

A universidade e a formação de recursos humanos na gestão da saúde

GONZALO VECINA NETO*
VALÉRIA TERRA**

SUMÁRIO: 1. O “o quê” e o “como”; 2. O “como do como”; 3. Perspectivas.

PALAVRAS-CHAVE: gestão da saúde; formação de recursos humanos.

A universidade tem uma grande responsabilidade no esforço para superar a ineficiência e a baixa qualidade dos serviços de saúde hoje oferecidos à população. Parte dessa responsabilidade está no campo da gestão. Porém, gestão não é meramente racionalização. É necessário construir um espaço onde a gestão esteja preocupada com a construção de um novo modelo assistencial voltado para a preservação da saúde e para a melhoria da qualidade de vida. Para atender a este modelo, é preciso formar gerentes com profundo compromisso social, capacidade inovadora e disposição para agir nas fronteiras do conhecimento, independentemente do setor em que atuam. A formação desse gerente de saúde exigirá da universidade a construção de um novo paradigma, que é o principal objeto deste artigo.

The university and the formation of human resources for health care management

The university has a great responsibility on trying to overcome the current inefficiency and low quality of health services. Part of this responsibility lays on management, which should be oriented towards health preservation and a better quality of life. In order to address this model, social commitment and inventiveness should be part of the health care manager's education. The educational process of the new health care manager demands from the university the development of a new paradigm, which is the main issue of this article.

* Coordenador do projeto IDS-NAMH/FSP-Itaú e professor da FSP/USP

** Co-coordenadora do projeto IDS-NAMH/FSP-Itaú e mestranda em administração de empresas pela EAESP/FGV

1. O “o quê” e o “como”

O setor saúde vive uma crise que se traduz por baixa qualidade, ineficiência e iniquidade. O diagnóstico desta crise está bastante analisado (Guimarães & Tavares; 1994; Mendes, 1995 e 1996). O que se necessita é encontrar saídas para o impasse.

Já durante a década de 70, o Brasil viveu importantes experiências de municipalização da assistência à saúde. Exemplos como os de Londrina, Campinas e Montes Claros, entre tantos outros, apontaram para o caminho a ser trilhado.

A partir da promulgação da nova Constituição e da Lei nº 8.080, esse processo ganhou foro de política oficial e, às vezes orientado, outras sufocado por diretrizes federais e estaduais, tem gerado importantes avanços na atenção à saúde.

No entanto, um conjunto de fatores (como problemas ligados ao financiamento, ao clientelismo, à mudança no padrão epidemiológico e demográfico da população, aos crescentes custos do processo de atenção à saúde, ao corporativismo dos profissionais da saúde, etc.) tem constituído obstáculo importante para que avanços maiores e mais consistentes sejam conseguidos. Tudo isso redundando em uma sensação de que o SUS talvez não dê certo, apesar de o caminho, ou seja, a municipalização com todos os seus condimentos (atenção integral, equidade, controle social etc.), ser unanimemente considerado correto.

Portanto, existe um consenso nacional de que uma política substantiva de descentralização tendo como foco o município, que venha acompanhada de abertura de espaço para o controle social e com a montagem de um sistema de informação que permita ao Estado exercer seu papel regulatório, em particular no sentido de gerar ações com capacidade de discriminação positiva, é o caminho para superar as causas que fazem com que o SUS esteja em xeque.

A questão é: se o diagnóstico é correto e as ações a serem encetadas são adequadas, não é suficiente apenas querer realizá-las e tampouco ter vontade política, embora essa seja uma condição *sine qua non*. É ainda necessário desenhar estratégias para superar o desafio da transformação a ser realizada. Em outras palavras: o “porquê” se sabe; o “que fazer” se vislumbra e há disposição para tanto; a questão é o “como fazer”.

Existe uma série de “comos”. Podemos citar, entre outros, informatização, política de RH, mudança do padrão de financiamento e gerenciamento. É sobre este último “como” que este artigo quer debruçar-se.

É necessário criar um novo espaço para gerência (Brasil, 1997). É uma gerência comprometida com o aumento da eficiência do sistema e com a geração de equidade.

Nesse momento em que vem ocorrendo uma importante mudança do modelo assistencial vigente e o deslocamento para a assistência integral e universal à saúde, com o enfoque voltado para a melhoria da qualidade de

vida, torna-se necessário repensar qual o tipo de gerente de saúde é adequado para essa nova realidade e como formá-lo.

Esse novo profissional deve dominar uma gama de conhecimentos e habilidades das áreas de saúde e de administração, assim como deve ter uma visão geral do contexto em que essas estão inseridas e um forte compromisso social.

Dentro dessa lógica, deve-se pensar também na necessidade das organizações de saúde (não importando se públicas ou privadas) adaptarem-se a um mercado que vem-se tornando mais competitivo e às necessidades de um país em transformação, onde a noção de cidadania amplia-se dia a dia.

Assim, as organizações de saúde e as pessoas que nelas trabalham precisam desenvolver uma dinâmica de aprendizagem e inovação, cujo primeiro passo deve ser a capacidade crescente de adaptação às mudanças observadas no mundo atual.

Senge (1990) chama este tipo de organização de *learning organizations*, ou organizações de aprendizagem, e enfatiza que elas devem desenvolver cinco disciplinas consideradas fundamentais para esse processo de aprendizagem e mudança:

- ▼ *domínio pessoal* — esclarece quais são as coisas realmente importantes para cada pessoa (seu objetivo pessoal) e como concentrar esforços e desenvolver paciência para alcançá-las;
- ▼ *modelos mentais* — são idéias ou imagens profundamente arraigadas que influenciam o comportamento, as atitudes e a maneira como as pessoas encaram o mundo;
- ▼ *objetivo comum* — consiste em buscar “imagens do futuro” que promovam um verdadeiro engajamento das pessoas em torno de um objetivo concreto e legítimo, que as leva a se dedicarem e aprenderem por livre e espontânea vontade e não como uma obrigação;
- ▼ *aprendizado em grupo* — começa com o diálogo, isto é, com a capacidade de os membros do grupo levantarem idéias preconcebidas e participarem de um “raciocínio em grupo”, onde muitas vezes observam-se situações em que a inteligência da equipe supera a inteligência dos indivíduos, desenvolvendo-se a capacidade para ações coordenadas;
- ▼ *raciocínio sistêmico* — é a disciplina que integra as outras quatro, fundindo-as num conjunto coerente de teoria e prática; ao reforçar cada uma delas, o raciocínio sistêmico torna mais claro todo o conjunto e mostra as modificações necessárias para melhorá-lo, mostrando que o todo pode ser maior que a soma das suas partes.

O objetivo dos trabalhos de Senge é construir guias de ação que permitam o desenvolvimento da organização de aprendizagem onde as pessoas adquiram uma nova visão do mundo e de sua relação com ele, ampliando sua

capacidade criativa e, principalmente, aprendendo a mudar sua realidade, criando um novo futuro.

Na área da saúde pública, existem alguns aspectos específicos que também precisam ser levados em consideração quando se fala no tipo de gerente de saúde necessário. As novas concepções do processo saúde/enfermidade articulam saúde com condições de vida, englobando aspectos como meio ambiente, habitação, educação, justiça social, tecnologia e processos econômicos, entre outros, dando origem a um novo paradigma assistencial, mais voltado para a promoção da saúde e para a ação intersetorial.

Como resultante de todo um processo de mudança do paradigma assistencial, a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) estabelece em seu art. 126 que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Segundo Mendes (1993:7-19), no espaço do distrito sanitário distinguem-se dois tipos de práticas sanitárias: a atenção à demanda (intervenção pontual que se faz sobre os efeitos dos problemas individuais, autopercebidos) e a vigilância à saúde (voltada para a intervenção sobre os problemas de enfrentamento contínuo, eleitos no âmbito dos grupos populacionais). A vigilância à saúde articula as atividades de promoção da saúde, prevenção de enfermidades e de acidentes e atenção curativa, pressupondo para tanto a intersetorialidade das ações.

Para Kliksberg (1989), o profissional capaz de responder a essas (entre outras) demandas deve reunir, pelo menos, as seguinte qualidades:

- ▼ *capacidade para manejar a complexidade* — o gerente deve ser capaz de enfrentar situações de incerteza e turbulência, desenvolvendo a capacidade de aprender da própria realidade; deve captar os “sinais” da realidade e interpretá-los adequadamente;
- ▼ *orientação para a articulação social* — a participação nos programas não deve ser individual, mas social; o gerente deve estar preparado para atuar como um facilitador de processos que devem surgir dos próprios protagonistas e ser conduzidos por eles;
- ▼ *capacidade de negociação* — para operar projetos mult institucionais, muitas vezes em situações adversas, é preciso saber identificar pontos comuns e resistências, desenhar estratégias de negociação, mobilizar acordos institucionais e estabelecer sistemas de controle de sua implementação, além de ser capaz de fazer acordos com órgãos de outras áreas e com a sociedade civil;
- ▼ *gerência na fronteira tecnológica* — a eficiência organizacional está associada com a alta flexibilidade, a capacidade de inovação, a participação e o trabalho em equipe;

- ▼ *formação voltada para o compromisso* — o gerente precisa ter comprometimento social e identificação com a **democratização**, a mudança, o desenvolvimento e as necessidades dos beneficiários dos programas.

Além disso, esse profissional deve ser capaz de “planejar, executar, controlar e avaliar serviços de saúde, sejam eles hospitalares ou não, bem como desenvolver políticas, planos e programas para o setor” (Vecina Neto, 1990).

Não se trata, aqui, de querer encontrar o profissional perfeito, com todas essas e ainda outras qualidades, mas de procurar verificar quais são os conhecimentos e habilidades necessários e a melhor maneira de transmiti-los para formar esse novo profissional, adequado à realidade atual e preparado para acompanhar as transformações futuras.

É este um dos maiores desafios a serem enfrentados: formar este gerente capaz de transformar a ação organizacional e, ao fazê-lo, mudar seu meio, tornando-o mais equitativo.

2. O “como do como”

A partir dessa constatação (necessidade de formar gerentes para o nível municipal), um conjunto de instituições articulou-se para desenvolver uma estratégia que pudesse dar uma resposta ao desafio.

Assim, o Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS) e o Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (NAMH-FSP/USP), com o apoio político do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e da Organização Panamericana de Saúde (Opas) e o apoio financeiro do Banco Itaú, desenvolveram um projeto que está em curso neste momento e que é descrito a seguir.

Objetivos

O projeto tem os seguintes objetivos:

- ▼ criar uma metodologia e organizar um conjunto de conhecimentos que possam ser aplicados amplamente no desenvolvimento de capacitação gerencial em gestão de ações e serviços de saúde prestados em municípios com mais de 50 mil habitantes;
- ▼ apoiar, com fundamento em ações, a implantação do Sistema Único de Saúde, SUS;

- ▼ colocar à disposição dos municípios brasileiros um conjunto de manuais (em papel, em meio magnético e através da Internet) voltados para a gestão local de serviços de saúde;
- ▼ gerar a formação de massa crítica de recursos humanos com capacidade para interpretar, analisar e promover mudanças organizacionais em favor de uma maior eficiência do setor saúde.

Através da organização e consolidação de um conjunto de conhecimentos já disponíveis, o projeto criou uma série de manuais que, além das informações, articula as experiências de seus autores, gerando um produto final (inicialmente disponível em papel) capaz de oferecer ao usuário um caminho para seu aprendizado, de forma clara e acessível. Portanto, não se trata simplesmente de um agrupamento de manuais, e sim de um projeto educativo e de capacitação em serviço não-tradicional, destinado a criar e fortalecer habilidades e conhecimentos gerenciais nos funcionários que ocupam postos com responsabilidade administrativa nos serviços locais de saúde.

Metodologia

O processo partiu do pressuposto de que os profissionais que atuam na área gerencial dos serviços de saúde são, em grande parte, oriundos do próprio setor saúde e não possuem formação específica na área gerencial. Contudo, pode-se afirmar que neles existe a consciência de suas responsabilidades profissionais, institucionais e sociais. Esse perfil gera as características do projeto:

- ▼ ampla cobertura;
- ▼ desenho modular;
- ▼ formação em serviço;
- ▼ atuação com grupos institucionais;
- ▼ promoção simultânea do crescimento individual e institucional;
- ▼ ampla possibilidade de formas de aplicação, desde a proposta por este artigo até a auto-aplicação através da Internet ou de meio magnético;
- ▼ processo de intervenção organizacional contínuo, sendo a fase representada por esta proposta apenas o primeiro ciclo, desencadeador.

Descrição

Optou-se por escrever 12 manuais priorizando a área gerencial, não contemplando temas relacionados com o processo técnico de produção, como assis-

tência farmacêutica, assistência odontológica, assistência de enfermagem, assistência médica e outros. Como característica principal, os manuais reúnem os conhecimentos existentes em cada área específica, cingidos pela experiência prática de seus autores e com o compromisso de descrever o “como fazer”. Alguns dos manuais contaram com a colaboração de alunos de pós-graduação, não apenas na fase de elaboração como também nos módulos de treinamento, servindo para os mesmos como uma importante experiência em suas áreas de atuação.

A seguir, estão relacionados os manuais e seus autores e é apresentada uma descrição sucinta de cada um.

- ▼ *Distritos sanitários: concepção e organização* — Eurivaldo Sampaio de Almeida, Cláudio Gastão Junqueira de Castro e Carlos Alberto Lisboa — trata das diretrizes básicas e estratégias de implantação do SUS no município e sua operacionalização, assim como dos papéis dos diversos atores nesse processo.
- ▼ *Planejamento e programação* — Francisco Bernardini Tancredi e Susana Rosa Lopez Barrios — conduz o leitor entre os meandros da terminologia, conceitos-chave e práticas de planejamento, oferecendo um instrumental que possa ser utilizado com autonomia pelas equipes municipais de saúde.
- ▼ *Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde* — Ana Maria Malik e Laura Maria Cesar Schiesari — apresenta a gestão da qualidade como um instrumento para implementar as mudanças propostas na etapa de planejamento, podendo ser adaptada às diferentes realidades onde for aplicada.
- ▼ *Mudança organizacional* — Marcos Kisil. Colaboradoras: Tânia Regina Pupo e Camilla Croso Silva — procura estimular o processo de mudança nas organizações de saúde e auxiliar as pessoas envolvidas a melhor entender e atuar nesse processo.
- ▼ *Controle e auditoria de serviços e sistemas de saúde* — Gilson Caleman, Marizélia Leão Moreira e Maria Cecília Sanchez — apresenta modelos de gestão da rede física, além de discutir e propor mecanismos de regulação, controle e avaliação das ações de saúde.
- ▼ *Sistemas de informação em saúde para municípios* — André de Oliveira Carvalho e Maria Bernadete de Paula Eduardo — serve como um guia prático para o projeto, instrumentação e operacionalização de sistemas de informação, assim como para a avaliação das informações e gerência dos sistemas locais de saúde.
- ▼ *Vigilância em saúde pública* — Eliseu Alves Waldman. Colaboradora: Tereza Etsuko da Costa Rosa — mostra os usos da epidemiologia na prática dos serviços de saúde e a evolução conceitual e os aspectos operacionais da vigilância em saúde pública.

- ▼ *Vigilância sanitária* — Maria Bernadete de Paula Eduardo. Colaboradora: Isaura Cristina Soares de Miranda — apresenta um conjunto básico de conceitos e ferramentas direcionado à instrumentalização dos agentes responsáveis pela vigilância sanitária no município.
- ▼ *Gestão de recursos humanos* — José Carlos da Silva — aborda a questão de forma ampla, com a intenção de auxiliar os gerentes locais de saúde na tomada de decisão nessa área.
- ▼ *Gestão de recursos financeiros* — Bernard François Couttolenc. Colaboradora: Paola Zucchi — tem como objetivo oferecer uma referência prática e adaptada à realidade local para a gestão financeira do SUS no município, instrumentalizando os gerentes dessa área para que possam melhor desempenhar suas tarefas.
- ▼ *Gestão de recursos materiais e medicamentos* — Gonzalo Vecina Neto e Wilson Reinhardt Filho — faz uma explanação a respeito de cada uma das funções do sistema de materiais, propondo rotinas para sua operacionalização.
- ▼ *Gestão de sistemas de manutenção* — Saide Jorge Calil e Marilda Solon Teixeira Bottesi — orienta o responsável pela equipe de manutenção quanto à importância e à forma de gerenciamento de suas atividades, apresentando sugestões de metodologias que podem ser adaptadas à realidade de cada tipo de estabelecimento de assistência à saúde.

Após a elaboração da primeira versão dos manuais, realizaram-se três seminários para que os mesmos fossem criticados. A partir da indicação do Conasems, cinco municípios foram escolhidos para desenvolver esse módulo piloto: Diadema (SP), Betim (MG), Foz do Iguaçu (PR), Fortaleza (CE) e Volta Redonda (RJ).

A proposta da aplicação desenvolveu-se em três momentos:

- ▼ primeiro seminário — apresentação, pelo docente, do material produzido e discussões em sala de aula, propondo sua aplicação quando do retorno para o campo;
- ▼ segundo seminário (seis semanas após o primeiro) — apresentação, pelos alunos, das dificuldades que tiveram no campo e transformação da sala de aula em um espaço de consultoria e troca de experiências;
- ▼ terceiro seminário (seis semanas após o segundo) — momento de avaliação dos avanços obtidos, das limitações, dos conteúdos dos manuais e do processo como um todo.

Os manuais referentes aos temas de planejamento e programação, organização do distrito sanitário, mudança organizacional e qualidade foram

aplicados em módulos de quatro dias, com cerca de cinco participantes de cada município, de preferência do nível político-administrativo. Os treinamentos dos manuais operacionais realizaram-se em módulos de três dias, com um máximo de três participantes de cada município.

Esse processo foi extremamente positivo, devido à intensa troca de experiências vividas pelos municípios. Após o término do terceiro seminário, realizado em janeiro de 1998, pode-se dizer que os manuais foram enriquecidos com a colaboração dos 115 participantes dos cinco municípios. Por meio da crítica realizada pelos alunos, também conclui-se que os manuais podem ser utilizados sem haver a necessidade de um módulo didático, porém o segundo módulo é fundamental, em particular se contar com a presença de mais de um município, por permitir a troca de idéias e processos.

Paralelamente ao uso dos manuais, para a gestão de unidades sanitárias de baixa complexidade, propõe-se que seja utilizado o Projeto Gerus, o qual já está testado e aprovado. Para unidades complexas como hospitais, a proposta é continuar utilizando os cursos disponíveis.

Dos cinco municípios, dois deles — Diadema e Foz do Iguaçu — também decidiram aplicar o Gerus, o que se iniciou em março deste ano. Os outros municípios não o fizeram porque já haviam passado por esse treinamento.

Ainda vale a pena registrar que, para o *Manual de vigilância sanitária*, dadas suas singulares características, foi realizado um vídeo com seis horas de duração enfocando tanto aspectos teóricos quanto visitas a serviços.

Neste momento, os manuais estão sendo encaminhados para impressão e deverão estar disponíveis a partir de junho deste ano. Simultaneamente, está sendo avaliada a possibilidade de transformá-los em hipertexto e fornecê-los em meios magnéticos e via Internet. Há também a possibilidade, ainda em estudo, de realizar vídeos com seis a oito horas sobre a parte mais teórica, para torná-los mais amigáveis.

3. Perspectivas

A cultura organizacional do setor público brasileiro de um modo geral não estimula a iniciativa e a criatividade de seus trabalhadores. Entretanto, deve-se lembrar que todo processo de mudança implica a necessidade de profissionais não apenas com boa capacitação técnica, mas com liberdade de criação e autonomia de ação. A esse respeito, Carbone (1996) destaca a importância da valorização do “empreendedor do setor público” para que não se corra o risco da paralisia. Entre outras medidas a serem adotadas para tal, ele sugere procurar eliminar ou atenuar o autoritarismo e a burocracia, estimular a participação e o trabalho em equipe, reconhecer atitudes positivas e criar mecanismos de ascensão profissional.

Na área da saúde não deve ser diferente. No contexto em que o SUS navega hoje, o desafio de formar gerentes, em particular para os municípios de médio porte em diante (mais de 50 mil habitantes), tem de ser enfrentado de alguma forma.

A universidade (através dos núcleos de saúde pública disseminados em boa parte do país) e as escolas de formação de algumas secretarias de saúde têm uma função vital nesse processo. O material e o processo oferecidos pela experiência relatada vêm preencher uma lacuna que ainda existia, porque os materiais utilizados em tentativas anteriores foram pouco abrangentes nas temáticas abordadas, ficaram restritos à posse dos autores e tiveram uma tímida distribuição, entre outros motivos.

A proposta descrita neste artigo oferece aos núcleos e serviços que dela fizerem uso um instrumental testado de formação de gerentes. O repto agora é utilizá-lo, presente sempre a perspectiva de que o processo de transformação está em marcha e de que o fim ainda não foi alcançado.

Referências bibliográficas

- Brasil. *Constituição Federal de 1988*. Brasília, Senado Federal, 1988.
- . Ministério da Saúde. Seminário Regulação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde na Perspectiva da Reforma do Estado. Considerações em torno do tema. Brasília, 1997. mimeog.
- Carbone, P. P. Os heróis do setor público: a teia cultural engolindo o empreendedor. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, 30(3):93-102, maio/jun. 1996.
- Guimarães, R. & Tavares, R. (orgs.). *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994.
- Kliksberg, Bernardo. ¿Cómo formar gerentes sociales? Elementos para el diseño de estrategias. *Revista Internacional de Ciencias Administrativas*. Madrid, 55(1):231-47, jan./mar. 1989.
- Mendes, E. V. *A construção social da vigilância à saúde no distrito sanitário*. Brasília, Opas, 1993. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 10.)
- (org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, Hucitec, Rio de Janeiro, Abrasco, 1995.
- . *Uma agenda para a saúde*. São Paulo, Hucitec, 1996.
- Senge, Peter M. *A quinta disciplina*. São Paulo, Best Seller, 1990.
- Vecina Neto, Gonzalo. A formação de administradores para o setor saúde: algumas considerações sobre o atual momento brasileiro e a responsabilidade da Universidade. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, 24(4):95-9, ago./out. 1990.