

GILDÉLIA ANDRADE SANTA ALMEIDA

**OS CONTROLES NA SAÚDE E A GESTÃO DA
SUSTENTABILIDADE**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Núcleo de Pós-
Graduação e Extensão da FANESE,
como requisito para obtenção do
título de Especialista em Gestão e
Serviços Especializados em Saúde.**

Orientador:

**Aracaju – SE
2009**

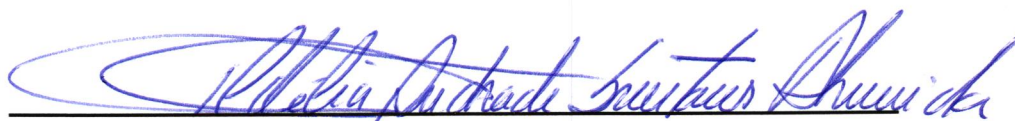
GILDÉLIA ANDRADE SANTANA ALMEIDA

OS CONTROLES NA SAÚDE E A GESTÃO DA SUSTENTABILIDADEO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Pós-Graduação e Extensão – NPGE, da Faculdade de Administração de Negócios de Sergipe – FANESE, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Gestão e Serviços Especializados em Saúde.

Analice Nóbrega Oliveira Bento

Rosangela Farias Barreto



Gildélia Andrade Santana Almeida

Aprovado (a) com média: _____

Aracaju (SE), 06 de Maio de 2009.

RESUMO

O objetivo desse artigo é produzir uma reflexão sobre a necessidade de se pensar formas de controle para a saúde que levem em conta o conceito de desenvolvimento sustentável. A metodologia adotada propõe uma ponte entre os processos de controle das organizações e a análise da atual organização da saúde no Brasil, através do resgate da construção e dos desafios do Sistema Único de Saúde. As soluções apontadas procuram visualizar os caminhos já construídos e propor correções e continuidade de ações, numa visão processual e sistemática do desenvolvimento da saúde, priorizando ferramentas de controle que expressem o conceito de sustentabilidade, para as três esferas de gestão da saúde no Brasil.

Palavras-chave: Sustentabilidade. Controle. Sistema único de saúde. Gestão da saúde. Economia da saúde.

SUMÁRIO

RESUMO	04
1 INTRODUÇÃO	06
2 CONSTRUINDO O CONCEITO DE CONTROLE	08
3 ANÁLISE DOS CONTROLES DO SERVIÇO DE SAÚDE NO BRASIL	14
4 CONTROLE - NOVAS DIMENSÕES E PROPOSTAS	20
5 SAÚDE - DESAFIOS E FUTURO	24
6 CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS	29
ABSTRACT	31
ANEXOS	32
ANEXO A - Fases do Controle	33
ANEXO B - Base de Dados de Alimentação Obrigatória e Penalidade Prevista pelo Descumprimento	34

1 INTRODUÇÃO

A área da saúde tem se configurado numa preocupação para governos, gestores, militantes e população em geral. Nos últimos anos os gastos, em muitos países centrais, têm crescido consideravelmente, sem apresentarem resultados compatíveis. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a situação não é diferente.

Se, por um lado, a saúde tem apresentado aportes financeiros inferiores aos necessários para um efetivo sistema, considerando o molde proposto na Constituição; por outro, a gestão do sistema também é fruto de questionamento, pois os recursos empregados não se traduzem nos resultados esperados. Uma parte do problema pode ser entendida como de gestão dos recursos.

Até recentemente a área era dominada por profissionais ligados à saúde, e o controle dos processos de gestão era entregue a eles. Na atualidade, há um entendimento que a área deve agregar vários profissionais, e seus saberes, para construir ferramentas mais eficientes, adequadas aos novos desafios. Ciências como a Economia e a Administração, têm se debruçado sobre todo um conjunto de conhecimentos para uma avaliação da saúde a partir da necessidade de racionalização de recursos e efetivação dos objetivos propostos, como de universalização, acesso e equidade.

Diante do exposto, e considerando que a crise atual é uma crise de paradigmas, que necessariamente irá produzir novas compreensões do mundo, e que essas compreensões terão que ser implementadas a partir de uma aplicação prática, gerada a partir de tecnologias, esse trabalho torna-se justificado pela escassa produção de ferramentas tecnológicas, tanto na área da saúde, como na área da gestão, que possam garantir uma produção de cunho sustentável, além da falta de reflexão teórica sobre o assunto, voltada para a noção de sustentabilidade, construída a partir do seu tripé de sustentação: social-ambiental e econômico.

Claro está que esse trabalho é insipiente e que a preocupação maior é chamar a atenção para a necessidade dessas construções – teóricas e tecnológicas - que possibilitem incorporar, na área da gestão, a noção de

sustentabilidade, focando-se, especificamente, nos aspectos de controle da saúde, tão discutidos na última década, mas com um foco puramente “*economicista*”, sem levar em consideração as mudanças paradigmáticas que estão ocorrendo na sociedade e a necessidade de se reorganizar – recriar nosso conhecimento e nossa prática.

Essa é uma pesquisa aplicada, descritiva, e social (Marconi e Lakatos, 2002, p.20). Para efetivar seu objetivo utiliza-se da pesquisa bibliográfica, investigando fenômenos que estão relacionados a diferentes campos das ciências sociais, podendo ser considerada como uma pesquisa interdisciplinar (Marconi e Lakatos, 2002, p.21).

Este artigo pretende discutir a inter-relação entre as tecnologias da gestão, especificamente aquelas relacionadas ao controle, e as tecnologias da saúde a luz dos novos paradigmas impostos pela noção de desenvolvimento sustentável. Diante das falhas dos controles clássicos na gestão da saúde, no Brasil e no mundo, faz-se necessário repensar não só a maneira de fazer saúde, mas também de gestão dos recursos da saúde. Imperativo, diante desse processo de esgotamento das formas clássicas de controle, é a interface entre tecnologias de áreas que são fundamentais para uma saúde de qualidade, com racionalização de recursos, respeito aos profissionais da área e ao clima organizacional das organizações, e ao meio ambiente.

Para alcançar tal objetivo, há o resgate, num primeiro momento, da trajetória de desenvolvimento das formas de controle dentro da sociedade ocidental, a partir do advento da revolução industrial. Num segundo momento, são apresentadas as formas de controle dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de uma abordagem histórica. Num terceiro momento, são apresentados os desafios e as perspectivas enfrentadas pelos sistemas de saúde mundial, a partir de dados de pesquisas atuais. Num último momento são apresentadas formulações de tecnologia de gestão, baseadas na perspectiva de integração entre o planejamento com base no desenvolvimento sustentável e as formas de controle.

2 CONSTRUINDO O CONCEITO DE CONTROLE

A preocupação com o controle dos processos tecnológicos é inerente à história da humanidade. Desde a pré-história existe exemplo de produção de objetos técnicos a partir de projetos específicos. Essa produção artesanal preocupava-se, basicamente, em controlar o produto final do processo, baseado na idéia do que se queria construir, através de uma cadeia de operações. Pode-se dizer que esse paradigma da produção artesanal perdurou até o advento da Revolução Industrial.

Chiavenato (1983, p.18) alerta para o fato de que as magníficas construções da antiguidade – Egito, Mesopotâmia e Assíria - são testemunhas materiais da existência, desde épocas remotas, de dirigentes capazes do esforço de planejamento e direção de esforços de milhares de trabalhadores para construção de monumentais obras que chegaram aos nossos dias em sua totalidade, ou na forma de vestígios incontestáveis da capacidade tecnológica do homem.

As necessidades impostas pela nova forma de produção esbarraram em metodologias e sistemáticas diversas, fruto do modelo de gestão baseada nas antigas escolas de ofício, da tradição e produção dispersa no espaço. As primeiras contribuições, para o entendimento do controle dentro da nova realidade da sociedade das organizações¹, partem dos esforços de engenheiros que procuram entender o trabalho e a nova sistemática de produção, caracterizada por uma nova racionalidade, controle do tempo e produção na fábrica.

Da calma produção do artesanato, em que os operários eram organizados em corporações de ofício regidas por estatutos, onde todos se conheciam, em que o aprendiz, para passar a artesão ou a mestre, tinha de produzir uma obra perfeita perante os jurados e os síndicos, que eram as autoridades da corporação, passou o homem rapidamente para o regime da produção feita através de máquinas, dentro de grandes fábricas (CHIAVENATO, 1983, p. 27).

A abordagem clássica da administração, baseada nos estudos de Frederick Winslow Taylor, Henri Fayol e Max Weber, é referencial para o entendimento da evolução do conceito de controle dentro das organizações. Taylor foi o mais preocupado com a questão do controle do trabalho e estipula várias ferramentas que possibilitam, basicamente, o controle do tempo e do método de trabalho. Para isso, faz uso de toda uma metodologia baseada no estudo dos tempos e movimentos e padronização de matérias-primas, fluxo de trabalho, ferramentas e espaço de trabalho.

Mesmo diante de muitas críticas, colocadas aos seus controles, frios e mecanicistas, continua sendo um referencial da teoria e da prática do controle. Sua idéia básica passa pelo controle das pessoas através do controle do tempo e dos movimentos, impondo um método único de trabalho, fragmentado e alienante. Mesmo assim, os ganhos, tanto para os trabalhadores como para as empresas, foram os suficientes para popularizar seu modelo de gestão e seus métodos de controle, sendo, inclusive, referência do moderno processo de gestão das organizações.

Chiavenato (1983:40), apud Warlich (1971), acredita que a metodologia de análise de Taylor foi a sua grande contribuição para a análise das organizações. Envolver em um só modo de trabalho tempos, movimentos, e estabelecer padrões precisos de execução, treinamento de operários, exigiu de Taylor uma compreensão superior à concepção tecnológica da época e adaptada ao novo modo de produção.

Diante das ferrenhas críticas, da resistência dos trabalhadores e do aprimoramento das Ciências Sociais, novas formas de controle do trabalho, dentro das organizações, são desenvolvidas a partir da década de 30 do século passado. As formas de controle com foco no grupo e nos fatores sociais e psicológicos ganham força. Motivação, liderança, comunicação são usadas como novas ferramentas para direcionar o comportamento humano na realização daquilo que a empresa achava adequado. O controle se aproxima de uma proposta mais

¹ Para os estruturalistas, a sociedade moderna e industrializada é uma sociedade de organizações, das quais o homem passa a depender para nascer, viver e morrer (CHIAVENATO, 1983:322 apud PRESTHUS, 1965).

manipulativa e sutil. O foco no controle das pessoas continua sendo o conceito central de todas essas técnicas de controle.

Chiavenato (1983, p.151), alerta para o fato de que, apesar da aparência de preocupação com o bem-estar e felicidade dos trabalhadores, a Escola das Relações Humanas, Mayo e seus colaboradores mais diretos favoreciam decisivamente a Administração. Uma das explicações para essa parcialidade seja o fato de a experiência ter sido patrocinada pela *Western Electric*. Isso tudo levou a reações contrárias ao caráter manipulativo de tal teoria que através de uma estratégia sutil e enganosa procurava fazer com que os trabalhadores exigissem menos e trabalhassem mais.

A partir das mudanças ocorridas na sociedade no transcorrer da década de 60 do século passado, com o questionamento dos valores e paradigmas dominantes, novas formas de entendimento de controle afloram dentro das organizações. A noção de processos dinâmicos se faz presente, trazendo em seu bojo a necessidade de experimentação da mudança como força fundamental da história humana. O foco de controle sai dos movimentos essenciais e começa a migrar para as atividades realizadas durante o processo, a fim de que o objetivo idealizado seja concretizado.

Pensar nos controles, a partir dos pressupostos dinâmicos da noção de mudança pressupõe a construção da idéia de melhoria contínua e aperfeiçoamento a partir da experimentação e vivência da prática efetiva da gestão tecnológica. Planejamento e controle passam a ser o foco do processo de gestão. Há um entendimento de que é necessário planejamento para prazos maiores – Planejamento Estratégico. Para que os objetivos pretendidos sejam alcançados, é necessário que haja um acompanhamento em todas as etapas do processo de produção, a fim de evitar possíveis desvios ou possibilitar ajustes nos processos para alcançar os objetivos pretendidos. O foco, além da eficiência passa a ser depositado sobre a eficácia dos processos.

Chiavenato (1983, p.169), lembra que toda organização não existe para si mesma. Ela é um instrumento para alcançar seus objetivos e produzir resultados. São os resultados e objetivos que devem ser os parâmetros para o

dimensionamento, estrutura e orientação do caminho organizacional. Os objetivos são valores visados ou resultados desejados pela organização que serão alcançados a partir de suas operações eficientes. Logo, são os objetivos que justificam a existência das operações da organização. Dado o imperativo dos objetivos organizacionais, cabe salientar que controlar o processo e o alcance de objetivos passa a ser primordial. Esse é o foco principal de toda estrutura organizada dinamicamente, que chamamos de organização.

A Teoria de Sistemas vêm contribuir, decisivamente, para o entendimento maior do processo de produção de bens e serviços. Chiavenato (2004, p. 4) alerta para a necessidade de um olhar para fora da organização e entendimento não só da mudança no ambiente em que a organização está inserida, mas, também, da posição dentro de um sistema muito mais complexo, evidenciado por toda a lógica da globalização e pela diminuição da distância, possibilitada pelas novas tecnologias da informação e da comunicação. A organização passa a ser parte de uma rede de eventos e acontecimentos no espaço e no tempo. Milton Santos (2006, p. 269) explica que os progressos técnicos e às formas atuais de realização da vida econômica propiciam, cada vez mais, a realização das redes globais: redes produtivas, de comércio, de transporte, de informação. O controle está, também, fora da organização. Os grupos de pressão, as mudanças no ambiente de negócio, e a adequação a estas, vão ditar as estratégias para possibilitar ou justificar a sobrevivência da empresa. A organização é avaliada e controlada pelo seu ambiente de interação. A principal forma de controle das organizações faz-se através das informações que retroalimentam o sistema organizacional.

Para Chiavenato (1983, p.481), a retroação serve para comparar a maneira como um sistema funciona em relação ao padrão estabelecido para ele funcionar. Essa comparação de desempenho, efetivo e projetado, possibilita o acompanhamento do processo e correções quando constatadas discrepâncias entre ambos. A retroação se incumbe de regular a entrada para que a saída se aproxime do padrão estabelecido.

A contingencialidade é outro aspecto importante dessa compreensão sistêmica. Se, por um lado, organização e pessoas estão atadas por paradigmas e padrões universais (sistêmicos), que possibilitam utilização de padrões universais de controle, por outro, estão presas a realidades locais e são contingencializadas por forças desse ambiente local, com muito mais força que as restrições globais.

Chiavenato (1983, p.545), conclui que diferentes ambientes vão requerer diferentes relações organizacionais para que a eficácia seja ótima. Os modelos organizacionais devem ser apropriados para cada situação dada, não há um modelo universal que possa ser usado sem entender as particularidades locais e as necessidades de adaptação às contingências colocadas que definem o contexto de atuação das organizações. Um grande contingencializador, das organizações, são as tecnologias empregadas. Para diferentes tecnologias, há necessidade de diferentes desenhos organizacionais. Variações, tanto no ambiente como na tecnologia, vão criar variação na estrutura organizacional.

Em resumo, pode-se dizer hoje que o controle efetiva-se pela mensuração e avaliação dos resultados da ação organizacional. Controlam-se pessoas, métodos, processos, máquinas, equipamentos, matéria-prima, produtos e serviços (KAWASNICKA, 2004). O processo de controle pode ser visualizado, de forma esquematizada no anexo A desse trabalho.

Para Kwasnicka (2004), os controles podem ser Estratégicos, que estão atrelados aos objetivos de longo prazo da organização, de conteúdo genérico e sintético. Táticos que estão relacionados há certo conjunto de recursos ou unidades da organização. E, por fim, operacionais, relacionados às tarefas rotineiras e diárias das organizações.

Segundo Kwasnicka (2004), atualmente, vários são os modelos para trabalhar-se a questão do controle nas organizações. Três deles parecem ser as mais usuais. O primeiro diz respeito aos fatores críticos de sucesso; o segundo diz respeito ao controle da estratégia e; o terceiro refere-se ao controle por indicadores. Especificamente no caso da saúde, os controles por indicadores já

são usados, principalmente no SUS², como medida de eficiência de seus resultados.

Apesar de todo o avanço que a saúde no Brasil conseguiu, principalmente, a partir da reforma sanitária e o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), muito trabalho ainda está para ser realizado. O próprio SUS ainda se encontra em processo de aperfeiçoamento e, mesmo passado 20 anos da promulgação da Constituição de 1988, vários objetivos (como a universalização) ainda são alvo de trabalho e reflexão para que possa sair do papel e possibilitar, à população brasileira, uma saúde a altura de nossos sonhos.

² “Desde o fim da década de 1990, indicadores vêm sendo utilizados para mensurar resultados desejáveis em saúde, a serem alcançados por meio de ações convergentes nas três esferas de governo (BRASIL, 2007: 17)”.

3 ANÁLISE DOS CONTROLES DO SERVIÇO DE SAÚDE NO BRASIL

A organização do espaço, visando o combate às causa das doenças, não foi vislumbrada pelos portugueses, como estratégia de controle, antes da metade do século XVIII. Antes do século XX não se concebia a saúde como um direito social, não havia uma relação explícita entre saúde e sociedade (BRASIL, 2007, p.16).

A medicina social nasce no século XIX, fruto de um contexto de transformação político e econômico. A ascensão do meio urbano, à condição de estrutura espacial primordial da modernidade, faz com que os contatos estabelecidos possibilitassem a circulação, mais livremente, de todos os tipos de vírus. As condições sanitárias também eram precárias e justificada era a necessidade de intervenção, para garantir que não houvessem surtos epidemiológicos.

Por volta de 1829, foi criada a Junta de Higiene Pública, que se mostrou pouco eficaz e, apesar de várias reformulações, não alcançou o objetivo de cuidar da saúde da população. No entanto, é o momento em que instâncias médicas assumem o controle das medidas de higiene pública (BRASIL, 2007, p.17).

Esse período inicial do controle da saúde no Brasil demonstra, claramente, que o controle sanitário era mínimo. A fase imperial da história brasileira encerrou-se sem que o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da coletividade (BRASIL, 2007, p.17).

Com o advento de várias epidemias, como: varíola, malária, febre amarela e, posteriormente, a peste, o governo republicano, no começo do século XX é forçado a elaborar uma política nacional de saúde. Se o objetivo era claramente o combate a enfermidades, necessário era controlar os eventos. A maneira de fazê-los é que vai ter um enfoque diferenciado durante toda a República. Um ativo movimento de Reforma Sanitária emergiu no Brasil durante a Primeira República, sob a liderança da nova geração de médicos higienistas, que alcançou importantes resultados (BRASIL, 2007, p.19).

Do primeiro Governo de Vargas, ao começo do regime militar, é o período considerado como de institucionalização da saúde pública. Iniciam-se e configuram-se as políticas sociais no Brasil. Mesmo assim, até o final dos anos 1950, a assistência médica previdenciária não era importante (BRASIL, 2007, p.22).

O governo militar implantou reformas institucionais profundas no modelo de saúde pública. O enfoque mercantilista ganhou força com um predomínio financeiro das instituições previdenciária e pela força de uma burocracia técnica estatal. Na década de 1970, a assistência médica financiada pela Previdência Social conheceu seu período de maior expansão (BRASIL, 2007, p.24).

A demanda crescente, por procedimentos da área de saúde, forçou o governo a criar, na década de 1970, um Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares para organizar o ressarcimento das despesas. Como ferramentas desse processo de controle, destacavam-se a Guia de Internação Hospitalar, onde eram cobradas as taxas de procedimentos realizados dentro da estrutura da instituição hospitalar; e tabela de honorários médicos, para cobrança do procedimento efetivamente médico – humano, não estrutural.

Na década de 1980 foi criado o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar, organizado a partir de um sistema de remuneração fixa por procedimentos. Os pacotes eram as ferramentas essenciais dessa nova forma de controle. Pactuava-se um valor médio para ser pago pelo prestador de serviço a partir de um conceito protocolar das atividades que serão desenvolvidas durante o procedimento. Eram apresentados em Tabelas de Procedimentos com valores discriminados.

Os anos de 1990 são marcados pelo processo de descentralização, característico do sistema SUS. No antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), o controle de gastos com atenção ambulatorial era realizado a partir dos valores globais pagos, com autorização de pagamentos. O instrumento utilizado para a cobrança foi designado de Guia de Autorização de Pagamento (GAP). Esse sistema foi adotado inicialmente para controle do sistema

SUS, mas, várias denúncias e eventos de fraudes, forçaram o aprimoramento do sistema de controle e criação de novas estruturas de informação.

O Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI), que cruza os dados de solicitação (registro) e do pagamento de procedimentos, é instituído para substituir as formas de controle ambulatoriais anteriores. O SAI não solicitava dados do paciente, o foco do controle eram os procedimentos realizados e não quem realizou os procedimentos. O foco continua sendo a doença e não o paciente.

Com a lei de criação do SUS, fica estabelecido que o controle e a avaliação do SUS são de competências comuns das três esferas do governo e, portanto, devem envolver diversas instâncias do SUS (BRASIL, 2007a, p. 88). Os Estados passam a se responsabilizar, também, pelo controle do sistema, juntamente com os municípios. Problemas de articulação de informações e ações se tornam visíveis nessa nova fase de implantação do sistema.

O Pacto de Gestão do SUS, estabelecido há pouco tempo, possibilitou uma descentralização mais radical. Isso foi possível a partir do estabelecimento de responsabilidades para cada ente federado. O acompanhamento e controle das ações acontecem a partir da definição de indicadores de monitoramento e avaliação do desempenho dessas funções (BRASIL, 2007a, p. 89).

Existem vários Sistemas de Informação em Saúde (SIS) no Brasil. Se, por um lado, todos eles estão colocados como instrumento de assistência à gerência, por outro lado falta uma padronização, uma periodicidade e mesmo sua inexistência em muitos municípios, compromete a implementação efetiva de uma política pública dentro dos princípios do SUS. Há aproximadamente duas décadas o poder Executivo Federal foi levado, diante desse quadro, a priorizar e a exigir um conjunto de informações de Estados e Municípios para garantir uma possibilidade concreta de controle e avaliação da saúde brasileira, evidenciando gargalos e problemas.

Outro grande problema que se coloca é, mesmo estando com a informação disponível, essa se mantém compartimentalizada, não há interface entre os referidos bancos de dados. Enquanto o MPAS /Inamps organizou sua informação de uma forma centralizada, priorizando a tipologia de prestadores e os

dados financeiros, o Ministério da Saúde as organizou por uma racionalidade verticalizada, focalizando certos agravos ou grupo de risco.

Apesar de todos esses Sistemas encontrarem-se hoje subordinados a uma única instituição – o Ministério da Saúde - as várias áreas técnicas mantêm, de maneira geral, as mesmas diferenças de cultura institucionais verificadas à época de sua concepção (BRASIL, 2007, p.75).

A possibilidade de integração dos bancos de dados, também verticalizados, é um sonho antigo dos profissionais do setor (BRASIL, 2007, p. 75). A compatibilidade entre os diversos sistemas é o aspecto mais discutido. Esses, por sua vez, dependem de padronização das informações para poder entrar em funcionamento. Essas reflexões foram orientadoras, em grande medida, para o desenvolvimento inicial do cartão SUS, outro instrumento de controle nos processos de saúde.

A proposta do SUS é uma proposta inovadora e, mesmo passados 20 anos da sua implantação, ainda continua em fase de consolidação. Um dos processos mais complexos na proposta de novas formas de desenvolvimento de organizações são os aspectos culturais. Se, por um lado, os aspectos estruturais são importantes, e mais fáceis de serem organizados, visto que, a partir de uma engenharia ou reengenharia organizacional pode-se estabelecer novas ferramentas e estruturas para efetivar o controle. Por outro, os aspectos culturais, de comportamento e adoção da nova lógica são mais demorados e demandam esforços de educação, treinamento e reflexão permanente, para se chegar ao patamar desejado de eficiência-eficácia-efetividade.

Conseguir pôr em prática os princípios da regionalização e da hierarquização dos serviços e da integralidade das ações de saúde pressupõe a utilização de instrumentos de gestão que incorporem a perspectiva da integração, da articulação e da intersetorialidade (BRASIL, 2007, p.77).

Consolidar o caráter público das informações em saúde e comprometer os gestores e atores da saúde pela sua radical transparência e democratização é

outra estratégia fundamental para a efetivação de um melhor controle do setor de saúde. O conhecimento das informações e, mais que isso, a participação da população nas definições das ações e do “fazer saúde” é um desafio para alcançar a verdadeira cidadania. Claro que esse sentido público tem que conviver com o controle de acesso e a segurança das informações. Os dados individuais coletados são de estrita confidencialidade e devem ser alvo de uma dinâmica especial de restrição.

Claro está que o SUS, ao voltar suas ações para prevenção e atenção à saúde, está priorizando informações que vão além das tradicionais informações relacionadas à doença. Várias fontes produzem uma infinidade de dados, dentro e fora da saúde. O IBGE destaca-se nesse processo ao produzir informações relevantes para a saúde, a partir dos seus levantamentos, como: censo demográfico e pesquisa de assistência médico-sanitária. Mas, ainda persiste os contextos fragmentados de produção e disseminação da informação. Esse será um desafio, além de outros, de outra natureza, que o SUS terá de enfrentar antes da chegada do seu período de amadurecimento. Para dar uma idéia do conjunto de informações repassadas ao sistema SUS, no anexo B é apresentado um quadro da base dados de alimentação obrigatória por estados e municípios e as penalidades previstas pelo não cumprimento.

Como não se podem acompanhar todos os eventos, dentro de uma lógica de controle focado, a partir dos princípios do SUS, desde o final da década de 1990 vários indicadores estão sendo utilizados para mensurar resultados desejáveis em saúde, a serem alcançados por meio de ações convergentes nas três esferas do governo (BRASIL, 2007, p.83).

Pactos que possibilitam maior liberdade aos gestores estão sendo firmados, reconhecendo que há realidades diferentes e a adequação contextual é uma necessidade dos controles. A descentralização da ação pressupõe, em contrapartida, que não seja perdida de vista o fim a ser alcançado.

A primeira área técnica a trabalhar nessa linha foi a Atenção Básica, logo seguida pela Vigilância à Saúde. Na forma como trabalhavam, os indicadores incluídos no conjunto a ser pactuado

eram selecionados a cada ano, levando em consideração as prioridades definidas e a avaliação da utilidade dos escolhidos anteriormente (BRASIL, 2007, p.83).

Os indicadores mais tradicionais dizem respeito à: questões demográficas, questões socioeconômicos, de mortalidade, morbidade e fatores de risco, de recursos e de cobertura. O aprimoramento dos indicadores e a inserção de indicadores de gestão no SUS é um dos desafios das próximas décadas. Algumas experiências já vem sendo realizadas nesse e em outros sentidos, dando ao SUS, a possibilidade de uma dinâmica constante de construção e desenvolvimentos.

4 CONTROLE - NOVAS DIMENSÕES E PROPOSTAS

Um dos principais objetivos de um sistema de saúde é a melhoria da saúde da população e, especialmente, daqueles com maiores riscos ou dificuldades. O acesso à saúde deve ser foco de atenção, principalmente, para a população de menor renda ou que apresente a maior dificuldade em acessar esse benefício. A saúde, enquanto obrigação da sociedade, deve ser entendida não como custo, pois claro está que tal investimento representa, na verdade, um aprimoramento da própria sociedade, que deve garantir aos seus participantes uma qualidade de vida cada vez melhor.

Alguns estudos (FAPESPE, 2008), têm demonstrado que essa qualidade, infelizmente, não tem sido alcançada. Vários países, e em especial os EUA, têm apresentado problema com a expectativa de vida de seus habitantes, um dos indicadores mais clássicos do controle da eficiência do sistema de saúde. Populações da região sul do país tem apresentado estagnação, num melhor cenário, ou declínio do indicador. Dezenove por cento (19%) das mulheres pobres, dos Estados Unidos, tem apresentado os piores indicadores quando o assunto é longevidade. As regiões ao longo do Rio Mississipi, nos Apalaches, chegando até o meio oeste americano, concentram a maior parte dessa população. Majid Ezzati, professor da escola Harvard de Saúde Pública, e principal autor da pesquisa, salienta que as desigualdades no sistema de saúde pública norte-americano sempre foram toleráveis, contanto que os indicadores, de forma global, apresentassem resultados positivos. Ele faz um alerta importante, pois o modelo americano de saúde é seguido por muitos países do mundo e tornou-se referência para várias reformas, principalmente na América Latina.

Declínio na expectativa de vida é algo que tradicionalmente tem sido considerado um sinal de que os sistemas sociais e de saúde falharam, como ocorre em partes da África e do leste europeu. O fato de que isso também está ocorrendo para um grande número de norte-americanos deve ser encarado como um sinal de que o sistema de saúde dos Estados Unidos precisa ser seriamente repensado (FAPESPE, 2008).

Por outro lado, o financiamento da saúde, nas últimas décadas, principalmente nos países centrais da economia global, tem sido tema de debate e de construção de ferramentas técnicas para o controle dos gastos, principalmente diante de todas as possibilidades desenvolvidas a partir das novas tecnologias da comunicação e informação e da cibernética. A avaliação tecnológica em saúde (ATS) é um instrumento precioso para se definir as conseqüências técnicas, econômicas e sociais, de curto e longo prazo, da utilização das tecnologias em saúde, bem como de seus efeitos diretos e indiretos, tanto desejáveis quanto indesejáveis (BRASIL, 2007b, p.61 apud IOM, 1992). Essa ferramenta possibilita uma melhor ação estratégica no tocante aos cuidados com o paciente, na determinação de cobertura de procedimentos e também sobre a alocação de recursos. Um tipo de ATS que ganhou força nos últimos anos, e promete ganhar destaque nos próximos, principalmente em função da crise econômica e sua dimensão global, é o das avaliações econômicas em saúde (AE). Independentemente do modelo de financiamento adotado, a grande maioria dos países tem apresentado custos crescentes com os cuidados em saúde, o que leva a uma melhor busca de racionalização na alocação dos recursos. Se não bastasse o problema relativo à eficiência, o problema da eficácia nos gastos também preocupa, pois, muitas vezes a alocação errada de recursos não gera os resultados esperados e todos os objetivos pretendidos pelas ações não surtem o efeito esperado, comprometendo os objetivos do sistema de saúde.

Um esforço complementar tem sido realizado para a reestruturação conceitual dos modelos implementados para a construção da saúde no mundo todo. No Brasil, com a descentralização das ações de saúde e o empoderamento dos municípios, que passaram a ser responsáveis pela efetiva implementação do modelo em seu território, criou um vácuo de função do Estado no processo de construção do Sistema Único de Saúde. Vários Estados¹ vem repensando sua função e relação dentro dessa rede de agentes responsáveis pela implementação da saúde pública. Claro que sua responsabilidade é limitada ao seu território, mas,

¹ Na atualidade, estados como São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Sergipe e, mais recentemente Bahia, vem estabelecendo um processo de reforma no seu sistema de saúde para adaptá-los às necessidades e restrições atuais.

com o sistema integrado, muitas demandas de estados vizinhos são absorvidas dentro do seu território. Por outro lado, grande parte da efetivação das ações (aspectos operacionais) está sobre a responsabilidade dos municípios e, para completar o quadro, as políticas de saúde pública, mesmo pactuadas em órgãos de decisão coletiva, são encaminhadas a partir da esfera federal. Ao Estado cabe uma nova função que está entre o Estratégico e o Operacional.

Há uma dificuldade no Estado em reconhecer seu papel, também pelo fato de ser um provedor dos serviços de saúde pública em função de vários fatores que vão desde questões mais econômicas, como a questão da escala de produção e o custo de alguns procedimentos e equipamentos, até questões políticas, visto que há uma autonomia de todos os municípios em função da estrutura organizacional do Brasil e o conceito de federação. Alguns estados, partindo de experiências globais² tem implementado mudanças, principalmente em seu aspecto estrutural, para procurar coordenar melhor o sistema de saúde sobre sua responsabilidade e melhorar os indicadores de assistência e criando uma cultura gerencial nas unidades de saúde, visto que a cultura tradicional não se preocupa com a responsabilidade financeira dos recursos aplicados em saúde, principalmente no setor público.

O governo federal, por sua vez, tem implementado cada vez mais instrumentos de integralização dos bancos de dados disponíveis, e melhoria da informação para possibilitar um melhor planejamento da saúde nacional e do controle efetivo das ações desenvolvidas. O Cartão Nacional de Saúde é uma das ferramentas que pode possibilitar uma coleta de dados de forma mais integrativa e produzir informações mais condizentes para a tomada de decisão. A partir de uma rede de telecomunicações e equipamentos de informática, aliados a protocolos nacionais, possibilita o trânsito, o armazenamento e o acesso às informações geradas nas unidades assistências (BRASIL, 2007b, p. 99). A implementação do Cartão Nacional de Saúde, que possibilitaria a construção de um novo modelo de gestão, descentralizado em sua execução e nacionalmente integrado,

² Algumas experiências recentes na organização do sistema de saúde têm servido de referência para vários estados estabelecerem sua reforma sanitária. O modelo do Canadá, da Catalunha, na Espanha, e de Portugal, entre outros, tem servido de base para a construção de modelos adaptados à realidade nacional.

infelizmente, parece não ter sido priorizado da forma adequada, comprometendo informações fundamentais para os gestores do sistema.

5 SAÚDE - DESAFIOS E FUTURO

Colocado está que os desafios para gestão da saúde não representam um aspecto significativo apenas para o Brasil ou para países em desenvolvimento. A busca por melhores modelos de gerenciamento da saúde representa um aspecto importante, principalmente no momento em que os paradigmas de desenvolvimento /crescimento estão sofrendo forte redefinição. Garantir que a saúde seja um bem da humanidade, enquanto categoria única, é um desafio que vai ao encontro dos pressupostos de sustentabilidade a partir da sua vertente social. Os gastos com saúde não podem, e não devem, ser considerados como custos. Categoria que, historicamente, definiram os gastos de saúde e educação e que configuram um pensamento de precarização de direitos humanos, pois não pode haver garantia da vida (em seu sentido *stricto sensu*) sem garantia de qualidade de vida e de saúde.

Também se percebe que não é apenas o aporte de mais recursos para a saúde que vai garantir a sua eficiência e eficácia. Esses aspectos só poderão ser alcançados quando as organizações prestadoras de serviço de saúde assumirem seu compromisso com a sustentabilidade financeira dos serviços prestados. Isso não deve significar uma desculpa para dificultar o acesso à saúde, mas sim um uso racional de seus recursos que pode ser obtido através de um controle e avaliação maior dos gastos despendidos, separando o que efetivamente é custo e tem relação direta com o serviço prestado, e o que é gasto e não agrega ao serviço prestado nenhuma nova característica. As ferramentas desenvolvidas na área de Economia e Gestão da Saúde devem ser analisadas e incorporadas à gestão da saúde, possibilitando que a visão interdisciplinar da área se expanda e possibilite ganhos de inovação, solucionando problemas crônicos no sistema.

O secretário executivo do Ministério do Meio Ambiente da Alemanha, durante o Ecogerma 2009, expõe claramente os desafios atribuídos a cientistas, gestores públicos e empresários diante das incontestáveis mudanças climáticas.

Para Machnig, essa terceira revolução industrial deveria ser subsidiada, em um primeiro momento, pelo investimento maciço

em novas tecnologias para redução das emissões de gases poluentes, acompanhada pela aceleração dos esforços mundiais em pesquisa e desenvolvimento para identificação de inovações na área (FAPESE, 2009).

Pensar nesse processo implica em respeito ao ambiente natural no qual o homem está inserido. Toda a discussão, tanto das tecnologias propriamente de saúde, como dos aspectos econômicos e de gestão, deve estar apoiada na redução de danos e riscos para a natureza. Vários países¹ já estão atentando para o fato da necessidade da sustentabilidade ambiental, de forma integrada. Cláusulas de responsabilidades pelos resíduos gerados e de minimização dos impactos ambientais e de co-responsabilização, são alguns exemplos de mudanças importantes que devem direcionar a atuação do gestor e as possíveis escolhas para os problemas apresentados.

No Brasil, como a esfera federal tem um grande impacto no planejamento das ações e implementação de cultura e políticas, necessário se faz a incorporação desses conceitos de sustentabilidade nos planos e formas de controle da ação dos entes federados. Chiavenato (2004) lembra que o controle é um processo que assegura que as atividades sejam desenvolvidas conforme o planejado, estabelecendo uma forte correlação entre planejamento e controle.

O primeiro passo do controle é estabelecer previamente os objetivos ou padrões que se deseja alcançar ou manter (CHIAVENATO, 2004, p. 516).

Os indicadores não podem apontar, meramente, para aspectos de eficácia das ações, mas também de eficiência do uso de recursos e impacto sobre a sustentabilidade da sociedade. A gestão da saúde se torna mais complexa e a quebra de paradigmas antigos e implementação de novos padrões e cultura se torna necessário para a contribuição dessa área para o efetivo desenvolvimento sustentável. Pensar, agir, controlar, sistemicamente é o grande desafio para a gestão da Saúde no Brasil. Estabelecer critérios de retroação e criar uma

capacidade de transformação de dados em informações e políticas, é o grande desafio colocado.

Aos Estados cabe uma releitura de seu papel no processo de construção de saúde. Entender que políticas propostas, para serem operacionalizadas, devem ser traduzidas em planos estratégicos de atuação, priorizando a coordenação de estruturas e recursos a sua disposição e responsabilidade. Priorizar modelos de separação de funções onde as ações de execução são descentralizadas e focar as ações de coordenação parece ser um caminho interessante e que tem apresentado resultados satisfatórios em vários Estados brasileiros. A questão para aprimoramento passa pelos mecanismos de controle e acompanhamento das atividades descentralizadas. Quais mecanismos são mais eficazes para acompanhar, corrigir e controlar os processos gerenciais? Essa é a tecnologia a ser construída no nível de controle tático.

Aos municípios, operacionalizadores do sistema, cabe a criação e aprimoramento de controles operacionais. Medir eficiência, eficácia e efetividade, alimentar e manter sistema de dados, garantir a qualidade através de indicadores, aprimorando o gerenciamento e controle de recursos. Com a descentralização, esse passa a ser o norte de desenvolvimento de tecnologia de controle para municípios brasileiros, muito deles carentes de pessoal qualificado para tratar com uma área de crescente aporte de recursos, e crescente ensejo nacional de resultados efetivos.

¹ Vide o caso do Serviço de Saúde da Andaluzia, na Espanha, que no seu contrato programa para 2005-2008 já exige dos hospitais conveniados um Sistema Integral de Gestão Ambiental (SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, 2008:76).

6 CONCLUSÃO

O presente exercício procurou explorar um caminho pouco usual na análise da área de saúde no Brasil, não só por tentar juntar conhecimento da área de gestão com a da saúde propriamente dita, como por introduzir uma discussão atual e pertinente, como é a questão da sustentabilidade.

As novas tecnologias, que possibilitaram encurtar distâncias entre o local e o global, auxiliaram na percepção de novos paradigmas que se articulam dentro da perspectiva de uma nova sociedade, baseada na sustentabilidade. As organizações são impactadas diretamente por essa nova condição de padrão, pois, para sobreviverem, devem se adaptar ao que hoje parece ser uma tendência inevitável.

Pensar produtos e serviços (entre eles a saúde) de forma harmônica com essa nova forma de comportamento humano é pensar que os controles não devem ser mais interpretados da maneira como foram na modernidade industrial. Faz-se necessário um ajuste no processo de controle, pois os paradigmas que orientam missão, visão e valores, das organizações estão mudando. A sustentabilidade deve ser pensada a partir do seu tripé constituinte: Econômico, Social e Ambiental. Nossas tecnologias de gestão não comportam essa gama toda de possibilidades e temos que pensar, a partir de uma visão histórica dos controles da saúde, novos indicadores e possibilidades de materialização da responsabilidade pela sustentabilidade, também dentro da saúde.

Claro está que esse ensaio inicial é uma tentativa, ousada, e tem um significado muito mais de instigar o olhar a partir de um foco direcional do que apresentar soluções. Se a construção de um novo modelo de saúde no Brasil é algo jovem, a incorporação da visão de sustentabilidade é algo muito mais incipiente e merece uma maior atenção, até em face de toda a tentativa de reorganização do sistema. Seria esse um momento propício para que os agentes de saúde comessem a explorar esse aspecto e apontassem possíveis soluções para garantir que todos, de uma forma equânime, racional e como respeito à

natureza, pudessem desfrutar de uma melhor qualidade de vida, garantindo a sustentabilidade não só das gerações atuais, mas das gerações futuras.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA FAPESPE, **O reverso da fortuna.** Disponível em <http://www.agencia.fapesp.br/boletim_dentro.php?id=8777>. Acessado em 02.05.08.

AGÊNCIA FAPESPE, **Ecologia econômica.** Disponível em <<http://www.agencia.fapesp.br/materia/10222/noticias/ecologia-economica.htm>>. Acessado em 16.03.09.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde.** Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, vol. 1, Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde.** Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, vol. 10, Brasília: CONASS, 2007a.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Ciência e Tecnologia em Saúde.** Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, vol. 4, Brasília: CONASS, 2007b.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração:** ed.compacta. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração nos novos tempos.** 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004).

MARCONI, Maria de Andrade e LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração e interpretação de dados. 5. ed., São Paulo: Atlas, 2002.

MELLO, Adilson Cavalheiro. **Controle** (apostila), Aracaju: 2005.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço:** Técnica e Tempo, Razão e Emoção. Coleção Milton Santos, vol. 1, 4 ed. 2 reimpr. São Paulo: Edusp, 2006.

PRESTHUS, Robert. **The Organizational Society.** New York: Vintage Books, 1965.

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. **Contrato Programa 2005-2008**.
Coordenadores: Juan Goicoechea Salazar, José Manuel Hierro Borjabab, Miguel
Angel Fornell Coello. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2008.

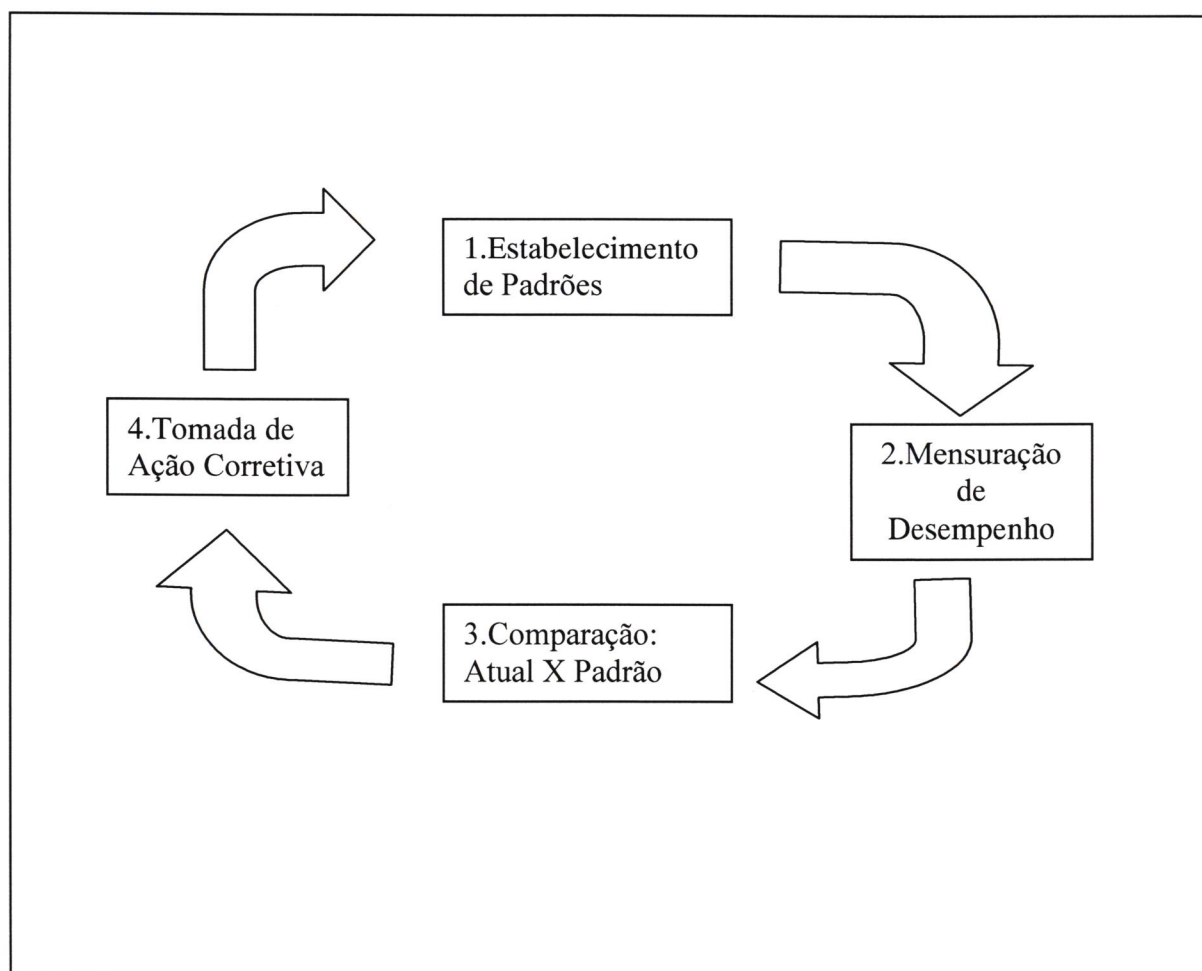
UBIRAJARA, Eduardo. **Guia para monografia**. Aracaju: FANESE, 2006.
(caderno).

KAWASNICKA, Eunice Lacava. **Introdução à Administração**. 6 ed. São Paulo:
Atlas, 2004.

ABSTRACT

The purpose of this article is to cause a reflection about the necessity to think about ways to control health considering the concept of sustainable development. The methodology adopted proposes a bridge between the organizational control processes and the analysis of the actual structure of health on Brazil, thought rescue of construction and the challenges on the Unique System of Health. The solutions presented view the known ways and purpose corrections and continuous actions in a procedure sense and systematic of health development, prioritizing tools of controls that express the concept of sustainable to the three aspects of health management on Brazil.

ANEXOS

ANEXO A - Fases do controle

Fases do controle
Fonte: Mello, 2005

ANEXO B - Base de Dados de Alimentação Obrigatória e Penalidade Prevista pelo Descumprimento

BASES DE DADOS DE ALIMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA E PENALIDADE PREVISTA PELO DESCUMPRIMENTO.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	PENALIDADE
SIA-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS	Suspensão da transferência do PAB, nos casos da não-alimentação por três meses consecutivos.
Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação	Suspensão da transferência do PAB e MAC nos casos da não-alimentação por três meses consecutivos; ausência de ressarcimento por procedimentos Faec.
SI-PNI – Sistemas de Informação do Programa Nacional de Imunização	Suspensão da transferência do PAB e do teto da vigilância em Saúde, nos casos da não-alimentação por três meses consecutivos.
Sinasc – Sistema de Informação de Nascidos Vivos	Suspensão da transferência do PAB e do teto da vigilância em Saúde, nos casos da não-alimentação por três meses consecutivos.
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade	Suspensão da transferência do PAB e do teto da vigilância em Saúde, nos casos da não-alimentação por três meses consecutivos.
SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS	Suspensão da transferência do MAC nos casos da não-alimentação por três meses consecutivos; ausência de ressarcimento por procedimentos Faec.
Siscolo (relacionado ao controle do câncer de colo do útero)	Suspensão do pagamento dos procedimentos referentes à citopatologia, à histopatologia, e ao controle de qualidade (ambulatoriais, informados no SIA-SUS)
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	Suspensão da transferência do PAB e MAC nos casos da não-alimentação por três meses consecutivos.
CNS/Cadsus – Cadastro do Cartão Nacional de Saúde	Suspensão do pagamento dos procedimentos vinculados pela Portaria SAS n. 174 de 2004.
Siops – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde	Não há penalidade prevista

Base de dados de Alimentação Obrigatória e Penalidade Prevista pelo Descumprimento

Fonte: Brasil, 2007, p.82