

AVANÇOS NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: UMA REFLEXÃO DA DÉCADA DE 1970 A 2000

ADVANCES IN BRAZILIAN HEALTH SYSTEM: A REFLECTION OF THE DECADE 1970 TO 2000

AVANCES EN EL SISTEMA DE SALUD DE BRASIL: UNA REFLEXIÓN DE LA DÉCADA DE 1970 A 2000

Mauro Trevisan¹
Ana Cláudia Cecília de Jesus²
Daniele Silva Menezes Gomes³
Maria José Alves de Mendonça⁴
Jocelaine Aparecida Telles Trevisan⁵

RESUMO

Este artigo é uma revisão de literatura o qual objetiva descrever os avanços ocorridos nas políticas de saúde no Brasil, da década de 1970 ao ano 2000 e a figura do gestor neste contexto. Quanto a metodologia utilizada é de caráter qualitativo, o método é o descritivo e a técnica utilizada a revisão de literatura. O referencial bibliográfico utilizado no estudo deu-se com base em livros, revistas e meios eletrônicos. Resultados: observou-se que o Sistema Único de Saúde analisado a partir da perspectiva do gestor hospitalar é fundamental, pois, por meio de seu trabalho com visa racionalizar os gastos em instituições hospitalares. É através do gestor hospitalar e de suas ações que será possível saber onde investir e como investir; para tanto, este deve possuir determinada autonomia enquanto gestor a fim de desenvolver tais atividades. Conclusão: a figura do gestor hospitalar é muito importante, conforme a análise do texto, entre os períodos de 1970 até 2000, muitas coisas mudaram, o próprio conceito de saúde pública mudou, necessitando que profissionais de várias áreas contribuam para melhorias, inclusive o gestor hospitalar, para que a população como um todo tenha maior acesso.

1 Licenciado em Filosofia pela Universidade São Francisco de São Paulo, Especialista em Direito Civil Processo Civil pela Universidade Paranaense, Mestrando em filosofia pela PUC-PR, Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília - Professor de Filosofia - sociologia- antropologia da saúde - metodologia - Trabalho de conclusão de curso -ética profissional - reflexões filosóficas.E-mail: professormauro.trevisan@gmail.com

2 Graduada em Gestão Hospitalar pela Faculdade Ls.

3 Graduada em Gestão Hospitalar pela Faculdade Ls.

4 Graduada em Gestão Hospitalar pela Faculdade Ls.

5 Graduada em História pela Universidade Paranaense (UNIPAR-PR).

Descritores: Gestor. Sistema Único de Saúde. Atendimento.

ABSTRACT

This article is a literature review which aims to describe the progress made in health policies in Brazil, from the 1970s to 2000 and the figure of the manager in this context. Regarding the methodology used is qualitative, the method is the descriptive technique and literature review. The bibliographic references used in the study was given based on books, magazines and electronic media. Results: It was observed that the Health System analyzed from the perspective of the hospital manager is critical because, through his work with rationalizing spending on hospitals. It is through the hospital manager and his actions will be possible to know where to invest and how to invest, to do so, it must have certain autonomy while managing to develop such activities. Conclusion: the figure of the hospital manager is very important, as the analysis of the text, between the periods of 1970 to 2000, many things have changed, the concept of public health has changed, requiring that professionals from various areas contribute to improvements, including the manager hospital for the population as a whole has greater access.

Descriptors: manager. sistema único de saúde. service.

RESUMEN

Este artículo es una revisión de la literatura para describir objetivos que los progresos realizados en las políticas de salud en Brasil, a partir de la década de 1970 a 2000 y la figura del gerente en este contexto. En cuanto a la metodología utilizada es cualitativa, el método es la técnica descriptivo y revisión de la literatura. Las referencias bibliográficas utilizadas en el estudio se basó en libros dados, revistas y medios electrónicos. Resultados: Se observó que el Sistema de Salud Analizado desde el punto de vista del director del hospital es fundamental porque, a través de su trabajo con la racionalización del gasto en hospitales. Es a través del director del hospital y sus acciones será posible saber dónde invertir y cómo invertir, al modo, ha de tener cierta autonomía mientras que la gestión para desarrollar dichas actividades. Conclusión: la figura del director del hospital es muy importante, para el análisis del texto, entre los períodos de 1970 a 2000, muchas cosas han cambiado, el concepto de salud pública ha cambiado, lo que requiere que los profesionales de diversas áreas Contribuir a la mejora, incluyendo el director de hospital para la población como un todo tiene mayor acceso.

Descritores: gerente. sistema único de salud de atención.

1 INTRODUÇÃO

Ao proceder a análise da política de saúde nos anos da década de 1990 do século XX, é imprescindível considerar a complexidade do desafio representado pela implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). O conteúdo evidencia que, apesar das dificuldades, houve avanços no modelo de descentralização adotado pela política de saúde em direção à municipalização da gestão (incluindo recursos e instrumentos) e da explicitação das funções estaduais como coordenadores do sistema de referência intermunicipal. O nível federal, por sua vez, ampliou seu poder indutor e regulador ao introduzir novos mecanismos de transferência vinculados às ações e programas assistenciais. Tal processo foi orientado pela edição das Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBs) – instrumentos de regulação do processo de descentralização, em um país com um modelo federalista ainda em definição e com um sistema tributário relativamente centralizado¹.

Anterior à criação do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde (MS), com o apoio dos estados e municípios, desenvolvia prioritariamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias.

A atuação do poder público nessa área se dava através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que depois passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social.

A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com registro em carteira de trabalho. Desta maneira, não tinha o caráter universal de assistência à saúde, o que passa a ser um dos princípios fundamentais do SUS. Assim, o INAMPS aplicava nos estados, através de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existente.

Fruto de uma grande mobilização social e alavancado pela redemocratização nos anos 1980, o SUS atualmente beneficia direta e indiretamente toda a população brasileira. A maior política social em curso no país trouxe grandes avanços, como por exemplo, a queda de mortalidade infantil e a criação e ampliação de programas como o *Saúde da Família*. Embora tenha um histórico positivo, a rede pública ainda enfrenta desafios, sendo os principais, o seu subfinanciamento e sua

gestão². **Vale ressaltar em relação à saúde da família que**, como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família.

A implementação das políticas de saúde no Brasil, orientada por princípios universalistas, equânimes e democráticos após a institucionalização do SUS, insere-se no escopo da discussão sobre a conformação das políticas sociais no capitalismo. As contradições inerentes ao conflito entre capital e trabalho, as múltiplas correlações de forças e as determinações estruturais que permeiam a luta política constituem elementos centrais para a análise das políticas sociais. Este é um campo onde se torna necessário considerar a conjuntura em que são produzidas as relações sociais produtivas, tendo em vista sua intrínseca dinamicidade².

Longe do extremismo recorrente em considerar as políticas sociais como expedientes da acumulação capitalista, ou como direito redistributivo conquistado pelos trabalhadores, cabe reafirmar que é na totalidade de tais processos que as realidades sociais e econômicas se fundem. As políticas sociais sintetizam a contradição entre o modo e as relações de produção nas sociedades capitalistas, conformando-se historicamente a partir das correlações de forças estabelecidas na arena política³. Diante do exposto, o presente estudo tem como descrever os avanços ocorridos nas políticas de saúde no Brasil na década de 1970 até o ano 2000

Como problema a ser respondido, o estudo em voga apresentou o seguinte questionamento: o Sistema Único de Saúde, no Brasil, possibilita um atendimento de forma adequada e de qualidade a população?

Metodologia

A metodologia utilizada para o desenvolvimento deste estudo foi de ordem qualitativa, assim, a pesquisa qualitativa⁴ tem como finalidade fundamental conduzir o leitor a determinado assunto e proporcionar a produção, coleção, armazenamento e comunicação das informações. O método utilizado foi o descritivo e, a técnica utilizada a revisão de literatura.

A revisão de literatura⁴ consiste na coleta, classificação, seleção difusa e utilização de toda espécie de informações. Para a construção deste artigo buscou-se a base de dados Lilacs, Scielo, dissertações, compreendidas no período de 1993 a 2012. Os critérios de inclusão foram referências bibliográficas compreendidas no período de 1993 a 2012, com temas ligados ao

Sistema Único de Saúde e a gestão hospitalar. Os critérios de exclusão foram as referências que não se aplicam nesse período e que fogem a temática proposta.

Discussão

Não se nega a importância das agências internacionais no processo de elaboração e implementação de políticas de saúde no âmbito nacional, ainda são relativamente escassos os estudos que se dedicam ao exame específico de sua atuação⁵, por isso faz-se necessário refletir sobre o assunto.

Até os anos 1970, uma grande parte das sugestões de políticas emanadas das agências internacionais e fóruns internacionais de discussão surgiam de amplos debates entre representantes dos diversos países. A cooperação técnica e o diálogo político eram as ferramentas fundamentais postas em ação para granjear a adesão dos governos àquelas propostas de políticas. Em contraste, os anos 1980, no contexto das propostas de ajuste estrutural, trouxeram à tona outro modo de desenvolver e difundir sugestões de políticas, agora especificamente voltadas para os países em desenvolvimento⁵.

Destaca-se⁵ que as propostas de política passaram a ser elaboradas num âmbito restrito a algumas agências internacionais e aos principais governos do mundo, disseminando-se com a ajuda de dispositivos de indução (como os empréstimos condicionados à adoção de certas políticas econômicas de melhorias no sistema de saúde). Nos anos 1990, há uma retomada do diálogo político em duas dimensões: o diálogo entre as próprias agências internacionais e o diálogo das agências com cada governo. Mas há a persistência de uma assimetria que vinha já da década de 1980: as sugestões de quais seriam as políticas mais adequadas aos países em desenvolvimento, elaboradas no âmbito das agências internacionais.

Desta forma, o diálogo político com cada governo, mesmo que adotando em menor grau as condicionalidades, visa obter a sua adesão às sugestões já elaboradas. A emergência deste novo padrão de atuação foi simultânea à crescente proeminência do Banco Mundial (BM) no que diz respeito ao debate sobre as políticas de saúde no cenário internacional.

As sugestões de políticas de saúde do “investindo em saúde”

O Investindo em Saúde é um bom exemplo da oferta de ideias pelo Banco Mundial (BM).

Mas para obter boas condições de saúde é essencial que haja boas políticas. Alguns países utilizaram plenamente os potenciais da medicina; outros quase não aproveitaram, apesar dos gastos volumosos. Desta múltipla experiência, o presente Relatório tira lições que ajudarão as autoridades a perceberem os enormes retornos em potencial dos investimentos que seus países fazem na área de saúde¹⁴.

Conforme¹⁴, as principais lições oferecidas podem ser agrupadas em três categorias: as voltadas a criar um ambiente propício a que as famílias melhorem suas condições de saúde; as que pretendem tornar mais criteriosos os gastos públicos em saúde; e, as que se voltam para a promoção da diversificação e da concorrência no setor. No primeiro grupo, inscrevem-se as sugestões de melhoria da escolaridade, sobretudo, das meninas (o que se justifica pela constatação de que a escolaridade das mulheres é um importante fator de queda da mortalidade infantil), e de promover os direitos e as condições da mulher.

Também estão neste grupo as medidas necessárias para assegurar o crescimento econômico, incluindo aqui as políticas de ajuste econômico. O Banco Mundial, continua insistindo na eventual necessidade de ajustes econômicos, inclusive com contenção dos gastos públicos. Mas defendem que os gastos públicos em saúde devem ser ativamente protegidos mesmo no contexto de ajuste econômico, desde que voltados para oferecer cuidados essenciais aos pobres. Tal argumento antecipa uma tese que se tornou central para o BM no final da década: faz-se necessário proteger ativamente os pobres dos efeitos perversos das crises econômicas e das suas terapias¹⁴.

O segundo grupo de sugestões volta-se para o redimensionamento da ação governamental e para o uso mais adequado dos gastos públicos. Destaca-se que a intervenção governamental na saúde justifica-se por três conjuntos de argumentos distintos. Primeiramente, a redução ou o alívio da pobreza seria motivo suficiente para o engajamento dos governos na saúde: a doença, de fato, deteriora ainda mais a situação dos pobres. Garantir o acesso dos pobres a serviços de saúde eficazes e, assim, reduzir a deterioração, seria um dos motivos principais para a intervenção governamental. Em segundo lugar, existiriam algumas ações que envolveriam grandes externalidades. Tipicamente, aqui estariam as atividades de saúde pública, cujos benefícios não poderiam ser apropriados privadamente. Em terceiro lugar, os governos deveriam atuar no sentido de corrigir as imperfeições dos mercados de seguros em saúde, regulando o setor prestador de serviços e incentivando a competição entre os prestadores¹⁴.

Os termos do *Investindo em Saúde* são, em geral, mais brandos do que os do documento de 1987. Enquanto os autores de *Financing health services in developing countries: an agenda for reform*, por exemplo, criticavam duramente os governos que viam a saúde como um direito e tentavam assegurar gratuitamente o acesso universal a todos os serviços⁶, no *Investindo em Saúde*, o discurso é mais moderado:

Mas para se ter certeza de que os pobres tenham de fato acesso a serviços de saúde subsidiados, são talvez necessárias restrições, principalmente no tipo de atendimento que fica a cargo do setor público. Quando se oferece a todos, gratuitamente, todo tipo de atendimento, os serviços acabam sendo racionados por área geográfica ou segundo sua qualidade. Os programas universais talvez não cheguem até os pobres ou lhes melhorem a saúde. Mas podem granjear mais apoio político do que granjeariam programas restritos a determinadas clientela. [...] Para se determinar quem deve receber atendimento gratuito é preciso considerar a prevalência da pobreza e a capacidade do país para financiar o atendimento¹⁴.

Há, portanto, uma crítica à posição de que cabe aos governos garantir o acesso universal gratuito aos serviços de saúde, mas que admite uma possibilidade de oferta bem mais abrangente de serviços. O pacote essencial, composto exclusivamente de intervenções altamente custo-efetivas, seria o mínimo que deveria ser financiado com recursos governamentais, cabendo a cada país avaliar a adequação de expandi-lo¹⁴.

Por sua vez, as imperfeições do mercado de serviços médicos exigiriam uma atuação reguladora dos governos. O documento defende que as intervenções de saúde, que não são tão custo-efetivas como as do pacote de cuidados essenciais, deveriam ser financiadas pela iniciativa privada ou por alguma forma de seguro social. Deste modo, o documento se refere às modalidades de seguro financiadas por "impostos destinados a determinados fins, como os esquemas de seguridade social e outros esquemas obrigatórios"¹⁴. Outra questão relevante diz respeito à atuação governamental não no financiamento, mas na prestação de serviços. O tom aqui também é moderado, embora a posição seja firme: "Não há teoria ou experiência que nos indique até que ponto o setor público deve prestar assistência médica diretamente (em vez de financiá-la)"¹⁴. Mesmo assim, o documento sugere que talvez caiba ao setor público oferecer aqueles serviços essenciais em áreas nas quais seriam necessários muitos subsídios para que o setor privado viesse a

atuar com eficácia. Mesmo em tais casos, o documento concebe que, em alguns lugares, existe a alternativa de subsidiar Organizações Não Governamentais (ONGs). Caberia ao governo, muito mais que assumir a prestação, incentivar a competição entre provedores de serviços, inclusive entre provedores públicos e privados com ou sem fins lucrativos¹⁴.

A política de saúde nos anos 1980 e 1990

Ao contrário de outras políticas sociais, como por exemplo, saneamento e habitação, a política de atenção médico-hospitalar teve no Brasil um desenvolvimento institucional significativo, enquanto política nacional, desde os anos 1930, diretamente articulado aos interesses organizados do mundo do trabalho e das suas instituições de proteção social⁷. A situação de crise institucional crônica da atenção médico-hospitalar durante os anos 1991-1995 é compreensível se forem considerados os arranjos organizacionais propostos pelo Estado corporativo e pelo regime militar anterior, que desenharam uma articulação especial entre Estado, clientelas e mercado na provisão dos serviços de saúde.

Ao se analisar a política de saúde nos anos 1990, é imprescindível considerar a complexidade do desafio representado pela implementação. Apesar das dificuldades, houve avanços no modelo de descentralização adotado pela política de saúde, em direção à municipalização da gestão e da explicitação das junções estaduais como coordenadores do sistema de referência intermunicipal. O nível federal, por sua vez, ampliou seu poder indutor e regulador ao introduzir novos mecanismos de transferência vinculados às ações e programas assistenciais¹.

Políticas de saúde e crise do estado de bem estar: repercussões e possibilidades para o sistema único de saúde

Nesta visão¹, o cenário de crise que as políticas de saúde do Brasil enfrentam no contexto do capitalismo global, em que a ameaça de transformar saúde em mercadoria põe em risco os ideários do Sistema Único de Saúde (SUS), e ainda, diante da pulverização do controle social idealizado, cabe refletir sobre a redefinição do papel do Estado a partir do fortalecimento da sociedade civil. Conforme apresentado anteriormente, o Estado-nação está cada vez mais enfraquecido para decidir sobre sua política monetária, definir seu orçamento, organizar a produção e o comércio e cobrar impostos sobre as empresas, perdendo progressivamente a autonomia de outrora.

Apesar de ter se enfraquecido no âmbito econômico, conserva boa parte de sua capacidade regulatória – característica importante tanto para o mercado (que por diversas vezes a ela recorreu, como durante a grande depressão americana, como por exemplo, o *New Deal*), quanto para a sociedade civil, que necessita sobrepor os direitos sociais acima dos interesses mercantis. Trata-se do 'mal-necessário' que o funda em distintas visões, seja nos fundamentos filosóficos que refletem sobre sua natureza e concepção, seja nas vertentes sociológicas e econômicas que precisam de mediações na arena política.⁸ Outras (re)configurações do papel do Estado podem ser apontadas, como por exemplo:

- a) A capacidade de vigilância, antes restrita ao governo, atualmente está difundida na sociedade, por meio das firmas comerciais que gerem esse tipo de negócio; monopólio estatal legítimo da violência está em crise, seja pelas empresas privadas de segurança, seja pelo crime organizado;
- b) Os localismos culturais, em resposta às redes globais transnacionais, explodem em crise do Estado para conter as violências dos nacionalismos e regionalismos exacerbados;
- c) Os Estados-nações estão deixando de ser sujeitos soberanos e passando a ser atores estratégicos, com partilhamento de poderes em escala mundial, principalmente com os grandes investidores internacionais. De modo geral, o Estado contemporâneo enfrenta crises de várias naturezas, como a reforma do aparelho burocrático estatal, a garantia do crescimento econômico autossustentado e o enfrentamento do desemprego⁸.

No caso dos países periféricos, como o Brasil, tais desafios assumem proporções gigantescas, haja vista as enormes desigualdades sociais que se tem de enfrentar. Situando o SUS no referido contexto, cabe a reflexão de que é preciso muito mais de lembranças ou reminiscências teóricas do movimento de Reforma Sanitária que lhe originou. É preciso visualizar as políticas de saúde sob o aspecto econômico, tanto quanto político, como adverte⁹, para pensar as saídas ou enfrentamentos de maneira mais conjuntural. Questões como o financiamento da universalidade e equidade do SUS, frente a uma política econômica austera baseada em *superavit* primário para pagamento de dívida externa ou aumento da taxa de juros para atrair investimentos, precisam entrar definitivamente na pauta de discussões da esfera pública.

Deste modo, faz-se importante destacar o crescimento das produções teóricas em economia da saúde na área – trunfo primordial para enfrentar o mercado com conhecimento de causa, buscando solapar o inequívoco direito à saúde¹⁰.

A regionalização no contexto atual das políticas de saúde

Existe¹¹ a valorização dos instrumentos de orientação para as três esferas de governo e sua “pactuação”, mas também discute os seus limites, sobretudo, relacionados à complexidade e às diferenciações de avanço dos Estados e dos Municípios, no processo de implantação do SUS. Para tanto, considera-se o esgotamento das Normas Operacionais Básicas (NOBs) para a situação presente da dinâmica da descentralização setorial. Sua atenção se centra em outro instrumento: o Ministério, as Comissões Bipartites e Tripartites e o Conselho Nacional de Saúde (CNS). A partir da crítica da NOB-96, aquele autor propõe que se acentue a lógica de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.

O processo de descentralização da gestão do sistema único de saúde na década de 1990

De acordo com as pesquisas¹¹, um dos principais avanços da implementação do SUS, ao longo da década de 1990, se relaciona ao acelerado processo de descentralização político-administrativa, com progressiva transferência de responsabilidades e recursos do nível federal para os gestores estaduais e municipais. Ao longo da década de 1990, foram editadas quatro dessas normas 3/4 as Normas Operacionais Básicas (NOBs) 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96, sendo que as duas últimas foram resultantes de processos de negociação progressivamente mais intensos entre atores setoriais, particularmente no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A descentralização impulsionada por tais normas apresentou resultados positivos relacionados, entre outros fatores, ao expressivo aumento de transferências diretas de recursos do nível federal para os níveis estadual e municipal, ao fortalecimento da capacidade institucional de diversos Estados e Municípios na gestão da saúde e à expansão da rede de serviços municipais de saúde. Por outro lado, o próprio avanço da descentralização evidenciou a necessidade de enfrentamento de um conjunto de problemas, tanto no âmbito da gestão, quanto no que se refere à atenção à saúde. (Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE MINISTÉRIO DA SAÚDE)

Em relação à gestão, diversos Estados ainda não assumiram plenamente as funções de coordenação e de regulação dos sistemas municipais de saúde e das redes intermunicipais de atenção. Além disso, o pequeno porte da maior parte dos municípios brasileiros traz dificuldades no sentido da capacidade de planejamento do sistema, da regulação de prestadores e da construção de

redes assistenciais adequadas para o atendimento da população, já que não é possível garantir a oferta de serviços de média e alta complexidade em todos os municípios brasileiros. No que se refere ao modelo assistencial, o aumento da resolutividade e a garantia de acesso aos serviços em todos os níveis de complexidade se colocam como desafios: a configuração do elenco de procedimentos incluídos na atenção básica (Piso de Atenção Básica fixo 3/4 PAB fixo) mostrou-se restrita, apresentando baixa capacidade de resolução dos problemas mais frequentes dos usuários¹⁰.

A taxa de crescimento do volume de recursos transferidos “fundo a fundo”, bastante significativa no primeiro ano de vigência da referida norma, apresentou uma desaceleração no período de dezembro de 1998 a dezembro de 2000, indicando a importância de se desenvolver novos mecanismos para ampliar a descentralização dos recursos financeiros e buscar a superação progressiva dos mecanismos de repasse entre gestores por produção de serviços.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS) 01/01 aborda três grupos de estratégias articuladas que visam contribuir para o processo de regionalização em saúde, como forma de promover a descentralização com equidade no acesso, a saber¹⁰.

Elaboração do Plano Diretor de Regionalização e diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando à conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis.

- Fortalecimento das capacidades gestoriais do SUS, que compreende um conjunto de estratégias voltadas para consolidar o caráter público da gestão do sistema, por meio da instrumentalização dos gestores estaduais e municipais para o desenvolvimento de funções como planejamento/programação, regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores.
- Atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios às condições de gestão do SUS, visando torná-los coerente com o conjunto de mudanças propostas.

Em síntese, a NOAS/SUS 01/01 é marcada pelos seguintes pontos, que procuram consolidar os princípios do SUS:

- a) A necessidade de deslocar a ênfase do processo de descentralização para a garantia de acesso a ações e serviços de saúde em todos os níveis;
- b) A importância de reafirmar o comando único em cada nível de governo, assegurando que o gestor municipal assuma a gestão do conjunto de ações e serviços em seu território, sempre que estiver plenamente preparado para tanto;
- c) A premência de qualificar e reorientar o papel do gestor estadual, deslocando cada vez mais tal esfera das funções de prestação direta de serviços e de relação com prestadores, para as

funções de formulação de políticas e planejamento/programação estadual, coordenação e regulação intermunicipal, controle e avaliação sistêmicas 3/4, incluindo análises de resultados e impacto das ações de saúde 3/4, e a capacitação e apoio técnico aos municípios⁶.

Dez anos de implementação do sistema único de saúde: mecanismo de ordenamento e condições de acesso ao final dos anos 1990

Mais de dez anos após o início do processo de implementação de um sistema único de saúde no Brasil, nota-se que a atenção à saúde continua sendo operacionalizada através de um sistema segmentado e desarticulado.

Na visão¹², a rede operada através do, é comandada pelo setor público através de um conjunto de normas operacionais em que se definem formas de financiamento e atribuições e competências de cada nível de governo, utilizando-se de prestadores públicos e privados de serviço e destinados a proporcionar, de forma gratuita e universal, cobertura a toda a população brasileira. Estimativas indicam que o SUS teoricamente estaria atendendo, atualmente, de forma exclusiva, 114,6 milhões de pessoas.

O mais interessante é a evidência de uma tendência de utilização dos serviços do SUS por camadas com alta escolaridade e maior poder aquisitivo: mais de 50% daqueles que têm escolaridade superior e mais de 60% das que recebem rendimentos superiores a dez salários mínimos.

Tal fato pode indicar duas situações. Na primeira, em decorrência de uma estrutura de atenção segmentada, não-hierarquizada, com má-distribuição regional e pouco resolutiva, ocorreria que uma parte significativa das pessoas com maior poder aquisitivo, maior escolaridade e, portanto, maiores chances de pertencer ao mercado formal de trabalho em postos de qualidade, tenha acesso a esquemas de seguro-saúde e simultaneamente se utilize do sistema SUS.

⁶ .Em dezembro de 2000, cerca de 99% dos municípios brasileiros se encontravam habilitados a receber diretamente recursos federais para atenção à saúde, segundo as regras da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) nº. 01/96. Dessa forma, entre os recursos federais da assistência, cerca de 63% já eram repassados diretamente para os fundos municipais ou fundos estaduais de saúde nesta data. No ano de 1999, cerca de 50% dos municípios brasileiros apresentavam cerca de 10.000 habitantes, e mais de 80% dos municípios do país apresentavam menos de 30.000 habitantes. Vale assinalar que, em alguns Estados, a proporção de pequenos municípios é bem superior à média nacional.

Os dados acerca da evolução da clientela e do faturamento do segmento de medicina supletiva no Brasil, nos dez anos de existência do SUS, mostram uma dinâmica e um volume de recursos envolvidos impressionantes.¹⁰⁻¹¹

Na segunda situação, em decorrência da desestruturação do mercado de trabalho e do desemprego, segmentos de maior renda estariam utilizando mais o SUS em decorrência da perda do poder aquisitivo e da possibilidade que o acesso universal e gratuito oferece a tais segmentos em obter ou um rebaixamento de seus custos privados com atenção à saúde ou não mais realizá-los.

Em qualquer um dos casos apresentados, mostra-se evidente que há um desperdício de recursos, acompanhado por barreiras concretas de acesso, que permitem a utilização de estratégias oportunistas ou “desesperadas” por parte da população e decorrem do que se pode chamar uma segmentação permissiva e incestuosa das redes de atendimento, determinada pela falta de ordenamento, multiplicidade de coberturas, baixa resolutividade e falta de planejamento, coordenação e regulação da atenção à saúde no Brasil¹².

Avanços do Sistema Único de Saúde

De acordo com a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil¹³,

[...] a transição tecnológica - na medicina atual, a tecnologia assume papel cada vez mais significativo. A incorporação de novos artefatos é sempre bem vinda, pois adiciona qualidade aos tratamentos curativos ou paliativos. A agregação de tais avanços levanta, no entanto, algumas discussões, por implicar altos custos e por trazer o perigo de relegar a plano secundário a necessária humanização no tratamento dos pacientes¹³.

Contudo, a evolução tecnológica geralmente agrega benefícios, facilidades e precisão, mas é preciso lembrar que o incremento tecnológico não deve substituir a relação humana nem desumanizar o atendimento à saúde. A incorporação dos avanços de última geração no sistema de atendimento à saúde deve, portanto, preservar o senso humanitário e o respeito ao ser humano. Assim, vale observar os pontos de avanço em relação ao SUS:

O Programa Saúde da Família atinge atualmente 100 milhões de brasileiros, segundo o Ministério da Saúde. O país reduziu em mais de 70% a mortalidade infantil nos últimos 30 anos; ampliou o número de consultas de

pré-natal; diminuiu a desnutrição; alcançou uma das maiores coberturas de vacinação para crianças, gestantes e idosos do mundo. Segundo o Ministério da Saúde, a transmissão do cólera foi interrompida, em 2005. Eliminou-se a paralisia infantil e o sarampo, em 2007, e a rubéola, em 2009. Mortes por doenças transmissíveis, como tuberculose, hanseníase, malária e AIDS, foram reduzidas¹³.

No campo de urgências e emergências, surgiu o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que atende atualmente mais da metade da população brasileira, reduzindo, de maneira considerável, a procura por atendimento nas unidades de urgência e emergência e garantindo atendimento pré-hospitalar com¹³⁻¹⁴ qualidade.

Foi criado ainda o Programa *Farmácia Popular*, que disponibiliza medicamentos com até 90% de desconto e, desde março de 2011, a população pode adquirir sem nenhum custo, ou seja, gratuitamente, vários medicamentos para o tratamento da hipertensão e do diabetes¹³.

As realizações do SUS, em 2010, com base nos dados do DATASUS, mostram que foram realizados 535 milhões de ações de prevenção e promoção, disponibilizados 634 milhões de medicamentos; realizados 495 milhões de exames; houve 239 milhões de atendimentos de saúde bucal; foram feitos 40 milhões de fisioterapias; ocorreram 11,1 milhões de internações. Todos os anos, registram-se 3,5 milhões de órteses e próteses e mais de 20 mil transplantes¹³.

Em sintonia com os resultados de pesquisa realizada em 1998, encomendada pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e da Fundação Nacional de Saúde (FNS), as recentes avaliações do Ministério da Saúde (MS) e das Secretarias de Estado de Saúde (SESs), mostram que, apesar de problemas na qualidade do atendimento, mais da metade das pessoas atendidas pelo SUS ficam satisfeitas. As respostas negativas estão relacionadas ao tempo de espera nas filas, à ansiedade ou à tensão para ser atendido. É o conhecido problema da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, de acolhimento e de atendimento no tempo.

As ações do gestor no SUS

Para que se possa discutir o papel de cada esfera de governo no SUS, é importante tentar conceituar quem são os gestores do SUS em cada nível e o que são as funções gestoras no SUS.

Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde, a saber: no âmbito nacional, o Ministro de

Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado de Saúde; e, no municipal, o Secretário Municipal de Saúde.¹⁴

Esses gestores devem atuar em dois âmbitos, bastante imbricados: o âmbito político e o âmbito técnico. No âmbito político, o principal compromisso do gestor do SUS deve ser com a população, através da busca da concretização da saúde como direito de cidadania mediante a seguimento dos princípios do SUS e da gestão pública, ou seja, o exercício da gestão da saúde voltado para o interesse público e não para interesses particularistas ou privados.

As funções gestoras podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde, exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão ¹³⁻¹⁴ pública.

A legislação do SUS e diversas normas e portarias complementares editadas nos anos 90 empreenderam esforços no sentido de definir e diferenciar o papel dos gestores da saúde nas três esferas, conforme será tratado adiante, especificamente em relação ao campo da assistência à saúde ¹³.

Considerações finais

A pesquisa aqui empreendida buscou descrever os avanços ocorridos nas políticas de saúde no Brasil, da década de 1970 ao ano 2000 .

O presente estudo, a partir de sua perspectiva de pesquisa, buscou o entendimento da formação de um campo de estudo e a atuação da saúde pública, onde o gestor hospitalar é parte integrante de tal sistema e suas pesquisas devem ter um interesse no campo da saúde pública e, a partir daí, contribuir com outras pesquisas neste campo do conhecimento acadêmico, pois, de alguma forma, o conhecimento não deixa de ser algo cumulativo tanto para a ciência como para o indivíduo que produz conhecimento.

Por outro lado, as questões apresentadas estão conectadas diretamente à hipótese da pesquisa, que é a velha questão que sempre é apresentada tanto por pesquisadores como pela sociedade em geral: o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil vai possibilitar um atendimento de forma adequada e de qualidade a toda população? Acredita-se que somente a partir do momento em que existir investimento suficiente por parte do Estado – o grande responsável para que tal fato ocorrer – ter-se-á, de fato, um sistema que tenha credibilidade interna e da sociedade em geral.

Mas não se pode gerir um SUS bem organizado sem uma gestão racional que busque se desenvolver a partir de princípios de gestão democrática e uma equipe de técnicos e especialistas em gestão que venham a atuar no sentido de avançar na qualidade dos serviços internos para que, no

que diz respeito ao serviço de saúde, se possa lograr a qualidade esperada. É neste sentido que o gestor deve atuar: não em uma ação individual, mas sim, coletiva, a partir da divisão de funções dentro de uma equipe administrativa.

De fato, o presente estudo possui seus limites teóricos e práticos, pois este parte de uma perspectiva teórica e que, posteriormente, um estudo deste porte pode se tornar política pública por parte do Estado, pois, a partir do momento que um estudo teórico aponte para a solução de problemas sociais, o Estado, enquanto instituição, acabará possibilitando alguma forma de financiamento para que este possa ser colocado em prática – aspecto este que passa a ser interessante não somente para o Estado e as demais instituições hospitalares, mas para a sociedade em geral.

Neste conjunto de ações, tem-se ainda a ação e participação do gestor hospitalar, pois todo esse planejamento tem que está voltado para uma organização de gestão.

É possível pensar em pesquisa a partir do momento em que esta possa contribuir com o desenvolvimento social do país; possa desenvolver uma nova mentalidade de pesquisa em nosso país; onde as pesquisas no campo das ciências médicas, não podem estar vinculadas somente a um campo específico – esta deve ampliar e trabalhar questões sociais que são importantes para a sociedade. Contudo, um país como o Brasil ainda necessita, além de investimentos para pesquisas tanto no campo social como das ciências médicas, de novas instituições de ensino, pesquisa e extensão, com o objetivo de formar novos pesquisadores que possam, de alguma forma, resolver problemas que a sociedade enfrenta, pois a ciência pode, sem dúvida, ser um elemento de intervenção na realidade social.

Outro fator importante para o encerramento deste estudo é a questão de como uma pesquisa pode contribuir para o tema que se propõe a discutir. Portanto, objetivou-se aqui o desenvolvimento, mesmo que de forma inicial, de uma análise de um objeto de pesquisa de extrema importância para a sociedade em geral: o SUS e a ação do gestor das instituições hospitalares.

Referências

- 1.LEVCOVITZ, E. Financiamento e relações entre esferas de governo na implementação do SUS: as Normas Operacionais Básicas de 91/92, 93 e 96. Notas de aula elaboradas em maio de 1999 para a disciplina Análise do Sistema e das Políticas de Saúde (mimeo). 2000.
- 2.SANTOS, FP.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no estado brasileiro – uma revisão. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v. 10, n. 19, p. 25-41, Jan./Jun. 2006.

- 3.FALEIROS, VP. Política social do estado capitalista. São Paulo: Cortez, 2000.
- 4.FACCHIN, O. Fundamentos de metodologia. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.
- 5.MATTOS, R. A. Desenvolvendo e ofertando ideias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social 3/4. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro (mimeo). 2000.
- 6.BANCO Mundial. Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993: investimento em saúde. Rio de Janeiro: FGV, 1993.
- 7.COSTA, NR. Lutas urbanas e controle sanitário. Rio de Janeiro, Vozes, 1994.
- 8.DUPAS, G. Economia global e exclusão social: pobreza, emprego, Estado e o futuro do capitalismo. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- 9.GADELHA, CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.521-535, 2003.
- 10.VIANNA, SM.; PIOLA, SF. Descentralização e gestão do gasto público. In: Compêndio de documentos: Taller sobre evaluación de la gestión del gasto público en salud. 1995. Cepal/BID/IPEA, p.105-140, 2005.
- 11.SOUZA, RR. Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. Brasília, 2005.
- 12.MÉDICI, AC. Los gastos de salud en las familias en Brasil: algunas evidencias de su caracter regressivo. Washington: BID, 2001.
13. CONFERÊNCIA Nacional dos Bispos do Brasil. Campanha da Fraternidade 2012: Texto-Base. Brasília: Edições CNBB, 2011.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2012-07-19
Last received: 2012-08-30
Accepted: 2012-09-21
Publishing: 2012-09-24