

Residência Médica em administração hospitalar e de sistemas de saúde *

Ernesto Lima Gonçalves*
Ana Maria Malik**

Quem analisa o processo histórico da evolução da medicina encontra algumas etapas muito nítidas, as quais representam marcos na evolução dos conhecimentos médicos e do atendimento que é prestado aos doentes.

Num primeiro momento, aqueles conhecimentos limitaram-se às informações que o próprio doente podia oferecer ou àquelas que seu exame clínico permitia obter; na verdade, o conhecimento das doenças limitava-se, nesse período, ao conhecimento dos doentes. Aos poucos, lenta mas seguramente, a medicina e os médicos foram caminhando na aquisição de informações sobre a fisiopatologia e, principalmente, sobre a etiologia das diferentes afecções. A identificação dos agentes microbianos, completada nas últimas décadas pelo crescente conhecimento sobre outros agentes de doenças infecciosas, de dimensões inframicrobianas, permitiu outro grande progresso. Reunidos esses conhecimentos a informação de natureza imunológica, que aos poucos foi sendo possível adquirir, formou-se um conjunto de elementos que permitiu o desenvolvimento de programas de natureza preventiva. Foi esse o caminho que possibilitou o domínio de grande número das chamadas doenças infecciosas, praticamente erradicando muitas delas, no seio das grandes comunidades.

Toda essa evolução põe em relevo a grande contribuição que trouxeram para o tratamento e prevenção das doenças, as conquistas de natureza clínica, laboratorial, experimental, demográfica, etc., todas elas visando ao objetivo comum de melhorar o prognóstico dos doentes e o nível de saúde das populações.

Apesar de visarem, assim, a um objetivo comum, ao longo do processo, foi-se desenvolvendo,

do, aos poucos, uma separação — profundamente artificial — entre duas áreas: a representada pelo tratamento do homem doente e aquela correspondente à prevenção do estabelecimento das doenças.

A razão histórica dessa divisão prende-se, fundamentalmente, à formação do aparelho relacionado com a saúde da população. Historicamente, como seria inevitável, diante do tipo de conhecimentos disponível, a primeira instituição que se criou destinava-se ao tratamento dos doentes, desenvolvendo atividades de natureza curativa; era o hospital. Ao longo do tempo, na medida em que conhecimentos de natureza preventiva foram-se desenvolvendo, verificou-se que as medidas práticas com eles relacionados aplicavam-se mais à abordagem dos problemas de saúde das comunidades. Geraram-se dessa maneira os conceitos básicos de saúde pública, criando-se, em conseqüência, um segundo tipo de instituição, destinada ao desenvolvimento de práticas de natureza preventiva; eram as unidades de saúde, essencialmente ligadas ao poder público.

Essa duplicidade de agências consolidou a especialização de tarefas a que uma e outra se dedicavam originalmente. Em conseqüência, mesmo quando podia desenvolver atividades de natureza preventiva, o hospital procurava limitar-se às atividades curativas; inversamente, as unidades de saúde apenas superficialmente participavam de programas de atendimento direto à população doente.

Apenas aos poucos essa dicotomia artificial vem sendo superada, graças ao reconhecimento de que todas as agências que participam do processo de atendimento à saúde precisam integrar-

* Professor da Faculdade de Medicina da USP e docente do PROAHSA.

**Diretor Adjunto do PROAHSA.

se num amplo sistema, onde as atividades sejam racionalmente divididas e as responsabilidades distribuídas, também, racionalmente. Por essa via estaremos caminhando no sentido de chegarmos a uma visão de *medicina integral*, produto da superação da posição de divórcio entre medicina preventiva e medicina curativa, de que falamos.

Este próprio fato — a necessidade de reconsiderar-se a estrutura e a organização do aparelho prestador de atendimento à saúde da população — vem colocar a importância de conhecimentos de natureza administrativa, aplicados a essa área. Mais do que nunca, os integrantes da equipe de saúde, notadamente os médicos, estão sendo solicitados, pela própria evolução histórica dos fatos, a conhecer cada vez mais os passos do processo administrativo e os procedimentos capazes de possibilitar a operacionalização do sistema de saúde que se desenha. Nos países subdesenvolvidos, claramente incluídas, aí, as nações latino-americanas, outro fator coloca também em realce essa necessidade de conhecimentos de natureza administrativa, por parte daqueles que devem gerir os equipamentos incluídos no sistema de saúde: trata-se da carência de recursos de toda natureza, com que nos defrontamos, donde a imperiosa necessidade de dispormos de formação técnica suficiente que nos permita a mais racional alocação dos escassos recursos disponíveis. Só desta maneira estaremos em condições de garantir a maximização dos resultados de sua aplicação³.

A importância dessa longa introdução a respeito dos fatos históricos da medicina e das carências do aparelho prestador de atendimento à saúde da população decorre do fato de que a evolução da educação médica não poderia deixar de prender-se a todas as circunstâncias descritas. Era indispensável que as escolas médicas que, nos primeiros séculos, transmitiam essencialmente conhecimentos a respeito dos aspectos clínicos das doenças, nos últimos decênios passassem a preocupar-se com a transmissão de elementos relacionados com a etiologia e a fisiopatologia das doenças. Nos últimos anos, por fim, apreciável interesse tem despertado o estudo dos problemas de natureza administrativa financeira⁶.

No Brasil, essa evolução foi bem marcada; tendo suas escolas médicas nascido a partir de meados do século XIX, o ensino médico iniciou-se na segunda fase referida, conseguindo atingir alto nível de desempenho. Nos anos mais recentes, então, abriu-se o campo para os proble-

mas organizacionais e gerenciais da área de saúde. Assim é que o parecer 506 de 1969 do Conselho Federal de Educação, analisando "o exercício da profissão médica no Brasil de ontem e de hoje", salienta textualmente que "a complexidade crescente dos recursos materiais necessários à boa prática da medicina e o encarecimento correspondente dos serviços, assim como as pressões sociais no sentido de expandir-se a assistência médica à parcela maior da população, transformaram aquele sistema tão simples e quase sem estrutura em organização complexa e altamente dispendiosa, cujo funcionamento não pode ser ignorado pelo estudante de Medicina". Em conseqüência, a Resolução nº 8 do mesmo Conselho, decorrente do referido parecer, ao estabelecer o conteúdo mínimo e a duração do curso de Medicina no Brasil, definiu a composição do elenco das matérias Básicas e Profissionais. Entre estas foi incluído o Estudo da Saúde Coletiva, cujo currículo deve compreender, entre outros tópicos, a *Administração dos Serviços de Saúde Pública* e a *Organização da Assistência Médica*.

A evolução descrita vem sendo facilitada pela implementação dos programas ligados aos Departamentos de Medicina Preventiva, qualquer que seja a estruturação que assumam, a qual tem variado de uma escola médica para outra. O ensino proporcionado em tais Departamentos tem oferecido a possibilidade de ampla reflexão sobre a superação do divórcio referido entre medicina curativa e medicina preventiva, mas nem sempre tem levado em conta elementos de natureza administrativa, tal como seria possível deduzir das determinações contidas na citada Resolução do Conselho Federal de Educação.

Neste ponto vale a pena retomar a linha de raciocínio histórico da evolução da educação médica no mundo. A partir da experiência que começou nos Estados Unidos, generalizou-se a convicção da importância que teria, como complemento do processo formativo e informativo, representado pelos cursos de graduação em Medicina, o desenvolvimento de um estágio hospitalar supervisionado a ser feito após o término do curso médico; assim nasceu a Residência Médica. Inicialmente proposta apenas para algumas especialidades, que reconhecidamente exigiram maior experiência profissional antes de, livremente, permitir-se o seu exercício, aos poucos a necessidade da residência médica estendeu-se a todos os campos da medicina.

No Brasil, em particular, a Residência Médica tem assumido papel relevante, diante das mar-

cantes diferenças no padrão de ensino das dezenas de escolas médicas que já existem entre nós. Em consequência, a procura das vagas nos programas Residência Médica que são oferecidos está transformando o acesso a tais programas numa repetição do que ocorre com os vestibulares aos cursos universitários: uma luta que deixa cicatrizes em todos os que participam da competição. O problema tornou-se tão sério que o Ministério da Educação e Cultura decidiu-se pela criação da Comissão Nacional de Residência Médica, encarregada de legislar e acompanhar todo o desenvolvimento do processo.

A evolução da Residência Médica não poderia ignorar as modificações introduzidas no esquema de educação médica, a partir das necessidades descritas anteriormente. E de fato não ignorou, quando se criou no Brasil uma quinta área na Residência Médica, exatamente aquela correspondente à Medicina Preventiva ou Social, pela Resolução nº 8 de 1979 da referida Comissão Nacional de Residência Médica. Esta quinta área veio completar o quadro composto pelas outras quatro, tradicionalmente correspondentes a Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia.

A Residência em Medicina Preventiva ou Social deveria completar as noções e conceitos que, a respeito dos tópicos pertinentes, são fornecidos nos respectivos cursos de graduação. Contudo, também aí se tem repetido a situação apontada, relativa à deficiente abordagem aos problemas administrativos e organizacionais, apesar das determinações contidas na Resolução nº 8/79 do Conselho Federal de Educação, já analisada. A razão mais importante dessa deficiente abordagem situa-se, provavelmente, na carência de pessoal docente, habilitado por vivência pessoal a desenvolver tais programas.

Existe, além deste, outro comentário que se pode fazer a respeito da atual sistemática das Residências em Medicina Preventiva ou Social. Trata-se do fato de que elas não têm possibilitado aos respectivos residentes campo de aprendizado e esquema operacional que os prepare para pronto ingresso no mercado de trabalho. Na maioria imensa dos casos, os egressos desse tipo de Residência Médica inclinam-se por um curso de Saúde Pública, encaminhando-se para a carreira de médico sanitário.

ALGUNS ASPECTOS PECULIARES

A análise do panorama de saúde na América

Latina facilmente identifica considerável número de deficiências, não apenas no que diz respeito à insuficiente oferta de serviços assistenciais na grande maioria das regiões, mas também no que se refere a graves lacunas na organização e administração do equipamento de saúde disponível. Ao se aprofundar a análise referida, entre outros fatores que podem ser identificados como causais da situação detectada avulta um, representado pela inadequação dos programas de educação para o ensino de administração em saúde, diante dos problemas reais com que se defronta o setor⁴.

Trata-se, certamente, de um tema complexo, em particular porque o campo da referida administração não está ainda hoje delimitado com precisão. É assim que, embora se reconheça a necessidade da administração em saúde, a presença do "administrador de saúde" é, por certo, muito recente. Na maioria das situações ainda permanece o quadro clássico traduzido pelo exercício dessa categoria de gerenciamento por pessoas sem a educação formal em administração, necessária para o adequado desempenho de suas funções de administradores. Em consequência, os cargos de direção são tradicionalmente ocupados por dois tipos particulares de profissionais, em geral da área médica: aqueles que gozam de prestígio profissional, principalmente na especialidade médica a que se dedicam, e aqueles que dispõem de influência política. Pode-se dizer que raramente são considerados, na escolha entre candidatos àqueles cargos de direção, os conhecimentos que possam ter em administração da saúde.

Uma das razões para a permanência da situação descrita é relacionada com uma certa carga de tradição latino-americana; mas existe uma outra, representada pela carência indiscutível de quadros efetivamente preparados, na área da saúde, para o exercício de sua média e alta administração. De um lado, como o comportamento das organizações não privilegia esse tipo de profissional, não se cria maior demanda na formação de administradores de saúde. De outro lado, formando um círculo vicioso ligado a essa baixa demanda, salienta-se o reduzido número de instituições interessadas em manter cursos ou programas destinados à formação desse tipo de profissionais⁷. Apenas nos últimos 10 anos é que se desenvolveu maior esforço nessa área, tendo sido criados entre 1972 e 1977 treze programas com este objetivo, com a média de quase três programas novos por ano⁸.

As dificuldades a superar são muito numerosas, quando se toma a decisão de implantar ou incrementar um programa desse tipo. Essas têm início no critério básico sobre o qual se deverá obrigatoriamente trabalhar, relativo ao conceito de administração de saúde. Nesse sentido, tem sido útil a aceitação da definição proposta em 1975 pela Comissão de Educação para a Administração em Saúde da Fundação W. K. Kellogg: "administração em saúde compreende o planejamento, a organização, a direção, o controle, a coordenação e a avaliação de cursos e procedimentos que, por meio de serviços específicos prestados a clientes individuais, organizações e comunidades, atendam às necessidades, demandas por saúde e atenção médica, e por um meio ambiente saudável"⁴.

NÍVEIS DE EDUCAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE

As carências e deficiências analisadas em relação ao campo da administração da saúde na América Latina ligam-se estreitamente, como foi dito, ao quadro institucional da educação latino-americana. O círculo vicioso que, a esse respeito, tentamos esboçar, mostra que a reduzida demanda por cursos desse tipo desestimula as instituições acadêmicas ou universitárias a investirem recursos ou esforços nessa área; por sua vez, a carência de iniciativas educacionais no campo da administração da saúde reduz a possibilidade de formação de especialistas na quantidade que nossas deficiências exigiriam. Para superar tal impasse, será necessário investir corajosamente nessa área, confiando no futuro e inovando profundamente, para recuperar o tempo perdido.

Neste sentido, o esforço que vem sendo desenvolvido pela Organização Pan-Americana de Saúde e pela Fundação W. K. Kellogg, apoiando instituições locais idôneas em várias regiões da América Latina, para implantação de Programas de Estudos em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde, tem-se mostrado extremamente relevante. O PROAHSA de São Paulo — fruto de convênio entre o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo, e a Escola de Administração de Empresas de São Paulo, da Fundação Getúlio Vargas — vem trabalhando intensa e proficuamente em vários campos, notadamente neste que estamos analisando, relativo à preparação de quadros para administração da saúde. Seu esforço tem, até mesmo, ultrapassado as dimensões nacionais, porque temos recebido nos cursos do PROAHSA

de São Paulo companheiros de outros países, que conosco têm convivido, enriquecendo-se e nos enriquecendo com sua experiência.

Um aspecto, contudo, merece ser salientado aqui: como foi dito, é necessário, para que se consiga recuperar o tempo perdido, manter-se a preocupação de inovar. Nesse sentido, o PROAHSA de São Paulo vem desenvolvendo, já há 4 anos, um trabalho de vanguarda, representado pela Residência Médica em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde¹. Trata-se de programa dirigido a jovens médicos recém-formados e que pretendam desenvolver seus conhecimentos e suas aptidões em regime de Residência, no âmbito da administração da saúde.

Em parágrafos anteriores, foi analisado o importante papel que a Residência Médica desempenha no panorama contemporâneo da educação médica. Analisamos como, principalmente no Brasil e no contexto latino-americano, a Residência surge cada vez mais marcadamente como indispensável para o complemento da insuficiente formação que os jovens recebem em seus cursos de graduação.

No caso do Brasil, vimos como as decisões dos órgãos encarregados de definir programas e conteúdos do ensino universitário dificilmente chegam a concretizar-se, por uma série de razões. No campo dos conhecimentos relacionados com a organização e administração da saúde, a estruturação dos Departamentos de Medicina Preventiva não conseguiu cobrir a lacuna apontada, provavelmente por falta de pessoal docente adequadamente preparado. Mesmo em nível da Residência em Medicina Preventiva ou Social, as deficiências permanecem. Daí a validade dos programas de Residência Médica em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde que vem sendo desenvolvidos pelo PROAHSA, em São Paulo, e pela UERJ, no Rio de Janeiro².

Contudo, o programa é tão inovador que precisa ser divulgado. Basta ver o que ocorreu na Reunião do Comitê do Programa de Livros de Texto da Organização Pan-Americana de Saúde para o Ensino da Administração da Saúde, realizada em Washington, em maio de 1979. Ao se analisar o ensino de administração da saúde em nível de pós-graduação, de acordo com o informe publicado em revista especializada⁸, foram enumerados, na referida reunião, apenas, os programas para formação de executivos e aqueles que outorgam o título universitário de mestrado ou doutoramento, não se fazendo qualquer referência a programas de Residência Médica. Esta omissão, decorrente sem dúvida da pouca

divulgação de um programa importante como o da Residência Médica em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde, fato que nos deve ser debitado, foi uma das razões que nos animaram a preparar a presente publicação.

Como toda instituição universitária, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo mantém permanente dinamismo institucional, de adaptação a situações novas e criação de estruturas que concretizem tais adaptações. Um dos elementos marcantes dessa instituição é sua inegável vocação para a formação de pessoal médico em alto nível de especialização, por meio de profunda formação pós-graduada.

Fiel a essa vocação, a Faculdade adaptou-se uma vez mais à evolução dos fatos e caminhou, em 1980, para a criação de uma Coordenadoria de Aprimoramento Médico (CAM); a esta passaram a ser atribuídas todas as preocupações e todos os problemas relativos a atividades docentes profissionalizantes não compreendidas no âmbito da pós-graduação em sentido estrito. A criação dessa Coordenadoria já foi aprovada pelos órgãos colegiados da Universidade de São Paulo, e encontra-se em plena atividade.

Em princípios de 1981, a CAM elaborou cuidadoso estudo, com vistas à sistematização e consolidação das múltiplas atividades de "aprimoramento médico" que se vêm desenvolvendo na Faculdade; nesse sentido, a CAM distinguiu os programas de residência médica, de complementação (básica e especializada) e de suplementação (compreendendo as atividades de especialização, aperfeiçoamento, extensão universitária, difusão cultural e reciclagem). Tal estudo, após aprovação pela Congregação da Faculdade de Medicina e pelo Conselho Deliberativo de seu Hospital das Clínicas, vem sendo implantado em toda a sua abrangência.

Entre os tópicos de sistematização e consolidação de atividades figurava, naturalmente, aquele relativo aos programas de Residência Médica. Uma das definições mais importantes foi, aí, a relativa ao indispensável patrocínio e à necessária cobertura docente e administrativa, que cada um de tais programas deve ter, de um dos Departamentos da Faculdade. Nesse sentido, a Residência Médica em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde deveria adaptar-se, para atender à exigência formulada pela CAM.

Para tanto, a direção do PROAHSA procurou um entendimento com o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina, a fim de que nossa Residência Médica pudesse

ficar incluída no programa de mesmo tipo desenvolvido por aquele Departamento. A escolha prendeu-se não apenas à proximidade de assuntos e temas abordados nos respectivos programas, como já foi salientado, mas também às relações pessoais e universitárias de alto nível existentes entre os integrantes do PROAHSA e do Departamento de Medicina Preventiva. Em consequência desses entendimentos, a partir de 1982 a Residência Médica em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde estará incluída nos programas do mesmo tipo que o Departamento de Medicina Preventiva desenvolve. Continuará cabendo ao PROAHSA a definição de conteúdo e orientação daquela Residência.

A EXPERIÊNCIA PROAHSA

1. Evolução

A Residência Médica em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde vem sendo desenvolvido, desde 1967, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que acolheu este projeto proposto pelo PROAHSA¹.

As características do projeto, no entanto, dado o fato de ser este proposto como experiência inovadora, sofreram modificações até chegarem à versão 1981. Assim, as primeiras turmas não tinham uma programação muito clara; basicamente, acompanhavam os executivos de diferentes áreas do Hospital das Clínicas e discutiam suas dúvidas com relação ao observado com a Direção do Programa. Mesmo os conteúdos teóricos que lhes eram fornecidos ainda buscam uma definição precisa. O Curso de Especialização em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde estava em sua segunda turma, e ainda havia grandes dúvidas com relação a programas, professores, etc. A visão de saúde estava muito restrita à área hospitalar; tentava-se complementar as lacunas através do "curso curto" de Saúde Pública e através de alguns módulos auto-instrutivos da Organização Pan-Americana de Saúde.

Em 1977, foi incorporado ao PROAHSA um profissional com formação em Administração de Saúde, com conhecimento da área hospitalar e reconhecida experiência docente, que passou a se dedicar, quase exclusivamente, à Residência, na tentativa de desenvolver uma programação que respondesse aos objetivos propostos e uma sistematização teórica que a acompanhasse⁵. Em

1978 teve, então, início uma programação "extramuros", que permitia o conhecimento da realidade do Sistema de Saúde no Município de São Paulo, através de visitas, reforçadas por contribuições teóricas que inseriam estes conteúdos na realidade brasileira. Esta abertura do campo de visão vem crescendo até os dias de hoje, quando alguns estágios prolongados estão sendo realizados fora do Hospital das Clínicas, às vezes em área não hospitalar.

Não se pode negar o pioneirismo das primeiras turmas de Residentes, que se submeteram a diversos tipos de experiências, algumas incorporadas até hoje, outras abandonadas em favor de técnicas de aprendizagem mais adequadas à realidade institucional vivida. Como será visto mais adiante, não se pretende chegar a uma resposta definitiva, única e indiscutível em termos de programação. O modelo empírico de observação do que sucede com cada turma, auxiliado pelas opiniões dos alunos, permite que se esteja aprimorando a cada ano os conteúdos da Residência. A cada ano, também, existem mais elementos que podem auxiliar com novas idéias, já que o corpo de ex-Residentes está crescendo, e sua vinculação com o PROAHSA é encorajada. Realmente, esta massa crítica de egressos vem recebendo os Residentes atuais em suas áreas de atuação; assim, é mais fácil, inclusive, programar, pois se tem idéia do que será visto em cada uma.

Finalmente, pode-se dizer que a troca de experiência com os ex-alunos do PROAHSA, de qualquer dos cursos, é considerada importante, tanto para os docentes — no sentido de verificar e corrigir falhas do Programa — quanto para os Residentes — enquanto possam obter novos insumos em termos de análise crítica de conteúdos e de realidades — e para ex-alunos — que atualizam seu conhecimento teórico. Daí ser incentivada, através de mecanismos formais ou informais, a permanência dos egressos em contato com a instituição.

2. Objetivos

Sendo o objetivo geral a que se propõe o PROAHSA "... contribuir para a melhora qualitativa e quantitativa na formação de executivos, professores, pesquisadores e profissionais de diferentes orientações e níveis organizacionais, no campo da administração hospitalar e de serviços de saúde, com orientação especial na organização de centros médicos complexos e da prestação de serviços básicos e compreensivos de saú-

de à comunidade", e sendo a finalidade precípua da Residência Médica a complementação profissional de médicos recém-formados, pode-se dizer que o Programa de Residência Médica em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde vê sua existência justificada.

O objetivo específico da Residência Médica em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde é, então, a formação de médicos do mais alto padrão, especialistas em administração de saúde, dotados de sentido objetivo e crítico sobre a realidade, e de ferramentas adequadas que lhes permitam atuar sobre esta. A capacidade de oferecer alternativas de mudanças capazes de melhorar a atuação das agências diretas ou indiretamente com a prestação de serviços à comunidade, aumentando, assim, os níveis de saúde da população, é um dos produtos compatíveis com as habilidades que se pretende desenvolver no Residente.

O fato deste permanecer durante dois anos, em tempo integral, vinculado ao Programa, permite que seja submetido a um treinamento teórico-prático constantemente supervisionado. Espera-se, com isto, fornecer-lhe a oportunidade de adquirir e aperfeiçoar conhecimentos nos aspectos básicos da organização e do funcionamento dos serviços de saúde, na análise da disponibilidade e da utilização dos recursos, e na elaboração de programas de atendimento à saúde. O profissional que se quer colocar no mercado de trabalho deve ter, também, uma compreensão prática dos fatores clínicos e administrativos, e das inter-relações dos mesmos no campo da saúde. Incentiva-se também a observância de um código de ética pessoal, de uma filosofia e de uma dedicação voltada para a administração em saúde. Este profissional aprende a utilizar instrumentos que lhe facultem a compreensão das relações entre assistência à saúde e sociedade como um todo, que desenvolvam nele as habilidades de liderança, de solução de problemas, e a capacidade de decisão. Tenta-se, finalmente, mostrar ao Residente que o administrador é um membro da equipe de saúde, devendo, portanto, estar apto a integrar-se tanto em grupos de trabalho, quanto no meio social.

Este perfil é o de um agente de mudança, de um elemento multiplicador, de um profissional capaz de reconhecer no ambiente interno da organização em que trabalha, e no externo à sua instituição, ameaças e oportunidades; reconhecendo-as, poderá agir sobre elas e com elas, de modo a interferir, de fato, na realização de ações de saúde para a comunidade. O termo

"profissional", de que fizemos uso reflete a prioridade envolvida em sua formação. Conteúdos teóricos são-lhe fornecidos como elemento de motivação para buscar respostas, e como complemento da vivência prática, esta, sim, enfatizada.

3. Programação

Como processo educativo, em nível de pós-graduação, todas as atividades programadas para a Residência Médica em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde têm um caráter nitidamente formativo. Também por este motivo pode-se considerar como característica coerente com o Programa como um todo, o fato da programação tender a ser flexível, visando ajustar as experiências propostas às características, às necessidades e aos interesses dos Residentes.

Acredita-se fundamental a oportunidade, fornecida ao Residente, de conviver com os elementos-chave da administração de uma organização hospitalar. Como o que diz respeito aos aspectos administrativos, enquanto técnica, constitui um campo relativamente novo para o médico, devem ser enfatizados os aspectos de planejamento de atividades, a alocação e a priorização dos recursos, sua administração e o controle dos resultados.

Outra premissa básica para o estabelecimento deste programa, conforme concebido no PROAHSA, é a de que o Residente é um profissional responsável; portanto, seu aproveitamento durante a Residência é posto como função de seu real envolvimento na mesma.

Cada um dos dois anos de duração da Residência tem seu próprio objetivo de formação: o 1º ano visa assegurar uma sólida formação básica nos processos da administração dos distintos serviços de saúde, principalmente intra-hospitalares. A parte mais abrangente do sistema de saúde como um todo é desenvolvida com a característica de complementaridade.

No segundo ano, por sua vez, busca-se o aprimoramento do conhecimento sobre o sistema de saúde e a especialização em algumas áreas, em termos de conceitos, métodos e técnicas aplicados a diferentes realidades; também se busca a vivência na tomada de decisões, nas atividades de controle, de solução de conflitos e de programação, com vistas ao desenvolvimento prático programado nas chamadas "atividades administrativas".

3.1. Residência de 1º ano

Assim, no 1º ano, a 1ª fase da Residência Médica em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde, com duração de 1 mês, tem como finalidade o conhecimento das unidades que compõem o complexo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O propósito desta fase é familiarizar o Residente com os níveis superiores da administração do Hospital das Clínicas, interpretados através das pessoas que os ocupam, para reforçar a idéia de que, dentro de diretrizes e de normas previamente traçadas, as pessoas são fundamentais para o entendimento das circunstâncias que envolvem cada unidade. Esta fase visa, ainda, dar uma visão de conjunto da Instituição.

A 2ª fase da Residência Médica em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde, com duração de cerca de 6 meses, visa ao diagnóstico físico-funcional das diferentes unidades hospitalares. O Residente retorna, então, às áreas que "visitou" anteriormente, nelas se detendo por um número variável de períodos — dependendo da complexidade da unidade, do interesse por esta despertado e da relevância da mesma para a formação do Residente — tentando observar a adequação da estrutura, da alocação de recursos e da organização às atividades realizadas e aos resultados obtidos, em face dos objetivos explícitos de cada uma dessas.

Durante a 3ª fase, que dura cerca de um mês, tenta-se dar aos Residentes, quer por meio de seminários, quer mediante projetos de investigação, uma visão dos aspectos mais abrangentes da administração de saúde. Assim, são realizados estudos de demografia ou levanta-se, por exemplo, o funcionamento de diversos serviços de Radiologia no município, ou, ainda, estuda-se com certa minúcia, por exemplo, o serviço de atendimento de urgências da Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo. Deve-se novamente enfatizar que as áreas estudadas nesta fase têm relação direta com o equilíbrio entre necessidades e interesses do Residente.

A seguir, na fase 4, dentro do Hospital das Clínicas, o Residente é enviado a uma área administrativa, onde se detém por cerca de 2 meses; ali, é estimulado a diagnosticar problemas e a tentar oferecer soluções alternativas para os mesmos, ao lado do responsável pela área. Ao mesmo tempo, cumpre a fase 5, que é a aplicação de conhecimentos teóricos sobre este problema, com vistas à elaboração de um trabalho de pesquisa aplicada.

A fase 6 desenvolve-se paralelamente às outras cinco: é representada pelo Curso de Especialização em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde, realizado no período noturno, cuja duração — desde 1978 — é de fevereiro a dezembro, com carga horária total de 555 horas. Este curso constitui parte obrigatória e relevante, no que diz respeito à ministração de conteúdos teóricos durante o 1º ano da Residência Médica.

3.2. Residência de 2º ano

Durante o 2º ano, o Residente passa, geralmente, a atuar como um assistente administrativo, junto às diretorias, em nível de Serviços do Hospital das Clínicas ou de outra instituição, pública ou privada, que abra ao PROAHSA a oportunidade de ser utilizada como campo de estágio.

O Residente tem, desta forma, tarefas claras a realizar, assumindo o papel de administrador, ainda numa situação de aluno. Espera-se, a esta altura, que ele já consiga passar rapidamente pelo processo de conhecimento da área e de diagnóstico de situação, com os instrumentos e as técnicas que aprendeu a desenvolver durante o 1º ano, podendo destinar a maior parte do tempo de estágio em cada área a desenvolver suas habilidades administrativas. Geralmente, o Residente passa por três estágios de cerca de quatro meses cada um, com um mês de férias.

Na maior parte das vezes, as áreas de estudo são discutidas com a coordenadoria do Programa, visando orientar o Residente, seja para estágios que desenvolvam seu conhecimento em áreas onde sua formação foi falha, seja para estágios que mais despertem seu interesse, seja para estágios onde terá, claramente maior oportunidade de se desenvolver. Independente do caso ou da opção, ele é incentivado a produzir projetos de pesquisa aplicada.

Paralelamente a estas atividades, o Residente é conduzido às outras instituições de prestação de serviços de saúde que formam o Sistema de Saúde em São Paulo. Como partes obrigatórias deste estudo figuram a Secretaria de Estado da Saúde, a Secretaria de Higiene e Saúde do Município, o INAMPS, instituições privadas, cooperativas médicas etc.

Assumindo o mesmo lugar que o Curso de Especialização em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde no 1º ano, durante o 2º ano da Residência — desde 1979 — o Residente cursa duas matérias de sua escolha por semestre

no Curso de Especialização em Administração para Graduados.

Além do Curso de Especialização em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde e do Curso de Especialização em Administração para Graduados o conhecimento teórico da Residência é dado pelo acompanhamento direto por professor do PROAHSA destinado a esta função, que se encarrega de tentar integrar os conteúdos teóricos e a realidade prática observada/vivida durante os estágios. Finalmente, uma vez por semana, no período da tarde, os Residentes, elementos do corpo docente do PROAHSA, e outros convidados, participam de um seminário sobre "Temas Emergentes em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde". São abordados Programas de Saúde, Aspectos Ambientais da Assistência à Saúde, Administração Hospitalar propriamente dita etc. Os conferencistas convidados provêm de diferentes instituições: do próprio PROAHSA, da Escola de Administração de Empresas de São Paulo, da Fundação Getúlio Vargas, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, de instituições comunitárias, etc.

Sob o ponto de vista acadêmico, foi observado o estímulo à produção de trabalhos pelos Residentes; existe também o incentivo da participação dos Residentes em congressos, palestras, conferências e outros eventos que, além de potencialmente aumentarem o conhecimento, propiciam o contato com outros profissionais, outras realidades e outros ideários.

4. Avaliação

Partindo-se da premissa de que aprendizagem e avaliação são um mesmo processo, como os Residentes são continuamente observados pelo coordenador/preceptor as duas partes são, constantemente, avaliadas. Assim, pode-se dizer que as funções da avaliação — diagnóstica, prognóstica, corretiva e orientadora — são executadas realmente como um processo, tanto pelos Residentes, quanto pelo Coordenador. Desta forma, exclui-se, possivelmente, boa parte do componente ansiógeno dos modelos tradicionais.

A chamada avaliação quantitativa é representada, no PROAHSA, pelos relatórios de visitas, trabalhos de pesquisa aplicada, notas durante os cursos formais, etc. Pelo acompanhamento do Coordenador, a observação de novas dúvidas, de novas posturas, de justificativas ou mudanças

de comportamentos, obtém-se a avaliação qualitativa dos Residentes.

Por outro lado, a Coordenação se vê continuamente avaliada durante as reuniões com os Residentes, ao acompanhar o seu aproveitamento e sua motivação.

Assim, o Programa é constantemente posto à prova, inclusive por ex-Residentes, por alunos e ex-alunos de outros cursos do PROAHSA, e por docentes interessados pela experiência.

5. Seguimento

Até o momento, formaram-se 12 residentes, dos quais 1 está fazendo serviço militar. Considerando os 11 restantes, 5, até o momento, procuraram cursos de pós-graduação. Todos os 11 estão ou estiveram envolvidos com atividades de ensino, dentro do PROAHSA e/ou fora dele.

Em termos de absorção pelo mercado, excepto um, que se encontra no exterior completando seu Doutorado, os demais ocupam hoje posições de relevo na área de administração de saúde, sendo dois no Ministério da Saúde, seis no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, um numa instituição privada e um numa Cooperativa Médica. Todos os onze residentes participam ou participaram de atividades de consultoria em institui-

ções públicas e/ou privadas. Finalmente, devemos dizer que cinco, dos doze ex-Residentes continuaram, de maneira mais ou menos regular, a exercer algum tipo de atividade médica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BATES, A. M. G. & TAYAR, E. — Residência médica em administração hospitalar e de sistemas de saúde. PROAHSA, 1979 (mimeografado)
2. BENSOUSSAN, E., ALBIERI, S. & QUADRA, A. A. F. — Residência em administração hospitalar. *Rev. Paul. Hosp.*, 28: 110-112, 1980.
3. BRAGA, E. — Planejamento de saúde e integração docente assistencial: algumas considerações. *Rev. Adm. Públ.*, Rio de Janeiro, 11: 57-68, 1977.
4. CARVALHAL, M. R. D. F. — Formação de administradores de saúde. *Rev. Adm. Públ.*, Rio de Janeiro, 15: 57-103, 1981.
5. COLUMBIA UNIVERSITY. School of Public Health — *Guide to the administrative residency*. 1978-79.
6. FRIEDMAN, E. — Changing the course of things: costs enter medical education. *Hospitals*, 53: 82-85, 1979.
7. NOVAES, H. M. & FERREIRA, J. R. — Adiestramiento en gerencia de servicios de salud. *Educ. Med. y Salud*, 14: 407-422, 1980.
8. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Comitê de Programa de Livros de Texto — *Enseñanza de la administración en salud*. *Educ. Med. y Salud*, 14: 385-397, 1980.