



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

ISSN: 1984-0470

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
Associação Paulista de Saúde Pública.

Cunha, Maria Luiza Silva; Freire, José-Manuel; Repullo, José Ramón; Hortale, Virginia Alonso
Estado burocrático e a formação em gestão em saúde em perspectiva
histórica: semelhanças e diferenças entre Brasil e Espanha¹
Saúde e Sociedade, vol. 28, núm. 2, 2019, Abril-Junho, pp. 80-94
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: 10.1590/S0104-12902019180616

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263893007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org




Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Estado burocrático e a formação em gestão em saúde em perspectiva histórica: semelhanças e diferenças entre Brasil e Espanha¹


Bureaucratic state and health management training from a historical perspective: similarities and differences between Brazil and Spain

Maria Luiza Silva Cunha^a

 <https://orcid.org/0000-0001-7565-7996>


E-mail: luiza.cunha@focruz.br

José-Manuel Freire^b

 <https://orcid.org/0000-0002-4096-8783>


E-mail: jmfreire@isciii.es

José Ramón Repullo^c

 <https://orcid.org/0000-0003-1457-0736>

E-mail: jrepullo@isciii.es

Virginia Alonso Hortale^d

 <https://orcid.org/0000-0002-4224-9838>

E-mail: virginia@ensp.focruz.br

^aFundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^bInstituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Sanidad. Departamento de Salud Internacional. Madrid, Espanha.

^cInstituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Sanidad. Departamento de Planificación y Economía de la Salud. Madrid, Espanha.

^dFundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Resumo

Este artigo descreveu o contexto histórico da formação em gestão em saúde oferecida no Brasil e buscou identificar suas semelhanças e diferenças com aquela oferecida na Espanha. Adotou-se uma abordagem qualitativa da realidade e o método comparado foi empregado. Como fonte de dados, utilizaram-se a bibliografia científica, os documentos oficiais, que orientam as intervenções no campo da formação em gestão em saúde nos dois países, e a entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas com gestores selecionados pelo fato de estarem ocupando ou de terem ocupado cargos de gestão e que tenham participado da conformação da política de saúde, totalizando quatro gestores brasileiros e seis espanhóis. Apoiados na análise de conteúdo temática, os resultados se relacionaram com a categoria “institucionalidade” a partir dos seguintes temas: política de saúde e educação; política de formação de gestores; e profissionalização. Identificou-se como elemento comum o fato de tanto o Brasil quanto a Espanha adotarem a proteção à saúde como direito de cidadania por meio de sistemas públicos e universais de saúde. A diferença mais significativa diz respeito à cobertura populacional, alcançada na quase totalidade na Espanha no final dos anos 1990. Evidenciou-se a inexistência de uma política nacional de formação de gestores nos dois países, considerada central

Correspondência

Maria Luiza Silva Cunha

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Av. Brasil, 4.365, Manguinhos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP 21040-360.

¹ Este artigo é parte da pesquisa de doutorado da primeira autora, que contou com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), por meio de bolsa do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE), processo nº 88881.135157/2016-01.

para a profissionalização da gestão em saúde. Ainda que o tema da profissionalização esteja presente no Brasil, na Espanha assumiu contornos institucionais distintos com avanços significativos em período recente.

Palavras-chave: Formação Profissional em Saúde; Gestão em Saúde; Sistemas Nacionais de Saúde; Estudo Comparativo; Profissionalização.

Abstract

The article described the historical context of health management training in Brazil and aimed at identifying similarities and differences between this training in Brazil and Spain, using qualitative approach and comparative method. Data sources included the scientific literature, official documents orienting interventions in health management training, and semi-structured interviews. Interviews were conducted with managers selected on the basis of currently occupying or having occupied management positions, besides experience and participation in shaping policies in health, totaling four managers in Brazil and six in Spain. Based on thematic content analysis, the results were related to the category of “institutionality” according to the following themes: health and education policy, management training policy, and professionalization. A common element was that Brazil and Spain both adopt health protection as a civic right through universal public health systems. The most significant difference relates to population coverage, nearly complete in Spain in the late 1990s. The study showed the lack of a national training policy for managers in both countries and that such a policy is essential for professionalization in health management. Although the theme of professionalization exists in Brazil, in Spain it has distinct institutional characteristics, having achieved important recent progress.

Keywords: Professional Training in Health; Health Management; National Health Systems; Comparative Study; Professionalization.

Introdução

No Brasil, nos últimos anos, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem se deparado com importantes obstáculos relativos à gestão. Entre eles, destacamos aqueles concernentes à falta de profissionalização dos gestores, à insuficiência de quadros qualificados, à presença da lógica política clientelista na indicação dos ocupantes de cargos e funções de direção e à descontinuidade administrativa. Esses problemas influenciam o funcionamento dos serviços e, em consequência, a imagem do SUS (Paim; Teixeira, 2007).

Apesar de existirem programas de formação, a gestão em saúde no Brasil permanece como uma ocupação em vias de se tornar profissão, cujo reconhecimento se daria pelo Estado, que estabeleceria critérios para o exercício profissional e credenciaria instituições acadêmicas para a formação na área (Kisil, 1994).

Gilles Dussault, especialista em recursos humanos na área da saúde, em entrevista a Conill, Giovanella e Freire (2011), 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, seriam a principal diferença em relação aos países de cultura latina, como é o caso do Brasil. Para ele,

Sistemas meritocráticos de seleção dos gestores [...] 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. (Conill; Giovanella; Freire, 2011, p. 2890)

Outros aspectos mencionados por Dussault e que diferenciam esses países seriam a maior autonomia para seleção de gestores por parte das organizações prestadoras em relação aos órgãos centrais do sistema de saúde, e a menor rotatividade profissional em cargos como o de diretor de hospital, favorecendo a continuidade na gestão e implementação das políticas de saúde.

Malik et al. (2010), em seu estudo, consideraram que o discurso sobre a importância de profissionalizar a gestão no Brasil já estava presente desde os anos 1970, e que, em 2004, a preocupação com o tema era evidenciada pela existência de um elevado número de cursos na área, com conteúdos e duração diferentes. A Portaria nº 2.225/2002, do Ministério da Saúde (MS), foi um marco para essa orientação, pois 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 da sua natureza jurídica (Brasil, 2002). Entretanto, conforme Malik et al. (2010), essa exigência foi revogada dois anos depois, após um expressivo número de cursos realizados e de profissionais habilitados.

Inserida em um conjunto de transformações que aconteciam na implementação das políticas de saúde e 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, aquelas relacionadas à forma de gestão e ao entendimento, por parte de alguns atores, da prestação de serviços de saúde como uma área de negócios. Todos esses fatores influenciavam a profissionalização da área (Malik et al., 2010).

A oferta de cursos se expandiu nacionalmente por meio de instituições acadêmicas cuja atuação teve como base a ação do MS, das secretarias estaduais e de agências internacionais, associações e conselhos (Tanaka et al., 1999). Na segunda metade dos anos 2000, destacamos o fomento da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do MS juntamente com a Organização Mundial de Saúde.

A atualidade do tema reside no conjunto de transformações políticas, econômicas e sociais observadas nas últimas décadas em diferentes países, no âmbito da reforma do Estado, em que ocorre a penetração crescente no setor público do conhecimento gerencial desenvolvido no setor privado. Conforme aponta Paula (2005), um marco dessa lógica foi a emergência da *new public management*, ou nova administração pública, na década de 1980, que repercutiu nos sistemas de saúde e na formação de gestores.

A formação em gestão em saúde permanece como 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 a sua trajetória e institucionalidade. Nesse sentido, considerando o baixo número de pesquisas realizadas sobre a formação em gestão no campo da saúde coletiva até este momento, investigar, em uma perspectiva comparada, essa formação em outros países com maior experiência pode nos auxiliar a compreender melhor as principais questões relacionadas ao tema no SUS. A Espanha, país selecionado para a comparação, adota um sistema nacional de saúde, dispõe de uma diversificada oferta de cursos em gestão em saúde e publicou trabalhos acadêmicos recentes sobre o funcionamento do seu sistema de saúde.

Dado esse cenário, buscamos responder às seguintes questões: Quais são os marcos históricos da formação em gestão em saúde no Brasil e na Espanha? Quais são as semelhanças e diferenças do contexto histórico de formação em gestão em saúde nesses países?

Este artigo, como parte da tese de doutorado intitulada *A formação em gestão em sistemas universais de saúde: semelhanças e diferenças entre Brasil e Espanha*, de Cunha (2018), teve por objetivo descrever o contexto histórico da formação em gestão em saúde oferecida no Brasil e identificar as semelhanças e diferenças entre essa formação e aquela oferecida na Espanha. O texto está organizado em três seções, em que se discutem os aspectos associados à estruturação de uma burocracia profissionalizada por meio do Estado e os desdobramentos no seu relacionamento com a sociedade; as políticas de saúde e de formação de gestores; e a profissionalização, em perspectiva comparada.

Estratégia metodológica

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, de modo a incluir os sentidos atribuídos pelos diferentes agentes nesse percurso histórico, nos leva a adotar uma abordagem qualitativa da realidade.

Diferentes áreas do conhecimento utilizam o método comparado, e seu emprego na saúde coletiva é recente (Conill, 2006). Neste estudo, adotamos a perspectiva de Conill (2006, p. 564) ao considerar que “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”.

A escolha da Espanha considerou a expressiva oferta de cursos de mestrado naquele país direcionados à formação em gestão em saúde, fato este evidenciado em estudo que teve por objetivo descrever os elementos comuns na experiência internacional de Programas de Mestrado em Saúde Pública (Hortale, 2006).

De forma a responder às questões de investigação, utilizamos como fonte de dados a bibliografia científica sobre o tema, a pesquisa documental e a entrevista semiestruturada. A pesquisa documental teve como foco os documentos oficiais (relatórios, informes e legislações pertinentes) que orientam a formação em gestão em saúde nos dois países. As entrevistas foram realizadas com gestores do MS brasileiro (três gestores e um ex-gestor) e com gestores do Ministério da Economia, Indústria e Competitividade, do Ministério da Saúde, Serviços Sociais e Igualdade e de sociedades de gestores de saúde da Espanha (em um total de seis entrevistas). O critério de seleção dos entrevistados foi o fato de eles estarem ocupando ou de terem ocupado cargos de gestão e pela sua experiência e participação na conformação da política de saúde em seus países. Todas as entrevistas foram previamente agendadas e ocorreram individual e presencialmente, sendo gravadas, mediante autorização do entrevistado, e transcritas.

Com base na análise de conteúdo temática prevista por Bardin (2010), apresentamos, neste artigo, os resultados relacionados à categoria “institucionalidade”, apreendida na leitura das entrevistas e dos documentos. Para tanto, utilizamos os seguintes temas como unidade de codificação: política de saúde e educação; política de formação de gestores; e profissionalização. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, sob o Parecer nº 1.402.603.

Estado burocrático e a profissionalização de gestores

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

Nos últimos anos, a burocracia se estendeu a todas as esferas da sociedade, estando presente nos sistemas capitalista e socialista. Essa circunstância se relacionaria com o processo de ampliação dos integrantes da sociedade e a maior complexidade das diferentes associações entre indivíduos para alcançar objetivos determinados. Seja em partidos políticos, associações profissionais, instituições governamentais ou unidade de saúde, 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 (Motta; Bresser-Pereira, 1986).

A obra do sociólogo alemão Max Weber (1999) foi fundamental para compreender as organizações burocráticas abordadas a partir do nascimento do Estado, em seu caráter mais expressivo: a racionalidade. No Estado racional, dois pontos se apresentariam como centrais para o seu funcionamento: um funcionalismo especializado e um direito racional (Weber, 1999).

Quanto ao primeiro, seria por meio da administração que o Estado moderno exerceria efetivamente a dominação. Essa administração se daria a partir de funcionários contratados, que passam a deliberar sobre a vida cotidiana em todas as suas necessidades e manifestações. Ao aumento de socialização corresponderia uma crescente burocratização. Como resultado, a burocracia se estendeu ao exército de massas, à administração municipal, à Igreja e às empresas privadas.

Assim, 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” (Weber, 1999, p. 529).

No Brasil, o processo de democratização do Estado se deu a partir de ampla mobilização e da formulação de uma nova base legal, a Constituição Federal de 1988 (CF88), denominada “Constituição Cidadã”. Carneiro (2016) considera que a CF88 representou uma atualização da perspectiva weberiana sobre a construção de uma burocracia profissionalizada ao incorporar um capítulo voltado à temática da administração pública. 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 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 nos possibilita analisar a constituição do Estado brasileiro e de suas organizações burocráticas, bem como seu relacionamento histórico com a sociedade. Para isso, consideramos a perspectiva de Nunes (2010) e sua proposição das gramáticas do clientelismo, corporativismo, insulamento burocrático e universalismo de procedimentos.

As gramáticas foram estabelecidas segundo o personalismo, representado pelo clientelismo, e o impersonalismo, que envolve todas as outras gramáticas e tem no universalismo de procedimentos seu epítome. Na formulação desse autor, o clientelismo é entendido como privatização do espaço público, enquanto o insulamento burocrático é o processo que protege o núcleo técnico do Estado de interferências externas, tanto advindas do público quanto de outras organizações intermediárias, como partidos políticos, associações e sindicatos, entre outros (Nunes, 2010). Significa, assim, a “redução do escopo da arena em que interesses e demandas populares podem desempenhar um papel” (p. 55). O corporativismo tem como característica a formalização em leis e caráter semiuniversal, pois suas leis preocupam-se com incorporação e controle, e não com o justo e igual tratamento de todos os indivíduos. O universalismo de procedimentos

se oporia ao clientelismo e tomaria como base a concepção de igualdade perante a lei, ou seja, de que os benefícios e encargos públicos deveriam ser alocados segundo regras e procedimentos gerais e universais e associados à noção de cidadania plena.

Essa gramática favoreceria o atendimento ao universalismo, à equidade e à integralidade, que são as diretrizes do SUS. Para que o sistema de saúde cumpra esses princípios doutrinários e se organize segundo as necessidades de saúde de indivíduos e coletividades em seu território, seria essencial poder conciliar a capacidade técnica e 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 implicaria a mobilização de toda a sociedade contra os interesses personalísticos, o fortalecimento das agências de controle e a consolidação de uma cultura institucional voltada para o bem público.

No que se refere à gestão em saúde, Campos (2017) prevê um conjunto de caminhos que deveria ser pensado para a sua unificação e integração, voltado ao funcionamento e consolidação do SUS e à superação da lógica patrimonialista e clientelista. 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 “SUS Brasil”. Este manteria os mecanismos de controle social por meio de Conferências e Conselhos, agregados à constituição, nos mesmos moldes, de Conselhos Regionais de Saúde. Igualmente, se basearia nas instâncias deliberativas constituídas como Comissões Intergestoras, com a designação consensual entre os municípios e o estado em questão de um Secretário Regional de Saúde. Para efeitos da discussão prevista neste estudo, destaca-se de sua proposta a perspectiva da profissionalização da gestão, que indica 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 mandato definido. O livre provimento ficaria restrito aos cargos de secretário, ministro e assessoria direta. (Campos, 2017, p. 39)

Entendemos que essa proposta se insere na gramática do universalismo de procedimentos. Ao conjugar essa gramática, a sociedade brasileira estaria mais próxima das mudanças almejadas pela política de saúde e caminhando em direção a um projeto de sociedade mais justo e democrático, o que implicaria o 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 entende que seria a escassez de burocracia, e não o seu excesso, o que prejudicaria o desenvolvimento. Nessa perspectiva, a burocracia se diferencia da visão considerada pelos cidadãos e pelos formuladores de políticas como “sinônimo de ineficiência ou fonte de abastecimento dos funcionários privilegiados” e seria vista como um “conjunto de normas e estruturas que induzem à competência” (p. 76), conforme a aceção 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 funcionaria de forma insulada, mantendo 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 alcançar a eficiência, devem estar “inseridos”. Reporta-se, dessa forma, ao problema da necessidade de combinar autonomia e inserção social. Para Evans (1998), ainda que se reconheça que a ação efetiva do Estado deve 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.

A formação em gestão em saúde no contexto das políticas públicas no Brasil e na Espanha

Ao tomarmos como elemento comum o fato de que Brasil e Espanha adotaram a proteção à saúde como direito de cidadania por meio de sistemas públicos e universais de saúde, entendemos que a política de saúde, assim como outras políticas sociais, demandou a ampliação da capacidade gerencial e a expansão da atuação do Estado, mediante suas organizações burocráticas.

Essa atuação se deu no âmbito de um dos dois principais padrões reformistas. 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 os padrões estiveram presentes nas reformas brasileira e espanhola. Uma das diferenças é que, no Brasil, a implantação dos referidos padrões foi tardia em relação aos países da Europa Ocidental; e a outra é que a concepção clássica de burocracia se implantou de forma parcial ou inconclusa no contexto brasileiro (Carneiro, 2016).

A previsão de organização administrativa do governo federal brasileiro, com a criação do Departamento de Administração do Serviço Público, em 1938, considerado um marco no processo de adesão ao modelo burocrático weberiano, e o estabelecimento de concursos obrigatórios não foram capazes de impedir que a “gramática do personalismo”, assim como tratada por Nunes

(2010), prevalecesse. Em consequência, a falta de uma burocracia profissionalizada levou a uma multiplicidade de “corpos administrativos, com formas de legitimidade e meritocracia diferentes e sem diálogo entre si, inviabilizando uma efetiva gestão de pessoal” (Abrucio; Pedroti; Po, 2010, p. 52).

No âmbito da CF88, as medidas em prol da profissionalização do serviço público não obtiveram os efeitos esperados. Conforme Abrucio, Pedroti e Po (2010), parte dessa legislação resultou em aumento do corporativismo estatal. De acordo com esses autores, foi a partir do diagnóstico desses fatores negativos da CF88 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).

Ainda segundo Abrucio, Pedroti e Po (2010), a Reforma proposta pelo Mare tomou por base o modelo gerencial, que visava uma administração voltada para resultados, e foi responsável pela proposição de uma engenharia institucional capaz de estabelecer um espaço público não estatal. A partir de então, uma série de organizações foram criadas seguindo a lógica das parcerias público-privadas. Apesar de sua influência no desenho institucional até os nossos dias, o Mare, extinto em 1999, não teve a capacidade de coordenar o conjunto do processo da Reforma do Estado.

Em estudo a respeito da configuração da burocracia no MS, no que se refere ao padrão de recrutamento dos servidores, Costa (2011) apontou que, em 2005, um terço do quadro administrativo da sede do MS era composto por servidores de carreira e dois terços eram contratados temporariamente ou terceirizados. Conforme indicou, essa disposição foi consequência de um período de 24 anos sem a realização de concursos públicos. Nesse mesmo ano, os concursos foram retomados por forte pressão do Ministério Público do Trabalho para sanar as irregularidades existentes na administração pública federal direta, o que fez com que entre 2005 e 2011 houvesse 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 MS a cada mudança de gestão

do setor[. E]ssa 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. (Costa, 2011, p. 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, diferencia-se do modelo público de carreira (*career-based*), no qual os cargos comissionados são preenchidos por servidores com vínculo formal com a administração pública, em consonância ao tipo weberiano ou organizacional.

Esses autores indicaram 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 da ideia de que os DAS na administração pública federal sejam ocupados maciçamente pelo critério político (Cavalcante; Carvalho, 2017). 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. A respeito dos servidores de carreira, consideram que “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” (Cavalcante; Carvalho, 2017, p. 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.

Um dos entrevistados, gestor de um Programa de Pós-Graduação e de uma entidade associativa, informou que no início da implementação do SUS a indicação para cargos do Ministério e das secretarias de saúde considerava a tradição e a competência dos dirigentes combinada ao critério de confiança política. Os resultados obtidos por Costa (2011) convergem com esse ponto de vista, ou seja, a ocupação da Secretaria Executiva e da Secretaria de Atenção à Saúde, de grande peso político no MS, deu-se segundo critérios técnicos, o que permitiu a presença de dirigentes capacitados, com experiência em gestão e na cultura sanitária, e que possuíam um relativo grau de autonomia, favorecendo não apenas a construção de certa coerência interna e identidade corporativa no 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. Para ele, nos últimos anos tem-se ocupado quadros nas diferentes instâncias do SUS por critérios exclusivamente políticos, muitas vezes indicando pessoas sem experiência ou formação na área da saúde.

Na Espanha, existe na organização e na cultura de gestão do Sistema Nacional de Saúde (SNS) uma tripla tradição e influência. A primeira, relacionada com a cultura original do Sistema de Previdência Social, é caracterizada por dar às instituições personalidade jurídica e organizativa próprias, com autonomia, específicas dos serviços de saúde e independentes da administração pública geral. A segunda, no contexto da redemocratização, no início dos anos 1980, tomou como referência a administração pública comum e padronizou todo o setor público, inclusive a saúde, com uma tendência burocrática e uniformizadora em termos do quadro funcional. A terceira, desde os anos 1980, mas com maior expressão na década de 1990, 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 (Freire, 1999).

Para Repullo (2012), como consequência da crise econômica internacional e das restrições financeiras impostas aos sistemas nacionais de saúde na Europa no início dos anos 1980, ainda que os países tivessem sistemas de saúde diferentes, adotaram-se padrões associados ao gerencialismo, por meio do qual se buscou introduzir a lógica empresarial como forma de alcançar maior eficiência nos sistemas nacionais de saúde.

Para o autor, o modelo gerencialista tomou como base os hospitais que buscavam se inserir em um contexto comercial, a exemplo de empresas, particularmente nos Estados Unidos (Repullo, 2012). Após 1983, esse modelo foi incorporado por Margaret Thatcher no Serviço Nacional de Saúde britânico, a partir da recomendação do Relatório Griffiths (Griffiths, 1983), que influenciou diferentes países, entre eles a Espanha.

Com o término da ditadura e a transição para o governo democrático, as referências internacionais sobre gestão, principalmente a inglesa, tornaram-se presentes na agenda macropolítica espanhola e tiveram um papel importante no desenho da reforma sanitária, orientada a partir das discussões produzidas entre 1976 e 1986, ano em que foi publicada a Ley General de Sanidad, que criou o SNS (Repullo, 2014).

Ao centrarmos nossa atenção nessas tradições e influências, identificamos sua relação com a constituição e o papel desempenhado por um tipo de membro do quadro funcional: o inspetor da saúde da Previdência Social, que se aproximava da profissionalização da administração pública via ingresso por concurso, conhecimento especializado e tomada de decisões baseadas em um conjunto de regras racionais e formalmente especificadas. Na tradição seguinte, esse modelo se transforma. A partir de 1983, 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 (Laita, 1991). A formação prévia passa a não ser considerada critério de admissão e, a partir de 1999, por uma alteração no Real Decreto (RD) nº 521/1987, foram suspensas as exigências de realização de concurso público. Com essas transformações, as organizações de saúde

deixam de ser dirigidas por um quadro funcional próprio, cujos membros se deslocam para outras ocupações e não são substituídos, gradualmente reduzindo o quadro, que fica permeável a gestores indicados por critérios políticos. Com o RD nº 521/1987, desaparecem os Conselhos de Governo e as gerências unipessoais e sua forma discricionária de nomeação se consolidam (Freire, 1999, 2006).

Destacamos ainda que tanto no Brasil quanto na Espanha a saúde pública e a assistência médica previdenciária foram organizadas por aparatos institucionais distintos. O resgate histórico nos possibilitou compreender a importância dessa última, de natureza securitária e corporativista, com forte centralização, e do protagonismo do Ministério 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, ele guarda uma significativa diferença: a cobertura da rede assistencial do sistema previdenciário espanhol. Nele, “a ASSS [Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social] foi progressivamente expandindo a cobertura populacional (82% do total em 1978) e suas instalações, fazendo de fato possível sua extensão à toda a população” (Freire, 2006, p. 38, tradução nossa). Essa cobertura chegou à quase totalidade da população no final dos anos 1990 e se constituiu como base para a implantação do SNS.

Assim, ainda que ambos os países tenham adotado a saúde como direito de cidadania, a ser viabilizado por sistemas públicos financiados por impostos, a extensão de cobertura a toda a população apresenta importantes distinções nos dois países.

No Brasil, a rede de serviços existente na Previdência Social quando o SUS foi implantado não alcançava ampla cobertura ao conjunto da população. Em 2013, na atenção básica, a cobertura da Estratégia Saúde da Família alcançou 56,2% da população (Malta et al., 2016). Existe, ainda, 24,4% da população brasileira, conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em 2017, que é beneficiária de planos privados de assistência médica garantidos, em geral, pelas empresas empregadoras ou custeados com recursos próprios (Brasil, 2019). Esse resultado indicaria que, ainda

que tenha sido alcançada a extensão da cobertura na atenção básica para um pouco mais da metade da população brasileira, uma parte desta, 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 do SUS relativos à cobertura e ao alcance da equidade foi abordado por Conill (2017, p. 6), para quem,

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.

Na Espanha, o SNS permitiria o acesso universal por meio da rede de serviços do sistema previdenciário espanhol que cobre todo o país (Freire, 2006). Recentemente, a trajetória de extensão de cobertura e a lógica de universalismo do SNS sofreram uma inflexão com o Real Decreto-Lei (RDL) nº 16/2012, que pode ser considerado um retrocesso por aproximar novamente o sistema de uma concepção de direito de afiliados e beneficiários, definido pela contribuição à Previdência Social (Repullo, 2012). Em junho de 2018, o novo governo da Espanha expressou o compromisso de recuperar a universalidade do SNS revogando o RDL nº 16/2012.

Semelhanças e diferenças na formação de gestores: política de formação e profissionalização da gestão em saúde no Brasil e na Espanha

No que se refere aos antecedentes históricos da formação de gestores da saúde, encontramos três principais semelhanças entre os dois países. A primeira delas, nas décadas iniciais do século XX, foram as iniciativas formativas 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 surgiram com a criação de escolas de saúde pública, sendo a primeira delas

a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), inaugurada em 1929 (Kisil, 1994). Na Espanha, a Escuela Nacional de Sanidad (ENS), criada em 1924, voltava-se à formação de “corpos de funcionários” dos órgãos dependentes da Dirección Geral da Saúde (Carrasco, 1998).

A segunda semelhança é que a formação em administração hospitalar foi estruturada posteriormente como consequência da centralidade crescente dos hospitais na assistência à saúde; da transformação do seu perfil de instituição de benemerência e de formação de médicos e enfermeiros para o perfil de organização, com mecanismos e regras a cumprir para atender a um número cada vez maior de beneficiários da previdência social; dos maiores custos decorrentes da especialização e sofisticação da prática médica; e da busca da qualidade (Marcondes, 1977). No Brasil, essa formação específica se iniciou em 1951, quando foi criado o primeiro curso de especialização em administração hospitalar para atender à necessidade de formar administradores quando da implantação do Hospital das Clínicas da USP (Kisil, 1994). Na Espanha, esses cursos se iniciaram em 1964, baseados nas exigências da Lei nº 37/1962 sobre hospitais, que estabelecia a necessidade de formação e capacitação de dirigentes, assim como exigia formação prévia em casos específicos (Laita, 1991).

A terceira semelhança é relativa à criação de cursos em escolas de administração em saúde. No Brasil, essa oferta teve início na segunda metade dos anos 1970, com destaque para dois cursos: 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 da Saúde com o apoio da Fundação W. K. Kellogg; e os Programas de Administração de Saúde. Na Espanha, na década de 1980, foram criadas as denominadas “escolas de negócios”, vinculadas a universidades ou centros de formação privados (Lamata, 1998).

O estudo dos antecedentes dos cursos de gestão em saúde nos dois países revelou os principais elementos de sua institucionalização. Até onde pudemos perceber, ainda que existam atualmente diferentes e tradicionais ofertas formativas em ambos os países, estas não se originaram em

uma política nacional de formação. No Brasil, essa questão é ilustrada pela fala do gestor de um Programa de Pós-Graduação e de uma entidade associativa: *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* (Entrevistado 2).

Verificamos que a oferta de cursos foi iniciativa das próprias instituições, com diferentes motivos – algumas foram desencadeadas por incentivos governamentais não específicos para a área de gestão em saúde, como o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais, relacionado aos cursos de graduação; outras ligadas à percepção da necessidade de formação, busca pela profissionalização e demanda de mercado, esta 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 Comunidades Autônomas (CCAA). A criação de cursos vinculados ao sistema público de ensino teve estreita relação com a conformação político-institucional do sistema de saúde e com a percepção da importância de que essa formação se desse mais próxima da realidade sanitária e da gestão pública e nesse âmbito de ensino.

Entendemos que a ausência de uma política nacional de formação nessa área teria relação não apenas com o papel assumido pelo Estado, causa de fundo, mas também com um conjunto de fatores para os quais seria condicionante. Entre eles, a iniciativa de cada instituição de criar 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.

No Brasil, 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. Um dos entrevistados, dirigente de uma instituição de ciência e tecnologia,

relacionou a importância dessa formação 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 determinado conjunto de conhecimentos para fazer frente a esses desafios. Distancia-se, assim, de uma ação improvisada. A esse respeito, o entrevistado apresentou 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? Uma indústria de 300 milhões no Brasil é médio porte* (Entrevistado 3).

A existência ou não de uma política nacional de formação se relaciona diretamente com o tema da profissionalização da gestão. Apesar de esse tema ter aparecido como uma preocupação nos dois países, algumas diferenças significativas foram observadas.

No Brasil, percebemos a ausência de uma base normativa a respeito da necessidade de formação para a ocupação de cargos de gestão. Em decorrência, a nomeação aos cargos de gestão em saúde se dá por indicação política, sem exigência de qualificação.

Outro aspecto, também importante, é que o incentivo à formação de gestores guarda relação com as prioridades e políticas implementadas por um dado governo. A nosso ver, a proposta mais estruturada, com o objetivo de 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, instituído pela Portaria nº 1.311/2010 (Brasil, 2010) e descontinuado em 2012, com a troca de governo.

Cumpramos destacar que foi apresentado ao Plenário da Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 8.440/2017 que, entre outros aspectos, prevê formação técnica e experiência prévia de, no mínimo, três anos para a ocupação de cargo ou função de chefia, direção e assessoramento no âmbito do SUS. Esse Projeto de Lei encontra-se em tramitação (Brasil, 2017).

Na Espanha, a Lei nº 37/1962, a Ordem Ministerial do Ministério do Trabalho de 1972 e o RD nº 2.082/1978

são tidos como marcos regulamentadores da formação em gestão em saúde. Quatro anos depois de sua promulgação, uma sentença do Supremo Tribunal anulou o RD nº 2.082/1978, sem que tivesse sido desenvolvido nenhum de seus conteúdos. Esse fato fez com que perdurasse a inexistência de uma regulamentação sobre o tema em âmbito nacional (Laita, 1991). Sobre o tema da profissionalização, existe um conjunto de documentos, como informes e recomendações, que apontam para uma crescente mobilização de gestores, pesquisadores, quadros políticos e governamentais. Ainda que algumas iniciativas não tenham se concretizado, o aspecto-chave apontado por um dirigente do Ministério da Economia, Indústria e Competitividade seria o processo de construção da mudança a partir da relação estabelecida entre os agentes envolvidos, e como tais iniciativas contribuiriam para a expansão de um clima de opinião. Passos importantes ou “ondas reformistas” na construção dessa mudança foram identificados em pelo menos dois documentos: Recomendações do Conselho Assessor sobre o Código de Bom Governo da Saúde Pública Basca (Comunidad del País Vasco, 2010) e Propostas da Associação da Economia da Saúde (AES, 2014).

De acordo com a 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 conselhos, a AES aponta em seu livro 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. Seu enfrentamento em direção à profissionalização dos cargos de gestão tem sido tema central na Espanha, visando alcançar os atributos do chamado “bom governo”.

De forma geral, o cenário para que as recomendações e propostas na experiência espanhola impulsionem resultados em direção à profissionalização da gestão é visto como favorável. O momento atual seria considerado, pelo referido dirigente, como uma *janela de oportunidade* em função do apoio conseguido com o legislativo, com

os profissionais e com a conscientização em relação ao tema do “bom governo”, entendido como um dos avanços para a profissionalização de gestores na Espanha. A expressão de um gestor de uma entidade associativa espanhola ilustra essa perspectiva:

Eu creio que um avanço é a conscientização. [...] 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. (Entrevistado 7)

As dificuldades apontadas 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, sejam dirigidos por amigos políticos no lugar de profissionais* (Entrevistado 7). Uma relevante conquista, que incorpora as concepções presentes nos documentos citados, foi a recente aprovação em Madrid da Lei nº 11/2017, de 22 de dezembro, que versa sobre “bom governo e profissionalização da gestão dos centros e organizações do Serviço Madrilenho de Saúde” (Comunidade de Madrid, 2018), 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.

A Lei foi elaborada tendo por base a Resolução nº 24/2015 (Asamblea de Madrid, 2015), que relacionou os cinco componentes essenciais ao “bom governo” e à boa gestão pública. São eles: órgãos colegiados (Conselho de Governo) em todos os centros e organizações do Servicio Madrileño de Salud (Sermas); profissionalização da função diretiva-gestora; reforço das estruturas de assessoramento e de participação profissional; estabelecimento de instrumentos de bom governo/boa gestão; e maior autonomia e capacidade de resposta para os centros e instituições sanitárias do Sermas.

Os atributos do “bom governo” se referem a 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 (Freire; Repullo, 2011).

Entre os pontos previstos para alcançar o “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, aos quais os gestores executivos têm que prestar contas. Esses órgãos possuem a capacidade de seleção dos gestores. Em todos os documentos consultados existe a perspectiva de uma certa 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 Sanitárias do Seguro Social (Espanha, 1960).

A profissionalização de uma ocupação não se esgota no estabelecimento de programas acadêmicos, mas envolve a conformação de entidades associativas. Nesse sentido, constatamos uma importante especificidade da realidade espanhola, em que se destaca a existência de sociedades que atuam tanto na formação quanto na busca de profissionalização da gestão, como a Sociedade Espanhola de Gerentes de Atenção Primária e a Sociedade Espanhola de Gerentes de Saúde. Esta última adota a profissionalização como seu objetivo fundacional e entende a preparação dos gestores como um conjunto que envolve formação, experiência, valores éticos, competências e liderança (Guerrero Fernández, 2017).

Considerações finais

Neste artigo refletimos sobre a formação em gestão em saúde, em particular nos temas relacionados à sua institucionalidade, valendo-nos de elementos históricos em dois países: Brasil e Espanha.

Entendemos que a formação em gestão se dá em meio a relações de conflito e de disputas, inserida em um contexto mais amplo de relação do Estado com a sociedade. A atualização dos preceitos da

administração clássica se tornou evidente em ambos os países. No Brasil, a criação de uma burocracia profissionalizada foi atualizada pela CF88, ao incorporar um capítulo dedicado à temática da administração pública. Na Espanha, o tema está presente em um conjunto de documentos, propostas, medidas e na Lei nº 11/2017 da Comunidade de Madri.

Na formulação weberiana, o funcionalismo burocrático é um dos pontos centrais para o funcionamento do Estado burocrático. Para o autor, a impessoalidade e a busca de aplicação de regras universalistas por esses indivíduos se constituíram como uma pré-condição à consolidação do Estado democrático.

Esses funcionários, ao ficarem isolados das demandas da sociedade por meio do “insulamento burocrático”, 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 proteger o Estado da pressão excessiva de grupos de interesse, por outro, o isolamento conferido impede que demandas sociais, como aquelas por políticas de saúde, sejam atendidas.

Dessa forma, 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. Esta implicaria a autonomia do Estado, que, por sua vez, 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 o 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. Dessa forma, acreditamos que para a aceção do “bom governo” se tornar uma prática cotidiana da gestão

na efetivação de um sistema público e universal de saúde, poderia estar presente na formação dos gestores, sendo necessária à profissionalização da gestão. Nesse sentido, acreditamos que os contornos institucionais e os avanços significativos em relação à profissionalização da gestão em saúde, alcançados em período recente na Espanha, podem trazer elementos a serem considerados no contexto de defesa e fortalecimento do SUS.

Referências

- ABRUCIO, F. L.; PEDROTI, P.; PÓ, 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. (Org.). *Burocracia e política no Brasil: desafios para a ordem democrática no século XXI*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010. p. 27-71.
- AES - ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD. *Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance*. Barcelona, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2FkuOpW>>. Acesso em: 22 jun. 2017.
- ASAMBLEA DE MADRID. Resolución núm. 24/2015 del Pleno de la Asamblea, sobre moción 4(x)/2015 RGEF.4040. *Boletín Oficial de la Asamblea de Madrid*, Madrid, n. 20, p. 1083-1084, 29 out 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2uMCDA1>>. Acesso em: 29 mar. 2019.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Dados gerais*. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/2wLQGF6>>. Acesso em: 1 mar. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.225, de 5 de dezembro de 2002. Estabelece exigências mínimas para a estruturação técnico/administrativa das direções dos hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 236, p. 38, 6 dez. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.311, de 27 de maio de 2010. Institui o Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no Sistema Único de Saúde - PNDG. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2 jun. 2010.

BRASIL. Projeto de Lei nº 8.440, de 2017. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e dá outras providências”, para estabelecer normas gerais sobre a política de recursos humanos na área de saúde. *Câmara dos Deputados*, Brasília, DF, 2017.

CAMPOS, E. Introdução. In: CAMPOS, E. (Org.). *Sociologia da burocracia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1971. p. 7-14.

CAMPOS, G. W. S. Estratégias para consolidação do SUS e do direito a saúde. *Ensaio & Diálogos*, Rio de Janeiro, p. 36-40, 24 mar. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2TqfHjG>>. Acesso em: 26 mar. 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: Diaz de Santos, 1998. p. 141-154.

CAVALCANTE, P.; CARVALHO, P. Profissionalização da burocracia federal brasileira (1995-2014): avanços e dilemas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, p. 1-26, fev. 2017.

COMUNIDAD DE MADRID. Ley nº 11/2017, de 22 de diciembre. Buen gobierno y profesionalización de la gestión de los centros y organizaciones sanitarias del servicio madrileño de salud. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, Madrid, n. 2, p. 21-35, 3 jan. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2HP4zdY>>. Acesso em: 21 jun. 2018.

COMUNIDAD DEL PAÍS VASCO. Departamento de Sanidad y Consumo. *Recomendaciones del consejo asesor sobre el código de buen gobierno de la sanidad pública vasca*. Vitoria-Gasteiz, 2010. Disponível em: <<https://bit.ly/2TxXmBk>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 563-613.

CONILL, E. M. O SUS sem dívida e sem mercado: abrindo o debate. *Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz*, Rio de Janeiro, 15 ago. 2017. (Série Futuros do Brasil: ideias para ação). Disponível em: <<https://bit.ly/2waLiOk>>. Acesso em: 22 mar. 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. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2889-2892, 2011.

COSTA, L. A. *Insulamento burocrático, autonomia do estado e inserção social: um estudo sobre o Ministério da Saúde na coordenação nacional do SUS*. 2011. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

CUNHA, M. L. S. *A formação em gestão em sistemas universais de saúde: semelhanças e diferenças entre Brasil e Espanha*. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

ESPAÑA. Orden Ministerial del Ministerio de Trabajo, de 7 de junio de 1960, sobre regulación del gobierno de las Instituciones Sanitarias del Seguro Social. *Boletín Oficial del Estado*, Madrid, n. 142, p. 8107-8108, 14 jun. 1960.

EVANS, P. Análise do estado no mundo neoliberal: uma abordagem institucional comparativa. *Revista de Economia Contemporânea*, Rio de Janeiro, n. 4, p. 51-85, jul./dez. 1998.

FREIRE, J. M. Política sanitaria. In: FUHEM - FUNDACIÓN HOGAR DEL EMPLEADO. *Políticas sociales y estado de bienestar en España: informe* 1999. Madrid, 1999. p. 433-490. Disponível em: <<https://bit.ly/2CEZ522>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

FREIRE, J. M. El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones. *Claridad*, Madrid, p. 31-45, verano 2006.

Disponível em: <<https://bit.ly/2TXzT1B>>. Acesso em: 14 ago. 2017.

FREIRE, J. M.; REPULLO, J. R. El buen gobierno de los servicios de salud de producción pública: ideas para avanzar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2733-2742, 2011.

GRIFFITHS, R. *NHS management inquiry*. London: HMSO, 1983. Disponível em: <<https://bit.ly/2HGC4jm>>. Acesso em: 21 jun. 2018.

GUERRERO FERNÁNDEZ, M. *Actualización del Informe Sedisa sobre la profesionalización de los directivos de la salud*. Madrid: Sociedad Española de Directivos de la Salud, 2017.

HORTALE, V. A. Mestrado profissionalizante em saúde pública: um olhar para as experiências internacionais. In: LEAL, M. C.; FREITAS, C. M. (Org.). *Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 65-99. Disponível em: <<https://bit.ly/2CATH9W>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

KISIL, M. *Educação em administração de saúde na América Latina: a busca de um paradigma*. São Paulo: Edusp, 1994.

LAITA, M. U. *Proyecto de formación y capacitación de directivos hospitalarios en el Sistema Nacional de Salud español*. 1991. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva e Saúde Pública) - Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, 1991.

LAMATA, F. C. *Manual de administración y gestión sanitaria*. Madrid: Diaz de Santos, 1998.

MALIK, A. M. et al. *Presença da FGV-EAESP na formação de administradores para a área da saúde: resultados de 30 anos de trabalho*. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2010. (Relatório nº 7/2010). Disponível em: <<https://bit.ly/2FzIVdj>>. Acesso em: 7 fev. 2017.

MALTA, D. C. et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

MARCONDES, R. C. O administrador hospitalar: sua formação e perspectivas profissionais. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 23-28, 1977.

MOTTA, F. C. P.; BRESSER-PEREIRA, L. *Introdução à organização burocrática*. São Paulo: Brasiliense, 1986.

NUNES, E. *A gramática política do Brasil*. 4. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; Brasília, DF: Enap, 2010.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1819-1829, 2007. Suplemento.

PAULA, A. P. P. *Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

REPULLO, J. R. *Mudanças e reformas nos sistemas e serviços de saúde*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, 2012. (Edição brasileira). Disponível em: <<https://bit.ly/2HDzjzr>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

REPULLO, J. R. *Salud y política: curso de informadores sanitarios [Bloque 3]*. Madrid: Organización Médica Colegial de España, 2014.

TANAKA, O. Y. et al. Formação de gestores locais de saúde: processos para identificar estratégias de atuação. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 219-229, 1999.

WEBER, M. *Economia e sociedade*. Brasília, DF: Editora UnB; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 1999. v. 2.

Agradecimentos

À professora doutora Suely Ferreira Deslandes, pela leitura crítica e suas contribuições ao artigo.

Contribuições dos autores

Cunha, Freire, Repullo e Hortale participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Recebido: 28/12/2018

Reapresentado: 08/03/2019

Aprovado: 11/03/2019