

Administração de Sistemas e Serviços de Saúde: Competências Exigidas na Atualidade

Olímpio J Nogueira V Bittar

Médico, especialista em Administração de Serviços de Saúde e Políticas de Saúde. Professor Doutor com Livre-Docência em Saúde Pública. Assessor de gabinete da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Email: bittar@saude.sp.gov.br

José Dinio Vaz Mendes

Médico, especialista em Saúde Pública. Coordenadoria de Planejamento em Saúde- Grupo técnico de Informação em Saúde. Email: jdinio@saude.sp.gov.br

Adriana Magalhães

Arquiteta e especialista em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde. Coordenadoria de planejamento em saúde. Membro da equipe de acompanhamento dos Hospitais de Ensino. Email: acmagalhaes@saude.sp.gov.br

RESUMO: Objetivo: Estimular debate sobre as competências profissionais necessárias e/ou desejáveis para garantir ao setor saúde, seja público ou privado, gestão com qualidade, alta produtividade e qualidade, e custos sustentáveis. **Métodos:** Apresentação sucinta das variáveis que influenciam os meios internos e externos dos sistemas e serviços de saúde, e a sua evolução enquanto quantidade e complexidade de procedimentos ao longo da segunda metade do século XX. **Resultado:** A dinâmica das mudanças nos sistemas de saúde são acentuadas e rápidas, características que exigem interação entre o aparelho formador de recursos humanos, o gestor e o prestador, na promoção da atualização dos conteúdos das disciplinas de acordo com as necessidades de saúde da população, das atuais demandas do mercado (no que se refere ao setor privado), de doenças novas e negligenciadas e, de tecnologias emergentes. **Conclusão:** O setor de saúde depende cada vez mais de tecnologia e capacitação de recursos humanos. Complexo, com custos e riscos elevados, necessita de gestão diferenciada se comparado a outras empresas.

PALAVRAS-CHAVE: necessidades e demandas de serviços de saúde, administração hospitalar, administração de recursos humanos.

Health systems and services administration: Competencies Demanded Nowadays

ABSTRACT: Objective: Stimulate the debate about the professional consequences needed and/or wanted to guarantee to the health system, public or private, quality managing, high productivity and quality and sustainable costs. **Methods:** Brief presentation of the variables that have influence over the internal and external systems and health services and it's evolution as quantity and complexity of procedures during the second half of XX century. **Results:** The changes about the dynamic between the health systems are highlighted and fast, characteristics that demand interaction between the appliance maker of human resources, the manager and the provider, promoting the actualization of the content and disciplines according to the needs of the population's health, the market's demand (about the private sector), of new diseases and negligence, and emerging technologies. **Conclusion:** The health system depends more and more of technology and capacitating of human resources. Complex, with high costs and risks, it demands different managing if comparing with other companies.

KEY WORDS: health services needs and demand, hospital administration, personnel management

1 - INTRODUÇÃO

O atendimento das necessidades de saúde dos cidadãos torna-se, gradativamente, questão essencial na maioria dos países, tanto pelo entendimento da saúde como direito ou valor humano fundamental, como pelas dificuldades percebidas para o financiamento e a administração dos serviços e sistemas de saúde.

Conforme observado por Medici (2002), as questões de financiamento público da saúde não eram importantes na primeira metade do século XX, pois as funções do Estado nesta área limitavam-se, principalmente, ao saneamento básico e ao controle de endemias. A assistência médica era geralmente financiada diretamente pelos pacientes, pelos fundos de previdência social (contribuições) ou por entidades filantrópicas. A partir dos anos 50 e 60, na medida em que as políticas sociais adquirem caráter universal e a assistência médica passa a fazer parte das atribuições financeiras do Estado, observa-se o aumento de gastos públicos com saúde em todos os países, especialmente no conjunto de economias desenvolvidas, tornando o assunto relevante para os respectivos governos.

O desenvolvimento de políticas de saúde colaborou com a eliminação e/ou controle de doenças infecto-contagiosas, o aumento da esperança de vida ao nascer, a queda da mortalidade infantil e de forma geral, a melhoria de indicadores de saúde em todos os países que universalizaram a atenção à saúde. Mas naturalmente, estes avanços apresentam sua “conta” para toda a sociedade e como foi dito pelo Ministro Mexicano de Saúde, Julio Frenk, “os Sistemas de Saúde são vítimas de seu próprio sucesso” (DOCTEUR, 2004).

Na Tabela 1, nota-se que o gasto total com saúde (público e privado) em países selecionados da “OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development”, como percentual do PIB, praticamente dobrou no período de 1970 a 2009, independentemente do modelo de sistema de saúde vigente em cada país.

Tabela 1: Gasto Total com Saúde (público e privado) como percentual do PIB em países selecionados da OECD, 1970 – 2009.

Países	1970	1980	1990	2000	2009
Alemanha	6,0	8,4	8,3	10,3	11,6
França	5,4	7,0	8,4	10,1	11,8
Canadá	6,9	7,0	8,9	8,8	11,4
Espanha	3,5	5,3	6,5	7,2	9,5
Estados Unidos	7,1	9,0	12,2	13,4	17,4
Itália	-	-	7,7	8,1	9,5
Reino Unido	4,5	5,6	5,9	7,0	9,8
Suécia	6,5	8,9	8,2	8,2	10,0

Fonte: OECD HEALTH DATA, jul/2011.

Nota: Disponível em: <http://www.oecdilibrary.org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health-2011_hlthxp-total-table-2011-1-en>. Acesso em 21 jan.2012

A continuidade dos avanços na qualidade da saúde da população, na ampliação do acesso e na busca da equidade entre os cidadãos no que se refere aos serviços e ações de saúde, depende de inúmeros fatores, políticos, sociais, econômicos e financeiros, organizacionais e administrativos. Entre estes, se destacam os recursos humanos, conforme afirmado na VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, realizada em 2005 em Toronto, Canadá, pela Organização Pan-americana de Saúde – OPAS (2006), na qual frisou que os recursos humanos representam a base dos sistemas de saúde e seu desenvolvimento é condição imprescindível para alcançar seus objetivos. De fato, a OPAS (2007) reconhece em seu Plano de Ação Regional para Recursos Humanos de Saúde 2015, a existência de uma crise na área de recursos

humanos, com implicações negativas para o desempenho dos sistemas de saúde. Esta crise envolve um complexo conjunto de questões (adequação numérica dos profissionais, adequação e diversificação de habilidades, qualidade do ambiente de trabalho, remuneração, suporte de sistemas, treinamento e aprendizado, liderança e empreendedorismo, entre outros) que envolvem os 59,2 milhões de profissionais de saúde, assalariados em regime de tempo integral no mundo inteiro, dos quais mais de 21,7 milhões (31,6%) residem nas Américas, conforme cálculo da Organização Mundial da Saúde (2006).

A OPAS salienta que as políticas de recursos humanos devem evoluir, acompanhando dinamicamente as mudanças do ambiente sociodemográfico e epidemiológico e dos objetivos dos sistemas de saúde, e que muitos aspectos destas políticas levam anos para atingirem seus resultados, exigindo a definição de políticas de longo prazo para melhor desenvolver a força de trabalho, de modo que ela esteja preparada para atender às mudanças esperadas nos sistemas de saúde.

No Brasil, a criação e o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – SUS trouxe preocupações semelhantes. O direito universal à saúde, com integralidade, garantido por meio da instituição de um sistema de saúde hierarquizado, regionalizado e descentralizado (com ênfase na municipalização dos serviços), criou amplos desafios relacionados aos recursos humanos, entre os quais, assunto principal deste trabalho, aqueles referentes às competências necessárias para que os gestores ou gerentes do sistema de saúde, seja em âmbito local ou em âmbito mais amplo (regional e estadual), consigam desempenhar as tarefas que concretizarão o sistema.

Antecedendo à própria instituição do SUS, ainda no quadro das discussões da Reforma Sanitária Brasileira, a Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde (MS, 1986) já levantava a questão de que a implantação de um novo Sistema de Saúde tinha como uma de suas principais condições a existência de suficiente decisão e competência de modo a ser possível derrubar as velhas estruturas, ao tempo em que se edificam as novas. Nesse sentido, o documento aponta que:

“A gerência dos serviços de saúde deve zelar pela multiprofissionalidade das equipes, bem como garantir o acompanhamento da programação das ações de saúde e da destinação dos recursos financeiros dentro do plano de saúde que, por sua vez, estará de acordo com a Política de Saúde. (MS 2003)”.

O assunto foi debatido e exposto em outras conferências nacionais de saúde e de recursos humanos, assim como em documentos que subsidiaram os princípios e diretrizes dos recursos humanos para o SUS como, por exemplo, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS - NOB/RH-SUS (MS, 2003), que tratam de importantes problemas referentes aos vínculos empregatícios, aos planos de carreiras, à saúde ocupacional, ao financiamento do trabalho, da educação permanente e outras. Na questão de desenvolvimento do trabalhador e educação permanente, estes princípios salientam a importância de estabelecer mecanismos de negociação intersetorial entre a saúde e a educação, para que as instituições formadoras atendam as demandas e necessidades do SUS nos seus diferentes âmbitos, bem como buscar a revisão e avaliação dos currículos dos cursos da área de saúde, utilizando como referência a situação epidemiológica e demográfica das regiões.

Justifica-se assim, a importância de abordar a questão das competências desejáveis para os gestores de saúde, levando em conta as características do trabalho no setor saúde, que como afirma Deluiz (2000) sofre os mesmos impactos que atingiram o setor industrial nas últimas décadas (a busca de produtividade e de qualidade, redução de custos, melhoria de processos e serviços, novas formas de organização do trabalho e de investimentos em programas de capacitação profissional dos trabalhadores) associado com especificidades da área (Offe citado por Deluiz), com decisões que implicam na articulação de conhecimentos, científico, técnico, experiências de trabalho e social (qualificações tácitas), mediados pela dimensão ético-política, e se caracterizam pela indeterminação das demandas, pela prontidão no atendimento a todos os casos, inclusive os excepcionais, não podendo, jamais obter a racionalidade completa de seus processos produtivos.

Por outro lado, Deluiz refere que a literatura corrente sobre a noção de competência inclui neste conceito “a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para solucionar problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma dada situação concreta de trabalho, e em um determinado contexto cultural”. Salienta os limites da abordagem das competências, que pode tornar-se reducionista, instrumentadora e tecnicista.

A busca de competências dos gestores públicos de saúde, certamente, não pode ter a pretensão de ser uma “técnica” a mais, para resolver todos os complexos problemas de saúde da população ou mesmo dos serviços de saúde, que são decorrentes de múltiplas determinações econômicas, sociais e políticas. No

entanto, toma-se aqui a busca de competências na gestão da saúde em sentido mais geral, de saberes humanos individuais e coletivos utilizados para fins éticos, representados no SUS pelos seus princípios de universalidade, integralidade e equidade. Neste sentido, o desenvolvimento de competências é uma obrigação ética dos dirigentes do SUS para com a população, a fim de maximizar os (parcos) recursos públicos destinados ao setor saúde, melhorando o acesso, a qualidade e a humanização de seus serviços.

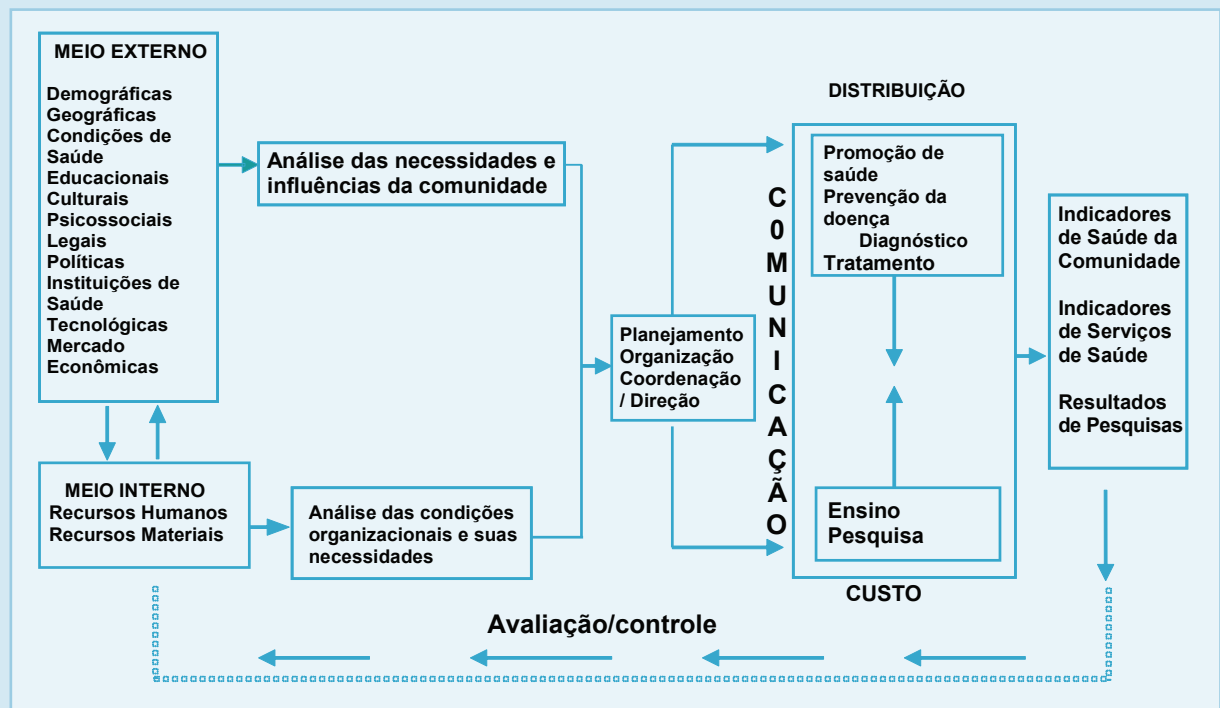
Certamente, o assunto não é apenas interesse do setor público de saúde, embora seja neste que se concentram os maiores desafios na criação de redes e sistemas de abrangência suficiente para o atendimento integral dos problemas de saúde da população de uma dada região. A saúde suplementar privada enfrenta questões críticas com relação ao financiamento, produtividade e qualidade do setor e não pode deixar de buscar a racionalização de suas redes, para conseguir ofertar serviços de saúde de qualidade aos seus clientes, cada vez mais conscientes de seus direitos como consumidores. E o setor privado de saúde também não pode conceber as competências apenas como instrumentos para a competitividade e lucratividade, desconsiderando as complexas questões éticas envolvidas na prestação de serviços de saúde.

Ambos os setores ressentem-se de dificuldades de encontrar no mercado, administradores de saúde e formuladores de políticas com competências adequadas para gerir estas instituições complexas, complicadas, de alto custo e alto risco, sinalizando a importância da discussão ser levada aos correspondentes órgãos de ensino da área de saúde, sejam públicos ou privados. Este artigo tem como objetivo iniciar o debate sobre as competências necessárias e/ou desejáveis para garantir ao setor de saúde, seja público ou privado, gestão com qualidade, alta produtividade e qualidade, custos sustentáveis, princípios éticos.

2 - FATORES QUE INFLUENCIAM O SETOR DE SAÚDE

O estabelecimento de temas que devem fazer parte dos conhecimentos dos gestores e administradores de saúde, para o desempenho de suas funções no contexto atual dos sistemas de saúde, passa pela análise de fatores que interferem tanto na demanda como na oferta de serviços. A figura 1 é ilustrativa neste sentido, apresentando sucintamente as influências internas e externas, a utilização das funções da administração, os produtos e as maneiras de medir resultados, tanto na sua ação sobre a comunidade, como o desempenho da instituição.

Figura 1. Sistema de Saúde – Influências e Produtos



2.1 - Influências Externas

Afetam diretamente os sistemas e serviços de saúde, desde a criação da demanda até a oferta de serviços, incluindo o planejamento da infraestrutura. Algumas destas influências apresentam mudanças rápidas, exigindo que as ações dos gestores também tenham esta dinâmica.

a) Demográficas – Transição demográfica

Como refere Waldman (2002) citando Bobadilha et al, a transição demográfica caracteriza-se pela redução da mortalidade, a diminuição da fecundidade e o aumento da esperança de vida, seguida do envelhecimento da população. Todos estes fatos impactam na área da saúde, alterando a necessidade de serviços (estrutura), reduzindo gradativamente a demanda de atendimentos materno-infantis e ampliando os atendimentos geriátricos.

O envelhecimento da população é um dos fatores mais preocupantes para o sistema de saúde, pois de acordo com Veras (2002), o aumento de idosos implica em aumento da probabilidade de internação, problemas de saúde de longa duração, com intervenções mais custosas envolvendo tecnologia complexa. Atualmente, 11,5% da população paulista encontra-se acima dos sessenta anos de idade, enquanto que aqueles com menos de 15 anos representam 21,5% (tabela 2).

Tabela 2. Internações SUS/SP e valor pago por faixa etária da população – 2010

Faixa Etária	Pop.2010	%	Internação/ 100 hab.	Número Internações	Valor Total	Gasto Médio/ internação/R\$
< 15	8.860.918	21,5	4,31	381.615	448.697.695,92	1.175,79
15 a 59	27.629.845	67,0	5,51	1.521.163	1.439.318.698,49	946,20
60 ou +	4.771.436	11,5	12,39	591.209	840.160.432,19	1.421,09
Total	41.262.199	100,0	6,04	2.493.987	2.728.176.826,60	1.093,90

Fonte: DATASUS/MS

Dados do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de São Paulo mostram que os idosos são internados quase três vezes mais do que os indivíduos na faixa etária até 15 anos, e mais de duas vezes àqueles entre 15 e 59 anos, sendo que o gasto médio por internação supera em 33% a média de todas as internações.

b) Geográficas

A rapidez da taxa de urbanização no Brasil na segunda metade do século 20, atingindo 81,2% segundo dados do IBGE e a do Estado de São Paulo, atingindo 95,9% segundo dados da Fundação SEADE, também traz importantes implicações para saúde. A população brasileira concentra-se cada vez mais em grandes conglomerados. As regiões metropolitanas aumentaram no País, em duas décadas, passando de 9 para 31, no Estado de São Paulo, de uma para três regiões, com 58% da população ampliando a incidência e prevalência de doenças associadas às más condições urbanas (moradias precárias, saneamento básico inadequado, difícil acesso a serviços públicos e benefícios sociais) e outros danos à população. Porém, conforme referido por Mendes e Bittar (2010), a existência de um grande contingente de pequenos municípios (em 2008 no Estado de São Paulo, 284 ou 44% dos municípios tinham menos de 10 mil habitantes) precisa ser levada em conta no planejamento de saúde. Existem 268 municípios sem leitos hospitalares pelo SUS e 144 municípios em médicos residentes. Estes pequenos municípios não deveriam criar serviços hospitalares pequenos, de baixa qualidade, custosos e ineficientes, mas investir na qualidade da atenção básica em saúde. Contudo, esta configuração implica na necessidade de um cuidadoso estudo para a implantação de novos serviços, além de logística para transporte de pacientes, alocação de profissionais e distribuição de insumos.

c) Condições de Saúde - Transição epidemiológica

Como define Waldman (2002) citando Bobadilha et al, esta transição caracteriza-se pela diminuição da mortalidade infantil, por doenças infecciosas (como as diarreias) e pela elevação de doenças crônicas degenerativas, cardiovasculares, câncer, e mortalidade por violência. Tanto no Brasil como em São Paulo houve queda nos coeficientes de doenças infecciosas. Estas últimas apresentaram coeficiente de

2,6 óbitos por 10 mil habitantes em 2007 no Estado de São Paulo, bem inferior ao coeficiente de 18,0 das doenças do aparelho circulatório e de 10,3 das neoplasias (MENDES; BITTAR, 2010).

Os já citados anteriormente - envelhecimento da população, hábitos culturais relacionados à dieta inadequada (ampliação da obesidade), tabagismo, alcoolismo, uso de drogas, sedentarismo, sexo sem proteção, automedicação, tratamento descontinuado (doenças crônicas), bem como as causas externas (segurança do trabalho, violência, acidentes) e a degradação ambiental - são fatores a serem trabalhados pelo sistema de saúde.

Os sistemas de saúde ainda apresentam dificuldades em encontrar tecnologia apropriada para prevenção da doença e a promoção da saúde. O assunto foi objeto de Relatório da Organização Mundial de Saúde – OMS (2003), salientando que as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo e que é preciso reforçar e aperfeiçoar a atenção primária em saúde para melhor prevenir e gerenciar as condições crônicas, pois os serviços ainda priorizam freqüentemente, os problemas agudos e as necessidades mais urgentes dos pacientes.

Lembre-se ainda que a mortalidade por neoplasias, doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares têm diminuído, significando pacientes com maior sobrevida, dependentes dos serviços de saúde.

Por outro lado, no Estado de São Paulo as causas externas (violências) estão em quarto lugar na mortalidade e nas internações em 2007, com elevado número de mortes evitáveis de jovens do sexo masculino, alto custo de tratamento para os sobreviventes (reabilitação dos pacientes) e perda de qualidade de vida.

Finalmente, deve-se destacar que apesar da redução global, algumas doenças transmissíveis como a dengue, tuberculose, leishmaniose, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), malária e as (novas) gripes ainda ameaçam a saúde da população brasileira. Estas doenças ocasionam sobrecarga inesperada aos serviços de saúde, como por exemplo, para cada registro de caso de dengue, estima-se que 100 pacientes são atendidos nos serviços. A gripe H1N1 também trouxe impactos para as unidades de terapia intensiva, quando da necessidade de atendimentos para insuficiência respiratória.

d) Educacionais

A educação entendida como a capacidade de “obter, processar e compreender informação básica e serviços necessários para tomar decisões apropriadas em relação à saúde” influencia toda cadeia de atendimento pacientes/comunidade, e profissionais de saúde. A responsabilidade individual pela promoção, proteção de saúde e tratamento adequado, precisa ser estimulada, principalmente com o predomínio de condições crônicas. É reconhecido que a pobreza associada com baixos graus de escolaridade agrava as condições de saúde e dificultam o gerenciamento de condições crônicas (OMS, 2003). A capacidade dos profissionais em transmitir à comunidade suas mensagens requer aperfeiçoamento nas técnicas de comunicação e compreensão destas dificuldades, bem como do meio cultural do qual participa o serviço de saúde (ver próximo item), sem as quais se torna muito difícil a obtenção de resultados esperados.

Por outro lado, no que se refere à educação profissional na área de saúde, o sistema formador deve formar profissionais em quantidade e qualidade de acordo com as necessidades do sistema de saúde e da população a ser atendida, salientando-se que a formação é um processo lento, cujas modificações precisam ser previstas com alguma antecedência para que possam ser efetivas no momento adequado. Como exemplo, dado o envelhecimento populacional já apontado anteriormente, o sistema formador precisa atentar para a inclusão nos currículos da saúde de temas referentes ao atendimento das necessidades dos idosos, ao desenvolvimento de conhecimento e técnicas para tratar do assunto, à formação de especialistas (geriatras), entre outros pontos, que permitam o melhor desempenho dos serviços de saúde.

e) Culturais/Psicossociais

O complexo conjunto de valores, hábitos, tradições, costumes, normas (religiosas, éticas e legais) e crenças, entre outros aspectos, que são partilhados e constituem a herança indelével de qualquer comunidade, influenciam diretamente a forma como as pessoas entendem a doença e buscam a preservação e recuperação da saúde. Este fato deve ser levado em conta, evitando-se, como refere Oliveira (2002), a visão de que o atendimento à saúde é organizado somente pelos técnicos para ser “usufruído” passivamente pelos pacientes “leigos”, lembrando que é esse “leigo” quem faz a escolha final se realiza ou não a consulta, quando e onde vai fazê-lo e detém ainda o poder de cumprir ou não as determinações médicas ou mesmo procurar alternativas.

Por outro lado, as instituições de saúde são parte integrante do ambiente cultural geral e também possuem aspectos culturais próprios e seus funcionários possuem valores que podem ser convergentes ou não com o desenvolvimento institucional desejado. A valorização da cultura organizacional é evidenciada quando empresas de grande porte contratam antropólogos para conhecer a adesão dos profissionais aos princípios das empresas e melhorar o ambiente de trabalho para o bom desempenho de suas funções. A variedade das organizações de saúde e de suas trajetórias históricas (estatais, filantrópicas, privadas, ligadas ou não às universidades, com ou sem ensino, entre outras) exige intervenções particularizadas para que respondam adequadamente às necessidades do sistema de saúde.

f) Legislação

Os arcabouços normativos da Administração Pública e do SUS incluem as normas federais (leis e regulamentações) acrescidas das normas complementares estaduais e municipais, formando um conjunto regulador de difícil compreensão e seguimento pelos gestores, que requer, por vezes, profissionais especializados para seu acompanhamento.

As dificuldades oriundas da legislação vigente para eficiência gerencial das instituições públicas de administração direta foram bem salientadas por Ibañez e Vecina Neto (2007), que apontam o estatuto do funcionário público, as normas de licitação e a estrutura de execução orçamentária, como fatores limitantes para a eficiência destas organizações.

Diante destas limitações, diversas experiências têm sido efetuadas por meio de outros tipos de arranjos organizacionais para atender o sistema público, com resultados variados, como as autarquias públicas, fundações de direito público, sociedade de economia mista, empresa pública, empresa dependente, consórcio de direito público e privado, fundação privada, fundação de “apoio”, serviço social autônomo – OSCIP, organização social de saúde – OSS, empresa privada propriamente dita, concessionária de serviço público e as parcerias público-privadas (mais recentes), além da tentativa frustrada até o momento, de criação da fundação estatal de direito privado pelo Ministério da Saúde.

Por outro lado, mesmo com toda normalização existente, há áreas do SUS, nas quais ocorre falta de regulamentação. Na área de assistência farmacêutica, principalmente, o Estado é obrigado a fornecer, por decisão judicial, medicamentos de alto custo (muitos deles não cadastrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e, por vezes, produtos especiais que sequer pertencem ao rol da saúde como fraldas e bebidas lácteas especiais, com custos elevados e crescentes.

g) Políticas

Como bem observa Machado (2002), a instituição de políticas nacionais de saúde em países federativos como o Brasil, desiguais, sem relações hierárquicas entre os entes federativos e operando de forma descentralizada requer a definição de competências para cada esfera de governo e ações coordenadas. Apesar dos esforços dos últimos 20 anos neste sentido, ainda observa-se a formulação de políticas de saúde municipais, estaduais e federais, independentes, descoordenadas e desvinculadas de objetivos comuns.

Além disso, as políticas de saúde no Brasil, não se encontram integradas adequadamente com as demais políticas setoriais, educação, nutrição, saneamento, segurança e econômico-sociais, que interferem grandemente no setor, principalmente na prevenção das doenças e promoção da saúde.

Não se deve olvidar também, as influências do complexo industrial farmacêutico e médico-hospitalar, que exercem fortes “grupos de pressão” (*lobby*) sobre o setor saúde, em conjunto ou ao lado de associações de doentes, de políticos interessados no setor, de organizações não governamentais, cujas ações precisam ser administradas pelos gestores, a fim de serem integradas ao sistema de saúde, sem prejuízos de sua ação coletiva.

h) Instituições de Saúde

Além das diferenças legais e organizacionais das instituições de saúde já apontadas anteriormente, o conjunto de instituições de saúde possui modalidades muito variadas, entre elas: Unidades Básicas de Saúde - UBS (Postos ou Centros de Saúde tradicionais ou unidades de saúde da família, com equipes do Programa Saúde da Família - PSF), consultórios isolados, ambulatórios de especialidade, hospitais-dia, policlínicas, pronto-socorros isolados, unidades de saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e ambulatórios de saúde mental), unidades de reabilitação, hospitais gerais e especializados,

laboratórios isolados e iniciativas de assistência domiciliar. A administração destas unidades é complexa, principalmente quando variáveis como qualidade, produtividade e custos não são simples de medir.

Além disso, as ações dos serviços são, por vezes, fragmentárias, como observa Mendes (2010), isolados, sem adscrição da clientela, sem relações adequadas entre os serviços de atenção primária e os demais níveis do sistema, impedindo a continuidade da atenção, sua adequação às necessidades da população e sem economia de escala ou de escopo.

Para estabelecer redes regionais com regulação adequada, se carece de conhecimento profundo das condições de saúde da população, da capacidade de oferta e demanda dos serviços, da capacidade do financiamento, todos os fatores que devem ser pactuados e contratualizados entre os gestores dos serviços.

i) Tecnologia

A evolução tecnológica na área médica é estupenda e uma das responsáveis pela diminuição das internações no período de 1998 – 2008 verificado no Estado de São Paulo conforme estudo. (MENDES EV, 2010). Se por um lado este avanço traz benefícios inegáveis aos pacientes, por outro é diretamente responsável, ao lado de outros fatores (como o já citado envelhecimento da população), pelo aumento de custos para o sistema de saúde. Contudo o avanço tecnológico de outras áreas (comunicação, internet, informática) também colabora diretamente para a racionalização de práticas e gastos dos sistemas de saúde, como por exemplo, por meio de eletrocardiogramas (por exemplo, o sistema Tele-ECG realizado pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia de São Paulo citado por Mendes e Bittar (2010) e os exames de imagem realizados à distância, teleconferências para discussão de casos clínicos ou para capacitação à distância).

Apesar de a incorporação tecnológica ser extraordinária, a interconectividade da informação dos sistemas de saúde ainda está muito aquém do desejável, levando à falta ou perda de informações e/ou à multiplicidade de ações, como por exemplo, a repetição de exames laboratoriais entre unidades de uma mesma região.

Certamente o avanço da informatização da rede de saúde trará novas preocupações, como as questões éticas (privacidade, direitos do paciente e usos indevidos da informação para os seguros de saúde ou para o mercado de trabalho), controles gradativamente maiores sobre o trabalho dos profissionais (interferências nas condutas médicas), entre outras, que já se tornaram objeto de discussões no presente.

j) Mercado

A palavra mercado não é bem aceita na área da saúde pública, mas é preciso frisar que o setor também segue outras regras, além da oferta e demanda, sendo regulado pelas Agências de Saúde Suplementar – ANS e de Vigilância Sanitária – ANVISA, do Ministério da Saúde, pois, diferentemente de outros setores, apresenta diferenças relevantes em aspectos humanitários ou condições especiais de atuação, por lidar com vidas humanas.

O mercado de saúde no Brasil é formado por raros profissionais, clientes e pacientes estritamente privados (aproximadamente 1%), e pelo Setor de Saúde Suplementar, com 23,4% de cobertura para a assistência médica, representada por Medicina de Grupo, Cooperativa Médica, Seguro Saúde e Autogestão, atingindo 43,2% no Estado de São Paulo (ANS, 2010). Outros planos cobrem segmentos específicos da sociedade, com 4,5% representado pelos funcionários públicos federais, funcionários públicos estaduais/municipais (policiais civis, militares e funcionários públicos) e o restante, a grande maioria, pelo Sistema Único de Saúde.

Existe a segmentação deste mercado, mas os beneficiários de todos eles, de maneira distinta, utilizam-se do SUS, por vezes, para coberturas de alta complexidade e alto custo, sem o devido reembolso financeiro, como por exemplo, medicamentos e atos complexos que envolvem tecnologia de ponta. É fundamental que os serviços privados de saúde tenham suas informações incluídas no planejamento do SUS, sem as quais o conhecimento da realidade de assistência será necessariamente incompleto.

k) Econômicas

Barradas e Mendes (2008) citam o *World Health Report* de 2009 estimando os gastos totais do Brasil com saúde em 7,6% do PIB ou 212 dólares americanos per capita em 2006. Porém do total de gasto do Brasil com saúde, é estimado que apenas 47,7% correspondem a gasto público.

Os valores do gasto público brasileiro com saúde são bastante inferiores àqueles de outros países desenvolvidos e até de nações em desenvolvimento da América Latina, conforme podemos observar na tabela 3.

Tabela 3 – Gastos com Saúde per capita e respectiva porcentagem em relação ao PIB e tipo de gasto em Países Selecionados – 2006

Países	Gasto Total per capita com Saúde (US\$)	Gasto Público c/ Saúde (US\$)	% Gasto Público no Gasto Total
EUA	6.719	3.079	45,8
Canadá	3.917	2.759	70,4
Reino Unido	3.332	2.908	87,2
Espanha	2.328	1.658	71,2
México	527	233	44,2
Argentina	551	251	45,5
Chile	473	249	52,6
Brasil	427	204	47,7
Venezuela	332	164	49,4
Peru	149	87	58,3

Fonte: The World Health Report OMS, 2009.

No ano de 2006, segundo dados do Ministério da Saúde (MS), o gasto per capita do SUS (somadas as três esferas de governo) foi de R\$ 449,93 (SIOPS/MS, 2008). Comparando o gasto público per capita com saúde no Brasil, com aquele realizado na saúde suplementar, vê-se que o valor estimado da receita per capita de todas as operadoras (assistência médica e odontológica) foi de R\$ 878,64 no mesmo ano (ANS/MS, 2007), ou seja, o dobro do gasto público, sendo que o SUS deve garantir atendimento universal e integral de saúde (incluindo assistência farmacêutica), enquanto o setor privado atende clientela selecionada provendo um conjunto fechado de procedimentos (não incluindo assistência farmacêutica e outros tratamentos dispendiosos). Assim, fica claro que os recursos para o SUS são insuficientes no Brasil. Tal fato acrescenta ainda mais importância às medidas racionalizadoras, organizacionais e de planejamento da rede SUS, para minimizar as conseqüências do subfinanciamento do sistema, enquanto a sociedade brasileira debate o quanto deseja investir.

Na avaliação dos recursos de cada instituição de saúde (seja pública ou privada), todas as fontes financeiras devem ser levadas em consideração para o cálculo total de investimento e custeio das unidades de saúde, entre elas os orçamentos governamentais, os particulares, as agências de fomento, a indústria, as emendas parlamentares, doações, rendimentos como aluguéis, bem como as isenções fiscais das entidades privadas beneficentes e filantrópicas. As considerações econômicas obrigam ainda a verificação dos serviços existentes e da pertinência de implantação de novas atividades em cada unidade, frente à demanda existente na região na qual se encontra o serviço de saúde (economia de escala e de escopo), sem o qual a viabilidade da instituição é colocada em risco.

2.2 - Influências INTERNAS

Até a metade do século passado era comum tratar os recursos internos apenas como recursos humanos e materiais. Hoje, foram incorporados à classificação de recursos internos, os financeiros, de informação, de utilidade pública, de terceirização e quarteirização face às particularidades de cada um deles.

a) Áreas e subáreas que estruturam o meio interno das instituições de saúde

É importante conhecer a grande complexidade das estruturas administrativas que integram, de forma geral, os sistemas e serviços de saúde, necessárias para o alcance de metas quantitativas e qualitativas. Por exemplo, nos hospitais, cada área é desdobrada em subáreas com culturas próprias, que exigem técnicas diferenciadas, pessoal distinto, insumos específicos, indicadores e medidas próprias para suas atividades, tais como:

- Conselhos (administrativo, fiscal, consultivo) incluem negociações internas e externas, importantes na obtenção e utilização de recursos e reflexos na imagem institucional;
- Infraestrutura: em pesquisas anteriores foram encontradas até 67 subáreas de apoio nos hospitais (BITTAR, 1997), sem contato direto com o paciente, necessárias para o funcionamento de áreas fim, nas quais pode haver necessidade de informatização, automação, racionalização de pessoal e otimização de custos;

- Internação clínico/cirúrgica: devem ser preservadas para tratamentos agudos e de média e alta complexidade, pois o consumo de recursos é intenso (mais custosas) e, além disso, as internações trazem mais riscos para o paciente;
- Ambulatório/emergência e unidade de diagnóstico/terapêutica: fundamentais para a orientação e o acompanhamento de pacientes portadores de doenças crônicas e redução do tempo de internação. Com investimento tecnológico podem ter maior resolubilidade, humanização do atendimento e redução de custos e riscos. Tal como a área de internação, devem estar integrados com o restante da rede de saúde de atenção primária, por meio de regulação eficiente, reduzindo filas e demanda reprimida na instituição e facilitando o acesso dos pacientes que necessitem de atenção mais complexa.
- Área extra-hospitalar: inclui tudo que é realizado pela equipe hospitalar fora do hospital como a assistência domiciliar, bem como indústria de órteses e próteses, farmácia de manipulação, gráfica;
- Comissões obrigatórias: análise de óbitos e biópsias, brigada de incêndio, CIPA, ética, farmácia e terapêutica, infecção hospitalar, intra-hospitalar de transplante, nutrição enteral e parenteral, e prontuário do paciente, entretanto, outras podem ser criadas visando à melhoria da qualidade do atendimento aos pacientes, do desempenho e da integração das diversas áreas e subáreas;
- Pesquisa: representa custos elevados; necessita técnicas específicas de administração e negociação com pesquisadores, agências de fomento, indústria e fornecedores;
- Ensino: repercute na produtividade e nos custos da assistência das unidades formadoras uma vez que em geral o tempo de permanência dos pacientes é maior, idem ao número de exames e procedimentos complementares. Seu monitoramento exige atualização e investimento constante em pessoal especializado, técnicas e conexão entre educador, prestador e gestor.

b) Recursos humanos (incluindo terceirização e quarteirização)

De acordo com a Portaria Interministerial do Ministério da Educação e da Saúde (2009) e em pesquisa nos conselhos profissionais, atualmente existem legalmente 14 categorias profissionais de saúde, com 284 especialidades sem contar as áreas de atuação dos médicos, representando fragmentação da área, dificuldades de compor equipe, subdivisão de tarefas, custos elevados. Enquanto a tecnologia reduziu o número de profissionais em ramos industriais e comerciais, na saúde isto não ocorreu, pois aspectos como humanização e a complexidade dos procedimentos exigem grande número de profissionais. Em hospitais, 4 a 10 funcionários/leito é a variação encontrada, dependendo da complexidade e variedade dos serviços disponíveis.

Conselhos de classe têm influência marcante sobre os profissionais, causando conflitos com gestores e gerentes. Exemplo clássico é a determinação dos conselhos médicos para a escolha por voto da direção clínica da unidade, por votação dos pares e não do gerente, Mintzberg (1979) já referiu sobre estas dificuldades bem como o poder emanado destes profissionais nas instituições com repercussões inclusive no financiamento.

A avaliação de desempenho não acontece rotineiramente, sendo uma das causas do “desperdício de recursos humanos”, traduzida pelo desconhecimento das potencialidades ou necessidades de capacitação dos profissionais, tanto nos serviços públicos como nos privados. Por outro lado, a complexidade da área de saúde precisa contar com o conhecimento de profissionais de outras áreas técnicas como a demografia, a geografia, antropologia, a atuária, economistas, entre outros.

c) Recursos materiais

A quantidade, qualidade e variedade dos recursos materiais são volumosas. Segundo Bittar (2010) foram constatados em 2009 nos hospitais de ensino do Estado de São Paulo, mais de 3,8 mil tipos de medicamentos, 1,3 mil tipos de material de informática, 11,2 mil tipos de próteses (desde parafusos e porcas até próteses de quadril e coração artificial) 13,6 mil tipos de insumos hospitalares, entre outros. A padronização é um requisito essencial para o uso correto de materiais, em quantidade apropriada para evitar o desperdício. Contudo, nos estudos citados, Bittar (1997) constatou amplitude de variação enorme entre os itens selecionados para grupos de hospitais semelhantes, indicando falta de padronização.

O desenvolvimento de logística é uma necessidade, em face da quantidade, da especificação e do tempo correto de entrega, como diferencial da qualidade dos bens e serviços de saúde providos a população.

Os contratos fazem parte da administração de materiais, bem como da administração de serviços, manutenção preditiva, preventiva, corretiva de próprios, equipamentos, instrumentais e esta área apresenta obstáculos ao setor público, tendo em vista os critérios rígidos da legislação vigente, conforme já comentado.

Deve ser lembrada a produção de resíduos decorrentes do uso de materiais, enfatizando materiais radioativos e os infectados que necessitam de tratamento, armazenamento e recolhimento especiais. Técnicas de preservação ambiental principalmente com o uso destes recursos merecem o desenvolvimento de competências gerenciais específicas que possibilitarão o desenvolvimento sustentável com o uso de recursos de forma mais produtiva e socialmente mais justa.

d) Recursos financeiros

Orçamento, contabilidade geral, contabilidade de custos, balanço, aplicações financeiras, fluxo de caixa, remetem a um complicado sistema de financiamento e controles, obrigando a obtenção de competências específicas para seu entendimento e execução. Além das compras diretas, das licitações, outras modalidades como as consignações exigem desembolsos diferenciados, determinando familiaridade com conceitos como reservas, empenhos, realizações, entre outros.

e) Recursos de utilidade pública

Estes tipos de recursos foram-se modificando ou encarecendo, como novas formas de energia (eólica, solar), comunicação (correio, internet, intranet, teleconferência), combustíveis (gás, gasolina, álcool, diesel), água/esgoto e transportes, exigindo controles para uso mais eficiente.

Atualmente é possível aumentar a produtividade dos recursos na medida em que se conhece melhor o grande desperdício de materiais e de energia no atual sistema industrial.

f) Recursos de informação

Matéria prima para o processo de tomada de decisão e produzida em grande volume a informação não costuma ter o tratamento adequado nas instituições, necessitando de sistemas integrados e informatizados de coleta, tratamento de dados e divulgação de resultados, que possibilitem a geração útil de conhecimento para as instituições.

g) Produtos

O leque de produtos oferecidos envolve a promoção da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico, preferentemente precoce, o atendimento de urgências/emergências, a recuperação da vida, o tratamento adequado e a reabilitação e interferem diretamente na qualidade de vida dos pacientes.

São oferecidos desde técnicas simples como a higienização até as mais complexas e recentes, como a genômica, proteômica, farmacogenética e o uso da nanotecnologia para diagnóstico e tratamento.

Os números dos processos e/ou procedimentos são impressionantes: a Classificação Internacional de doenças - CID 10, com três dígitos pode-se obter mais de 2 mil diagnósticos ou 12 mil diagnósticos com quatro dígitos. Estes podem resultar em 4.394 procedimentos (produtos), conforme a Tabela Unificada do SUS, além de milhares de procedimentos operacionais padrão da enfermagem e da infraestrutura. Em unidades de pesquisa e ensino a quantidade de produtos aumenta, de acordo com a complexidade das atividades. Inexiste empresa ou outro ramo de negócio que produz esta enorme variedade de produtos.

2.3 - Cenários

A elaboração de cenários preditivos não é prática corrente entre gestores de instituições e sistemas de saúde, uma vez que a sua utilização exige a análise do conjunto de variáveis internas e externas citadas acima. Sua montagem depende da qualidade das informações disponíveis. Mas sua importância é inegável para reduzir desperdícios, detectar ameaças, identificar oportunidades de ação, evitar perda de tempo e repetição de processos (BITTAR, 2005).

3 - DISCUSSÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS NA SAÚDE

DeLuiz (2000) ressalta que as competências devem ser compreendidas "... como um conceito político-educacional abrangente, como um processo de articulação e mobilização gradual e contínua de conhecimentos gerais e específicos, de habilidades teóricas e práticas, de hábitos e atitudes e de valores éticos, que possibilite ao indivíduo o exercício eficiente de seu trabalho, a participação ativa, consciente e crítica no mundo do trabalho e na esfera social, além de sua efetiva auto realização."

Citando a Resolução nº 4, de 8/12/1999, da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação Superior, especifica aquelas que deveriam ser tomadas como básicas na área de saúde:

- Técnicas: capacidade de dominar os conteúdos das tarefas, das regras e dos procedimentos da área específica de trabalho;
- Organizacionais ou metódicas: capacidade de autoplanejamento, auto-organização, de estabelecimento de métodos próprios, de gerenciamento;
- Comunicativas: capacidade de expressão e comunicação com seu grupo, desenvolvendo a prática do diálogo;
- Sociais: capacidade de utilizar conhecimentos da vida cotidiana para o ambiente de trabalho e vice-versa;
- Pessoais: capacidade de assumir responsabilidades sobre o trabalho, tomar iniciativas, abertura a mudanças;
- De cuidado: capacidade de interagir com o paciente levando em consideração suas necessidades e escolhas;
- De serviço: capacidade de compreender e se indagar sobre os impactos que seus atos profissionais terão direta ou indiretamente sobre os serviços e pacientes;
- Sociopolíticas: capacidade de refletir sobre o mundo do trabalho, implicações éticas e desenvolvimento da cidadania.

A Resolução Conselho Nacional de Educação Superior/Conselho de Educação Superior (2001), que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, também prescreve que a formação do médico exige deve dotá-lo de como competências para as seguintes áreas: a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente.

Estas competências foram sugeridas para a formação das categorias profissionais da saúde, porém podem ser estendidas e ampliadas para os gestores de saúde, variando a carga de conhecimentos de acordo com a posição na instituição e as responsabilidades do cargo.

Entre suas competências fundamentais estão incluídas, certamente, a correta compreensão e utilização dos conceitos e das funções da administração, como a facilidade em entender e lidar com as funções de planejamento, organização, coordenação/direção e avaliação/controle (monitorar, controlar, fiscalizar, auditar), funções que permitirão a obtenção de resultados efetivos e eficazes, por meio do repensar as práticas operacionais.

Além disso, torna-se necessária a competência específica para a comunicação interna e externa, que permitam atuação sobre a cultura empresarial, sobre comportamentos dos diferentes atores envolvidos, permitindo as necessárias negociações e pactuações, que facilitarão a formulação e implantação de políticas de saúde.

O gestor deve estar preparado para conhecer e lidar com as necessidades estratégicas da instituição, com sustentabilidade, reconhecendo os potenciais destes recursos, empregá-los de forma assertiva, com oportunidades de crescimento profissional, além de garantir a transparência do processo, por meio da utilização de sistemas de avaliação.

Enfim, liderança, domínio de linguagens, compreensão de fenômenos, enfrentamento de situações-problema, construção de argumentações, elaboração de propostas, criatividade e motivação, devem fazer parte do dia-a-dia dos gestores em saúde.

3.1 – Formação para a gestão

O sucesso para o desenvolvimento destas competências pressupõe a integração entre o aparelho formador de mão de obra e os centros de pesquisa e de assistência, incluindo a formação daqueles que vão gerir unidades ou o sistema, com a definição (ou redefinição) do perfil dos profissionais; a determinação e atualização do conjunto de disciplinas capazes de gerar as competências indispensáveis; a criação e precisão dos critérios de avaliação continuada do ensino, aspectos indispensáveis para a necessária satisfação das metas dos Sistemas e Serviços de saúde.

A exigência de estágio prático, durante o curso de pós-graduação em administração de saúde, lato ou strictu sensu, ampliará a capacidade de discernimento e decisão do futuro gestor.

Comparando programas de alguns cursos de gestão em saúde, no Brasil e no exterior, o conteúdo do curso de doutorado da **Harvard Business School** chama a atenção, ao contemplar um conjunto de disciplinas bastante abrangente, que pode ser tomado como base para a discussão e elaboração de currículos semelhantes, adequados à realidade nacional:

Ciências da decisão - Análise de decisão para saúde e prática médica, análise de custo-efetividade e custo-benefício para avaliação de programas de saúde e teoria da decisão;

Economia - Teoria microeconômica e macroeconômica, análise econômica e mercado e falha do mercado;

Ética - Responsabilidade da ação pública, bases éticas da prática da saúde pública, justiça e alocação de recursos, responsabilidade social e individual pela saúde, ética e disparidades em saúde;

Ciências da avaliação e estatística - Introdução à probabilidade, introdução à teoria estatística, probabilidade introdutória e estatística para economistas, introdução a econometria aplicada;

Gerenciamento - Inovação em saúde, gerenciamento em medicina, construindo uma empresa de sucesso e sustentabilidade;

Sociologia médica - Psicologia social e organizações, comportamento social em organizações, seminário sobre análise organizacional, raízes sociais da saúde e da doença, pobreza, cultura e doenças infecciosas e processo organizacional;

Análise política - Análise e estratégia política e políticas de saúde ambiental, serviços de saúde, saúde internacional, mental e saúde pública.

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

As organizações de saúde públicas ou privadas, independentemente de sua complexidade, necessitam de integração para desempenhar as funções necessárias no SUS ou no Sistema de Saúde Suplementar. Estamos na era da informação, dos sistemas e das redes sociais e de trabalho. Esse é o cenário atual para os gestores de saúde. A sustentabilidade econômica/financeira dos sistemas de saúde e a qualidade dos serviços ofertados para a população dependem do estabelecimento de redes eficazes entre as entidades de saúde, que planejem e executem seus procedimentos de forma regulada pelos gestores do sistema, com avaliação e monitoramento constante dos processos e resultados, com sistemas de informações ágeis, informatizados e abrangentes.

Finalizando, Porter (2007) expressou a sua preocupação com os destinos dos sistemas e serviços com a frase abaixo e que revela um sentimento real da situação vivida, no mundo em relação às questões de saúde:

"As necessidades da população e as tecnologias de saúde do século XXI não comportam ser conduzidas com práticas administrativas do século XIX"

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR–ANS/Ministério da Saúde. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos**. Rio de Janeiro.2007.Disponível em:<http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2007_mes03_caderno_informacao.pdf>.Acesso em 26 jan. 2012.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR–ANS/MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos**.. Rio de Janeiro.2010. Disponível em:<http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2010_mes12_caderno_informacao.pdf>.Acesso em 26 jan. 2012.
- BARRADAS LRB, MENDES, JD, **Financiamento do Sistema Único de Saúde–SUS**, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo;2008.
- BITTAR OJNV. **Hospital: qualidade & produtividade**. São Paulo: Sarvier; 1997.137p.ISBN 8573780614/9788573780611
- BITTAR OJNV, Inúmeros números do planejamento de Saúde. **Revista de Administração em Saúde – RAS** , São Paulo,v7,n28,p79-94.2005
- BITTAR OJNV. Magalhães A. Hospitais de Ensino no Estado de São Paulo: seis anos de acompanhamento. **Revista de Administração em Saúde – RAS**. São Paulo,v12–Especial.2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde – Relatório Final**. Brasília,1986.Disponível em<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf>.Acesso em 26 jan. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS**. Série Cadernos Técnicos - Série J. Cadernos. 2ª Edição Revista e atualizada.Brasília,2003.112p.Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios_diretrizes.pdf>.Acesso em 26 jan. 2012.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO SUPERIOR/Câmara de Educação Superior, **Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001**, Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, DOU, 9 de novembro de 2001, Seção I,Pp.38. Disponível em:< <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>> Acesso em 26 jan.2012.
- DELUIZ N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho, Texto base da palestra proferida pela autora no **Seminário Certificação de Competências para a Área da Saúde: os desafios do PROFAE**. Brasília, DF;2000.
- Docteur E. Towards High-Performing Health Systems: The OECD Health Project. Visit of the Swedish Finance Ministry.OECD,27May2004. Disponível em:<<http://www.oecd.org/dataoecd/53/10/32026026.pdf>> Acesso em: 26 jan.2012.
- IBAÑEZ N, VECINA NETO G. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v12,supl.,p1831-1840,nov.2007.
- MACHADO CV. Regulação da Política Nacional de Saúde:estratégias e tendências. In **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. Org. Negri B e Viana ALA. Sobravime/CEALAG, São Paulo,2002.p.505-526.
- MEDICI AC. Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde. In Piola SF, Vianna SM (org) **Economia da Saúde – Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde**. 3ª ed., Brasília, IPEA;2002.p23-68.
- MENDES EV. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**,Rio de Janeiro, v 15, n.5,p2297-2305,2010.
- MENDES, J. D. V.; Bittar, O. J. N. V. Saúde pública no estado de São Paulo–informações com implicações no planejamento de programas e serviços. **Revista de Administração em Saúde – RAS**, Edição Especial (Suplemento). jan. 2010
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, 12 nov. 2009
- MINTZBERG H. **The structuring of organizations**. Englewood Cliffs: Prentice Hall;1979.512 p. ISBN : 9788434461024.

- OLIVEIRA FA. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**,v6,n10,p63-74, fev. 2002,Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/06.pdf>>. Acesso em 26 jan. 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**: relatório mundial. Brasília, 2003. Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/cronicas_-_opas.pdf>. Acesso em 26 jan. 2012.
- ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DA SAÚDE. Chamado à Ação de Toronto - 2006-2015: **Rumo a uma Década de Recursos Humanos em Saúde nas Américas**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/ Ministério da Saúde, Brasília :. (Série D. Reuniões e Conferências).12 p,2006
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud**. Disponível em:<<http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>>. Acesso em 26 jan. 2012
- ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DA SAÚDE. PLANO DE AÇÃO REGIONAL PARA RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE 2007-2015. In 140ª Sessão do Comitê Executivo - Washington, D.C., EUA, 25-29 de junho de 2007. CE140/11 (Port.). Disponível em: <<http://www.paho.org/portuguese/gov/ce/ce140-11-p.pdf>>. Acesso em 26 jan. 2012.
- Porter M, Teisberg, ED, **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Bookman;2007.432p. ISBN 8577800024
- Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS/Ministério da Saúde. Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde financiadas por recursos próprios – 2000-2006. Disponível em:<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Dados_RIPSA-2008.pdf> Acesso em 26 jan. 2012.
- VERAS R. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume Dumará UnATI / UERJ; p12.2002
- WALDMAN EA. Grandes endemias e infecções emergentes: entre a eliminação e a erradicação. In **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. Org. Negri B e Viana ALA. Sobravime; CEALAG, São Paulo,p91-111.2002