

## Obstáculos e desafios atuais da saúde pública no Brasil

Rosângela M. M. Cotta<sup>1</sup>, María M. M. Suárez-Varela<sup>2</sup>,  
José S. Cotta Filho<sup>3</sup>, Agustín L. González<sup>4</sup>, Jose Antonio D. Ricós<sup>5</sup>,  
Enrique Ramon Real<sup>5</sup>, Salvador F. Claver<sup>6</sup>

*O presente trabalho desenvolve uma reflexão crítica sobre o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, analisando as dificuldades, dilemas, debilidades e desafios a que tem de fazer frente este sistema. Além disso, o artigo discute seus pontos fortes, assinalando as perspectivas de futuro e possíveis vias e estratégias de solução dos problemas, tendo como referência a consolidação de uma sociedade democrática.*

*Unitermos: Sistema sanitário; política de saúde; Sistema Único de Saúde; desafios e estratégias.*

### **Current obstacles and challenges to public health in Brazil**

*The present work proposes a critical reflection concerning the process of implementation of the Brazilian Unified Health System (SUS), by analyzing the difficulties, dilemmas, weaknesses and challenges faced by the system. In addition, we discuss the positive aspects of the SUS, its future prospects and possible directions and problem-solving strategies, having as a reference the consolidation of a democratic society.*

*Key words: Health systems; health care policy; Unified Health System; challenges and strategies.*

---

Revista HCPA 2002;22(1):25-32

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Valencia, Espanha, e Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, Brasil, Unidad de Investigación Clínico-Epidemiológica del Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, Espanha. Correspondência: Universidad de Valencia, Facultad de Farmacia, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Unidad de Salud Pública, Higiene y Sanidad Ambiental, Av. Vicent Andrés Estellés s/n, 46100, Burjasot, Valencia, Espanha. Fone: +96-363-98-41; e-mail : rosangelaminardi@hotmail.com

<sup>2</sup> Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Valencia, e Unidad de Investigación Clínico-Epidemiológica, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, Espanha; European Union (EU) Development of Coordinated Research on Prevention Care and Health Systems.

<sup>3</sup> Departamento de Medicina, Universidad de Valencia, Espanha.

<sup>4</sup> Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, e Unidad de Higiene, Salud Pública y Sanidad Ambiental, Facultad de Farmacia, Universidad de Valencia; e Unidad de Investigación Clínico-Epidemiológica del Hospital Universitario Dr. Peset, Espanha.

<sup>5</sup> Unidad de Hospitalización a Domicilio, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, Espanha.

<sup>6</sup> Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Valencia.

## Introdução

A saúde como bem fundamental e essencial, indiscutivelmente um dos pilares básicos do estado de bem-estar, foi reconhecida constitucionalmente, a partir da década de 1970 e no curso da década de 1980, na maioria dos países ocidentais desenvolvidos e em desenvolvimento do mundo. Estabelecer uma sociedade democrática avançada e assegurar a todos os cidadãos uma qualidade de vida digna estão entre os objetivos da constituição brasileira de 1988 (1). Mais especificamente com relação ao campo da saúde, as diretrizes para alcançar esses objetivos estão contempladas em diferentes artigos constitucionais e nas leis e normas complementares<sup>1</sup>, marcos legais que aprofundam nos aspectos sociais e materiais os pressupostos democráticos (2,3).

O Sistema Único de Saúde (SUS) se fundamenta em uma concepção social democrática de direito à proteção da saúde. Tal concepção cria um sistema sanitário público, dirigido à conquista da equidade, com financiamento e provisão pública dos serviços (em que pese deixar aberta a participação dos serviços privados), e estabelece o direito igualitário de acesso às ações e serviços de saúde a todos os cidadãos (4,5). Desde essa perspectiva, é importante destacar que o SUS se configura como um sistema sanitário baseado no Estado, em contraposição aos sistemas baseados nos mecanismos de mercado (6,7). Assim, o sistema sanitário brasileiro participa, junto com os demais países que sofreram reformas, das três crises do estado de bem-estar descritas por Rosanvallon (9): legitimidade, eficácia e eficiência. Essas crises transcendem o marco setorial das distintas prestações e serviços oferecidos pelo Estado, pois a própria estabilidade dos sistemas democráticos depende não só de sua legitimação ante os cidadãos mas, também, de sua eficácia, já que nas democracias pluralistas os membros da sociedade concedem poder

político à autoridade para conseguir a satisfação de seus interesses materiais e ideais (5,8).

Na atualidade, nos encontramos diante da necessidade de fazer frente aos problemas que se interpõem no caminho do pleno desenvolvimento do modelo estabelecido pelo SUS, cujos pilares básicos devem estar entre os princípios fundamentais de cobertura universal e eqüitativa, de integração das atividades preventivas e assistenciais e de sua tendência a financiar-se através dos impostos públicos. Nesse sentido, muitos estudos (5,6, 8,10,11) ressaltam que a saúde pública apresenta uma série de debilidades, no caso do Brasil principalmente a falta de consenso sobre suas funções básicas; a indefinição, diante a população, das suas responsabilidades; a necessidade de se realizar reformas nas estruturas territoriais; a necessidade de incorporar novos modelos de gestão de processo, tanto no que se refere a incorporação de inovações no modelo assistencial, quanto à necessidade de uma efetiva revisão e reestruturação da atenção primária; a dificuldade de evidenciar seus resultados; a escassa utilização de ferramentas de gestão; o reduzido orçamento e a adequada alocação dos recursos; a pouca utilização de decisões baseadas na evidência científica e a escassa capacitação profissional.

No presente artigo, pretende-se analisar a situação atual, possibilidades e futuro do sistema sanitário brasileiro enquanto realidade social em constante transformação, tomando como termo de comparação experiências internacionais e investigações empíricas destacadas na literatura nacional. Nesse sentido, é objetivo do presente trabalho fazer uma reflexão crítica sobre o processo de implementação do SUS, analisando dificuldades, impasses, debilidades e desafios a que deve fazer frente, assim como as perspectivas de futuro, seus pontos fortes e possíveis vias e estratégias de solução dos problemas que se apresentam, desde a perspectiva de aprofundamento de uma sociedade democrática.

---

<sup>1</sup> A constituição federal brasileira de 1988, em seus artigos 196, 197 e 198, incorporou as propostas originais da reforma sanitária, sintetizadas na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), na forma do Sistema Único de Saúde (SUS). As leis 8.080/90 e 8.142/90 (Leis Orgânicas da Saúde) regulamentam o disposto na constituição federal. As normas de operações básicas (NOB/93 e NOB/96) organizam e definem como a reforma do setor saúde deve ser conduzida.

## A saúde pública no presente

Estudos a partir de bases empíricas (2,3,9) e teóricas (10-12) demonstraram que, de todas as características do projeto sanitário que a agenda de reforma do setor saúde buscava instituir, foi a descentralização a que com certeza mais sucessos conseguiu alcançar. Sem entrar no mérito (desde os pontos de vista político e/ou econômico) do maior sucesso da descentralização quando comparada às outras diretrizes do SUS, é consenso entre os diferentes atores sociais a necessidade de proceder à transformação e reorganização do sistema sanitário. Talvez a principal justificativa seja a permanente luta travada contra o sistema tradicional de gestão, caracterizado pela excessiva centralização e pela rigidez administrativa e burocrática, que sempre gera importantes bolsas de ineficiência e produz insatisfação dos usuários e desmotivação dos profissionais.

A partir dessa perspectiva, o que almeja o processo de descentralização da gestão do SUS, sobre o que existe um claro respaldo político e social, é a busca da eficiência, a satisfação dos usuários e dos profissionais e, em definitivo, a viabilidade do próprio sistema sanitário público. Em síntese, pode-se dizer que o exercício da gestão descentralizada do SUS, seguindo os modelos das reformas que emergiram nos anos 1990 (na maioria dos países onde os sistemas de saúde são majoritariamente públicos), coloca em destaque os principais campos de atuação da saúde pública, que são: 1) participar ativamente na reordenação e reorganização das prestações de serviços sanitários e na avaliação do estado de saúde da população; e 2) colaborar na definição e avaliação dos indicadores de qualidade de serviços, na coordenação e integração do sistema e na avaliação da organização, gestão e provisão dos serviços com o consecutivo controle dos gastos sanitários (13).

Entretanto, para que se possa avançar em um projeto de sistema sanitário mais moderno e efetivo, pensado como uma realidade em evolução e constante transformação, é necessário que as debilidades e pontos fracos das secretarias de saúde (em seus diferentes níveis) sejam enfrentados na forma de organização dos serviços sanitários e na municipalização das

ações e serviços de saúde. Alguns informes e estudos (13-17) destacam os pontos críticos dos sistemas sanitários da atualidade, que são características do sistema sanitário brasileiro. O primeiro de tais pontos críticos é o problema da integralidade, integração e coordenação das ações, serviços e sistemas de saúde. Em teoria, o sistema deveria ser coordenado; a atenção primária seria a porta de entrada no sistema e deveria solucionar a maior parte dos problemas de saúde da população. Porém, a prática destoa muito desse esquema ideal. Com matizes locais, o problema se estende a praticamente todos os municípios e estados e, seguramente, não está solucionado em nenhum lugar. Trata-se de um tema tão importante que se pode dizer que nenhuma reforma é possível sem uma adequada integração entre os níveis sanitários, isto é, entre a assistência clínica hospitalar e a realizada pela atenção primária. Na prática, a integralidade das ações de saúde e as interações entre indivíduos, atores sociais e profissionais no trabalho em equipe infelizmente ainda está longe de ser alcançada.

Um segundo ponto é a escassa utilização de ferramentas de gestão, como, por exemplo, os contratos-programa (contratos de equipes de profissionais para atuar especificamente em determinados projetos e programas de saúde, comum nos países europeus), o planejamento estratégico por objetivos, a normatização de procedimentos, a informatização, os sistemas de informações adequados, etc. Além disso, existe pouca utilização de decisões baseadas em evidências científicas (18,19). O que se observa, na prática, é que, em geral, os problemas a que a saúde pública tem de fazer frente não são considerados prioritários nas investigações. Por outro lado, os problemas surgidos nos últimos anos no âmbito da saúde pública colocaram em evidência as discrepâncias e variabilidades na tomada de decisões, as quais deveriam deixar de existir mediante definições de critérios, adoções de acordos e de consensos. Nem sempre se pode medir a diminuição de riscos com valores quantitativos que facilitem a comparação. Tampouco se podem analisar as vantagens dos investimentos em atividades de saúde pública em comparação a outros investimentos, por exemplo em infra-estruturas educativas e sociais. Além disso, muitas vezes se trabalha para a diminuição de riscos sem conhecer nem

poder medir o impacto direto de cada atividade sobre a frequência de apresentação desses mesmos riscos (12).

Um quarto ponto é a escassa capacitação dos profissionais de saúde, especialmente no que se refere à inadequada formação dos profissionais para exercer uma medicina de médico de família – falta o reconhecimento dessa medicina enquanto especialidade médica, através de oferta de residências e/ou mestrados profissionalizantes. Na maioria dos países da Europa, isso se encontra bem estruturado, e o médico de família é uma especialidade reconhecida e muito difundida (2,29). Também é importante destacar a incorporação do profissional à administração. Uma porcentagem importante dos profissionais que se dedicam a trabalhar na administração sanitária e nos programas de saúde de família o faz porque não pôde ascender a postos de trabalhos clínicos e/ou não se sente satisfeito e bem remunerado em tais postos. Não raro, esses profissionais não são capacitados ou treinados profissionalmente para exercer trabalho clínico, o que acarreta uma conseqüente desilusão por sua atividade (13,25).

Existe, ainda, a necessidade de implantar protocolos de derivação – incluindo protocolos de condutas profissionais de promoção e proteção da saúde, diagnósticos, tratamentos, exames laboratoriais básicos e encaminhamentos – em consenso com gestores e profissionais da atenção primária, especializada e hospitalar, de forma progressiva, junto com um amplo catálogo de exames analíticos e de diagnósticos, que deveriam ser de acesso direto para todos os profissionais que fossem tratar do paciente, especialmente para o médico de família e/ou de atenção primária. É importante destacar que estudos realizados pelo Ministério de Saúde da Espanha (18,22), demonstraram que, na prática, a implantação de um protocolo adequado de derivação permite um acompanhamento mais eficaz do paciente que, ao conseguir a máxima capacidade de resolução dos problemas de saúde, consegue, pela primeira vez, frear a até então inexorável tendência a depender cada vez mais de especialistas.

Entre os três últimos pontos está a falta de indicadores padronizados de qualidade que permitam comparar um serviço com o outro,

uma instituição com outra e uma secretaria de saúde com outras; além disso, o principal modelo de gestão ainda continua sendo o da administração burocrática, centrada na noção de que se deve realizar um número determinado de tarefas (a partir da perspectiva da produção direta das atividades e ações). Não se pergunta o porquê e nem o para quê, e muito menos se questiona se os objetivos estão sendo alcançados. O último ponto é a escassa participação efetiva da população junto aos conselhos de saúde (na formulação, planejamento, gestão, execução e avaliação das políticas de saúde), principalmente nos municípios menores e mais isolados. Não se pode esquecer que o principal interessado em que o SUS realmente funcione (dentro dos princípios almejados pelo movimento sanitário) é o cidadão. Nesse sentido, tudo é inútil se não existe a necessária implicação dos cidadãos.

Em contrapartida, é necessário que se destaque que o SUS conta com importantes avanços e pontos fortes, não somente no que se refere ao combate à morbimortalidade. Dentre eles, sua maior capacidade de lutar contra as enfermidades transmissíveis e a diminuição da mortalidade infantil em geral; uma crescente capacitação e compromisso dos profissionais de saúde pública e dos gestores locais, detentores do conhecimento da metodologia de avaliação e determinação de necessidades; uma clara visão comunitária e de conjunto do sistema frente a visões bem mais parciais e muitas vezes distorcidas de quem está em nível estadual e federal.

### **A saúde pública no futuro: desafios e estratégias**

Um dos maiores problemas delineados pela reforma, e que ainda hoje se faz presente, é a conseqüente caracterização, delimitação, identidade e importância dos serviços assistenciais, principalmente os hospitalares, frente a uma pobre definição dos serviços de saúde pública.

Dentro desse contexto, para completar o desenvolvimento do modelo sanitário no âmbito das ações de saúde pública, é preciso seguir avançando no processo de descentralização, com a conseqüente definição e transferência de competências no âmbito das secretarias municipais de saúde. Outro aspecto importante se refere à necessidade de aprofundar o

desenvolvimento das competências das secretarias estaduais de saúde, como a responsabilidade pela coordenação, elaboração de protocolos comuns de atuação e derivação, e/ou priorização de programas (13,23). Outro tema em pauta na atualidade, desde a perspectiva das atuais propostas de reformas setoriais que enfrentam os sistemas de saúde no mundo, é a necessidade de modernização da organização da saúde pública.

Sem entrar no mérito e ideologias ligadas ao tema da modernização da saúde pública (neste momento), não se pode negar que a administração sanitária, no que diz respeito às agências responsáveis pelas ações e serviços de saúde em atenção primária, quando comparadas às que seguramente estão se dando nos serviços especializados, não têm se beneficiado do impulso inovador em seu desenho e gestão nos últimos anos. Destaca-se o fato de que a atenção primária requer uma revisão no sentido de melhorar sua qualidade e eficiência.

Nesse sentido, deve-se ressaltar que, no Brasil, o primeiro passo já está dado. As reformas na atenção à saúde introduzidas a partir do final da década de 1990, baseadas principalmente nos programas de agentes comunitários de saúde (PACS) e no programa de saúde da família (PSF), têm provocado importantes mudanças, não só no que se refere à atenção primária, quanto no que se refere ao modelo assistencial. Na verdade, tais reformas vêm provocando importantes alterações nas formas de organização dos serviços, nas modalidades de alocação dos recursos e nas formas de remunerações das ações de saúde (24).

Não obstante, torna-se imprescindível que se introduzam outras reformas no sentido de modernizar a saúde pública e lograr levar adiante o tão sonhado projeto de um sistema sanitário mais moderno e efetivo. Assim, as reformas nesse campo, com base nas experiências internacionais e nacionais (ainda que poucas, isoladas e dependentes de vontade política dos gestores no poder, mas que podem funcionar como modelos), devem passar por:

- Como ponto de partida, uma definição do modelo de saúde pública;
- Introdução de reformas das estruturas territoriais, que, na verdade, não evoluíram com o tempo, e precisam se adaptar às mudanças

de organização dos sistemas sanitários e dos hábitos e costumes da população. É preciso fomentar urgentemente a redistribuição e a incorporação de áreas e zonas de saúde. Um modelo interessante a ser seguido é o estabelecido por alguns países europeus, onde o conceito de distrito desaparece e se unifica o mapa sanitário em áreas e zonas de saúde (25). Efetivamente se estabelece a área de saúde como eixo fundamental sobre o qual gira o sistema sanitário, sendo também o marco de referência no qual concretamente se implementam princípios como os de coordenação e integração dos recursos, serviços e atividades. Define-se área de saúde como a demarcação geográfica e populacional onde se leva a cabo a planificação, programação, gestão e coordenação da atenção à saúde dos indivíduos e da coletividade que abarca (26,27,28). Por outro lado, a ordenação sanitária do território compreende tanto a assistência primária quanto a hospitalar (18). Cada área está vinculada ou dispõe de pelo menos um hospital geral de referência, com os serviços necessários para atender a população compreendida dentro de seus limites territoriais, tendo em conta sua estrutura e os problemas de saúde da mesma (26,29). Na sua delimitação devem ser considerados os fatores geográficos, socioeconômicos, demográficos, laborais, epidemiológicos, culturais, climatológicos, de via e meios de comunicação, assim como as instalações sanitárias existentes, e, a partir desses dados, se estabelece o mapa sanitário de cada área e zona de saúde (26,30,31).

- Investimento efetivo na formação de recursos humanos (16), onde o principal objetivo deve ser o envolvimento dos profissionais sanitários e a profissionalização dos gestores (para que a permanência destes em seus postos de trabalho não dependa da tendência política e sim de sua capacidade técnica e profissional, além da idoneidade frente a organização). Reorganizar as equipes de trabalho, principalmente aquelas responsáveis pelo programa de saúde de família (enquanto instrumento de reforma do SUS), fomentando a interdisciplinaridade e intersectorialidade entre equipes de um mesmo nível de atenção à saúde e entre a atenção primária e atenção hospitalar.
- Reforma do processo atual incorporando novos modelos de gestão de processos (tendo em conta as modernas tendências mundiais),

buscando, além da tão almejada eficácia e eficiência, também a equidade e universalização, mediante a aplicação de novas tecnologias e ferramentas de informação. Enquanto inovação assistencial, deve-se potencializar as alternativas à hospitalização, cujos objetivos mais importantes são: procurar afastar, pelo menor tempo possível, o paciente de seu entorno familiar e social (envolvendo e responsabilizando a família, o paciente e o profissional pelo tratamento), evitar submeter o paciente a uma internação hospitalar desnecessária, e permitir às organizações sanitárias a realização mais adequada e racional da totalidade de seus recursos. Para ilustrar, destacam-se: os programas de hospitalização domiciliar (iniciados timidamente no Brasil com atividades isoladas em cidades como Belo Horizonte, Pelotas e Londrina), hospital dia (o paciente que necessita de um tratamento especial permanece internado em jornadas de manhã, tarde ou todo o dia, nunca chegando a passar a noite no hospital), curta instância (modalidade de assistência que se aplica ao paciente que necessita hospitalização inferior a 72 horas), cirurgia ambulatorial importante (modalidade de cirurgia multidisciplinar em que o paciente não necessita passar nenhuma noite no hospital), etc. Por outro lado, também os centros e ambulatórios de atenção primária requerem uma profunda revisão e reestruturação, objetivando, entre outras coisas, rentabilizar suas instalações, atividades e recursos humanos. Um bom início seria a instituição de uma medicina de família (20,25), com o reconhecimento (entre outros, formal) da especialidade do médico de família (ou, como é chamado em alguns países, médico de cabeceira). O médico de família, além de evitar que o paciente se transforme em um verdadeiro andarilho (que vai de instituição em instituição, de profissional em profissional, em busca de uma solução definitiva para o problema que o aflige), economizando os escassos recursos destinados à saúde, é o profissional aglutinador, aquele que tem uma visão global do paciente e do tratamento. Dentro de um projeto sanitário moderno e efetivo, é o profissional que tem a função e capacidade de guiar o paciente através da intrincada organização sanitária (coordenando exames, indicando tratamento, encaminhando e informando os especialistas).

- Estabelecimento de mecanismos que potencializem os conselhos municipais da saúde (CMS) tornando-os representativos de sociedade civil, visando o necessário envolvimento dos cidadãos nas decisões e assegurando a qualidade de um produto final tão peculiar e de tanta repercussão social como é a atenção à saúde.

### **Saúde pública e novos modelos de gestão: uma relação perigosa**

Na última década, a contenção dos custos começou a prevalecer como objetivo de gestão. Atualmente, o marco geral delinea para os sistemas sanitários uma evolução em harmonia com os outros setores produtivos e de serviços: ser mais competitivo e atingir objetivos de eficiência que possam legitimar qualquer outra alternativa (32,33). Mais especificamente, na área da saúde, de acordo com Almeida (34), esse processo tem-se traduzido na formulação de uma agenda pós-welfare, bastante sintonizada com o amplo movimento mundial de reforma do Estado, o que tem provocado uma mudança significativa na arena política setorial, levando a um forte questionamento na forma de organização e desempenho das funções dos serviços sanitários vigentes até então.

Estudos realizados por Elola et al. (8) e Almeida (34) demonstram que as reformas impulsionadas (ou propostas) tratam de alcançar simultaneamente três objetivos, os quais, em princípio, podem parecer contraditórios: controlar os custos da assistência médica e torná-los mais eficientes, ou seja, fazer com que obtenham a melhor relação entre os recursos consumidos e os resultados obtidos; tornar os serviços sanitários públicos mais sensíveis às demandas de seus usuários, aumentando a participação financeira do usuário no custeio dos serviços que utiliza (sejam públicos ou privados); e reestruturar a relação público-privado a partir da transferência operativa e financeira de atividades e responsabilidades.

Em todo o mundo, tem prosperado a idéia de separação das funções de financiamento e execução das ações e serviços de saúde, ou seja, a separação do planejamento da gestão e do financiamento da provisão (35,36). Por outro lado, mesmo sendo objeto de várias

críticas, a tendência a introduzir mecanismos competitivos na alocação de recursos financeiros tem sido incorporada com uma rapidez impressionante. Atrás do discurso da busca da eficiência e da viabilidade do próprio sistema público, se observa um radicalismo nos processos de reformas do setor de saúde e uma tendência a considerar a abertura da saúde pública a novos modelos de gestão, como uma fórmula salvadora e inquestionável.

Assim, sob o pretexto da busca da eficácia na gestão dos centros públicos e da necessidade de modernizar a organização e a gestão interna do sistema sanitário, emergem as diferentes entidades autônomas de gestão (consórcios, fundações, empresas públicas, sociedades anônimas de capital público e outras entidades dotadas de personalidade jurídica), que tratam de introduzir medidas próprias da empresa em serviços públicos essenciais, não privatizáveis, como é o caso da saúde (37-39). Assume-se como correta (quase sem questionar) a premissa de que os serviços sanitários são caros e ineficientes, e, a partir daí, inicia-se uma corrida por mudar as fórmulas de gestão e provisão dos serviços, partindo-se do princípio de que a gestão pública é intrinsecamente ineficiente.

De acordo com Robles et al. (38), o problema surge quando o debate é focado em questões que, embora reais (como as fórmulas de gestão e a eficiência), não são centrais, deixando de fazer alusão não só a aspectos chave, como o financiamento e o direito à proteção à saúde e assistência sanitária, mas também à necessidade de que se faça uma avaliação mais rigorosa das experiências empreendidas. Isso nos coloca, no momento de avaliar e comparar distintos modelos e experiências de gestão, diante da não rara inconsistência dos métodos utilizados (40).

Para Almeida (34), devido ao radicalismo e/ou alto grau de experimentalismo com que os processos de reformas vêm sendo implementados na atualidade, o que se apresenta para a América Latina (e, por consequência, para o Brasil) é um grave risco de desmantelamento dos sistemas existentes, sem uma consequente garantia de qualidade, cobertura e equidade das ações e serviços de saúde, o que significaria um enorme retrocesso nas conquistas alcançadas. Não se pode esquecer que, para os países com enormes

problemas sócio-econômicos, como é o caso dos países da América Latina, tal efeito torna-se ainda mais grave, podendo levar a consequências desastrosas para o conjunto da população.

Melhorar a organização das ações e serviços sanitários em seus diferentes níveis não passa por mitigar os controles sobre a gestão, e sim por estabelecer normas de planejamento e funcionamento do conjunto de peças do sistema, o que só pode se dar em um sistema que funcione com transparência, integração e com uma maior responsabilização dos gestores e profissionais.

Em uma época na qual prevalece o discurso da redução do consumo, do mercado de referência e do aumento da competitividade, é preciso ter amplitude de visão e gerenciar. Entretanto, não se pode esquecer que o público e os direitos dos cidadãos exigem algo mais do que gerenciar recursos econômicos e mudar modos de gestão. Exigem inovar e mudar sempre, para melhorar a qualidade de vida e saúde da população.

**Agradecimentos.** O conteúdo deste artigo está fundamentado em pesquisas que foram financiadas pelo Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Além disso, é parte de um esforço conjunto entre equipes de docentes e pesquisadores do Brasil e Espanha para explorar gestões inovadoras em sistemas sanitários.

## Referências

1. Cretella J. Constituição Brasileira de 1988. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1993.
2. Cotta Minardi RM, Mendes FF, Muniz JN. Descentralização das políticas públicas de saúde – do imaginário ao real. Viçosa: Editora UFV-Cebes; 1998.
3. Cotta M. RM, et al. O município e a nova lógica institucional do setor saúde: uma análise empírica do cenário local. Saúde em Debate 1999;23(53):54-62.
4. Elola Somoza FJ. Democracia y sistema sanitario. Gaceta Sanitaria 1989;3(13):472-5.
5. Elola Somoza FJ. Crisis y reforma de la asistencia pública en España. Madrid: Fondo de investigaciones sanitarias de la seguridad social; 1991.
6. Mooney G. Economics, medicine and health

- care. Brighton: Wheatsheaf Books; 1986.
7. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat i Consum. Salud y sistema sanitario (territorio, formación, inmigración). Sistema de información Argos Nº 8; 1999.
  8. Elola Somoza FJ, Nieto J, Sunyer J, Daponte A. La relación entre ideología y eficiencia de los sistemas sanitarios. Unas notas de cara a la reforma del sistema sanitario español. Rev Administración Sanitaria 1996;10:191-6.
  9. Rosanvallon P. Les trois crises de l'état-providence aujourd'hui. 1982;57:29-40.
  10. Saltman RBE, Figueras J. European health care reforms. Analysis of current strategies. Copenhagen: WHO/Regional Office for Europe; 1997.
  11. Abadía PF, Viñás JLA, Castellanos SP, Quintana MA. La coordinación sanitaria en el ámbito de la salud pública. Administración Sanitaria 1999;3(12):65-80.
  12. Segura A, Villabí JR, Mata E, de la Puente ML, Ramis-Juan O, Tresserras R. Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante. Gaceta Sanitaria 1999;13:218-32.
  13. Otero JJG, Viñás JLA, Abadía PF. Desafios actuales de la salud pública en España. Administración Sanitaria 1998;11(8):33-43.
  14. O SUS no ano 2000 – a transição para uma lógica. Boletim Informativo ABRASCO 2000; 71.
  15. France G. Introduzione, in la sanità in trasformazione. Roma: L'assistenza Sociale - Ediesse; 1997.
  16. Alcober NC. La salud como valor social – quovadis sanidad?. Rev Valenciana d'Estudios Autonómicos 1999;287-30.
  17. Schraiber LB, Nemes MIB, Sala A, et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Ciência & Saúde Coletiva 1999;4(2):221-42.
  18. Matesanz R. Integración entre niveles asistenciales. Jano 1999;LVI(1285):12.
  19. Rodríguez-Artejo F. La salud pública basada en la evidencia. Gaceta Sanitaria 1997;11:201-3.
  20. Dias MS. ¿Somos realmente médicos de familia? Jano 1999;LVI (1285): 31.
  21. Zurro AM. Atención primaria y hospital. Todo Hospital 1994;108(94):47-51.
  22. Maya MC, Mendonza G, Martínez MJR, Gómez C. El conocimiento de la actividad asistencial: ¿ otro factor profesional relacionado con la utilización? Atención Primaria 2000;25(7):107-17.
  23. Castellón LE. La coordinación territorial de la sanidad. Ver Admin Sanitaria 1997;1(4):15-9.
  24. Dal Poz MR. O programa de saúde da família é um instrumento de reforma do SUS? Boletim Abrasco 2000;71.
  25. Martín MS. Medicina preventiva y salud pública: ¿Donde situamos la educación para la salud?. Medicina Preventiva 1999;V(4):3-7.
  26. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat i Consum (GV-CSC). Estratègies de salud da la comunitat valenciana: àrees prioritàries. Valencia: CSC; 1994. (Série Pla de Salud de la Comunitat Valenciana Nº 8.)
  27. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat i Consum (GV-CSC). Hospitalización a domicilio, sistema de información. Valencia: CSC; 1996.
  28. Pueyo DC. Criterios de territorialización hospitalaria. Todo Hospital 1990;65:61-8.
  29. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat i Consum (GV-CSC). Livro blando de la salud en la comunidad valenciana. Valencia: CSC; 1991.
  30. Alonso JMA. Actividad extrahospitalaria de los servicios de medicina preventiva. Todo Hospital 1990;68:25-9.
  31. Hospital Universitario Dr. Peset, Centro de Especialidades Monteolivete (HUDP-CEM). Memória 1997. Valencia: HUDP-CEM, Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat i Consum; 1997.
  32. Simó J. La eficiencia del trabajo del médico en el centro de salud. Gaceta Sanitaria 1997;11: 95-102.
  33. Álvarez JF, Lorenza S, Cardín J. Nuevos sistemas de gestión de costes en el ámbito sanitario. Rev Adm Sanitaria 1999;(III)11:135-45.
  34. Almeida CM. Reformas de Estado e reformas de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudanças. Ciência & Saúde Coletiva 1999;4(2):263-86.
  35. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
  36. Kasper W, Streit ME. Institutional economics: social order and public policy. Cheltenham: Edward Elgar; 1999.
  37. Espino A. Fundaciones sanitarias y privatización. El País 2000 13 jun: Salud.
  38. Robles JM, et al. La reorganización de la gestión: a propósito de un caso. Rev Administración Sanitaria 1999;III(10):53-66.
  39. Rico A. Diez años de reforma de la atención primaria (1984-1994): el papel de las Comunidades Autónomas. Quadern CAPS 1998;27:23-45.
  40. Solves JMA, Andrés JJM. La calidad de la atención especializada desde la perspectiva de la atención primaria. Todo Hospital 1990;68: 29-32.