

GESTÃO DE SAÚDE COLETIVA E APERFEIÇOAMENTO DE PRÁTICAS SANITÁRIAS

PUBLIC HEALTH MANAGEMENT AND IMPROVEMENT OF SANITARIAN PRACTICES

GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA Y MEJORA DE LAS PRÁCTICAS SANITÁRIAS

Gerson Luis Schwab¹, Júlio César Bisinelli², Beatriz
Helena Sottile França³, Simone Tetu Moysés⁴,
Samuel Jorge Moysés⁵

RESUMO

Gestão de saúde pública é uma atividade que engloba conhecimentos especiais de administração de infraestrutura, de processos de trabalho e de resultados em saúde coletiva. Embora a gestão de saúde pública tenha avançado nos últimos anos, diversos problemas ainda podem ser identificados nesta área de conhecimento, particularmente na gestão da saúde coletiva no Sistema Único de Saúde (SUS). Práticas inadequadas na

administração de recursos (humanos, físicos e financeiros), e de serviços, somam-se à ausência de capacitação específica para os trabalhadores da saúde. Utilizando-se de revisão de literatura especializada em gestão, em suas mais diversas modalidades, este artigo teve o objetivo de discorrer sobre a evolução da gestão em alguns períodos da História. Como resultado fornece informações sobre práticas gerenciais alternativas, concluindo que algumas dessas práticas podem ser incorporadas à saúde pública. Embora este setor não almeje lucros financeiros, visa a um maior aproveitamento de recursos, melhor resolutividade dos serviços e principalmente à satisfação dos usuários.

Descritores: Gestão. Saúde pública. Administração.

¹ Coordenador Regional de Saúde Bucal, da Secretaria do Estado da Saúde do Paraná, em Telêmaco Borba. E-mail: glschwab@hotmail.com

² Professor Titular da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e professor no Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais e Implantodontia da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas (APCD) da Região de Ourinhos-SP. E-mail: julio.bisinelli@pucpr.br

³ Doutora em Radiologia Odontológica, professora titular da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e professora Adjunto na Faculdade de Odontologia da UFPR. E-mail: bhfranca@gmail.com

⁴ Doutora em Epidemiologia e Saúde Pública. Pesquisadora na Diretoria de Atenção Primária em Saúde na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. E-mail: simone.moyses@pucpr.br

⁵ Doutor em Epidemiologia e Saúde Pública. Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, e consultor do Ministério da Saúde do Brasil em Vigilância em Saúde Bucal. E-mail: s.moyses@pucpr.br

ABSTRACT

Public health management is an activity that includes special knowledge in management of infrastructure, work processes and outcomes in public health. Although the management of public health has advanced in recent years, many problems can still be identified in this area of knowledge, particularly in the management of public health in the Unified Health System (SUS). Inadequate practices in administration of resources (human, physical and financial) and services are added to the lack of specific training for health workers. Using a review of literature on management in its various forms, this paper aimed to discuss the evolution of management in some periods of History. As a result provides information on alternative management practices, concluding that some of these practices can be incorporated into public health. Although this sector does not crave financial profits, it aims to make better use of resources, a better resolution in services and primarily the satisfaction of the users.

Keywords: Management. Public health. Administration.

RESUMEN

Gestión de la salud pública es una actividad que incluye conocimiento especial de administración de infraestructura, de los

procesos de trabajo y de los resultados en salud pública. Aunque la gestión de la salud pública se ha avanzado en los últimos años, muchos problemas todavía pueden encontrarse en esta área del conocimiento, en particular en la gestión de la salud pública dentro del Sistema Único de Salud (SUS). La administración inadecuada de los recursos (humanos, físicos y financieros), y de los servicios, se suman a la falta de formación específica para los trabajadores de la salud. En una revisión de la literatura sobre gestión en sus diversas formas, este trabajo apunta a discutir la evolución de la gestión en algunos períodos de la Historia. Como resultado se proporciona información sobre algunas prácticas alternativas de gestión, concluyendo que algunas de estas prácticas se pueden incorporar en la salud pública. Aunque este sector no anhela beneficios financieros, tiene como objetivo hacer un mejor uso de los recursos y una mejor resolución de servicios, principalmente a la satisfacción de los usuarios.

Descriptor: Gestión. Salud Pública. Administración.

1. INTRODUÇÃO

Gestão aparece de forma recorrente nos mais diversos veículos de comunicação, ora explicitando a polissemia conceitual

neste campo, ora dissociando e distorcendo completamente o significado do termo: Gestão de Pessoas, Gestão do Conhecimento, Gestão do Capital Humano e, especificamente para este estudo, Gestão de Saúde. Estes termos parecem ser redundantes, sendo fácil confundi-los. Partindo de sua etimologia, gestão significa: “Gerir. Administrar, dirigir, regular. Do latim gerire, por gerere”. Como sinônimos para Gestão, há os seguintes registros: administração, direção, gerência, gestão, governo, manejo, maneio, regência. Gestão é um “agir” inspirado por uma maneira particular de mentalizar o mundo⁽¹⁾.

Uma das formas comuns de pensar a gestão no passado, ou seja, a “supervisão” no sentido centralizador de fiscalização parece ser prática obsoleta. A gestão contemporânea precisa de pessoas que congreguem valores ao que elas fazem, não de capatazes que “tomem conta”. Gestão, nesta acepção, é estratégia e inovação. É entender as motivações íntimas e o foco de atenção de quem é o destinatário dos serviços. Gestão é resultado, não apenas esforço. Em resumo, já que gestão é o ato de gerir/administrar, o conceito de gestão de saúde não poderia ser outro senão administrar, dar direção, acompanhar, delegar, instruir as pessoas que fazem parte de um setor de saúde. Isto inclui

a identificação e o mapeamento dos ativos intelectuais e institucionais; a geração de novos conhecimentos, para oferecer benefícios na prestação de serviços; tornar acessíveis grandes quantidades de informações geradas, compartilhando as melhores práticas e tecnologias, as denominadas ferramentas para gestão⁽²⁾.

A descentralização da saúde, uma das etapas da implementação do SUS, assegurou maior autonomia municipal na gestão de recursos, principalmente dos financeiros. Para que houvesse melhor qualificação do Sistema e dos serviços ofertados à população, os novos gestores municipais de saúde defrontaram-se com atribuições inéditas, sem que houvesse uma capacitação específica dirigida aos mesmos, principalmente em municípios de pequeno porte. Na fase de descentralização era necessário que esses gestores se apropriassem de princípios básicos de gestão participativa, de mobilização e reconhecimento da importância do controle social, algo com que a maioria não estava habituada⁽³⁻⁴⁾.

Porém, com maior ou menor capacidade de gestão, não é possível outorgar a responsabilidade constitucional do gestor municipal a outros: gestão de saúde em nível local é atribuição da Secretaria Municipal de Saúde e seu titular sempre será o responsável

pelo cumprimento das leis. Falar de gestão do SUS é falar das responsabilidades na gestão, indelegáveis a formas alternativas de modelos gerenciais⁽⁵⁻⁷⁾. Há uma grande diferença entre “Estar Gestor” - compromisso assumido de forma pontual (o que era bastante comum na fase pré-municipalização), do “Ser Gestor”, que exige compartilhar uma política pública nacional com sensibilidade política, capacidade técnica e sustentabilidade institucional⁽⁸⁾.

Ao assumir o Ministério da Saúde, em março de 2007, José Gomes Temporão já propunha um choque de gestão, para tornar o SUS “mais sustentável e eficiente”. Nessa ocasião ressaltou a importância da Emenda 29 (que fixa os percentuais mínimos a serem investidos anualmente em saúde pela União, estados e municípios) e também que se ultrapassasse a esfera assistencial, para aproximar-se mais do movimento social que deu origem ao SUS, a Reforma Sanitária Brasileira. Assim, tendo em vista que a Reforma foi um movimento social com diversos setores da sociedade agindo num consenso específico para a melhoria do atendimento em Saúde Pública, também a gestão de saúde deveria envolver segmentos diversos da sociedade para um gerenciamento com melhoria de qualidade. Já foi observado que o Brasil gasta três vezes mais que a China

na área de Saúde, mas tem indicadores semelhantes de mortalidade infantil e expectativa de vida, segundo nota do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Porém, mais importante que saber quanto cada setor aloca em Saúde, é saber quanto eficientemente esses recursos são empregados. É fundamental definir a origem e o emprego dos recursos financeiros para sua melhor aplicação, com maior participação dos usuários. Além disso, rever práticas de alto custo, que podem ser reduzidas ou eliminadas por meio de ações de planejamento e promoção de saúde⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Modernas tecnologias e procedimentos sofisticados, às vezes desnecessários, são exigidos pela maioria dos usuários, que os entende como prioritários na busca de melhores resultados. Isto tem um profundo impacto no orçamento da saúde, principalmente em municípios de menor porte, cabendo ao gestor local direcionar as melhores práticas, baseado na relação custo-benefício⁽¹¹⁾.

Desenvolver novos modelos de gestão em um sistema de saúde, ou implementar efetivamente os já existentes, requer: a institucionalização do processo de planejamento; a adoção de normas e protocolos; o desenvolvimento da flexibilidade e inteligência organizacional

com a constituição de espaços colegiados de gestão e adoção do sistema de petição e prestação de contas; regulação do sistema, do acesso e da oferta de serviços e seus resultados; acompanhamento e avaliação permanente por meio de metas e indicadores; e desenvolver mecanismos de comunicação interna e externa e processos de motivação de equipes e usuários^(8, 12).

Em 2006 o Ministério da Saúde criou o Pacto pela Saúde, composto pelo Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (Portarias GM/MS nº 399 e nº 699). Houve uma adesão maciça dos municípios e dos três componentes o Pacto de Gestão é o que tem encontrado maiores dificuldades em sua operacionalização⁽⁸⁾. Frente à realidade que se impõe com as novas atribuições dos secretários municipais de saúde este estudo objetivou discorrer sobre algumas formas de gestão, bem como sua evolução no contexto histórico, na tentativa de apoiar e/ou orientar as administrações municipais de saúde, especialmente em pequenos municípios,

adaptando criticamente formas de gestão internacionalmente reconhecidas à realidade local da Saúde⁽¹³⁻¹⁶⁾.

2. MATERIAL E MÉTODO

Esta pesquisa foi desenvolvida por meio de revisão da literatura especializada em gestão, não apenas na área de saúde. Procedeu-se à leitura e análise de textos sobre gestão, independentemente de relacionarem-se a empresas públicas ou privadas, ou referirem-se a gestão de pessoas, de conhecimento ou de recursos, os mais variados. A coleta de dados foi realizada nas bases Medline, Oxford Journals e Scielo, utilizando-se como palavra de busca “gestão and public health” no período de publicação compreendido entre 2001 e 2010. Foram captadas 645 publicações, compondo um banco de dados conforme o esquema da Figura 1, baseado em trabalho sobre evidências da integração de intervenções em sistemas de saúde⁽¹²⁾.

Pesquisa do Banco de Dados

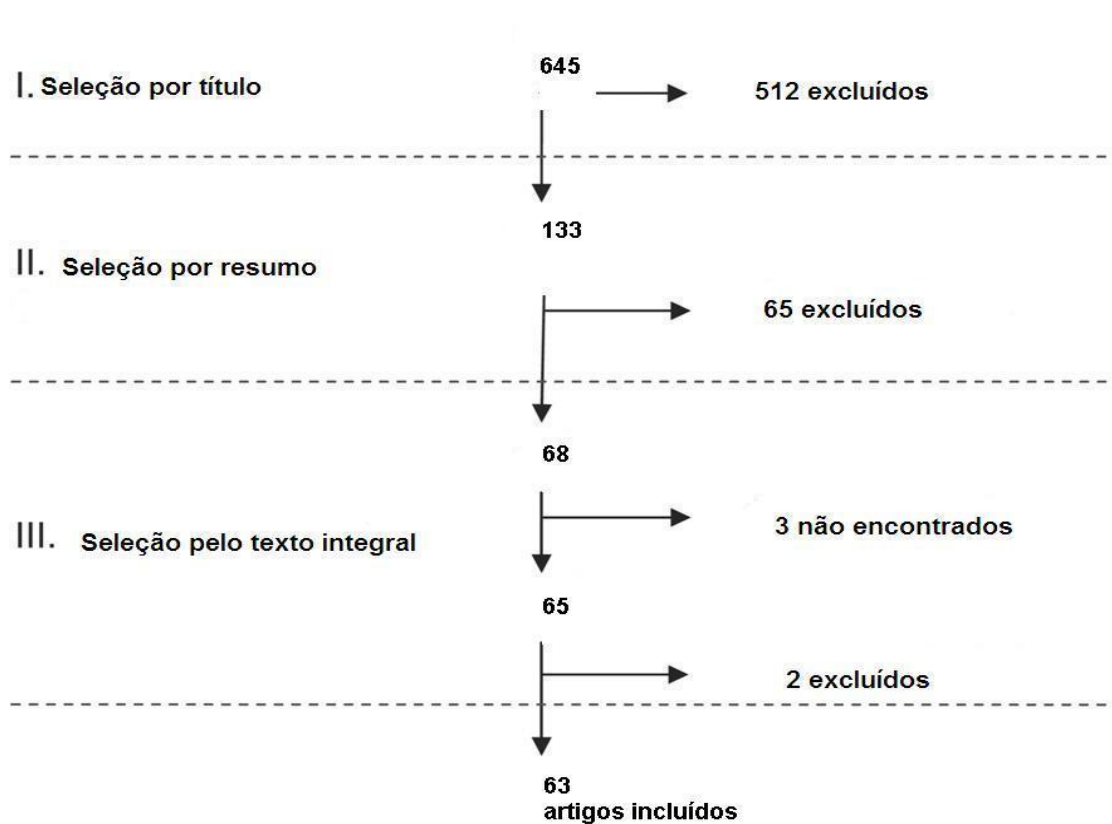


Figura 1 – Processo de seleção de artigos primários.

A partir desses 645 estudos primários estabeleceram-se quatro palavras-chave (gestão, saúde pública, promoção de saúde, participação social), sendo que as duas últimas foram incluídas pelo impacto direto que apresentam em gestão de saúde. Utilizando-se da análise de conteúdo, por meio de análise temática, procedeu-se à organização do material. A pré-análise iniciou-se por leitura flutuante dos títulos, sendo excluídas 512 publicações que não apresentassem correlação com as palavras-chave mencionadas, constituindo-se um

corpus de 133 estudos. Em seguida foram construídas categorias de análise idênticas às palavras-chave; em função disto, pela leitura dos resumos, foram excluídos outros 65. Dos 68 estudos restantes, durante a fase de exploração do material, procedeu-se à busca dos textos integrais, sendo que 3 não foram localizados. Dos 65 que permaneceram, foram lidos os textos integrais, transformando recortes de texto em unidades de registro, sendo descartados mais dois, por não apresentarem consistência com os objetivos do estudo. Finalmente procedeu-se ao

tratamento e interpretação dos dados obtidos dos 63 estudos primários que permaneceram. Na fase final de redação foram consultadas

outras obras que apresentaram coerência com os objetivos estabelecidos, e pela possibilidade de aprofundamento da pesquisa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para efeitos de publicação, os 63 textos selecionados foram reduzidos a 36 e organizados de acordo com as seguintes categorias de análise: Gestão (16), Saúde

Pública (15), Promoção da Saúde (2) e Participação Social (3), conforme mostra a Figura 2.

| CATEGORIAS DE ANÁLISE | ESTUDOS SELECIONADOS |
|-----------------------|---|
| Gestão | 1, 4, 5, 6, 8, 14, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 30 |
| Saúde Pública | 2, 3, 7, 9, 11, 12, 13, 16, 19, 22, 25, 31, 33, 35, 36 |
| Promoção de Saúde | 10, 34 |
| Participação Social | 15, 29, 32 |

Figura 2 – Categorização dos estudos selecionados.

Inicialmente foram selecionados alguns conceitos de autores clássicos, para contextualizar as diversas correntes de gestão no decorrer da História. A evolução das práticas de gestão deve muito a estes autores; baseado neste pressuposto será apresentado um breve histórico de algumas filosofias que agregaram valor para modernas práticas de gestão, inclusive em saúde.

3.1 Breve Histórico de Gestão

Essencialmente, gestão implica em fazer as coisas acontecerem. Desde tempos remotos grandes projetos, como a construção de cidades e palácios, envolveram necessariamente o planejamento, a organização e o controle, que ainda são os elementos-chave da gestão moderna. Na antiguidade a gestão de recursos humanos foi uma área com práticas muito diferentes. Gestores utilizavam o trabalho escravo, servindo-se de ameaças e violência física

como forma de “motivar” os trabalhadores. Confúcio foi um dos primeiros líderes antigos a mudar um pouco este cenário. Em 500 a.C. sugeriu aos governantes que fossem humanos, benevolentes e justos para que, dessa forma, fossem também mais eficazes. O respeito e a admiração consequentes levariam os trabalhadores a produzirem mais⁽²⁾.

Na era medieval criaram-se as primeiras associações de empresários. Estas associações eram compostas tipicamente por mestres artesãos, que eram proprietários e gerentes dos seus estabelecimentos comerciais, empregando trabalhadores, jornaleiros e aprendizes. As associações comerciais controlavam rigorosamente os diversos ofícios, decidindo quem trabalhava, onde e quantos seriam contratados para exercer o seu ofício. A formação profissional era regulada pelas associações e funcionava através de um sistema de aprendizagem, isto é, o aprendiz desenvolvia as suas competências para a função, trabalhando sob a orientação de um mestre, em um sistema semelhante aos modernos estagiários⁽¹⁷⁾.

A gestão tinha uma dimensão social e moral, sendo o seu principal objetivo a satisfação das necessidades da sociedade. Os códigos de conduta eram impostos pela Igreja. Os artesãos tinham segurança no emprego, mas não tinham qualquer mobilidade

(progressão) social. Com a expansão do comércio para o Oriente apareceu uma nova classe de proprietários, com mais acesso a informações sobre clientes, fontes de matérias-primas e outras informações críticas que os artesãos individuais não tinham. Mudanças importantes surgiram, vindas de sociedades externas, com grande impacto na gestão das empresas⁽¹⁷⁾.

As fábricas que empregavam muitos trabalhadores começaram a surgir no século XVIII, com longas jornadas de trabalho. Por influência do economista escocês Adam Smith (1723-1790), considerado o pai da moderna economia, foram introduzidos conceitos de divisão e simplificação do trabalho, como forma de aumentar a produtividade dos trabalhadores. Estes mesmos conceitos se revelam válidos para a gestão de saúde, na formação de equipes e simplificação de procedimentos. Robert Owen (1771-1858), precursor do movimento cooperativista, usava o reconhecimento visível do bom desempenho individual como uma ferramenta para motivar tanto os melhores como os piores trabalhadores. Em gestão de saúde é essencial a motivação dos trabalhadores, o que remete à noção de reconhecimento e mérito. Um exemplo é a implantação de um consistente plano de cargos, carreiras e salários. Charles Babbage

(1791-1871) desenvolveu os primeiros equipamentos para medir a produtividade dos trabalhadores, permitindo assim o pagamento de bônus com base em resultados individuais; alguns gestores já concedem incentivos em função de metas cumpridas, além do clássico adicional de salário aos trabalhadores que atuam em regime diferenciado, como turno noturno ou aos sábados^(8, 18). Os conceitos da "gestão científica" também começaram a aparecer durante este período, baseados na observação e registro de tudo o que se relacionasse com a produtividade do trabalho. A tomada de decisões deveria ser feita com base em informações específicas e compreendendo as relações de causa e efeito, o que tem uma correlação direta com planejamento e gestão em saúde^(17, 19).

Frederick Taylor (1856-1915) afinou o conceito, desenvolvendo estudos de tempo e movimento para identificar "a melhor forma" para a realização de tarefas específicas. Taylor também desenvolveu os conceitos de planejamento, organização e controle, propondo a adoção de métodos cartesianos na administração de empresas, sugerindo que conduziriam a resultados melhores que a simples pressão sobre os trabalhadores. Suas idéias deram origem a uma filosofia de gestão conhecida por Taylorismo, focando a eficiência e eficácia operacional na

administração industrial, com divisão do trabalho. Essa filosofia foi aplicada indistintamente a todos os trabalhadores, independentemente da área de atuação. Como contraponto, no início do século XX, mais atenção foi dada ao aspecto humano da produtividade. Sugeriu-se que um bom ambiente de trabalho seria mais favorável à produtividade do que a mera formação dos trabalhadores na execução das tarefas. A forma mais eficiente possível seria mais factível que apenas por meio de rotinas mecânicas e desumanas. A emblemática figura de Carlitos, no filme "Tempos Modernos", exemplificava a mecanização do trabalhador⁽¹⁷⁾.

Melhores ferramentas, melhores condições de trabalho e uma visão "sócio-psicológica" foram introduzidas na gestão das empresas públicas e privadas. Se hoje o SUS prega a humanização no atendimento ao paciente (HumanizaSUS), este conceito deve ser estendido também à relação gestor-servidor e ao ambiente de trabalho^(8, 17).

Enquanto Elton Mayo (1880-1949) inovava com a prática de pausas para descanso, que levava a uma dramática melhora no moral e a uma redução da rotatividade dos trabalhadores, Mary Parker Follet (1868-1933) introduzia o conceito de pensamento de grupo e comportamento de

grupo. Segundo ela, a principal responsabilidade dos gestores seria coordenar e facilitar os esforços do grupo. Este pensamento deve estar presente em uma equipe de saúde, onde os servidores que a compõem podem revezar-se nas pausas para descanso, dentro de um sistema solidário de pensamento de grupo. Henri Fayol (1841-1925), fundador da Teoria Clássica da Administração, definiu a gestão como um processo constituído por: previsão, planejamento, organização, comando, controle e coordenação. Este processo foi transposto para a gestão de saúde pública, como critérios fundamentais para a programação de ações de saúde. O pensamento da gestão começava a assemelhar-se ao dos nossos tempos. As práticas modernas da gestão podem ser descritas como a forma de lidar com os cenários dos negócios, da tecnologia e da sociedade em constante mudança. A consciência social das práticas de gestão aumentou, enquanto gestores de todo o mundo são hoje pouco tolerantes com más práticas⁽¹⁷⁾.

3.2 Modernas Teorias de Gestão

Com o advento da globalização matérias-primas e componentes são muitas vezes oriundos do outro lado do planeta e os produtos acabados são distribuídos

globalmente. Por vezes, a própria produção é deslocada para destinos mais baratos. A logística e o gerenciamento da cadeia de suprimentos controlam material, informações e finanças, dentro do processo que vai do fornecedor ao consumidor, visando reduzir estoques. Em gestão de Saúde Pública esbarra-se nos entraves de licitação, mas compras programadas em função da demanda de determinados insumos podem agilizar o processo. Fundamental é que o insumo esteja disponível quando necessário, garantindo a continuidade da prestação de serviços^(2, 8).

Contemporaneamente muitas inovações gerenciais buscam dar conta de um mundo em constante mudança. O aumento da concorrência fomentou práticas como a *produção enxuta*, que é uma filosofia de gestão focada na redução dos sete tipos de desperdícios (superprodução, tempo de espera, transporte, excesso de processamento, inventário, movimento e defeitos). Entre estas atividades e recursos, os que não geram valor para o cliente (usuário) devem ser eliminados, o que propicia uma dramática melhora na qualidade de atendimento e redução de custos. Dentro da produção enxuta existe o conceito de produção *just-in-time*, que reduz significativamente os custos de produção. Este conceito de só comprar no tempo certo (ou seja, quando for realmente necessário) e ao melhor preço, é de fundamental

importância na gestão de saúde pública, para evitar estoques de material desnecessário ou produtos descartados em virtude de prazos de validade vencidos⁽²⁰⁾.

Outro conceito inovador é o de *gestão holística*, onde a empresa não é mais vista como um conjunto de departamentos, mas um sistema aberto em contínua interação; esta é uma abordagem que se aplica com benefícios à saúde pública, visando a intersetorialidade⁽¹⁷⁾.

A *gestão participativa* valoriza a capacidade de tomada de decisões dos trabalhadores (no caso, os membros de uma equipe de saúde), para o melhor desempenho da organização. Havendo participação da equipe nas tomadas de decisões existe uma maior motivação de trabalho em grupo, bem como compartilhamento das responsabilidades⁽²¹⁾.

Organizações em constante aprendizagem, onde os erros são corrigidos por meio da alteração das normas que o causaram. A empresa tem capacidade de aprender, renovar e inovar continuamente, o que nos remete à educação permanente em saúde e à monitoria e avaliação. Esta avaliação deve ser rotineira e não só de serviços, mas também dos servidores que os

executam, utilizando como unidade fundamental o grupo e nunca o indivíduo⁽¹⁷⁾.

A busca de *melhores práticas (benchmarking)* é o método sistemático de procurar os melhores processos, as idéias inovadoras e os procedimentos de operação mais eficazes que conduzam a um desempenho superior. Em saúde pública isto é de grande utilidade na inserção de profissionais recém- egressos da academia. Estes novos profissionais se deparam com o choque da realidade ao não conseguirem integrar o conhecimento obtido com a prática cotidiana⁽¹⁸⁾.

Por fim, a *teoria estruturalista de gestão*, que considera o meio ambiente onde se desenvolve a empresa tão ou mais importante que o ambiente interno. Este é um princípio que dá suporte aos requisitos de vinculação dos profissionais de uma equipe da Estratégia Saúde da Família, que devem conhecer o cenário e as circunstâncias em que acontecem as ações de saúde⁽¹⁷⁾.

Quanto destas teorias pode ser aplicado à Saúde Pública?

A Gestão em Saúde Pública pode apropriar-se de diversos conceitos da gestão contemporânea, adaptando-os à complexidade de um sistema de saúde, principalmente no que se refere à gerência e motivação de

peças. O gestor local, na fase de descentralização da saúde, trabalha com equipes formadas por diferentes servidores, alguns deles provenientes de antigos sistemas. Cabe a ele, gestor, descobrir e aproveitar talentos e competências individuais para maior integração da equipe e melhores resultados⁽²⁰⁻²⁴⁾. Deve investir em modernas tecnologias e adotar concepções organizacionais com ênfase na formação e gestão de recursos humanos, com o objetivo de atender aos requisitos do processo de trabalho. Deve ainda apropriar-se de novos conceitos de saúde e de determinantes sociais, que têm impacto direto na qualidade de vida e no resultado de ações de saúde⁽²⁵⁾.

A mobilização popular e a participação social devem ser consideradas em qualquer tipo de gestão participativa, não apenas no controle das ações de saúde, mas principalmente na tomada de decisões conjuntas, envolvendo setores distintos da sociedade, com conhecimentos diversos⁽²⁶⁻²⁸⁾. Ações decididas em conjunto produzem maior credibilidade do sistema junto à população alvo, bem como têm impacto direto no nível de satisfação da equipe de saúde⁽²⁹⁻³¹⁾.

Com o aumento da expectativa de vida e também das doenças crônico-degenerativas, o gestor de saúde local deve atuar para produzir mudanças de comportamento que

estimulem ações de promoção de saúde e medicina baseada em evidências^(4, 32). Outra questão de especial interesse para a gestão de saúde pública é o alto consumo de medicamentos, muitos deles por automedicação, inclusive com amplo acesso via internet. Em comparação com 2002, em 2007 o Brasil gastou 3,2 vezes mais em medicamentos (aproximadamente R\$ 4,5 bilhões). Canadá e Reino Unido apresentam situações semelhantes, sendo que neste último o gasto com medicamentos da atenção primária aumentou 10% entre 2001 e 2002, provocando uma crise de financiamento no setor⁽³³⁾. Como ferramentas de suporte à gestão de saúde despontam o planejamento estratégico e participativo, bem como a avaliação por resultados, não só das ações de saúde, mas dos próprios profissionais e serviços envolvidos nessas ações, visando um constante aprimoramento^(12, 32, 34-36).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que muito das teorias de gestão pode ser incorporado à gestão de saúde pública. As mudanças devem ser implantadas, independentemente de políticas partidárias ou de Governo. A principal dificuldade encontrada está na antiga burocracia, formada sob conceitos que foram úteis em tempos de Estado debilitado ou em formação, permanecendo estagnada com o passar dos

anos. Se hoje é dever do Estado o provimento de saúde, ou, indiretamente, financiar este provimento, os atores encarregados de gerenciar estes recursos e serviços devem atualizar suas práticas, partindo para uma administração gerencial e participativa. Inovações em gestão, mesmo que sejam do setor privado, devem ser consideradas. Sua implantação ou não dependerá de um consenso entre as equipes administrativas, técnicas e de usuários. Se a gestão pública de saúde não visa ao lucro, mas a satisfação do interesse público, qualquer atitude tomada isoladamente estará fadada ao insucesso ou, no mínimo, à insatisfação popular. Com o avanço das conquistas sociais e os movimentos de participação popular, cada vez mais os cidadãos exigem do Estado mais do que este pode dar. Desta forma, não resta alternativa a não ser envolver esses mesmos cidadãos nas decisões das Políticas de Saúde, tornando-os copartícipes de qualquer processo, inclusive na responsabilização compartilhada dos resultados.

REFERÊNCIAS

1. Zanelli JC. Pesquisa qualitativa em estudos da gestão de pessoas. *Estud. psicol.* (Natal). 2002;7(nº esp):79-88. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2002000300009&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S1413-294X2002000300009 acesso em 10-10-2010.
2. Santos RAPdos. Ensaio para a padronização de conceitos na área de Gestão Humana. Portal da Administração, disponível em <http://www.administradores.com.br/informe-se/artigos/ensaio-para-a-padronizacao-de-conceitos-na-area-de-gestao-humana/12931/> acesso em 28-08-2009.
3. Ricciardi W. Challenges for a European Public Health Association. *Eur J Public Health.* 2010;20(1):2. Disponível em <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/20/1/2.full> doi:10.1093/eurpub/ckp219 acesso em 24-08-2010.

4. Vasconcelos IFGde, Mascarenhas AO, Vasconcelos FCde. Gestão do paradoxo "passado versus futuro": uma visão transformacional da gestão de pessoas. RAE electron. 2006;5(1):1-25. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-56482006000100004&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S1676-56482006000100004 acesso em 10-10-2010.

5. Alcantara CM. O modelo gerencial: organizações públicas não-estatais e o princípio da eficiência: uma visão jurídica e administrativa. Belo Horizonte, Forum, 2000.

6. Heckert CR, Silva MTda. Qualidade de serviços nas organizações do terceiro setor. Prod. 2008;18(2):319-330. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132008000200009&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S0103-65132008000200009 acesso em 09-10-2010.

7. Sano H, Abrucio FL. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. Rev. adm. empres., 2008;48(3):64-80. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902008000300007&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S0034-75902008000300007 acesso em 12-10-2010.

[text&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902008000300007&lng=pt&nrm=iso)

[75902008000300007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902008000300007&lng=pt&nrm=iso) doi: 10.1590/S0034-75902008000300007 acesso em 12-10-2010.

8. CONASEMS - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. Reflexões aos novos gestores municipais de saúde. Brasília, 2009.

9. Campino ACC. Alternativas de financiamento de la atención médica en América Latina y el Caribe. Rev. Saúde Pública. 1995;29(3):234-242. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000300012&lng=pt)

[89101995000300012&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000300012&lng=pt) doi: 10.1590/S0034-89101995000300012 acesso em 22-09-2010.

10. Sichieri R, Nascimento Sdo, Coutinho W. The burden of hospitalization due to overweight and obesity in Brazil. Cad. Saúde Pública. 2007;23(7):1721-1727. Disponível em

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000700025&lng=pt)

[311X2007000700025&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000700025&lng=pt) doi: 10.1590/S0102-311X2007000700025 acesso em 03-10-2010.

11. Zucchi P, Del Nero C, Malik AM. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saude soc.*, 2000;9(12):127-150. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902000000100010&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S0104-12902000000100010 acessos em 10-10- 2010.
12. Atun R, Jongh Tde, Secci F, Ohiri K, Adeyi O. A systematic review of the evidence on integration of targeted health interventions into health systems. *Health Policy Plan.* 2010, 25;(1):1-14 disponível em http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/citmgr?gc_a=heapol;25/1/1 doi:10.1093/heapol/czp053 acesso em 29-08-2010.
13. Australia. Public Health Management and Local Government Corporate Planning. Environmental Health Unit Queensland Health, GPO Box 48, BRISBANE Q 4001, 2007, disponível em http://www.cwru.edu/med/epidbio/mphp439/MPH_Manage.htm acesso em 29-08-10.
14. Brandão HP, Zimmer MV, Pereira CG, Marques F, Costa HV, Carbone PP et al. Gestão de desempenho por competências: integrando a gestão por competências, o balanced scorecard e a avaliação 360 graus. *Rev. Adm. Pública*, 2008;42(5):875-898. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122008000500004&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S0034-76122008000500004 acesso em 11-10- 2010.
15. Johansson, Eriksson L, Sadigh S, Rehnberg G, Tillgren P. Participation, resource mobilization and financial incentives in community-based health promotion: an economic evaluation perspective from Sweden. *Health Promot Int.* 2009;24(1):177-184. Disponível em http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/citmgr?gc_a=heapro;24/2/177 doi: 10.1093/heapro/dap008 acesso em 29-08-2010.
16. Trad LAB, Esperidião MA. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. *Interface.* 2009;13(sup.1):557-570. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500008&lng=pt doi: 10.1590/S1414-32832009000500008 acesso em 09-10-2010.

17. Portal Gestão. Uma história de gestão, disponível em <http://www.portal-gestao.com> acesso em 23-07-2009.
18. Oliveira PMde, Limongi-Franca AC. Avaliação da gestão de programas de qualidade de vida no trabalho. RAE electron. 2005;4(1):1-21. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-56482005000100005&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S1676-56482005000100005 acesso em 10-10-2010.
19. Nascimento VBdo. Interdependência e autonomia na gestão pública da saúde. Lua Nova, 2001;52:29-69. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452001000100003&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S0102-64452001000100003 acessos em 12-10-2010.
20. Liker JK. O modelo Toyota – 14 princípios de gestão do maior fabricante do mundo. São Paulo, Ed. Artmed Editora, 2004.
21. Albuquerque LGde, Leite NP, Silva LMTda. Estimulando o debate sobre a gestão estratégica de pessoas. Rev. adm. empres. 2009;49;(4):482-483. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902009000400011&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S0034-75902009000400011 acesso em 10-10-2010.
22. England. The South East Public Health Knowledge Management Strategy. South East Public Health Group, Produced by COI for the Department of health, 2005, disponível em www.dh.gov.uk/publications acesso em 02-09-2010.
23. Jensen J, Sum P, Flynn D. Political orientations and behavior of public employees: a cross-national comparison. J Public Adm Res Theory. 2009;19(1):709-730. Disponível em <http://jpart.oxfordjournals.org/cgi/citmgr?gca=jpart;19/4/709> doi:10.1093/jopart/mun031 acesso em 29-08-2010.
24. Kim S. Testing the structure of public service motivation in Korea: a research note. J Public Adm Res Theory. 2009;19(1):839-851. Disponível em <http://jpart.oxfordjournals.org/cgi/citmgr?gca=jpart;19/4/839> doi:10.1093/jopart/mup019 acesso em 29-09-2010.
25. Scotland. The public health etc. act 2008. Designation of competent person's

regulations. Public health and substance misuse division, The Scottish Government, 2009, disponível em http://www.legislation.gov.uk/asp/2008/5/pdfs/asp_20080005_en.pdf acesso em 02-09-2010.

26. Mello MLBCde, Amâncio-Filho A. A gestão de recursos humanos em uma instituição pública brasileira de ciência e tecnologia em saúde: o caso Fiocruz. Rev. Adm. Pública. 2010;44(3):613-636.

Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122010000300004&lng=pt&nrm=iso)

[76122010000300004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122010000300004&lng=pt&nrm=iso)

doi:10.1590/S0034-76122010000300004

acesso em 11-10-2010.

27. Barzilai K. Organizational Theory, 2008.

Disponível em <http://www.cwru.edu/med/epidbio/mphp439/MPH> acesso em 18-08-2010.

28. Godelier E. History, a useful “science” for management? From polemics to controversies. Enterprise Soc. 2009;10(4):791-807. Disponível em

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1514240 doi:10.1093/es/khp031

acesso em 24-08-2010.

29. Guaraná J, Fleury S. Gestão participativa como instrumento de inclusão democrática: o caso dos Comitês Gestores de Bairro do Programa Nova Baixada. Rev. adm. empres.

2008;48(3):94-103. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902008000300009&lng=pt&nrm=iso)

[75902008000300009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902008000300009&lng=pt&nrm=iso) doi: 10.1590/S0034-75902008000300009 acesso em 11-10-2010.

30. Böckerman P, Laukkanen E. What makes you work while you are sick? Evidence from a survey of workers. Eur J Public Health. 2010;20(1):43-46. Disponível em

<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/20/1/43.full.pdf+html> doi: 10.1093/eurpub/ckp076 acesso em 24-08-2010.

31. McKee M, Coker R. Trust, terrorism and public health. J Public Health. 2009;31(1):462-465. Disponível em

<http://jpubhealth.oxfordjournals.org/cgi/citmgr?gca=jphm;31/4/462>

doi:10.1093/pubmed/fdp091 acesso em 24-08-2010.

32. Shuval K, Linn S, Brezis M, Shadmi E, Green M, Reis S. Association between primary care physicians' evidence-based medicine knowledge and quality of care. Int J Quality Health Care. 2010;22(1):16-32.

Disponível em <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/citmgr?gca=intqhc;22/1/16> doi:10.1093/intqhc/mzp054

acesso em 24-08-2010.

33. Vieira FS. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. Rev. Saúde Pública.

2009;43(4):674-681. Disponível em
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400014&lng=pt doi:
10.1590/S0034-89102009005000041 acesso
em 10-10-2010.

34. Durand M. Quality improvement and the hierarchy of needs in low resource settings: perspective of a district health officer. *Int J Qual Health Care*. 2010;22(1):70-72. Disponível em
<http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/citmgr?gca=intqhc;22/1/70> doi:10.1093/intqhc/mzp053
acesso em 24-08-2010.

35. Milne R, Law C. The NIHR public health research programme: developing evidence for public health decision-makers. *J Public Health*. 2009;31(1):589-592. Disponível em
<http://jpubhealth.oxfordjournals.org/cgi/citmgr?gca=jphm;31/4/589>
doi:10.1093/pubmed/fdp095 acesso em 29-08-2010.

36. Vasconcelos EM. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis*. 2004;14(1):67-83. Disponível em
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312004000100005&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S0103-73312004000100005 acesso em 10-10-2010.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2013-12-26
Last received: 2014-01-17
Accepted: 2014-05-27
Publishing: 2014-05-30