

## MESA REDONDA

# Desafios atuais da gestão da saúde

**Fernando Monti - Moderador**

Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

**PARA MIM É RAZÃO DE** grande satisfação estar presente aqui hoje. Queria cumprimentar os nossos expositores, professora Amélia, professor Gastão, professor Luis Eugenio.

Este evento, especialmente esta mesa que vai tratar de desafios da gestão da saúde, acontece em um momento muito particular no cenário da política brasileira e do setor saúde. Nós temos imensos desafios para enfrentar a respeito da gestão. Nós, os secretários municipais do país, temos sentido cada vez mais dificuldades de conduzir este sistema de saúde em face da maneira como ele está estruturado. Um sistema que se pretende universal e que tem como base de organização a relação interfederativa é, por si só, um desafio gigantesco.

A isso soma-se o desafio que diz respeito ao financiamento. Temos tido muita dificuldade

nos processos de gestão e esta é uma oportunidade para tentar indicar caminhos para uma pretensão do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems): fazer uma revisita ao nosso pacto federativo e às regras que sustentam o nosso sistema de saúde, para chegar à preservação desse sistema tão importante para a sociedade brasileira.

Uma das grandes questões a responder é: será que o Sistema Único de Saúde (SUS) que imaginamos cabe na cultura política e na correlação de forças que temos na política brasileira?

Acho que essa é a grande questão.

# Desafios atuais da gestão da saúde

**Amélia Cohn**

Membro da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)

## COMEÇO COM UMA

citação de Eduardo Galeano<sup>1</sup>: “A justiça, como as serpentes, só morde os descalços”. Parece-me que o Sistema Único de Saúde (SUS) está descalço. Para dar conta dos desafios da gestão da saúde, segundo meu vício de formação e trajetória de estudos, proponho a tese de que o problema do SUS não pode ser resolvido dentro do SUS.

O que pode sim ser resolvido dentro do SUS é esse sistema ser capaz de desenvolver instrumentos eficazes de gestão que respondam a um processo social mais amplo.

Retomei os estudos sobre a reforma sanitária brasileira e cheguei a uma constatação: o SUS, em 88, era o príncipe das propostas para a área social; em 2014 transformou-se em um sapo, sem ter uma princesa que lhe tire o alfinete da cabeça. A diferença entre esses dois momentos é que o movimento da reforma sanitária que chegou ao SUS em 1988, que foi pioneiro na área social, enquanto uma proposta mais acabada para democratização social ocorreu no seio de uma efervescência da sociedade em que havia a emergência de novos partidos organizados, de novos setores organizados da sociedade com propostas e concepções diferentes de como avançar nas conquistas sociais. E a proposta do SUS de então se beneficiou dessas contradições. Mas essa proposta, por outro lado, pecou porque centrou-se nos avanços, na organização institucional organizativa do sistema de saúde apoiado pelos setores de ponta mais organizados da sociedade brasileira e relativamente de costas para a sociedade de um modo geral.

Em 89 escrevi um artigo chamado “Caminhos da reforma sanitária” em que eu, então petista, me perguntava: “Por que o Partido Comunista Brasileiro (PCB), vitorioso na Constituição de 88 na área da saúde, dentre outras, não reivindicou para si a liderança desse processo?”. Do meu ponto de vista, olhando hoje, é que já se carecia de uma dimensão política para o SUS. Já havia uma ênfase muito grande na proposta organizativa e de financiamento da saúde, que certamente são fundamentais, mas que têm de ser sustentadas pela sociedade.

### Papel da sociedade

Bebendo nas águas do Celso Furtado<sup>2</sup>, temos que a técnica e o planejamento econômico eram instrumentos da política. Celso Furtado dizia “deixa que a política econômica de desenvolvimento do Nordeste eu equaciono, mas eu estou sustentado na mobilização da sociedade”. Ele nunca quis assumir, por si, o papel da sociedade. E este é outro pecado da reforma sanitária, embora com todos os enormes avanços desses últimos 27 anos: nós, partido sanitário, movimento sanitário, nos assumimos como representantes imediatos da sociedade.

Se a reforma sanitária foi bem-sucedida até então, foi porque ela se articulou a um processo mais amplo de luta por uma nova ordem social, concepção social de nação. A reforma da saúde era a reforma da sociedade; e esse é o primeiro ponto. Avançar na saúde hoje não é mais a reforma da sociedade.

Na atual conjuntura econômica e política, vemos que a sociedade não nos auxilia muito na luta por maior financiamento da saúde ou contra o seu crônico subfinanciamento. A Avenida Paulista, localizada ao lado da Fundação Getúlio Vargas, já é o lugar oficial das mobilizações (contra ou a favor do atual governo e da forma como vem tentando gerenciar a crise econômica e política) e, quando vamos convocar a sociedade para apoiar o SUS, constatamos que o problema está na sociedade também e que não se resume em ser um problema só ideológico.

Num dos últimos capítulos da novela Império, um dos atores foi diagnosticado com Alzheimer e uma das mulheres da trama comenta: “Como? Vocês não têm plano de saúde?” “Não. A gente não

1. Eduardo Hughes Galeano jornalista e escritor.

2. Celso Monteiro Furtado economista brasileiro, um dos mais destacados intelectuais do país ao longo do século XX.

tem plano” “Vocês vão ficar dependentes da caridade pública?” Está aí um exemplo contundente de formação de uma representação social de que a saúde como direito não existe. Ela é filantropia, no mau sentido da palavra; ou é mercadoria de consumo. Na novela com maior audiência. E este tipo de imagem é muito frequente em programas de grande audiência.

O problema não se resume no embate “mais Estado menos mercado”. O problema na área da saúde é o da articulação perversa entre o público e o privado no setor. O mercado existente é um mercado mal-acostumado com as benesses do Estado. Seja pela isenção de imposto, seja pela facilidade de importação de equipamentos e de tecnologia, seja pelos mecanismos de promoção, criação e ampliação do seu mercado.

Hoje há outra configuração, que é a das organizações sociais, que são responsáveis pela administração pública dos serviços estatais, mas são de direito privado. O Estado está perdendo o controle sobre os serviços próprios de saúde porque não tem capacidade de regular aqueles serviços, dada a maneira pela qual está estruturado. Com isso, está sendo introjetada no interior do setor público estatal da saúde a racionalidade privada, do custo/benefício, do custo efetividade, acompanhada do discurso de que “este é o Estado eficiente; o Estado da administração direta é o Estado ineficiente; é necessário, então, ‘empresariar’ a gestão do bem público estatal”. Com isso fica difícil identificar o que é público e o que é privado na área da saúde.

## Perguntas

Uma instituição pública estatal gerida por uma Organização Social de Saúde (OSS) é pública ou é privada? Ela está voltada efetivamente para o acesso universal à saúde como um patrimônio social ou não? O setor filantrópico é lucrativo ou não? Ele está crescentemente buscando mecanismos de mercado para sobreviver. Os setores privados são privados? Eles competem no mercado e correm os seus riscos? Essa é a articulação perversa entre o público e o privado, com uma crescente ambivalência entre ambos. A proposta Temer, de dezem-

bro de 2014, veio embutida numa outra legislação que dizia respeito à importação e exportação de produtos. Ela veio escondida. Por isso estamos descalços. Porque fomos capazes de, com muita coragem, teimosia e criatividade, implementar o SUS, mas implementamos o SUS por meio de “puxadinhos”, parafraseando um colega nosso: Programa Mais Médicos<sup>3</sup>, programa para adolescentes, Rede Cegonha, etc. Enquanto isso, a essência do próprio SUS está sendo corroída.

Até porque, do meu ponto de vista, gestão não pode ser confundida com gerência. A gestão tem, por meio de sua concepção e proposta, o conteúdo político e social da direção que fornecerei para a gerência, ao buscar meios racionais para atingir determinados fins. Por outro lado, é necessário avaliar a efetividade e a eficácia daquele serviço: se ele realmente cura aqueles indivíduos e trata-os como cidadãos.

Outra questão é se, nos serviços, os fins foram atingidos com os meios mais racionais e econômicos possíveis. Também é necessário considerar se a prestação, a oferta desses serviços está indo na direção da construção da saúde como um direito universal, integral, equânime, um direito enfim. Ou se está indo na direção do consumo, compreendendo saúde como mero consumo de serviços e de ações. Quando falo em gerência e em regionalização, em redes, na área da saúde, é necessário cuidar para que isso não seja mais um “puxadinho”, não seja mais um instrumento utilizado para, diante do subfinanciamento, tentar potencializar os poucos recursos direcionados para a área. Como existe o ditado que “em época de farinha pouca, meu pirão primeiro”, compreende-se a grande dificuldade atual da gerência cooperativa entre os entes federativos.

Diante da utopia dos anos 80, de fato estamos vivendo uma distopia. Maria da Conceição Tavares<sup>4</sup> já fez um artigo sobre a distopia econômica. No SUS estamos na distopia; e não é de hoje, não estamos propositivos, estamos reativos e, cada vez mais, engolindo, goela abaixo, o sapo da segmentação e fragmentação do sistema de saúde e da sociedade.

3. Mais Médicos é um programa lançado em 8 de julho de 2013 pelo Governo Dilma, cujo objetivo é suprir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades do Brasil.

4. Maria da Conceição de Almeida Tavares, economista, professora-titular da Universidade Estadual de Campinas e professora-emérita da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Minha pergunta é: nessa sociedade tão pulverizada e desorganizada, existem forças políticas capazes de apresentar novas utopias e demandas sociais? Quais as lideranças que podem hoje organizar e liderar uma resistência? Não é só em

defesa do SUS, é uma resistência de defesa de um projeto de nação e de uma sociedade democrática e mais justa. E, aí sim, a saúde e o SUS poderiam associar-se a esse movimento mais amplo. Talvez esse devesse ser o nosso sapato...

## Desafios atuais da gestão da saúde

**Gastão Wagner de Sousa Campos**

Professor titular da Universidade Estadual de Campinas

**NAS PRIMEIRAS AULAS** sobre planejamento estratégico, aprende-se que “a política é mais importante e a vida também, mas planejamento ajudará bastante”.

Além disso, trata-se de uma tese que envolve muitas perguntas, dúvidas, incertezas, parecida com o que a professora Amélia Cohn nos apresentou: a saída para a crise do Sistema Único de Saúde (SUS) está articulada à valorização, à revitalização das políticas sociais, das políticas públicas; está associada a articular, à gestão pública, a políticas públicas, a valores públicos? No século XX ocorreu a falência dos sistemas socialistas totalitários (se é que isso existia), o fim do sistema em que se pensava que o público era equivalente ao Estado.

A humanidade experimenta ao longo do século XXI, já no terceiro milênio, lutas sociais por direitos, com a intervenção do Estado e sem ela. Nas últimas décadas, houve a construção de sistemas públicos com influência estatal muito grande, como a educação pública e a saúde, particularmente na Europa, mas também ocorreram lutas sociais que mudaram costumes, padrões, 1968 em relação à sexualidade, aos direitos da mulher, a luta contra o racismo... Enfim, podemos considerar tudo isto como o início destas lutas por direitos sociais e civis.

O desafio contemporâneo é reconstruir um movimento social, atores sociais, com um projeto que, em parte, está aí, mas em parte tem de ser redefinido, reconstruído, do direito à saúde dentro do espectro de valorização de política pública. Não se verificam no horizonte sistemas globais fora do mercado, mas as políticas públicas têm funcionado como fator civilizatório, porque põem limite à ganância, à desagregação do ambiente da natureza e das relações humanas quando a racionalidade do mercado não encontra limites externos.

O extremismo do empreendedorismo do mercado nos tem levado, sem políticas públicas, sem capacidade de gestão pública das cidades, da educação, da saúde, para o lodo, para o pântano. Não há saída e isso não se limita ao Brasil, fora da constituição de políticas públicas. Piketty<sup>1</sup>, com os seus dados sobre concentração de renda, mostra que 1% dos seres humanos têm grande parcela da renda. Parte significativa do imposto arrecadado no Brasil vai para os rentistas.

A partir de 2008, parte do imposto arrecadado na Europa passou a ir para os rentistas conforme foi imposto pelo Banco Mundial, pela trilate-

1. Thomas Piketty, economista francês autor do livro “O Capital no século XXI”.

ral da União Europeia. Quando falta dinheiro para o bem-estar, de quem é necessário cortar? Dos “velhinhos”, da saúde, do salário do servidor público? Este é o contexto, esta é a briga que deve ser feita. Não há saída, se não houver responsabilidade para com as próximas gerações. Temos de reconstruir as políticas públicas, fortalecer a gestão pública, articuladas com o controle da sociedade civil. Em relação às políticas públicas como um todo e, especificamente em relação à saúde no Brasil, não é correto falar em começar de novo porque já existe, apesar de toda a crise, o SUS; há um ativismo impressionante, a criação de diversas iniciativas, em defesa do SUS. É necessário reconstruir esse movimento social, o que passa pela disputa cultural, de valores.

## Gestão e política

Cabe fazer uma crítica muito séria à concepção dominante, hegemônica, sobre a gestão, de pensar a gestão apenas ou principalmente como científica e técnica, particularmente a gestão pública é política. A gestão é um meio para favorecer a implementação de valores e de interesses. A gestão é a continuidade da política por outros meios: continua a luta de classe, continua a luta de interesses, continua a luta entre valores. Direito à saúde é um valor. Equidade e solidariedade são valores. Segundo estes valores, cabe colocar limites na competição, na luta entre seres humanos.

Essa reconstrução do projeto da reforma sanitária passa por uma crítica, mas também pelo desenho de uma proposta de construção na área de políticas públicas, antagônico às antipolíticas públicas. As chamadas reformas contemporâneas são antirreformas, são reformas de flexibilização, de reengenharia, de mercantilização, de terceirização, de Estado mínimo. São contrarreformas e então é necessária uma contracorrente em relação a isso.

Essa corrente dominante da gestão pública, da antipolítica pública, promove valores de favorecimento do mais apto (usando a expressão de Darwin<sup>2</sup>), do mais forte, a racionalidade dos negócios como forma de existência geral. A consequência é que não só as empresas privadas e públicas, as organizações privadas e públicas, mas as famílias, as vidas pessoais de cada um de nós passam pela preparação para a arena; todos são gladiadores, pi-

ratas, empreendedores que transformam “o outro” em inimigo, em uma pessoa a ser derrotada.

Aparecem em programas de rádio críticas fortíssimas ao trabalhador solidário. Note-se que passaram a denominar o trabalhador de “colaborador”, o que é hipocrisia. Criticam-se profissionais tolerantes, pacíficos, tranquilos. O profissional tem de ser ambicioso, tem de ir à luta até o limite da legalidade. Citando *ipsis litteris*, no limite da legalidade, porque se ultrapassar este limite pode vir o Ministério Público ou alguém. Qual o limite da legalidade no cotidiano? O que é vencer? A vitória é medida pelo dinheiro, que se tornou a equivalência universal. Vencer é dinheiro. Quem tem mais dinheiro, a carreira que ganha mais, acumula mais poder, será a melhor. A China está vencendo porque está ganhando mais.

## Nova proposta de gestão pública

A proposta é de uma crítica à situação atual, acompanhada da construção de uma nova proposta de política pública, de gestão pública. As propostas existem, mas no século XX as esquerdas, a social-democracia, os comunistas, os católicos de esquerda, as teologias da libertação, todos ficaram devendo para a humanidade a construção de um modelo de gestão que protegesse as políticas públicas, as organizações públicas e a rede pública, do patrimonialismo, da nomenclatura, da burocratização, da construção de iniquidade e do controle social das pessoas.

O socialismo real caiu por isso, pela grande fraqueza das políticas públicas, mesmo com todas as vitórias do estado de bem-estar social. É necessário reconstruir, pensar o modelo de gestão, o modelo de organização. No caso da saúde, não se avançou o suficiente no modelo de gestão. O professor de Direito da FGV, Carlos Ari Sundfeld, tem uma tese de que, desde a Constituinte, desde o fim da ditadura, a administração pública tem sido engessada, o que foi ineficaz para defender a sociedade da corrupção, do patrimonialismo, do clientelismo, e tornou impossível a gestão pública. A maior parte dos intelectuais, inclusive da área de saúde coletiva, ao reconhecerem esse emperramento, essa inefetividade, essa ineficácia da administração pública, tem proposto trazer a lógica dos negócios para dentro da administração pública, através de privatização direta, de terceirização, das organiza-

2. Charles Darwin, naturalista inglês, desenvolveu uma teoria evolutiva que é a base da moderna teoria sintética: a teoria da seleção natural.

ções sociais, de parcerias público-privadas, que de público têm cada vez menos. É a lógica do darwinismo vista como uma forma de conseguir não só eficiência, mas eficácia, efetividade, qualidade.

A consequência disso é a desconstrução das políticas públicas, é a desconstrução dessa função civilizatória contemporânea. Qual é a capacidade de gestão urbana que temos em São Paulo, na cidade do México, nas cidades indianas? Com o surgimento da terceirização da gestão dos presídios, na Inglaterra, na Escócia, pesquisadores mediram e chegaram à conclusão de que vários presídios se tornaram campos de concentração ao estilo nazista. Com a lógica das Organizações Sociais (OS), de contrato de gestão e de atingimento de metas, perde-se efetividade.

Assim, são necessárias duas estratégias de mudança para a saúde em geral. Uma delas é macro: a valorização da ideia de política pública, de direitos, de equidade, de revalorização do ser humano, de limitar a competição e o mercado, de defender o ambiente, o planeta, o lazer e colocar as pessoas no centro do modelo. Simultaneamente deve ocorrer uma luta estrutural legal, por fazer, por avançar, por terminar a reforma sanitária de maneira a haver propostas de reorganização macro da relação inter-federativa que está fazendo água, de políticas de pesquisa.

Num prazo realista, essas mudanças vão ocorrer de forma mais incremental ao longo dos próximos 30 anos? Há urbanistas que dizem que não há mais urbanismo no Brasil, justificando a ida para o Canadá, para a Nova Zelândia, para a Austrália, onde há social-democracia, onde se pensa cidades. Agora é o caso de pensar globalmente e agir localmente; deve ser feito um movimento de valorização de jovens. O movimento social que não se reproduz por jovens está perdido. E nós estamos nos reproduzindo; apesar do confronto da luta pela hegemonia entre várias visões de cultura, a quantidade de trabalhadores que tem pensamento público é muito grande. Ainda que não seja suficiente, é muito grande.

### Atenção ao bem-estar

Ao mesmo tempo, é preciso uma luta no cotidiano, para mudar as coisas e as pessoas, na medida do

possível e do necessário, com o referencial global, de política pública, de gestão pública. Cada atividade da reforma psiquiátrica, dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e das tentativas de gestão participativa são esforços nesse sentido. Boaventura Santos<sup>3</sup> tem uma frase interessante: “Não conseguimos tudo, mas o que conseguimos na luta pelo bem-estar é muito importante”. Está havendo um retrocesso em uma série de conquistas do bem-estar, de cidadania, de democratização, mas foi possível salvar milhares de pessoas com o que foi alcançado. Tornou-se melhor a vida de milhares de pessoas.

O “complexo de vira-lata” de Nelson Rodrigues<sup>4</sup> revela-se quando pensamos em gestão. As principais novidades dos últimos 50 anos, as principais inovações tecnológicas e organizacionais foram produzidas, geradas, estudadas nos sistemas nacionais públicos de saúde do direito universal. Quem inventou a atenção primária? Quem inventou integrar a prevenção com a promoção e com a clínica? Quem inventou rede de saúde? Quem mudou o papel está mudando também no setor privado o papel dos hospitais? Quem reposicionou a saúde em outro lugar? Quem está mudando a cara dos ambulatórios para centros de referência, para trabalho multiprofissional, para centro dinâmico? Quem ampliou os *settings* onde as pessoas são atendidas? Sempre foi o setor público.

De onde vem a crítica à medicalização ou pensar o direito à saúde não como consumismo. A internação no setor privado brasileiro custa em média várias vezes mais do que no SUS. Quanto custa para a saúde suplementar e privada (cooperativas médicas e odontológicas e outros modelos), cuidar de 25% da população brasileira? 54% do gasto brasileiro. Quanto custam para o SUS os outros 75% e ainda um pedaço dos 25%? Menos. Quanto custa cuidar de hipertenso, diabético, no Sistema Nacional de Saúde Inglês (NHS)? E quanto custa na fragmentada rede norte-americana? Quatro, cinco vezes mais. Qual a esperança de vida de hipertenso na Inglaterra? Se for menor aí não vale. É maior ou igual. Existe uma cultura na saúde de política pública e de gestão pública muito forte; o discurso, no Brasil, é que é inviável.

No terceiro milênio, essa cultura não tem sido suficiente, particularmente no Brasil. Como combinar

3. Boaventura de Sousa Santos, Professor Titular da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

4. “Complexo de vira-lata” é uma expressão criada pelo dramaturgo e escritor brasileiro Nelson Rodrigues que se refere à inferioridade em que o brasileiro se coloca, voluntariamente, em face do resto do mundo.

## Eu defendo uma reforma política que não abranja apenas o aspecto eleitoral ou o financiamento de campanhas, mas que seja uma reforma política das relações do poder do Estado brasileiro; que crie um espaço de políticas, como é no SUS que está na Constituição; da educação, que sejam políticas da Nação, que tenham continuidade de um governo para o outro.

autonomia das organizações com a constituição de rede, de sistema? Como combinar a autonomia das equipes com responsabilidade pelo paciente, pelo território, pela necessidade de saúde? O trabalho em saúde é muito complexo. Há uma cultura dominante, que valoriza o setor privado. O complexo de vira-lata está acometendo também a Inglaterra e a Espanha. O discurso de que as organizações devem ser autônomas, por exemplo o hospital. Neste caso como integrá-lo em rede, em sistema, com a atenção básica?

### “Chibata neomoderna”

Não é fácil a coexistência entre rede e autonomia. Do hospital, da unidade básica de saúde, do serviço de Aids. Há saídas neoliberais contemporâneas, gerenciais, gerencialistas, em relação aos profissionais, trabalhadores e equipes. É o mínimo controle possível, usando a chibata neomoderna, da qualidade total, das metas, da prisão da avaliação, da avaliação como opressão, gerando um constrangimento que liquida as possibilidades da clínica.

É necessário combinar padronização com singularização, com iniciativa. A partir dessas diretrizes, dessa crítica, deve ser revalorizada a tradição dos sistemas nacionais de saúde, pois há evidências de que rede é o melhor modelo. Rede com atenção primária, resolutive, prevenção e clínica; novo ambulatório como centros de referência, multiprofissional; novo papel do hospital, redefinição, muita promoção, muito au-

to cuidado, compartilhamento de responsabilidades.

Além do patrimonialismo típico do Brasil, escolhemos um modelo, ou fomos caindo num modelo, de organização e de gestão que encontrou o seu limite por várias razões, em função da fragmentação inter-federativa. A organização dos sistemas públicos de saúde em todo o mundo são regiões de saúde; 2 milhões de pessoas, 4 milhões de pessoas, são redes integrais, não sendo necessário fragmentar até cada componente menor.

O SUS no Brasil começa sobre uma base de expansão da atenção pública da previdência, numa relação público-privada muito antes das OS. 65% da rede hospitalar brasileira é privada, filantrópica, utilizada pelo SUS. Isso leva a uma fragmentação bastante grande. No SUS, na gestão pública brasileira, ocorre uma dominação, uma hegemonia da lógica do Poder Executivo em conluio, obrigada a fazer o presidencialismo de alianças, nas prefeituras com os vereadores, no Estado com as assembleias legislativas, em Brasília com o Congresso.

### SUS Brasil

É necessário inventar um quarto poder representado pelos trabalhadores, pela sociedade e pelos usuários. Eu defendo que o sistema público de educação, de saúde, tenha um grau de autonomia e ao mesmo tempo de controle de cogestão muito maior do que tem hoje. Talvez seja o caso de transformar o SUS numa autarquia pública, um SUS Brasil. Não é para eliminar weberianamente<sup>5</sup> a política, pelo contrário. É para trazer uma política centrada na discussão de necessidades de saúde. O que é medicalização, o que é consumismo, o que é necessidade de saúde ou poder do médico? Por que o médico ganha mais? Só se interfere nisso fazendo política.

Eu defendo uma reforma política que não abranja apenas o aspecto eleitoral ou o financiamento de campanhas, mas que seja uma reforma política das relações do poder do Estado brasileiro;

5. Max Weber foi um dos mais célebres pensadores das ciências humanas, foi um construtor do saber transdisciplinar escrevendo obras que perpassam diversos campos da economia, história, educação, política e sociologia.

que crie um espaço de políticas, como é no SUS que está na Constituição; da educação, que sejam políticas da Nação, que tenham continuidade de um governo para o outro. Eu defendo que essa autarquia do SUS seja tripartite, que seu conselho não seja como o conselho da Petrobras, mas seja o Conselho Nacional de Saúde; que o conselho executivo seja tripartite; que esse sistema nacional público de saúde, o SUS Brasil, tenha um grau de autonomia maior dos governos de plantão em cada época.

Que tenha base regional, que as regiões de saúde tenham conselhos regionais de saúde assemelhados ao nacional. Que o Poder Executivo envolva os secretários municipais “eleitos”, que indiquem um secretário-regional, de maneira a garantir um Poder Executivo regional, no qual ocorra grande parte do planejamento e da avaliação; que grande parte do orçamento do SUS Brasil esteja nas regiões. Algumas coisas devem ser nacionais, como as políticas de medicamento, de fármacos, entre outras.

Para conseguir financiamento é necessário fazer uma proposta que valha a pena. Junto com o SUS Brasil, queremos saúde da família ou algo parecido com o modelo, para 80% dos brasileiros. Queremos dobrar a capacidade instalada. Queremos ter hospitais regionais públicos onde eles não existam. A autarquia deve diminuir o grau de fragmentação não só interfederativo, mas absorver todas as OS.

Existe um tema estratégico do qual esse pensamento antigestão pública, em nome da gestão contemporânea, nos levou a descuidar muito. A política de pessoal tem de ser repensada, apesar da resistência dos representantes do corporativismo. Os municípios sozinhos não têm dinheiro, capacidade técnica, poder político de enquadramento, como fartamente demonstram o Mais Médicos<sup>6</sup> e a epidemia de dengue.

O SUS Brasil deveria começar a partir de uma política de pessoal viabilizada por fundos autárquicos nacionais com contribuição municipal, estadual e federal, com concursos pelo menos estaduais e que pensasse nas necessidades de saúde e nos direitos dos trabalhadores. Afinal, trabalhador também é gente. Trabalhador também tem de ser considerado, trabalhador também tem de ter direito à busca da felicidade.

Eu penso em criar carreiras interprofissionais por áreas de intervenção do SUS. Uma carreira interprofissional para atenção básica, outra para área hospitalar, especialidades; outra para área de saúde coletiva, vigilância à saúde, promoção à saúde, (tudo isso como uma área só). Outra para apoio administrativo-financeiro e a Fundação Getúlio Vargas pode ajudar muito a gente a formar administradores, financistas, para trabalhar na administração pública.

Podemos ter propostas intermediárias para que nenhum cargo de gestão de serviço de saúde, exceto os cargos de ministro e secretário, seja de livre provimento do Poder Executivo, mas sim sejam cargos de seleção interna, de concurso público. Campinas, em alguma medida, experimenta isso desde 1992. O provimento de gestores lá é por uma banca, os usuários participam, há prova prática, análise de currículo. O gestor e o controle social demitem o gestor que não tem competência, mas entra outro da fila, não um desconhecido.

É necessário colocar limites nesse bando de tecnocratas e de burocratas, de medicalizadores. Isso levou grande dano à população. A lógica do PMAQ, projeto de avaliação da atenção básica, tem mil indicadores de estrutura, 70 de processos e 30 de resultados, e leva a pagamentos por desempenho em política pública: o povo precisa, na região, da equipe que recebe menos. É a lógica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Fundação do Ministério da Educação (MEC). Como ela começa a selecionar pelos mais aptos, concentra recursos na Universidade de Campinas (Unicamp) e na Universidade de São Paulo (USP), enquanto Mato Grosso, Amazonas e a periferia ficam com menos. Na política pública é necessário receber apoio, no sentido de identificar porque as metas não estão sendo atingidas: falta de dinheiro? Falta de gestão? Falta de controle dos médicos? Relação conflituosa com os usuários? Como será possível conseguir apoiar os de desempenho mais baixo?

A lógica da avaliação deve ser participativa desde o planejamento, não para distribuir recursos conforme o desempenho, conforme a qualidade. Essa é a lógica do mercado. Nas políticas públicas isso não serve. A política pública é para defender os menos aptos.

6. Mais Médicos é um programa lançado em 8 de julho de 2013 pelo Governo Dilma, cujo objetivo é suprir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades do Brasil.



# Desafios atuais da gestão da saúde

**Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza**

Coordenador do Programa de Economia, Tecnologia e Inovação em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia; atualmente é professor da UFBA.

**O DEBATE SOBRE A GESTÃO** da saúde no Brasil faz-me pensar em primeiro lugar na expressão gestão e, obviamente, gestão é um termo bastante amplo. A Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) 01/2001 fez uma distinção entre gestão e gerência.

O debate sobre a gestão da saúde no Brasil faz-me pensar em primeiro lugar na expressão gestão e, obviamente, gestão é um termo bastante amplo. A Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) 01/2001 fez uma distinção entre gestão e gerência. Gestão refere-se à condução de sistemas e, nesse caso, os gestores são os ministros, os secretários estaduais e municipais de saúde; gerência é a direção dos estabelecimentos ou serviços e, nesse caso, os gerentes são os diretores. Eu prefiro a sistematização da expressão gestão ou gerência em três níveis e três dimensões. Gestão é mais do que um termo com uma definição precisa; é um termo paradigmático, que contém um conjunto de diferentes dimensões e de níveis.

As dimensões da gestão da saúde são três: a dimensão política, que se refere à sustentação social e à viabilização institucional de um projeto sanitário, que pode ser o Sistema Único de Saúde (SUS) ou pode ser um outro projeto. Há uma dimensão técnica, que no caso da saúde é dada pelo conhecimento técnico científico e pelo saber fazer dos profissionais que trabalham na condução das organizações de saúde, nos diversos níveis. É essa dimensão técnica que dá especificidade à gestão de cada área, inclusive a da saúde. Finalmente, há uma dimensão administrativa, que se refere particularmente a três aspectos da condução das organizações: a política de pessoal, o financiamento e a provisão de insumos materiais.

Essas três dimensões são desempenhadas em três níveis: um nível que podemos chamar da macrogestão, que se refere à condução dos sistemas. Então, podemos falar da gestão do SUS, da gestão de um sistema nacional de saúde, do sistema municipal ou estadual de saúde. Podemos também falar de uma dimensão intermediária, da mesogestão, que se refere à condução das organizações, lem-

brando que os sistemas são compostos de distintas organizações. Um secretário de saúde tem de conduzir o sistema municipal, mas também tem de gerir a sua secretaria de saúde, além dos hospitais, das unidades básicas de saúde, das unidades de apoio diagnóstico. Todas são organizações que têm uma especificidade, que compõem o sistema (o sistema é mais que a soma das organizações), mas são essas organizações que requerem uma atenção específica do gestor ou do gerente.

Finalmente, temos a microgestão, o nível micro da gestão, que se refere à organização dos processos de trabalho. É aqui que o usuário, o paciente, a pessoa que recorre ao serviço de saúde, ou que é buscada pelo serviço de saúde, encontra o profissional, encontra o trabalhador que vai prestar o cuidado. No cruzamento dessa matriz, entre as dimensões e os níveis, nós temos o conteúdo da gestão da saúde, ou seja, aquelas questões efetivamente enfrentadas, debatidas e realizadas pelos profissionais de saúde, pelos gestores da saúde e que são estudadas e discutidas pelos pesquisadores, pelos professores e estudantes da área da saúde.

## Valores em debate

No nível macro da dimensão política está todo o debate sobre os valores e os princípios que vão reger um sistema de saúde. Obviamente, há um debate dentro da sociedade sobre que valores vão predominar. A Constituição Federal de 1988 foi uma janela de oportunidades que se abriu e que se fechou muito rapidamente; foi uma conjuntura favorável à ideia de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. O movimento da reforma sanitária estava em sintonia, naquele momento, com o processo de democratização da sociedade. O objetivo era conseguir inserir na Constituição a ideia de que saúde é um direito. A materialização e a concretiza-

ção desse direito são uma luta contínua desde que se conseguiu essa vitória; o direito não está efetivamente garantido e nunca estará plenamente ou indefinidamente garantido.

A garantia do direito à saúde é uma luta contínua, que nesse momento parece viver uma conjuntura de dificuldades. Já tivemos momentos mais felizes, nesse sentido. Existem, claramente, na nossa sociedade, outros valores, outras concepções, por exemplo, da saúde como mercadoria, da saúde como bem que se pode comprar no mercado e que é responsabilidade individual. Cada um deve ter o seu plano, ainda que se limite ao acesso a serviços curativos. São valores que constituem o debate da gestão no nível macro da dimensão política.

A questão do acesso e da qualidade do serviço é outro debate que se faz; se será garantido o acesso universal, a igualdade para todos, se são as necessidades ou a capacidade de pagamento que determinarão o acesso a que tipo de serviço. Um terceiro elemento estruturante dessa dimensão política no nível macro refere-se à coordenação institucional. Para gerir o sistema de saúde, precisamos necessariamente de um conjunto de instituições que se colocam não apenas dentro da mesma esfera de governo (não se pode pensar só no Ministério da Saúde, pois há ainda o Ministério do Planejamento, o Ministério do Desenvolvimento Social) como também nas diferentes esferas de gestão (municipal, estadual e federal). Há necessidade de coordenação institucional para que a gestão da saúde se efetive.

No nível intermediário, meso, da dimensão política, o debate faz-se em torno dos modelos de gestão de serviços de saúde. A diversidade de experiências que ocorre no Brasil expressa a complexidade da relação entre o setor público e o privado, em que há cada vez maiores dificuldades em estabelecer as fronteiras entre o público e privado. Todos os modelos de Organizações Sociais (OS), de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) de Parceria Público-Privada (PPP), de fundação estatal, têm por trás uma discussão sobre o modelo geral de organização, que se aplica tanto no setor público como no setor privado: os modelos patrimonialistas, burocráticos ou gerenciais de administração.

O modelo patrimonialista é aquele em que os interesses dos donos do poder e das elites domi-

nantes acabam predominando e o público é tratado como extensão da propriedade privada, da esfera privada dos detentores do poder. A burocracia é o modelo que enfatiza o controle por meio das normas, das regras, dos procedimentos. O gerencialismo tenta estimular o controle da gestão com base na verificação da produção de resultados.

### **Autonomia dos profissionais**

Finalmente, no nível micro da dimensão política, aparece a questão da autonomia profissional. Em alguns setores, entre eles a saúde, a produção de serviços depende de profissionais que necessitam de autonomia para desempenharem suas funções de modo efetivo. Nenhum diretor de serviço nem nenhum proprietário de clínica pode ou deve determinar aos profissionais de saúde a conduta a ser adotada no enfrentamento, no tratamento, na prevenção de qualquer doença. Isto refere-se ao profissionalismo, esse poder que os profissionais adquiriram da sociedade, essa delegação de poder da sociedade para que possam agir de acordo com os interesses dos seus pacientes, dos usuários dos serviços.

É comum dizer-se que mais da metade dos gastos de um hospital decorre não da decisão de um gestor, mas dos profissionais que indicam os mais diversos tratamentos. E são vários os profissionais envolvidos, o que põe em questão os mecanismos de coordenação dos trabalhos, como um grande desafio para o gestor. Fundamentalmente, de acordo com Mintzberg<sup>1</sup>, o mecanismo de coordenação mais utilizado nas organizações de saúde é a padronização de competências, o que garante a autonomia dos profissionais, mas, certamente, não é suficiente para atender a todas as necessidades de coordenação que tem qualquer sistema, qualquer organização de saúde. Na sua dimensão técnica, no nível macro, a gestão da saúde tem como debate central a questão da racionalidade e da consistência técnica: (a) do sistema de saúde; (b) dos programas de saúde; e (c) da organização dos processos de trabalho.

A questão passa a ser em que medida as políticas e os programas de saúde estão efetivamente respondendo a problemas de saúde bem descritos, bem identificados e apresentam alternativas e estratégias de enfrentamento coerentes com essa identificação. Entre outros temas, esse debate trata da relação entre eficiência e equidade, que aponta

1. Henry Mintzberg é um renomado acadêmico e autor de diversos livros na área de administração.

a existência de *trade-off*<sup>2</sup>, de perda de eficiência, quando se busca equidade, e vice-versa. Também trata da centralização e da descentralização: em que medida os sistemas devem ser mais centralizados, mais descentralizados e, no caso do Brasil, a municipalização, a regionalização, um debate importantíssimo, atualíssimo.

No nível meso da dimensão técnica, no nível intermediário, a grande discussão refere-se a como se formulam as estratégias organizacionais e, mais fortemente no setor público, como se desenvolve o processo de institucionalização do planejamento e da avaliação de saúde. São esses componentes da dimensão técnica no nível meso que vão garantir a eficiência e a efetividade das organizações.

## **A Constituição garante a saúde como direito de todos, mas, ao mesmo tempo, garante a livre iniciativa na assistência à saúde. Isto é um paradoxo ético e legal também, pois na Constituição há os dois valores que se encontram em debate na sociedade.**

Finalmente, no nível micro da dimensão técnica, há a questão do papel do sanitarista ou do planejador ou do estrategista, que pode ser visto como aquela pessoa ou aquele setor que vai ser responsável por delinear os processos de trabalho e fazer com que os diversos trabalhadores, profissionais de saúde, atuem de modo coordenado.

Temos aqui, nesse nível micro, os problemas do profissionalismo: a autonomia, se por um lado é condição necessária para um bom desempenho profissional, por outro lado gera problemas de coordenação, de resistência à inovação e, sobretudo, de descompromisso dos profissionais para com a organização. Os profissionais de saúde são, principalmente, comprometidos com sua própria profissão, mas não podem deixar de comprometer-se com a organização em que atuam.

Na dimensão administrativa temos, no nível macro, a discussão sobre a política de pessoal: se está orientada fundamentalmente ao atendimento

das necessidades ou se obedece a outros objetivos como a realização do lucro. Temos também a questão do financiamento nas duas dimensões, do *funding* e do *financing*, ou seja, das receitas e formas de arrecadação e da alocação das despesas. E temos ainda a questão da provisão de insumos: se é melhor internalizar a produção para provisão desses insumos ou se é melhor adquiri-los externamente, através do mercado.

No nível intermediário, da mesogestão, na dimensão administrativa, existe a discussão sobre os tipos de vínculo empregatício: na área da saúde vivemos uma multiplicidade, uma diversidade enorme de tipos de vínculo, às vezes convivendo na mesma organização. Discute-se também o grau de autonomia financeira da organização. O baixo grau de autonomia para aplicação dos recursos financeiros é um problema comum em muitos serviços de saúde. Há ainda o debate sobre a gestão dos recursos materiais, do mat/med (materiais e medicamentos), de todos os insumos que são necessárias para a execução dos serviços de saúde.

Finalmente, na dimensão administrativa no seu nível micro, discute-se o conteúdo da gestão referente à existência ou não de mecanismos de avaliação do desempenho profissional, a questão da expertise para fazer a gestão financeira e a definição dos fluxos dos processos administrativos das decisões que os gestores têm de tomar. É comum a indefinição ou a complicação de fluxos maldefinidos, os fluxos que não fluem efetivamente.

### **Atuais desafios**

Adotando essa matriz conceitual das dimensões e dos níveis da gestão, quais os desafios da gestão da saúde no Brasil, hoje?

Se for tomada a dimensão política da macrogestão, a primeira coisa que salta aos olhos são as conquistas e os paradoxos éticos legais no Brasil. A Constituição garante a saúde como direito de todos, mas, ao mesmo tempo, garante a livre iniciativa na assistência à saúde. Isto é um paradoxo ético e legal

2. *Trade-off* é uma expressão que define uma situação em que há conflito de escolha. Ele se caracteriza em uma ação econômica que visa à resolução de problema mas acarreta outro, obrigando uma escolha.

também, pois na Constituição há os dois valores que se encontram em debate na sociedade.

Tivemos, ao longo desses 26 anos de criação do SUS, um forte processo de expansão da oferta de serviços, tanto na rede pública quanto na rede privada e, portanto, a segmentação do sistema de saúde. Nunca tivemos um sistema único de saúde; está cada vez mais claro que o nosso sistema é segmentado e vivemos um momento de consolidação dessa segmentação. Há agora uma lei que autoriza a participação do capital estrangeiro na assistência à saúde; tramita uma nova Proposta de Emenda à Constituição (PEC) que quer incluir como direito dos trabalhadores a concessão de planos de saúde pelos empregadores. Enfim, está em curso uma série de medidas que tendem a reforçar e a consolidar um sistema segmentado no país.

Temos ainda a questão da desigualdade no acesso: mesmo com a expansão, ainda temos a manutenção de graus de desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços. Há o problema da insuficiência de coordenação institucional que é muito clara, na relação dos municípios com os Estados e com a União, sendo necessário ressaltar as forças e as fragilidades do controle social e da sociedade civil. Obviamente, o controle social teve um papel muito destacado no início da construção do SUS, mas fragilizou-se bastante ao longo desse processo, chegando ao ponto de as instâncias intergestoras como a Comissão Intergestores Bipartites (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartites (CIT) terem, desde meados dos anos 90, talvez, um papel muito mais ativo na condução do sistema do que os próprios conselhos e as próprias conferências estaduais e nacionais. No entanto, a sociedade move-se e, de 2013 para cá pelo menos, percebemos que a sociedade está questionando o sistema. O SUS entrou na pauta inclusive das grandes centrais sindicais que até então não incluíam a saúde na sua pauta de reivindicações enquanto SUS, incluíam enquanto a reivindicação de planos de saúde.

Examinando a dimensão política no nível meso, vemos hoje uma multiplicidade de modelos e de experiências de gestão que precisam ser melhor analisados do ponto de vista científico: as suas contribuições para a equidade, a eficiência, a melhoria do acesso, a melhoria da qualidade. Por um lado, há problemas de ineficiência burocrática muito grandes. Todos os gestores que têm experiência em saúde sofrem com isso e reconhecem isso, inclusive a

população que se queixa das dificuldades burocráticas de todo o sistema de saúde.

Por outro lado, há experiências de gerencialismo, mais no setor privado, que se revelam limitadas e amadoras. É necessário encontrar um equilíbrio entre as normas e as regras que garantem um funcionamento democrático da sociedade e as práticas gerencialistas que enfatizam o alcance dos resultados. Ainda há resquícios do patrimonialismo: assistimos à disputa de cargos do Ministério da Saúde e de todo o governo e a paralisia do governo na expectativa de quem vai ser o presidente da Câmara de Deputados. Há uma exacerbação, ou pelo menos uma explicitação dessas práticas de ocupação de cargos, em que os critérios técnicos são absolutamente negligenciados.

No nível da microgestão da dimensão política, presenciamos a hipervalorização do profissional médico na condução dos processos de trabalho de saúde e uma fragilidade do trabalho em equipe. Na dimensão técnica, analisando a situação do sistema nacional de saúde hoje, vemos a disputa entre uma racionalidade técnico-sanitária e uma racionalidade político-partidária. O Ministério da Saúde conseguiu, ao longo da história, desde que foi criado, preservar nas diferentes conjunturas políticas um núcleo duro com um grau de racionalidade técnica importante. E a racionalidade político-partidária sempre esteve presente. A questão que se coloca é o equilíbrio entre esses dois tipos de racionalidade, no sentido de que a racionalidade político-partidária não comprometa o desempenho técnico das organizações.

De modo similar, vemos a questão da equidade e da eficiência. A equidade é uma preocupação maior do setor público. O setor privado prioriza a eficiência e as alternativas de modelo de gestão buscam encontrar um ponto de equilíbrio entre esses dois valores.

### **Comando único em disputa**

No caso do nível da macrogestão da dimensão técnica, é preciso mencionar a insuficiência dos mecanismos de coordenação federativa. O comando único em cada esfera de governo foi criado para superar a divisão entre o Ministério da Previdência e o Ministério da Saúde na condução do sistema de saúde, mas hoje significa uma disputa entre municípios, Estados e União pela direção do sistema, como se houvesse um comando único municipal. Então, deixou de ser o comando único da saúde. Ao mesmo tempo, o Mi-

nistério da Saúde e os Estados acabaram abstendo-se da responsabilidade pelas políticas de pessoal e pela execução das ações de saúde, favorecendo essa ideia equivocada de um comando único entre as esferas de governo.

## **A gestão da saúde é de enorme complexidade. Atualmente, estamos assistindo à consolidação de um sistema de saúde segmentado, o que não só compromete a equidade, como dificulta a possibilidade de ter uma gestão eficiente.**

Ainda na macrogestão da dimensão técnica, há o problema da fragilidade da regulação do setor privado. Na verdade, é mais do que uma fragilidade, é um processo de captura da agência de regulação (no caso a ANS) pelo setor regulado. Então, ocorre uma antirregulação.

No nível da mesogestão da dimensão técnica, temos, por um lado, um aspecto positivo, que é o investimento na formulação de estratégias. Todas as organizações de saúde, tanto do setor público como do setor privado, têm feito investimentos na formulação e na discussão das suas estratégias, mas, por outro lado, observa-se um processo de intermitência das práticas de planejamento e avaliação. Há algum tempo falava-se do PlanejaSUS<sup>3</sup>, que acabou, deixou de existir. Depois, falou-se no Mais Saúde<sup>4</sup>, no Coap<sup>5</sup>. Enfim, há um movimento de tentativas e erros do processo de institucionalização do planejamento e da avaliação.

Finalmente, no nível da microgestão da dimensão técnica, há os problemas da falta ou da insufi-

ciência de coordenação entre as áreas técnicas das organizações, nas secretarias, no Ministério da Saúde, em hospitais e em outros serviços de saúde. Há também a separação deletéria entre os processos de planejamento e de orçamentação e, infelizmente, há ainda o descompromisso do trabalhador com a organização que tem sido verificado de forma mais ou menos generalizada.

Finalmente, examinemos a dimensão administrativa, começando pela gestão do trabalho em saúde. No nível da macrogestão há uma dívida da reforma sanitária para com o SUS: a falta de uma política de pessoal, orientada pelo atendimento das necessidades de saúde. Ainda se tentou a NOB-RH<sup>6</sup>, nos anos 90, que até resultou na criação da Secretaria de Gestão de Trabalho e Educação dentro do Ministério da Saúde, mas efetivamente não significou a formulação de uma política de pessoal. O programa Mais Médicos<sup>7</sup> é mais um exemplo de falta de política de pessoal, uma ação pontual.

Na mesogestão, há o problema da multiplicidade de tipos de vínculo empregatício, assim como as condições de trabalho oferecidas aos profissionais de saúde, que são frequentemente inadequadas. No nível da microgestão, temos o problema da fragilidade muito grande dos mecanismos de monitoramento do trabalho dos profissionais de saúde, da avaliação do desempenho desses profissionais.

### **Insuficiência financeira**

Na gestão financeira, no nível da macrogestão da dimensão administrativa, evidencia-se a insuficiência de programas financeiros, o subfinanciamento com a inexistência de fontes definidas de

3. Define-se como Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS.

4. Programa do Ministério da Saúde (2008), que visa contribuir para a superação dos obstáculos ainda encontrados na consolidação do SUS.

5. Contrato Organizativo da Ação Pública é um acordo de colaboração firmado entre os três entes federativos, no âmbito de uma Região de Saúde, com o objetivo de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde da população no território.

6. Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS.

7. Mais Médicos é um programa lançado em 8 de julho de 2013 pelo Governo Dilma, cujo objetivo é suprir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades do Brasil.

financiamento. Do ponto de vista do setor privado, surge um claro limite da capacidade de pagamento direto dos planos de saúde pelas famílias. Daí todas as tentativas de criação de planos que ofereçam menores coberturas para poder ampliar sua clientela.

No nível da mesogestão, o baixo grau de autonomia financeira das organizações de saúde sobressai como uma questão a solucionar. No nível da microgestão, percebe-se a insuficiente *expertise* na área financeira da saúde, em que administração e saúde coletiva precisariam estar mais juntas. Os fundos estaduais, os fundos municipais e mesmo o fundo nacional de saúde apresentam muitas dificuldades no seu funcionamento.

Na gestão dos recursos materiais, no nível da macrogestão da dimensão administrativa, há uma opção clara, tanto no setor público quanto no privado, pelo recurso ao mercado, como fornecedor de insumos, ainda que estejamos vivendo uma tentativa de implantação de política de ciência de tecnologia e inovação, que busca internalizar (ou seja, nacionalizar) a produção dessas tecnologias para com isso diminuir a dependência externa e combater a elevação de custos. É, entretanto, uma política incipiente que ainda precisa se consolidar.

No nível da mesogestão, ocorre o problema da desarticulação entre as áreas administrativas (a gestão administrativa, a gestão de materiais) e as áreas técnicas, como se fossem dois setores separados dentro das organizações de saúde. Na microgestão,

sobressai o problema de multiplicidade de fluxos dos processos administrativos em que há uma clara falta de coordenação.

Enfim, a gestão da saúde é de enorme complexidade. Atualmente, estamos assistindo à consolidação de um sistema de saúde segmentado, o que não só compromete a equidade, como dificulta a possibilidade de ter uma gestão eficiente. Conhecemos exemplos internacionais: o ex-ministro da Saúde José Gomes Temporão tem falado de "americanização" do sistema de saúde brasileiro. Encaixa-se nessa caracterização a multiplicidade de mecanismos de gestão, de mecanismos de oferta e demanda, de pagamento e gestão de planos de saúde, que torna o sistema dos Estados Unidos da América um dos mais ineficientes e um dos mais iníquos do mundo. Essa é uma tendência que se coloca claramente no Brasil, embora não seja inexorável: ela tem sido combatida pelos movimentos sociais. Além disso, estão cada vez mais claros os limites dos planos privados de saúde, que já estão entre os campeões de queixas em órgãos de defesa do consumidor e nos órgãos do Judiciário. Então, verificam-se os limites desse sistema segmentado.

É possível que da luta política pela democracia e pela igualdade que se desenvolve no país seja conseguido novamente aquilo que o movimento da reforma sanitária conseguiu nos anos 80: uma sintonia fina com os demais movimentos para que a saúde seja incluída na pauta política, a saúde como direito, objeto de uma atenção baseada na universalidade e na igualdade.