

2.4.- Mudanças e reformas nos sistemas e serviços de saúde



Nas sete décadas de história dos sistemas públicos de saúde na Europa, houve uma etapa expansiva até a crise dos anos 1970 e, então, uma série de reformas com padrões convergentes: contenção de custos, racionalismo do planejamento, gerencialismo, mercado, gestão clínica e integração. A crise de 2008 apresenta desafios de sustentabilidade.

Autor: Jose Ramón Repullo

Jefe de Departamento de Planificación y Economía de la Salud

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Repullo Labrador J.R. Mudanças e reformas nos sistemas e serviços de saúde [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; Traducción 2015 [consultado día mes año]. Disponible en: direccion url del pdf.



TEXTOS DE ADMINISTRACION SANITARIA Y GESTIÓN CLINICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



RESUMO

A partir da constituição dos sistemas públicos de saúde na Europa, houve uma primeira etapa de crescimento rápido até 1973. Nesse ano se precipita uma crise econômica internacional, que força o primeiro problema de restrição financeira aos sistemas de saúde; junto a essa crise também emergem outras de racionalidade e legitimização. Nas três décadas seguintes, países com sistemas muito diferentes vão respondendo às pressões da conjuntura internacional de maneira similar; por isso falamos de padrões de mudança e reforma.

Seis padrões são estudados: a contenção de custos e o racionalismo do planejamento dos anos 1970 e início dos anos 1980, que buscam uma primeira alternativa às restrições e crise

assinaladas. O gerencialismo e pouco depois a introdução de elementos de mercado, nos anos 1980 e 1990, buscam introduzir figuras e processos empresariais no setor e gerar concorrência para estimular a produtividade; e, a partir do final dos anos 1990, a atenção passa da mesogestão para a gestão dos microssistemas clínicos, buscando no governo e gestão clínica uma alternativa mais apropriada às organizações de tipo profissional. A crescente fragmentação da medicina em superespecialidades e a complexidade do paciente pluripatológico e frágil levam a estender o padrão da gestão clínica à integração assistencial, como estratégia de melhoria da resposta da rede assistencial ao conjunto de necessidades dos pacientes.

Os padrões se incorporam em um momento determinado, mas sobrevivem como vetores na configuração dos sistemas; a forte e duradoura crise econômica iniciada em 2008 obriga a revisar tais vetores e a questionar sobre o cenário da próxima década.

Introdução: Cenários de desenvolvimento dos sistemas de saúde europeus

1 Contenção de custos.

2 Racionalismo do planejamento

3 Gerencialismo.

4 Introdução de elementos de mercado

5 Gestão Clínica

6 Integração Assistencial

Epílogo: O desafio da crise econômica de 2008: novos padrões para a sustentabilidade?

ANEXOS:

- *Anexo I: Cenários de evolução dos sistemas de saúde europeus*
- *Anexo II: Anotações sobre o processo de mudanças e reformas na Espanha*

Introdução:

Cenários de desenvolvimento dos sistemas de saúde europeus

Cenários de desenvolvimento: da expansão à estabilização

Os sistemas de saúde nos países desenvolvidos, e na Europa em particular, foram criados com notável simultaneidade após a Segunda Guerra Mundial. Sua evolução não ultrapassa 70 anos; uma história muito curta, na qual se passou uma série de transformações, muitas relacionadas com as mudanças internas da ciência e da técnica médica, e também com a evolução econômica, social e política da conjuntura internacional.

Em particular cabe estabelecer duas grandes etapas: até a “crise do petróleo” (1973-74) os sistemas públicos de saúde viveram em um **cenário expansivo**, no qual desenvolveram estruturas, centros e serviços da medicina moderna para a imensa maioria de sua população (uma raridade no âmbito mundial). Apesar da crescente globalização da ciência e da técnica médica, os sistemas de saúde se configuraram de formas muito diferentes de acordo com a história da saúde de cada país e dos processos de negociação da constituição de seus sistemas de proteção: a diversidade dominava sobre a convergência no âmbito institucional e organizativo. No **Anexo I** aprofunda-se essa etapa de quase três décadas.

A partir dessa crise se desencadeiam políticas para combater os componentes de escalada de custos, irracionalidade e falta de resposta a expectativas e preferências de usuários e pacientes. Dá-se início a um **cenário de estabilização**, que se estenderá durante as três décadas seguintes com sucessivas ondas de reformas. O surpreendente é que apesar da diversidade dos sistemas, essas políticas e reformas têm cada vez mais componentes parecidos (padrões).

Os padrões de mudança e reforma dos sistemas de saúde europeus

Desde meados da década de 1970 se objetiva com crescente clareza os desajustes entre as estruturas da saúde que se

A partir da segunda metade dos anos 1940 até princípios dos anos 1970 nascem e se desenvolvem rapidamente os sistemas de saúde europeus; após a crise financeira, de racionalidade e legitimação, começam as reformas, que seguem padrões compartilhados em diversos países: contenção de custos, racionalismo do planejamento, gerencialismo, elementos de mercado, gestão clínica e integração; a crise econômica iniciada em 2008 apresenta novos desafios.

desenvolveram nas décadas anteriores e as novas necessidades, expectativas e demandas.

As mudanças dão lugar, progressivamente, às tentativas de reforma que afetam a diversos cenários e que são formuladas a partir de distintas perspectivas. Por isso caberia falar de “**padrões de reforma**”, que sintetizam esses cenários e perspectivas. Os padrões de reforma foram sendo introduzidos com certo sequenciamento: **a contenção de custos** foi uma resposta pragmática para limitar o crescimento do gasto em saúde; **o racionalismo do planejamento** foi uma resposta técnica que pretendia estabelecer mecanismos de decisão e priorização baseados em estudos de necessidades de saúde; **o gerenciamento** pretendia incorporar métodos e técnicas empresariais na gestão de centros de saúde (especialmente, os hospitais); **os elementos de mercado** acrescentam ao gerenciamento a necessidade de se criar um ambiente competitivo onde é possível efetivamente transferir riscos (e incentivos) do assegurador aos provedores; a necessidade de administrar o essencial e buscar uma maior efetividade nas intervenções em saúde suscita em torno à ideia da **gestão clínica** a questão de uma nova aliança de políticos, gestores e profissionais para a melhoria da gestão e das decisões clínicas; e, finalmente, a mudança epidemiológica e a tendência à fragmentação da medicina especializada evidenciaram que não é possível ter uma boa qualidade da medicina sem integração clínica e organizativa.

A **Figura 1** apresenta aproximadamente esses seis padrões em seu marco temporal: contenção de custos e racionalismo do planejamento são duas respostas paralelas à crise dos anos 1970; após a recessão (anos 1980) e retomada do crescimento econômico, buscou-se estimular a produtividade do hospital por meio do gerencialismo e, um pouco depois (anos 1990), incorporar estímulos de concorrência entre centros e serviços; conforme avançavam os anos 1990 o foco voltou-se para os microssistemas clínicos, buscando a participação dos médicos na gestão (gestão clínica) e a melhoria no funcionamento integrado da rede da atenção à saúde para abordar os novos perfis de cronicidade e pluripatologia (integração).



Figura 1: Os seis padrões de mudança e reforma em seu marco temporal

O caso espanhol se diferencia muito, pois as condições políticas e econômicas da transição para a democracia imprimiram uma defasagem cronológica; no **Anexo II** se aborda a cronologia particular dos padrões na Espanha.

A complexidade do debate atual de reformas consiste em que esses padrões, longe de se extinguirem após seu apogeu na agenda política, **sobreviveram como políticas que se mantêm ativas** e que interagem de forma combinada umas com as outras. Conceber uma reforma sanitária hoje está possivelmente mais relacionado com o **"equilíbrio"** entre tais elementos do que com a opção por uns ou outros (ou com a concepção de outro padrão que transcenda os anteriores).

A primeira década dos anos 2000 apresenta um notável crescimento do gasto em saúde, seguido de uma queda profunda provocada pela **crise econômica e financeira iniciada em 2008**. Não é fácil visualizar como esses diversos padrões têm interagido com o novo cenário, a que se dedica o epílogo final.

Nos pontos a seguir serão revisadas brevemente as características principais dos padrões de reforma.

1.- Contenção de custos

Este é um padrão de resposta pragmática orientada fundamentalmente para o controle econômico do gasto por meio do estabelecimento de limites pelo lado da oferta (tetos orçamentários, leitos instalados, investimentos, produção de profissionais, redução dos postos de trabalho, etc.). A ação pelo lado da demanda (fundamentalmente, custos compartilhados) desempenhou um papel menos importante no contexto europeu.

Na maioria dos países europeus, a existência de um financiador público único (ou dominante) possibilita o desenvolvimento de medidas de controle do gasto em saúde para que esteja em compasso com os menores ritmos de crescimento econômico. Autores como Abel Smith estruturaram as medidas que compõem a estratégia de "contenção de custos" em dois blocos: medidas pelo lado da oferta e medidas pelo lado da demanda¹.

1.1 Medidas orientadas para a oferta

- a) Tetos orçamentários para os centros de saúde** (especialmente hospitais): trata-se de buscar a máxima capacidade de previsão do gasto (aplicação prospectiva) pelos provedores, a partir fundamentalmente dos gastos históricos; a boa gestão seria trabalhar dentro do orçamento; portanto, é preciso fechar na medida do possível todos os gastos que estão ligados ao volume de atividade produzido ou faturado (ou introduzir controles do volume de atividade acima do que não se paga ou se paga menos); países com sistemas abertos de faturamento de médicos extra-hospitalares (França, Alemanha) demonstram maior dificuldade para conter seus gastos nesse âmbito; os que têm sistemas de atenção primária e extra-hospitalares baseados em salário ou per capita respondem com maior rapidez ao controle orçamentário (exceto em rubricas de despesas abertas como farmácia).

*A CON-
TENÇÃO DE
CUSTOS é
um padrão
de resposta
pragmática
orientada fun-
damentalmen-
te ao controle
econômico
do gasto, por
meio do esta-
belecimento
de limites pelo
lado da ofer-
ta e de ações
pelo lado da
demanda para
moderar a
utilização de
serviços.*

- b) Limitação na produção de profissionais de saúde:** as políticas educacionais de admissão nas faculdades de medicina se tornam mais estritas (compensando políticas anteriores de superprodução); em sistemas abertos (onde qualquer graduado pode se estabelecer, exercer e contribuir para a seguridade social), há o medo de que a oferta gere demanda; em sistemas fechados (com barreiras ao emprego público), há prevenção frente ao desemprego médico causado pelas distorções entre políticas de educação e de saúde.
- c) Limitação para o crescimento de postos de trabalho nos centros e serviços:** seja pela restrição dos postos de trabalho (número de efetivos por categorias e unidades) ou orçamentária (gasto máximo), seja por autorizações expressas dos órgãos superiores para a contratação interina ou convocatória, são estabelecidas barreiras ao crescimento dos recursos humanos na rede.
- d) Limitação de leitos, novas instalações e tecnologias:** o fechamento de leitos, as fusões de hospitais, e a regionalização e racionalização de instalações e serviços são mecanismos para reduzir a oferta, aproveitando mudanças tecnológicas da medicina, que não tornam tão necessária a assistência no regime de hospitalização e que permitem amortizar instalações obsoletas que provinham de épocas anteriores. Boa parte da reconversão da rede hospitalar está voltada no sentido de reformular para doentes crônicos ou como instituições socio sanitárias alguns centros escassamente viáveis para atenção de pacientes agudos, e no caso dos hospitais psiquiátricos se introduzem novos modelos baseados na atenção comunitária, que questionam o anterior modelo de custódia e minimizam a necessidade de leitos de longa permanência.
- e)** A restrição financeira para novos investimentos faz com que **se protelem ou atrasem as agendas de construção** e funcionamento de novos centros e serviços. De forma similar, o controle das novas tecnologias (especialmente, aquelas com instalações de alto custo) leva a desacelerar o processo de difusão, assim como a apresentar controles à inovação tecnológica.

As ações pelo lado da oferta mais importantes foram:

- **Tetos orçamentários para os hospitais**
- **Limitação da produção de médicos nas faculdades**
- **Limitação do crescimento de postos de trabalho, da renovação de tecnologias e da construção de novos centros**
- **Políticas para reduzir a prescrição farmacêutica e a indicação de provas diagnósticas**

f) Métodos para influenciar o comportamento e as decisões dos clínicos: as decisões clínicas têm efeitos nos gastos do sistema e, portanto, foram apresentadas medidas para influenciar seu comportamento em diversos sentidos: nos países com médicos extra-hospitalares que faturam por atividade, foi alterado o valor relativo dos itens a serem faturados (para torná-los menos rentáveis e desanimar sua indicação); nos consumos induzidos pela prática clínica (provas, derivações, prescrições), foram utilizados **perfis** para identificar os médicos “mais desviados”, sobre os quais se deveria atuar aconselhando ou penalizando economicamente; nos médicos vinculados de forma per capita, foram experimentadas mudanças no modelos de remuneração que premiam comportamentos de acordo com objetivos pactuados.

1.2 Medidas orientadas para a demanda

a) Custos compartilhados

Este foi e continua sendo um dos temas centrais no debate da saúde. Partindo da teoria econômica, ao fornecer um bem a custo zero (no momento do uso), há a tendência de se demandar mais quantidade que a “necessária”

(ao menos, a partir do critério econômico de eficiência atribuída). No entanto, esse modelo se depara com uma realidade na qual a maior parte das decisões de consumo é tomada pelo médico em seu duplo papel de conselheiro do paciente e provedor de serviços. Logo nos primeiros contatos desencadeados pelo paciente (atenção primária, urgências...) a iniciativa do médico desempenha um papel determinante; se "tickets moderadores" são introduzidos nesses contatos, pode-se reduzir a utilização, mas é difícil discriminar entre a demanda abusiva e a demanda apropriada (inclusive pode-se colocar em risco a consulta por motivos preventivos ou frente a sintomas iniciais).

Muitos países europeus tinham uma participação nos gastos, mais em farmácia, próteses e órteses, do que em serviços médicos. As dificuldades financeiras levaram a aumentar a contribuição ou implementar alguns copagamentos por consulta ou hospitalização. Boa parte dos copagamentos na Europa até 2004 resultou do ajuste dos anos 1970, aos quais se somaram os realizados naquele ano na Alemanha (introduzidos pela primeira vez), na França (incrementos a seus sistemas tradicionais de copagamento) e em Portugal; a partir de 2008 foram desencadeados nos países do Sul da Europa (particularmente em Portugal, Grécia e Itália) novos copagamentos com objetivos claramente de arrecadação².

Não obstante, cabe ressaltar que nos anos 1970 os custos compartilhados desempenharam um papel menor nas estratégias de saída da crise; a contenção de custos, para muitos autores, voltou-se fundamentalmente para medidas pelo lado da oferta.

As medidas pelo lado da demanda foram:

- ***Os custos compartilhados***
- ***A especificação e limitação de prestações***

b) A delimitação e limitação do catálogo de prestações e serviços

Além dos custos compartilhados, outro tipo de medidas

que se costuma citar são as **exclusões de cobertura** de determinadas prestações ou serviços do “pacote público” (cabe interpretá-las como uma restrição pelo lado da oferta ou como um pagamento compartilhado em 100% por parte do usuário). As exclusões, ou a definição positiva das prestações do pacote público, foram um tema de crescente importância nos debates sobre reforma na saúde, especialmente desde o *Relatório Dunnig* na Holanda³; aplicações práticas foram dadas em temas complementares à assistência (próteses, óculos, ambulâncias, etc.) e no mercado do medicamento (listas positivas e negativas).

A delimitação ou ordenação das prestações dos sistemas públicos orienta o mesmo tema a partir de uma perspectiva de “lista positiva”, que permita fornecer garantias aos cidadãos e ao mesmo tempo explicitar o debate sobre a conveniência e custos das novas prestações e serviços. No entanto, salvo algumas exclusões de significado menor, a contenção de custos como política também não reduziu a carteira de prestações e serviços.

Na Espanha esse debate ocorreu posteriormente, em dois momentos; no ano de 1995 a propósito do Real Decreto de Ordenação de Prestações⁴, onde dominou a preocupação sobre como tornar explícito o conjunto de prestações públicas, e na Lei de Coesão e Qualidade do Sistema Nacional de Saúde de 2003, onde se incorpora uma preocupação de garantia de homogeneidade de prestações do Sistema Nacional de Saúde (SNS) em qualquer das autonomias do Estado Espanhol.

2.- Racionalismo do planejamento

Enquanto a contenção de custos marcava um teto orçamentário que a saúde pública podia gastar, dentro do setor da saúde se apresentava uma revisão crítica da forma como foram desenvolvidos os sistemas públicos de saúde. Particularmente o otimismo clínico hospitalocêntrico não se justificava facilmente com os dados do crescimento da esperança de vida. Um novo padrão de superação da crise de racionalidade foi articulado pelos Ministérios da Saúde, como resposta própria e setorial, combinada com as restrições financeiras: “*se a Fazenda nos*

apresenta o teto, devemos conseguir o maior impacto em saúde com o dinheiro a nós atribuído”.

O padrão racionalista é orientado a estimular iniciativas de promoção da saúde e ação intersetorial, a enfatizar a prevenção clínica, a potencializar o nível de atenção primária, a racionalizar a estrutura assistencial criando mecanismos de planejamento e coordenação, e a reorientar o sistema para objetivos de saúde.

No final dos anos 1970, e no contexto de uma nova corrente sanitarista internacional, houve a necessidade de uma revisão radical dos fundamentos sobre os quais se havia construído o modelo assistencial anterior; alguns de seus elementos característicos seriam:

O padrão racionalista é orientado a estimular iniciativas de promoção da saúde e ação intersetorial, a enfatizar a prevenção clínica, a potencializar o nível de atenção primária, a racionalizar a estrutura assistencial criando mecanismos de planejamento e coordenação, e a reorientar o sistema para objetivos de saúde.

- a) Busca por novas frentes de ação em saúde e intersetorial:** por meio da promoção da saúde e da educação em saúde; a importância de determinantes de saúde ambientais, socioeconômicos, comportamentais e nutricionais no surgimento e desenvolvimento da doença leva ao entendimento de que a efetividade das intervenções em saúde deve abranger ações de proteção e promoção que incorporem diversos cenários e agentes (e não somente a mera recepção da morbidade gerada).
- b) Promoção de um novo compromisso da rede assistencial com a prevenção clínica:** por meio das imunizações, triagem, diagnóstico precoce, quimioprofilaxia e conselho médico e sanitário. Portanto, sair do modelo reparador curativo e tentar, desde os próprios cenários clínicos, atuar sobre o paciente e seu meio familiar, promovendo condutas protetoras e adaptativas frente à doença e favorecendo intervenções em estados iniciais.
- c) Estruturação do sistema de saúde de acordo com uma racionalidade populacional:** evitando a sobreposição de redes e serviços, regionalizando e setorizando os recursos (particularmente a rede hospitalar), implantando mecanismos de coordenação e sinergia, e criando uma série de instrumentos estáveis de planejamento e coordenação que forneçam racionalidade e ordem à própria organização da saúde para ofertar pacotes homogêneos e acessíveis de serviço para a população. Um aspecto fundamental é

o nivelamento da igualdade no acesso, na utilização ou no gasto; e daí os estudos de desigualdade e as fórmulas de atribuição do financiamento territorial, como a famosa fórmula RAWP que teve início no Reino Unido para potencializar a alocação econômica para áreas de maior necessidade em saúde⁵.

d) Potencialização da Atenção Primária: surge como uma resposta diante da necessidade de dar coerência, longitudinalidade, continuidade e racionalidade de um sistema de saúde cada vez mais dividido em especializações; resgatar o enfoque biopatológico do indivíduo e converter o generalista em um agente determinante que aconselha ao paciente no conjunto de suas relações com os especialistas. Esta função de “porta de entrada” (*gate-keeper*) se demonstrou como algo conveniente e efetivo, tanto do ponto de vista da lógica clínica como também desde a perspectiva econômica. A atenção primária pode também desempenhar um papel fundamental no apoio e desenvolvimento de estratégias de prevenção.

e) E, finalmente, reorientação do sistema para objetivos de saúde: estabelecendo mecanismos técnicos e sociais de priorização, seja para potencializar uma série de serviços que habitualmente desfrutam de menos influência (atenção primária, saúde mental, pessoas portadores de deficiência, etc.), seja para o desenvolvimento de programas de melhoria diante de problemas de saúde ou patologias (temática central nos **Planos de Saúde**).

O balanço deste padrão não foi tão positivo como se esperava. As mudanças estruturais que se pretendiam nos sistemas de saúde europeus resultaram muito difíceis, pois a dependência da trajetória (a inércia dos modelos por sua trajetória histórica) e os interesses dos agentes sanitários estavam fortemente atados ao *status quo*. Também os usuários e pacientes estavam razoavelmente satisfeitos e havia pouca necessidade percebida de mudanças. Particularmente, o modelo centrado no especialista e no hospital era muito popular (e continua sendo) e, apesar da conveniência técnica de reorientar o sistema para a atenção primária e para a prevenção, manteve-se a lógica do acesso direto ao especialista, a fascinação tecnológica e o consumismo na saúde.

Nos países do sul da Europa, onde as ditaduras haviam impossibilitado uma legitimação social e profissional de seus sistemas públicos de saúde (especialmente Espanha e Portugal), a influência reformista de Alma-Ata tem mais impacto e favorece tanto o desenvolvimento da atenção primária como a regionalização dos hospitais.

3.- Gerencialismo

*O padrão gerencialista apresenta a empresaria-
lização dos hospitais por meio da in-
corporação de técnicas e
figuras gestoras do mundo
da empresa, buscando uma
maior eficiência produtiva
nos recursos materiais e
humanos existentes.*

O padrão gerencialista apresenta a “empresarialização” dos hospitais por meio da incorporação de técnicas e figuras gestoras do mundo da empresa, buscando uma maior eficiência produtiva nos recursos materiais e humanos existentes.

A ideia de “gerir” as instituições da saúde (introduzir técnicas gestoras e figuras diretivas similares as do mundo da empresa) se apresenta no início dos anos 1980 e resulta de dois fatores: a renovada preocupação pela eficiência produtiva e a constatação de desajustes estruturais do modelo administrativo-corporativo de organização do hospital público.

Com relação ao primeiro, há uma **reação à irracionalidade profunda que supõe a contenção de custos**: a economia mais fácil se faz com todos aqueles custos que não vêm obrigados ou estão comprometidos; os custos fixos (postos de trabalho fixos, instalações, tecnologias, etc.), que são os principais (80%), mantêm-se, mas os custos variáveis (postos de trabalho eventuais, substituições, suprimentos, consumíveis, etc.) tendem a se limitar. Diminuir a atividade (menos ocupação, maior permanência média, etc.) é o único coerente para economizar custos variáveis sem prejudicar a qualidade do serviço. Por isso, a contenção de custos produz uma economia global, à custa de um encarecimento de cada processo, uma vez que os enormes custos fixos acabam sendo distribuídos em menor atividade. Enquanto a economia se reativa, e a pulsão de conter custos totais se atenua, o problema principal que emerge nas políticas de saúde é como recuperar a eficiência produtiva na atividade dos hospitais; e como reabsorver as listas de espera que vão se acumulando e se configurando como problema de impacto crescente na opinião pública.

Mantém-se o **desajuste da organização convencional do**

hospital público com os esquemas organizativos do mundo da empresa. Em boa medida, o **hospital convencional** (até o final dos anos 1970) estava baseado em um modelo centrado nos profissionais, coordenado por ajuste mútuo entre os mesmos, com sistemas corporativos de decisão e com estruturas administrativas dependentes, cuja tarefa em boa parte estava na busca de viabilidade para as decisões técnicas dos líderes dos serviços clínicos. A vinculação salarial dos especialistas faz com que sua motivação esteja fortemente centrada em “seus” pacientes (e não tanto na população que o rodeia e nos que ainda não tenham sido vistos nem convertidos em seus pacientes) e no desenvolvimento de seu conhecimento científico e de suas inquietudes profissionais. Os custos assistenciais não são realmente levados em conta e os litígios de alocação de recursos (investimentos, postos de trabalho, etc.) são canalizados como demandas para as instituições proprietárias dos hospitais ou internamente por meio de priorização intracorporativa.

O modelo não funciona mal em um contexto expansivo (onde é possível fazer coisas novas e continuar fazendo mais do que se vinha fazendo) e respalda o desenvolvimento da inovação, reforçando as motivações técnico-científicas do especialista. O contexto de contenção de custos torna cada vez mais difícil que tal modelo expansivo se mantenha intacto: para fazer coisas novas, é preciso deixar de fazer mais de algumas coisas que se vinha fazendo, ou inclusive é preciso reduzi-las.

O modelo gerencialista busca sua inspiração em hospitais que têm que se mover em um contexto comercial, como autênticas empresas (públicas ou privadas), particularmente nos Estados Unidos. Esses modelos são decididamente incorporados por Margaret Thatcher em 1983 ao Sistema Nacional de Saúde britânico (após a recomendação do *Relatório Griffiths*) e na Espanha a partir de 1985 com as mudanças na estrutura de gestão dos hospitais do Instituto Nacional da Saúde (INSALUD).

Neste padrão de reforma são apresentados dois tipos de inovação: a introdução da gerência de equipes e a implantação de processos de gestão.

a) Gerência de Equipes

O modelo gerencial de equipes busca uma mudança no

O gerencialismo supõe, a partir de um ponto de vista de estrutura, o surgimento da gerência de equipes para o governo dos hospitais (designadas pelo financiador) e o desenvolvimento de uma série de processos gestores que pretendem modernizar o funcionamento das funções convencionais de gerência das organizações.

balanço de poder (e nos direitos de propriedade) com relação ao modelo administrativo anterior. Por meio do gerente nomeado para o hospital (e da equipe dirigida por ele), a autoridade sanitária ou o assegurado se fazem presentes no centro para fazer valer os interesses do financiador na gestão cotidiana. Isso supõe um choque com o poder médico, na medida em que se questiona o controle corporativo das elites responsáveis pelos serviços (ainda que não se questione a autonomia clínica individual ou a autonomia técnica intrasserviço).

Por isso, a introdução de gerentes é recebida com hostilidade em sistemas com coordenadas políticas diferentes, particularmente pelos médicos, devido a duas razões diferentes:

- a) por buscar uma mudança do **balanço de poder** entre agentes: o assegurado ou financiador público, por meio dos gerentes, se personifica de forma cotidiana no funcionamento dos hospitais, limitando a margem de atuação local. Isso impugna o controle tácito da corporação médica sobre a instituição e leva a um reajuste de papéis e comportamentos.
- b) pela **inadaptação dos modelos gerenciais** ao tipo de trabalho desenvolvido pelos médicos: as ciências da organização e a gestão ainda estavam fortemente ancoradas no paradigma industrial, e era ainda muito limitada a compreensão das organizações de prestação de serviços e das organizações profissionais; a grande dificuldade para padronizar a clínica criava um cenário de incompreensão e desencontro.

Após a introdução dos gerentes se produz um processo adaptativo: os clínicos aprendem a aceitar as novas condições de limitações orçamentárias e os gestores são cada vez mais conscientes da dificuldade de ensaiar estilos gerenciais hierárquicos e autoritários em uma organização profissional na qual podem exercer escasso controle do sistema produtivo.

b) Processos gestores

<i>São desenvolvidas inovações nos processos gestores em diversos âmbitos:</i>
<i>• Sistemas de informação sobre produção</i>
<i>• Análise de custos</i>
<i>• Fixação de objetivos por pactos</i>
<i>• Gestão e programação de pacientes</i>
<i>• Gestão de investimentos, suprimentos, armazenamentos e logística</i>
<i>• Terceirização de serviços gerais, de hotelaria e de suporte</i>
<i>• Informação e atenção ao cliente</i>

São numerosos os processos gestores de caráter inovador que estão sendo desenvolvidos, já que o hospital está justamente entrando em um turbilhão de mudança tecnológica muito relevante (logística, informática, processos de gestão etc.). Destacamos alguns deles de particular relevância:

- Desenvolvimento de **sistemas de informação** sobre atividade e produção, passando dos indicadores de primeira geração (consultas, receitas, ocupação e seus índices agregados, como as Unidades Ponderadas Assistenciais baseadas em unidades relativas de valor) aos de segunda geração relacionados à casuística (Grupos Relacionados com o Diagnóstico – GRD, Categorias de Gestão de Pacientes – PMC, severidade etc., e seus índices orientados a modular a avaliação como as Unidades de Complexidade Hospitalar)⁶.
- Desenvolvimento de sistemas de **análise de custos** (contabilidade analítica) para vincular a informação econômica com a assistencial.

- Ensaio de primeiros modelos de **fixação de objetivos por métodos de negociação** com as unidades e criação de sistemas de avaliação e painel de controle.
- Melhoria dos **sistemas de gestão e programação de pacientes** e fluxos entre níveis e serviços. Incorporação das Tecnologias de Informação e Comunicação à gestão de redes.
- Implantação de **sistemas de gestão de investimentos, de logística** (compras, suprimentos, armazenamento e distribuição), hotelaria, manutenção e segurança, mais atualizados.
- **Terceirização** de serviços gerais, de hotelaria e de suporte: limpeza, manutenção, segurança, lavanderia, cozinha e outros serviços passam a ser contratados de empresas externas.
- Introdução de perspectiva de **orientação ao cliente** (informação, atenção a preferências, acolhimento, sugestões e reclamações, circulações e sinalizações, simplificação de processos, etc.).

Em alguns sistemas integrados, como na Suécia e no Reino Unido, foram produzidas mudanças estruturais que facilitam a incorporação do gerencialismo: a existência de órgãos de governo, a separação dos modelos de função pública clássica para outros de empresa pública ou ente autônomo etc.

Em outros, como na Espanha, pretende-se a introdução de figuras e processos gerenciais sem modificar substancialmente a arquitetura organizativa dos hospitais de gestão direta administrativa. Particularmente nessa situação, a função gerencial padece de três desenvolvimentos: a **gestão financeira** (baseada em autorizações do financiador ligadas ao orçamento ou inclusive, no caso dos hospitais públicos espanhóis, diretamente abonados pela Tesouraria das administrações públicas correspondentes – das comunidades autônomas – CCAA); a **gestão de pessoal** (os recursos de autorização, pagamento, contratação, seleção, remuneração, sanção e incentivos se encontram fortemente centralizados na entidade financiadora ou na gestão da rede de atenção à saúde); e a **gestão contratual e de compras**

(basicamente concebida com as mesmas regras que a função pública, que privilegia o procedimental sobre o ágil ou eficiente).

4.- Introdução de elementos de mercado

Este padrão de reforma aparece com uma pequena defasagem com relação ao gerencialismo e está relacionado às insuficiências do referido padrão. Com efeito, o gerencialismo resulta em uma situação de “empresários sem empresa”, na qual é difícil conceber um projeto gestor em um meio administrativo e sem contar com ferramentas fundamentais de gestão (econômico-financeiras, contratuais e de pessoal).

A introdução de características próprias do mercado em ambientes públicos busca manter as vantagens do ambiente público planejado e regulado, acrescentando as do estímulo à eficiência produtiva: que tenha algo que ganhar aquele que responde bem às expectativas sociais e algo que perder aquele que não as atende. Para isso são necessárias duas questões:

- a) criar uma **separação entre as funções de compra e de provisão** (substituindo relações hierárquicas por relações contratuais); a separação cria um espaço que rompe ou atenua o vínculo hierárquico e permite estabelecer relações contratuais; os contratos-programa ou contratos de gestão, ainda que não sejam autênticos contratos comerciais (exigíveis perante os tribunais), permitem transferir algum risco econômico do financiador para o provedor, acrescentando aspectos de competitividade entre centros públicos⁷.
- b) reforçar a **autonomia organizativa dos prestadores de serviço**, para que possam converter a pressão contratual (externa) em mudanças eficientes (internas) de seus processos de produção; assim, os hospitais britânicos na reforma de 1992 se constituem como hospitais autônomos (“*self governing hospital trusts*”) com amplas competências e atribuições de gestão autônoma⁸.

O modelo tem certa beleza formal: o Parlamento aprova um orçamento para o sistema público de saúde; por meio de contratos são estabelecidos objetivos e financiamento para todos

Os elementos de mercado que são propostos ao se introduzir uma separação entre o nível de compra e o de provisão (substituindo relações hierárquicas por relações contratuais) buscam criar meios para transferir o risco econômico do financiador para o prestador, acrescentando aspectos de competitividade entre centros públicos.

A busca por modelos híbridos entre plano e mercado é o substrato filosófico da reformulação de sistemas que se propõe.

os centros; e o dinheiro segue os pacientes para que os centros e serviços que melhor respondam às necessidades, demandas e preferências dos pacientes possam ser mais bem financiados e ter margem de crescimento e desenvolvimento de serviços; e também para que os que fracassem na concorrência, vejam-se obrigados a administrar a diminuição e a buscar melhorias que os situem novamente como ponto de atração de pacientes. Isso era na essência o lema “*Money follow patients*” (que o dinheiro siga os pacientes).

O debate sobre este modelo de reforma foi central nos países com Sistemas Nacionais de Saúde ao longo dos anos 1990. Na Espanha, o *Relatório Abril* de 1991⁹ foi amplamente influenciado, da mesma forma que o parecer da Comissão Parlamentar para a Consolidação e Modernização do Sistema Nacional de Saúde de dezembro de 1997¹⁰.

A experiência britânica da separação compra-provisão e da empresarialização dos hospitais foi complexa e controvertida. Extrapola o espaço e propósito deste tema abordá-la, sobretudo quando o modelo britânico tinha a peculiaridade de a atenção primária ter se convertido na compradora de serviços hospitalares (junto com as autoridades de distrito). Porém, podemos destacar que a principal falha do modelo consistiu no fato de ser **difícilmente compatível com as restrições orçamentárias globais**: de fato, se o serviço que tem melhor desempenho em captar demanda recebe mais recursos, porém os demais serviços devem ser mantidos (não se permite a quebra quando se trata de instituições públicas), o sistema somente se equilibra se pode crescer indefinidamente (se administra o aumento, mas não se administra a diminuição). Portanto, os provedores que supostamente recebem o risco de cumprir os contratos podem devolver ao comprador uma parte substancial do risco recebido, dado que este não pode questionar a continuidade do provedor.

Entre 1992 e 1996 este modelo teve um efeito claramente inflacionário no gasto em saúde no Reino Unido. Além disso, houve o inconveniente de que os hospitais que triunfavam na concorrência usavam seu dinheiro para ampliar discricionariamente a carteira de tecnologias e serviços. O novo governo trabalhista britânico decidiu modificar tal reforma¹¹, eliminando os aspectos de relação comercial e concorrência entre centros e favorecendo elementos mais próximos ao planejamento e à negociação entre

hospitais, atenção primária e autoridade sanitária. Não obstante, as políticas de Tony Blair a partir de 1997, após uma etapa inicial de recapitalização do sistema, resultaram em processos radicais de terceirização ao setor privado de parte da atividade assistencial, dentro da filosofia de livre escolha e de radicalizar a concorrência incluindo agentes externos (o anterior modelo era chamado "mercado interno" por somente permitir a concorrência entre provedores públicos).

É importante mencionar que no debate espanhol, e apesar da retórica de mercado interno ou separação compra-provisão, o aspecto principal que se propõe é conseguir escapar da rigidez administrativa de uma rede de atenção à saúde pública estreitamente condicionada por normas de procedimento administrativo e de gestão de pessoal. Em vez de um intento radical de separação entre compra e provisão, articulou-se uma diferenciação ligeira, por meio dos contratos-programa e dos contratos de gestão (primeira e segunda metade dos anos 1990). Em vez de empresarializar os hospitais convencionais, o que se fez foi constituir os novos hospitais em modelos de gestão com maior autonomia e competências de gestão (consórcios, fundações, empresas públicas, etc.). Entretanto, esses hospitais e serviços novos eram de menor dimensão (menos de 200 leitos) e, ainda que trouxessem interessantes inovações, não arrastaram o resto da rede; os grandes e médios hospitais convencionais (mais de 400 leitos em média) seguiram instalados em modelos administrativos clássicos.

Poderia se dizer que o experimento de mercado dos anos 1990 na Espanha foi menos radical e algo mais cosmético que na Suécia e no Reino Unido; evitaram erros e retificações, mas à custa de demora nas mudanças fundamentais na organização dos centros de saúde públicos¹².

5.- Gestão Clínica

Se a década de 1980 tinha esgotado a ideia de mudanças dos sistemas e buscado melhorias na gestão empresarial dos centros de saúde, a década de 1990 esgota também a ideia da "mesogestão" e coloca sobre a mesa a necessidade de seguir no sentido da "microgestão". Esta é a mudança que vai ocorrendo ao longo dos anos 1990, tomando como precursores

A experiência britânica do "mercado interno", com separação de compra e provisão, autonomia de gestão para hospitais e concorrência entre centros públicos, desenvolveu-se nos anos 1990 e teve bastante influência no âmbito internacional e na Espanha em particular (contratos-programa e contratos de gestão nos hospitais e áreas da atenção primária, assim como as Novas Formas de Gestão).

O balanço do experimento britânico mostrou a dificuldade para que o financiador transfira realmente riscos aos provedores nos ambientes de políticas públicas, o que leva a tensões inflacionistas que atentam contra as limitações macroeconômicas de contenção de custos.

os movimentos da “medicina baseada em evidência”, “qualidade assistencial”, “bioética clínica”, “gestão de riscos e segurança do paciente”, “análise de variabilidade” e de resultados (*outcomes*) e “avaliação de tecnologias em saúde”, que foram penetrando no mundo profissional da medicina, com a liderança de grupos muitos ativos no escrutínio intraprofissional da prática clínica.

Essencialmente, o assunto consiste em que os ganhos em saúde da população e pacientes por unidade de gasto em saúde cada vez dependem mais da “caixa preta” de decisões clínicas; a virada para a gestão do essencial (o que agrega valor) exige a contribuição ativa dos profissionais. O movimento para a gestão clínica é o expoente desse novo desafio que questiona (ou condiciona) boa parte da organização convencional e os métodos gestores testados.

Gestão clínica

- Os desafios de uma verdadeira eficiência (ganhos em saúde da população e pacientes por unidade de gasto em saúde) cada vez dependem mais da “caixa preta” de decisões clínicas.
- Alimenta-se das evidências de variabilidade da prática clínica e da necessidade de fundamentar cientificamente as decisões.
- Seu desenvolvimento exige a contribuição ativa dos profissionais.
- E também supõe um novo desafio que questiona (ou condiciona) boa parte da organização convencional e os métodos gestores testados.

Este padrão de reforma é complexo de definir, pois se tratar mais de um movimento emergente que de um processo consolidado; sua configuração, em boa medida, depende das insuficiências que foram demonstradas nos padrões anteriores de reforma.

Os referidos padrões se basearam basicamente em identificar as linhas envolventes de custos e atividade como principais variáveis

de gestão (por linhas envolventes queremos dizer grandes cifras agregadas). Trabalhar dentro do orçamento ou aumentar a atividade (medida, por exemplo, em Unidades Ponderadas de Assistência à Saúde ou UPAS) eram os descritores habituais que chamavam a atenção dos gestores e constituíam o núcleo da avaliação externa sobre o desempenho dos centros.

A mudança para sistemas de medição de casuística (Unidades de Complexidade Hospitalar), ainda que suponha uma melhoria nas métricas de atividade (reflete muito melhor a complexidade, severidade e custos dos pacientes atendidos), leva em seu uso habitual ao mesmo viés de medição agregada de atividade.

O prestígio da padronização industrial colide com o núcleo duro da atenção à pessoa doente. A mesogestão busca normas e os bons médicos buscam fazer protocolos e manuais para reduzir a variabilidade inapropriada, mas a natureza complexa ou caótica de uma parte importante da interação clínica não é bem entendida sem uma mudança de mentalidade. Os modelos de gestão clínica começam a avançar quando se produz um depósito de confiança nos profissionais e se abandona a fantasia de controlabilidade industrial a favor da construção de competências, habilidades e alianças entre a mesogestão e as unidades ou áreas de gestão clínica.

A ideia de "gestão clínica" pode ser formulada em um duplo sentido: **tornar mais clínica a gestão**, e **tornar mais gestora a clínica**; por meio de ambos componentes se facilita a identificação de aspectos importantes deste padrão emergente.

a) Tornar mais clínica a gestão (administrando "o essencial", o conhecimento e as interdependências sistêmicas)

Quando falamos em tornar mais clínica a gestão, queremos expressar que o trabalho gerencial da rede de atenção à saúde e dos centros deve incorporar decididamente a dimensão clínica e produtiva (e não somente a de alocação financeira, controle de atividade e custos e resolução de incidências). Trata-se de buscar métodos que vinculem as ações de todo o sistema com o objetivo de melhoria em saúde e capacidade de resposta. Para isso, são apresentados dois tipos de desafios: a gestão do essencial e a gestão do

conhecimento.

A gestão clínica tem dois componentes:
• Tornar mais clínica a gestão
• Tornar mais gestora a clínica

- Tornar mais clínica a gestão

- Tornar mais gestora a clínica

A gestão do essencial (a produção dos serviços assistenciais).

Uma gestão eficiente do sistema de saúde exige que sejam introduzidos em cheio nas preocupações da gestão os aspectos produtivos e da efetividade dos serviços de saúde. Portanto, os aspectos técnico-científicos da produção de serviços passam a ocupar o centro de gravidade na gestão dos sistemas. **A “gestão do essencial”** implica precisamente dar um passo desde a mera atenção às “envolventes de atividade e custos agregados” para uma nova dimensão onde sejam considerados de forma central os aspectos de produção, efetividade, qualidade, segurança e eficiência.

Isso implica mudanças na função gerencial dos centros de saúde. As competências e os saberes dos gestores devem se ampliar, e as Coordenações Médicas ou Assistenciais passam a ter um novo significado e importância nesse contexto (como divisão de produção da organização).

Também os sistemas de informação devem se voltar para incorporar indicadores mais sensíveis à qualidade técnico-científica e à dimensão de “responsabilidade” populacional dos serviços clínicos (com foco nos ganhos em saúde do conjunto da população e não somente dos pacientes que recorrem aos serviços). De forma coerente, os pactos anuais e os sistemas de avaliação devem conceder maior peso ao componente de efetividade e qualidade no trabalho assistencial.

Para conseguir essas novas competências é preciso um saber novo que sintetiza o clínico e o gestor, e que se obtém com maior facilidade e economia em escalas de rede de

atenção à saúde (e inclusive em âmbitos internacionais). Por esse motivo, a gestão do essencial leva à gestão do conhecimento.

Para tornar mais clínica a gestão, o desafio implica em:

- **Administrar o essencial:** isto é, a função de produção, reforçando o papel e dinamismo das Coordenações Assistenciais e os objetivos e informação de efetividade e qualidade.
- **Administrar o conhecimento,** para contribuir, a partir da rede de atenção à saúde, com uma política científica e instrumentos de integração da literatura científica, de qualificação da evidência e de apoio às melhores práticas e à excelência.

A gestão do conhecimento.

A base de conhecimento, ou capital intelectual da organização de saúde, é seu ativo principal, e se constitui em um saber clínico que está essencialmente globalizado (e sob a custódia da própria comunidade científica dos profissionais e suas especialidades) e em um contexto organizativo e de motivação que (ao contrário do anterior) tem uma dimensão local (dos sistemas de saúde, seus centros e seus serviços).

A gestão do conhecimento por parte dos sistemas de saúde busca contribuir com uma "direcionalidade" para a geração e difusão do conhecimento, em função dos grandes desafios (problemas de saúde) que enfrenta o sistema; é, portanto, uma política científica (Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação) que busca alinhar o conhecimento com os problemas sociais e de saúde.

Porém, a gestão do conhecimento também implica nesse caso na necessidade de facilitar que a melhor evidência científica e saber profissional possam se integrar e estar disponíveis para a tomada de decisão clínica. E, como diziam os editorialistas do BMJ em 1995, ao ritmo em que eram produzidas as publicações, cada médico comprometido em se atualizar deveria ler 17 artigos todos e cada um dos dias

do ano¹³ (para medicina geral seriam 19 artigos, conforme ampliação em um editorial de 1996). Era, portanto, necessário compilar e qualificar toda a produção científica.

Foi de grande ajuda que a partir dos anos 1990 generalizaram-se em distintos países e regiões as Agências de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Também os Planos de Saúde ou documentos de prioridades de saúde avançaram no sentido de utilizar instrumentos de conhecimento para incentivar inovações baseadas em evidências de efetividade para a melhoria da saúde das populações ou pacientes.

Um caso particularmente interessante foi o desenvolvimento a partir das reformas de 1997 do Serviço Nacional de Saúde, britânico, que levou à criação de uma agência (Instituto Nacional para a Saúde e Excelência Clínica – *National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE*)¹⁴ onde se integram aspectos de avaliação tecnológica, guias de prática clínica, vigilância de procedimentos intervencionistas potencialmente perigosos, recomendações de não atuação, e orientações para programas de auditoria clínica e melhoria da qualidade.

Em todos esses desenvolvimentos que foram mencionados, aparece claramente um fato: a posição hierárquica das autoridades sanitárias não é suficiente para governar o sistema, pois é necessária a legitimidade do conhecimento científico para justificar objetivos, gerar credibilidade entre os profissionais e sustentar as inovações e mudanças que se propõe.

b) Tornar mais gestora a clínica (melhorando estruturas, liderando o trabalho assistencial e racionalizando as decisões clínicas)

Quando falamos em tornar mais gestora a clínica, estamos nos referimos a que os profissionais devem assumir funções gestoras, organizativas e diretivas de forma ampla, sistemática e apoiada com novas competências. Essa ideia se projeta em uma dimensão estrutural (como fazer a reengenharia da organização clínica) e em uma dimensão diretiva (a necessidade de que exista uma liderança clínica para dinamizar as mudanças).

Entretanto, tornar mais gestora a clínica não somente afeta às equipes profissionais, mas também implica a própria prática individual do médico, em seu âmbito específico de decisões clínicas (o que volta a conectar o trabalho clínico com a efetividade – medicina baseada em evidência – os custos – eficiência clínica – e o impacto percebido pelos pacientes – qualidade e bioética –).

Introduzir a dimensão gestora no mundo clínico supõe avançar em vários sentidos:

- Buscar formas de organizar os centros, serviços e unidades, para o domínio da cooperação, horizontalidade e trabalho por processos.
- Fomentar uma liderança no mundo clínico, que personifique os desafios e defenda os projetos de mudança organizativa em seu ambiente profissional.
- Melhorar e racionalizar as decisões clínicas, buscando melhorar as dimensões de efetividade, eficiência, qualidade e satisfação dos pacientes.

Mudanças na estrutura das unidades clínicas.

A partir de uma perspectiva organizativa, a **Gestão Clínica** recorre a tal desafio propondo uma “reengenharia” (mudança profunda dos processos e estruturas) no funcionamento dos serviços e centros de saúde. Entre outras dimensões, trata-se de departamentalizar grandes hospitais, criar unidades funcionais, dar autonomia de gestão a seus responsáveis e criar um contexto de incentivos para motivar as mudanças de comportamento (todos esses elementos são componentes fundamentais).

Alguns se referem ao modelo dominante de hospital como “Flexneriano”. O Relatório Flexner de 1910 nos Estados Unidos referia-se à melhoria no ensino da medicina e representou uma autêntica revolução de melhoria da qualidade. Seria difícil explicar a prevalência da medicina clínica norte-americana sem a mudança que propiciou esse Relatório, mas indiretamente incentivou o desenvolvimento das especialidades médicas como fundamento da organização do hospital e fomentou o crescimento dos

serviços clínicos de cada especialidade ou subespecialidade. A departamentalização clínica, desenvolvida em hospitais como o Johns Hopkins de Baltimore, buscava acomodar essa fragmentação por meio da criação de grandes blocos de especialidades. Entretanto, além disso, as lideranças clínicas indiscutíveis foram postas a serviço dessa articulação do hospital.

Trata-se também de mudar a forma de trabalho e reorientar para os **processos** assistenciais e para os **pacientes** o conjunto da organização, integrando as dinâmicas de padronização (protocolação), melhoria da qualidade, avaliação de resultados e melhoria das competências profissionais (incluindo a gestão de processos e o trabalho cooperativo).

Outra alternativa é a criação de unidades clínicas para problemas de saúde ou procedimentos de alta especialização. De forma similar aos departamentos, aqui diversas especialidades têm que colaborar (por exemplo, as unidades de transplante), mas, nesse caso, sua dimensão costuma ser ainda menor que a dos serviços de especialidade.

Essas mudanças de estrutura implicam também modificações profundas dos sistemas de informação, melhorando as métricas de atividade, efetividade, custos e qualidade, e favorecendo uma comparabilidade e transparência crescente que funcione como estímulo à emulação, à melhoria contínua e à inovação.

A necessária liderança nas unidades clínicas.

As coisas são feitas por meio das pessoas, e os projetos de transformação precisam se materializar em uma pessoa que se identifique com os mesmos e que os personifique diante de sua própria organização. Por isso, a gestão clínica precisa de uma liderança transformadora que vai muito além dos clássicos cargos de direção clínica (chefias de serviço ou seção, ou coordenadores de equipe de atenção primária), incorporando competências novas, atuando em um contexto novo no qual nas equipes profissionais seja

depositado um elevado grau de confiança, responsabilidade e autonomia, e que por sua vez exista uma transferência de riscos e benefícios (que haja algo valioso a se ganhar ou perder segundo sejam alcançados os resultados ou envidado o esforço pactuado).

Isso significa também que se deve atenuar a brecha entre o mundo gestor e o clínico (o abismo entre “eles” e “nós”) para recuperar um *continuum* que vai desde a mesogestão à microgestão; a isso nos referimos como a aliança necessária entre gestores e profissionais; e essa aliança precisa alinhar interesses e visões; para isso as regras do jogo devem se modificar e nessas mudanças deve ser incorporado o nível político à aliança de agentes de saúde para a mudança.

A racionalização das decisões clínicas.

Costuma-se falar da “**caixa preta**” das **decisões clínicas** como um âmbito que não pode ser observado pelos gestores (e que em boa medida também não pode ser facilmente observado pelos próprios clínicos), onde são desenvolvidas as principais interações médico-paciente, que resultam em decisões diagnósticas, terapêuticas, de derivação, de cuidados e de prescrição. Tendo em vista o crescimento do volume-intensidade assistencial, as repercussões nos custos de tais decisões são cada vez mais importantes.

A autoimagem científica moderna da prática médica leva a conceber a assistência como a aplicação do conhecimento científico a um caso concreto. Daí o carácter profundamente racionalista da **Medicina Baseada em Evidência**.

No entanto, **a variabilidade** da prática clínica nos devolve uma imagem menos confortável desse modelo, onde a relação médico-paciente tem muitos elementos de interação, negociação e descoberta sequencial de cursos de ação. Também vemos que está amplamente influenciada por estilos de prática, valores e preferências do médico, bem como outros fatores culturais, de acessibilidade e disponibilidade de tecnologias, e de incentivos econômicos.

A própria **evolução do conhecimento e a técnica** fazem

com que seja difícil captar o grosso do que hoje fazemos com a melhor evidência recuperada da experiência anterior. Portanto, a racionalização das decisões clínicas passa a se configurar como um âmbito de compromisso e tensão criativa profissional, que busca aproximar na medida do possível a prática cotidiana aos parâmetros científicos e profissionais de excelência. No entanto, para que isso aconteça é necessário um suporte de gestão do conhecimento na rede de saúde, que torne possível a produção de conhecimento novo aí onde as lacunas de conhecimento de efetividade são maiores, que incorpore a dimensão bioética, organizativa e econômica a este saber clínico, e que finalmente busque a disponibilidade e difusão do conhecimento para todos os que em última instância tomam decisões clínicas.

6.- Integração Assistencial

Este padrão surge como desenvolvimento natural da gestão clínica em contextos onde dominam o envelhecimento, a cronicidade, os doentes pluripatológicos e os pacientes extremadamente frágeis. Caberia dizer que a gestão clínica olha o interior da organização de saúde buscando reconstruir a fragmentação dos serviços, articular os processos assistenciais e conciliar as culturas: gerencial e clínica para conseguir eficiência e qualidade, enquanto que a integração assistencial olha o paciente buscando que o conjunto de cuidados que lhe são prestados ao longo de sua biopatografia seja apropriado, harmônico e sensato.

A gestão clínica se preocupa com a “*coordenação primária-especializada*”, mas a partir de uma perspectiva de articulação da oferta e racionalização de derivações, que acaba por não questionar a compartimentação de níveis. Esse enfoque de “gestão clínica baseada em níveis assistenciais” se apoia na Espanha na existência de Gerências de Atenção Especializada e de Atenção Primária.

No Reino Unido, a Atenção Primária desfruta de um grande prestígio e também de um importante poder, ao ter sido apoiada nas reformas dos anos 1990 com uma capacidade de “comprar” serviços do hospital para os pacientes de sua lista. Na “reforma Blair” os centros de saúde formam alianças locais

(100.000 habitantes) criando entidades associativas (*Primary Health Trusts*), que chegam a acordos de alocação de recursos e definição de objetivos a médio prazo (trienais) com os hospitais (o que chamam de *commissioning* ou contratação comissionada).

Diferentemente dos ingleses, as Gerências da Atenção Primária, espanholas, não dispõem nem do prestígio do nível assistencial nem do poder de influência na alocação de recursos; difícil meta a de mudar a inclinação hospitalar, o que é demonstrado com o maior crescimento proporcional do hospital na distribuição do gasto em saúde.

A preocupação no novo padrão vai muito além da coordenação primária-especializada. No âmbito internacional, uma comparação entre o modelo de integração clínica da seguradora privada californiana "Kaiser Permanente" e o Sistema Nacional de Saúde britânico (NHS na sigla em inglês), realizada por Feachem¹⁵, mostrou que o público não era garantia de coordenação nem de serviços abrangentes e baseados na atenção primária; o debate gerado foi interessante e identificou pontos fortes do NHS, mas também certa rigidez e interesses institucionais e das organizações corporativas que poderiam estar impedindo na prática a evolução do sistema para melhorar o serviço aos pacientes.

A integração se apresenta como uma reflexão mais ampla, de rede de saúde que abrange os confins da casa do paciente, de seus cuidadores informais, dos serviços de ajuda à família e dos recursos e serviços socio sanitários e sociais. Essencial quando se produz uma mudança no perfil de pacientes. O paciente preocupa inclusive quando não vem à consulta; ou talvez especialmente quando não aparece; a enfermagem domiciliar é decisiva para preencher essa lacuna; entre o hospital e a atenção primária, devem aparecer recursos novos: tecnológicos (informação clínica), funcionais (enfermagem de ligação); relacionais (residente de referência); de gestão de pacientes (rotas clínicas e acordos de derivação); e de formação e treinamento do próprio paciente e seus cuidadores informais (para que aprendam a ser seus próprios médicos e enfermeiras aumentando a autonomia e reduzindo a dependência dos cuidadores formais).

Temos de considerar que o **conceito de cronicidade** evoluiu nestas duas últimas décadas: a) primeiro descrevia "temporalidade

A integração emerge do padrão de gestão clínica para buscar uma atenção mais harmônica e apropriada para os pacientes crônicos, pluripatológicos e frágeis; a coordenação de níveis, centros e serviços deve se orientar na resposta a necessidades do paciente; os serviços de saúde devem ter no radar o paciente, venha ou não à consulta: casa, familiares e serviços socio sanitários são parte da boa medicina integrada.

prolongada”, apelava à colaboração do paciente e buscava o enfrentamento da doença; esse enfoque se fazia dentro de cada especialidade seguindo a pista de suas cronicidades e estruturando protocolos e manuais clínicos (endocrinologista-diabetes, pneumologista-DPOC¹, cardiologista-insuficiência, etc.); b) a pluripatologia (comorbidades de diferentes grupos de órgãos ou sistemas) aumenta exponencialmente os problemas de aplicabilidade dos manuais clínicos específicos e desvaloriza o manejo por cada especialidade; e c) a fragilidade, como característica do doente grave (que implica vulnerabilidade biológica, psicológica e social e supõe uma complexidade clínica caótica e ingovernável), torna pouco relevante as categorias clínicas porque é o próprio paciente quem determina a ação razoável, sensata e clemente: o essencial é o manejo socio-sanitário, antropológico e humano.

Todas essas mudanças questionam um modelo organizativo e lançam a busca por alternativas de integração; em um trabalho recente foram classificadas em seis tipos¹⁶:

- a) **ORGANIZATIVA:** A rede de saúde tem unidade de comando e administra um orçamento; exemplos: fusões de centros de saúde; gerentes únicos de área (para as redes de atenção primária e hospitais); ministérios ou gerências comuns para setores de saúde e sociais.
- b) **FUNCIONAL:** Existe uma série de ações de suporte para os diversos centros e serviços de uma rede: história clínica, admissão e acomodação ou internação, cartão e cobertura, logística geral, gestão econômica e de pessoal.
- c) **DE SERVIÇOS:** São agrupados serviços clínicos em unidades de multiespecialidades, departamentos por áreas de especialidades, serviços terciários em rede, etc.
- d) **CLÍNICA:** A colaboração entre níveis, centros e serviços permite um processo assistencial articulado e coerente, baseado no uso de manuais, protocolos e logística clínica comum.

1 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

e) VALORES E VISÃO: São compartilhados valores e visão, e são fomentadas a confiança e reciprocidade (capital social); a cultura organizativa torna mais simples e funcional o intercâmbio e a coordenação.

f) SISTÊMICA: O conjunto do sistema desenvolve **uma** coerência de princípios, organização e funcionamento em todos os níveis e âmbitos do sistema: os incentivos estão alinhados para que exista um autêntico sistema integrado de saúde.

As políticas de integração, junto com as de gestão clínica que inevitavelmente acompanham a este padrão de reforma, representam o núcleo mais importante de inovação e transformação da medicina, da prática clínica e dos sistemas de saúde; terão um desenvolvimento mais amplo nos textos didáticos do âmbito de governo e gestão clínica. Em todo caso, coloca-se a questão de como vão afetar as políticas compulsórias de corte frente à crise econômica, o desenvolvimento de um padrão de mudanças tão profundamente estruturais como as mencionadas. A seguir, teceremos alguns comentários.

Epílogo: O desafio da crise econômica de 2008: novos padrões para a sustentabilidade?

Dizíamos que os padrões surgiram, em um determinado momento, como resposta a pressões do ambiente; porém, depois não desapareceram, mas permaneceram como uma restrição ou vetor que influencia de forma estável o desenvolvimento dos sistemas de saúde. Como a forte crise econômica iniciada em 2008 afetou esses vetores? Talvez seja prematuro afirmar algo; porém, na **Figura 2** se faz uma tentativa de caracterizar a modificação dos padrões que parece ocorrer.

Padrão	Efeito crise 2008...	...comentário
Contenção de custos	Similar à dos anos 1970; mas vai além da suficiência e afeta à sustentabilidade	Compulsória a partir de 2010; insistência em políticas pelo lado da demanda (copagamentos)
Racionalismo do planejamento	Irracionalidade pelo lado dos cortes (<i>inputs</i>); substitui a irracionalidade do crescimento anterior	As “amizades perigosas” do período anterior lutam por manter sua quota de mercado
Gerencialismo	Tenta-se revitalizar, mas difícil reconstituir o papel executivo após uma década de gestão branda, expansiva e conciliadora.	Longa história de custos de interferência política que diminuem autoridade e poder gerencial para liderar mudanças
Elementos de mercado	Ethos de mercado pressiona para o <i>opting out</i> (não participação), e para a privatização da gestão de segmentos do serviço público	Os próprios serviços são mantidos e corroídos em vez de reformados; aliança paralisante que leva à deterioração
Gestão Clínica	A gestão micro é inibida diante da compulsão macro	Dilema de colaborar ou ser colaboracionista
Integração assistencial	A integração é dificultada pela fragmentação do “salve-se quem puder”; domina a lógica do “especialismo flexneriano”	Deterioração de serviços sociais; perda de <i>atratividade e liderança</i> da atenção primária

Figura 2: Os padrões de mudança e reforma no cenário da crise econômica iniciada em 2008

O vetor de **contenção de custos** aparece revitalizado; de fato, muitas das medidas tomadas são cópias fieis das já descritas. Entretanto, parece que essa crise vai durar mais tempo que a dos anos 1970, e que alguns países (entre eles, a Espanha) vão sofrer de forma mais acentuada a restrição do financiamento dos serviços públicos. Por isso vai além de um problema de suficiência para impor desafios de sustentabilidade. Uma

característica diferencial é que se apresenta muito mais a introdução de medidas pelo lado da demanda: copagamentos e liberação de grupos de renda média e alta do financiamento público. Portanto, a contenção de custos teria efeitos de maior erosão do financiamento coletivo de riscos de adoecer, e poderia debilitar significativamente a solidariedade social. Na Espanha, a compulsória necessidade de reduzir o gasto público em 2011 e 2012 está impondo problemas adicionais.

Em uma época de escasso **racionalismo de planejamento** pelo crescimento rápido e pouco reflexivo do sistema de saúde em quase todos os países no ciclo expansivo 1998-2008, está se seguindo uma irracional política de desinvestimento linear e não seletivo. Porém, na década anterior uma série de empresas construtoras, financeiras, tecnológicas e farmacêuticas se consolidou como “*stakeholders*” ou grupos de interesse com muito poder e grandes expectativas de não reduzir sua quota de negócio nem de benefícios. As *amizades perigosas* de ontem são hoje uma força relevante que se aplica contra as decisões de caráter técnico e de planejamento, que buscam desinvestimentos seletivos em supostas inovações com escasso valor agregado.

Administrar a diminuição no setor da saúde exige inteligência e autoridade gerencial; o **gerencialismo** na última década caiu em declínio: o ciclo expansivo não tenciona o músculo de “dizer que não”; e em alguns países (Espanha em particular), os custos de interferência política dilapidaram o capital diretivo dos centros de saúde: considerados como espólio partidário, os gerentes são fusíveis que saltam ao menor problema para proteger às autoridades políticas que os nomearam; essa pressão darwiniana condiciona condutas condescendentes, de submissão, de intermediação branda diante de conflitos, e de melhorias lentas obtidas em árduas negociações; mas não facilita condutas mais enérgicas nem os estilos diretivos mais executivos, orientados para a produtividade e para a tomada de decisão em condições adversas, que são necessárias para estes tempos duros que enfrentamos.

Os **elementos de mercado** hoje se reavivam ao calor da corrosão da ética do serviço público; as classes médias hesitam entre manter sua aliança com as classes populares ou se salvar escapando do sistema que até então acolhia a todos. Para isso colabora a estagnação dos que trabalham dentro do setor público (incluídos os sindicatos que os representam); a falta de

reformas que melhorem sua funcionalidade prepara o terreno da privatização ou da fuga de coletivos para o seguro complementar (privatização induzida).

A **gestão clínica**, como projeto transformador da medicina e da clínica, se enfraquece ao ser arrastada por outra agenda que não repara em sutilezas; os bons clínicos comprometidos em melhorar o serviço público, diante da compulsória retirada de recursos, não sabem se jogam a toalha: como colaborar sem ser colaboracionista?

E a **integração** não pode avançar facilmente quando todos se preocupam mais em se salvar do que colaborar com outros; a fascinação tecnológica torna mais fácil vender procedimentos especializados do que processos assistenciais integrados; a organização, como tecnologia de criação de valor, fica desacreditada diante do tangível de uma intervenção diagnóstica ou terapêutica: a *"high tech"* devora a *"high touch"*; nesse contexto a atenção primária perde espaço e a articulação entre saúde e social se torna indefinida; a deterioração previsível dos serviços sociais, diante de tanto desemprego e dependência, torna escassas as bases de estratégias colaborativas.

A preocupação pelo futuro dos sistemas públicos de saúde na Europa é compreensível. É preciso acompanhar a evolução desta crise e os modelos de resposta nesta segunda década do século XXI.

ANEXO I:

Cenários da evolução dos sistemas de saúde europeus.

a) O cenário de expansão (1946-1973)

A **Figura 3** apresenta o surpreendente crescimento econômico vivenciado pela Europa nos anos 1950; nesta alegação pendente de desenvolvimento se deu o nascimento e expansão dos serviços públicos de saúde recém-criados.

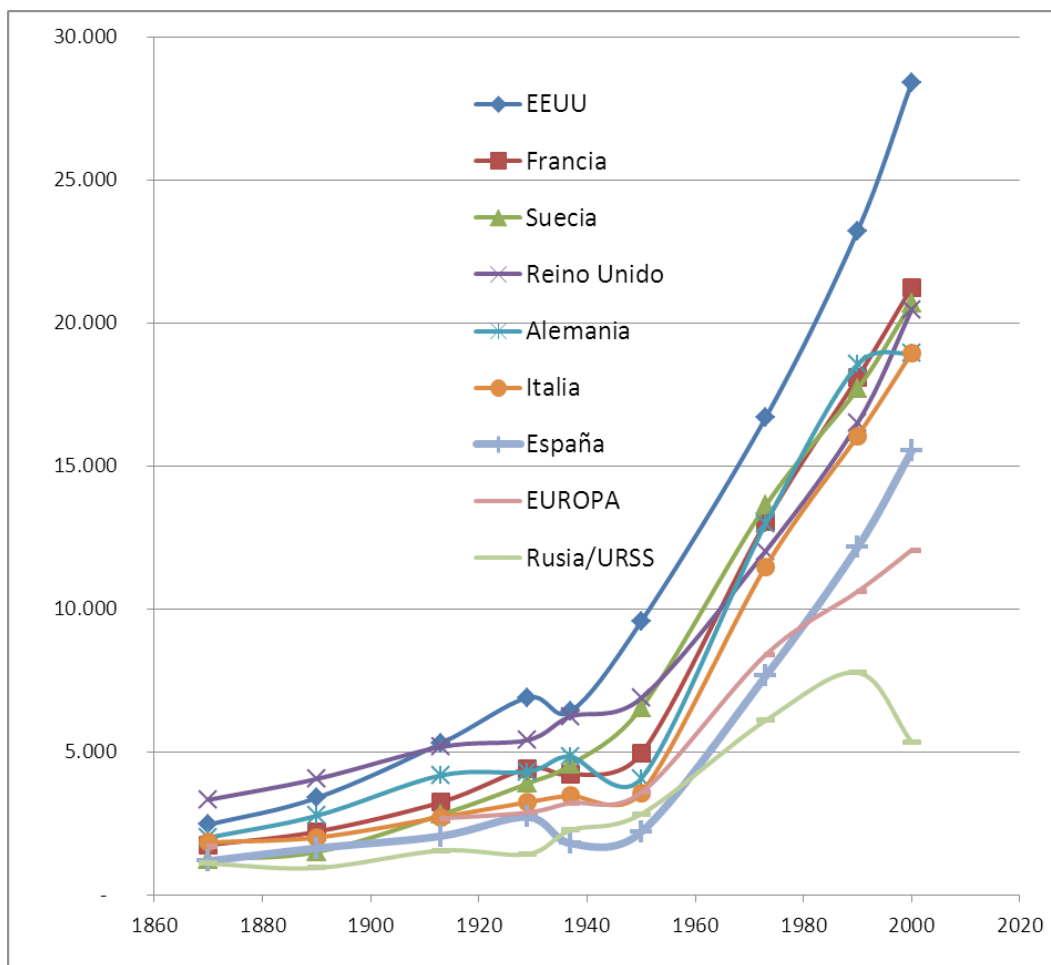


Figura 3: Dados da evolução econômica europeia (PIB per capita em \$-1990), baseados em Broaberry e Klein¹⁷

O cenário de expansão se estende ao longo de quase três décadas. Em um primeiro momento se apresenta a criação dos próprios sistemas de saúde, entendidos como esquemas de financiamento público, nos quais se procura estabelecer uma série de regras e

O crescimento econômico após a Segunda Guerra Mundial leva nos anos 1960 e primeiros 1970 a um crescimento do gasto em saúde pública, especialmente dirigido ao desenvolvimento e modernização da rede hospitalar.

Esse cenário expansivo permitiu construir os sistemas de seguro público nos países desenvolvidos e foi um poderoso motor do desenvolvimento biomédico.

relações entre os três elementos fundamentais: **população** (que contribui para sua cobertura de saúde por cotas de seguridade social ou impostos), **financiador-assegurador** público (o governo ou agências para-governamentais de seguridade social) e os **provedores** (hospitais e médicos vinculados contratualmente ou integrados na estrutura própria do financiador). Nessa etapa (e especialmente em países com sistemas democráticos), ocorre um complexo e às vezes conflituoso processo de negociação com a profissão médica para estabelecer as condições de "socialização" da anterior prática liberal.

Desde a Segunda Guerra Mundial e até os anos 1950 para a Europa são anos de reconstrução de infraestruturas civis e os recursos para a saúde são escassos; nos anos 1960, o crescimento econômico, e o estágio de desenvolvimento e reconstrução econômica, possibilita dedicar recursos adicionais significativos para melhorar a estrutura e serviços de saúde; ademais, o avanço tecnológico da medicina tem sido importante, o que produz um desajuste expresso na frase "*praticar medicina do século XX em hospitais do século XIX*".

Iniciam-se planos importantes de **remodelação e construção de instalações** (especialmente os hospitais, entendidos como paradigma do saber e da tecnologia médica), que repercutem em uma tendência crescente do gasto em saúde. A temática principal da época é melhorar a acessibilidade dos serviços para toda a população; para isso, têm importante atualidade conceitos como regionalização hospitalar, criação de redes de saúde, estabelecimento de índices recursos/população (médicos por 1.000 habitantes, leitos por 1.000 habitantes...), etc.

Existe uma suposição tácita que faz equivaler mais gasto e mais recursos de saúde a mais saúde; certo **otimismo clínico e de saúde**, no contexto de um pensamento social modernista que confia na razão e na ciência como motor do desenvolvimento humano, impregna o setor e possibilita uma orientação para a ciência, a técnica, o hospital e a especialização; esse contexto funciona como um **poderoso motor de desenvolvimento biomédico** e permite configurar a identidade profissional do médico de hospital como o núcleo de prestígio científico da profissão (o paradigma de médico de hospital vem a substituir em boa medida a autoimagem perdida de profissional liberal baseado no extra-hospitalar).

b) O cenário de estabilização: a tripla crise financeira, de racionalidade e de legitimação (1974 a 2008)

Conforme avançam os anos 1970 (e em especial após a crise do petróleo desencadeada em 1974), surgem elementos de crise que impugnam o processo anterior e condicionam a entrada em outro cenário que, com diversas variações e etapas, manteve-se substancialmente até a atualidade. Caberia falar de um cenário de estabilização, no qual incidem três questionamentos para as coordenadas anteriores, expressas em uma tripla crise¹⁸.

Crise financeira

A crise financeira se expressa como um desajuste entre o crescimento do gasto em saúde e o crescimento econômico, que se agudiza quando este último se estanca; é um dos aspectos mais visíveis e, portanto, mais identificado e estudado. Em boa medida, as políticas de contenção de custos são impulsionadas a partir da preocupação macroeconômica dos governos e expressam a vontade de impor controles ao crescimento dos gastos em saúde (tentando, pelo menos, acompanhar esse crescimento ao da riqueza nacional) ¹⁹.

A recessão econômica desencadeia uma tripla crise :
• Financeira : que limita o crescimento do gasto público em saúde
• De Racionalidade : que questiona a lógica assistencial médico-curativa e hospitalocêntrica.
• De legitimação : que coloca o desafio de melhorar a capacidade de resposta às expectativas e preferências dos pacientes e cidadãos

Crise de racionalidade

Similar à crise anterior, desde meados dos anos 1970 até início dos 1980 emerge uma percepção de falta de racionalidade

no sistema de saúde; essa crise de racionalidade supõe um questionamento da lógica assistencial médico-curativa anterior, a partir da constatação de uma diminuição da efetividade global (e da eficiência) dos sistemas.

A mudança nos perfis de morbimortalidade faz com que o setor da saúde comece a enfrentar uma população mais envelhecida, onde **patologias degenerativas e crônicas** vão tomando o lugar das infectocontagiosas e agudas. Ademais, a mortalidade evitável associada às patologias crônicas encontra sua vulnerabilidade mais importante fora do setor assistencial: a origem do meio ambiente, social e de estilos e hábitos de vida aparece como determinante em muitos processos e exige que o sistema de saúde apresente intervenções a partir da lógica da **proteção da saúde, promoção e educação em saúde, prevenção clínica e conselho médico**. Igualmente, os aspectos de reabilitação e reinserção social tomam maior importância complementando as intervenções agudas após os episódios de doença.

A reorientação que se pretende dos sistemas de saúde se dirige (ao menos essa é a intenção) para uma mudança de prioridades a favor da promoção e prevenção, do trabalho intersetorial e de uma abordagem mais integrada dos problemas de saúde (biopatologia), que leva a uma potencialização do nível da **Atenção Primária** como elemento fundamental para oferecer longitudinalidade, continuidade e coerência ao conjunto de intervenções sobre o indivíduo e seu núcleo familiar.

Ademais, os sistemas buscam métodos para tornar racional a tomada de decisão e poder priorizar ações e desenvolvimento de novos serviços. O enfoque do **planejamento comunitário** (Planos de Saúde) se postula como um método para elucidar as prioridades de cursos de ação alternativos a partir do grau em que contribuam para o ganho de saúde da população. Todos esses elementos são constitutivos das políticas do racionalismo do planejamento, expressas no âmbito internacional após a Conferência de Alma-Ata (1978) com a política *Saúde para Todos no ano 2000* da Organização Mundial da Saúde, que foi particularizada para a região europeia em 1985 ²⁰.

Crise de legitimidade / legitimação

Com certo atraso em relação às crises anteriores (talvez ao longo dos anos 1980), aflora a crise de legitimidade, a qual implica aspectos menos tangíveis, mas não menos importantes: supõe a expressão de um **desajuste entre as expectativas sociais e individuais e as características dos serviços que o sistema de saúde oferece**. Os sistemas de saúde foram constituídos nos anos 1950 sobre um modelo de Estado de Bem-estar, no qual a sociedade da época aceitava, e inclusive reivindicava, um papel dominante dos aparelhos do Estado na criação de serviços de proteção aos problemas de saúde da população. Entretanto, o crescimento desses aparelhos do Estado configura um **modelo burocrático** que tende a se interpor na relação entre os pacientes ou usuários de serviços pessoais e os provedores dos mesmos; a tendência uniformizadora e regulamentadora das burocracias, o substrato paternalista e as dificuldades crescentes para motivar e incentivar os profissionais criam um progressivo desajuste com as necessidades das novas gerações (os filhos do Estado de Bem-estar).

Isso tem traduções diversas, tanto **no micro** (mudanças na relação médico-paciente guiadas por novas exigências de autonomia e poder de decisão) como **no macro** (exigência de acessibilidade personalizada, participação, escolha de provedores, eliminação de barreiras burocráticas e questionamento do modelo paternalista a favor de uma organização centrada nos clientes e receptiva às preferências dos usuários).

No relatório anual da OMS de 2000, essa dimensão era referida como uma área específica de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, expandindo a visão clássica que se limitava a objetivos de melhoria do nível de saúde; o termo "**responsiveness**" ou "capacidade de resposta" incluía um âmbito de respeito às pessoas (respeito à dignidade, à confidencialidade e à autonomia), e outro de orientação ao cliente (atenção imediata, qualidade das instalações, acesso a redes de apoio social e capacidade de escolha do provedor)²¹.

A resposta dos países europeus a essa crise não foi igual; os centros e serviços de saúde nos modelos integrados (Beveridge) estavam muito mais sujeitos às normas e cultura burocrática da administração do Estado, e por isso tiveram maior dificuldade ou lentidão na resposta; os modelos de seguro social de saúde (Bismarck) através da utilização de provedores privados puderam se adaptar melhor à lógica de serviço ao cliente. No caso dos países nórdicos, a Suécia liderou um processo ativo de desburocratização e inativação nos anos 1970, que converteu os hospitais em empresas públicas a serviço dos condados. O NHS do Reino Unido tinha desde sua constituição uma vinculação especial para os médicos da atenção primária (*General Practitioners*) como pessoal autônomo com uma relação contratual regulada; essa autonomia facilitou a adaptação ao usuário.

A esse respeito, a Espanha tinha uma maior dificuldade; caberia dizer que o genótipo do SNS espanhol se incubou no caldo primordial de um INP (Instituto Nacional de Previdência) criado para proteger trabalhadores de salários modestos. Ao crescer deu lugar a grandes e modernos hospitais, tão científicos e tecnológicos como inclementes e inóspitos; a uma atenção primária concebida como barreira de contenção da demanda, ou como lixeira de reciclagem dos casos pouco interessantes para o hospital; e a pacientes submissos acompanhados de familiares devotos e sacrificados, que supriam tudo o que não era coberto em um sistema centrado unicamente no intervencionismo médico.

Poderíamos dizer que no caso espanhol, a agenda de legitimação teve que esperar mais; caberia dizer que é na Lei 41/2002 reguladora da autonomia do paciente onde se dá uma resposta política e normativa às aspirações de melhoria na dimensão de direitos e preferências dos pacientes.²²

Como se vê, a mudança do cenário expansivo para o cenário de estabilização vem marcada pela tripla crise financeira, de racionalidade e de legitimidade. Nesse contexto foram produzidos os principais desajustes, pressões e processos de reforma.

ANEXO II:

Anotações sobre o processo de mudanças e reformas na Espanha.

Existem, pelo menos, três fatores que condicionam as reformas na Espanha: a transição democrática de finais dos 1970 (em que emergem na agenda política muitos temas fundamentais aos quais a ditadura anterior não havia dado resposta), a criação de um modelo autônomo de organização do Estado (e da saúde) e a mudança primeiro incrementalista e, então, reformista do modelo de Seguridade Social (Bismarck) ao de Sistema Nacional de Saúde (Beveridge).

a) Marco Político.

A crise do regime franquista pode ser vista como um tremendo desajuste entre as estruturas políticas e administrativas do Estado e as mudanças econômicas, sociais e de valores da sociedade espanhola; **nos anos 1970 se acumulam contradições**, que afetam a todas as esferas da vida coletiva; no campo da saúde, existe uma crescente irracionalidade na organização de redes de saúde de diversa dependência pública e cristaliza um crescente descontentamento na qualidade dos serviços (especialmente na atenção extra-hospitalar).

A **transição democrática** supõe uma ativação da vida política e social cercada de expectativas reformistas profundas, que gera um grande dinamismo na elaboração de propostas de mudança global e setorial. A chamada "**reforma sanitária**" emerge na agenda pública e na agenda política, sendo desde então (e apesar das mudanças de conteúdos) um referente estável no debate setorial.

b) Marco Institucional.

Os **problemas de identidade nacional** levam à criação na Constituição Espanhola de 1978 do chamado "**Estado das Autonomias**"; na saúde se propicia um processo radical de transferência de competências na saúde pública e na gestão dos serviços de saúde da Seguridade Social, que tem poucos antecedentes no âmbito europeu e atua como um dos sinais

distintivos do processo de reformas espanhol.

O processo de transferências do Estado para as comunidades autônomas (CCAA) se iniciou nos anos 1980 com a maior parte das competências em higiene e saúde pública; em 1981 os serviços de saúde da Seguridade Social foram transferidos para a Catalunha, e posteriormente, em um processo muito longo de 21 anos, realizou-se o resto das transferências, até que em janeiro de 2002 foram concluídas as transferências, incorporando um sistema de financiamento autônomo com um componente importante de corresponsabilidade fiscal. Com base no anterior caberia dizer que o sistema de saúde espanhol tem um perfil quase-federal.

c) Marco do modelo de saúde.

Assim, finalmente, há uma **transição desde o modelo "Bismarck"**, que inspirou a criação do sistema de saúde da Seguridade Social, **até o modelo "Beveridge"** de Sistema Nacional de Saúde (modelo integrado de cobertura populacional com provedores públicos dominantes e financiamento por impostos); esse trânsito teve uma longa etapa incrementalista, na qual o Instituto Nacional de Previdência evoluiu para a criação de uma rede própria de centros e um esquema de profissionais vinculados pelo salário ou de modo per capita ao sistema (característica um tanto peculiar que não se deu em outros sistemas de seguro social de saúde como o francês ou o alemão).

Após os debates políticos da transição, o modelo finalmente acabou confirmando sua orientação Beveridgiana e a Lei Geral de Saúde de 1986 estabeleceu formalmente a nova estrutura de Sistema Nacional da Saúde. Algumas das características deste tardaram em se desenvolver, como a universalização da cobertura para toda a população (reconhecida para as pessoas sem recursos 1989²³, e que em janeiro de 2002 foi estendida a outros coletivos sem vinculação com o sistema de seguridade social²⁴) e o financiamento via impostos e não por cotas de Seguridade Social (que, ainda que tenha sido alterado no início dos anos 1990 decisivamente a favor dos impostos, somente em 1999 foi concluído).

Na Espanha foi realizado um desenvolvimento particularmente

acelerado dos padrões de reforma anteriormente comentados; contenção de custos e racionalismo ocorrem conjuntamente desde a etapa de transição democrática até a aprovação em 1986 da Lei Geral de Saúde; o gerencialismo se desenvolveu a partir da metade dos anos 1980 até o início dos anos 1990, o qual se complementa após o *Informe Abril* de 1991 com um novo discurso de separação compra-provisão e gestão por contratos-programa; o parecer de dezembro de 1997 da Comissão Parlamentar reforça o discurso de separação e autonomia de gestão; também se aprova uma normativa que habilita a formas de gestão com personificação jurídica própria²⁵; por sua vez se incorporam elementos do novo paradigma de gestão clínica, que também aparecem no Plano Estratégico do Instituto Nacional da Saúde (INSALUD) e no desenvolvimento de experiências de novas formas de gestão e de institutos e unidades clínicas com autonomia de gestão (**Figura 4**).

Constitución	1978	Emigración desde sistema de Seguridad Social hacia SNS (Planificación y Contención de Costes)	Mejoras de gestión y racionalización del sistema (Gerencialismo)
	1979		
	1980		
	1981		
Gobierno PSOE	1982		
	1983		
	1984	Diferenciación aseguramiento provisión: contratos programa (Elementos de mercado)	Profundización Nuevas Formas de Gestión + GESTIÓN CLÍNICA
	1985		
Ley General de Sanidad	1986		
	1987		
	1988		
	1989		
	1990	Trasferencias y sistema de financiación dilemas de coordinación	Aumento poblacion escalada gastos gerencias de área
Informe Abril	1991		
	1992		
	1993		
	1994		
	1995		
Gobierno PP	1996	crisis sin fácil rescate, SNS y universalización	federalización apacible y PFI
Subcomis.Parlamentaria modernización	1997		
Legislación Nuevas Formas de Gestión	1998		
	1999		
	2000		
Traspaso competencias y Sist.Financiación Modelo autonómico completado	2001		
Leyes Cohesión + LOPS+ Estatuto	2002	crisis sin fácil rescate, SNS y universalización	cronicidad integración asistencial
	2003		
	2004		
Rescate: conferencia presidentes	2005		
	2006		
	2007		
inicio crisis	2008		
impacto fuerte en financiación pública	2009		
Nuevo sistema de financiación autonómica	2010		

Figura 4: Cronología de padrões de mudança e reforma na Espanha

O Século XXI acelera uma série de mudanças; a transferência completa da saúde pública para as CCAA é realizada em 2002, com um forte componente centrífugo; esse vetor territorial (específico do caso espanhol) leva a um intento de normas básicas para coordenar o Sistema Nacional de Saúde em 2003 (Leis de Coesão e Qualidade, Ordenação de Profissionais e Estatuto Marco), que se demonstraram pouco efetivas na hora de compensar a autonomia de competências que outorgam os Estatutos de Autonomia para as CCAA.

O sistema de financiamento avança, conseqüentemente, para um modelo federal, onde as CCAA administram sem financiamento finalista os serviços de bem-estar (saúde, educação, serviços sociais); em meio a um forte crescimento econômico, cai-se na tentação de uma gestão temerária que produz déficits crescentes; a operação de refinanciamento de 2005, a sétima na história da democracia, consolida o Estado central como um generoso salvador. Em pleno crescimento econômico não parece gerar tensões; e as CCAA desde 2006 perseveram no uso do financiamento privado para construir novos hospitais em ciclo rápido. Desde 2009 a crise rompe esta federalização aprazível do sistema; o Estado central se mostra incapaz de resgatar de novo as CCAA e acaba impondo um peso financeiro que obriga a reconversão de todos seus serviços.

Dentro desse roteiro institucional e financeiro, a gestão clínica avança lentamente; nos centros públicos, a falta de autonomia limita a capacidade de outorgar autonomia de gestão a suas áreas e unidades clínicas; nos centros públicos de gestão empresarial, a gestão clínica se deu em contextos onde talvez o excessivo gerencialismo tenha dificultado a criação de projetos de gestão clínica mais equilibrados. A gestão do conhecimento segue lenta, pois não é defendida por instituições de envergadura do tipo "NICE"², ainda que haja avanços nos manuais clínicos no âmbito autônomo e em repositórios de informação (como Guia Saúde <http://www.guiasalud.es>).

A agenda da integração parte em 2002 com a generalização de modelos de gerência única de área (CCAA Aragão e Estremadura); a atenção primária tem visto de forma crescentemente crítica a "perda" de sua gerência própria, já que as preocupações do hospital (que parecem ser mais urgentes e visíveis) tendem

² Instituto Nacional para a Saúde e Excelência Clínica – National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE)

a ocupar a maior parte do tempo e esforço diretivo (uma boa revisão desse debate pode ser encontrada no documento de SEDAP³²⁶).

Um caminho mais promissor de avanço foi a revitalização da estratégia de crônicos, a partir de algumas CCAA (País Basco, Andaluzia, Valencia...), e, sobretudo, muito apoiado em sociedades científicas como a Medicina Interna e a Sociedade Espanhola de Medicina Familiar e Comunitária.

Finalmente, e como dado promissor para a gestão clínica e a integração assistencial, teria que constatar uma revitalização do profissionalismo médico na Espanha; a Organização Médica Colegial, por meio da renovação de seu código deontológico e de seu posicionamento ativo a favor da melhoria na gestão dos centros e serviços públicos, criou uma atitude muito mais positiva de implicação de clínicos na gestão da saúde.

Referências bibliográficas

- 1 *Interessante referência, por representar uma síntese relacionada com o debate das reformas, pode ser encontrada em: ABEL SMITH, B.; FIGUERAS, J.; HOLLAND, W.; MCKEE, M.; MOSSIALOS, E. Choices in Health Policy: An agenda for the European Union. Aldershot: Dartmouth, 1995: 39-54.*
- 2 *Para uma revisão dos copagamentos na Europa, ver: Repullo JR. Copago sí, copago no: revisando las modalidades y efectos de los costes compartidos en el contexto sanitario europeo. AMF 2009; 5(11):625-32. Disponível em: <http://www.scribd.com/doc/26215020/%C2%BFCopago-si-copago-no>*
- 3 *O Relatório Dunning está editado em espanhol: Prioridades en atención sanitaria, Informe para el Gobierno de Holanda (Informe Dunning). Barcelona: ENS-SG, 1994.*
- 4 *Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, Real Decreto No. 63/1995 (Ene. 20, 1995).*
- 5 *Mays N. Geographical Resource Allocation in the English NHS, 1971-1994: the tension between normative and empirical approaches. Int J Epidemiology 1995: 24 (3) – Supl 1.*
- 6 *¿Sabía Ud. el proceso de cálculo para la tarifa de UCH (Unidad de Complejidad Hospitalaria) relativa a hospitales del Insalud? Revista de Administración Sanitaria 2001; 5 (18): 173-74.*
- 7 *Figueras J, McKee M, Mossialos E, Saltman B. Purchasing to improve system performance. Berkshire: Open University Press, 2005. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98428/E86300.pdf*
- 8 *Secretary of State for Health. Working for Patients. London: HMSO, 1989.*
- 9 *Informe y Recomendaciones de la Comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud. Julio 1991 (mimeo). (También conhecido como Informe Abril, por ser Fernando Abril o encarregado da Comissão e da redação do Informe).*

10 *Acuerdo 18 de Diciembre de 1997 de la Subcomisión Parlamentaria para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud. En: Insalud (SP). Plan estratégico: el libro azul. Madrid: Insalud, 1998.*

11 *O documento é um white paper extenso e interessante como referência bibliográfica: Secretary of State for Health. The New NHS. Modern, Dependable. London: HMSO, 1997; Cm 3807.*

12 *Uma revisão mais ampla pode ser encontrada em: REPULLO, J.R.. "Compra de servicios y contratos: balance del experimento del mercado interno británico (1ª parte: competencia, función de compra y contratos)". Revista de Administración Sanitaria, 1998; 2 (6): 55-79. "(2ª parte: desarrollo de los contratos y función de compra)". Revista de Administración Sanitaria, 1998. 2 (7): 39-63.*

13 *Davidoff F, Haynes B, Sackett D, Smith R. Evidence based medicine: A new journal to help doctors identify the information they need (editorial). BMJ 1995;310:1085. Disponible em: <http://www.bmj.com/content/310/6987/1085.full>*

14 *Página Web do Instituto Nacional para a Saúde e Excelência Clínica (NICE – National Institute for Clinical Excellence); <http://www.nice.org.uk/>*

15 *Feachem RG, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. BMJ 2002 Jan 19;324(7330):135-41.*

16 *Lewis RQ, Rosen R, Goodwin N, Dixon J. Where next for integrated care organisations in the English NHS? London: The Nuffield Trust, 2010. Disponible em: http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/where_next_for_integrated_care_organisations_in_the_english_nhs_230310.pdf*

17 *Broadberry S, Klein A. Aggregate and per capital GDP in Europe, 1870-2000: continental, regional and national data with changing boundaries. Centre for Economic Policy Research, 2008. Disponible em: http://www.cepr.org/meets/wkcn/1/1699/papers/Broadberry_Klein.pdf*

18 *Las tres crisis descritas por Rosanvallon en 1982, son par-*

ticularizadas por Elola: Elola J. *Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España (1983-1990)*. Madrid: FISSS, 1991; 35-45.

19 OECD. *Health Care Systems in Transition; The Search of Efficiency*. Paris: OECD, 1990. (Esta é uma publicação clássica da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico, na qual diversos autores revisam as décadas anteriores nas variáveis de gasto e contenção de custos).

20 WORLD HEALTH ORGANIZATION, REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. *Targets for Health for All*. Copenhagen: WHO, 1985.

21 OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS, 2000. Disponível em: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf

22 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponível em: http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2002-22188

23 Se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes, Real Decreto No. 1088/1989 (Sep. 8, 1989).

24 Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Disposición adicional sexta. Extensión del derecho a la asistencia sanitaria pública. Disponível em: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/10/05/pdfs/BOE-A-2011-15623.pdf>

25 *Habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud de 1997*, Pub. L. No. 15/1997 (Abr. 25, 1997).

26 *Informe SEDAP 2010; Integración asistencial: ¿cuestión de modelos?* Resumen disponível em:

<http://ebookbrowse.com/resumen-informe-sedap-2010-pdf-d50444851>