

A GESTÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Juan Stuardo Yazlle Rocha
Departamento de Medicina Social
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP
Av. Bandeirantes, 3900 – Campus da USP
CEP 14040-900 Ribeirão Preto – SP
Telefone (016) 602-2443
E-mail: jsyrocha@fmrp.usp.br

RESUMO:

O trabalho desenvolve e elabora a idéia da gestão de saúde a partir da acepção contida na Norma Operacional Básica 1996, situando seu significado no contexto das reformas sanitárias dos países desenvolvidos e, mais recentemente, no Brasil. Justifica a importância que o conceito adquire no Brasil presente e caracteriza as tarefas nele implicadas. Termina discutindo brevemente a gestão de saúde no modelo de regionalização preconizado pela NOAS 2002.

A GESTÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Juan Stuardo Yazlle Rocha

CONCEITO E ORIGEM:

A Constituição Federal de 1988 outorgou ao país o Sistema Único de Saúde determinando a integração de todos os múltiplos serviços públicos de saúde: previdenciários e de saúde pública, municipais, estaduais e federais. É interessante assinalar que se optou chamar o novo Sistema de Único, e não Nacional, certamente para enfatizar a importância conferida à unificação da saúde. Todavia, para realizar os preceitos constitucionais do SUS seriam necessárias outras medidas além da unificação, que foram sendo implantadas gradualmente, como redefinir os papéis e as relações entre órgãos em cada nível de governo¹, entre estados e governo federal bem como entre os municípios e os estados. Estas novas atribuições e vínculos passariam a ser construídos a partir de então, com avanços e recuos. A Lei 8080/1990 reuniu sob a estrutura jurídica do SUS todos os serviços públicos de saúde - municipais estaduais e federais - e os privados contratados ou conveniados no Sistema Único de Saúde, mas preservando os vínculos originais.

Importante papel foi exercido pelas Normas Operacionais Básicas de 1993 e de 1996, tratando da implementação do SUS, especialmente no referente à descentralização em direção à municipalização (Levcovitz, 2001) respeitando as peculiaridades das diferentes regiões no país. A NOB-96 tinha como objetivo geral *promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes com a respectiva redefinição de responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União.* (ibidem); desta forma deu origem à criação dos sistemas municipais de saúde - *pela integração de todos os serviços públicos e dos prestadores privados vinculados ao SUS* - e à questão da gestão do sistema de saúde ao *promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes.*

¹ Somente em 1990 o INAMPS passaria a ser vinculado ao Ministério da Saúde, por força do Decreto 99.060 de 07/03/90.

Em português gerência e gestão são sinônimos (Houaiss, 2001) – gerência é a ação de gerir, função de administrar ou gestão; gestão é o ato de gerir, administrar e, também o mandato político. Na área da saúde pública, a partir da edição da NOB 96, foi introduzida uma nova acepção a estes termos, diferenciando a gerência da gestão²:

*Assim, nesta **NOB 96** gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional)...* (grifos nossos)

IMPORTÂNCIA DA GESTÃO:

Até então não havia no Brasil sistemas de saúde integrados sob comando único; os serviços públicos de saúde estavam “dispersos” em estabelecimentos com vínculos diversos: hospitais e laboratórios – municipais, estaduais e federais, redes ambulatoriais municipais, serviços especializados – de saúde mental, pronto socorros, etc. com filiações múltiplas, o que significava financiamento de fontes diversas, múltiplos gerentes, regimes de trabalho diversos, etc. Estes conglomerados conformavam uma estrutura pública dos serviços de saúde e não propriamente um sistema. Naquelas circunstâncias, pensar nos problemas da direção de um sistema de saúde integral era apenas um assunto teórico, objeto de análise nas questões do planejamento em saúde, e não uma questão prática³. A importância dos sistemas integrados reside na sua capacidade superior em resolver problemas e atender às necessidades de saúde da população – superioridade esta decorrente da racionalidade implantada pela direção única que comanda dentro de uma mesma lógica as ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento e reabilitação – conferindo ao conjunto elevado desempenho, demonstrável através de indicadores do nível de saúde da população - nível de macro-eficiência nunca alcançado por outros modelos de saúde.

Na maioria dos países capitalistas centrais, até os anos 80, a situação era semelhante a esta. Desde o final da década de 70, com a aceleração da elevação dos custos da

² Em espanhol é utilizado o termo “rectoría” como ação do reitor: aquele que rege, governa, administra ou dirige; em inglês “stewardship” procuradoria, administração, intendência.

³ Era diferente nos países socialistas onde, por força da estrutura social e política, a saúde conformava sistemas públicos integrados e dirigidos centralmente; os países capitalistas com sistemas nacionais de saúde “estatizada”, como a Inglaterra, também possuíam sistemas integrados.

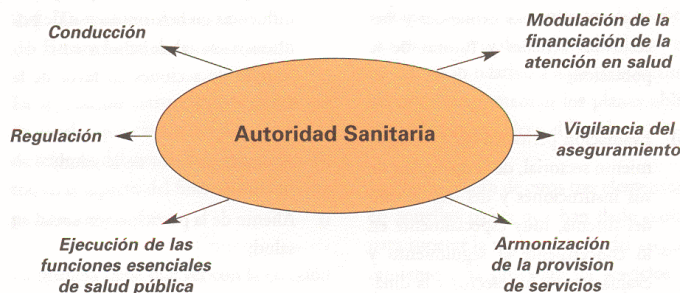
assistência à saúde, colocou-se em questão a eficiência dos sistemas de saúde levando muitos deles a promover, a partir dos anos 80, reformas sanitárias como forma de enfrentar os custos crescentes e a insatisfação da população. Segundo Chernichovsky (1995) estas reformas eram *esforços para combinar as vantagens comparativas dos sistemas públicos - equidade e eficiência (macro) social - com as vantagens comparativas dos sistemas competitivos, geralmente privados - satisfação dos consumidores e eficiência interna (micro) na prestação da assistência*. Segundo este mesmo autor, a principal característica do novo paradigma resultante das reformas sanitárias europeias é a função de organizar e administrar o consumo da assistência (organization and management care consumption - sigla OMCC) de acordo com aos princípios do financiamento público. *A função OMCC refere-se à variedade da escolha e a natureza do acesso à assistência colocada a disposição dos consumidores. Conseqüentemente, esta função lida primeiramente com a definição de um “plano” específico de prestação de serviços ou de concessão de direitos relativos ao cuidado publicamente financiado*. Outras características das reformas sanitárias europeias são apresentadas por Almeida (1999)

- 1) introdução de medidas racionalizadoras da assistência médica com privilegiamento da atenção primária;
- 2) separação administrativa entre prestadores e compradores fortalecendo a capacidade regulatória do estado;
- 3) introdução de mecanismos competitivos na assistência – “managed competition”: mercado interno, competição pública e “managed care”: competição administrada;
- 4) introdução de subsídios e incentivos para estruturar a composição pública e privada – quebrando o monopólio estatal.

AS TAREFAS DA GESTÃO:

A amplitude e complexidade da tarefa da gestão da saúde são objeto de numerosos documentos nacionais ^(6,7,8) e internacionais ^(9,10,11). Particularmente interessante, neste sentido, é o capítulo *La Función de rectoría en salud y el fortalecimiento institucional de las autoridades sanitarias nacionales y subnacionales*, in: *La Salud en las Américas* (Capítulo 2, ibidem) onde as tarefas do gestor são representadas conforme a figura 1:

Figura 1 Las tareas de la rectoría sectorial por parte de la autoridad sanitaria



TAREFAS DE DIREÇÃO (“CONDUCCIÓN”):

Envolve analisar a situação da saúde, avaliar o funcionamento, determinar as prioridades, formular, analisar e avaliar as políticas gerais e setoriais, construir consensos, estabelecer metas, mobilizar recursos e atores, exercer a advocacia em favor da saúde, estimular a participação da sociedade civil, coordenar as contribuições e a participação política e técnica.

TAREFAS DA REGULAÇÃO SETORIAL

Desenvolver e aperfeiçoar a legislação da saúde, analisar, exercer a regulação sanitária e fiscalizar os “mercados” da saúde - planos de saúde, medicamentos, equipamentos e dispositivos – tecnologias, etc. Analisar, exercer a regulação técnica e fiscalizar a prestação de serviços. Estabelecer as normas básicas da assistência à saúde – acreditação, certificação e licenciamento de prestadores.

TAREFAS NO DESENVOLVIMENTO DAS FUNÇÕES ESSENCIAIS DA SAÚDE PÚBLICA: Compreende as onze funções essenciais da Saúde Pública (OPS, 2000)

Seguimento, avaliação e análise da situação de saúde. Vigilância da saúde, investigação e controle de riscos e danos. Promoção da Saúde. Participação da comunidade. Desenvolver a capacidade institucional de planejamento e gestão. Fortalecer a capacidade de regulamentar e fiscalizar a saúde pública. Avaliar e promover a equidade. Desenvolver Recursos Humanos. Garantir e melhorar a qualidade dos serviços individuais e coletivos.

Promover a investigação em saúde. Reduzir o impacto das emergências e desastres em saúde.

TAREFAS NO FINANCIAMENTO:

Criar fundos autônomos de saúde. Aumentar a proporção do financiamento setorial público. Articular as modalidades de financiamento público e privado.

TAREFAS DA COBERTURA PREVIDENCIÁRIA

Aumentar a cobertura. Garantir o acesso. Definir o conteúdo básico da assistência. Desenvolver a capacidade de compra de serviços públicos ou privados.

TAREFAS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Descentralizar e desconcentrar os serviços de saúde. Orquestrar adequadamente os múltiplos prestadores de serviços públicos e privados.

DESENVOLVIMENTO DA GESTÃO

Definir de critérios de alocação de recursos. Definir os papéis os órgãos públicos e privados e harmonizar os planos de ação. Oferecer cooperação técnica aos órgãos descentralizados. Redistribuir os gastos correntes e de investimentos. Estabelecer mecanismos de contratos (ou compromissos) de gestão.

A GESTÃO E A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE:

Em 27/02/2002 o Ministério da Saúde aprovou a Portaria 373 – Norma Operacional da Assistência à Saúde [NOAS 2002](#), estabelecendo o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS. Esta norma veio reascender novamente o processo de planejamento em saúde, buscando vincular a organização e disponibilização dos recursos segundo as necessidades, utilizando instrumentos epidemiológicos e de programação da saúde.

O processo de regionalização considera uma base territorial onde municípios - isolados ou agrupados - poderão constituir módulos assistenciais; o conjunto destes módulos conforma uma microrregião que, com outras microrregiões, conformará uma região de saúde (grifos nossos). A assistência ambulatorial e hospitalar fica então organizada segundo níveis de concentração de recursos o que implica em diferentes tarefas de gestão de acordo aos níveis de complexidade da assistência.

ATENÇÃO BÁSICA: compreendendo os programas de saúde da criança, saúde da mulher, controle da hipertensão e do diabetes, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase e saúde bucal, obrigatória para todos os municípios do país.

ATENÇÃO BÁSICA AMPLIADA: acrescentando ao anterior cirurgias ambulatoriais, procedimentos odontológicos especializados, exames de patologia clínica e eletrocardiogramas.

ASSISTÊNCIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE: elenco de procedimentos de complexidade I, a serem oferecidos em municípios sede de módulos assistenciais incluindo procedimentos de urgência, tratamentos de endodontia, radiodiagnósticos e ultrasonografia e fisioterapia. Estes municípios devem dispor de leitos hospitalares para atendimento em clínica médica, pediatria e obstetrícia (parto normal).

MUNICÍPIOS POLO OU ALTA COMPLEXIDADE: elenco de procedimentos de complexidade II e III a serem oferecidos em nível regional ou estadual e segundo a tabela SIA/SUS.

A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: foi dividida em A) Baixa e média complexidade – incluindo as especialidades básicas mais internações de psiquiatria, tisiologia e B) Alta Complexidade, incluindo todas as especialidades e sub-especialidades.

Vemos assim que os sistemas de saúde e o papel do gestor surgem com as mudanças nos modelos de atenção à saúde e que a função da gestão é muito similar entre países àquela conceituada na NOB-96: ***funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.*** Considerada a gestão como atividade de competência de cada nível de governo – embora na maior parte das vezes o sistema de saúde completo para uma dada população compreenda mais de uma área administrativa e/ou de governo, daí a questão da regionalização da saúde - a gestão compreende um conjunto novo e muito amplo de atribuições, carecendo de profissionais aptos ao desempenho da função e com poucos cursos de formação ou capacitação nessa área – os mais próximos são os de planejamento e administração em saúde, o que representa um grande desafio a vencer. Pensar o setor (ou área) da saúde de forma integral e dar um sentido ao seu crescimento ou desenvolvimento – criar a inteligência na gestão da

saúde – é a questão do momento ⁴ que deve ser enfrentada pelos gestores dos governos municipais, estaduais e federal, não como tarefa para uma pessoa mas para uma equipe dirigida pelo gestor.

Os instrumentos de realização da gestão são a Agenda de Saúde, os Planos de Saúde, os Relatórios de Gestão, o Plano Diretor de Regionalização e a Programação Pactuada e Integrada – que todos os municípios e estados devem atender.

Finalmente, temos que a gestão da saúde no Brasil se realiza com a colaboração e através de mecanismos institucionais definidos (Ribeiro, 2000): o Sistema Nacional de Auditoria, as Comissões Intergestores – bi e tripartites – os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional, as Agências de Vigilância Sanitária e de Saúde Suplementar e de Acreditação Hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Levcovitz, E. et al. – Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas – *Ciência & Saúde Coletiva* vol 6 No. 2, 269-291, 2001
2. Brasil, Ministério da Saúde – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB 96 – Portaria Min Saúde 2203 de 06/11/1996, disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/cooperasus/sus/download/nob96.pdf>
3. Houais, A. - Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, Editora Objetiva Ltda., RJ, edição 2001
4. Chernichovsky, D. - Health System Reforms in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm - *The Milbank Quarterly*, Vol. 73, N.º 3, 1995.
5. Almeida, C.M. – Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde – *Ciência e Saúde Coletiva*, vol 4, No. 2; 263-287, 1999
6. MinSaúde, Brasil - [SUS Instrumentos de gestão em saúde](#) 2001.
7. MinSaúde, Brasil - Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes – Conselho Nacional de Saúde, 2003 – Disponível no site do MinSaúde
8. CONASS, [Para entender a gestão do SUS](#) 2002

⁴ Paradoxalmente, em 1965 quando no nosso hemisfério apenas se sonhava com sistemas de saúde integrais, um grupo de técnicos elaborou o primeiro documento americano sobre planejamento em saúde, dentro de uma perspectiva de saúde integral: *Programación de la Salud – Problemas Conceptuales y Metodológicos, publicación científica 111, Organización Panamericana de la Salud* – que passaria a ser conhecido como metodologia CENDES-OPAS e, entre os norteamericanos, como o método latino-americano de planejamento.

9. OMS – Informe sobre la Salud en el Mundo 2000 – Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud, Ginebra, Suiza 2000 (documento controvertido, com problemas metodológicos nas avaliações dos sistemas de saúde dos países membros mas importante de ser conhecido).
10. OPS – Evaluación y Mejora del Desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas, Washington DC, 2001
11. OPS – La Salud Pública en las Américas – Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción – Washington D.C. 2002
12. OPS – Desafíos para la Educación en Salud Pública – La Reforma Sectorial y las Funciones Esenciales de Salud Pública, Washington D.C. 2000
13. Ribeiro, J.M. et al – Política de saúde no Brasil e estratégias regulatórias em ambiente de mudanças tecnológicas, Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol 4. No. 6, pág. 61-84, 2000