados de 30 anos de trabalho. Relatório 07/2010. Fundação Getúlio Vargas/Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/13375/Malik%20-%20Rel.%20Final.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 07 Fevereiro 2017.

MALTA, D. C. et al . A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, feb. 2016.

MARCONDES, R. C. O administrador hospitalar: sua formação e perspectivas profissionais. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 23-28, Apr. 1977.

- MARTÍNEZ, F. J. La reforma sanitaria en España: 1978-1995. In: LAMATA, F. C. **Manual de Administración y Gestión Sanitaria**. Madrid. España: Ediciones Diaz de Santos, S.A.,1998.
- MAXELL, J. A. Designing a qualitative study. In: Bickmann (versão eletrônica), 2008.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- \_\_\_\_\_. O desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R; MINAYO, M. C. S, (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- MOREIRA, A. F. B. e SILVA, T. T. Sociologia e teoria crítica do currículo: uma introdução. In: MOREIRA, A. F. B. e SILVA, T. T. (Orgs.). **Currículo, Cultura e Sociedade**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- MOREIRA, C. O. F. **Entre o indivíduo e a sociedade: um estudo da filosofia da educação de John Dewey**. Bragança Paulista: EDUF, 2002.
- MOTTA, F. C. P. & BRESSER-PEREIRA, L. **Introdução à Organização Burocrática**. s.l: Editora Brasiliense, 1986.
- MOTTA, P. R. **Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 15ª edição. Rio de Janeiro: Record, 2004.
- NOGUEIRA, M. A. **Bourdieu & a Educação**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2014.
- NUNES, E. **A gramática política do Brasil**. 4a ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. Brasília: ENAP, 2010.
- OCDE. Avaliação da gestão de recursos humanos no governo — relatório da OCDE. Brasília, 2010.
- OECD Organisation for Economic Co-operation and Development. Country statistical profiles 2012. Disponível em: <[http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profiles-key-tables-from-oecd\\_20752288](http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profiles-key-tables-from-oecd_20752288)>. Acesso em: 13 março 2017.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Relatório de Gestão dos Termos de Cooperação: 2o semestre de 2008. / Organização Pan- Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 279 p.: il.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Relatório de Gestão dos Termos de Cooperação: 2010./Organização Pan-Americana daSaúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 372 p.: il.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Relatório de Gestão dos Termos de Cooperação: 2013./Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2014. 508 p.: il.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, supl. p. 1819-1829, Nov. 2007 .

PAULA, A. P. P. **Por uma nova gestão pública**: limites e potencialidades da experiência contemporânea. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

RAMOS, C. L. & MARCONDES, W. B. O Projeto de Pesquisa Social em Saúde: a focalização do tema, indagações e perspectivas de análise. In: HORTALE, V. A.; MOREIRA, C.O.F.; BODSTEINS, R.C.A & RAMOS, C.L (Orgs.). **Pesquisa em Saúde Coletiva**: fronteiras, objetos e métodos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. p.173-196.

REY DEL CASTILLO. **Políticas Sanitarias en España**: pasado, presente y futuro del sistema sanitario español. 2010. 803f. Tesis de doctorado - Universidad Autónoma de Madrid. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Madrid, 2010.

REPULLO, J. R. Cambios y reformas en sistemas y servicios sanitarios. In: REPULLO, J. R. & IÑESTA A.(eds). **Sistemas y servicios sanitarios**. Madri: Ediciones Díaz de Santos, 2006, p. 121-197.

\_\_\_\_\_. Mudanças e Reformas nos Sistemas e Serviços de Saúde. UNED/ENS/ISCIII. Unidades Docentes de la Escuela Nacional de Sanidad. Edición Brasil. 2012 [traducción 2015]. Disponível em: <[http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500568/n02.04\\_Mudan\\_\\_as\\_e\\_reformas.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500568/n02.04_Mudan__as_e_reformas.pdf)>. Acesso em: 18 julho 2017.

\_\_\_\_\_. La sostenibilidad de las prestaciones sanitarias públicas. In: PRESTO LINERA, M.A. Crisis Económica y atención a las personas y grupos vulnerables. Procuradora General del Principado de Asturias. Universidad de Oviedo – Área de Derecho Constitucional. Procura No 2. 2012

\_\_\_\_\_. **Salud y Política**. Curso de Informadores Sanitarios [Bloque 3]. (mimeo). Organización Médica Colegial de España, 2014.

\_\_\_\_\_. Para profesionalizar gerencias sanitarias y hacer gestión efectiva necesitamos Órganos Colegiados de Gobierno. 2015. Disponível em: <<http://www.medicosypacientes.com/articulo/para-profesionalizar-gerencias-sanitarias-y-hacer-gestion-efectiva-necesitamos-organos>>. Acesso em: 28 agosto 2017.

\_\_\_\_\_. Profesionalismo y motivación en la gestión sanitaria. Recursos Humanos [Monografías de Gestión Hospitalaria]. 2016. (9): 40-60. Disponible en: <<http://qbooks.raizqubica.com/bayer-gh/downloads/publication/9788460873921.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2017.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Programa de desenvolvimento gerencial do Suds na transição para o SUS- Ciplan/Opas: projeto para operacionalização. Núcleo de Integração Interuniversitária da Área de Saúde. s.l; Núcleo de Integração Interuniversitária da Área de Saúde; abr. 1990. [42] p. tab.

RICO, A. **Descentralización y Reforma Sanitaria en España (1976-1996). Intensidad de preferencias y autonomía política como condiciones para el buen gobierno**. Madrid: Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones, 1998.

RICO, A & FREIRE, J. M. Comentarios e implicaciones para las políticas públicas relativos al documento sobre Sanidad y Desigualdad. In: 2º Informe sobre la desigualdade en España.

Fundación Alternativas, Madrid, 2015.

RODRIGUES, P. H. A. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.37-59, jan.-mar. 2014.

RODRIGUEZ SANTIRSO, M. A. et al. Funciones de los equipos directivos de Atención Primaria del INSALUD de Madrid: Necesidades de formación. **Medifam**, v.11, n.5, p. 43-58, mayo 2001.

SANTOS, P. R. E. et al. A Ensp e as Transformações na Sociedade e no Sistema de Saúde no Brasil: 1970 a 1985. In: LIMA, N.T.; FONSECA, C. O. M.; SANTOS, P. R. E. (Org.). **Uma escola para a saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p. 79-101.

SACARDO, D. P.; FORTES, P. A. C.; TANAKA, O. Y. Novas perspectivas na gestão do sistema de saúde da Espanha. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 19, n. 1, p. 170-179, mar. 2010.

SILVA, T. T. **Documentos de Identidade**: uma introdução às teorias do currículo. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

SIMÓ MIÑANA J. Universalización de nuestra sanidad pública y origen del déficit de financiación de nuestra atención primaria. *fml*. 2011; 15(2):9 p. Disponível em: <<http://www.revistafml.es/articulo/268/universalizacion-de-nuestra-sanidad-publica-y-origen-del-deficit-de-financiacion-de-nuestra-atencion-primaria/>>. Acesso em: 04 setembro 2015.

TANAKA, O. Y. et. al. Formação de gestores locais de saúde: processos para identificar estratégias de atuação. **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 219-29, 1999.

UNION EUROPEA. Disponível em: <[https://europa.eu/european-union/about-eu/countries/member-countries/spain\\_pt](https://europa.eu/european-union/about-eu/countries/member-countries/spain_pt)>. Acesso em: 02 setembro 2017.

VECINA NETO, G. A formação de administradores para o setor saúde: algumas considerações sobre o atual momento brasileiro e a responsabilidade da universidade. **Rev. adm. pública**, v. 24, n. 4, p. 95-9, ago.-out. 1990.

VIANA, A. L. D; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15 sup., p. 225-264, 2005.

WEBER, M. Os Fundamentos da Organização Burocrática: uma construção do tipo ideal. In: CAMPOS, E. **Sociologia da Burocracia**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971.

\_\_\_\_\_. **Economia e sociedade**, vol. 2. Brasília, São Paulo: Editora da UnB, Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 1999.

**APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS COORDENADORES DE CURSO NO BRASIL E NA ESPANHA**

Categorias temáticas	Perguntas
Identificação do entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nome</li> <li>• Idade</li> <li>• Formação/</li> <li>• Cargo/função</li> <li>• Tempo de ocupação da função</li> </ul>
Contexto político, institucional e de gestão do sistema de saúde na formulação e desenvolvimento da proposta do curso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como se deu a sua entrada no cargo?</li> <li>• Como foi o início do desempenho na função?</li> <li>• Quais eram as preocupações iniciais relativas à organização/condução de um curso de formação em gestão em saúde?</li> <li>• Como surge o curso?</li> <li>• Quem eram os principais atores?</li> <li>• Quais eram os pontos de vista destes atores?</li> <li>• Quais interesses estavam presentes?</li> <li>• Existiam conflitos?</li> <li>• Qual ponto de vista foi o vencedor?</li> </ul>

<p>Concepção de gestão e relação com os princípios do Sistema Nacional de Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Como foi organizado o currículo? Quem participou da sua organização? Como se deu a seleção dos conhecimentos que deveriam compor o currículo? A organização do currículo atendeu a alguma demanda externa? Se sim, qual (is)?</li><li>• Ocorreram mudanças no currículo desde o início do curso? Se sim, qual (is)? Que objetivos foram pretendidos com tais mudanças?</li><li>• Os conteúdos são suficientes? Existe algum conteúdo que deveria ser incorporado ou retirado? Por quê?</li><li>• O currículo passa por processos avaliativos? Quando? Por quem?</li><li>• De que maneira o currículo favorece a formação em gestão em saúde? Como se dá a sua relação com os princípios do Sistema Nacional de Saúde?</li><li>• Que princípios ético-político-pedagógicos orientam o currículo? No que se diferenciam de cursos mais antigos sobre a gestão em saúde?</li><li>• Como você vê a em gestão em saúde? O que diferencia a formação em gestão de outras formações na saúde?</li><li>• Quais são as perspectivas de futuro da formação em gestão em saúde?</li></ul>
---	--

Fonte: elaboração própria

**APÊNDICE B. ROTEIRO DE ENTREVISTA COM FORMULADORES E CONDUTORES DA POLÍTICA DE SAÚDE E EDUCAÇÃO SOBRE A HISTÓRIA DA FORMAÇÃO NO BRASIL E NA ESPANHA**

1. Quais foram as origens da formação de gestores de saúde?
2. A partir de que circunstâncias e em torno de quais questões a formação em gestão em saúde foi se diferenciando e ganhando contornos próprios?
3. Quem eram os agentes que estavam criando espaços e construindo os fatos e que posições ocupavam?
4. Que saberes foram mobilizados na constituição dos cursos?

## APÊNDICE C: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES DE SERVIÇOS E ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE DA ESPANHA

1. ¿Se requiere formación en gestión para ocupar cargos directivos?; si no se requiere legalmente, ¿hasta qué punto es importante la formación previa para acceder a los mismos?; ¿importa más la experiencia?; ¿qué otros factores influyen?
2. ¿Cuáles son los orígenes de la formación de gestores sanitarios?  
¿De qué ámbito profesional provienen en España los Directores Gerentes de los hospitales?; Los demás directores funcionales...directores médicos, directores de enfermería, directores de gestión... ¿vienen del mismo centro o son “importados” fuera?; ¿Cuál es su experiencia concreta en su propio hospital?
3. En su caso, ¿qué le llevó a acercarse al mundo de la gestión sanitaria?
4. ¿Cuál fue su trayectoria formativa?... centros, programas...
5. ¿Qué contenidos formativos le han parecido más importantes para su desempeño profesional en el mundo real?; ¿y los menos relevantes?
6. ¿Qué cambios se han producido desde el inicio de esta formación?  
¿Qué contenidos formativos en gestión deberían ser introducidos por la propia evolución de la función directiva sanitaria?; ¿cree que las escuelas e instituciones formativas han seguido esta evolución?
7. ¿Cuál es la importancia de la formación de directivos para el buen funcionamiento y la sostenibilidad de los sistemas nacionales de salud?
8. ¿Cuáles son los principales logros y también los desafíos más importantes en la formación de gestores en España?

## **APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “A Formação em Gestão em Sistemas Universais de Saúde: estudo comparado entre Brasil e Espanha”, desenvolvida por Maria Luiza Silva Cunha, discente de Doutorado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Virginia Alonso Hortale.

O estudo tem como objetivo analisar a formação em gestão em saúde oferecida no Brasil após a implantação do Sistema Único de Saúde e identificar as semelhanças e diferenças entre essa formação com a oferecida na Espanha. Quanto às técnicas, além da revisão bibliográfica e análise de documentos, serão realizadas entrevistas com a participação de cerca de 20 pessoas, que serão convidadas porque atuam como coordenadores de curso de gestão em saúde e/ou estiveram envolvidos na origem da constituição do curso e/ou na condução da política de formação na área.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à pesquisadora do projeto.

As entrevistas têm duração estimada de uma hora, serão gravadas em meio digital e em seguida transcritas. As informações obtidas são confidenciais, os entrevistados serão identificados unicamente por sua função, cargo ou condição de representante institucional. Todos os dados coletados nas entrevistas serão armazenados em arquivos digitais, mas somente terão acesso aos mesmos a pesquisadora e sua orientadora. Os documentos em mídia papel serão igualmente arquivados em local seguro e mantidos sob sigilo e também sob a guarda da pesquisadora.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar informações sobre a sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa concerne à contribuição para a ampliação do conhecimento sobre a formação em gestão em sua relação com sistemas universais de saúde.

Tendo em vista os objetivos e a metodologia escolhida, os riscos potenciais da pesquisa se referem ao momento de realização da entrevista e à possibilidade de constrangimento, o que será contornado mediante a explicitação clara dos propósitos e dos métodos e pela escolha de local adequado que garanta a confidencialidade.

Os resultados da pesquisa serão divulgados por meio de artigos científicos e da tese de doutorado.

Este Termo foi redigido em duas vias. Uma delas se destina ao participante e a outra ao pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

## CONTATOS

Maria Luiza Silva Cunha  
Doutoranda em Saúde Pública  
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP)  
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)  
Telefone nº (21) 3865-9780, 3865-9782.  
E-mail: luizacunha@fiocruz.br.

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

<http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep):

Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-Mail: [conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br)

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do Pesquisador – (pesquisador do campo)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local e data

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

**APÊNDICE E - PRINCIPAIS MARCOS HISTÓRICOS RELACIONADOS À OCUPAÇÃO DE CARGOS E À FORMAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE NA ESPANHA**

Ano	Marco histórico
1924	Criação da Escola Nacional de Saúde (ENS)
1960	O.M. do Ministério do Trabalho de 7/7/60 sobre regulação do governo das Instituições Sanitárias do Seguro Social. B.O.E n 142 de 14/6/60. Págs. 8.107 e 8.108. Surgimento das Juntas Administrativas e Facultativas das Instituições Sanitárias do Seguro Social.
1962	<p>Lei 37/62, de 21/7 sobre Hospitais. B.O.E n. 75, de 23/7/62, págs. 10.269-10.271</p> <p>Artigo 7 g) Favorecer e difundir os estudos e investigações em matéria de instalações, equipes, trabalho e funcionamento dos hospitais, assim como promover a capacitação e titulação do pessoal diretivo e administrativo daqueles;</p> <p>Artigo 10: Em cada hospital existirá um Diretor médico designado entre os do modelo; Porém, nos hospitais gerais de categoria provincial ou superior com mais de duzentas camas e naqueles outros que a Comissão Central de Coordenação Hospitalar determine, se nomeará um Gerente capacitado conforme o previsto na letra g) do artigo sétimo.</p>
1964	Criação do Curso de Administração Hospitalar na ENS, tendo como base a lei 37/62.
1970	Criação da Escola de Direção e Administração Hospitalar, que passa a ser denominada de Escola de Gerência Hospitalar em 1977.
1972	<p>O.M. do Ministério do Trabalho, de 7/7/72, pelo qual se aprova o Regulamento de Regime, Governo e Serviços das Instituições Sanitárias da Seguridade Social. B.O.E de 19/7/72.</p> <p>Artigo 8: estabelece que a direção das instituições será feita por funcionários pertencentes à Escala de Médicos Inspetores do Corpo Sanitário do INP, especialmente qualificados em matéria hospitalar;</p> <p>Artigo 12: a inspeção de todas as instituições, em seus aspectos sanitários e assistenciais, corresponderá aos funcionários do Corpo Sanitário do INP.</p>

1978	<p>A partir de proposta do Ministério da Saúde e Previdência Social, se aprova o RD 2082/1978. Sobre essa disposição normativa, Laita (1991, pag. 31) destaca a “aparición da figura do Gerente como órgão de máxima responsabilidade dentro do hospital”. Para ele, esta foi a primeira norma oficial em que se introduziu a necessidade de titulação para ocupação do cargo de gerente. Esta deveria ser apresentada em um processo seletivo realizado entre a Junta de Governo e a instituição. O mesmo procedimento foi previsto para os quadros de Diretor Médico, Chefe de Pessoal e ação social e Administrador. Conforme o autor, quatro anos mais tarde, uma sentença da Sala 4ª do Supremo Tribunal tornou essa disposição nula, sem que tivesse sido desenvolvido nenhum de seus conteúdos. Esse fato fez com que perdurasse a inexistência de uma regulamentação sobre o tema.</p>
1982	<p>O. M. De 12/12/81 do Ministério do Trabalho e Seguridade Social, pela qual se regula a cobertura de cargo na Administração da Seguridade Social. B.O.E n. 4 de 5/1/82. Págs. 173-175. Reafirma o Regulamento de 1972, segundo o qual os cargos diretivos deveriam ser ocupados por funcionários.</p> <p>Em outubro são realizadas eleições gerais na Espanha. O PSOE assume o governo e a condução de reformas em diferentes áreas, entre elas a hospitalar.</p>
1983	<p>O.M. de 3/5/83, da Presidência de Governo, pela que se determinam as competências dos Ministérios da Saúde e Consumo e Seguridade Social sobre o pessoal que presta seus serviços no INSALUD. B.O.E n 108 de 6/5/83. Págs. 12.625-12.626. Rompe com a exclusividade funcional na ocupação de cargos de direção. Por meio desta norma, se admite que pessoal sanitário assistencial, vinculado à Seguridade Social, possa desempenhar cargos de Subdiretores Provinciais Sanitários, assim como de Diretores de Centro.</p>
1987	<p>Real Decreto 521, de 15 de abril de 1987, do Ministério da Saúde e Consumo, que aprovou o Regulamento sobre Estrutura, Organização e Funcionamento dos Hospitais gerenciados pelo Instituto Nacional de Saúde. B.O.E. n 91 de 16/4/87, págs. 11379-11383.</p> <p>Substituiu em parte a normativa de julho de 1972.</p> <p>Não requer formação específica em gestão para ocupação dos cargos. Ao diretor-gerente é previsto que possua “titulação superior universitária e experiência suficiente para o desempenho do cargo”.</p> <p>Desaparecem as Juntas de Governo.</p>
2003	<p>Lei 44/2003, de 21 de novembro, de ordenação das profissões sanitárias. Chefatura do Estado. B.O.E n. 280, de 22/11/2003. Rege o registro e licenciamento das profissões de saúde.</p>

2015	<p>Assembleia de Madri. Pleno de 22 de outubro. Moção do Grupo Parlamentar Socialista após a interpelação I-10 (X) / 2015 RGEP.3147 sobre política geral do Conselho de Governo sobre nomeação de diretores, gestão e governo dos hospitais e outras organizações do Serviço Madrilenho de Saúde. B.A.A.M. 18, 22/10/2015. Se aprova a seguinte resolução: A Assembleia de Madri exorta o Conselho de Governo a apresentar antes de 15 de março de 2016 um Projeto de Lei de Regulamento Marco da estrutura, organização e funcionamento de hospitais, organizações de Atenção Primária e outras estruturas geridas pelo Serviço Madrilenho de Saúde (SERMAS), segundo cinco pontos de Bom governo e gestão pública.</p>
2017	<p>Assembleia de Madri. Aprovação da Lei 11/2017, de 22 de dezembro, de Bom Governo e Profissionalização da Gestão dos Centros e Organizações Sanitárias do Serviço Madrilenho de Saúde (SERMAS).</p>

Fonte: Formulação própria a partir de Laita (1991); Lamata (1998); Repullo (2014).

**APÊNDICE F: SISTEMATIZAÇÃO DE COMPONENTES SELECIONADOS EM  
INFORMES E RECOMENDAÇÕES DA ESPANHA**

<b>Componente</b>	<b>Governo da Saúde Pública do País Basco</b>	<b>AES</b>
-------------------	---	------------

<p>Conceito e ferramentas de 'Bom governo'/boa gestão pública</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As recomendações pressupõem uma mudança cultural, organizativa e de procedimentos na saúde pública basca, que demandará um amplo consenso social, político e profissional.</li> <li>- Orientação da saúde pública aos valores fundamentais (direitos humanos, cumprimento das leis, democracia), aos princípios da saúde pública (universalidade, equidade e solidariedade) e os atributos que são específicos de 'Bom governo' (prestação de contas, transparência, responsabilidade, participação, eficiência, qualidade, segurança, resposta às necessidades, demandas e expectativas dos cidadãos);</li> <li>- Promover uma cultura de boas práticas e de ética profissional em todos os níveis (governo, gestão e prática clínica);</li> <li>- Redesenhar a organização e funcionamento de toda a saúde pública e a rede de serviços de saúde pública de acordo com os valores e princípios compartilhados de 'Bom governo';</li> <li>- Utilização dos princípios e atributos do 'Bom governo', buscando a realização de acordos e consenso em torno a regras do jogo democrático para governar e gerir a saúde pública;</li> <li>- Tomada de decisões bem informada e transparente;</li> <li>- Transparência como prova do compromisso com os princípios de 'Bom governo', de modo a favorecer a prestação de contas e a participação social, política e cívica;</li> <li>- Busca por um compromisso social e político compartilhado em torno do 'Bom governo', que implica uma administração sanitária politicamente neutra, profissionalizada e estável;</li> <li>- Normas de transparência e uso de indicadores comuns, que permitam a avaliação comparada das organizações;</li> <li>- Para combater a corrupção, tida como a antítese do 'Bom governo', foram previstos diferentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O conceito de 'Bom governo' transcende o cumprimento de leis, de obtenção de bons resultados, ausência de corrupção e má gestão e nepotismo. Exige, igualmente, que o processo de tomada de decisão considere um conjunto de regras pactuadas de participação democrática, transparência, responsabilidade, prestação de contas e obediência a códigos de conduta, que devem estar baseados em valores éticos e em virtudes cívicas;</li> <li>- O conceito de 'Bom governo' não deve se restringir ao setor público, mas deve envolver também o setor privado;</li> <li>- O processo de priorização de políticas de saúde deve ser muito mais participativo e transparente;</li> <li>- Melhoria da comunicação sobre a implantação e suspensão de políticas de saúde e dos resultados de sua avaliação, tanto a nível nacional como regional do SNS;</li> <li>- Facilitar o acesso livre à informação por parte de qualquer cidadão, baseado no entendimento de que toda informação gerada com dinheiro público deve ser de domínio público, exceto se afetar a privacidade individual;</li> <li>- Difundir e permitir o livre acesso às atas e aos informes das reuniões das juntas facultativas técnico-assistenciais, comissões de qualidade e órgãos colegiados de governo (conselhos de governo);</li> <li>- Avaliar os planos de saúde, com a utilização de indicadores acordados previamente, e divulgação dos resultados;</li> <li>- As decisões de inclusão ou retirada de uma prestação de serviço do SNS deve se basear em um processo de avaliação transparente da segurança, eficácia, efetividade, eficiência e utilidade. Os informes técnicos de tais avaliações devem ser de acesso público;</li> <li>- Publicar os dados de qualidade assistencial e de atividade econômico-orçamentária por centro</li> </ul>
---	---	---

	<p>instrumentos: Códigos de Conduta, Regulação de Conflitos de Interesse, Prevenção e Detecção de Fraude e Corrupção, entre outras.</p>	<p>sanitário e zona ou área de saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Fomentar a comparação dos resultados assistenciais entre centros e entre profissionais;</li><li>- Favorecer uma cultura de respeito entre cidadãos e profissionais de saúde que avance na ideia de tomada de decisões compartilhada;</li><li>- Criar unidades ou oficinas responsáveis por desenvolver a políticas antifraude e corrupção e dotar as organizações sanitárias de formação específica e planos de prevenção neste campo;</li><li>- Promover códigos de conduta baseados em boas práticas e ética profissional, identificando procedimentos de garantia do cumprimento das mesmas e identificação de responsabilidades junto às sanções e incentivos correspondentes;</li><li>- Promover políticas que favoreçam a liberdade de eleição do cidadão do centro e profissional de saúde.</li></ul>
--	---	--

<p>Órgão Colegiado de Governo</p>	<p>- Previsão do denominado Conselho de Governo diante do qual responde o diretor gerente, com competências e responsabilidades similares as que correspondem a Patronados e Conselhos de Administração. Devem garantir os interesses dos cidadãos, cumprindo e fazendo cumprir a normativa vigente, os orçamentos e as indicações das autoridades sanitárias e do órgão corporativo central do ente;</p> <p>- A composição dos Conselho de Governo se dá por membros corporativos ou internos, membros que representem a população local e membros a título pessoal individual, por sua experiência, formação e trajetória cívico-profissional. Entre esses últimos deve existir pelo menos um profissional de saúde;</p> <p>- A implantação dos Conselho de Governo envolve uma mudança cultural no setor saúde e na gestão pública. Nesse sentido, para o seu desenvolvimento foi previsto uma Unidade especializada com as seguintes funções: elaboração de norma para definição dos perfil e características dos conselheiros externos, regras para a sua nomeação e demissão, seu Código de Conduta, a regulação de conflitos de interesse; organizar a formação específica dos novos membros dos Conselhos, de forma a estarem preparados para as suas responsabilidades.</p>	<p>- Desenvolver órgãos colegiados de governo (conselhos de governo) com funções de conselhos de administração no seio das organizações sanitárias.</p>
-----------------------------------	--	---

<p>Profissionalização</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profissionalização da função gestora voltada à eficácia, legitimidade e autoridade, diferenciando seu papel da dos políticos, que tem sido responsáveis pela saúde pública;</li> <li>- Adoção de procedimentos de concorrência pública para a seleção e nomeação dos diretores gerentes e a todos os cargos executivos de alta direção, com participação dos Conselhos de Governo;</li> <li>- Seleção dos diretos para postos de especial responsabilidade baseados fundamentalmente em dados objetivos da profissionalidade e idoneidade para o cargo;</li> <li>- Regulamentação específica para seleção, atribuições das condições de emprego e demissão, reconhecimento de trajetória diretiva, código de conduta e avaliação de resultados adaptada a cada situação e tomando como referência as práticas dos sistemas sanitários;</li> <li>-Previsão de um Código de Conduta que inclua a lealdade aos valores do Serviço Público, a explicitação de todo tipo de conflitos de interesse e o compromisso com a neutralidade político-partidária no desempenho das funções e a lealdade à Administração de cada momento;</li> <li>- Avaliação do desempenho gestor como prática comum, com o objetivo de incentivar a excelência profissional e sancionar descumprimentos. A avaliação tem como base procedimentos objetivos de medição de resultados e tem papel determinante na política de fidelização dos diretores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A estabilidade, legitimidade e autoridade que precisa a direção pública profissional requer, ademais do cumprimento estrito das leis e normas obrigatórias para todos, sua adesão a um código de conduta específico que inclua a lealdade aos valores do serviço público, a explicitação de todo tipo de conflitos de interesses, o compromisso estrito de neutralidade político-partidária no desempenho das funções submetidas aos princípios de legalidade, transparência e imparcialidade na tomada de decisões, estilo de trabalho aberto e participativo, compromisso com a promoção pessoal e profissional dos trabalhadores, com a inovação e a gestão do conhecimento para o desenvolvimento individual e corporativo, com a eficiência do usos dos recursos e a prestação de contas.</li> <li>- Contratar os postos diretos no SNS mediante um sistema meritocrático, por meio de convocatória pública e aberta, com valoração do currículo profissional dos candidatos e a decisão final justificada;</li> <li>- Exigir a declaração de conflitos de interesses de todos os cargos sanitários de livre designação, que inclua a declaração das atividades profissionais realizadas nos últimos cinco anos.</li> <li>- Criar comitês de ética para verificar a existência de conflitos de interesse em relação a ocupação de alto cargo sanitário ou de pessoas que os tenham ocupado recentemente.</li> </ul>
---------------------------	--	---

Estruturas de assessoramento e participação profissional	<p>- Implicar ativamente a todos os profissionais de saúde na sustentabilidade da saúde pública, na elaboração de políticas de saúde, na gestão e tomada de decisões, potencializando ou criando estruturas efetivas de participação e assessoramento profissional, assim como buscando a revitalização das organizações profissionais para que respondam as necessidades e desafios da medicina do século XXI;</p> <p>- Recomendação de revitalização da normatização que prevê a participação dos Conselhos de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia e de outros profissionais de saúde, no que se refere ao nível central do Governo. No nível das Organizações Sanitárias, a participação profissional é recomendada por meio das Juntas Facultativas Técnico Assistenciais ou Comissões Técnicas mediante a avaliação de seu desempenho e de seu papel na prática para fortalecer sua contribuição à qualidade do serviço.</p>	<p>-A importância do bom funcionamento das juntas facultativas técnico-assistenciais ou comissões técnicas, comissões de qualidade requer avaliar adequadamente seu desempenho e papel na prática para revitalizar e fortalecer sua contribuição à qualidade dos serviços, a participação dos profissionais e o bom andamento geral do conjunto da organização de saúde.</p>
Autonomia	<p>- Dotar ao centro corporativo e a suas organizações da autonomia necessária para o alcance da missão e para poder prestar seus serviços com maior qualidade e eficiência;</p> <p>- Devido à especificidade e complexidade dos serviços sanitários modernos, propõem que estes tenham um marco organizativo e regulatório próprio, a exemplo de uma empresa pública.</p>	<p>- Desenvolver um esquema de incentivos aplicado ao desenvolvimento da carreira profissional baseado na meritocracia e na excelência, que favoreça o desenvolvimento da autonomia profissional e que envolva prestação de contas.</p>

Fonte: Formulação própria a partir de documentos do Governo Basco (2010) e da AES (2014).