

# **Gestão no Sistema Único de Saúde brasileiro: uma revisão integrativa.**

**Guilherme Fernandes Barreto**  
*guilhermefbarreto@hotmail.com*

## **RESUMO**

Neste artigo, serão abordados e discutidos assuntos correspondentes aos pontos considerados importantes para atendimento qualificado na rede pública de saúde brasileira, realizando levantamento bibliográfico que abrange publicações nacionais relevantes à gestão brasileira na saúde. A busca pela qualidade se dá através da tomada de decisões concisas, para assim elevar o padrão dos serviços. A satisfação não deve ser vista apenas pelos que utilizam o serviço (cliente externo), mas também pelos que executam esses serviços (cliente interno). O atendimento do SUS busca a prestação de serviços à sociedade, com a preocupação do cumprimento do dever. O artigo visa identificar através de uma pesquisa metodológica de revisão integrativa, os pontos onde a qualidade não alcança o mínimo desejável no atendimento dos hospitais do Sistema Único de Saúde – SUS do país, justificando-se por fraudes, superlotação, má administração e, propor soluções que melhorem a qualidade do atendimento.

*Palavras – Chave: atendimento; saúde; população; gestão; sistema.*

## **INTRODUÇÃO**

Este artigo tem como objetivo principal, colocar em pauta a discussão sobre a gestão no Sistema Único de Saúde expondo as minhas idéias e pesquisando artigos relacionados., compreendendo o atendimento, a qualidade e as necessidades do sistema. O SUS foi criado para o cumprimento dos direitos de todos os cidadãos brasileiros, devendo estar sempre preparado para as demandas sociais, mas hoje não é isso o que acontece.

O problema a ser aprofundado se refere à cobertura nacional do sistema de saúde pública, no aspecto da qualidade do atendimento à população. A escolha desse tema foi motivado pelo fato de estarem todos os dias nos noticiários como um problema gravíssimo do país. Pessoas morrem nas filas, os hospitais muitas vezes não têm medicamentos, leitos e muito menos equipamentos para operar. Estamos vivendo um colapso social no que se trata de saúde.

O artigo tem sua estrutura dividida na fundamentação teórica, metodologia, resultados e discussão e considerações finais.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Em 1988 foi promulgada a Constituição Brasileira que inscreveu a saúde entre os direitos sociais, reconhecendo-a como um direito de todos os cidadãos brasileiros. Em decorrência da promulgação da constituição foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS, que é defendido pela lei nº 8.080, que regula em todo território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolados ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais e jurídicas de direito público ou privado.

O sistema é de responsabilidade e supervisão do Ministério da Saúde, bem como as secretarias de saúde estaduais ou municipais, e os centros de pesquisa de saúde também são partes integrantes desse sistema.

De acordo com Oliveira et al. (2005, p. 19), o SUS tem a seguinte descrição:

A lei 8.080/90, que instituiu o Sistema Único de Saúde, com o comando único de cada esfera de governo, definiu o Ministério da Saúde como gestor do sistema no âmbito da união, e estabeleceu a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.

O SUS é reconhecido como um dos mais bem-sucedidos programas sociais da América Latina seja pelo princípio da universalidade que rege (qualquer cidadão ou cidadã pode recorrer seus serviços); pelo fluxo de atendimento (porta de entrada), pautado pelas necessidades de saúde de cada cliente que vai da atenção básica, passando pela atenção da média complexidade e chegando ao atendimento hospitalar; ou ainda pelas ações complementares como o pronto atendimento 24h em assistência ambulatorial (que desafoga as emergências dos hospitais), e busca ativa por meio de programa de Saúde da Família – que atua em determinadas áreas para desenvolver a atenção preventiva.

Muitos municípios se utilizam de entidades intermediárias. O governo federal envia repasses para pagar as equipes, mas muitas prefeituras temem que, se o programa for eventualmente suspenso, acabem tendo de assumir sozinhos os encargos desses trabalhadores. A interrupção no trabalho atinge diretamente a população de bairros mais pobres, onde os postos são a principal referência no atendimento básico à saúde. Isso impede a realização de consultas médicas e acaba provocando o direcionamento da demanda de pacientes para a rede hospitalar das Capitais. Como consequência. Pode haver aumento das filas e da demora em atendimento.

Muitas vezes a questão não é a falta de recursos, mas sua má distribuição, “fazendo com que pequenos municípios afastados de grandes centros apresentem sem justificativa, altas concentrações de equipamentos médicos”.

Desta forma, se expõe com muita crueldade a crise real que os serviços de saúde vêm expressando. Com certeza, nem os que podem comprar a atenção se sentem seguros com o cuidado que receberão. O problema é mais profundo, já faz parte de um estilo global, de uma maneira toda própria de realizar o conjunto do modelo de atenção à saúde no Brasil, presente em qualquer lugar do sistema.

Todos envolvidos, de qualquer esfera, direta ou indiretamente, precisariam contribuir, para minimização do problema, suas causas e deficiências e consequências. Por Isso temos que entender essa atual crise sanitária de uma maneira integral, para assim, produzir ações de saúde que atendam outras dimensões sociopolíticas desta situação.

Uma maneira de se relacionar com o sofrimento e com a vida, tanto na sua dimensão individual, quanto coletiva. O que implica que não basta injetar mais recursos no sistema, mas deve-se modificar o modo de gerir os serviços e de se trabalhar em saúde.

O SUS é uma política dotada de elementos que exigem um modelo de gestão mais condizente com as tendências atuais da moderna administração pública, a qual deve atuar mais próxima do cidadão e mediante permanente articulação entre os entes políticos.

<b>Princípios do SUS</b>	<b>Valores</b>	<b>Resultados</b>
Descentralização político-administrativa	Novos atores políticos participando da gestão de serviços públicos (subsidiariedade)	Expansão dos serviços e maior proximidade entre os gestores e com a própria população
Integralidade da assistência à saúde: a pessoa vista integralmente	Integração dos serviços entre públicos (rede de serviços)	Mais eficiência da ação pública, com melhores resultados e economicidade
Participação social	Proximidade entre a administração pública e a sociedade, que passam a ter ação conjunta, coordenação recíproca, numa interação política	Atuação direta da população na atividade administrativa, com resultados mais próximos aos interesses da sociedade; uma administração que rompe com a dualidade administração/administração
Financiamento tripartite e solidário	Planejamento integrado	Gestão intergovernamental, que permite o conhecimento das realidades locais e privilegia a negociação e o consenso, no lugar da hierarquia e da regulação

A maioria dos processos administrativos nos hospitais brasileiros do Sistema único e saúde – SUS só se defronta com a problemática gerencial quando assumem a sua função administrativa, portanto aprendendo com a experiência do dia-a-dia. Contudo, o crescimento, desenvolvimento e complexidade alcançados pelas organizações já não comportam mais administradores, cuja ação baseia-se, exclusivamente, em seu bom senso e em sua formação gerencial.

Segundo Trevisan e Junqueira (2007) a implementação do SUS enfrenta irregularidades gerenciais, devido às pressões por reforma do Estado para minimizar custos, que afetam a proposta de atendimento universal do sistema. Conforme a constituição de 1988 foi estabelecida que o direito a saúde fosse uma conquista universal, sem exclusões. Essa determinação constitucional, que permitiria a efetiva implantação do Sistema Único de Saúde foi superado em um primeiro momento pelas exigências da efetiva implementação da universalidade no sistema.

Outra irregularidade do Sistema Único de Saúde é o princípio da descentralização, com o qual há uma difícil convivência, com a crescente implementação da rede do sistema, não entendida como uma ligação entre esferas diferenciadas de gestão, mas o modo pelo qual o acesso a um direito é exercido em rede. A rede precisa ser complementar e não contraposta à descentralização.

Para Viana et al. (2002) a descentralização associada à diretriz da gestão única resulta em três arranjos formais para o sistema de saúde: os sistemas municipais, estaduais e o nacional. Mas a integralidade e a hierarquização induzem à formação de outros subsistemas, como consequência da discussão intergestores. Admitindo múltiplos partícipes, essas composições são fruto de acordos políticos e do desenvolvimento de instrumentos técnico-operacionais necessários à integração e à manutenção da unicidade do sistema. A política federal nos anos de 1990 se concentrou na indução e na criação de condições para reconstituir responsabilidades gerenciais regionais ou locais.

As respostas às pressões por maior participação na área social, assim como a formação de modelos singulares de saúde, tanto regionais como locais, e suas configurações dependem de variáveis como: formas anteriores de gestão e organização dos serviços; arranjos políticos e as formas de expressão dos interesses no plano regional; tipo de relacionamento estabelecido entre as esferas de poder Executivo, Legislativo e Judiciário; grau de associativismo e de capital sociais criados e desenvolvidos; perfis de financiamento e gasto local em saúde.

Falta de recursos, atendimento precário e grandes filas de espera até mesmo para os casos de urgência, que não podem esperar. Esta é a realidade do sistema público de saúde no Brasil, ou Sistema Único de Saúde (SUS), do qual dependem diretamente 200 milhões de pessoas.

De acordo com *Parizi (2007)*, depende do tipo de atendimento. As pessoas sempre se queixam do acesso. Mas, na verdade, o que houve foi um aumento da demanda por conta da condição econômica. Os momentos de crise têm repercussão na área da saúde. As pessoas têm pouco dinheiro, perdem o emprego, se alimentam mal. Enfim, existe uma série de fatores que resulta no aumento da procura por atendimento.

Para desafogar o atendimento no SUS, o governo utiliza o discurso de que a situação ideal seria a migração dos usuários do sistema público para o privado.

Essa é a solução normalmente apontada pelo governo, já que ele afirma não ter dinheiro para sustentar os usuários que dependem do SUS. Esse raciocínio serviu, inclusive, para embasar a pretensão de criar planos mais baratos, mas com cobertura restrita, como os que cobrem determinada área geográfica ou os subsegmentados, previstos na nova medida provisória dos planos de saúde. Se fossem aprovados, tais planos seriam uma falácia para os conveniados, pois gerariam uma falsa segurança. O usuário só iria se dar conta quando precisasse fazer determinada operação ou exame que não tem na cidade dele. Então, ele teria de recorrer ao SUS e o atendimento, que já tem uma demanda grande, ficaria ainda mais sobrecarregado.

Outro problema é que o Brasil apresenta 1,3 médico por 1.000 habitantes valor superior ao recomendado pela OMS que é de 1 médico para o mesmo denominador. Porém, esse excedente não representa uma cobertura adequada em todos os estados brasileiros. A desigualdade desse recurso é observada, estando a maior parte dos médicos concentrada nos estados mais urbanizados e com menor taxa de pobreza (estados do Sul e Sudeste). Dessa forma, o déficit é maior nos estados da região Norte e Nordeste.

Para Taraboulsi (2003, p. 25), a qualidade depende “[...] do gestor uma consequência de ações inteligentes – planejar, inovar e modernizar – que levam a consecução da qualidade dos serviços”.

Taraboulsi (2003, p. 26) define qualidade como “o conjunto das propriedades e características de um produto, processo ou serviço que lhe oferece a capacidade de satisfazer as necessidades explícitas e implícitas (ISO)”.

Para Taraboulsi (2003, p. 11), a baixa qualidade nos atendimentos médicos pode ser caracterizada e definida por:

Funcionários confusos sem o devido preparo, enfermeiros e enfermeiras dividindo o tempo entre as tarefas administrativas e as de enfermagem com péssimo humor, médicos alheios ao estado emocional dos doentes e suas famílias, processos rígidos de atendimento aos clientes de saúde (pessoas enfermas, familiares, amigos e visitantes) e ambientes pouco humanizados provocam uma avalanche assustadora que veio de encontro a todos os princípios (cortesia, presteza, dedicação, respeito etc.).

Satisfação para Robbins (1999, p. 98), pode ser definida como “a atitude geral de um indivíduo em relação ao seu trabalho”. Como afirma Boulding *et al.* (1993) sintetiza que a satisfação apresenta dois conceitos essenciais: a satisfação específica e a satisfação cumulativa. Cabe enfatizar que o aspecto de satisfação específica a uma transação serve para a apreciação de situações específicas, enquanto a cumulativa é proveitosa quando o consumidor possui experiências passadas com determinado serviço.

Cardozo (1965, p.244) cita que, “a satisfação do consumidor com um produto leva à repetição de compra, aceitação de outros na mesma linha de produto, bem como à boca-a-boca favorável. Se isto estiver correto, então o conhecimento dos fatores que afetam a satisfação do consumidor é essencial”.

A satisfação segundo Ewald (1993), ocorre em ambiente dinâmico, que requer uma constante atualização da teoria e da prática para o comportamento do consumidor.

Para Anderson, Fornell e Lehmann (1992) e Johnson e Fornell (1991) classificam satisfação de usuários como uma avaliação abrangente com base em inúmeras experiências de consumo. Anderson e Fornell (1994), da mesma maneira, defendem que a satisfação é uma avaliação contínua sobre a capacidade que uma marca ou serviço possui ao disponibilizar os benefícios que o cliente deseja.

Segundo Taraboulsi (2003, p. 22), a principal missão das organizações é “produzir bens e serviços, visando à satisfação das necessidades das pessoas, ou melhor, auxiliá-las em suas necessidades”.

De acordo com Koogan (1999, p. 17), satisfação pode ser definida como “[...] prazer que resulta da realização do que se espera, do que se deseja”.

Satisfação para Robbins (1999, p. 98), pode ser definida como “a atitude geral de um indivíduo em relação ao seu trabalho”.

Na área pública, há anos tenta-se estruturar redes de serviço como uma forma de garantir a efetividade das políticas públicas, uma vez que o modelo burocrático, estático, hierárquico e formal não é capaz de sustentar os direitos operando serviços.

Na maioria das vezes, geram-se dificuldades em sua expansão e acesso pelo desperdício de tempo e recursos.

A necessidade de interligar serviços tem o objetivo de melhorar sua eficiência e diminuir custos; expandir o acesso; interligar as políticas sociais, sempre para obtenção de ganhos na qualidade, eficiência, economicidade e atingimento de seus fins.

Quanto a criação de redes Lenir (2008) afirma que:

Os serviços sociais públicos necessitam estar organizados em rede sob pena de os direitos sociais não se efetivarem a contento. As dificuldades das redes na área pública devem ser superadas em razão da necessidade de se garantir maior eficiência aos serviços públicos e, na maioria das vezes, o formato da rede é um imperativo necessário à sua eficiência e melhoria de acesso.

<b>VANTAGENS</b>
Democratização do conhecimento
Descentralização integrada
Processos administrativos horizontais
Cooperação
Surgimento de novas lideranças
Planejamento integrado
Reconhecimento das dependências e interdependências
Conhecimento das múltiplas realidades
Respeito às diversidades socioculturais
Fortalecimento contra pressões externas
Aumento da eficiência administrativa e técnica
Otimização de recursos
Negociação/consenso
Valorização das relações de confiança
Solidariedade e compartilhamento
<b>RISCOS</b>
Descentralização concentrada
Fragmentação da autoridade
Desinteresse diante de novas informações e conhecimento
Perda de controle dos processos
Perda da autonomia política dos mais fracos
Individualismo e personalismo
Conflitos permanente
Negociação infundável
Cooptação dos mais fracos
Acomodação diante das negociações
Falta de capacidade gerencial para novas atribuições
Excesso de controles diante da complexidade do sistema de rede
Desequilíbrio de poder

## **METODOLOGIA**

Para o alcance do objetivo geral, optei pelo método da revisão integrativa, visto que ele possibilita sumarizar as pesquisas já concluídas e obter conclusões a partir de um tema de interesse. Uma revisão integrativa bem realizada exige os mesmos padrões de rigor e clareza e replicação utilizada nos estudos primários.

O levantamento bibliográfico foi realizado pela internet, no BIREME, Lilacs, Medline e Scielo. Para o lavamento dos artigos, utilizei a palavras-chave da seguinte forma: saúde, população e gestão.

Os critérios utilizados para a seleção da amostra foram: artigos publicados nacionais indexados nos bancos de dados BIREME, Lilacs, Medline e Scielo, independente do método de pesquisa utilizado.

Foram identificados 20 artigos. Dessa forma a amostra final ficou composta por 20 artigos científicos produzidos por gestores e demais profissionais da saúde ou com sua participação. Por fim, não houve formulário para a análise dos artigos selecionados.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Ao analisar o conjunto da amostra, verifiquei que a inexistência de um periódico específico da gestão pública hospitalar voltado principalmente aos administradores pode estar dificultando a divulgação do conhecimento produzido em periódicos gerais, o que compromete, também, a rápida atualização do conhecimento e uma discussão mais ampla.

Na identificação das fontes para localização dos artigos, 81% são provenientes do Scielo, e o restante percentual dos demais. As palavras-chave mais utilizadas pelos autores foi “saúde”, presente em 75% dos estudos. Como o interesse era analisar a produção científica nacional na gestão da saúde brasileira, de uma forma ampla, utilizei as palavras-chave com maior probabilidade de aparecerem nos artigos.

O objetivo desse artigo de revisão integrativa junto com a amostra de artigos pesquisados, constitui na ação proposta para responder à questão da forma da gestão na área da saúde, sendo fundamental para a compreensão do estudo e do artigo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pela caracterização das publicações analisadas, considero que os artigos científicos de vários profissionais da área da saúde entre outros, embora tenham crescido numericamente os últimos anos, demonstram que está linha de pesquisa ainda não está consolidada e necessita de muito mais discussões sobre o tema saúde pública. Com isso posso concluir que a solução para a saúde seria uma moderna administração pública, em que haveria a descentralização administrativa dos órgãos centrais para regionais e locais; a participação do cidadão na tomada de decisões públicas; a ampliação da parceria público-privada; a ampliação da regulação, fiscalização e controle do setor privado, que tem liberdade para atuar em sua área; a valorização do cidadão usuário dos serviços públicos; transparência da gestão; financiamento multilateral, exigindo compartilhamento das responsabilidades e decisões consensuais; a participação de outros órgãos públicos no controle do serviço público; e uma rede de serviços em que os órgãos públicos, interajam interligando-se, mas de forma independente.

## REFERÊNCIAS

KOOGAN, Abrahão. **Enciclopédia e Dicionário Ilustrado**. Rio de Janeiro: Seifer, 1999.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os Grandes Dilemas do SUS**. Bahia: Casa da Qualidade Editora, 2001.

OLIVEIRA, José Antônio Diniz et al.. **Autogestão em Saúde no Brasil**. São Paulo: Unidas, 2005.

ROBBINS, Stephen. **Comportamento Organizacional**. Rio de Janeiro: Atlas, 1999.

TARABOULSI, Fadi Antonie. **Administração de Hotelaria Hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2003.

PARIZI, Regina. **Consumidor S.A.** São Paulo: On line, 2007.

TREVISAN, Leonardo Nelmi e JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2002.

CARVALHO, Gilson et al. **Redes de atenção à Saúde no SUS**. São Paulo, 2008.

DUARTE, Elisabeth Carmem et al. **Epidemiologia das desigualdades em Saúde no Brasil**. Brasília, 2002.