

## GESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL: DIÁLOGO COM GESTORES PÚBLICOS E PRIVADOS

*Jorge Lorenzetti<sup>1</sup>, Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni<sup>2</sup>, Luciana Ferreira Cardoso Assuiti<sup>3</sup>, Denise Elvira Pires de Pires<sup>4</sup>, Flávia Regina Souza Ramos<sup>5</sup>*

<sup>1</sup> Doutor em Enfermagem. Professor do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Santa Catarina, Brasil. E-mail: jorgelorenzetti@hotmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Enfermeira da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Santa Catarina, Brasil. E-mail: gabimrc@gmail.com

<sup>3</sup> Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: lufono@hu.ufsc.br

<sup>4</sup> Doutora em Ciências Sociais. Professora do Departamento de Enfermagem e PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: piresdp@yahoo.com.

<sup>5</sup> Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: flaviar@ccs.ufsc.br

**RESUMO:** Estudo com objetivo de identificar os principais problemas da gestão em saúde no Brasil, a partir da opinião de gestores escolhidos intencionalmente. Os dados foram coletados entre julho e novembro de 2010, através de entrevistas com informantes chave: dois diretores de hospitais privados de referência nacional, localizados na região sudeste; e autoridades executivas do SUS, um de cada esfera de governo, municipal estadual e da direção nacional. A gestão do SUS foi considerada desatualizada, o sistema carente de financiamento estável e com déficits no planejamento e na avaliação dos serviços. A falta de profissionalização da gestão foi identificada nos dois setores. Conclui-se que o SUS está em consolidação carecendo de mais recursos, financiamento estável e de gestão capaz de transformar os seus princípios e diretrizes em realidade; que os problemas de gestão também afetam o setor privado e que as parcerias público-privado não têm sido regidas pela responsabilidade pública.

**PALAVRAS CHAVE:** Sistema Único de Saúde. Sistemas de saúde. Gestão em saúde. Administração de serviços de saúde. Organização e administração.

---

## HEALTH MANAGEMENT IN BRAZIL: DIALOGUE WITH PUBLIC AND PRIVATE MANAGERS

**ABSTRACT:** The aim of this study was to identify the main health management issues in Brazil according to the opinion of managers who were intentionally chosen. Data was collected from July to November 2010, through key-informant interviews: two directors from national reference private hospitals, located in Southeast Brazil; and executive authorities of the Brazilian Unified Health System (SUS), one of each government level - municipal, state, and federal managers. SUS management was considered outdated; the system was defined as lacking stable funding and having flaws in planning and service assessment. Moreover, both sectors lack professionalization in management. In conclusion, SUS is still in consolidation and requires more resources, stable funding and management able to bring its principles and guidelines into reality. Management issues affect both public and private sectors and the public-private partnerships have not been oriented by public responsibility.

**KEYWORDS:** Unified Health System. Health systems. Health management. Health services administration. Organization and administration.

---

## LA GESTIÓN DE SALUD EN BRASIL: DIÁLOGO CON GESTORES PÚBLICOS Y PRIVADOS

**RESUMEN:** Estudio cuyo objetivo fue identificar los principales problemas de gestión de salud en Brasil, a partir de la opinión de gestores seleccionados intencionalmente. Los datos fueron recolectados entre julio y noviembre del 2010, a través de entrevistas con informantes clave: dos directores de hospitales nacionales privados localizados en la región sudeste y los otros tres fueron autoridades ejecutivas del Sistema Único de Salud (SUS) de cada esfera gubernamental (municipal, estatal y dirección nacional). La gestión del SUS fue considerada desatualizada, el sistema es carente de financiamiento estable y con déficit de planeamiento y evaluación de los servicios. La falta de profesionalización de gestión fue identificada en ambos sectores. Se concluye que el SUS está en consolidación, careciendo de recursos financieros estables y de gestión capaz de transformar sus principios y directrices en realidades tangibles, que los problemas de gestión también afectan al sector privado y que las asociaciones público-privadas no han sido regidas por la responsabilidad pública.

**PALABRAS CLAVE:** Sistema Único de Salud. Sistemas de salud. Gestión en salud. Administración de los servicios de salud. Organización y administración.

## INTRODUÇÃO

Pesquisas recentes têm mostrado a saúde como principal preocupação das pessoas, ficando atrás, em algumas situações ou países, apenas de questões econômicas de sobrevivência, como desemprego e renda insuficiente.<sup>1-3</sup> Esta relevância faz com que a política, ações e serviços de saúde assumam, cada vez mais, importância na agenda das sociedades contemporâneas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que para atender às expectativas das populações é essencial garantir a cobertura universal avançando na promoção, proteção e recuperação da saúde.<sup>1</sup> Nos Estados Unidos da América, onde os gastos com saúde já alcançam 16% do Produto Interno Bruto (PIB),<sup>4</sup> a saúde tornou-se uma das principais questões internas.

No Brasil, a expectativa e insatisfação da população com os serviços de saúde vêm crescendo, aparecendo como queixa ou problema número um. Em setembro de 2010, uma pesquisa envolvendo oito dos maiores estados brasileiros mostrou que a saúde é o principal problema, 32,8% na média dos estados, sendo 54% no Distrito Federal e 25% em Pernambuco. Em segundo lugar foi citada a segurança com 23,2%, em média, e, em terceiro lugar, a educação com 10%, em média.<sup>3</sup> Em 2011, a saúde aparece novamente como principal problema com 52% de indicações.<sup>2</sup>

Embora estas pesquisas não sejam resultados de uma avaliação técnica da eficiência e eficácia dos serviços de saúde, expressam a opinião e percepção dos usuários e população em geral, consistindo em importante indicador para todos os envolvidos na melhoria das políticas e práticas de saúde em especial, profissionais e educadores de saúde, governos, gestores, instituições de saúde e meios de comunicação.

As fragilidades de gestão e subfinanciamento têm emergido como problemas relevantes em análises de estudiosos e gestores. No subfinanciamento destaca-se a redução da participação do setor público nos gastos em saúde no Brasil. Em 1995, o setor público cobria 62% e o privado 38% do total de gastos com saúde, enquanto que, em 2009, o gasto público caiu para 47% e o privado assumiu 53% dos gastos.<sup>3</sup>

As críticas à gestão em saúde no Brasil são amplas, diversas e mostram a dimensão dos problemas a serem enfrentados. No que tange a rede hospitalar brasileira, tem-se o diagnóstico da "existência de inúmeros estabelecimentos de saúde

de com grande fragilidade gerencial" e que estão longe de atender ao exigido para oferecer 'uma assistência resolutiva, adequada e otimizada', "no que se refere à qualidade dos serviços ofertados, ainda pouco se sabe".<sup>5:47</sup>

Das instituições contemporâneas, o hospital é percebido como um dos mais impermeáveis à mudança, devido ao baixo grau de interação entre as profissões e departamentos, fragmentação da prática clínica, grande subordinação dos usuários aos serviços e pouco governo dos gestores para atuar sobre as corporações. "O hospital poderia ser considerado a Esfinge das teorias gerenciais modernas, já que, até o momento, não foi devidamente desvendada sua lógica de reprodução e apontados caminhos alternativos para uma reformulação desta tradição".<sup>6:23</sup>

A gestão/administração em saúde pode ser definida como o conhecimento aplicado no manejo do complexo das organizações de saúde, envolvendo a gerência de redes, esferas públicas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços de saúde. Abrange três grandes dimensões altamente complexas: os espaços dos cuidados diretos - singulares e multiprofissionais; as diversas instituições de saúde; e a exigência da formação e operação de redes de serviços de saúde para uma assistência universal, integral, equânime, de qualidade e eficiente para as necessidades de saúde da população.<sup>7</sup>

É recorrente a constatação de que a gestão em saúde ainda está ancorada em métodos e estratégias tradicionais, oriundas da teoria clássica da administração. E que construir novas formas de gestão na área da saúde, fundadas na participação, práticas cooperativas e interdisciplinares onde trabalhadores e usuários atuem como sujeitos ativos, permanece como desafio.<sup>8</sup>

No Brasil, a partir dos anos 1980, com a Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações e serviços de saúde foram institucionalizados como política pública e a saúde estabelecida como um direito de todos e um dever do Estado. A relevância da agenda da saúde na sociedade brasileira e o destaque da questão da gestão, como um dos aspectos estruturais dos desafios para a transformação positiva da situação de saúde, motivou a realização desta pesquisa. Assim, este estudo objetiva, a partir da opinião de gestores, identificar e refletir sobre os principais problemas ou fragilidades da gestão em saúde no Brasil.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, cujos dados foram coletados entre os meses de julho e novembro de 2010, através de entrevistas semiestruturadas com informantes-chave, gestores de instituições de saúde brasileiras. A amostra foi composta intencionalmente, incluindo dois gestores de hospitais privados, de referência nacional pela qualidade da assistência, e três gestores das esferas do SUS (municipal, estadual e nacional). O recorte efetuado e o número de entrevistados implicaram considerar apenas elementos de análise,

que se referiam a experiência de gestão em saúde, sem discriminar peculiaridades dos diferentes setores/esferas, ou aprofundar os elementos que caracterizariam a diversidade e complexidade de múltiplos espaços de gestão.

No setor privado foram entrevistados diretores de hospitais de ponta localizados na região sudeste e no setor público dois Secretários de Saúde da região Sul (um municipal e um estadual), além de uma autoridade do Ministério da Saúde. O quadro 1 mostra a composição e caracterização da amostra.

**Quadro 1 - Local de atuação e perfil dos sujeitos do estudo**

Entrevistado	Nível	Perfil
Gestor 1	Municipal	Médico, Secretário de Saúde do município, com experiência de gestão nas três esferas do SUS.
Gestor 2	Nacional	Médico com experiência de gestão na esfera estadual e nacional e integra o <i>staff</i> gerencial decisório do Ministério da Saúde.
Gestor 3	Estadual	Médico com experiência de gestão na esfera estadual
Gestor 4	Setor privado	Médico com experiência em gestão na iniciativa privada.
Gestor 5	Setor privado	Administrador. Experiência de atuação na área automobilística e na iniciativa privada da saúde.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos participantes, sendo gravadas e transcritas na íntegra para, posteriormente, serem analisadas seguindo a orientação da análise temática. Optou-se pela entrevista semiestruturada por permitir flexibilidade na utilização de um roteiro orientador e por possibilitar, a partir da interação entre entrevistado e pesquisador, a emergência de novas questões, que pudessem contribuir para melhor captar as múltiplas dimensões de fenômenos complexos.<sup>9</sup> O roteiro utilizado contemplou nove questões que versavam sobre a situação da gestão local (campo de atuação do gestor) e nacional, modelo de gestão, ferramentas de gestão, iniciativas ou soluções inovadoras na gestão em saúde.

A análise dos dados seguiu a operacionalização das três etapas da análise temática.<sup>10</sup> A primeira etapa ou de pré-análise consistiu na leitura exaustiva das entrevistas realizadas (leitura flutuante), seguida da organização do material (constituição do *corpus*) e a formulação de hipóteses. A segunda etapa compreendeu a exploração do material, na qual foi realizada a codificação dos dados brutos. Por último, foi realizado o tratamento dos resultados e interpretação, apresentando-os em unidades temáticas. A análise e a interpretação

dos dados permitiram o reconhecimento de estruturas de relevância, convergindo na identificação de códigos primários e famílias de códigos, que permitiram a construção de cinco unidades temáticas, apresentadas com partes textuais.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovado em 28 de junho de 2010, protocolo n. 833/10. Durante o processo de coleta de dados foi solicitado o consentimento dos participantes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir o sigilo da identidade, substituíram-se os nomes dos participantes pelo pseudônimo gestor, associado ao número arábico elegido pela ordem de realização da entrevista. Os gestores públicos foram apresentados com as letras PM, PN e PE para os âmbitos municipal, nacional e estadual (Gestor 1PM, Gestor 2PN, Gestor 3PE). Para os gestores privados utilizou-se: Gestor 4PR e Gestor 5PR.

## RESULTADOS

A análise das entrevistas com os gestores indicou a organização dos resultados em dois temas:

Considerações sobre o Sistema Único de Saúde e Situação atual e desafios para a gestão em saúde.

### Considerações sobre o Sistema Único de Saúde

O SUS é percebido, pelos participantes, como uma conquista e uma vitória dos brasileiros, sendo que sua consolidação deve ser uma prioridade de toda a sociedade, na perspectiva de constituir-se em uma Política de Estado e não somente um programa de governo. Reconhecem que, apesar dos recursos insuficientes, o SUS teve um grande avanço com ampliação da atenção básica, com a criação e desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e ampliação da distribuição de medicamentos. No entanto, a dependência do setor privado para a média e alta complexidade ainda é elevada e problemática. As lógicas do lucro e do direito à saúde se opõem, e as parcerias público-privado não têm sido regidas pela responsabilidade pública, como ilustram as falas: *o SUS é uma proposta vitoriosa, foi a maior conquista do brasileiro nos últimos anos (Gestor 2PN); a Estratégia Saúde da Família é uma grande iniciativa, é bárbaro abrir as UPAs ou os atendimentos Médicos Ambulatoriais (Gestor 4PR); atualmente, na relação público-privado, o privado pega o filé mignon*

*da atenção, da assistência, e deixa os pepinos para o público... também não pode ser dessa forma. Tem que ter um setor público regulador forte, e um setor privado que seja regulado também nessa lógica, tem que ser complementar em todas as ações e não somente naquelas que dão lucro (Gestor 2PN).*

Ao serem questionados sobre a gestão em saúde no seu local de atuação e no SUS (como sistema de âmbito nacional), os participantes classificaram a gestão em uma das três opções apresentadas: defasada, atualizada e avançada. Defasada, entendida como uma gestão que não aplica recursos contemporâneos nas áreas de planejamento, organização institucional, instrumentos operacionais e avaliação do desempenho organizacional. Atualizada, refere-se a gestão que aplica instrumentos contemporâneos nestas áreas. Avançada, refere-se a gestão que além de aplicar recursos contemporâneos desenvolve e aplica iniciativas inovadoras (Quadro 2). Os gestores do setor privado e público (SUS - das esferas municipal, estadual e nacional) consideram a gestão, no âmbito da sua responsabilidade, como avançada ou atualizada. No entanto, a gestão do SUS como sistema nacional, que inclui a rede de serviços nas diversas esferas, foi considerada como defasada por 100% dos entrevistados. Esse dado é significativo, uma vez que o SUS é o único recurso que a grande maioria dos brasileiros dispõe para o acesso e atendimento de suas necessidades de saúde.

**Quadro 2 - Classificação da gestão em saúde nos locais de atuação e no SUS (como sistema nacional), segundo os participantes do estudo**

Participante	Gestão em seu local de atuação	Gestão do SUS como sistema nacional
Gestor 1	Avançada	Defasada
Gestor 2	Atualizada	Defasada
Gestor 3	Atualizada	Defasada
Gestor 4	Atualizada	Defasada
Gestor 5	Atualizada	Defasada

### Situação atual e desafios para a gestão em saúde

Há consenso entre os participantes do estudo de que faltam profissionais preparados para atuar como gestores no SUS. Identificam como origem deste problema, a frágil formação técnica dos profissionais de saúde para a gestão, bem como, a descontinuada e ineficiente ação da educação permanente nesta área. Destacou-se, também, a alta rotatividade dos gestores, em especial na área

pública, e a dificuldade de atuar em modelos de gestão diferentes do tradicional, calcado em ações centralizadoras, hierarquizadas e burocratizadas. Como consequência, a capacidade gerencial está distante das necessidades e complexidade do setor saúde. As falas, a seguir, exemplificam estes achados: *qual é o grande problema que eu tenho? A formação de recursos humanos aptos e hábeis para o nível de gestão. [...] essas pessoas precisam estar atentas às novas formas, aos novos conhecimentos que estão sendo agregados no campo da gestão (Gestor 1PM);*

*o SUS ainda estabelece uma relação muito autoritária, embora esteja prevista a gestão participativa como um dos princípios doutrinários [...]. E no campo da graduação é necessário ter currículos voltados para a realidade nacional, para o SUS, não para uma lógica de mercado (Gestor 2PN); para você fazer gestão em uma estrutura assim [hospitalar], você tem uma certa dificuldade, pois não há pessoas preparadas no mercado (Gestor 5PR).*

No que diz respeito à aplicação das ferramentas da administração, em especial do planejamento e da avaliação, os gestores enfatizam a importância do planejamento no cotidiano em saúde, sendo o planejamento estratégico, predominantemente, utilizado na área privada. Já a avaliação sistemática da instituição e da qualidade do atendimento ainda é incipiente e indicada como uma prática a ser fortalecida para o alcance da eficiência e eficácia nos serviços de saúde. Foram citadas as iniciativas de acreditação/certificação como a Organização Nacional de Acreditação (ONA), o *Joint Commission International* (JCI), bem como a implantação do *Balanced Score Card* (BSC), pesquisas de satisfação dos usuários e valorização da ouvidoria como estratégias para qualificação do serviço ofertado à sociedade, e o controle social como forma de garantir serviços de qualidade, como apontam os seguintes depoimentos: *essas ferramentas de gestão [planejamento e avaliação] constituem outro grande desafio do sistema de saúde [...] incentivamos que o sistema nacional de ouvidoria se organize, com os componentes estaduais e municipais e apoiamos financeiramente, [...] instituímos um departamento de monitoramento e avaliação da gestão e fortalecemos o controle social (Gestor 2PN); o último planejamento estratégico que a gente fez [...] é o que está vigente. A gente trouxe um consultor e implantamos o BSC, Balance Score Card, como ferramenta de planejamento. [...] E a gente tem um SAC [Serviço de Atenção ao Cliente] (Gestor 4PR); conseguir manter esse programa de qualificação do hospital. A Certificação. E talvez buscar uma ONA (Gestor 5PR).*

Os gestores indicaram alguns aspectos da gestão em saúde que consideram inovadores, apesar da incipiência e dificuldade de difusão. Destacaram: a informatização de prontuários e das áreas de gestão administrativa e assistencial, assim como a expectativa com relação à implantação do Cartão Nacional de Saúde (CNS) como embrião de um prontuário eletrônico único e nacional. Os entrevistados percebem, ainda, que incentivos de carreira que valorizam a formação e educação permanente dos profissionais podem contribuir para a qualidade dos serviços. Outro

destaque mencionado foi a criação do Programa Mais Gestão, financiado pelo Ministério da Saúde, em parceria com algumas empresas, que trabalhou com capacitação e intercâmbios, utilizando ferramentas como *benchmarking*, visando atuar com referência em melhores práticas, como ilustram as falas a seguir: *o sistema de informações em saúde foi fundamental, porque sem dados eu não consigo gerir corretamente nada. Ter tecnologia da informação é essencial (Gestor 1PM); com relação à inovação, nós temos a formação de gestores para o SUS. A Escola de Saúde Pública é inovadora, com especialização e ênfase em sistema público de saúde (Gestor 3PE); quando se trabalha com a organização do SUS, descentralização [...] hierarquização e regionalização [...] o Cartão Nacional de Saúde vai ser estratégico. Porque é possível, por meio do cartão, fazer um acerto de contas de um município com outro [em relação a distribuição de recursos] (Gestor 2PN).*

Os entrevistados também mencionaram desafios e indicaram soluções para os problemas e fragilidades como: a necessidade de aprovação da regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 (EC 29) (o que ocorreu em 07 de dezembro de 2011); achar formas de cobertura dos prejuízos advindos do fim da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF); e de mudança da legislação atual que limita a flexibilidade da gestão em saúde. Para este último problema propuseram mudanças na legislação e terceirização da gestão através de instituições como Organizações Sociais. Para o alcance da eficiência e eficácia da gestão em saúde no Brasil, orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, propuseram: um esforço nacional permanente na capacitação e/ou profissionalização da gestão; forte modernização através do uso de tecnologias eletrônicas de comunicação e informação; bem como, a redução da instabilidade e rotatividade dos gestores na área pública, decorrente das implicações político partidárias.

## DISCUSSÃO

### Consolidação do Sistema Único de Saúde

Os gestores participantes da pesquisa foram unânimes em reconhecer a importância e grandeza do SUS, bem como a necessidade da sua consolidação. Para a OMS,<sup>11</sup> a cobertura universal de serviços de saúde constitui-se na maior prioridade da área. Nenhum país, independente da sua riqueza, alcançou a capacidade de garantir, a todas as pessoas, acesso imediato a todas as tecnologias e ações que podem melhorar a saúde e prolongar a

vida. E, nos países mais pobres, há poucos serviços de saúde disponíveis para todos. A iniquidade é agravada, em muito, com a diferença de acesso aos serviços de saúde entre as pessoas de maior e menor renda. Esta consideração da OMS reforça a importância da existência do SUS no Brasil.

O SUS é uma grande conquista da luta democrática no Brasil, porém não está consolidado. O SUS consolidado significa o cumprimento, no cotidiano, de sua missão de assegurar uma atenção de saúde para todos, de forma universal, integral, equânime, descentralizada, resolutiva, gratuita, de qualidade e com controle social. Não se trata de uma utopia, mas de um objetivo estratégico a ser perseguido pelos e para brasileiros e brasileiras.<sup>12</sup>

Um retrato dos serviços de saúde no Brasil<sup>13</sup> mostra que o SUS tem forte inserção na Atenção Básica (AB), mas detém apenas 35,4% dos leitos hospitalares (2009) e 6,4% dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (2010). Em 2008, dos 18,2 milhões de pessoas que realizaram consulta médica, 76% eram de renda mais alta e 59%, de renda mais baixa.<sup>13</sup> Historicamente, a média e a alta complexidade recebem uma considerável parte dos recursos federais, com privilégio das regiões economicamente mais desenvolvidas. A defasagem na cobertura do setor público, neste nível de atenção, permite que as ações mais caras sejam ofertadas pelo setor privado, conferindo grande rentabilidade em um mercado em constante expansão.<sup>14</sup>

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde, "a crise contemporânea dos sistemas de saúde reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e uma resposta social que, ao não garantir a continuidade dos processos assistenciais, responde apenas às condições agudas e aos eventos decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa. Essa desorganização dos sistemas de saúde identifica-os como sistemas fragmentados"<sup>15:15</sup>

O Brasil é a 8ª economia do planeta, e tem como objetivo estratégico tornar-se a 5ª potência mundial. Desta forma, temos que pensar a saúde que queremos e precisamos a partir da realidade dos países e sociedades mais desenvolvidas. Considerando-se os dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico<sup>4</sup> verifica-se que, no Brasil, o investimento público em saúde é pequeno, o que reforça a opinião dos gestores participantes da pesquisa de que a consolidação do SUS passa, necessariamente, por mais

recursos financeiros, em especial, financiamento público e salto de qualidade em gestão. É necessário, também, investimentos para universalizar e qualificar a atenção básica, construção de uma rede própria de serviços de média e alta complexidade descentralizada, valorização e educação apropriada da força de trabalho em saúde e fortalecimento da participação e controle social.

## Desafios para a gestão em saúde

Há um consenso entre os gestores participantes da pesquisa de que a gestão na saúde está entre os seus principais problemas, e sua transformação um desafio prioritário. Destacaram como principais fragilidades: o despreparo dos profissionais para o exercício da administração, lentidão na incorporação de novas tecnologias de informação e processos de gestão e de organização do trabalho. No setor público, além disso, foram identificadas barreiras de legislação que restringem a agilidade necessária, a alta rotatividade dos gestores das esferas federativas em função da relação com os processos partidários e eleitorais, gerando descontinuidade, permanentes recomeços e desmotivação dos profissionais e trabalhadores.

Esta pesquisa foi circunscrita à instância superior de hospitais e do executivo, sem incluir os espaços de gestão dos cuidados, verificando-se que 80% dos gestores entrevistados eram médicos e um administrador (20%). Este achado corresponde ao encontrado ao registrado na literatura, na qual os médicos ocupam mais os cargos de direção e gerência de maior abrangência e poder, e as/os enfermeiras/os as funções de gerenciamento na área operacional, nos espaços dos cuidados diretos e nas portas de acesso. Nos Estados Unidos da América, em 2008, uma pesquisa sobre o perfil de 2.046 membros de conselhos superiores de administração de instituições de saúde, mostrou que 22% eram médicos e 2,4% eram enfermeiras/os.<sup>16</sup>

No Brasil, ainda prevalece a cultura de que qualquer profissional sabe gerir e que a administração se aprende na prática. Raros são os gestores que passaram por bons programas formativos para apreensão de conhecimentos e habilidades próprias da gestão, como liderar grupos, favorecer a motivação e contribuir para a eficácia e efetividade das organizações e melhoria da qualidade de vida das pessoas no trabalho.<sup>17</sup> A enfermagem é a única das profissões da saúde que inclui no currículo de graduação a disciplina de administração envolvendo atividades práticas. No entanto, constatam-se, ainda, dificuldades na utilização dos instrumentos

gerenciais e participação muito pequena das/os enfermeiras/os no exercício do macro poder decisório das instituições assistenciais, e do SUS.<sup>18</sup>

O trabalho em saúde é muito especial, e deve ser tratado no nível de expectativa, relevância e magnitude que a saúde representa para as pessoas. Saúde, numa visão ampliada de bem-estar global e qualidade de vida. Vários produtos e serviços disponíveis na sociedade, muitas vezes, não atendem às expectativas e necessidades das pessoas, mas nestes casos, o cliente ou consumidor, mesmo indignado ou insatisfeito, acaba de alguma forma contornando o problema.

No ciclo vital das pessoas haverá sempre momentos em que a atuação oportuna e humana dos serviços de saúde é indispensável. A não utilização adequada dos recursos de saúde gera perdas e sofrimentos humanos irreparáveis.

Neste sentido, os serviços de saúde devem ser orientados na perspectiva de um sistema de cuidados, onde cuidar significa “prestar atenção global e continuada ao paciente, nunca esquecendo que este é antes de tudo uma pessoa, um ser único e insubstituível. Assim, este é o centro da atenção de quem presta cuidados e, por isso, todos os aspectos, sejam físicos, psicológicos ou espirituais, e não somente os exigidos pela doença em si, são considerados e integram a assistência”.<sup>19:767</sup>

Desta forma, entende-se que duas dimensões estão sempre envolvidas, uma técnico-científica e outra expressiva, preocupada com a integralidade da pessoa. Tem-se, então, a dimensão do “cuidado-técnica” e do “cuidado-ética”.<sup>19</sup>

As organizações da sociedade, que produzem bens e serviços diversos, estão cada vez mais se organizando para responder às expectativas e necessidades dos seus clientes e consumidores, desenvolvendo estratégias de produção de conhecimento e inovações e de retenção, qualificação e preocupação com a qualidade de vida de seus colaboradores. Além disso, há um ambiente que exige maior transparência social e compromisso com a sustentabilidade. Assim, o controle social, ferramenta que possibilita a integração do cidadão ao processo de definição de políticas, expressa uma forma de governar, em que os cidadãos podem atuar como sujeitos políticos capazes de orientar e fiscalizar a ação do Estado, visando garantir serviços de qualidade.<sup>20</sup>

Parece que o desafio maior da gestão em saúde está em construir ou reconstruir os serviços de saúde, para que venham a ser efetivamente centrados nas pessoas, grupos ou comunidades

com necessidades de saúde. Para tanto, faz-se necessário uma ampla renovação da concepção e prática da gestão atual em saúde.

Há uma constatação do crescimento progressivo dos gastos em saúde em todo o mundo, e de que os métodos tradicionais de gestão estão longe de gerar uma performance eficaz e eficiente nos resultados dos serviços de saúde. A OMS estima que 20% a 40% do gasto total em saúde é desperdiçado por diversas formas de ineficiência<sup>1</sup> e que há uma crise estrutural dos sistemas de saúde contemporâneos: “Os sistemas de saúde predominantes em todo o mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. [...] O paradigma do tratamento agudo é dominante [...]. Para lidar com ascensão das condições crônicas, é imprescindível que os sistemas de saúde transponham esse modelo dominante”.<sup>11:34</sup>

O diagnóstico é de que a fragmentação da atenção à saúde e dos serviços de saúde é a principal causa do fracasso. Para as pessoas e populações, a fragmentação gera barreiras de acesso, descontinuidade da atenção, atendimento em lugar não apropriado, com consequente desorientação, baixa resolutividade e falta de protagonismo na assistência às suas necessidades.

Esta fragmentação sistêmica se reproduz nos modelos de atenção no interior das organizações, cada profissional com seu pedaço, impedindo ou restringindo a abordagem integral, a consideração do usuário como sujeito e favorecendo os riscos e eventos adversos, configurando uma assistência que carece de humanização e qualidade. Aspectos negativos dos sistemas fragmentados de saúde são evidenciados pelo isolamento e incomunicabilidade dos serviços, a não responsabilização pela população adstrita, desarticulação entre os níveis de atenção e serviços de apoio, com consequente incapacidade de continuidade no atendimento à população, tornando-a reativa e episódica.<sup>15</sup>

Uma alternativa que vem sendo defendida, como solução para o enfrentamento dos problemas de gestão do setor público, é a de terceirização da gestão, destacando-se as chamadas Organizações Sociais, mencionada nesta pesquisa por um dos gestores do setor privado. No entanto, os resultados de sua implementação prática distanciam-se dos princípios do SUS e a literatura também registra diversos limites e problemas como: ações pontuais e participação limitada da comunidade

no controle social;<sup>21</sup> problemas no que diz respeito ao gerenciamento de pessoas, com inexistência de plano de cargos, salários e carreira e significativa informalidade na progressão funcional, com impacto negativo no desempenho organizacional e na produção dos serviços.<sup>22</sup>

A organização dos serviços de saúde em redes constitui-se na proposta renovada de superação dos modelos fragmentados e na qual se inspira e se baseia a política do SUS. Nesta lógica, a atenção à saúde é concebida como “uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve”.<sup>15:17</sup>

E, a efetividade dos sistemas de saúde em rede pode ser vislumbrada na busca por um sistema de governança único para os diversos contextos, a gestão integrada dos sistemas de apoio clínico, administrativo e logístico, com ênfase no gerenciamento de pessoas, visando garantir o número de trabalhadores suficiente, competentes e valorizados. Ainda, é indicada a gestão baseada em resultados, ou seja, incentivos financeiros alinhados com as metas da rede.<sup>15</sup>

A atenção à saúde em redes integradas torna inadequada a classificação vertical de níveis, a qual reforça um conceito de complexidade equivocada, ao estabelecer que o nível da atenção básica é menos complexo do que os demais. Nas redes, hierarquia é substituída por poliarquia, evidenciando uma orientação horizontalizada de redes de atenção com distintas densidades tecnológicas, mas sem diferentes graus de importância entre os tipos de serviços.<sup>23</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que o SUS é uma política de rede nacional integrada de serviços de saúde que está, ainda, para ser consolidada. Um sistema universal, mas que carece de mais recursos, financiamento estável e de gestão capaz de transformar seus princípios e diretrizes em realidade.

O maior impasse do SUS, por irônico que pareça, é tornar-se, de fato, um “Sistema Único”. As evidências mostram que o maior risco na assistência em saúde no Brasil é a consolidação de dois subsistemas, com lógicas e referências contraditórias, o público (SUS), para a maioria menos favorecida e o privado, para os setores mais

favorecidos. A cristalização destes dois sistemas e sua fragmentação, constituir-se-á em grave retrocesso frente à legislação vigente e, principalmente, vai na contramão da direção dos serviços de saúde em todo o mundo, que buscam superar a fragmentação para uma maior eficiência e melhor atendimento à população.

Os desafios para os gestores públicos e privados são enormes e têm responsabilidades sobre qual será o modelo de atenção à saúde no Brasil, nos próximos anos e para as futuras gerações. Renovar a gestão em saúde no país, na perspectiva de uma agenda permanente de construção de um sistema de saúde, que responda às expectativas e necessidades de saúde da população, é um anseio dos brasileiros e uma missão para os gestores. Consolidar o SUS enquanto este sistema de saúde é uma bela prioridade e parte importante do avanço do Brasil no rumo de um país mais justo e solidário.

O estudo mostrou, também, que investigar o que pensam os gestores dos serviços de saúde é um caminho promissor para o entendimento dos problemas. O desenho da pesquisa circunscreveu-se ao olhar de lideranças do poder executivo governamental e direção de hospitais privados de ponta, sem a intenção de explorar suas especificidades. Os espaços da gestão do cuidado, bem como a diversidade e complexidade dos espaços microgestionários do trabalho não foram foco desta pesquisa. Com relação a esses dois limites o estudo leva a sugerir novas investigações, com desenhos voltados a ampliar o escopo e foco, contemplando tais objetos.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Health Systems Financing: the path to universal coverage [internet]. Genebra (CH): WHO; 2010. [acesso 24 Jan 2013] Disponível em: [http://www.who.int/whr/2010/10\\_summary\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2010/10_summary_en.pdf)
2. Confederação Nacional das Indústrias (CNI). Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE). Pesquisa CNI - IBOPE: retratos da sociedade brasileira: segurança pública. Brasília (DF): CNI, 2011.
3. Westin R. O que esperam os brasileiros. Folha de São Paulo. São Paulo (SP); 2010 Set 22. Caderno Especial Pelo País.
4. Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD). Health at a glance 2009: released on December 8 [internet]. Dublin: OECD; 2009 [acesso 24 Jan 2013] Disponível em: <http://www.dohc.ie/press/releases/2009/20091208.html>



5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Especial à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar. Reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira. Brasília (DF): MS; 2004.
6. Campos GWS. Prefácio: reforma do modelo de gestão no Hospital Municipal Odilon Behrens. In: Araújo GF, Rates SMM, organizadores. Cogestão e humanização na saúde pública. Ijuí (RS): UNIJUI; 2009. p. 23-4.
7. Cecílio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. Interface Comun Saúde Educ. 2009; 13(suppl.1):545-55.
8. Matos E, Pires D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2006 Jul-Set; 15(3):508-14.
9. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo (SP): Atlas; 1987.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo (SP): Abrasco; 2008.
11. Organização Mundial da Saúde (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: os componentes estruturais de ação. Brasília (DF): Organização Mundial da Saúde; 2003.
12. Lorenzetti J. A enfermagem e os desafios para a saúde no Brasil: propostas para o período 2011-2015 [internet]. Florianópolis (SC): Coren/SC; 2011 [acesso 24 Jan 2013]. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/thumbs/file/documentoenfermagem.pdf>
13. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011 Mai; 377(9779): 1778-97.
14. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. Cad Saúde Pública. 2010 Jan-Abr; 26(4): 693-705.
15. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
16. Khoury CM, Blizzard R, Wright Moore L, Hassmiller S. Nursing leadership from bedside to boardroom: a gallup national survey of opinion leaders. J Nurs Adm. 2011 Jul-Ago; 41(7): 299-305.
17. Amaral AEEHB. Gestão de Pessoas. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD, organizadores. Política e gestão pública em saúde. São Paulo (SP): Hucitec Editora; 2011. p.553-85.
18. Almeida ML, Segui MLH, Maftum MA, Labronici LM, Peres AM. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. Texto Contexto Enferm. 2011; 20(esp):131-7.
19. Fracolli LA, Zoboli ELPC. Desafios presentes na qualificação do cuidado em saúde e humanização: conceitos e concepções. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD, organizadores. Política e gestão pública em saúde. São Paulo (SP): Hucitec; 2011. p.762-80.
20. Sá MJCN, Porto MTDFPM. Controle Público e o SUS. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD (organizadores). Política e gestão pública em saúde. São Paulo (SP): Hucitec; 2011. p.395-403.
21. Rezende CAP. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. In: Bravo MIS (Organizadora). Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a Saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Rede Sirius/ Adufrj-SSind; 2008.
22. Barbosa NB, Elias PEM. Health social organizations as a way of public/private management. Ciênc Saúde Coletiva. 2010 Ago; 15(5): 2483-95.
23. Mendes EV. As redes de atenção à saúde: uma mudança na organização e na gestão dos sistemas de atenção à saúde. In: Vecina-Neto G, Malik AM. Gestão em saúde. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2011. p.32-49.

Correspondência: Jorge Lorenzetti  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Departamento de Enfermagem - Campus universitário s/n,  
88040-970 - Trindade, Florianópolis. SC, Brasil  
E-mail: jorgelorenzetti@hotmail.com

Recebido: 15 de Fevereiro de 2013  
Aprovado: 20 de Fevereiro de 2014