

1

Revista de
Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Volume 1 | Número 1 | julho/setembro de 2010

ISSN 2178-213X

 ABRASCO

Editor

Hésio Cordeiro

Co-Editor

Ana Luiza d'Ávila Viana

Conselho Editorial

Adolfo Horácio Chorny – ENSP/FIOCRUZ

Alcides Silva de Miranda – UFRGS

Amélia Cohn – USP

Ana Canesqui – UFMT

Ana Luiza Viana – USP

Ana Maria Malik – FGV/SP

Antonio Ivo de Carvalho – ENSP/FIOCRUZ

Aylene Bousquat – Unisantos

Carlos Morel – FIOCRUZ

Carmen Fontes de Souza Teixeira – UFBA

Célia Pierantoni – IMS/UERJ

Cornelis Johannes Van Stralen – UFMG

Cristiani Vieira Machado – ENSP/FIOCRUZ

Eduardo Levcovitz – UERJ

Eduardo Maia Freese de Carvalho – CPQAM/
Fiocruz

Eleonor Conil – UFSC

Elias Rassi Neto – UFG

Eronildo Felizberto – IMIP

Francisco Javier Uribe Rivera – FIOCRUZ

Francisco Viacava – CICT, FIOCRUZ

Gastão Vagner de Souza Campos – UNICAMP

Gilberto Hochman – FIOCRUZ

Hésio de Albuquerque Cordeiro – UNESA

Hillegonda M. D. Novaes – USP

Isabela Cardoso M. Pinto – ISC/UFBA

Jairnilson da Silva Paim – UFBA

João Henrique Gurtler Scatena – ISC/UFMT

José C. de Noronha – IMS/UERJ

Jose Luiz do Amaral Correa de Araujo Junior
– CPQAM/Fiocruz

Juan Stuardo Yazlle Rocha – USP

Lígia Bahia – UFRJ

Lígia Maria Vieira da Silva – ISC/UFBA

Luciana Dias de Lima – ENSP/FIOCRUZ

Luis Eugenio Portela – ISC/UFBA

Luiz Augusto Facchini – UFPeL

Luiz Odorico Monteiro de Andrade – UFC

Maria Elizabeth B. de Barros – UFES

Marilene de Castilho Sá – ENSP/Fiocruz

Nelson Ibañez Santa – Casa/SP

Nilson do Rosário Costa – ENSP/Fiocruz

Oswaldo Yoshimi Tanaka – USP

Paulo Eduardo M. Elias – USP

Paulo Ernane Gadelha Vieira – FIOCRUZ

Reinaldo Guimarães – FIOCRUZ

Renilson Rehem de Souza – Fundap

Rosana Teresa Onocko Campos – Unicamp

Ruben Araujo de Mattos – UERJ

Sebastião Loureiro – UFBA

Sonia Fleury – FGV/RJ

Sueli Dallari – USP

Sulamis Dain – UERJ

Zulmira M. A. Hartz – IHMT/UNL

A Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde é uma publicação científica e informativa, dedicada à difusão e ao debate de teorias, pesquisas e práticas em Saúde Coletiva, editada sob a responsabilidade da Comissão de Política, Planejamento e Gestão da ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Capa e projeto gráfico: Carlota Rios | Edição de texto: Édison Mendes de Almeida | Revisão: Jorge Moura

Endereço: Rua Diogo de Vasconcelos, 104 - Manguinhos - CEP: 21041-180 - Rio de Janeiro/RJ

Fone (PABX) | 21 | 2560-8699 - 2560-8403 - 2598 2527 - 2598 2528 - Ramal 25 - Secretaria Executiva da Abrasco

Endereço eletrônico: revistadepoliticabrasco@ensp.fiocruz.br

Editorial	5
Carta ao leitor	7
Artigos	
POLÍTICA DE SAÚDE NO GOVERNO LULA: CONTINUIDADES E MUDANÇAS <i>HEALTH POLICY UNDER THE LULA ADMINISTRATION: CONTINUITIES AND CHANGES</i> Cristiani Vieira Machado, Luciana Dias de Lima, Tatiana Wargas de Faria Baptista, Ana Luisa Barros de Castro	11
GASTO SOCIAL NO BRASIL PÓS 1988: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DA DESCENTRALIZAÇÃO FISCAL SOCIAL <i>SPENDING IN BRAZIL SINCE 1988: AN ANALYSIS FROM THE PERSPECTIVE OF FISCAL DECENTRALIZATION</i> Kleber Pacheco de Castro, José Roberto Afonso	33
CONFIGURAÇÕES DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: 20 ANOS DO SUS <i>CONFIGURATIONS OF THE BRAZILIAN HEALTH'S SYSTEM: 20 YEARS OF THE SUS</i> Amélia Cohn, Ana Luiza d' Ávila Viana, Carlos Octávio Ocké-Reis	57
A GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE: ANÁLISE DA DIMENSÃO ORGANIZACIONAL NA EXPERIÊNCIA DE QUATRO CENTROS URBANOS <i>HEALTH CARE MANAGEMENT: A REVIEW OF THE ORGANIZATIONAL ASPECT IN THE EXPERIENCE OF FOUR URBAN CENTERS</i> Márcia Cristina Rodrigues Fausto, Ligia Giovanella, Maria Helena Mendonça, Sarah Escorel, Patty Fidelis de Almeida	71
CAMINHOS DA ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NO ÂMBITO HOSPITALAR BRASILEIRO <i>TRENDS IN BRAZILIAN HOSPITAL'S HEALTHCARE ORGANIZATION AND MANAGEMENT FIELD</i> Cruzeta da Silva Azevedo, Marilene de Castilho Sá, Lílían Miranda, Victor Graboís	95
PROCESSO DECISÓRIO EM COMISSÕES INTERGESTORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: GOVERNABILIDADE RESILIENTE, INTEGRAÇÃO SISTÊMICA (AUTO)REGULADA <i>DECISION PROCESS IN THE BRAZILIAN HEALTH INTERGOVERNMENTAL COMMITTEES: RESILIENT GOVERNABILITY, (SELF)REGULATED SYSTEMIC INTEGRATION</i> Alcides Silva de Miranda	117
FEDERALISMO, RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO E GASTO PÚBLICO EM SAÚDE NO BRASIL <i>FEDERALISM, PUBLIC-PRIVATE RELATIONS AND PUBLIC SPENDING ON HEALTH CARE IN BRAZIL</i> Rodrigo Rodrigues, Paulo Eduardo Mangeon Elias, Daniel de Araujo Dourado, Paula Vilhena Carnevale Vianna, Aylene Emilia Moraes Bousquat	141

Entrevista	
MINISTRO DA SAÚDE JOSÉ GOMES TEMPORÃO	157
<i>Nelson Ibañez, Ana Luíza d'Ávila Viana</i>	
Plataformas Eleitorais	
ESTE JOGO NÃO PODE SER 1X1	171
<i>THIS GAME CANNOT END 1-1</i>	
<i>Eduardo Jorge M. Alves Sobrinho, Maria Fátima Sousa</i>	
O SUS E A SAÚDE DOS BRASILEIROS	183
<i>THE SUS AND THE HEALTH OF BRAZILIANS</i>	
<i>Ademar Arthur Chioro dos Reis, Fausto Pereira dos Santos, Humberto Sérgio Costa Lima, Ana Paula Sóter</i>	
COMPROMISSOS COM A SAÚDE DO POVO BRASILEIRO	201
<i>HEALTH COMMITMENTS OF THE BRAZILIAN PEOPLE</i>	
<i>Renilson Rehem</i>	
Artigos de Revisão	
ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA NA CONSTRUÇÃO DE UM CAMPO DO CONHECIMENTO: A SAÚDE COLETIVA NO BRASIL	221
<i>ECONOMY, SOCIETY AND POLITICS IN THE CONSTRUCTION OF A FIELD OF KNOWLEDGE: COLLECTIVE HEALTH CARE IN BRAZIL</i>	
<i>Silvia Gerschman</i>	
CAMBIOS EN LA DIRECCIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS: UN ANÁLISIS COMPARATIVO DEL CICLO DE LAS POLÍTICAS DE REFORMA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA EN BRASIL	255
<i>CHANGES IN THE DIRECTION OF PUBLIC POLICIES: A COMPARATIVE ANALYSIS OF THE CYCLE OF PUBLIC ADMINISTRATION REFORM POLICIES IN BRAZIL</i>	
<i>Maria Gabriela Monteiro</i>	
Resenha	
A CRISE DO ESTADO	273
<i>Hudson Pacifico da Silva</i>	
Reportagem	
SAÚDE NO RIO DE JANEIRO: O DRAMA DO PÚBLICO	277
<i>Beatriz Salomão</i>	
Normas para submissão de trabalhos	295

Editorial

A *Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde* é uma dedicatória ao SUS, marco da construção da cidadania brasileira e referência universal para o tema Saúde Coletiva.

A atual Constituição Brasileira, promulgada, em 05 de outubro de 1988, foi saudada de norte a sul com a alcunha de “Constituição Cidadã”, num compreensível arroubo retórico, a contrastar com um país ainda sob os escombros de vinte anos de ditadura.

Uma seqüência de cinco artigos da Nova Carta, porém, de fato, fazia jus ao apelido. O primeiro deles, Art. 196, que começava dizendo “A saúde é direito de todos e dever do Estado...”, transformava em lei a palavra de ordem solidária e generosa do Movimento Sanitarista dos anos 60, dos anos 70, dos anos 80. Nascia o SUS.

As concepções e valores, do SUS, ousados, tiveram e ainda têm grande repercussão no processo de desenvolvimento brasileiro – nas políticas públicas e nas relações Estado e Sociedade. Conhecer o SUS é imprescindível para se compreender a história recente do Brasil.

Mas, nos últimos 22 anos, o país mudou, o mundo mudou – muito.

A globalização completou seu ciclo fundindo os mercados mundiais; as crises, agora também globais, embaralham os centros de poder ao sabor de fluxos financeiros surpreendentes; o perfil populacional se alterou, a humanidade está mais velha; as novas tecnologias, em quantidade e sofisticação inimagináveis impõem-se – seja por sua real utilidade, seja por exigência de retorno do investimento feito; doenças, antes confinadas às misérias locais, se universalizam desafiadoramente, enquanto a indústria da saúde migra da órbita da cura, para órbita do bem estar e do prazer.

Nos BRIC (Brasil, Rússia, Índia e China), a novidade da ascensão na pirâmide social de uma nova classe média, com demandas e valores ainda pouco definidos, é mais uma esfinge a provocar estudiosos, planejadores e políticos a decifrá-la. No Brasil esse contingente é de 90 milhões de pessoas.

Como tudo isto impacta, já impactou e impactará, em futuro próximo, sistemas de proteção social como o SUS? Neste contexto do mundo, quais serão os rumos da Saúde Coletiva?

A *Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde* oferece um espaço de continência a essas indagações, colocando suas páginas a serviço de especialistas, estudiosos e profissionais dispostos a mergulhar nessa temática oceânica em busca de novos horizontes e novas rotas para a Saúde Coletiva no Brasil e no mundo.

Bem-vindo!

Conselho Editorial

Carta ao leitor

A questão do papel do Estado como indutor/regulador dos processos econômicos emerge, mundialmente, como ponto fulcral em qualquer análise do período histórico recente. Incertezas e inseguranças, inerentes ao processo de desenvolvimento experimentado por países como o Brasil, demandam dos entes públicos lucidez e profundidade de análise, para que o atual momento de geração de riquezas não repita os modelos de perpetuação de desigualdade no acesso a melhores condições de vida.

No entanto, o *Informe sobre desenvolvimento humano para América Latina e Caribe 2010*, apresentado pelo PNUD no último dia 23 de julho de 2010, em São José, Costa Rica, denuncia a persistência, ainda, do processo de transmissão *intergeracional* da desigualdade em nosso continente. E lembra que o aumento das oportunidades e do acesso a bens e serviços não elide a necessidade de se avançar em processos que tornem os indivíduos sujeitos ativos de seu próprio desenvolvimento.

Nesse contexto, cabe aos estudiosos e gestores da Saúde Pública Brasileira oferecer suas críticas, respostas e caminhos, para que cidadãos e governantes garantam efetividade e eficácia às ações voltadas para a construção de sociedades que possam – na concepção de Celso Furtado – ser “consideradas desenvolvidas, à medida que, nelas, o homem logra satisfazer suas necessidades e renovar suas aspirações”.

Reconhecendo a urgência de aprofundar criticamente cada momento vivido, a Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde traz, como primeiro artigo, um balanço da política de saúde no governo Lula, apreendendo os avanços alcançados e as lacunas a serem preenchidas.

O segundo artigo analisa os gastos sociais no Brasil a partir de 1988 e, ao detectar avanços em algumas políticas públicas e timidez no financiamento de ações universais, talvez indique as razões do subfinanciamento do SUS e a ausência de propostas mais ousadas para superação desse quadro.

À constatação de que uma política social, que não equaciona de forma duradoura sua(s) fonte(s) de recurso e não consegue explorar diferentes conjunturas, tende a se enfraquecer, somam-se as reflexões do terceiro artigo. Mostrando a influência da herança patrimonialista e clientelista do estado e da sociedade brasileira no processo de implantação do SUS, apontam-se ali traços preocupantes da remercantilização e privatização, ameaçando a hegemonia do *ethos* público na gestão de nosso sistema universal de saúde.

O quarto artigo aponta os limites e alcances da política de Atenção Primária nos centros urbanos e as dificuldades, geradas pelo modelo de descentralização assumido pela Política Nacional de Saúde, para a superação da oferta atomizada e fragmentada de serviços de saúde que se observa no sistema público.

Transitando para a atenção hospitalar o quinto artigo busca identificar e avaliar experiências de organização e gestão do cuidado, face aos problemas de qualidade da assistência hospitalar no SUS.

Os processos e arranjos decisórios ocorridos em Comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), onde se operacionalizam negociações e pactuações entre gestores de saúde das três esferas de governo são analisados no artigo de número seis.

O último artigo pretende demonstrar que para entender o processo de alocação de recursos em saúde é necessário considerar, em toda sua complexidade, a combinação de fatores socioeconômicos, estruturais do federalismo fiscal brasileiro, o desenho da política de saúde e, também, o grau de participação do mercado na oferta de serviços.

Na Entrevista desta edição, uma das inovações do projeto editorial da Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, o atual ministro da Saúde, dr José Gomes Temporão faz um balanço de sua gestão à frente do Ministério e fala de sua carreira acadêmica, profissional e da importância da integração universidade/política.

Uma seção especial, denominada Plataformas Eleitorais, abre espaço para que as três forças, que mais se destacam no atual cenário político nacional, apontem seus diagnósticos sobre saúde e as propostas de suas candidaturas

presidenciais para a área. Destaque-se a questão do financiamento do SUS como ponto comum nos três artigos.

A seção de Revisão teórica e bibliográfica desta edição traz dois artigos. O primeiro deles ressalta a importância da ciência política na conformação da Saúde Coletiva como um novo campo de saber, situado na intersecção de vários saberes e práticas; e resgata de forma crítica o uso das grandes categorias e conceitos teóricos da teoria política e sua apreensão pela área da saúde coletiva. O segundo artigo de revisão discute as mudanças e continuidades nas políticas públicas brasileiras, na perspectiva de que as reformas administrativas na área de saúde são parte desse contexto mais amplo.

Finalmente, temos a segunda inovação editorial, que é a seção Reportagem. Para esta edição, a escolha recaiu sobre um texto que traz o olhar de uma jovem jornalista sobre a situação da saúde pública no Rio de Janeiro, reportando a realidade que encontrou e dando voz a gestores, a especialistas e à população usuária dos serviços.

Boa leitura

Os Editores

Política de saúde no Governo Lula: continuidades e mudanças

Health policy under the Lula Administration: continuities and changes

Cristiani Vieira Machado^I
Luciana Dias de Lima^I
Tatiana Wargas de Faria Baptista^I
Ana Luisa Barros de Castro^{II}

Resumo O artigo aborda a condução nacional da política de saúde de 2003 a 2010, período correspondente ao Governo Lula. O estudo se apoiou no referencial da análise das políticas públicas e privilegiou como categorias de análise o contexto governamental, as propostas para a saúde, o processo político e o conteúdo da política. As estratégias metodológicas envolveram: revisão bibliográfica; análise documental e orçamentária; entrevistas com dirigentes e técnicos federais. Os resultados sugerem que as políticas de saúde se inseriram em um contexto de um modelo de desenvolvimento híbrido, em que a política econômica impôs restrições às políticas sociais, ainda pouco articuladas. As gestões ministeriais da saúde apresentaram muitas continuidades entre si, mas também diferenças em termos do processo e do conteúdo da política. Ainda que a política de saúde não tenha representado uma prioridade do governo federal, houve mudanças incrementais em âmbitos estratégicos para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos campos de atenção à saúde, recursos humanos e insumos, assim como alterações no modelo de intervenção federal. Por fim, discutem-se algumas limitações das políticas de saúde no período e a persistência de problemas estruturais que dificultam a consolidação da saúde como direito de cidadania no país.

Palavras-chave: Política de saúde, Sistema Único de Saúde, Governo Federal, Ministério da Saúde

Abstract This article analyzes the national health policy in Brazil from 2003 to 2010, under the Lula Administration. The research was based on the theoretical framework of public policy analysis and considered the governmental context and proposals, the political process and the health policy content. The methods included a literature review, document and budget analysis, and interviews with federal health officials. The results suggest that health policies were inserted in a context of a hybrid development model, in which economic policies have imposed restrictions on poorly articulated social policies. The Ministry of Health administrations have mostly presented elements of continuity, but differences have been registered in the political process and in policy content. Although health policy has not been a priority for the federal government, there were incremental changes in strategic areas for the implementation of the Unified National Health System in the fields of health care, human resources and health inputs, as well as changes in the model of federal intervention. Finally, we discuss some limitations of health policies adopted in the period and the persistence of structural problems that hinder the consolidation of health as a right of citizenship.

Key words: Health policy, National health system, Federal Government, Ministry of Health

I Doutoras em Saúde Coletiva, professoras e pesquisadoras do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz). cristiani@ensp.fiocruz.br; luciana@ensp.fiocruz.br; twargas@ensp.fiocruz.br

II Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). analuisasb@yahoo.com.br

Introdução

Decorridos mais de vinte anos da promulgação da Constituição de 1988 e da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), o cenário da política de saúde no Brasil mostra avanços institucionais e a ampliação do acesso da população aos serviços públicos de saúde em todo o país. No entanto, as expectativas de consolidação de um sistema de saúde universal, público e igualitário como proposto pelo movimento da Reforma Sanitária brasileira são frequentemente colocadas em xeque. Muitos obstáculos à concretização da saúde como direito de cidadania no país têm raízes estruturais e expressam desafios que extrapolam os limites setoriais.

Este artigo aborda a condução nacional da política de saúde no período de 2003 a 2010, correspondente ao Governo Lula. Tal governo se iniciou com expectativas quanto a transformações no modelo de desenvolvimento econômico e social, no padrão de intervenção do Estado e nas suas relações com a sociedade. Em oito anos, alcançou grande projeção internacional, ainda que existam controvérsias sobre a intensidade e o caráter das mudanças introduzidas.

Assinale-se que existe uma expressiva produção científica internacional e nacional relativa a esse governo, sobre diferentes temas e áreas de políticas públicas^{1,2}. Porém, estudos sobre a política de saúde com o recorte no período ainda são escassos. Dada a relevância do setor saúde e sua capacidade de expressar fortemente as três “faces” da atuação do Estado – a social, a econômica e a política³ –, análises sobre essa política podem contribuir para a compreensão dos elementos de mudança e continuidade na condução estatal das políticas.

No entanto, como assinalam Lenhardt e Offe⁴, a análise das políticas sociais deve considerar ao menos dois planos: o primeiro se relaciona à sua inserção estrutural em um Estado capitalista; o segundo se refere à especificidade das políticas sociais que as distingue nos processos históricos das sociedades, cuja consideração é fundamental para a compreensão das funções e da atuação do Estado na área social.

Cabe reconhecer que existem desafios teórico-metodológicos relacionados à delimitação do estudo da política nacional de saúde a um governo específico. Em primeiro lugar, a política de saúde no Brasil apresenta uma longa trajetória como política de Estado⁵ e foi um dos pilares relevantes do sistema de proteção social brasileiro, sob um dado modelo⁶. A complexidade do campo da saúde, bem como a densidade da política, requer a consideração de variáveis histórico-estruturais e institucionais de longo prazo na análise da política setorial.

Em segundo lugar, a Reforma Sanitária brasileira e a instituição formal do SUS representaram movimentos de grande relevância para a transforma-

ção do sistema de saúde brasileiro. A agenda reformista da saúde orientou a luta política dos atores setoriais nos anos 90 em um contexto político-econômico adverso. Em prol de avanços institucionais e do direito à saúde, houve uma busca de certo “insulamento” da saúde em relação às diretrizes gerais dos governos, embora não tenha sido possível evitar os efeitos da agenda neoliberal e dos processos de reforma do Estado sobre o setor.

Um terceiro desafio diz respeito a ser o foco de análise a política nacional, em um contexto federativo e de intensa descentralização político-administrativa, que altera profundamente o papel da esfera federal na saúde. A atuação do Ministério da Saúde nesse cenário é condicionada pela sua capacidade de coordenação federativa, uma vez que a implementação das políticas nacionais depende dos governos estaduais e municipais⁷. Acrescente-se a isso o fato de que a governabilidade do Ministério da Saúde com relação à condução da política é relativamente limitada no âmbito do governo federal, dada a dependência da saúde ao modelo mais geral de desenvolvimento econômico e social⁸.

Tais desafios tornam ainda mais necessária a realização de estudos específicos sobre a política nacional de saúde que busquem considerar as complexas relações entre política de Estado e projeto de governo. Este artigo, ao analisar a condução federal da política de saúde entre 2003 e 2010, busca contribuir para a reflexão sobre as mudanças e continuidades na política setorial, em sua relação com a conjuntura nacional mais ampla, sem pretender esgotar o tema.

Metodologia

O estudo se apoiou no referencial da análise das políticas públicas que, como apontam Ham e Hill⁹, procura abranger o que os governos fazem, por que fazem e que diferença isso faz. Esses autores advertem para a importância de as análises de políticas públicas considerarem os contextos políticos, econômicos e sociais nos quais os problemas são enfrentados, o que pode incluir questões de ordem macro, como o papel do Estado e a distribuição do poder entre grupos sociais.

As principais categorias de análise consideradas neste artigo foram: o contexto governamental, as propostas do governo para a saúde, o processo político e o conteúdo da política de saúde no período. A identificação de continuidades e mudanças na política de saúde considerou a trajetória prévia da política¹⁰, a definição das regras nacionais e o papel dos atores.

As estratégias metodológicas da pesquisa envolveram: revisão bibliográfica; análise documental, com destaque para os programas de governo, documentos e portarias do Ministério da Saúde; consultas a *sites* oficiais; realização de 23 entrevistas semiestruturadas com dirigentes e técnicos federais atuantes no período.

O contexto do Governo Lula e as perspectivas para a saúde

As principais expectativas de mudança após a eleição de Lula se relacionavam à possibilidade de delineamento de uma nova política desenvolvimentista “nacional, popular e democrática”¹¹, que pudesse associar crescimento econômico com inclusão social e redistribuição de poder e riqueza, na atual etapa de globalização financeira das economias capitalistas.

Como argumenta Guimarães¹², a vitória de Lula traduziu o *ciclo de ilusão/desilusão com o projeto neoliberal no Brasil, do processo de sua deslegitimação social*. Além das frustrações com os limitados resultados econômicos das reformas orientadas para o mercado, as aspirações de mudanças também associaram-se à possibilidade de remodelagem das antigas formas de atuação do Estado nos assuntos econômicos, sociais e políticos, que marcaram o nacional-desenvolvimentismo no período de 1930 a 1980. No novo projeto, as políticas sociais assumiriam de fato um papel estratégico, contribuindo para a redistribuição de renda e para a consolidação de um “desenvolvimentismo de bem-estar” no Brasil.

Entretanto, o que se observou no primeiro mandato de Lula foi a instauração de um “modelo híbrido”, assim caracterizado por Boschi¹³:

A redefinição do papel estratégico do Estado envolvendo novas modalidades de intervencionismo se delineia em grande parte nesta fusão institucional que se expressa na manutenção de partes do aparato institucional do período desenvolvimentista, na sua adaptação às mudanças introduzidas pelas reformas (sobretudo no campo da regulação como resultado da abertura comercial financeira e das privatizações) e na criação de novos formatos institucionais capazes de assegurar ou aprimorar a capacidade de coordenação do Estado (sobretudo em termos de suas relações com o setor privado).

No primeiro mandato, no âmbito macroeconômico, houve esforço de manutenção da estabilidade por meio de instrumentos rígidos de política fiscal e monetária, associados à implantação de políticas seletivas de desenvolvimento industrial, estímulo às exportações e programas de apoio às pequenas e médias empresas nacionais, com revalorização do papel do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES)¹³.

Paralelamente, o governo procurou incrementar o arcabouço institucional de apoio ao desenvolvimento, por meio da criação do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (CDES), de caráter consultivo e envolvendo segmentos da sociedade civil, da coordenação de setores específicos por meio das agências regulatórias e de outros foros de articulação com o empresariado.

O segundo governo Lula se iniciou com expectativas em relação à possibilidade de uma inflexão na condução da política macroeconômica e de

fortalecimento dos “desenvolvimentistas” na coalizão governamental. O presidente anunciou que teria se encerrado a fase de ajuste e que o segundo mandato se voltaria para as políticas de crescimento e desenvolvimento a longo prazo. Nesse sentido, foi lançado em 2007 o Plano de Aceleração do Crescimento (PAC), um grande programa de investimentos em projetos de infraestrutura econômica e social.

Os mecanismos de estímulo ao crescimento econômico previstos no PAC podem ser agregados em cinco eixos: uma fórmula de cálculo do superávit primário que deduz os investimentos efetuados por empresas públicas; critérios de controle das despesas sociais e do pagamento de funcionários; previsão de parcerias público-privadas (PPP), com ênfase na infraestrutura; medidas de redução de impostos e incentivos a setores considerados importantes para o crescimento; medidas legais voltadas para as micro e pequenas empresas e a recriação das agências para o desenvolvimento regional do Nordeste e do Norte.¹⁴

A política econômica se articula ainda a um projeto de integração regional e internacional, por meio de uma política externa pautada em três dimensões: uma diplomacia econômica visando consolidar mercados, obter recursos e negociar dívidas externas; uma diplomacia política que devolve ao Itamaraty a sua posição estratégica; e um programa social, calcado na revalorização do mercado doméstico e no combate aos fatores que debilitam a ação internacional, como a desigualdade social, o desemprego e a criminalidade.¹⁵

Em relação à estratégia governamental para a proteção social, não se pode dizer que tenha havido no Governo Lula um debate integrado sobre o significado do sistema de proteção social no modelo de desenvolvimento e os princípios universalistas que devem nortear as políticas sociais, dado o marco estabelecido pela Constituição de 1988. Observa-se o predomínio da evolução fragmentada de políticas, com iniciativas de coordenação governamental de rarefeita institucionalidade.

A agenda social desse governo tem enfatizado as políticas de combate à pobreza e de expansão de direitos de grupos específicos (populações ribeirinhas, indígenas, quilombolas, gays, mulheres, jovens), o que levou a mudanças institucionais como a criação do Ministério do Desenvolvimento Social e de secretarias especiais junto à Presidência. Destacam-se o Programa Bolsa Família – um imenso programa de transferência de renda com condicionais –, a expansão dos benefícios não contributivos da Previdência e o aumento no valor real do salário mínimo. Tais estratégias contribuíram para a redução das desigualdades de renda^{16,17,18} e para o crescimento de uma “nova classe média”¹⁹ no país.

Quanto à Previdência, Leopoldi²⁰ destaca que as reformas desde os anos 90 têm seguido uma trajetória incremental. Para esta autora, no Go-

verno Lula o principal propósito da reforma previdenciária teria sido em um primeiro momento promover o ajuste fiscal por meio de contenção de gastos públicos com pensões, aposentadorias e outros benefícios. No entanto, o governo também teria tido iniciativas de ampliar a cobertura previdenciária para novos segmentos da população, incluindo parte do setor informal.

Em que pesem os avanços observados, Vianna²¹ adverte que a fragmentação entre as áreas sociais, registrada nos anos 90, teria sido reiterada no Governo Lula, fragilizando a lógica universalista da proteção social. Para esta autora, a Seguridade só se mantém na letra da Constituição, porém a ausência de uma institucionalidade faz com que a Previdência seja o vilão (deficitário) e não parte de um sistema de Seguridade (superavitário); que a assistência não consiga ultrapassar sua condição assistencialista e que a saúde careça de recursos para a universalização²¹.

Ainda que haja fragilidades na articulação das políticas sociais em um sistema integrado, houve expansão de ações e gastos em várias áreas, ocorrendo entre 2003 e 2008 um aumento do gasto social federal em termos de participação no produto interno bruto (PIB). No entanto, predominaram o caráter pró-cíclico desse gasto e certa vulnerabilidade das políticas sociais, que foram influenciadas de forma diferenciada pela política macroeconômica. Enquanto o crescimento dos gastos com Previdência e assistência social vem sendo progressivo desde os anos 90, as áreas da saúde e da educação têm apresentado maiores oscilações em termos da participação no PIB^{18,22}.

O Gráfico 1 mostra a evolução do orçamento do Ministério da Saúde com ações e serviços de saúde como percentual do PIB de 1995 a 2008. Observam-se oscilações nesse indicador na segunda metade dos anos 90, seguidas por um período de maior estabilidade entre 1999 e 2002, novas oscilações entre 2003 e 2005 e recuperação de patamares mais elevados entre 2006 e 2008.

Os dados reiteram o argumento do caráter pró-cíclico do gasto social, visto que o aumento entre 2006 e 2008 se dá em um cenário de crescimento. Porém, também parecem expressar a situação das fontes de financiamento para a saúde, visto que as maiores oscilações ocorrem em períodos de instabilidade. Alguns problemas persistentes nesse âmbito são as dificuldades de regulamentação e cumprimento da emenda constitucional n. 29/2000 (que define as regras de vinculação de recursos para a saúde nas três esferas de governo) e a decisão do Senado ao final de 2007 de não prorrogar a vigência da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CMPF), uma importante fonte de financiamento para a saúde.

A saúde nos programas de governo de Lula

Nas campanhas para as eleições presidenciais vencidas por Lula – em 2002 e em 2006 –, as propostas para a saúde foram resumidas de duas formas: 1) como item específico, no âmbito do programa geral que continha propostas para várias áreas, finalizado sob a égide da coordenação da campanha; 2) por meio de um programa setorial elaborado por atores técnico-políticos da saúde, majoritariamente vinculados ao Partido dos Trabalhadores.

As características das propostas para a saúde (em termos de detalhamento e consistência) variaram entre os dois tipos de programa – geral e específico – e também entre as campanhas presidenciais, dado o distinto contexto de sua elaboração. O conteúdo dos programas é resumido no Quadro 1.

Na campanha de 2002, o conteúdo referente à saúde no programa geral de governo²³ partia da afirmação das diretrizes do SUS e da Seguridade Social, mas era bastante genérico. Denotava uma preocupação com a mudança no modelo de intervenção federal, ao enfatizar a descentralização, a gestão compartilhada, o papel do Ministério da Saúde na cooperação e no apoio a estados e municípios (sem concorrer com eles) e o fortalecimento da participação social. Trazia proposições vagas em relação ao financiamento (sem afirmar a necessidade de expansão de recursos), às relações público-privadas em saúde e às políticas de pessoal para o SUS. No que concerne à atenção à saúde, fazia referência a políticas de promoção e à atenção integral às pessoas, com menção a alguns problemas de saúde pública.

Já o programa setorial²⁴ era mais detalhado e trazia propostas em relação aos vários âmbitos da atenção à saúde, tais como: fortalecimento da Atenção Básica; estruturação do atendimento às urgências; constituição de centros de referência para especialidades e exames; reorganização do atendimento hospitalar e de alta complexidade; fortalecimento das vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental em uma perspectiva integrada; saúde bucal e atenção a grupos específicos. No âmbito da gestão federativa, afirmava os pontos destacados no programa geral. Quanto ao financiamento, era mais enfático, propondo o cumprimento da emenda constitucional n. 29, a expansão de recursos e sua aplicação para redução de desigualdades. Também no que se refere a recursos humanos, foram explicitadas propostas que viriam a ter desdobramentos posteriores: mesas de negociação com os trabalhadores, programas de educação continuada e profissionalização de agentes comunitários de saúde.

Nos programas apresentados durante a campanha de 2006 para a reeleição, a política de saúde foi abordada de forma mais abrangente. Ainda que os documentos tenham focado as ações desenvolvidas no primeiro man-

dato, apontava-se a necessidade de seu aprimoramento e de avanços numa perspectiva de desenvolvimento econômico e social.

O programa geral de governo²⁵ apresentou objetivos mais consistentes para a saúde em comparação ao anterior. Partiu do compromisso com o avanço na consolidação do Sistema Único de Saúde, com a universalização dos serviços e melhoria do atendimento ao cidadão. Dentre as suas diretrizes, destacaram-se o fortalecimento da gestão compartilhada do SUS – pública, democrática, com controle social – e a organização de ações e serviços em rede nacional única e integrada de atenção à saúde.

Os programas apontados como prioritários para o segundo governo foram os criados no primeiro mandato (Brasil Sorridente, Samu, Farmácia Popular), além do Programa de Saúde da Família. Para o alcance dos objetivos relacionados à garantia de atendimento universal, integral e de qualidade, propôs-se: universalizar o cartão SUS; criar centros de atendimento especializados de média complexidade; apoiar estados e municípios na criação das centrais de regulação; criar o programa Telesaúde.

O Programa Setorial de Saúde 2007/2010²⁶ foi elaborado pelos atores que participaram da confecção do programa de 2002, porém houve menção à participação de usuários do SUS, entidades sindicais, instituições de saúde e da academia. O texto foi dividido em quatro partes, sendo a maior delas destinada à descrição das principais realizações do Governo Lula na saúde durante o primeiro mandato.

O documento destaca os avanços do primeiro Governo Lula, porém reconhece que haveria desafios a serem enfrentados na oferta e na qualidade do atendimento prestado aos cidadãos. Indica que é necessário consolidar o que se implantou, assim como implantar novas políticas estruturantes, consolidar o Pacto pela Saúde e implementar outras políticas que melhorem a qualidade de vida das pessoas. Afirma ainda que as ações de saúde permaneceriam associadas aos programas do governo que visam à redução das desigualdades sociais.

O tema de destaque desse documento é o Complexo Produtivo da Saúde (CPS). Ressalta-se que a abordagem da saúde deve considerar não apenas a assistência, mas sua complexidade, envolvendo o conjunto de setores da produção da economia e das políticas institucionais que participam da produção da saúde como um todo. Nesse sentido, afirma-se que a saúde no Governo Lula, ao ser tratada como política de Estado e direito de cidadania, com participação popular e controle social, produziria um modelo exemplar de desenvolvimento nacional com justiça social.

Em que pese a menção à necessidade de se articular a saúde às políticas governamentais, chama a atenção a fragmentação das propostas apresentadas. Saliente-se ainda o pouco destaque ao tema do financiamento, sendo

apenas citado que esse governo apoiaria a regulamentação da emenda constitucional n. 29 para garantir a estabilidade das fontes.

A condução federal da política de saúde: processo e conteúdo

No Governo Lula, entre 2003 e meados de 2010 houve quatro ministros da Saúde, todos com perfil técnico-político, sendo que três apresentavam vínculos partidários. O Quadro 2 resume informações sobre o perfil dos ministros, duração e principais destaques das quatro gestões ministeriais do período 2003-2010.

Em 2003, houve ênfase na definição de políticas que se constituiriam como marcos diferenciais de governo. Destacam-se nesse sentido o Brasil Sorridente (política para a área de saúde bucal), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (componente pré-hospitalar da atenção às urgências e emergências) e a Farmácia Popular (iniciativa de promoção do acesso da população a medicamentos básicos, por meio de aquisição a baixos preços em farmácias públicas ou privadas conveniadas, configurando um copagamento Estado-usuário). Tais políticas apresentam trajetórias, bases de apoio e implicações para o SUS bem diferentes, porém todas se expandiram de forma expressiva nos anos subsequentes.

A Estratégia de Saúde da Família não foi anunciada como marco governamental em um primeiro momento, dado o seu início no governo anterior. Porém, tal política foi incorporada às metas presidenciais, continuou a apresentar destaque na agenda do Ministério da Saúde e se ampliou durante o Governo Lula, nas sucessivas gestões ministeriais.

Um movimento relevante de mudança foi representado por alterações na estrutura do Ministério da Saúde em 2003. Ressalte-se a conformação de quatro novas secretarias: a de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde; a de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; a de Vigilância em Saúde; e a de Gestão Participativa em Saúde. Além disso, houve a unificação da Secretaria de Assistência à Saúde com a Secretaria de Políticas de Saúde, com a conformação da nova Secretaria de Atenção à Saúde. Em geral, a nova estrutura do ministério pareceu mais lógica e adequada ao desenvolvimento de ações nos vários campos de atenção à saúde, embora não tenha solucionado o problema da fragmentação interna – que tem raízes históricas antigas – e os conflitos de poder.

A criação da Secretaria de Vigilância em Saúde trouxe para a estrutura de administração direta do ministério o comando nacional das políticas de vigilância epidemiológica, área estratégica da Saúde Pública que até então estava sob a responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (Funasa). A criação da secretaria representou, ao mesmo tempo, um movimento de redu-

zir as atribuições e o poder da Funasa e de reestruturar o campo da vigilância epidemiológica, por meio da expansão do seu escopo e da maior articulação com estratégias de promoção da saúde. A Política Nacional de Promoção da Saúde foi formalizada em 2004 sob a égide da nova secretaria, e seu destaque aumentou nos anos subsequentes, principalmente a partir de 2007. Ressalte-se que a área de Vigilância Sanitária permaneceu sob o comando direto da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), com limitada articulação com as políticas sob condução da Secretaria de Vigilância em Saúde.

A Secretaria de Gestão Participativa em Saúde teve como primeiro titular Sergio Arouca, uma liderança importante da Reforma Sanitária brasileira nos anos 80, que em 2003 era vinculado ao Partido Popular Socialista (PPS), da base de apoio ao primeiro governo Lula. Uma de suas primeiras medidas foi a convocação antecipada da XII Conferência Nacional de Saúde para o final de 2003, para rediscutir os rumos da política de saúde brasileira. Após o falecimento de Arouca, houve dificuldades de definição do titular da secretaria e conflitos de relacionamento com o Conselho Nacional de Saúde. A partir de 2006, ocorreu uma expansão das atribuições da secretaria – que se transformou em Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa em Saúde (SGEP) –, destacando-se a sua articulação com movimentos sociais específicos²⁷.

Já a conformação da nova Secretaria de Atenção à Saúde representou um movimento importante de reunificação de ações que estavam divididas entre a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) – como programas de atenção a grupos específicos –, a Diretoria de Atenção Básica e a antiga Secretaria de Assistência à Saúde – responsável pelas ações de média e alta complexidades. Tal fragmentação do comando sobre a atenção, historicamente fundada, havia se agravado no governo anterior com a criação da SPS em 1997 e a transferência das ações da atenção básica para essa secretaria em 2000. A nova SAS representou um esforço de reduzir essa fragmentação, embora não tenha sido suficiente nesse sentido.

Merece destaque a criação das secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde e de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, que têm significado como esforço de maior institucionalização de dois campos relevantes de atuação do Estado na saúde. Nos anos 90, por influência da agenda de reforma do Estado, as áreas de recursos humanos e de insumos expressaram importantes lacunas de atuação federal que prejudicaram a expansão, a consolidação e a sustentabilidade de uma política de saúde pública e universal no país. O investimento na institucionalização desses campos de atuação *per se* representa uma mudança positiva, ao aumentar as possibilidades de enfrentamento de problemas estruturais do sistema de saúde em áreas críticas.

Em relação à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, registram-se no período de 2003 a 2010 esforços de estruturação de duas subáreas. Uma delas é a de formação de recursos humanos, em que já existiam iniciativas anteriores, que foram expandidas por meio de novas articulações e parcerias com gestores locais, universidades e setores do Ministério da Educação. Alguns desdobramentos são as políticas voltadas para o fomento às mudanças curriculares dos cursos da saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde), a formação profissional em serviço (Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde – PET-Saúde) e a formação de gestores do SUS. Tais estratégias são bastante relevantes como esforço de orientação da formação profissional no sentido das necessidades do sistema público de saúde, dado o grande peso da saúde na geração de empregos qualificados no país. Ressaltam-se ainda mudanças nas diretrizes políticas para a educação permanente em saúde, cujas características permitem identificar dois momentos distintos (2003-2005 e 2006-2010).

A outra subárea representou de fato uma nova vertente de ação, prevista nos programas de governo de Lula desde a campanha eleitoral de 2002: a de regulação do trabalho em saúde, com ênfase nas estratégias voltadas para a desprecarização das relações de trabalho na saúde e na promoção de mesas de negociação relativas à questão salarial.

A criação da secretaria favorece uma expressiva alocação orçamentária para esse campo em 2004. No entanto, houve limitações na execução orçamentária para programas dessa área nos anos seguintes, talvez relacionadas ao momento de estruturação de novas políticas. Os programas mais importantes começaram a ser implantados nacionalmente de forma mais expressiva a partir de 2008-2009, dependentes da adesão de estados e municípios para a execução descentralizada de recursos, enfrentando numerosas dificuldades.

Quanto à atuação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, houve nos dois primeiros anos do governo certa instabilidade gerencial, relacionada a mudanças de dirigentes. As iniciativas mais importantes nesse campo no primeiro mandato se deram no fomento à pesquisa em áreas estratégicas para a saúde, que mostrou considerável expansão.

No segundo Governo Lula, ocorre uma mudança mais expressiva nessa área. O novo Ministro da Saúde passa a enfatizar a saúde como um componente fundamental de um modelo de desenvolvimento orientado para o bem-estar social. Ressalte-se a valorização da saúde não apenas em sua dimensão social, mas também como um setor relevante para a economia, que gera empregos qualificados e mobiliza uma grande quantidade de insumos e tecnologias que podem representar oportunidades de pesquisa, desenvolvimento, inovação e de produção para a indústria nacional.

Nesse contexto, ganha projeção a temática do complexo produtivo da saúde, com destaque para o esforço de articulação entre a política industrial referente ao setor saúde e a política de saúde (entendida como a subordinação das diretrizes da primeira às necessidades identificadas pela segunda). Com base no diagnóstico de fragilidade da política industrial, da dependência tecnológica e do déficit comercial relativo à saúde, o fortalecimento da capacidade de inovação e da produção nacional de insumos para a saúde é compreendido como uma questão fundamental para se reduzir a vulnerabilidade da política social e para se assegurar a sustentabilidade da expansão do SUS a médio e longo prazos. O plano Mais Saúde, lançado no final de 2007, confere grande destaque a esse tema desde a sua introdução e propõe uma expansão de recursos para o eixo do complexo industrial da saúde.²⁸

Há alguns desdobramentos concretos dessa vertente. No período de 2004 a 2008, os programas relativos aos insumos estratégicos (incluindo a assistência farmacêutica) apresentaram um crescimento expressivo de execução orçamentária. No plano da produção nacional de insumos, adotou-se pela primeira vez no país, em 2007, o licenciamento compulsório de um medicamento – o Efavirenz – após declaração de seu interesse público para o tratamento de HIV/Aids e denúncia dos preços abusivos praticados pela indústria farmacêutica transnacional. Em 2009, o Efavirenz começou a ser produzido por meio de parcerias entre laboratórios nacionais. Houve ainda o lançamento de outros medicamentos nacionais relevantes para o controle da Aids e de doenças como tuberculose e malária.

Outro movimento é a articulação entre o Ministério da Saúde e outros órgãos, como o Ministério da Ciência e Tecnologia, o Ministério de Desenvolvimento, Indústria e Comércio e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social. Essa articulação tem se traduzido na valorização das diretrizes da política de saúde nos planos estratégicos de outros ministérios (como o Plano de Desenvolvimento Produtivo e o PAC-Inovação). Também se expressou na realização de um seminário sobre o tema do complexo econômico-industrial da saúde em 2008, organizado pela parceria Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e BNDES. Em consequência, foram elaborados em 2008 instrumentos legais e normativos para operacionalizar o processo de integração entre as políticas de desenvolvimento, de ciência e tecnologia e de saúde. Cabe ressaltar as seguintes medidas: a criação do Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde, coordenado pelo Ministério da Saúde; e a publicação de portarias do Ministério da Saúde para orientar e incentivar a produção nacional de insumos.

Dadas as características atuais do capitalismo mundial, o caráter transnacional de alguns segmentos industriais da saúde (como o farmacêutico), a trajetória do capitalismo brasileiro e os fortes interesses econômicos no setor saúde, é cedo para se preverem as consequências desse processo de articulação. O fato de esse tema ter ganhado destaque na agenda setorial não significa que os setores econômicos do governo assumam essa prioridade com a mesma intensidade. Além disso, um movimento dessa envergadura envolve não apenas órgãos governamentais, mas também os empresários atuantes na saúde, cujos interesses podem ser diversificados.

Outra área relevante, a regulação da assistência médica suplementar, permanece sob o comando da Agência Nacional de Saúde (ANS), cuja atuação não apresenta mudanças expressivas em relação ao governo anterior. Predomina no período a ênfase na estruturação de sistemas de informações sobre o segmento, na organização de mercados e na proteção aos consumidores (com sérias limitações). Se por um lado dirigentes da agência apontam como resultados positivos de sua atuação a maior solidez das operadoras e a expansão do número de beneficiários de planos²⁹, por outro há autores que têm criticado a ação do Estado nesse âmbito.³⁰

Considerações finais

A análise da política nacional de saúde no Governo Lula permite identificar elementos de continuidade e mudança em relação aos anos 90. Embora os programas de governo apresentados nas campanhas presidenciais de 2002 e 2006 apresentassem fragilidades (principalmente os programas gerais), várias propostas constantes nos programas setoriais foram implementadas.

Não se pode dizer que a política de saúde tenha representado em seu conjunto uma prioridade do governo federal no período. Cabe reconhecer certa influência da agenda social do governo (por exemplo, a ênfase na atenção a grupos em situações de vulnerabilidade) sobre as políticas de saúde. Nota-se ainda certa tensão, não equacionada, entre a ênfase em programas pontuais adotados como marcos de governo (traduzidos em metas presidenciais) e a consolidação de políticas articuladas estruturantes para o setor.

Mesmo assim, observam-se mudanças incrementais em alguns âmbitos estratégicos para a implantação do SUS nos campos da atenção à saúde, de insumos e de recursos humanos. Também se registram alterações, ainda que variáveis entre as gestões ministeriais, no modelo de

intervenção do Ministério da Saúde e no seu relacionamento com outros atores setoriais. Ressalte-se nesse sentido a expansão dos instrumentos de planejamento, a busca de um novo pacto federativo, a ênfase nas estratégias participativas e na aproximação com outras áreas de governo.

Parte das dificuldades da política de saúde no período se relaciona aos limites do modelo de desenvolvimento nacional ainda hegemônico e às características da estratégia do governo para a área social. Parte delas expressa problemas estruturais de difícil superação, já observados nos anos 90, que, apesar de esforços pontuais, persistem como fragilidades da política nacional de saúde: a insuficiente articulação com outras políticas públicas econômicas e sociais; a inexistência de uma política de investimentos abrangente e de longo prazo; a limitada consideração da diversidade das regiões do país e das variações entre municípios no desenho das políticas. Outro âmbito em que persistem importantes distorções não equacionadas diz respeito às relações público-privadas em saúde. Tais lacunas prejudicam a consolidação do SUS e a redução das desigualdades em saúde.

No segundo Governo Lula, a esperança de construção de um “novo desenvolvimentismo” teve certa expressão na saúde, simbolizada pela ampliação da agenda política e pela intensificação dos esforços de articulação com outros ministérios da área econômica e social. No entanto, o percurso da política de saúde também revelou contradições logo em 2007, ano em que a ampliação da agenda estratégica do setor se defrontou com a decisão do Senado de não prorrogação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) e outras indefinições relativas ao financiamento.

A superação de distorções estruturais do sistema de saúde brasileiro depende de um processo de transformação do Estado e da sociedade, que extrapola os limites setoriais. Requer a construção de um projeto nacional abrangente e o fortalecimento da atuação do Estado em áreas estratégicas, incluindo geração de empregos, formação de profissionais, políticas de ciência e tecnologia e industrial e a regulação de mercados em saúde. A luta pelo SUS e pela efetivação da saúde como direito de cidadania no Brasil é atualmente a luta por um novo lugar da proteção social no modelo de desenvolvimento, pela redução sustentada das desigualdades sociais e pelo fortalecimento de uma base social de apoio à política pública de saúde.

Referências

1. Love JL, Baer W, eds. *Brazil under Lula: economy, politics and society under the Worker-President*. New York: Palgrave Macmillan; 2009.
2. Pitts B. Explaining electoral success and quantifying the fulfillment of hope: a review of scholarly analyses of the Lula Presidency, 2002-2008. Paper presented at: 28th International Congress of the Latin American Studies Association; June, 2009; Rio de Janeiro, Brazil.
3. Moran M. Three faces of the health care state. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 1995; 20(3):767-781.
4. Lenhardt G; Offe C. Teoria do Estado e política social. In: OFFE, Claus. *Problemas estruturais do Estado capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984. p.10-53.
5. Lima NT, Fonseca CMO, Hochman G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: Lima NT, Gershman S, Edler FC, organizadores. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 27-58.
6. Aureliano L, Draibe S. A especificidade do “Welfare State” brasileiro. *Economia e desenvolvimento*. Brasília: Cepal, 1989. p. 85-178.
7. Viana ALA, Machado CV. Federative coordination and decentralization: Brazilian experience in health. *Cien Saude Colet* 2008; 14(3): 807-817.
8. Machado CV. Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Editora do Museu da República; 2007.
9. Ham C, Hill M. *The policy process in the modern capitalist state*. Hertfordshire: Harvester Wheatsheaf; 1993.
10. Pierson P. *Politics in time*. Princeton: Princeton University Press; 2004.
11. Fiori JL. Para ler a vitória de Lula. *Princípios* 2002-2003; 67:16-18.
12. Guimarães J. Rumo à terra nova do pós-neoliberalismo. *Teoria e Debate* 2006; 19(67):10-13.
13. Boschi RR. Capacidades estatais e políticas de desenvolvimento no Brasil. In: Melo CR, Sáez MA, organizadores. *A democracia brasileira: balanço e perspectivas para o século 21*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2007. p. 303-326.
14. Kliass P. O início do segundo mandato de Lula e o Plano de Aceleração do Crescimento. *Lusotopie* 2007; XIV(2):157-168.
15. Vizentini PF. De FHC a Lula: uma década de política externa (1995 a 2005). *Civitas – Rev Cienc Sociais* 2005; 5(5):381-397.
16. Soares S, Osório RG, Soares FV, Medeiros M, Zepeda E. *Programas de transferência condicionada de renda no Brasil, Chile e México: impactos sobre a desigualdade*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2007. Texto para Discussão n. 1293.
17. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Sobre a recente queda da desigualdade de renda no Brasil. Nota Técnica – fevereiro de 2007. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/NTquedaatualizada.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2007.

18. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Brasil em desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: Ipea; 2009, v.3.
19. Neri M. Metade nova classe média. *Valor Econômico* 2008, out. 7.
20. Leopoldi MA. Reforming social security under Lula: continuities with Cardoso's policies. In: Love JL, Baer W, eds. *Brazil under Lula: economy, politics and society under the worker-President*. New York: Palgrave MacMillan, 2009. p. 221-239.
21. Vianna MLW. As batatas de Pirro: comentários sobre as regras institucionais, constrangimentos macroeconômicos e inovação do sistema de proteção social brasileiro nas décadas de 1990 e 2000. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):707-719.
22. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). *Gasto social e política macroeconômica: trajetórias e tensões no período 1995-2005*. Texto para Discussão n.1324. Brasília: Ipea, 2008.
23. Coligação Lula Presidente. Programa de Governo 2002. Um Brasil para Todos. 2002.
24. Coligação Lula Presidente. Programa Setorial de Saúde 2002. Saúde da Família Brasileira. 2002.
25. Coligação A Força do Povo. Programa de Governo 2007. Lula de novo com a força do povo. 2006.
26. Coligação A Força Do Povo. Programa Setorial de Saúde 2007/2010. Lula presidente. 2006.
27. Lessa I. Gestão participativa e participação social: um estudo a partir da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (2003-2007) [dissertação]. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz; 2010.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Mais Saúde – Direito de Todos: 2008-2011. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
29. Santos FP, Malta DC, Merhy EE. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Cien Saude Colet* 2008; 13(5):1463-1475.
30. Bahia L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Cien Saude Colet* 2008; 13(5):1385-1397.

COLABORADORES

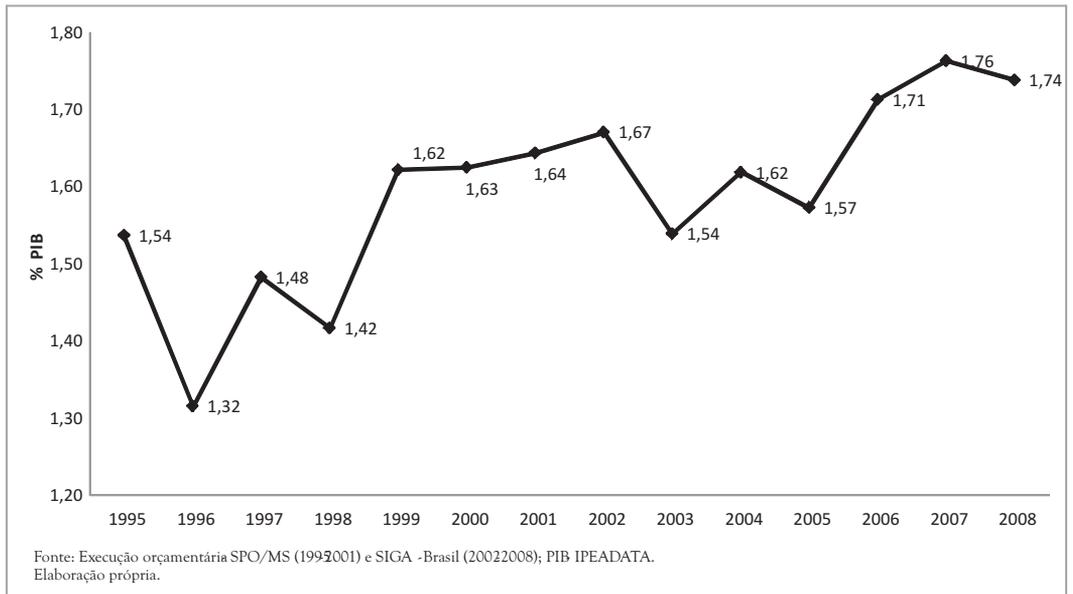
CV Machado, LD Lima, TWF Baptista e ALB de Castro participaram da concepção do artigo, realização da pesquisa, análise de dados, redação e revisão final do texto.

AGRADECIMENTOS

A pesquisa que deu origem ao artigo contou com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), da Fundação Carlos Chagas de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro

(Faperj) e do Programa Estratégico de Apoio à Pesquisa em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Papes/Fiocruz). Durante a realização da pesquisa, ALB de Castro foi bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (Capes).

Gráfico 1 - Execução orçamentária do Ministério da Saúde com ações e serviços de saúde como % do PIB - 1995 a 2008.



Quadro 1 – Resumo dos programas de governo apresentados pelas coligações de apoio a Lula nas campanhas presidenciais de 2002 e 2006

TIPO DE PROGRAMA	CAMPANHA PRESIDENCIAL DE 2002	CAMPANHA PRESIDENCIAL DE 2006
Programa Geral de Governo – Capítulo Saúde	<p>Título: Programa de Governo 2002 – Coligação Lula Presidente (PT/PCdoB/PL/PMN/PCB).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecimento do SUS e da Seguridade Social. - Financiamento: recursos devem vir das três esferas de governo e de outras fontes; ênfase no repasse direto do Fundo Nacional de Saúde para estados e municípios. - Políticas promotoras da saúde e voltadas para a qualidade de vida. - Menção às mudanças no perfil demográfico e epidemiológico e compromisso da prevenção de doenças ao atendimento a casos complexos. - Ênfase na descentralização, na gestão solidária entre esferas de governo e no papel do Ministério da Saúde de cooperação com estados e municípios, sem concorrer com eles, normatizando somente aspectos de competência federal e apoiando o planejamento local. Reorganização do Ministério da Saúde, que deveria ter estrutura enxuta e mais unificada. - Ênfase na organização de um Sistema Nacional de Informações. - Setor privado: prioridade para a relação do SUS com filantrópicos; regulação da “saúde suplementar” deve proteger usuários e buscar expansão do ressarcimento ao SUS. - Reconhecimento da relevância do Terceiro Setor e organizações não governamentais (ONGs). - Fortalecimento do controle social (conselhos e conferências). - Política de pessoal para o SUS: humanização do atendimento, mudanças nas relações de trabalho (mesa de negociação), formação profissional. 	<p>Título: Programa de Governo 2007/2010 – Coligação A Força do Povo (PT/PCdoB/PRB).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Principal compromisso assumido: avanço na consolidação do SUS, centrando esforços na universalização dos serviços e melhoria do atendimento ao cidadão. - Diretrizes destacadas: o fortalecimento da gestão compartilhada do SUS – pública, democrática, com controle social – e a organização de ações e serviços em rede nacional única e integrada de atenção à saúde. - Programas prioritários: Brasil Sorridente, Samu, Farmácia Popular, Programa de Saúde da Família (PSF). - Informatização do acesso e dos atendimentos por meio da universalização do Cartão SUS. - Criação do programa Telesáude, que possibilita a comunicação entre equipes de qualquer parte do país com os centros especializados e hospitais universitários para discussão de casos clínicos. - Apoio aos estados e municípios na criação de centrais de regulação. - Fortalecimento e ampliação das ações de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e do HIV. - Fomento à pesquisa e ao desenvolvimento tecnológico e industrial sustentável.
Programa Setorial da Saúde	<p>Título: Saúde para a Família Brasileira.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Filas, espera e qualidade do atendimento: fortalecimento da Atenção Básica, com ampliação do PSF e possibilidade de adaptação do programa às realidades locais; estruturação do atendimento às urgências (rede de pronto-socorros e de ambulâncias); prioridade às formas alternativas de atendimento (internações domiciliares, cirurgia ambulatorial e hospitais-dia); constituição de centros de referência para especialidades e exames; reorganização do atendimento hospitalar e de alta complexidade. 	<p>Título: Programa Setorial de Saúde 2007/2010.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reafirma que a saúde permanente sendo tratada como política de Estado e direito de cidadania e que as ações de saúde estariam associadas aos programas do governo que visam ao cumprimento do compromisso com a redução das desigualdades sociais. - Tema em destaque: o Complexo Produtivo da Saúde (CPS). - Financiamento: regulamentação da emenda constitucional n. 29. - Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde; saneamento como ação de promoção da saúde.

<p>Programa Setorial da Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dengue, malária e outras epidemias: elaboração de planos de controle com estados, municípios e universidades; descentralização das ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental; reforço da vigilância sanitária; reafirmação do papel coordenador do Ministério da Saúde e articulação com o Ministério Público e instâncias de defesa do consumidor. - Remédios de baixo custo: ampliação da Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, com: criação de Farmácias Populares; reformulação e ampliação de genéricos; atualização da Rename; implementação de política de ciência e tecnologia; reabertura da Central de Medicamentos (Ceme); controle de preços pelo ministério; fortalecimento dos laboratórios estatais; articulação com laboratórios privados nacionais; vigilância sanitária de medicamentos; revisão dos registros; investimento em fitoterápicos; debate sobre Lei de Patentes. - Saúde Bucal: ampliação da oferta; fluoretação das águas; pesquisas; produção de equipamentos e insumos; integração da atenção odontológica aos demais programas, particularmente ao PSF; implantação de núcleos de especialidades; controle de neoplasias; programas de educação. - Grupos com Atenção Especial: destaque para crianças, adolescentes, mulheres, idosos, povos indígenas, população negra, portadores de doenças crônicas ou endêmicas, portadores de doenças mentais e de deficiências. - Vigilância à Saúde: compromisso de constituição de um sistema nacional com ações integradas de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária. - Saúde e Saneamento: implantação da Política e do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde. - Saúde e Trabalho: prevenção e vigilância aos ambientes de trabalho; erradicação do trabalho infantil. - Recursos Humanos: mesas de negociação com os trabalhadores; Programas de Educação Continuada, profissionalização de agentes comunitários de saúde. - Ministério da Saúde: ênfase na descentralização, gestão solidária e não concorrência do ministério com estados e municípios. - Financiamento: compromisso com o cumprimento da Constituição e menção à EC 29; proposta de ampliação de recursos, reorganização de prioridades, fortalecimento da transparência e controle do uso de recursos; aumento de valores para as ações básicas; revisão de critérios para a descentralização; substituição dos convênios por transferências diretas; revisão dos valores de tabela; reequilíbrio de desigualdades regionais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema Nacional de Vigilância à Saúde: descentralização das ações para estados e municípios; reestruturação da Secretaria de Vigilância à Saúde; estruturação de Rede Nacional de Laboratórios para a Vigilância Sanitária. - Saúde e nutrição: fortalecimento das ações da Política Nacional e do Sisan; implementação do Programa Nacional para Alimentação Saudável e Adequada; fomento à criação das Comissões Intersectoriais de Alimentação e Nutrição. - Atenção à Saúde: universalização do acesso aos serviços de atenção básica, por meio das equipes de saúde da família e das unidades básicas de saúde; incentivo à composição multiprofissional das equipes na atenção básica; incentivo à Atenção Domiciliar; criação do Telesauze; contratualização da rede hospitalar federal no Rio de Janeiro e no Rio Grande do Sul; estratégias de acesso à reprodução humana assistida; implantação dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) no Acre, em Alagoas, no Distrito Federal e no Pará. - Qualificação e Humanização da Rede de Atenção às Urgências. - Saúde Bucal: expansão do número de especialidades ofertadas nos CEOs; implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas em Alta Complexidade (CEOAC). - Fortalecimento do Sistema Nacional de Transplantes. - Fortalecimento e ampliação do Programa Nacional de Prevenção e Controle das DST/Aids. - Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. - Atenção especial aos grupos: crianças, adolescentes, mulheres, idosos, trabalhadores, indígenas, população negra, portadores de doenças crônicas ou endêmicas, de doenças mentais e de deficiências, população GLTB, população rural, população amazônica; população penitenciária. - Assistência Farmacêutica: continuidade à implantação da Política Nacional, considerando universalidade, qualificação, humanização e integralidade. - Gestão do SUS: implementação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa; consolidação do Pacto pela Saúde. - Recursos Humanos: fomento à instituição de carreiras no SUS; consolidação do Sistema Nacional de Negociação no SUS. - Fomento à pesquisa e ao desenvolvimento tecnológico e industrial sustentável. - Qualificação da Saúde Suplementar. - Participação popular e controle social: educação permanente para os atores da área da saúde, priorizando os conselheiros. - Coordenação e integração da ação internacional das diversas áreas do Ministério da Saúde.
-----------------------------------	--	---

Quadro 2 – Caracterização das gestões no Ministério da Saúde no período 2003-2010

GESTÃO	PERFIL DO MINISTRO	DURAÇÃO DA GESTÃO	ATORES E PROCESSO POLÍTICO	CONTEÚDO DA POLÍTICA
Humberto Costa	- Médico e jornalista. - PT (PE) – liderança partidária regional. - Ex-secretário municipal de Saúde de Recife (PE).	Jan 2003 – Jul 2005	- Composição do primeiro escalão do ministério considera coalizão governamental (inclui PCdoB e PPS) e correntes do PT. - Força do discurso em prol de mudanças e ênfase na gestão participativa. - Conflitos internos no primeiro escalão e saída do secretário executivo em 2004. - Realização antecipada da XII Conferência Nacional de Saúde (2003). - Frequente participação do ministro nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS); porém, conflitos entre ministério e CNS, relacionados à criação da Secretaria de Gestão Participativa.	- Mudança de estrutura do ministério, com a criação de novas secretarias (de Vigilância em Saúde, de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, de Gestão Participativa), voltadas para áreas estratégicas, e unificação da Secretaria de Atenção à Saúde. - Definição de marcas de governo na saúde (ex.: Brasil Sorridente, Samu, Farmácia Popular). - Elaboração do Plano Nacional de Saúde (2004-2007).
José Saraiva Felipe	- Médico sanitarista. - PMDB (MG) – Deputado federal. - Atuação no Ministério da Previdência e Assistência Social (anos 80) e na Reforma Sanitária. - Ex-secretário de Estado de Saúde de MG.	Ago 2005 – Fev 2006	- Recomposição das bases de apoio do governo após crise política de 2005 leva à aproximação com PMDB e influencia a escolha do novo ministro da Saúde. - Recomposição do primeiro escalão, com saída de vários dirigentes ligados ao PT. - Saída do ministro para disputar as eleições na Câmara dos Deputados.	- Continuidade nas políticas governamentais prioritárias. - Início de mudanças na condução de algumas áreas da política em relação ao período 2003-2005 (ex.: área de educação em saúde) e maior ênfase na centralidade de algumas estratégias (ex.: Saúde da Família).
José Agenor A. da Silva	- Bioquímico sanitarista. - Sem vínculo partidário. - Servidor federal de carreira há trinta anos, com trajetória na Reforma Sanitária a partir de MG.	Fev. 2006 – Mar 2007	- Secretário executivo assume o cargo de ministro. - Apoio intraspetorial, porém menor força política do ministro. - Grande período de interinidade. - Disputas pelo cargo de ministro (parlamentares do PMDB), principalmente na transição.	- Continuidade nas políticas governamentais prioritárias. - Predomínio de continuidade das políticas em relação à gestão anterior. - Finalização e divulgação do Pacto pela Saúde.

GESTÃO	PERFIL DO MINISTRO	DURAÇÃO DA GESTÃO	ATORES E PROCESSO POLÍTICO	CONTEÚDO DA POLÍTICA
José Gomes Temporão	<ul style="list-style-type: none"> - Médico sanitariaista. - PMDB (R) – filiação no final de 2006. - Atuação na Reforma Sanitária. - Servidor público de carreira – pesquisador da Fiocruz. 	Mar 2007 - ... (até junho de 2010,	<ul style="list-style-type: none"> - Secretário de Atenção à Saúde assume o cargo de ministro, sob descontentamentos de parlamentares de seu próprio partido (PMDB). - Conflitos internos no primeiro escalão e saída do secretário de Atenção à Saúde em 2008. - Conflitos entre o ministério e o Conselho Nacional de Saúde (ex.: questão das fundações estatais). - Realização da XIII Conferência Nacional de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliação da agenda estratégica, com ênfase na promoção da saúde e nas relações entre saúde e desenvolvimento. - Destaque para o fortalecimento do complexo econômico-industrial da saúde. - Continuidade e expansão de políticas prioritárias. - Elaboração, em 2007, do Plano Mais Saúde (2008-2011).

Fonte: Elaboração própria.

Gasto social no Brasil pós-1988: uma análise sob a ótica da descentralização fiscal^I

Social spending in Brazil since 1988: an analysis from the
perspective of fiscal decentralization

Kleber Pacheco de Castro^I
José Roberto Afonso^{II}

Resumo O objetivo deste trabalho é analisar a evolução da descentralização dos gastos públicos sociais no Brasil após a Constituição de 1988. Para isto, utiliza estatística descritiva e avaliação de aspectos institucionais. Apesar de a Constituição de 1988 ter um viés descentralizador, o estudo mostra que não houve no Brasil descentralização do gasto social. A crescente participação da previdência e da assistência social no total das despesas sociais permitiu que a União respondesse por uma parcela cada vez maior no total empenhado nessa área. O quadro muda de figura quando se está sob o enfoque dos gastos sociais universais. Neste caso, os governos subnacionais, principalmente os municípios, ganharam muito destaque desde a Constituinte. Assim, conclui-se que o gasto social focalizado no Brasil é centralizado, enquanto o gasto social universal é descentralizado. Esta conclusão é amparada pela evolução do quadro institucional no Brasil dos últimos vinte anos. Pontos como as transferências intergovernamentais, vinculações de receita, participação da sociedade civil e crescimento do aparato assistencialista durante a década de 1990 são apenas algumas mudanças que justificam a dinâmica da descentralização do gasto público social brasileiro.

Palavras-chave: *descentralização dos gastos públicos, previdência, assistência social, União, municípios, gasto social focalizado, gasto social universal.*

Abstract This article aims to analyze the evolution of decentralization of social spending in Brazil after the 1988 Constitution. For that uses descriptive statistics and assessment of institutional aspects. Although the Constitution of 1988 have a bias decentralized, the study shows that in Brazil there wasn't decentralization of social spending. The growing participation of social security and the social assistance in total social expenditure has enabled the Union to respond by a growing share in total committed in this area. The picture changes when it is under the focus of universal social spending. In this case, the subnational governments, especially municipalities, have gained much prominence since the Constituent. Thus, it appears that targeted social spending in Brazil is centralized, while the universal social spending is decentralized. This conclusion is supported by the development of institutional framework in Brazil in the past 20 years. Items such as intergovernmental transfers, linkages of income, civil society participation and growth of the supporting apparatus during the 90's are just some changes that justify the dynamics of decentralization of public social spending in Brazil.

Key words: *decentralization of social spending, social security, social assistance, Union, municipalities, targeted social spending, universal social spending.*

I Universidade Federal Fluminense (UFF). kleberpcastro@gmail.com

II Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES); Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). zeroberto.afonso@gmail.com

Introdução

Grande parte dos estudos sobre Estado de bem-estar social que buscam fazer uma análise dos gastos sociais de determinado país tende a direcionar o seu foco para a evolução dos gastos públicos, considerando o setor público como uma instituição única e consolidada. O setor público é muito mais do que um único Estado grande e centralizador. O universo de divisões dentro de um governo é bastante elevado e envolve diferentes tipos de relações com a sociedade, de atuação econômica, de papéis institucionais. Pode-se olhar o Estado sob várias óticas: ótica dos poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário); ótica dos papéis do Estado (regulador, fomentador, produtor, legislador etc.); ótica das áreas de atuação (saúde, educação, transporte, segurança etc.); ótica das esferas de governo (União, estados, municípios e empresas estatais).

Esta última ótica exemplificada é a que interessa para o presente estudo. A divisão do setor público em diferentes esferas (níveis) de governo e a análise de informações orçamentárias com base nessa divisão contemplam um conceito muito relevante para a Constituição brasileira de 1988: o federalismo fiscal ou, ainda, a descentralização fiscal.

Durante o regime militar, o Estado brasileiro pouco desenvolvia as suas relações intergovernamentais, tanto no aspecto político como no econômico. Os estados e os municípios praticamente não tinham autonomia política, administrativa e fiscal. Tinha-se um modelo mais parecido com um Estado unitário. A redemocratização, com retomada das eleições diretas a partir de meados da década de 1980 e a Constituição de 1988, foi o ponto de partida para a retomada das relações entre governos.

O ano da Constituição é considerado por muitos o marco histórico da trajetória do federalismo brasileiro. A Constituição permitiu que os municípios passassem a ter autonomia política, administrativa e financeira, sendo, inclusive, reconhecidos como unidades do governo brasileiro pela primeira vez - o que, além de tudo, visou consolidar a democracia, uma vez que governos e comunidades locais passaram a participar do processo decisório de políticas públicas. A descentralização também proporcionou melhoras na capacidade de sustentação financeira dos governos estaduais e municipais, ainda que a distribuição de competências e responsabilidades entre os entes federativos não tenha sido bem definida, mas apenas esboçada. Apesar disso, o federalismo brasileiro é considerado bastante avançado para os países em desenvolvimento, como mostram Serra e Afonso¹:

Los indicadores de la descentralización fiscal, medidos por los índices de participación de los gobiernos subnacionales en el ingreso y en el gasto total, además de la gran autonomía en el cobro de sus tributos y en la elaboración de sus presupuestos, sitúan a Brasil en una posición cercana a las federaciones

más desarrolladas. Entre los países en desarrollo es, sin duda, el que más ha avanzado en términos de autonomía.

El índice de participación de los gobiernos subnacionales en la recaudación tributaria directa no tiene precedente en economías de tamaño semejante. Se parece a los indicadores de las federaciones más desarrolladas del mundo, como Canadá, Australia, Estados Unidos y Alemania, y supera a los de estados unitarios con estrategias de descentralización administrativa como Francia e Inglaterra.^{1(p.39)}

Ainda que alguns estudos sobre gasto social realizados no Brasil façam um panorama apenas sobre um ente federativo “menor”, como os municípios, por exemplo, é mais comum se encontrarem análises sobre o setor público consolidado ou apenas do governo federal. Uma análise que englobe os três níveis de governo (União, estados e municípios), avaliando a evolução da descentralização (ou centralização) dos gastos sociais ainda é escassa no Brasil, sendo o trabalho de Oliveira² o mais recente e o que compreende uma análise para o período 1980/1996. Há ainda um estudo de Arretche³, mas que utiliza indicadores diferentes do gasto social e tem seu foco voltado para a descentralização de programas específicos. O objetivo deste trabalho é justamente analisar a evolução do “federalismo social” no Brasil, e será alcançado por meio de dois caminhos: avaliações quantitativas e avaliações das mudanças no quadro institucional brasileiro pós-1988.

É bem sabido que o gasto público social é um elemento provedor de bens e serviços que têm como objetivo elevar o bem-estar dos indivíduos. A despeito do fato de que no período recente os Estados têm passado por crises fiscais e consequentes ajustamentos orçamentários, esse elemento tem um peso cada vez maior no *welfare state* moderno e está entre as atribuições e responsabilidades dos Estados. Surge daí a importância do tema.

Considerações metodológicas

A seção quantitativa do trabalho será realizada mediante a análise de indicadores estatísticos construídos a partir de algumas bases de dados. Os indicadores aqui propostos são baseados em ferramentas descritivas como gráficos, tabelas, percentuais e índices.

Foram escolhidas algumas funções básicas do Estado para preencher a rubrica “gasto social”: educação e cultura; habitação e urbanismo; saúde e saneamento; e assistência e previdência. As séries estatísticas mais antigas apresentavam as despesas sociais agregando funções correlatas e não permitindo a análise delas em separado, como mostram as funções escolhidas. Para não tornar a série temporal inconsistente, optou-se por manter as funções agregadas, sem tentar estimá-las em separado. Entretanto, a limitação metodo-

lógica imposta por essa restrição não afeta significativamente os resultados do estudo. Outra função ainda havia sido escolhida para compor o total do gasto social: trabalho. Porém, ela foi posteriormente excluída, haja vista que a série desse gasto nos governos subnacionaisⁱⁱ se apresentava incompleta, com informações para alguns anos e não para outros.

A escolha dessas funções para a composição do gasto social neste trabalho foi baseada na própria Constituição de 1988, que em seu artigo 6º estabelece como direitos “a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”⁴. Posteriormente, como lembram Castro e Cardoso Júnior⁵, a moradia passou a ser reconhecida como direito social pela emenda constitucional n. 26, de 14 de fevereiro de 2000.

Ao contrário de alguns estudos brasileiros sobre gasto social, que utilizam várias fontes de dados⁶ para construir uma série temporal suficientemente longa, este trabalho irá utilizar apenas uma fonte para os dados de despesas na área social. Essa fonte básica é a Secretaria do Tesouro Nacional (STN)ⁱⁱⁱ. Este órgão divulga dados contábeis para cada um dos três níveis de governo: para a União, a publicação é o *Balanço geral da União*^{iv}; para os estados, a publicação é o *Balanço dos Estados*; para os municípios, a publicação é o *Finbra – Finanças do Brasil*^v. Assim como em toda a América Latina, os dados de gastos públicos sociais no Brasil apresentam limitações metodológicas que dificultam uma análise intertemporal ou entre países⁸. Outra fonte de dados utilizada, neste caso dos dados referentes à tributação (arrecadação direta e receita disponível), foi Afonso e Meirelles⁹. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foi a fonte utilizada para o Produto Interno Bruto (PIB) e para o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA)^{vi}.

A série temporal utilizada compreende o período de 1986 a 2008, apesar de a análise se restringir a 1988/2008, o que é justificado pelo objetivo do trabalho^{vii}. Além disso, toda a série de dados apresentada a preços constantes foi deflacionada utilizando-se o IPCA como o índice de preço básico, uma vez que todos os dados utilizados no trabalho são variáveis fluxo^{viii}. O deflacionamento realizado durante o trabalho visa sempre trazer os preços de anos anteriores aos preços de 2008, para só assim se efetivarem comparações^{ix}. Já os dados apresentados em percentual do PIB trazem uma peculiaridade. Em 2007, o IBGE mudou a metodologia de apuração do PIB, retroagindo a série até o ano de 1995. Dessa forma, os valores do PIB de 1986 até 1994 correspondem à antiga metodologia, enquanto os dados a partir de 1995 correspondem à nova metodologia – o que influi significativamente em indicadores como carga tributária e gasto social em percentual do PIB. Nessas duas séries, por exemplo, há uma queda de valores entre 1994 e 1995. Isso se dá porque o PIB de 1995, com a nova metodologia, apresenta um resultado bem maior

do que o anterior, da antiga metodologia, o que fez com que esses indicadores em percentual do PIB se reduzissem.

Cabe ainda salientar que parte dos dados dos municípios foi estimada. Entre os anos de 1986 e 1995, a STN não divulgou os gastos municipais por função – o que permitiria a distinção entre gasto social e os demais gastos. Entretanto, para esses mesmos anos já havia informações dessas despesas para as capitais. Levando-se em conta que a participação das capitais no total das despesas municipais nas funções sociais entre 1996 e 2008 foi relativamente estável, mantendo um padrão bem determinado^x, foi possível estimar os gastos municipais para o período anterior (1986/1995).

Análise da descentralização dos gastos sociais

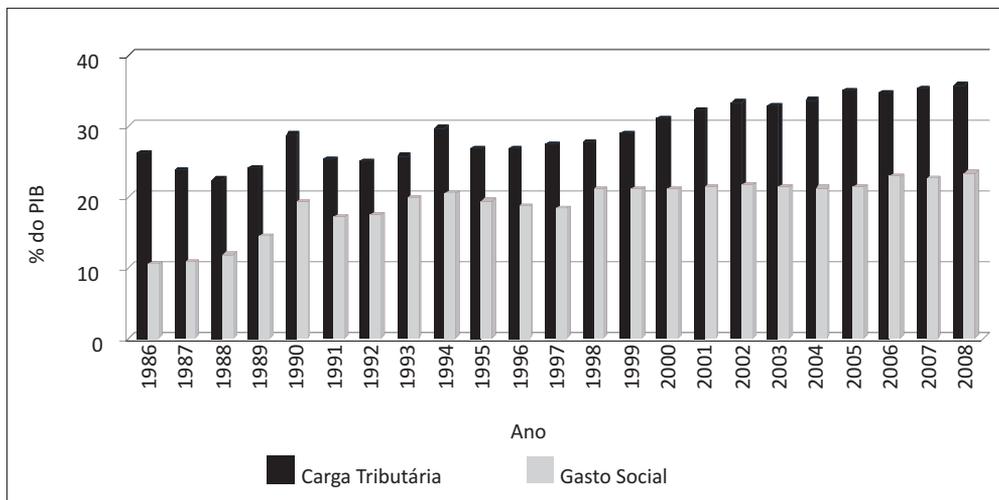
Os gastos sociais no Brasil apresentaram um crescimento considerável desde a Constituição de 1988. Levando-se em conta o indicador “clássico”, gasto público social em percentual do PIB, nota-se que ele praticamente dobrou entre 1988 e 2008: enquanto no início da série esse indicador era de 11,83% do Produto Interno Bruto, no final ele já estava em 23,35% do PIB. Tal evolução permitiu que o Brasil figurasse na segunda posição da lista de gasto público social na América Latina em 2005, perdendo apenas para Cuba¹⁰. Não apenas em percentual do PIB foi perceptível o crescimento nas despesas com bens e serviços sociais. Quando a série é transformada em valores constantes (a preços de 2008), identifica-se que os gastos passaram de R\$ 164,8 bilhões em 1988 para pouco mais de R\$ 700 bilhões em 2008, o que representa um crescimento real médio dos gastos sociais da ordem de 7,51% ao ano. Se em 1988 o setor público despendia R\$ 1.166 (a preços de 2008) em média com cada residente, em 2008 o gasto *per capita* chegou a aproximadamente R\$ 3.700 – um aumento real médio de 5,94% ao ano. Estes resultados se coadunam com o crescimento do aparato de proteção social criado no Brasil a partir da década de 1990 a despeito das reformas neoliberais, como mostra Draibe¹¹:

In contrast to privatization trends, the social public programmes has been institutionally strengthened, meanwhile public social spending grew along the period, supported mainly by increasing fiscal pressure.

O que possibilitou tal crescimento, além dos fatores institucionais que serão apresentados posteriormente, foi a evolução da arrecadação tributária por parte do setor público desde a década de 1980. Quanto maior a carga tributária, maior será a capacidade do Estado em prover bens e serviços públicos, inclusive na área social. Entre 1988 e 2008, a carga tributária cresceu 13,39% do PIB, chegando, neste último ano, a 35,82% do Produto Interno Bruto. Ainda que esta variável não seja condição suficiente para

o aumento das despesas públicas, é condição necessária. O Gráfico 1 mostra a evolução ano a ano das duas variáveis (carga tributária e gasto público social) comparadas:

Gráfico 1 - Carga Tributária e Gasto Público Social - 1986/2008



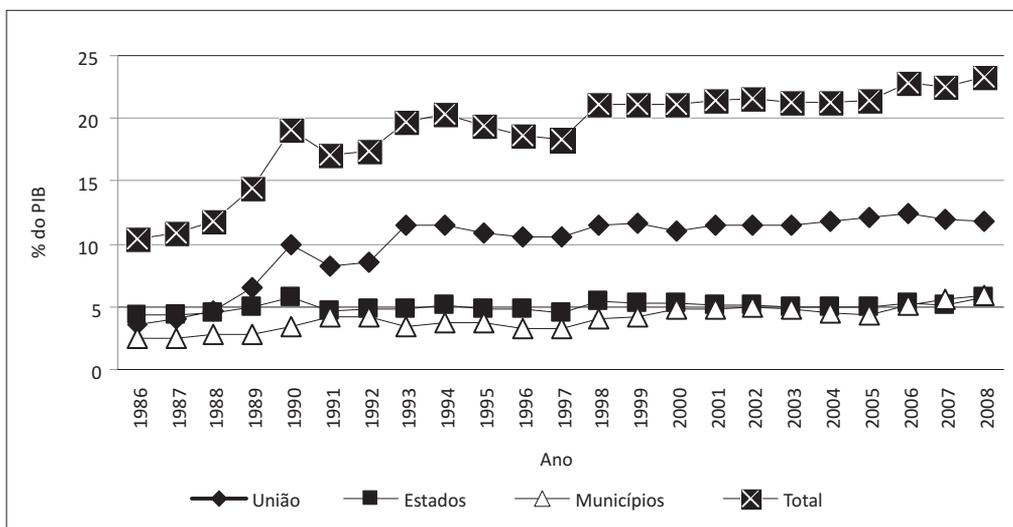
Fonte: Elaboração própria.

Fonte primária: Afonso e Meirelles⁹, BGU/STN, Balanço dos Estados/STN, Finbra/STN e SCN/IBGE.

A partir de 1986, a diferença entre as duas variáveis foi se reduzindo constantemente até 1993 – ano em que o gasto social mais se aproximou da carga global. A partir daí, essa diferença manteve-se em patamar relativamente baixo até o ano 2000, quando a diferença passou a crescer novamente. Em 2007 e 2008, essa diferença já estava se aproximando do nível de 1986, que é o maior da série. Ou seja, inicialmente há um movimento de aumento de participação dos gastos sociais na receita governamental, que posteriormente é revertido.

O crescimento do gasto público social no período em análise foi baseado no crescimento desse tipo de despesa das diferentes esferas de governo. Todas as três esferas de governo apresentam variação positiva no gasto social em percentual do Produto Interno Bruto no período 1988/2008. A União aumentou suas despesas em 8,25% do PIB, os estados em 1,38% do PIB e os municípios em 3,33% do PIB. O Gráfico 2 mostra a trajetória da despesa social nas três esferas:

Gráfico 2 - Gasto Social por Esfera de Governo - 1986/2008



Fonte: Elaboração própria.

Fonte primária: BGU/STN, Balanço dos Estados/STN, Finbra/STN e SCN/IBGE.

Como pode ser observado, os gastos sociais da União e dos municípios cresceram no período, enquanto os gastos dos estados praticamente permaneceram estáveis. No último ano da série, os municípios já apresentavam um gasto social maior que o dos estados: 5,87% do PIB contra 5,72% do PIB, respectivamente.

Com base nesses dados iniciais, já é possível ter-se uma noção do que ocorre no Brasil em termos de descentralização dos gastos públicos sociais desde 1988. A primeira conclusão – e a que mais chama a atenção – é o fato de que não houve descentralização da totalidade do gasto social no Brasil. Pelo contrário, houve centralização.

A União, que no ano da Constituinte respondia por 39,31% do total do gasto público social, em 2008 chegou a uma participação de 50,39%, tendo atingido o seu “pico” em 1993, quando ela contribuiu com 58,24% do total das despesas sociais. A Tabela 1 mostra a evolução da participação das esferas de governo no gasto social:

Tabela 1 - Gasto Social por Esfera de Governo - 1986/2008 % do Total

ANO	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS	TOTAL
1986	33,85	41,75	24,40	100,00
1987	36,97	39,57	23,46	100,00
1988	39,31	37,60	23,09	100,00
1989	45,53	34,70	19,76	100,00
1990	52,06	29,80	18,15	100,00
1991	48,45	27,50	24,06	100,00
1992	48,80	27,51	23,68	100,00
1993	58,24	24,70	17,06	100,00
1994	56,28	25,34	18,38	100,00
1995	56,29	24,73	18,98	100,00
1996	56,35	25,72	17,93	100,00
1997	57,61	24,56	17,83	100,00
1998	54,76	25,99	19,24	100,00
1999	55,23	25,09	19,68	100,00
2000	52,52	24,79	22,69	100,00
2001	53,61	23,85	22,54	100,00
2002	53,06	23,90	23,04	100,00
2003	54,19	23,18	22,63	100,00
2004	55,49	23,27	21,24	100,00
2005	56,50	23,48	20,02	100,00
2006	54,63	23,09	22,28	100,00
2007	52,92	22,52	24,56	100,00

Fonte: Elaboração própria.

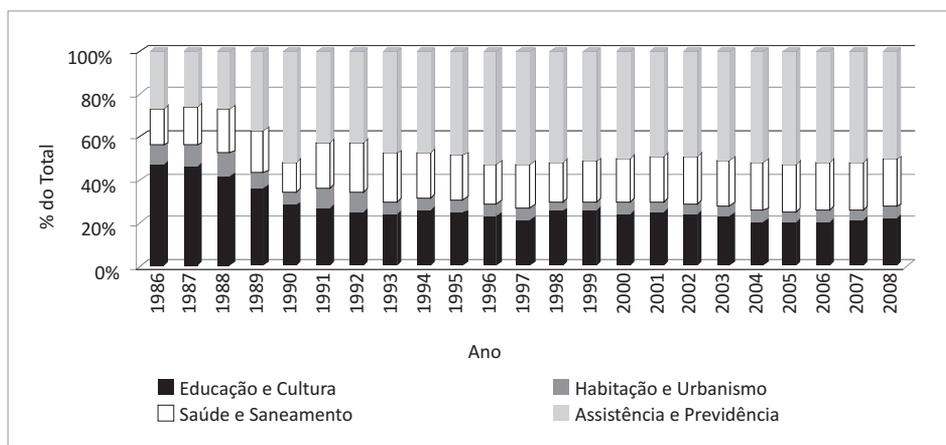
Fonte Primária: BGU/STN, Balanço dos Estados/STN e Finbra/STN.

Nota: Os dados dos Municípios de 1986 a 1995 foram estimados.

Esse aumento do peso federal na área social se deu em detrimento da participação dos estados, haja vista que os municípios praticamente se mantiveram estáveis nesse quesito na estática comparativa: de 1988 para 2008, os municípios ganharam aproximadamente 2,03% de participação no total do gasto na área social.

A principal explicação para o aumento da participação da União no total do gasto social é a previdência social. Esta rubrica, juntamente com a assistência social, foi a que mais cresceu dentre as funções sociais nos últimos vinte anos: se em 1988 previdência e assistência representavam quase 27% do gasto social, em 2008 esse indicador ficou em aproximadamente 50,5% do total. O Gráfico 3 mostra isso com clareza:

Gráfico 3 - Participação das Funções no Total do Gasto Público Social - 1986/2008



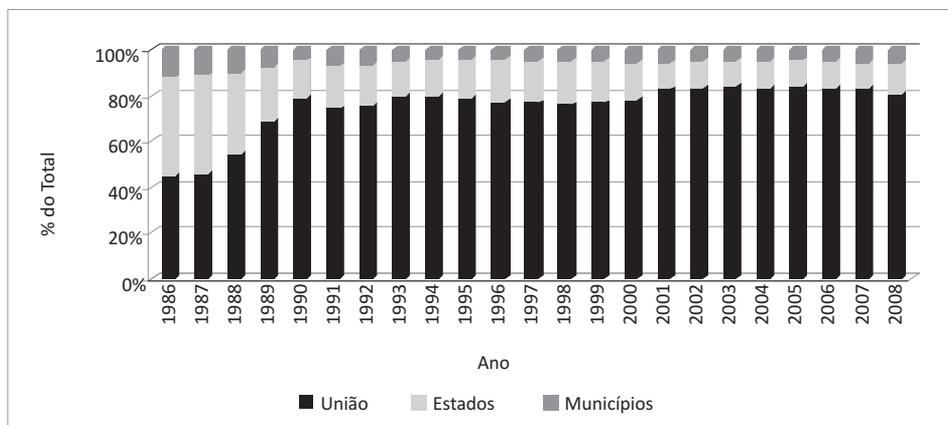
Fonte: Elaboração própria.

Fonte primária: BGU/STN, Balanço dos Estados/STN e Finbra/STN.

O processo inverso ocorreu com educação e cultura. A participação dessas rubricas em 1988 era de 41,5%, e em 2008 elas só contribuíram com 22% do gasto público social total. Habitação e urbanismo mantiveram-se praticamente estáveis no período, perdendo muito pouco de sua participação (-3,2%), enquanto saúde e saneamento apresentaram um pequeno crescimento de pouco menos de 5,2%.

Levando-se em consideração o fato de que a União passou, já no início da década de 1990, a representar uma parcela cada vez maior do gasto com previdência e assistência, tem-se uma explicação plausível para a centralização das despesas sociais. Entre 1988 e 2008, a União aumentou sua participação nos gastos com previdência e assistência de 54,2% do total para 80,7% do total. Estados e municípios passaram a ter uma relevância cada vez menor nesse tipo de despesa, como mostra o Gráfico 4:

Gráfico 4 - Participação das Esferas de Governo no Gasto com Assistência e Previdência - 1986/2008



Fonte: Elaboração própria.

Fonte primária: BGU/STN, Balanço dos Estados/STN e Finbra/STN.

São dois fatores em conjunto que ajudam a entender o processo de centralização do gasto social: primeiro, o crescente peso da previdência e da assistência no total do gasto social; e segundo, a evolução muito significativa da participação da União no total de despesas apenas com previdência e assistência.

Considerando que a previdência social, principalmente, tem um peso muito elevado nos gastos sociais do setor público no Brasil, a ponto de distorcer algumas análises, é importante avaliar os gastos sem levar em conta essa rubrica. Mais do que isso. Autores como Afonso e Junqueira¹², Serra e Afonso¹ e Souza¹⁶ afirmam que houve no Brasil uma centralização dos gastos sociais focalizados e uma descentralização dos gastos sociais universais. Dadas as suas devidas limitações, pode-se considerar que a maior parte dos gastos com previdência e assistência são focalizados, enquanto a maior parte dos gastos com as outras funções sociais aqui relacionadas (educação, cultura, habitação, urbanismo, saúde e saneamento) são universais. Assim, a análise dos gastos sociais universais, ou seja, excluindo-se previdência e assistência, torna-se bastante relevante.

Nesse caso, pode-se identificar, com clareza, o processo de descentralização fiscal, tão enfatizado na Constituição, chegando ao gasto público social (universal)^{xi}. A União, entre 1988 e 2008, perde participação no total das despesas na área social universal: de 33,8% para 19,5% do total. A Tabela 2 mostra a evolução da participação dos entes federados no gasto social universal:

Tabela 2 - Gasto Social Universal por Esfera de Governo - 1986/2008 % do Total

ANO	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS	TOTAL
1986	29,66	41,34	29,00	100,00
1987	33,88	38,37	27,75	100,00
1988	33,81	38,21	27,97	100,00
1989	31,69	41,05	27,26	100,00
1990	23,28	44,03	32,69	100,00
1991	29,48	33,92	36,60	100,00
1992	28,78	34,64	36,58	100,00
1993	38,57	33,01	28,43	100,00
1994	35,50	33,47	31,04	100,00
1995	34,84	32,09	33,07	100,00
1996	33,07	33,53	33,40	100,00
1997	35,85	31,52	32,64	100,00
1998	31,96	33,58	34,46	100,00
1999	32,41	32,55	35,04	100,00
2000	26,69	33,58	39,73	100,00
2001	25,71	35,93	38,36	100,00
2002	24,27	35,58	40,15	100,00
2003	23,60	35,61	40,79	100,00
2004	25,10	35,85	39,05	100,00
2005	25,81	36,76	37,43	100,00
2006	23,51	35,26	41,24	100,00
2007	20,60	34,50	44,90	100,00
2008	19,52	35,64	44,85	100,00

Fonte: Elaboração própria.

Fonte Primária: BGU/STN, Balanço dos Estados/STN e Finbra/STN.

Nota: Os dados dos Municípios de 1986 a 1995 foram estimados.

Apesar da evidente diminuição da contribuição da União, que confirma o processo de descentralização, este é imperfeito. Na verdade, há uma “municipalização” dos gastos sociais, uma vez que os estados também perderam participação desde a Constituinte nesse quesito: passaram de algo em torno de 38,2% para 35,6% do total. Os municípios, por sua vez, cresceram bastante, chegando a contribuir com quase 45% das despesas sociais universais em 2008, enquanto em 1988 esse percentual era de apenas aproximadamente 28%.

As explicações mais realistas para esse processo de “municipalização” do universalismo estão no crescimento da participação dos municípios nas funções educação e cultura, e saúde e saneamento. Do total de gastos apenas com educação e cultura, os municípios contribuíram com pouco mais de 41% em 2008, ao passo que em 1988 esse percentual era de menos de 20% do total. No caso de saúde e saneamento, a evolução municipal do início para o fim da série foi um aumento de participação da ordem de 12,91% do total, alcançando quase 40% de todo o gasto do setor público com essa função em 2008.

Quando analisados apenas estados e municípios, percebe-se uma clara inversão de papéis ao longo das últimas duas décadas: municípios aumentaram suas responsabilidades em termos de bens e serviços públicos (sociais ou não), e estados sofreram um “enxugamento” (talvez involuntário) de competências. A evolução da receita disponível desses níveis de governo tem forte relação com essa questão.

A receita disponível de uma esfera de governo pode ser conceituada como a receita que a esfera obtém após a sua própria arrecadação tributária (arrecadação direta) e as transferências intergovernamentais^{xiii}. A Constituição de 1988, ainda sob a égide do federalismo fiscal, ajudou no crescimento dessas transferências, o que alterou significativamente a distribuição de receitas entre os três níveis de governo^{xiii}.

Os municípios passaram a contar com mais recursos disponíveis ao longo do período 1988/2008, o que pode ser uma explicação para seu crescimento das despesas sociais. O contrário ocorreu com os estados, como mostra a Tabela 3:

Tabela 3 - Receita Disponível por Esfera de Governo - 1986/2008 % do Total

ANO	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS	TOTAL
1986	60,89	27,02	12,10	100,00
1987	64,13	23,32	12,56	100,00
1988	60,09	26,61	13,30	100,00
1989	61,06	25,00	13,94	100,00
1990	58,90	27,60	13,50	100,00
1991	54,70	29,60	15,70	100,00
1992	57,00	28,10	14,90	100,00
1993	57,80	26,40	15,80	100,00
1994	59,32	25,10	15,58	100,00
1995	56,19	27,22	16,60	100,00
1996	56,05	27,63	16,32	100,00
1997	56,21	27,67	16,12	100,00
1998	56,21	26,61	17,17	100,00
1999	57,01	26,00	16,99	100,00
2000	55,79	26,28	17,93	100,00
2001	56,22	26,62	17,15	100,00
2002	57,16	25,61	17,22	100,00
2003	57,09	25,61	17,30	100,00
2004	57,75	25,25	17,00	100,00
2005	57,84	25,18	16,98	100,00
2006	57,21	25,38	17,40	100,00
2007	57,77	24,57	17,65	100,00
2008	56,60	25,33	18,08	100,00

Fonte: Elaboração própria.

Fonte primária: Afonso e Meirelles⁹.

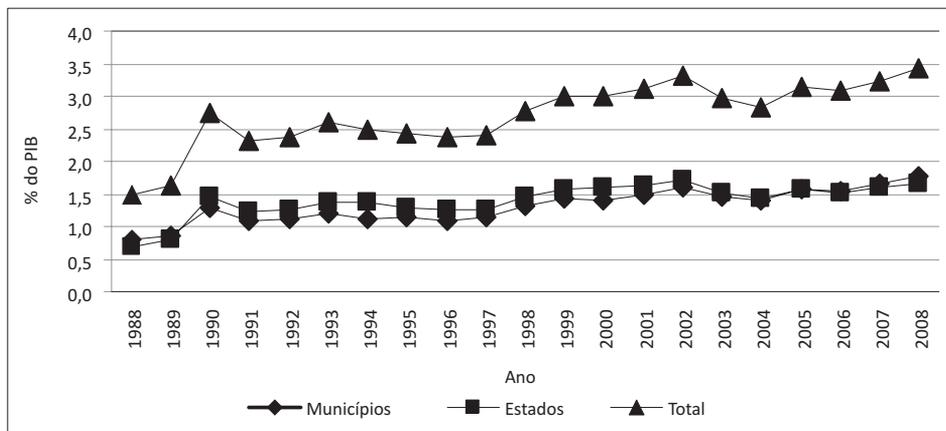
Tanto a União quanto os estados perderam participação na receita disponível em magnitudes parecidas (mas não proporcionais) em favor dos municípios. Estes aumentaram sua participação de 13,3% do total em 1988 para 18,08% em 2008. Em percentual do PIB, seu crescimento foi de aproximadamente 3,5% – de 2,98% do PIB no começo da série para 6,47% do PIB no final. A comparação entre a arrecadação direta e a receita disponível dos municípios mostra como as transferências intergovernamentais são importantes para eles: a carga tributária (arrecadação direta) dos municípios em 2008 foi de 2,08% do PIB, enquanto a receita disponível foi de 6,47% do Produto Interno Bruto. Ou seja, um volume de recursos do tamanho de 4,26% do PIB foi transferido aos municípios em 2008, o que representa aproximadamente 68% dos recursos municipais disponíveis.

Aspectos institucionais^{xiv}

No Brasil, parece ser decisivo para a descentralização dos gastos públicos sociais universais – ou centralização no caso dos gastos focalizados – o desenho do quadro institucional do país. Legislações, estratégias de incentivo e a participação da sociedade civil são os mecanismos mais presentes quando se trata de despesa social do setor público. Azeredo e Lobo¹⁴ fazem um retrospecto recente dos programas sociais e da descentralização destes.

Um dos pontos abordados na seção anterior dizia respeito à importância das transferências constitucionais aos municípios. Desde o início dos anos 80, as transferências da União para os governos subnacionais cresceram. Maiores parcelas dos dois principais impostos federais – Imposto de Renda (IR) e Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) – passaram a ser destinadas a estados e municípios. Com efeito, as principais transferências da União^{xv} aumentaram de pouco menos de 1,5% do PIB em 1988 para pouco mais de 3,4% do PIB em 2008. O Gráfico 5 mostra esta tendência:

Gráfico 5 - Principais Transferências Constitucionais da União - 1988/2008



Fonte: Elaboração própria.
Fonte primária: STN e SCN/IBGE.

Além de maior repasse das mais famosas transferências, como o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e o Fundo de Participação dos Estados (FPE), esse crescimento se deu pela criação de outros tipos de transferências, principalmente durante a década de 1990. Uma das primeiras mudanças foi dada a partir da lei complementar n. 61, de 26 de dezembro de 1989, e da lei complementar n. 65, de 15 de abril de 1991, que criaram o Fundo de Compensação pelas Exportações de Produtos Industrializados (IPI-Exportações), que destina 10% da arrecadação do IPI para os estados exportadores de produtos industriais e passou a vigorar a partir de 1990. A lei complementar n. 87, de 13 de setembro de 1996, também conhecida como “Lei Kandir”, passou a complementar a receita de estados e municípios já a partir de 1996. O Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef), que passou a destinar recursos para educação fundamental a estados e municípios a partir de 1998, foi instituído pela emenda constitucional n. 14, de 12 de setembro de 1996. O Fundef expirou em 2006 e deu lugar ao Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb) já em 2007, que foi instituído pela emenda constitucional n. 53, de 19 de dezembro de 2006. Outras mudanças mais recentes, como a distribuição de 29% da receita da Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico (CIDE) para os estados, dada pela emenda constitucional n. 44, de 30 de junho de 2004, só vêm a afirmar que as alterações na legislação contribuíram para um maior nível de descentralização fiscal.

As vinculações constitucionais também são pontos importantes que auxiliam a entender a descentralização de algumas funções sociais, notadamente educação e saúde. No primeiro caso, o Fundef (e o Fundeb), já previamente citado, além de ser uma forma de transferir recursos aos governos subnacionais, é uma forma de transferir atribuições (obrigações) a esses governos, uma vez que seus recursos são vinculados à aplicação em ensino público fundamental. O objetivo seria universalizar o ensino, fazendo com que os municípios, principalmente, assumissem cada vez maior parcela da rede pública. Antes dos fundos, a Constituição de 1988 já vinculava as receitas do setor público à educação: o artigo 212 diz que estados e municípios deverão aplicar 25% de sua receita proveniente de impostos e transferências (receita disponível) na manutenção e no desenvolvimento do ensino, enquanto para a União esse percentual é de 18%. Não à toa, a descentralização (municipalização) nessa área social foi bastante significativa desde os anos 80, como mostrado na seção anterior e destacado por Draibe¹⁵:

No sistema público, as matrículas nos níveis fundamental e médio são descentralizadas, sendo totalmente oferecidas pelos estados e pelos municípios. [...] O sistema é altamente fragmentado, exatamente em função da mencionada descentralização e da ampla autonomia de todos os entes federativos assegurada pela Constituição de 1988. O resultado é a convivência, no país, de 26 sistemas estaduais e 5.561 sistemas municipais de ensino, além do sistema educacional do Distrito Federal.

Na saúde, o ponto inicial também é a Constituição de 1988, a qual implementa o Sistema Único de Saúde (SUS) – que, assim como na educação, procura universalizar o acesso ao serviço público. O artigo 198 da Constituição comprova isso afirmando que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade”⁴. Anteriormente, apenas os trabalhadores contribuintes da previdência social tinham acesso à saúde pública, deixando o restante da população a cargo de serviços filantrópicos. O financiamento do sistema, inclusive as transferências para as federações, era baseado no orçamento da seguridade social. Ainda foi criado o Piso da Atenção Básica (PAB), que ao mesmo tempo permitiu o financiamento para os serviços de saúde mais simples nos municípios e inseriu o critério *per capita* de transferência intergovernamental^{xvi}. Os resultados da descentralização, principalmente na direção dos municípios, foram bastante relevantes, como exalta Arretche³, utilizando indicadores alternativos de gasto público:

Em 1997 [...] 58% dos municípios brasileiros estavam enquadrados em alguma das condições de gestão previstas pelo SUS, o que significa que estes assumiram funções de gestão da oferta local de serviços de saúde até então desempenhadas pela União; 69% das consultas médicas eram realizadas através de prestadores estaduais ou municipais, sendo que, destas, 54% eram prestadas pelos municípios, o que significa que mais da metade das consultas médicas passaram a ser oferecidas por prestadores municipais, os quais eram, até o final dos anos 80 – respeitadas as exceções –, o nível de governo menos envolvido na oferta de serviços de saúde.

Entretanto, não havia originalmente no texto constitucional uma vinculação de recursos para serviços públicos de saúde como ocorrera com a educação. Ou seja, as três esferas de governo não eram obrigadas a executar um dispêndio mínimo na função saúde. Esse problema foi contornado a partir da emenda constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. A União passou então a ser obrigada a destinar para o SUS, em ações e serviços públicos de saúde, o valor pago na função no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB do ano anterior. Já estados e municípios passaram a ter uma vinculação das suas receitas disponíveis de 12% e 15%, respectivamente.

A partir da criação da emenda constitucional n. 29, *as despesas com ações e serviços públicos com saúde (ASPS), financiadas por recursos próprios*, também apresentaram um progressivo movimento de descentralização, como pode ser observado na Tabela 4:

Tabela 4: Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde Financiados por Recursos Próprios - 2000/2006

Ano	R\$ Mil Correntes				% do Total			
	União	Estados	Municípios	Total	União	Estados	Municípios	Total
2000	20.351.492	6.313.436	7.370.225	34.035.153	59,80%	18,55%	21,65%	100,00%
2001	22.474.070	8.268.296	9.289.900	40.032.266	56,14%	20,65%	23,21%	100,00%
2002	24.736.843	10.278.420	12.020.117	47.035.380	52,59%	21,85%	25,56%	100,00%
2003	27.181.155	12.144.792	14.003.132	53.329.079	50,97%	22,77%	26,26%	100,00%
2004	32.703.495	16.028.249	16.398.288	65.130.032	50,21%	24,61%	25,18%	100,00%
2005	36.495.170	17.236.138	20.261.759	73.993.068	49,32%	23,29%	27,38%	100,00%
2006	40.750.155	19.798.770	23.484.272	84.033.197	48,49%	23,56%	27,95%	100,00%

Fonte: Siops/MS.

Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Dados_RIPSA-2008.pdf

Enquanto a União representava quase 60% de toda a despesa com ASPs no ano de criação da emenda, em 2006 esse percentual se reduziu para 48,5%. Já estados e municípios apresentaram movimentos inversos no mesmo período: suas participações passaram de 18,6% e 21,7%, em 2000, para 23,6% e 28%, em 2006, respectivamente.

Esses fatores, de maneira geral, contribuíram para a descentralização dos serviços sociais universais. Souza¹⁶ também dá destaque à outra mudança institucional que ajudou na descentralização em favor dos municípios: o crescente envolvimento das comunidades locais nos processos de tomada de decisão das políticas públicas, e conseqüentemente das políticas sociais. Para a autora, são mais conhecidas três formas de empoderamento^{xvii} (*empowerment*) das comunidades locais: conselhos municipais setoriais; orçamento participativo; e programas *demand-driven*. A diferença entre as três está nos níveis de participação dos agentes locais. No primeiro caso, os conselheiros têm o papel de fiscalizar e acompanhar o andamento de políticas públicas e a aplicação de recursos. No segundo, existe uma inclusão de membro da comunidade no processo de decisão da alocação dos recursos orçamentários. No terceiro caso, e mais “radical”, os recursos são transferidos diretamente para a comunidade local, que decide por si própria onde e como vai alocar as verbas – ou seja, um processo guiado pela demanda (*demand-driven*).

Nos gastos focalizados, tem-se, além do crescente peso da previdência social mostrado previamente, um desenvolvimento bastante significativo de todo um aparato assistencialista e de transferência direta de recursos para os cidadãos no âmbito do governo federal. Ao longo da década de 1990, foi sendo criada uma série de benefícios financeiros destinados às famílias mais necessitadas, como o Bolsa-Escola, o Vale-Gás e o Bolsa-Alimentação, por exemplo. Alguns governos estaduais, na mesma época, procuraram seguir o mesmo caminho, como foi o caso do Rio de Janeiro com o Cheque Cidadão. Porém, eles não obtiveram muito êxito, e seus programas logo foram extintos. Posteriormente, o governo federal reuniu todos os benefícios assistenciais em apenas um: o Bolsa-Família. Este programa obteve bastante êxito no que se propunha^{xviii}; teve um crescimento razoável nos últimos anos e acabou ajudando a União a centralizar mais os gastos públicos sociais focalizados. Pelo lado da previdência social, os sucessivos aumentos reais no salário-mínimo realizados pelo governo central nos últimos anos também auxiliou no aumento da centralização das despesas focalizadas.

Um último ponto merece ser citado e aparenta ser relevante para esse debate: a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). A partir da lei complementar n. 101, de 4 de maio de 2000, uma série de regras foi implantada com o intuito de melhorar a gestão das verbas públicas e punir o mal uso destas.

Além de exigir transparência fiscal por parte dos governos, a LRF criou alguns indicadores para medir o nível de endividamento e de gastos do setor público, não permitindo que este ultrapasse limites também previstos em lei. Em um primeiro momento, pode-se indagar como essa lei iria influenciar na descentralização dos gastos sociais, haja vista que ela vale para todos os níveis de governo, sem discriminação. Porém, de acordo com Afonso, Meirelles e Castro¹⁷, os limites previstos na LRF só são cumpridos pelos estados e municípios. Ocorre que os limites de endividamento, segundo a Constituição, precisam ser definidos pelo Senado e pela Câmara dos Deputados. O projeto que trata dos limites da União estão “engavetados” no Senado desde 2000. Assim, a ausência de regulamentação da LRF no âmbito federal dá maior margem para esse nível de governo gastar e se endividar mais, o que também é uma possível explicação para a centralização do total dos gastos públicos com bens e serviços sociais.

Muitas outras mudanças institucionais, ocorridas principalmente durante a década de 1990, poderiam ser citadas, como a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), que em sua origem serviria para financiar a saúde pública, e também a Desvinculação de Receita da União (DRU), originalmente Fundo Social de Emergência (FSE), que permitia destinar recursos do Orçamento da Seguridade Social para outros fins. Entretanto, isto seria conteúdo suficiente para um trabalho que tratasse exclusivamente dos aspectos institucionais.

O fato relevante a ser absorvido desta seção é que o principal determinante do grau de descentralização dos gastos públicos sociais, bem como da assunção de atribuições na área social (e em qualquer tipo de política pública) por parte dos diferentes níveis de governo, depende da “estrutura de incentivos oferecida pelo nível de governo interessado na transferência de atribuições”³. Dessa maneira, os serviços sociais que têm um alto grau de complexidade e exigem uma relação mais próxima do poder público com seus beneficiários, como saúde e educação, teriam vocação para a descentralização^{18,19}.

Considerações finais

Este trabalho procurou mostrar, de maneira sucinta, que o crescimento do gasto público social no Brasil desde 1988 foi concentrado nos gastos federais, apesar da orientação de descentralização pregada pela Constituição daquele ano. A principal explicação para esse fenômeno foi a crescente participação da previdência e da assistência social na composição das despesas sociais no Brasil, associada ao fato de que a União passou a “dominar” as despesas previdenciárias, principalmente.

Outra ótica, a do gasto social dito universal, já mostra uma tendência contrária e que se coaduna com a orientação federalista. Quando excluídos gastos com transferências (previdência e assistência) e tomado apenas o caráter mais universal (como educação, cultura, habitação, urbanismo, saúde e saneamento), constata-se uma descentralização, principalmente em direção aos municípios, que passaram a assumir papel bastante relevante na difusão da educação e da saúde a partir de meados da década de 1990. Ainda nessa lógica percebe-se uma centralização dos gastos sociais focalizados.

Todo esse movimento, identificado pelas séries estatísticas da STN, tem várias explicações, desde a capacidade de financiamento das políticas sociais até as mudanças institucionais ocorridas desde o fim da década de 1980. Assim, como nos gastos sociais universais, o que se percebe é uma municipalização da receita disponível por esfera de governo. O aumento no volume de transferências intergovernamentais, as vinculações de receita, aspectos locacionais, o fortalecimento dos programas assistenciais, as implementações de novas legislações e outros pontos auxiliam na compreensão da formação recente do “federalismo social” no Brasil.

Notas

- i Como de praxe, as opiniões são exclusivamente dos autores e não das instituições a que estão vinculados. Elaborado com base em informações disponíveis até abril de 2010.
- ii A expressão “governos subnacionais” compreende o conjunto formado pelas administrações dos estados e dos municípios, além do Distrito Federal. É um conceito muito empregado na literatura internacional sobre federalismo.
- iii Os dados apresentados pela STN mostram alguns problemas, como avalia Afonso: “A deficiência dessa fonte é a falta de revisão e auditoria dos dados, pois a STN não tem atribuição para fazê-lo, mas apenas para reunir e consolidar os documentos. Um dos problemas diz respeito à cobertura parcial das transações, pois nem todos os governos consolidam as contas de todos os fundos, autarquias, fundações e empresas estatais dependentes no balanço geral anual, como determina a legislação fiscal recente”⁷.
- iv Ver gastos federais em: http://www.stn.fazenda.gov.br/contabilidade_governamental/gestao_orcamentaria.asp
- v Dados de gastos dos estados e dos municípios estão disponíveis em: http://www.stn.fazenda.gov.br/estados_municipios/index.asp
- vi Todos os dados desagregados de gasto social e de PIB são apresentados no Anexo em R\$ correntes. Também são apresentados os dados referentes ao IPCA e à população.
- vii Como a série engloba períodos de diferentes regimes monetários (Cruzado, Cruzado Novo, Cruzeiro, Cruzeiro Real e Real), foi necessária a conversão de valores de alguns anos da série. Os valores do período 1986/1993 foram convertidos para o Real utilizando as seguintes fórmulas: De Cruzado (CZ\$) para Real (R\$):

$$R\$ = \frac{\text{CZ\$}}{1000^2 \times 2750}$$

De Cruzado Novo (NCZ\$) e Cruzeiro (Cr\$) para Real (R\$):

$$R\$ = \frac{NCZ\$}{1000 \times 2750} \quad R\$ = \frac{\text{Cr\$}}{1000 \times 2750}$$

De Cruzeiro Real (CR\$) para Real (R\$):
$$R\$ = \frac{R \$}{2750}$$

- viii Como deflatores, é convencional utilizar-se o IPCA para variáveis fluxo e o IGP-DI para variáveis estoque.
- ix Esse processo de trazer preços para os dias atuais foi feito utilizando-se um “multiplicador” construído a partir dos índices oficiais, que pode ser obtido da seguinte maneira:

$$M(IPCA)_i = \frac{IPCA_{2008}}{IPCA_i}$$

- x As médias e os desvios-padrão da participação das capitais nos gastos sociais municipais entre 1996 e 2007 foram, respectivamente, de 23,6% e 0,02 para educação e cultura; 36,8% e 0,02 para habitação e urbanismo; 31,1% e 0,03 para saúde e saneamento; e 45,3% e 0,04 para assistência e previdência.
- xi Essa situação, de acordo com Bird, seria considerada ideal, partindo-se do princípio da subsidiaridade, que diz que “the basic rule of efficient expenditure assignment is often taken to be to assign each function to the lowest level of government consistent with its efficient performance”¹³.
- xii Existem dois conceitos básicos de receita disponível: a receita disponível simples considera apenas as transferências constitucionais, enquanto a receita disponível ampliada considera as transferências constitucionais e as transferências voluntárias. Para todos os efeitos, o conceito aqui utilizado é o da receita disponível simples.
- xiii Esse ponto será abordado com maior clareza na seção seguinte, que trata dos aspectos institucionais da descentralização do gasto social.
- xiv Os pontos abordados nesta seção tratam apenas dos aspectos institucionais que influenciaram na descentralização ou na centralização dos gastos públicos sociais, estando outros aspectos institucionais que influenciaram na melhora dos indicadores sociais, por exemplo, fora de questão.
- xv Consideraram-se apenas as seguintes transferências: FPM, FPE, Fundef (Fundeb), lei complementar n. 87/96 e IPI-Exportações. Estas transferências responderam por 82% de todas as transferências constitucionais da União em 2007.
- xvi Atualmente, são distribuídos de R\$ 10 a R\$ 18 por habitante anualmente para cada município, e estes recursos são destinados às seguintes ações: consultas médicas em especialidades básicas; atendimento odontológico básico; atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior e nível médio; visita e atendimento ambulatorial e domiciliar do Programa de Saúde da Família (PSF); vacinação; atividades educativas a grupos da comunidade; assistência pré-natal e ao parto domiciliar; atividades de planejamento familiar; pequenas cirurgias; atividades dos agentes comunitários de saúde; pronto-atendimento em unidade básica de saúde.
- xvii Empoderamento significa, em geral, a ação coletiva desenvolvida pelos indivíduos quando participam de espaços privilegiados de decisões, de consciência social dos direitos sociais. O educador Paulo Freire foi o primeiro a definir essa palavra no Brasil. Apesar de ela já existir na língua inglesa e significar “dar poder” a alguém para realizar algo sem a permissão de outros, a lógica do empoderamento de Freire é diferente. Para ele, empoderar é realizar por si mesmo as mudanças e ações que levam a evoluir e se fortalecer.
- xviiiA maior parte da opinião pública é favorável ao Bolsa-Família, que apresentou resultados satisfatórios na redução da subnutrição e no aumento do nível educacional básico nas famílias de menor poder aquisitivo. Além disso, esse mecanismo foi importante na diminuição da desigualdade de renda que vem ocorrendo gradualmente nos últimos anos no Brasil.

Referências

1. Serra J, Afonso JR. El federalismo fiscal en Brasil: una visión panorámica. *Revista da Cepal* 2007; 91:29-52.
2. Oliveira FA de. *Evolução, determinantes e dinâmica do gasto social no Brasil: 1980/1996*. Ipea, Texto para Discussão nº 649; 1999. p.84.
3. Arretche, MTS. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 1999; 14(40):111-141.
4. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicações; 1988. p.47.
5. Castro JA de, Cardoso Júnior JC. *Políticas sociais no Brasil: gasto social do governo federal de 1988 a 2002*. Capítulo 6. p.261-318. In: Jaccoud L., organizador. *Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo*. Brasília, DF, Ipea; 2005. p.435.
6. Fernandes MA da C et al., editores. *Gasto social das três esferas de governo: 1995*. Brasília, Ipea, Texto para Discussão nº 598; 1998. p.58.
7. Afonso JR. *Descentralização fiscal, políticas sociais e transferência de renda no Brasil*. Cepal/Ilpes, Série Gestión Pública nº 63; 2007. p.41.
8. Martínez R, Collinao MP. *Gasto social: modelo de medición y análisis para América Latina y el Caribe*. Cepal, Serie Manuales nº 65; 2010. p.119.
9. Afonso JR, Meirelles BB. *Carga tributária global no Brasil, 2000/2005: cálculos revisitados*. Unicamp/Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, Caderno nº 75; 2006. p.101.
10. Mussi C, Afonso JR. Há sustentabilidade na política social brasileira? mimeo; 2008. p.22.
11. Draibe SM. The Brazilian developmental Welfare State: rise, decline and perspectives. Capítulo 6. p.239-281. In: Riesco M. *Latin America: a new developmental Welfare State model in the making?* United Nations, 2006. p.456.
12. Afonso JR, Junqueira GG. Reflexões a respeito da interface entre seguridade social e fiscalidade no Brasil. Capítulo 7. p.116-142. In: Lobato L de VC, Fleury, S. *Seguridade Social, Cidadania e Saúde*. Rio de Janeiro, Cebes; 2009.
13. Bird R. *Intergovernmental fiscal relations: universal principles, local applications*. Working Paper 00-2. International Studies School of Policy Studies. Georgia State University; 2009. p.27.
14. Azeredo B, Lobo T. O sistema municipal e o combate à pobreza no Brasil. Seminário Regional Financiamento Municipal y Superación de La Pobreza Urbana. Cepal; 2005. p.56.
15. Draibe SM. Brasil 1980-2000: proteção e insegurança sociais em tempos difíceis. PNUD, Taller Inter-Regional Protección Social en una Era Insegura: un Intercambio Sur-Sur sobre Políticas Sociales Alternativas en Respuesta a la Globalización; Santiago, Chile, 2002. p.56.
16. Souza C. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. *São Paulo em Perspectiva* 2004; 18(2):27-41.
17. Afonso JR, Meirelles BB, Castro KP de. Conjuntura fiscal: o que não se diz ou não se quer ver. *Revista de Administração Municipal do IBAM* 2007; 264:45-56.
18. Afonso JR, Dain S. Duas décadas de descentralização do gasto social na América Latina. mimeo; 2010. p.13.
19. Mello L de. *Fiscal decentralization and subnational expenditure policy*. World Bank; 2003. p.34.

Anexo Estatístico

Tabela 5 - Gasto Social por Esfera de Governo - 1986/2008

R\$ Correntes

Ano	União	Estados	Municípios	Capitais	Total
1986	44,78	55,24	32,28	10,04	132,29
1987	161,44	172,78	102,45	31,89	436,67
1988	1.365,75	1.306,37	802,40	255,66	3.474,52
1989	28.033,67	21.365,69	12.168,84	3.868,12	61.568,21
1990	1.150.572,11	658.556,67	401.092,59	126.133,53	2.210.221,37
1991	4.999.251,98	2.837.407,34	2.482.592,25	790.975,34	10.319.251,57
1992	54.434.472,48	30.686.370,11	26.417.084,00	8.449.457,87	111.537.926,59
1993	1.621.840.452,89	687.822.646,18	475.224.529,18	150.489.495,64	2.784.887.628,25
1994	40.098.412.221,21	18.056.158.000,00	13.092.544.085,04	4.076.080.000,00	71.247.114.306,25
1995	77.096.361.133,44	33.874.798.000,00	25.994.996.840,11	8.098.389.000,00	136.966.155.973,56
1996	88.523.443.149,32	40.408.320.502,98	28.168.402.145,02	8.182.479.959,95	157.100.165.797,32
1997	98.828.798.033,98	42.130.352.909,50	30.581.100.386,24	10.282.736.737,42	171.540.251.329,72
1998	112.983.324.771,39	53.631.027.746,45	39.706.154.379,54	13.203.100.805,41	206.320.506.897,38
1999	124.376.212.443,31	56.502.067.164,51	44.310.443.375,11	14.327.545.185,76	225.188.722.982,93
2000	130.932.276.753,39	61.789.855.620,56	56.557.320.199,89	16.547.926.022,09	249.279.452.573,84
2001	149.473.745.687,41	66.496.932.161,01	62.861.064.755,30	18.570.909.598,33	278.831.742.603,72
2002	169.339.017.819,04	76.285.944.706,35	73.538.023.130,37	22.482.023.079,34	319.162.985.655,76
2003	196.045.153.664,89	83.850.525.199,01	81.873.793.787,90	25.422.284.942,59	361.769.472.651,80
2004	228.961.125.328,58	96.027.451.611,75	87.619.306.969,88	28.173.910.166,23	412.607.883.910,21
2005	260.246.287.153,97	108.144.663.556,27	92.203.569.412,65	30.968.345.787,34	460.594.520.122,89
2006	295.006.841.027,84	124.686.592.209,59	120.330.877.962,84	35.855.064.922,01	540.024.311.200,27
2007	317.481.765.533,08	135.078.664.199,12	147.327.410.088,67	43.800.111.236,45	599.887.839.820,87
2008	353.497.455.286,26	171.735.054.828,89	176.274.729.719,61	52.065.879.152,86	701.507.239.834,76

Tabela 6 - Gastos com Educação e Cultura por Esfera de Governo - 1986/2008 R\$ Correntes

Ano	União	Estados	Municípios	Capitais	Total
1986	20,93	27,42	14,25	3,37	62,60
1987	77,15	82,97	43,11	10,19	203,22
1988	609,09	555,50	276,98	65,48	1.441,57
1989	8.831,14	8.880,99	4.627,42	1.093,90	22.339,55
1990	184.579,33	282.300,24	158.441,19	37.454,67	625.320,76
1991	693.268,78	1.199.859,62	904.762,42	213.881,10	2.797.890,82
1992	6.111.842,63	13.122.154,92	9.015.876,37	2.131.306,00	28.249.873,92
1993	200.250.651,63	294.138.354,55	176.972.666,76	41.835.412,36	671.361.672,93
1994	5.712.182.811,18	7.654.653.000,00	5.111.301.803,40	1.208.285.000,00	18.478.137.614,58
1995	9.373.431.086,90	14.312.869.000,00	10.030.797.330,65	2.371.228.000,00	33.717.097.417,55
1996	9.494.946.338,09	17.172.353.675,09	10.204.953.413,21	2.125.877.757,06	36.872.253.426,39
1997	10.428.474.786,64	15.981.609.347,32	10.690.060.183,48	2.384.894.786,40	37.100.144.317,44
1998	14.900.722.750,70	22.872.882.271,54	15.175.573.566,34	3.915.771.328,59	52.949.178.588,58
1999	16.061.640.311,60	24.758.304.063,06	17.131.864.448,16	4.090.653.652,97	57.951.808.822,82
2000	10.854.583.819,61	27.962.191.260,78	22.163.519.357,55	4.427.531.168,89	60.980.294.437,94
2001	11.915.434.285,25	32.576.803.134,62	25.226.711.895,27	5.170.797.033,25	69.718.949.315,14
2002	13.462.275.324,11	36.089.791.340,40	27.024.348.242,95	6.785.689.691,98	76.576.414.907,46
2003	14.455.612.365,47	39.632.157.276,15	30.204.296.868,99	7.664.277.270,78	84.292.066.510,61
2004	14.856.847.617,01	39.792.722.317,95	30.920.487.154,16	7.914.583.240,56	85.570.057.089,12
2005	16.681.793.527,70	44.093.104.713,96	33.656.717.002,63	9.177.229.333,02	94.431.615.244,29
2006	17.888.226.730,02	50.149.584.546,53	43.630.600.210,49	10.477.146.884,89	111.668.411.487,04
2007	19.303.746.025,39	55.969.152.285,22	53.946.683.404,27	12.501.556.320,24	129.219.581.714,88
2008	22.437.638.996,40	68.825.074.766,21	63.471.344.607,89	14.904.406.263,38	154.734.058.370,50

Fonte: Elaboração própria.

Fonte Primária: BGU/STN, Balanço dos Estados/STN e Finbra/STN.

Nota: Os dados dos Municípios de 1986 a 1995 foram estimados.

Tabela 7 - Gastos com Habitação e Urbanismo por Esfera de Governo - 1986/2008

R\$ Correntes

Ano	União	Estados	Municípios	Capitais	Total
1986	1,91	1,74	7,86	2,89	11,51
1987	10,91	4,88	25,18	9,26	40,97
1988	96,89	37,25	242,51	89,20	376,65
1989	170,46	597,32	3.411,13	1.254,72	4.178,91
1990	3.428,93	29.608,27	104.130,29	38.302,33	137.167,48
1991	33.822,41	118.937,69	757.679,23	278.697,78	910.439,33
1992	100.539,00	1.564.824,55	8.196.841,35	3.015.050,94	9.862.204,90
1993	9.326.045,24	27.111.170,55	126.110.755,75	46.387.423,64	162.547.971,53
1994	42.004.547,41	768.331.000,00	3.307.498.744,56	1.216.600.000,00	4.117.834.291,97
1995	365.371.523,78	1.103.343.000,00	6.622.220.918,49	2.435.857.000,00	8.090.935.442,27
1996	344.106.651,35	1.169.462.453,33	6.707.853.092,57	2.243.889.954,44	8.221.422.197,25
1997	423.318.487,24	1.629.272.569,47	6.641.333.076,76	2.621.069.928,17	8.693.924.133,47
1998	303.445.045,11	1.689.826.180,33	7.109.206.999,79	2.689.384.230,51	9.102.478.225,23
1999	320.491.794,79	1.329.227.474,57	7.686.773.100,69	3.044.359.740,82	9.336.492.370,05
2000	1.797.315.361,12	1.913.193.970,71	9.620.316.068,33	3.631.482.888,00	13.330.825.400,16
2001	848.512.215,78	2.140.186.869,72	9.781.737.683,52	3.739.294.952,48	12.770.436.769,02
2002	613.718.343,04	2.276.164.329,37	13.597.393.824,35	4.794.162.630,14	16.487.276.496,76
2003	465.107.796,62	1.939.816.570,14	14.461.797.157,69	5.340.833.658,54	16.866.721.524,45
2004	1.682.107.481,32	2.532.180.892,37	16.052.690.580,40	5.818.677.261,61	20.266.978.954,09
2005	2.681.348.357,96	3.066.859.161,80	14.845.825.976,56	5.750.396.551,49	20.594.033.496,32
2006	3.284.706.271,28	3.712.150.265,72	20.519.817.173,69	7.342.634.548,65	27.516.673.710,69
2007	847.886.126,40	2.991.098.166,13	24.718.058.797,70	8.781.450.240,56	28.557.043.090,23
2008	1.233.421.528,55	5.620.218.398,86	31.571.429.856,94	10.536.203.127,00	38.425.069.784,35

Tabela 8 - Gastos com Saúde e Saneamento por Esfera de Governo - 1986/2008 R\$ Correntes

Ano	União	Estados	Municípios	Capitais	Total
1986	5,73	10,67	5,83	1,81	22,23
1987	21,44	36,14	21,41	6,66	79,00
1988	153,25	378,23	191,35	59,54	722,83
1989	3.217,24	6.349,31	2.474,11	769,80	12.040,65
1990	60.929,49	159.024,13	87.104,63	27.101,84	307.058,24
1991	1.026.398,77	699.084,30	514.814,25	160.179,93	2.240.297,32
1992	12.127.743,65	7.392.062,04	6.100.799,66	1.898.210,26	25.620.605,35
1993	351.663.135,86	159.078.357,45	110.623.711,48	34.419.596,73	621.365.204,80
1994	7.627.697.275,51	4.194.144.000,00	3.281.792.733,08	1.021.101.000,00	15.103.634.008,59
1995	14.781.853.534,86	7.170.018.000,00	6.624.297.447,38	2.061.092.000,00	28.576.168.982,24
1996	14.727.413.212,95	6.562.473.594,71	7.900.487.984,09	2.609.487.320,98	29.190.374.791,75
1997	17.986.176.037,86	7.745.574.959,85	8.923.441.986,91	3.319.316.190,59	34.655.192.984,62
1998	16.610.378.819,55	8.872.687.711,32	12.025.574.061,97	4.133.825.828,20	37.508.640.592,84
1999	19.149.675.413,64	9.600.639.259,01	13.595.566.956,98	4.462.269.200,64	42.345.881.629,63
2000	20.431.208.879,09	11.744.053.888,42	17.457.313.510,93	5.333.924.876,70	49.632.576.278,44
2001	23.867.275.935,97	16.482.313.753,40	19.648.029.626,10	5.884.539.089,37	59.997.619.315,47
2002	25.531.782.343,68	19.705.358.897,24	24.902.519.312,44	7.426.939.856,02	70.139.660.553,36
2003	27.230.531.517,79	22.028.051.258,96	28.173.979.517,05	8.411.129.852,51	77.432.562.293,80
2004	33.049.435.759,00	28.499.219.429,93	30.159.306.369,52	9.207.529.738,90	91.707.961.558,45
2005	36.571.532.574,83	32.528.518.283,26	32.632.139.482,71	10.525.278.516,85	101.732.190.340,80
2006	39.792.402.942,28	37.576.277.040,39	42.800.564.487,62	12.040.989.977,53	120.169.244.470,29
2007	39.473.490.308,45	40.897.586.880,19	51.307.722.349,09	14.335.489.429,74	131.678.799.537,73
2008	44.111.510.007,63	49.332.213.810,59	60.718.000.441,29	17.013.485.590,09	154.161.724.259,51

Fonte: Elaboração própria.

Fonte Primária: BGU/STN, Balanço dos Estados/STN e Finbra/STN.

Nota: Os dados dos Municípios de 1986 a 1995 foram estimados.

Tabela 9 - Gastos com Assistência Social e Previdência Social por Esfera de Governo - 1986/2008

R\$ Correntes

Ano	União	Estados	Municípios	Capitais	Total
1986	16,21	15,41	4,34	1,96	35,96
1987	51,94	48,79	12,75	5,77	113,49
1988	506,52	335,38	91,56	41,45	933,47
1989	15.814,83	5.538,08	1.656,19	749,71	23.009,10
1990	901.634,37	187.624,03	51.416,49	23.274,69	1.140.674,89
1991	3.245.762,03	819.525,72	305.336,35	138.216,52	4.370.624,10
1992	36.094.347,19	8.607.328,60	3.103.566,62	1.404.890,68	47.805.242,42
1993	1.060.600.620,16	207.494.763,64	61.517.395,19	27.847.062,91	1.329.612.778,99
1994	26.716.527.587,11	5.439.030.000,00	1.391.950.804,00	630.094.000,00	33.547.508.391,11
1995	52.575.704.987,90	11.288.568.000,00	2.717.681.143,59	1.230.212.000,00	66.581.954.131,49
1996	63.956.976.946,93	15.504.030.779,85	3.355.107.655,15	1.203.224.927,47	82.816.115.381,93
1997	69.990.828.722,24	16.773.896.032,86	4.326.265.139,09	1.957.455.832,26	91.090.989.894,19
1998	81.168.778.156,03	20.195.631.583,26	5.395.799.751,44	2.464.119.418,11	106.760.209.490,73
1999	88.844.404.923,28	20.813.896.367,87	5.896.238.869,28	2.730.262.591,33	115.554.540.160,43
2000	97.849.168.693,57	20.170.416.500,65	7.316.171.263,08	3.154.987.088,50	125.335.756.457,30
2001	112.842.523.250,41	15.297.628.403,27	8.204.585.550,41	3.776.278.523,23	136.344.737.204,09
2002	129.731.241.808,21	18.214.630.139,34	8.013.761.750,63	3.475.230.901,20	155.959.633.698,18
2003	153.893.901.985,01	20.250.500.093,76	9.033.720.244,17	4.006.044.160,76	183.178.122.322,94
2004	179.372.734.471,25	25.203.328.971,50	10.486.822.865,80	5.233.119.925,16	215.062.886.308,55
2005	204.311.612.693,48	28.456.181.397,25	11.068.886.950,75	5.515.441.385,98	243.836.681.041,48
2006	234.041.505.084,26	33.248.580.356,95	13.379.896.091,04	5.994.293.510,94	280.669.981.532,25
2007	257.856.643.072,84	35.220.826.867,58	17.354.945.537,61	8.181.615.245,91	310.432.415.478,03
2008	285.714.884.753,68	47.957.547.853,23	20.513.954.813,49	9.611.784.172,39	354.186.387.420,40

Tabela 10 - Produto Interno Bruto, Índice de Preços ao Consumidor Amplo e População - 1986/2008

R\$ Correntes

Ano	PIB (R\$ Correntes)	IPCA	Multiplicador	População
1986	1.273,68	0,000002	1.135.547.397,63	135.814.249
1987	4.037,81	0,00001	345.849.018,09	138.585.894
1988	29.375,63	0,0001	47.434.116,43	141.312.997
1989	425.595,31	0,001	3.098.803,25	143.997.246
1990	11.548.794,55	0,03	101.675,68	146.592.579
1991	60.285.999,27	0,15	19.083,75	149.094.266
1992	640.958.767,64	1,56	1.814,11	151.546.843
1993	14.097.114.181,82	31,59	89,48	153.985.576
1994	349.204.679.000,00	687,42	4,11	156.430.949
1995	705.640.892.091,87	1.141,16	2,48	158.874.963
1996	843.965.631.318,91	1.320,99	2,14	161.323.169
1997	939.146.616.911,84	1.412,49	2,00	163.779.827
1998	979.275.748.883,34	1.457,62	1,94	166.252.088
1999	1.064.999.711.799,09	1.528,43	1,85	168.753.552
2000	1.179.482.000.000,00	1.636,10	1,73	171.279.882
2001	1.302.136.000.000,00	1.748,01	1,62	173.808.010
2002	1.477.822.000.000,00	1.895,72	1,49	176.303.919
2003	1.699.948.000.000,00	2.174,68	1,30	178.741.412
2004	1.941.498.000.000,00	2.318,15	1,22	181.105.601
2005	2.147.239.000.000,00	2.477,39	1,14	183.383.216
2006	2.369.797.000.000,00	2.581,04	1,10	185.564.212
2007	2.661.344.000.000,00	2.675,02	1,06	187.641.714
2008	3.004.881.057.000,00	2.826,92	1,00	189.612.814

Fonte: Elaboração própria.

Fonte Primária: BGU/STN, Balanço dos Estados/STN e Finbra/STN.

Nota: Os dados dos Municípios de 1986 a 1995 foram estimados.

Configurações do sistema de saúde brasileiro: 20 anos do SUS

Configurations of the Brazilian health's system:
20 years of the SUS

Amélia Cohn^I
Ana Luiza d'Ávila Viana^{II}
Carlos Octávio Ocké-Reis^{III}

Resumo O artigo discute o significado da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) como pilar de sustentação da seguridade social e da criação da propriedade social no país. Enuncia os desaminhos da política e as dificuldades em diminuir as desigualdades sociais e completar o ciclo de independentização do cidadão brasileiro ante os traços patrimonialistas e clientelistas do Estado e da sociedade brasileira. Apontam-se também algumas questões cujo encaminhamento pode contribuir para o avanço da cidadania e para o alcance da hegemonia do *ethos* público na gestão do setor saúde e do SUS.

Palavras-chave: *Seguridade social, Cidadania, Política de saúde, SUS*

Abstract This article discusses the significance of the formation of the SUS as a supporting pillar of social security and the creation of social ownership in Brazil. It describes the failures of the policy and the difficulties faced in reducing social inequalities and freeing Brazilian citizens from the neo-patrimonialistic and elitist harnesses of the Brazilian state and society. The paper also identifies other issues whose exploration may contribute to the advance of Brazilian citizenship and to attaining hegemony of the public ethos in relation to management of the health care sector and the SUS.

Keywords: *Social security, Citizenship, Health policy, SUS*

I Universidade Católica de Santos (Unisantos); Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Cedec). amelcohn@uol.com.br.

II Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP). analuivi@terra.com.br

III Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). carlos.ocke@ipea.gov.br.

Introdução

Passados vinte anos, pouco mais, da existência constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS), há que se debruçar sobre suas conquistas e insuficiências para que avanços sejam propostos, sobretudo em conjunturas como a atual, de mudança de governo.

A tese que aqui se apresenta é a de que o primeiro grande ciclo da Reforma Sanitária brasileira, que pode ser datado dos anos 70 a 90, foi vitorioso, mas esgotou-se e mostra-se, hoje, insuficiente diante das novas particularidades e grandes mudanças da realidade social e econômica brasileira. Não se trata aqui de discutir sobre serem duas reformas ou apenas uma – a continuação da mesma – mas, certamente, de demonstrar que se impõe um novo ciclo reformista; e agora como uma opção drástica para que se avance nos preceitos do SUS e da legalidade constitucional do acesso à saúde.

Para isso, basta realizar uma reforma *na* Reforma ou uma reforma *da* Reforma¹? Os autores distinguem dois tipos de reformas dos sistemas de saúde: a Big Bang – porque introduz mudanças significativas imediatas no modo de operação do sistema – e a *incremental* – que vai, paulatinamente, introduzindo mudanças no sistema, de forma cumulativa. Defendem que a reforma de 1988 – aqui denominada de primeiro ciclo – foi do tipo Big Bang. A indagação que fica é se, a partir de finais da década de 1990, dados os passos decisivos para a implantação do SUS, não se vem transitando para uma Reforma Sanitária do tipo incremental, traduzindo-se numa reforma *na* reforma.

Seguindo os ensinamentos de Maquiavel, nada mais lógico do que se tomarem as medidas mais drásticas de início e, depois, incrementarem-se as demais. Nesse sentido, far-se-ia de forma natural a transição do primeiro para o segundo tipo de reforma – de Big Bang para incremental – no decorrer do tempo, não fosse a conjuntura extremamente desfavorável (do ponto de vista econômico e dos interesses setoriais em jogo) e o fato de que, em 1988, o SUS e a saúde estavam inseridos num processo de esgarçamento da proposta brasileira de seguridade social.

Essa realidade traz consequências das mais variadas para a reflexão e a produção de conhecimento na área de políticas de saúde, planejamento e gestão e, até mesmo, no âmbito da defesa de práticas e princípios envolvidos na concepção e na implantação do SUS. O traço emancipatório, que inspiraria estudos e avaliações das políticas, dos sistemas e dos serviços de saúde, nesse período, acabou sendo subsumido pela dimensão tecnocrática e de avaliação no sentido clássico do termo – que embora importante, seria algo inerente a qualquer política e programa que se implementasse.

Dessa forma, torna-se imperativo ter clareza do quadro geral em que o SUS vem se constituindo, identificar as grandes tendências do sistema bra-

sileiro de saúde que têm se configurado nesses vinte e poucos anos e os dilemas e desafios que se nos impõem neste final da primeira década do século XXI.

Aspectos do marco estrutural geral do primeiro ciclo

A partir dos anos 90, muito se debateu sobre a crise do Estado e quase nada sobre a crise do Mercado; a não ser mais recentemente, a partir da *débâcle* da economia americana e seus reflexos mundiais. Associa-se a esse quadro a ausência acabrunhante de reflexões sobre a crise das mediações não mercantis entre cidadãos – principalmente por meio da política fiscal e das políticas sociais –, à qual se combina, ainda, uma tímida acumulação de estudos sobre a conformação dos novos perfis de articulação (positiva e negativa) entre Estado/mercado e sociedade. Tudo isso ocorre num caldo de cultura marcado pela defesa hegemônica do ideário do desenvolvimento “com cara humana” defendido pelas agências multilaterais de fomento ao desenvolvimento, no contexto do neoliberalismo.

Além disso, o modelo de seguridade social instituído pela Carta Magna de 1988 herdou um sistema de proteção fragmentado, segmentando a clientela entre aqueles que têm direito à assistência médica – porque estão vinculados à condição de trabalhadores formais (modelo de seguro social seletivo, pelo critério contributivo compulsório), por um lado; e, por outro, aqueles que têm acesso precário a um serviço público e/ou filantrópico de saúde marcado pela insuficiência e pela falta de tradição dos serviços públicos estatais em prestar esse tipo de atendimento. Em resumo: herdou-se um modelo – caracterizado pelo termo clássico de Wanderley Guilherme dos Santos – de *cidadania regulada*².

Trata-se também de um sistema de proteção social híbrido quanto ao financiamento, composto por impostos, contribuições e fundos patrimoniais; tal situação acentua a fragmentação na oferta de benefícios e na prestação de serviços e segmenta a clientela em diferentes tipos de acesso a eles.

A seguridade social foi instituída na letra, em 1988, a contrapelo da tendência mundial, já que os países do capitalismo central vivenciavam tentativas de desmonte de seus Estados de Bem-Estar Social. Num tipo de reforma Big Bang, a institucionalização do sistema de seguridade social e do SUS (no seu interior) foi um passo decisivo para os avanços que ocorreram no setor saúde no decorrer do período subsequente. Mas estes se revelariam insuficientes, a partir de meados da década de 1990 e na primeira década do século atual, uma vez que as forças contrárias à implantação do SUS fizeram com que aqueles avanços ocorressem sem que as amarras da lógica que existia anteriormente fossem quebradas.

Verifica-se nesse período mais recente uma grande dificuldade de enraizamento das políticas sociais, que acabam setorializadas e, em consequência, muito vulneráveis aos interesses de cada setor. Prega-se a descentralização e a autonomia dos municípios na formulação e na implementação de suas próprias políticas como o caminho mais eficiente para a democratização do Estado, porém a maior parte dos diversos tipos de financiamento de políticas setoriais tem seu repasse vinculado a ações e programas predeterminados.

Segue-se ainda, contradizendo o discurso dominante de estadistas, formuladores, gestores e pensadores das políticas, a disputa adicional por recursos, uma vez que, até os dias atuais, prevalece um acentuado grau de antinomia entre políticas econômicas e políticas sociais (particularmente na área de serviços). Gera-se, assim, uma enorme dificuldade na articulação das políticas sociais, embora esse objetivo também seja um discurso que, de tão frequente e repetitivo, acaba sendo desconsiderado na prática dos gestores.

Finalmente, embora se fale muito em políticas universais, equânimes etc., as políticas sociais ainda são concebidas contra o pano de fundo da pobreza e não da desigualdade social – o que lhes impinge uma ambiguidade enorme (de se efetivarem como políticas emancipatórias ou como políticas e programas para pobres) e cria um grande vácuo entre o discurso que as fundamenta e os resultados práticos alcançados.

De fato, um dos grandes desafios que hoje se apresenta na área social, e na saúde em particular, reside exatamente em inverter a lógica que opõe as políticas sociais às políticas econômicas, estabelecendo uma articulação virtuosa entre elas; isto é, tratando as políticas sociais como essencialmente econômicas e vice-versa – como de fato o são, já que pertencem ao mesmo ciclo de acumulação de capital. Restaria definir acumulação de capital com que grau de justiça social, e retornar à velha questão apresentada por Norbert Lechner, ainda nos anos 80: se capitalismo e democracia são compatíveis entre si³.

Aqui, no entanto, trata-se mais exatamente de cuidar da questão de como avançar a democracia na área da saúde, implementando os preceitos do SUS, tal como foram formulados há vinte anos no texto constitucional, e constatar a necessidade de seu *aggiornamento* para dar conta da nova realidade, sem negar os avanços (mas também os retrocessos) verificados no período, assim como os perigos que estão por vir.

Um desses perigos – flagrante – se expressa no fato de que, embora a Constituição Brasileira dite que a assistência integral à saúde é um direito social, na prática o sistema público de saúde universal e integral ainda está em processo de construção e longe de oferecer essas duas condições.

Passados mais de vinte anos da instituição legal do SUS, deve-se considerar, ainda, se as atuais precariedades do sistema de saúde se devem a contin-

gências meramente institucionais e organizacionais – dada a complexidade da realidade social brasileira – ou, por outra, se devem a razões de ordem mais estrutural do sistema (inclua-se aí a herança da composição público-privada e os interesses econômicos aí presentes), associadas à conformação das políticas de ordem macroeconômica.

Finalmente, há que se ter claro e presente que: se o Movimento da Reforma Sanitária teve sua expressão maior no SUS, não é qualquer SUS que traduz aquele movimento e que se possa considerar, necessariamente, sua expressão.

Propriedade social como marca da primeira reforma e (re)mercantilização

O intuito aqui é problematizar as questões contemporâneas a longo prazo, isto é, reavivar o sentido dos temas numa perspectiva histórica e trazer à tona os significados da criação de um sistema universal na saúde.

Se o indivíduo proprietário é a chave da liberdade e da emancipação do homem, a propriedade privada cumpre um papel essencial na constituição do capitalismo, libertando o homem de todas as amarras e dependências do período medieval. Segundo Castel e Haroche⁴, a visão liberal do indivíduo, expressa pela necessidade de liberá-lo de quaisquer constrangimentos, é no mínimo ingênua, pois independentiza-o das condições históricas e sociais da existência.

Porém, é essa a visão dos autores clássicos, sendo Locke o primeiro que desenvolveu uma teoria do indivíduo moderno assentada sobre a propriedade privada, aquela que é obtida pela transformação da natureza pelo trabalho. O homem se apropria e se torna mestre de si mesmo, proprietário de sua própria pessoa, das ações e do trabalho, sendo capaz de existir por si próprio – isto é, não dependendo de ninguém. Cessa então a existência do homem, construída sobre relações de dependência; e a chave do milagre está na existência da propriedade privada.

Essa é a linhagem liberal: assentada na noção de liberdade como posse e do Estado como garantidor da propriedade e da segurança dos indivíduos. Porém, a história do século XIX veio mostrar que a paz e a coesão social ficavam permanentemente ameaçadas por essa noção de indivíduo e de liberdade.

A pergunta lógica decorrente é: o que fazer com os não-proprietários, a classe não proprietária? Serão não-indivíduos? A não-resposta dessa questão – tradução: a aplicação dos princípios liberais – trouxe, segundo muitos autores, desastres incalculáveis e propiciou, no final do século XIX, a construção de duas alternativas. Uma das respostas aposta no revigoração de práticas filantrópicas e de paternalismo patronal; a outra se apoia na formulação de novos princípios – cuja figura central será a edificação de outra forma de propriedade, a que Castel e Haroche⁴ chamam de propriedade social.

Os autores defendem a ideia de que a propriedade social foi construída para responder às necessidades de um suporte-proprietário aos não-proprietários – cada vez mais numerosos, tendo em vista o progresso da industrialização e da urbanização. Esse equivalente da propriedade para os não-proprietários se obtém não pela posse de um patrimônio, mas pela entrada em um sistema de proteção social. Essa proteção, construída sobre a base do trabalho, garante que não-proprietários possam viver como indivíduos.

A propriedade social compreende: a proteção social, os serviços públicos, a habitação social e todo um conjunto de bens coletivos; foi constituída, historicamente, para formar a base e a ossatura daquilo que se chama Seguridade Social. Aliada a políticas econômicas de crescimento, pleno emprego e redistribuição tributária, ela reduz substancialmente a pobreza e a desigualdade, como atestam os indicadores dos países europeus no período do Pós-Guerra (1945/75).

Entretanto, a propriedade social se vê ameaçada, hoje, por toda uma estratégia de remercantilização dos bens coletivos, de privatização dos serviços públicos, separação entre a política social e a ordem econômica; a solução dos problemas sociais (decorrentes das relações sociais capitalistas) é deixada, mais uma vez, ao sabor de iniciativas filantrópicas, paternalistas ou, quando públicas, voltadas para os mais pobres entre os não-proprietários.

Essa discussão transcende análises setoriais de políticas sociais e exige um esforço renovado no sentido de investigar quais elementos e determinantes estariam na base de trajetórias políticas e processos democráticos que assegurem a manutenção da propriedade social como um bem e uma conquista essencial para a coesão e a integridade social.

O novo milênio, ao contrário do período recente de sombra e monocultura institucional e política, inaugurou debates e controvérsias muito ricas, em que se destacam novas linhas de investigação sobre estratégias nacionais de desenvolvimento, formas alternativas de inserção internacional e de construção de políticas integradoras da ordem econômica e social.

No Brasil, nestes últimos dois anos, presenciamos um grande esforço de muitos estudiosos para retomar os elos perdidos, isto é, voltar à discussão das especificidades de nossa trajetória política e institucional e do espaço que foi reservado para a questão social ao longo de nossa história recente. Essa deverá ser a base sobre a qual construiremos alternativas de política no sentido de fazer do SUS um dos pilares da construção da propriedade social.

A seguir, mostram-se alguns entraves estruturais no sentido da remercantilização da assistência à saúde.

Alguns dos principais traços do risco de descaminhos

Autores vários apontam o subfinanciamento da saúde como fator impeditivo para que a oferta de serviços do SUS se expanda e evite o racionamento dos serviços, que se dá por meio de vários mecanismos perversos. Mais do que isso: a demanda extra-SUS se sustenta nessa restrição de oferta ante as necessidades que se apresentam⁵. Cria-se um círculo vicioso, em que não se quebra a hegemonia do mercado do setor (herdada na institucionalização do SUS) e se favorece a privatização do sistema de saúde brasileiro. Embora o Brasil exiba atualmente a mais sofisticada área de saúde privada (industrial e de serviços) da América Latina, esse mercado viceja a expensas do patrocínio público, via subsídios diretos e indiretos ao setor hospitalar privado, aos planos e seguros de saúde, ao empresariado médico e ao complexo médico-industrial.

Porém, do ponto de vista de comprometimento do sistema público estatal de saúde – componente fundamental e pilar de sustentação da proposta SUS – o mais grave talvez seja o fato de que ele vem, aos poucos, sucumbindo aos encantos da racionalidade do Estado gerencial de ideário liberal; uma tendência reforçada, por um lado, pela restrição de recursos públicos para seu financiamento e, por outro, pelo avanço seletivo do segmento privado.

Delinea-se um padrão a que se poderia denominar também de mercantilização do SUS; uma segunda onda de privatização da saúde (sendo a primeira, a clássica, via previdência social contratando serviços privados de assistência médica para atender seus beneficiários). Nesse contexto, a alegada necessidade de um *aggiornamento* das proposições apresentadas pela Reforma Sanitária há duas décadas significaria, na verdade, estimular a assimilação, por parte do setor público estatal, da racionalidade privada na gerência de seus serviços, quando não na sua própria gestão – até o limite da contratação de entes privados, de duvidoso interesse público, para sua administração.

Esse novo mecanismo de mercantilização, que não se identifica inteiramente com o mercado – embora também não escape dele totalmente –, traz consigo facetas que não podem ser confundidas com os tradicionais ditames neoliberais sobre a “incapacidade inata do Estado” no gerenciamento da coisa pública; na verdade são traços provenientes de nossa história, de certa cumplicidade nas relações público/privado, que vão produzindo coisas como: tabelas para pagamento dissociadas de custos, ou a contumaz resistência/leniência administrativa com relação à aplicação das regras de ressarcimento ao SUS dos gastos realizados com atendimentos prestados a usuários que têm cobertura privada.

Esse clima de promiscuidade público/privada chega a ultrapassar limites essenciais, a ponto de corroer a própria natureza das instituições públicas estatais, quando se criam, por exemplo, mecanismos de destinação de leitos

públicos para o mercado e de apropriação privada dos hospitais universitários; instaura-se a desigualdade de acesso ao SUS no espaço mais íntimo do sistema público de saúde, promovendo uma clivagem entre sua clientela original, por direito de cidadania, e uma clientela que acessa o espaço público pelas regras de mercado. Esse fenômeno ganhou uma tradução insólita na literatura nacional sobre políticas públicas que ratificou a expressão-conceito “SUS dependente” para diferenciar a clientela que não paga daquela que paga – diretamente ou coberta por planos e seguros de saúde! Conceituação insidiosa, por ser absolutamente contraditória com os preceitos básicos e constitucionais que caracterizam o modelo SUS.

Também aponta para descaminhos do SUS o fato de, na essência, os sistemas público e privado não serem complementares e sim concorrentes, ao contrário do que reza a Constituição. O texto constitucional institui que a assistência à saúde é um direito social e a alocação de recursos deve ser feita com base na necessidade de sua utilização e não na capacidade de pagamento dos indivíduos. Porém, parte dos cidadãos brasileiros tem dupla cobertura, pois, além do atendimento SUS, eles estão cobertos por planos e seguros privados de saúde; isso ocorrer porque eles têm acesso ao mercado ou porque são financiados por seus empregadores (trabalhadores de média e alta rendas), ou são autônomos diferenciados, funcionários públicos...

O funcionamento desse mercado de operadoras no setor saúde acaba por produzir efeitos maléficos em pontos essenciais à construção do SUS tal como ele foi originalmente idealizado, pois valores e interesses privados estão em contradição com os institucionais. Resultam dessa situação: as deficiências no planejamento e na regulação (dos setores privado e público estatal); a elevação dos custos, dada a duplicação de procedimentos hospitalares; a resistência à supressão dos mecanismos de renúncia fiscal e ao ressarcimento do SUS pelos gastos realizados com a clientela já coberta por operadoras de planos e seguros de saúde; a socialização de custos do setor privado pelo acesso universal a determinados bens públicos como bancos de sangue, programas de imunização, entre outros. Some-se a tudo isso a pressão do complexo médico-industrial sobre a área pública visando à incorporação de tecnologias cada vez mais sofisticadas e caras; e a reprodução em efeito dominó da iniquidade no acesso aos serviços do SUS estimulada pela introdução da racionalidade privada na gerência de equipamentos públicos estatais de saúde, tais como a já citada “dupla porta”^{IV}.

^{IV} Em pesquisa realizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), fica evidente que a questão da iniquidade do acesso não se dá em relação aos equipamentos e à solicitação de exames, mas sim no que diz respeito à agenda, sendo a espera para o cliente muito maior do que aquela do cliente proveniente do mercado, já que o setor destinado a esse público tem que competir com as mesmas regras do mercado típico. Com isso evidencia-se no interior desses equipamentos SUS que adotam a dupla porta uma reprodução da segregação entre pobres e não pobres, já que os espaços no interior do hospital são também segregados⁷.

Como já mostrado em textos anteriores⁶, as relações mercantis presentes no setor saúde não serão extintas por decreto, justamente pela natureza histórica e estrutural de sua presença, e pela estreita articulação e simbiose entre os subsistemas público e privado de saúde no país. São exemplos claros: o fato de o SUS não apresentar uma unicidade e uma articulação que o caracterizem como um sistema voltado à satisfação das necessidades de saúde da população cidadã; e as propostas em andamento no Congresso Nacional para o Orçamento da Seguridade Social, que o desmembram definitivamente ao invés de consolidá-lo.

É exatamente ante a lógica excludente do mercado, que persegue lucros altos e inflaciona a seleção de riscos, que se impõe uma agenda radical de reforma do sistema de saúde brasileiro, para que se quebrem as antigas amarras estruturais herdadas da sua formação histórica. Há que se resgatar o fato de que a não unicidade atual do sistema de saúde tem como origem o legado da medicina liberal e a herança filantrópica/capitalista das instituições de saúde. O caráter não competitivo desse mercado – dada a sua relação econômica estrutural com o Estado – socializa o custo de reprodução da força de trabalho, sobretudo do mercado formal que constitui exatamente aquela parcela econômica e politicamente significativa da População Economicamente Ativa (PEA)⁸.

Ademais, os planos de saúde também têm sua dinâmica viabilizada pelo padrão de financiamento público, por meio de isenções fiscais (renúncia fiscal), desde 1968 – copiando, nesse quesito, o modelo liberal norte-americano. Como consequência, esse subsistema privado também faz *lobby* no Congresso Nacional em torno de questões fulcrais para a assistência à saúde, opondo forte resistência a mudanças que fortaleçam o caráter público do sistema de saúde brasileiro.

Esse quadro ainda é agravado pelo fato de os trabalhadores privados, do polo dinâmico da economia, estarem cobertos pelo mercado de planos de saúde; o mesmo ocorre com vários segmentos de trabalhadores do setor público, inclusive largos segmentos da própria área da saúde (!) – neste último caso, excentricamente, fazendo com que os defensores do SUS sejam aqueles que dele não se utilizam.

Assim, mais uma vez, a exemplo do que já ocorrera no movimento sanitário, os defensores do SUS falam “em nome de outros segmentos” e não “juntamente com os demais segmentos”. Talvez daí – uma observação *en passant* – a naturalidade com que se aceitou na literatura da área a expressão “SUS dependente”, absolutamente contraditória com as diretrizes do sistema pelo qual tanto se lutou.

Todo esse processo pode ser caracterizado como um tipo de “americanização perversa” na dinâmica de implantação do SUS, que vicia seus traços

republicanos baseados na justiça social e leva-o a produzir uma cobertura de atenção à saúde de perfil residual e segmentada¹.

De fato, o Estado, em todo esse período, não foi capaz de avançar na indução da democratização das instituições de regulação do setor público, privado ou profissional de saúde. A própria Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada há uma década, não regula o subsistema privado das operadoras na perspectiva do SUS, mas sim na perspectiva dos consumidores de planos e seguros de saúde privados, não contribuindo, portanto, para quebrar a simbiose perversa entre o subsistema público e o privado em favor deste último – o que só reforça a segmentação da oferta e a fragmentação da clientela.

Na outra ponta, da população que está fora do mercado, evidencia-se uma expansão acentuada da atenção primária à saúde, a partir de meados dos anos 90, por meio dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e do Programa Saúde da Família (PSF). Porém, essa expansão não é acompanhada pela ampliação da atenção secundária de referência (para não mencionar os demais níveis crescentes de complexidade da atenção), comprometendo a equidade e a universalidade. Mais uma vez, também nessa ponta se fragmenta a clientela em “degraus” de acesso diferenciado a distintos níveis de complexidade de atenção.

Em resumo: apesar de todos os avanços do SUS, a garantia de que os serviços de saúde sejam prestados a todos os cidadãos, independentemente de sua situação no mercado de trabalho, seja ele público, seja privado, ainda está distante. A fragmentação do acesso aos serviços é reflexo do fato de não se haver enfrentado, durante os últimos vinte anos, a situação contraditória de coexistência entre um modelo redistributivo no setor – definido pela Constituição de 1988 – e um padrão de gasto público em saúde que permite o fortalecimento do mercado de planos e seguros privados de saúde².

Mais recentemente, somaram-se ao processo os contratos para gestão de equipamentos públicos estatais de saúde por organizações privadas de direito público, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip). Ora, esses contratos, que têm seus valores calculados por custo/efetividade, segundo parâmetros transplantados da racionalidade do mercado, disseminam-se rapidamente, sem que o Estado tenha comprovado sua efetiva capacidade de regulação sobre esse segmento.

Assim, soma-se à consolidação das regras do mercado e ao fortalecimento do sistema privado de saúde uma segunda onda de privatização, que consiste exatamente no transplante da lógica da gerência privada para o interior dos serviços estatais de saúde. Estes, por definição, deveriam estar dirigidos para a demanda aberta, para as necessidades de saúde da população geral. Eis aqui um novo traço a indicar sério risco de descaminho do SUS; será inevitá-

vel que se adotem processos de circunscrição de demanda, para se fazerem os cálculos necessários para a definição de tabelas de custos, que serão referência para os contratos de gestão celebrados entre Estado e entidades privadas.

Ainda no âmbito do Estado, temos a questão da descentralização, já por demais estudada em razão do caráter do federalismo brasileiro¹⁰: se a descentralização tende a pulverizar em demasia os serviços, comprometendo a integração do sistema de saúde quanto à disponibilidade da oferta e à complexidade dos níveis de atenção, a questão que se apresenta hoje é, exatamente, a da regionalização. Até aqui, nossa reflexão se mantém no âmbito do Estado, da racionalidade sistêmica dos serviços, mas a questão da descentralização tem amplitude maior.

Ao retomarmos o ideário da Reforma Sanitária, com origem nos anos 70, vemos que a descentralização tinha uma dimensão técnica (de maior aproximação das políticas e dos programas de saúde com as reais necessidades das populações locais); mas também, e sobretudo, a descentralização tinha uma dimensão política: a do então chamado controle social. Ela vinha acompanhada dos conselhos de saúde, que deveriam possibilitar a participação dos segmentos organizados da sociedade na gestão das políticas de saúde.

Embora esse longo período de experiência tenha trazido consigo avanços significativos da participação social na gestão pública de saúde, ao avaliarmos hoje, a experiência revela certo esgotamento, carece de novo fôlego.

Senão, vejamos: embora recentemente os conselhos não sejam mais presididos em sua totalidade por secretários e/ou ministros de Saúde, a rotatividade da representação das organizações e dos movimentos sociais é baixa (sobretudo no caso das grandes metrópoles) e existe certo grau de profissionalização dessa participação.

Do ponto de vista da dinâmica dos conselhos, o que se verifica é, de um lado, a burocratização das reuniões, que tendem a tratar de questões administrativas, a legitimar decisões do Executivo, a servirem de palco para a apresentação das demandas da sociedade, embora, dificilmente, elas sejam processadas pelo conselho. De outro lado, os conselhos se transformaram em preciosas oportunidades para representantes da sociedade civil construir seu capital social, nos arredores do palco central que é a reunião do conselho propriamente dita¹¹.

Nesse sentido, outro traço de risco de descaminho, também não estrutural, a exemplo do anterior, consiste na acentuada despolitização da participação social na gestão da saúde.

Somados todos os riscos e pensando na complexidade da conformação contemporânea do sistema de saúde brasileiro, o desafio que se apresenta para o campo da Saúde Coletiva, como conhecimento e prática, é exatamente debruçar-se sobre o significado atual de: o que é público? – que não se

confunde mais com o estatal puro e simples; o que é privado? – que não se confunde com o mercado *stricto sensu*, dados os numerosos subsídios estatais de que ele se favorece e dada a falta de competitividade que nele existe; e, mesmo, o que vem a ser filantrópico?

Um traço novo das políticas sociais brasileiras contemporâneas – e o setor de saúde foi pioneiro nesse sentido – é o “borramento” dos limites das esferas pública e privada da vida social que elas promovem, por meio do acentuado enraizamento de programas sociais como o Pacs e o PSF; eles penetram o cotidiano e o modo de andar a vida – em termos habermasianos – das famílias, em particular dos segmentos mais pobres da sociedade brasileira^{12,13}.

O risco que se verifica, com essa intromissão das políticas de saúde atuais na vida privada dos indivíduos, é o seu caráter altamente normativo. Haja vista a frequência com que se utiliza a expressão “mudanças de comportamentos”, em vez de “mudanças de atitudes”, nos estudos a respeito da distribuição de enfermidades nas coletividades. Assim, a extensão da cobertura dos serviços, como vem ocorrendo com o PSF, sobretudo no nível da atenção básica, traz consigo um processo de reforço da subordinação das classes subalternas ao poder do Estado e ao saber dominante (por consequência, das classes dominantes), em detrimento de sua “autonomização”, como requereria um processo de resgate de cidadania.

Tudo isso talvez explique por que tão frequentemente se utilizem como sinônimos: extensão de cobertura e universalização; oferta e cobertura; cobertura e acesso – dentre outros termos. Detecta-se, aqui também, uma lacuna na produção científica no campo das políticas públicas, planejamento e gestão: maior precisão desses termos nas suas várias acepções, assim como suas implicações no sentido de se delimitarem com maior precisão os cenários de análise e de projeção.

Considerações finais

Fica evidente que dois blocos de desafios demandam nossa atenção. O primeiro deles: debruçarmo-nos, sem preconceitos temáticos, sobre análises que busquem entender onde e por que razões a experiência de implantação do SUS, nessas duas décadas, não foi capaz de romper as amarras estruturais e institucionais de sua herança histórica. O segundo desafio é o de repolitizar – no sentido forte do termo – a questão da saúde, em face do processo de crescente tecnicismo que as políticas e a produção da área vieram sofrendo nesse período, para que elas retomem as diretrizes originais da Reforma Sanitária brasileira; certamente, agora reatualizadas pelas demandas da conjuntura econômica presente, mas sobretudo da sociedade atual – mais com-

plexa, porém ao mesmo tempo mais opaca em suas diferenciações tênues, e mais radical em suas desigualdades e exclusões.

Talvez seja o caso de se pensar, mais uma vez sem preconceitos, numa reforma da Reforma; já que o muito que se avançou em reforma na Reforma não foi capaz de romper com o passado conservador, excludente e patrimonialista.

Referências

1. Viana AL d'A, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. *Physis* 2005, 15(supl.):225-264.
2. Santos WG dos. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus; 1979.
3. Lechner N. Estado, mercado e desenvolvimento na América Latina. *Lua Nova* 1993, 28(29):237-264.
4. Castel R, Haroche C. *Propriété privée, propriété social, propriété de soi*. Paris: Fayard, 2001.
5. Andrade EIG, Salles Dias PP. Padrões de financiamento da saúde do trabalhador: do seguro social ao seguro saúde. In: Lobato LVC, Fleury S, organizadores. *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p.160-172.
6. Ocké-Reis CO. O público e o privado na saúde. *Cad. Saude Publica* 2006; 22(12):2722-2724.
7. Cohn A, Elias PEM, Ianni AMZ. O público e o particular no Hospital das Clínicas de São Paulo. In: Negri B, Viana AL d'A, organizadores. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social*. São Paulo: Sobravime-Cealag; 2002. p.555-572.
8. Ocké-Reis CO, Andreazzi MFS de, Silveira FG. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado? *Rev Econ Contemp* 2006; 10(1):157-185.
9. Ocké-Reis CO. *A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS?* Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2009. (Texto para Discussão n. 1376)
10. Nascimento VB. *SUS: pacto federativo e gestão pública*. São Paulo: Hucitec; 2007.
11. Cedec, Relatório de Pesquisa. Cohn A, coordenador. *Aids e controle social: um estudo sobre representação e participação de movimentos sociais de luta contra a Aids em instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde*. São Paulo; 2007.
12. Cohn A, Nakamura E, Gutierrez K. De como PSF entrecruza as dimensões pública e privada da vida social. In: Cohn A, organizador. *Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias*. Rio de Janeiro: Azougue Editorial; 2009. p.141-167.

A gestão do cuidado em saúde: análise da dimensão organizacional na experiência de quatro centros urbanos

Health care management: a review of the organizational aspect in the experience of four urban centers

Márcia Cristina Rodrigues Fausto¹

Lígia Giovanella¹

Maria Helena Mendonça¹

Sarah Escorel¹

Patty Fidelis de Almeida¹

Resumo Objetivos: examinar a organização do cuidado em saúde a partir do conjunto de ações gestoras que conduzem e efetivam a política de atenção básica em municípios de grandes centros urbanos. Para tanto, examinam-se intervenções em três níveis interdependentes: nos âmbitos da coordenação da atenção básica, da organização do cuidado nas unidades básicas de saúde e da organização sistêmica do cuidado em saúde. Métodos: a estratégia de investigação pautou-se em estudos de caso, alicerçada em metodologias quantitativa e qualitativa com diversas fontes de informação convergentes. Foram realizados entrevistas semiestruturadas com gestores e estudos transversais com aplicação de questionários em amostras de famílias cadastradas, além de questionários autoaplicados aos profissionais das equipes de saúde da família. Resultados e discussão: o contexto político e institucional diferencia as condições de implementação e de gestão da atenção primária nos municípios estudados. Os diferentes contextos organizacionais produzem diversidades na forma como são operados os serviços de saúde e, por conseguinte, as práticas de saúde. Investimentos municipais isolados em serviços especializados denunciam a ausência de uma política nacional que fortaleça o sentido único do sistema público de saúde. A formação de redes regionalizadas de atenção à saúde é estratégia fundamental para a superação do modelo atomizado de oferta de serviços de saúde, sendo esta uma ação que exige maior interação entre municípios, estado e governo federal.

Palavras-chave: *Atenção primária em saúde, Estratégia Saúde da Família, Gestão do cuidado em saúde*

Abstract Objectives: To examine the organization of health care based on the set of managerial actions that conduct and enforce primary health care policy in the municipalities of large urban centres. To this end, we review intervention at three interdependent levels: within the scope of the coordination of basic health care, the organization of care in basic health units and the systemic organization of health care. Methods: The research strategy involved case studies, grounded on quantitative and qualitative methodologies using various sources of convergent information. Semi-structured interviews were conducted with managers as well as cross-sectional studies involving the application of questionnaires among samples of registered families and self-applied questionnaires for family health professionals. Results and Discussion: The different political and institutional contexts influence the management and implementation conditions for primary health care in the municipalities examined. The diverse organizational contexts also produce different forms of operating health services and, consequently, different health care practices. Isolated local investments in specialized services indicate the absence of a national policy to strengthen the unified sense of the public health system. The formation of regionalized health care networks is a fundamental strategy to overcome the atomized model of health service provision, representing an action that requires greater interaction between the municipal, state and federal governments.

Keywords: *Primary Health care, Family health program, Health care management.*

¹ Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). marciafausto@ensp.fiocruz.br; giovanel@ensp.fiocruz.br; mhelenam@ensp.fiocruz.br; sescorel@ensp.fiocruz.br; patty@ensp.fiocruz.br

Introdução

Nas últimas décadas, o debate sobre o modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) adquiriu importância na agenda da política nacional de saúde, favorecendo a ampliação da intervenção estatal no sentido da reorientação do modelo assistencial vigente. Nesse processo, a atenção primária em saúde (APS) vem ocupando lugar de destaque no processo de implementação do SUS.

Entretanto, observa-se que os processos organizacionais direcionados à APS são muito variados entre os municípios brasileiros, levando a crer que os diferentes momentos e formas de gestão da saúde nos municípios têm reflexos significativos na pluralidade de formas e resultados de implantação da Estratégia Saúde da Família (SF)^{1,2,3}.

Saltman, Rico e Boerma⁴, ao estudarem os sistemas de saúde europeus, notaram um relativo consenso entre os formuladores de políticas sobre o papel central da APS dentro de um sistema de saúde. Esse posicionamento era contrastante com a diversidade de opiniões sobre os mecanismos organizacionais mais adequados para se atingir esse objetivo. Para os autores, essa diversidade verificada nas organizações explica, em parte, as diferentes situações de APS nos diversos países.

A organização de um sistema de cuidados de saúde é um determinante importante da forma como são prestados os serviços de APS. Fatores como apoio político contínuo à atenção primária em saúde; capacidade local de planejamento, acompanhamento, avaliação e promoção da participação; organização multidisciplinar de equipes de APS; sistema de informação com capacidade de vincular as organizações de APS com as demais organizações do sistema de saúde são condicionantes importantes para o alcance dos objetivos da atenção primária em saúde. Tais fatores condicionantes estão localizados essencialmente no âmbito das decisões e das atividades relacionadas à política, ao planejamento e à gestão, ou seja, no nível *meso* de intervenção, em que se estabelece um conjunto de atividades de suporte necessárias ao desempenho adequado das práticas em APS^{5,6,7}.

Autores como Teixeira⁸ e Cecilio⁹ argumentam que a gestão da atenção à saúde se concretiza a partir de núcleos específicos de intervenção, articulados e interdependentes, os quais configuram a organização do cuidado em saúde. São ações: 1) de condução do processo de organização dos serviços de saúde; 2) que se estabelecem no processo de trabalho em saúde; e 3) de articulação entre níveis de atenção no processo do cuidado. Estes três núcleos de intervenção configuram o que neste artigo denominamos de dimensão organizacional do cuidado em APS, compreendida com base na dinâmica de espaços institucionais, em contextos específicos, no sentido da execução da política de saúde. A dimensão organizacional se traduz em ações gestoras

para planejar, programar e executar ações para atingir os objetivos e as diretrizes que orientam a APS.

O propósito deste artigo é discutir dilemas organizacionais enfrentados no processo de implementação e consolidação da Estratégia SF, com base na experiência de quatro municípios brasileiros, caracterizados como grandes centros urbanos.

Aspectos metodológicos

Este artigo analisa parte dos resultados da pesquisa “Estudos de caso sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos”, realizada em 2008, financiada pelo Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica. Foram selecionados de forma intencional quatro municípios com experiências consolidadas de implantação da Estratégia SF: Aracaju (SE), Belo Horizonte (MG), Florianópolis (SC) e Vitória (ES)¹⁰.

O objetivo deste artigo é examinar a organização do cuidado em saúde a partir do conjunto de ações gestoras que conduzem e efetivam a política de atenção básica nos municípios investigados na pesquisa. Para tanto, examina intervenções em três subdimensões ou níveis interdependentes: nos âmbitos da coordenação da atenção básica, da organização do cuidado nas unidades básicas de saúde e da organização sistêmica dos serviços de saúde. Os sujeitos do estudo são os gestores do setor saúde, os profissionais das equipes de saúde da família (ESF) e famílias cadastradas.

A estratégia de investigação pautou-se em estudos de caso, alicerçada em metodologias quantitativa e qualitativa com diversas fontes de informação convergentes, que foram trianguladas para responder às perguntas da investigação, produzindo uma visão panorâmica sobre a política de APS nos municípios estudados. Estudos de caso são estratégias de pesquisa apropriadas para explicar as dinâmicas das organizações e as inter-relações entre a implementação e os resultados de programas sociais e de saúde. Seus resultados podem prover informações úteis para a tomada de decisão.^{11,12,13,14,15}

As experiências e perspectivas dos profissionais de saúde foram examinadas mediante estudos quantitativos transversais com realização de inquéritos com base em amostras de médicos e enfermeiros das equipes de saúde de família com questionários autoaplicáveis. Nos municípios com menos de cem equipes (Florianópolis e Vitória), foi entrevistado o universo de médicos e enfermeiros com pelo menos seis meses de atuação na ESF até dezembro de 2007. Para municípios com cem ou mais equipes (Belo Horizonte e Aracaju), selecionou-se amostra aleatória simples de equipes em cada cidade, totalizando 224 médicos e 261 enfermeiros entrevistados.

Para a seleção de famílias cadastradas, foi desenhado um plano amostral do tipo conglomerado em três estágios de seleção: ESF como unidade pri-

mária de amostragem, agentes comunitários de saúde (ACS) como unidade secundária e, como unidade elementar, a família cadastrada. Para cada ACS selecionado, sortearam-se aleatoriamente cinco famílias do conjunto de famílias da microárea sob sua responsabilidade. As famílias foram entrevistadas em seus domicílios por pesquisador treinado. O informante familiar foi o chefe da família ou cônjuge, entrevistado no domicílio. Foram entrevistadas 3.311 famílias (Aracaju: 800; Belo Horizonte: 900; Florianópolis: 789; Vitória: 822)¹⁶. O trabalho de campo desenvolveu-se no período de junho a setembro de 2008. O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp/Fiocruz (parecer 27/08).

Estratégia de análise

Com base na revisão de literatura, a análise sobre a dimensão organizacional do cuidado na Estratégia SF considerou que a APS deve se constituir em serviço de procura regular com função de organizar o acesso e coordenar o cuidado no sistema de serviços de saúde^{16,17,18,19}. A APS como porta de entrada preferencial do sistema se realiza com base na identificação de necessidades em saúde que podem ser respondidas no âmbito da própria unidade de APS, assim como em outros níveis de atenção que compõem o sistema de serviços de saúde, sendo essas práticas essenciais para a configuração de uma atenção primária em saúde abrangente. Dessa forma, a capacidade de resposta da APS implicaria identificar necessidades e indicar cursos de ação diagnóstica e terapêutica para se estabelecer o cuidado em APS. Como argumentam Gêrvas, Mena e Mainar¹⁹, em APS, responder nem sempre implica resolver. Para eles, há claramente quatro campos de funções que podem ser considerados na análise da capacidade de resposta no âmbito da APS: prevenção, resolução (curar, conter, cuidar, ajudar, consolar), derivação (filtro) e coordenação (continuidade assistencial).

Considera-se que a coordenação do cuidado exercida pela equipe de APS depende da integração da rede de serviços e supõe ações no nível da organização e da gestão dos serviços de saúde, que envolvam a garantia de acesso, a integração dos diferentes níveis de assistência do sistema de serviços de saúde e a continuidade da atenção^{5,16,17,20}.

Para se analisar a dimensão organizacional da gestão do cuidado na APS abrangente, os resultados serão apresentados considerando-se a posição que a APS ocupa no sistema municipal de saúde e as condições para se exercer a coordenação do cuidado em saúde. Esses aspectos serão observados com base nos três níveis de intervenção que configuram a dimensão da organização do cuidados: subdimensão coordenação da atenção básica, na qual se observarão os aspectos normativos e de condução dos processos de implementação da Estratégia SF: subdimensão organização do cuidado nas unidades de atenção

básica, na qual se observará o processo de trabalho em saúde; e subdimensão organização sistêmica do cuidado em saúde, na qual se examinará a articulação entre níveis de atenção no processo do cuidado em saúde (Quadro 1).

Para efeito de apresentação, esses três níveis de intervenção serão analisados separadamente, mas compreende-se que há uma relação de dependência entre as ações exercidas em cada um desses níveis e que as especificidades de cada nível só ganham sentido na interação dos processos que envolvem cada um deles.

A análise sobre APS nos municípios estudados teve como pano de fundo a descrição dos contextos social, político e institucional, que em parte produzem as condições de funcionamento dos serviços de saúde.

Os indicadores selecionados (Quadro 1) para se analisar a dimensão organizacional da gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família nos quatro municípios serão apresentados segundo a percepção dos gestores da saúde (Quadro 2), dos médicos e enfermeiros da ESF (Tabela 1) e na perspectiva das famílias cadastradas na Estratégia SF (Tabela 2).

A análise dos dados busca mostrar os principais dilemas organizacionais enfrentados no processo de implementação da Estratégia SF e no fortalecimento da APS nos municípios estudados.

Resultados e discussão

Contexto social, político e institucional

Alguns aspectos relativos ao contexto político e institucional peculiar a cada um dos municípios estudados chamam a atenção no processo de implantação da Estratégia SF. Os quatro municípios apresentam em comum a decisão política do gestor municipal em implantar a Estratégia SF para fortalecer a atenção básica no sistema de saúde municipal. A continuidade de mandatos de gestores municipais engajados no desenvolvimento de políticas públicas de corte social e a prioridade conferida pelo Executivo municipal à saúde estão entre os fatores que condicionam a consolidação da política de atenção básica nos municípios estudados.

O secretário municipal de Saúde de Belo Horizonte aponta dois motivos que possibilitaram a expansão da cobertura da Estratégia SF em seu município e que se expressam, de algum modo, na fala de gestores da saúde nas demais cidades estudadas: a decisão política do governo municipal (prefeito) e a alocação dos recursos financeiros favorável à saúde e especificamente ao fortalecimento da posição da APS no sistema de saúde.

O legado institucional também favorece a implementação da Estratégia SF como centro ordenador e integrador da rede de serviços de saúde. Se por um lado o baixo legado institucional dificulta a integração da Estratégia SF

à rede estadual de serviços de saúde, como em Vitória e Florianópolis, por outro o processo de aprendizado institucional proporcionado pela experiência na gestão do sistema produz acúmulos institucionais de disponibilidade da oferta de serviços de saúde e de capacidade técnica gerencial, como nos casos de Belo Horizonte e Aracaju.

No caso de Belo Horizonte, a condição de gestor semipleno e posteriormente gestor pleno do sistema de saúde, segundo normas operacionais do SUS, exigiram que o município se qualificasse para exercer a gestão do sistema nos diferentes níveis de complexidade. Essa experiência permitiu ao gestor municipal maior autonomia nos processos de gestão do sistema local de saúde, em especial nas iniciativas de regulação da assistência e articulação dos serviços de saúde para operar em rede.

Em Aracaju, mesmo em um cenário político-institucional de transição, com mudança de gestores da saúde e de reorganização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a experiência advinda do processo de habilitação à gestão plena do sistema municipal foi determinante para a continuidade da política de saúde, com enfoque no fortalecimento da APS como porta de entrada do sistema de serviços de saúde no município.

Nos quatro municípios estudados, a Estratégia SF foi adotada com a perspectiva de mudança do modelo assistencial na atenção básica, visando à constituição de um sistema integrado de serviços de saúde. Os esforços gerenciais estão no sentido do fortalecimento da APS como centro ordenador e integrador das redes de serviços no sistema municipal. Como mostra o Quadro 2, é possível identificar convergências quanto aos objetivos da APS, assim como diversidade de mecanismos de gestão e de organização da atenção básica nos sistemas municipais estudados.

Coordenação da atenção básica

Esse nível de intervenção está relacionado às decisões sobre a política, ao planejamento e às estratégias de operacionalização determinantes para a organização da atenção básica nas unidades de saúde. Os elementos que compõem a análise da coordenação da atenção básica podem ser divididos em dois importantes temas: os aspectos normativos que definem os princípios e diretrizes que orientam a APS no nível local; e os aspectos de condução, relacionados à construção de soluções políticas que efetivam a APS no município.

Os casos estudados mostram que a existência e o cumprimento das normas ministeriais se fazem *pari passu* à incorporação de orientações específicas da SMS em cada local. Considerando o desenho federativo brasileiro, os municípios adotaram um conjunto de dispositivos legais específicos que

orientam a implantação da Estratégia Saúde da Família e as ações desenvolvidas pelas ESF, o que facilita a organização do processo de trabalho.

Em Florianópolis, destaca-se como elemento de decisão política a formalização da política municipal com adequação do documento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)²¹ ao nível municipal por meio da edição da portaria SMS/GAB n. 283/2007, que normatiza a organização da atenção básica e as atribuições das ESF no sistema local de saúde seguindo os princípios e diretrizes da PNAB.

Belo Horizonte e Aracaju, embora não contem com instrumento normatizador formal e específico para a atenção básica, dispõem de diretrizes formuladas no nível municipal para a organização do sistema local de saúde, as quais incluem orientações específicas para a organização do primeiro nível de atenção. Vitória não apresentou nenhum tipo de instrumento ou diretrizes municipais que contemplassem as orientações para a organização da atenção básica.

Os profissionais de saúde da Estratégia SF reconhecem que na política local está especificado o papel da equipe de SF nas funções de porta de entrada e coordenação, com variação percentual de concordância de 73% a 83% entre os municípios (Tabela 1). Entre os quatro municípios estudados, observou-se a existência de espaços institucionalizados diversificados para a coordenação da atenção básica na SMS e, especificamente, de gestão da Estratégia SF. São espaços voltados para a formulação e a execução de ações de acompanhamento e avaliação da atenção básica no município.

Em Aracaju e Florianópolis, as áreas identificadas de coordenação da atenção básica dispõem de um grupo de coordenação geral com subníveis de gestão localizados nas regiões de saúde, composto por supervisores ou profissionais de apoio responsáveis por executar a política nos territórios específicos. Em Belo Horizonte, uma equipe de profissionais que compõem a Coordenação de Atenção Básica é responsável por acompanhar a execução da política nas regiões de saúde. Em Vitória, a Coordenação de Atenção Básica é subdividida por áreas técnicas, e as ações de acompanhamento das regiões de saúde são realizadas por equipes responsáveis por acompanhar ações específicas de suas áreas.

Do ponto de vista da integração gerencial, Belo Horizonte tem buscado maior articulação entre a Estratégia SF e os programas de saúde pública conduzindo a gestão desses processos de atenção sob a Coordenação da Atenção Básica. A Estratégia SF, os programas de saúde pública, a assistência farmacêutica e apoio diagnóstico compõem a Coordenação da Atenção Básica. A coordenadora da atenção básica considera que a SMS tem procurado trabalhar de forma integrada na tentativa de reduzir a fragmentação entre os programas e destes com a atenção especializada.

Em Vitória, a Coordenação da Atenção Básica se subordina à Gerência de Atenção à Saúde, sendo responsável pela organização e gestão da Estratégia SF integrada às áreas técnicas dos programas de saúde. Em Aracaju, os programas de saúde pública foram descentralizados e são desenvolvidos pelas ESF e acompanhados no âmbito da gestão. As ESF desenvolvem atividades relacionadas aos agravos transmissíveis, assim como aos não transmissíveis. Deve-se mencionar que a Coordenação de Atenção Básica é responsável apenas pela Estratégia Saúde da Família, estando os programas de saúde pública sob gestão da Coordenadoria de Gestão do Cuidado.

Em Florianópolis, ainda com baixa institucionalização, está em formação o Grupo Gestor de Atenção à Saúde, que integra assessorias nas áreas de vigilância epidemiológica e de atenção à saúde para organização do cuidado em APS. Porém, essa instância de coordenação permanece responsável exclusivamente pela Estratégia SF.

Nos quatro municípios, a coordenação da atenção básica não dispõe de dotação orçamentária e autonomia financeira. Em geral, elabora plano de ação e depende de outras instâncias administrativas para executar os recursos destinados à atenção básica.

Sobre as estratégias gerenciais relacionadas aos recursos humanos, observa-se que os municípios têm enfrentado alguns desafios comuns para a fixação da força de trabalho na atenção básica. Ao longo da implantação da Estratégia SF, os municípios combinaram diversos arranjos para formar as ESF - como servidores do quadro efetivo, contratos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e a contratação temporária por meio de organizações não governamentais. Entretanto, para enfrentar a questão da permanência dos profissionais na Estratégia SF e do seu vínculo a ela, nos quatro municípios, as SMS têm adotado como política a realização de concurso público em substituição aos contratos temporários. A contratação de profissionais de APS pela CLT atinge principalmente os agentes comunitários de saúde.

Os gestores entrevistados consideram o modelo de ingresso concurso público como fator favorável à implementação da Estratégia SF e determinante para o bom desempenho das ações. No entanto, reconhecem que essa estratégia não é suficiente para se enfrentar a dificuldade encontrada para a vinculação dos profissionais, especialmente os médicos. A fixação do profissional médico e a adequação do seu perfil a esse trabalho foram consideradas pelos gestores como o grande desafio.

Para melhorar a fixação dos médicos em Belo Horizonte, a coordenação da atenção básica buscou associar a qualificação ao desenvolvimento na carreira, o que está previsto no plano de cargos e salários. Nessa linha, foram ofertadas na rede dois programas de residência e cursos de especialização ali-

nhados com a proposta da Estratégia SF. Ao investigar os motivos de desligamento, por meio de pesquisa interna, as gerências avaliaram que o principal motivo de desligamento de profissionais não era apenas a questão salarial, como se imaginava. Os gestores identificaram a necessidade de intervir no sentido de repensar o processo de trabalho de forma conjunta por meio de instrumentos tais como grupos de discussão e telemedicina, que poderiam contribuir para diminuir a “solidão” do exercício profissional dos médicos e melhorar o processo de trabalho.

Com relação a processos para formação e qualificação dos profissionais das equipes de SF, os municípios de Belo Horizonte e Vitória estruturaram projetos de formação em parceria com as universidades locais para o desenvolvimento de cursos de especialização em SF.

A supervisão de recursos humanos é uma estratégia comum de acompanhamento das equipes de SF. Entretanto, evidencia-se a pouca sistematização, com baixa regularidade, clareza das funções e continuidade dos processos. Em geral, são processos voltados para o gerenciamento do processo de trabalho nas unidades básicas de saúde (UBS).

Em Belo Horizonte e Vitória, os gestores citaram algumas estratégias de supervisão clínica desenvolvidas por instâncias responsáveis por conduzir estratégias de educação permanente. Em Vitória, esse tipo de supervisão ocorre mediante as rodas de educação permanente, que funcionam como um espaço de troca de informações entre os profissionais das equipes. Em Belo Horizonte, para apoiar as ESF, a coordenação investe em um conjunto de estratégias desenvolvidas em três linhas de processos de educação permanente que utilizam tecnologias de informação e comunicação com participação de profissionais das equipes e profissionais da universidade: 1) telenfermagem; 2) telemedicina; e 3) telessaúde bucal. As equipes elegem os temas e a Coordenação de Atenção Básica organiza as atividades. Mecanismos de teleconsultoria estão disponíveis em todas as UBS. Os profissionais podem enviar perguntas por *e-mail* ou fazer contato direto (com horários predefinidos) com especialistas do hospital, das clínicas ou da coordenação central.

Com relação às estratégias gerenciais para a organização dos serviços de APS, nas quatro cidades estudadas a Estratégia SF foi implantada nos diferentes espaços das cidades, seguindo a lógica de territorialização e definição de população sob responsabilidade sanitária, tratada pelos municípios como regiões de saúde. A definição das áreas para expansão da Estratégia SF seguiu critérios ou argumentos específicos em cada município. Os principais critérios estão relacionados à identificação de áreas com insuficiente acesso aos serviços de saúde e com maior vulnerabilidade em saúde.

Em Belo Horizonte, a implantação da Estratégia SF foi orientada considerando o índice de vulnerabilidade social adotado pela SMS com o ob-

jetivo de identificar os diferenciais intraurbanos e áreas com condições socioeconômicas desfavoráveis, apontando áreas prioritárias para intervenção e alocação de recursos. A classificação de risco é feita segundo o índice de vulnerabilidade adotado, que orienta, inclusive, a fixação de equipes nas áreas de maior risco e faixas salariais diferenciadas.

Nos quatro municípios, com especificidades, a implantação da Estratégia SF ocorreu em centros de saúde preexistentes, com reorganização interna do processo de trabalho. As ESF em parte foram formadas por médicos e enfermeiros que já atuavam nesses espaços. Especialistas da atenção básica (pediatras, ginecologistas, psiquiatras, assistentes sociais, psicólogos) permaneceram como profissionais de apoio às ESF (Quadro 2).

As UBS nos quatro municípios são gerenciadas por profissional de nível superior da área da saúde, que se dedica exclusivamente a essa atividade, com exceção de Florianópolis, onde o gerente de unidade é um dos profissionais que atuam na assistência. A configuração e o papel gerencial desempenhado por essas instâncias se diferenciam entre os municípios.

Gestores apontam a elaboração de protocolos clínicos e desenho de linhas de cuidado como potente estratégia para definição de fluxos e procedimentos. Esse processo ganha maior força se a construção desses instrumentos for decorrente de um esforço coletivo que envolva gestores, profissionais de saúde da atenção básica e especializada, além de outros grupos de interesse como entidades representativas dos profissionais de saúde e instituições de ensino. O envolvimento dos profissionais da APS na construção dos protocolos é visto por gestores municipais como estratégia para a capacitação profissional e conseqüentemente maior adesão ao instrumento.

Para o gestor da atenção básica no município de Aracaju, as linhas de cuidado foram adotadas mediante a construção da interface entre os programas que fazem a gestão do cuidado da atenção básica, de média e alta complexidades. Têm a preocupação de organizar a trajetória do usuário na rede de serviços de saúde. A definição do perfil assistencial das unidades de saúde foi apontada como condição necessária para a adoção das linhas de cuidado.

Com relação aos processos regulatórios, os sistemas de regulação de vagas para apoio diagnóstico e atenção especializada, assim como a definição de linhas de cuidado e implantação de prontuários eletrônicos, são estratégias gerenciais presentes nos municípios estudados.

Em Belo Horizonte, ao longo dos anos, a SMS consolidou alguns processos, entre os quais aqueles que avançam na descentralização das ações de regulação da atenção especializada para distritos e centros de saúde. A primeira instância reguladora do sistema municipal é o centro de saúde, após anos em que esta foi uma função apenas do nível central. O desafio, segundo o gestor da atenção básica, é alcançar qualidade dos processos regu-

latórios, o que exige transformações nos processos de trabalho, nos recursos humanos e na infraestrutura nas unidades básicas de saúde.

A informatização do prontuário é vista como estratégia que possibilita o compartilhamento de informações entre atenção básica e especialistas para a coordenação do cuidado. Belo Horizonte e Florianópolis avançaram nessa direção. Para o gestor da atenção básica de Belo Horizonte, um dos objetivos da implantação do prontuário eletrônico é o aperfeiçoamento da organização do processo de trabalho assistencial, possibilitando agilizar a tomada de decisão clínica e melhoria na qualidade assistencial.

Em relação às estratégias de monitoramento e avaliação da saúde da família, Belo Horizonte e Vitória aderiram à proposta formulada pelo Ministério da Saúde (MS) – Avaliação e Monitoramento da Qualidade (AMQ) na Estratégia Saúde da Família – e partiram para a definição e a pactuação de indicadores de monitoramento da atenção básica em instâncias decisórias no nível municipal, das quais fazem parte todos os diretores e gerências que compõem a atenção básica.

Organização do cuidado nas unidades de saúde

O cuidado em saúde prestado expressa o direcionamento, a condução da política de APS. Realiza-se mediante a oferta de ações em saúde, considerando os recursos necessários à atenção aos usuários nas unidades de atenção primária. São elementos para pensar esse nível de intervenção: as estruturas e as estratégias para a oferta de cuidados em saúde.

Em cada município estudado, o desenho organizativo, a composição das ESF e o papel das equipes de apoio foram definidos segundo o direcionamento dado pelos gestores da atenção básica, considerando as condições técnicas e de negociação política no local. Nos quatro municípios, a equipe mínima de SF (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) funciona como primeiro contato dos usuários nas unidades básicas. O acesso a outros profissionais da atenção básica atuantes no Centro de Saúde da Família ocorre a partir do direcionamento dado pelas equipes de SF.

Em Belo Horizonte e Vitória, os especialistas da atenção básica atuam como equipe de suporte para as ESF da unidade de saúde à qual pertencem. Em Aracaju, optou-se por modelos mistos, em que as unidades apresentam configurações diferenciadas das equipes. Há unidades com equipes ampliadas de SF que agregam também pediatra e ginecologista. Em outras unidades, foram formadas equipes de apoio às equipes de SF da unidade à qual estão vinculadas, funcionando, em alguns casos, como referência também para outras unidades básicas do mesmo território. Em todas as UBS de Aracaju, há pelo menos um assistente social.

As unidades de saúde comportam em média de duas a três ESF, sendo variado o número de equipes por unidades de saúde (máximo de sete ESF). Em geral, os espaços de atendimento, inclusive os consultórios, são compartilhados por mais de uma equipe (Tabela 1).

Em Aracaju, segundo a avaliação dos profissionais de saúde, é onde se observa menor compartilhamento de consultório (Tabela 1). Entre médicos e enfermeiros, 26% afirmam que consultórios são compartilhados por mais de uma equipe, enquanto em Belo Horizonte 80% dos profissionais de saúde concordam com essa afirmativa. Entretanto, em Belo Horizonte, 72% consideram que os espaços das unidades de saúde permitem o atendimento de forma confortável para os usuários e para os profissionais. Nos demais municípios, menos de 50% concordam com essa afirmativa (Aracaju, 39%; Florianópolis, 42%; e Vitória, 35%).

Não há muito consenso entre os profissionais das ESF quanto às condições das UBS necessárias para a realização de suas atividades. Em Aracaju, 42% dos médicos e enfermeiros avaliam que as unidades de saúde contêm a tecnologia necessária ao desenvolvimento das ações básicas de saúde. Em Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória, esse percentual ficou entre 50% e 60% (Tabela 1).

Com relação aos espaços para a realização das atividades coletivas, um percentual menor de profissionais concorda com a afirmativa de que os espaços das unidades de saúde permitem promover reuniões de grupos de risco ou de orientação em educação e saúde. Vitória foi onde se observou maior concordância nessa questão (62%).

O conjunto de normas e regulamentações da Estratégia SF formulado pelo Ministério da Saúde é um entre outros instrumentos que orientam a programação das ações das ESF. As orientações formuladas pelas SMS aparecem como mais importantes do que as normas do MS, na percepção dos médicos e enfermeiros (Tabela 1).

Como contraponto, a demanda da população foi considerada pelos profissionais de saúde nos quatro municípios como principal instrumento orientador da programação das ações das equipes, mostrando, de certa forma, que as situações reais e imediatas que ocorrem no cotidiano das unidades de saúde da família têm forte expressão na organização do trabalho das equipes de saúde – mais do que as normas, orientações e conhecimento técnico-científico sobre a realidade local.

Com relação à organização da unidade de atenção básica, há em geral, na perspectiva dos gestores dos quatro municípios, a ideia de que os profissionais das UBS devem ter responsabilidade sanitária sobre a população do seu território de abrangência. A ESF deve ser responsável por organizar ações de

promoção, prevenção e atenção à saúde para sua população. Há a preocupação de que a unidade de saúde precisa ser resolutiva para que o usuário possa confiar nela, tornando-se o seu serviço de saúde de uso regular.

Na perspectiva dos médicos e enfermeiros nos quatro municípios, há relativa concordância de que a UBS é acessível a toda a população cadastrada e de que a população procura primeiro a UBS quando necessita de atendimento de saúde (Tabela 1).

Nos quatro municípios, o acolhimento foi citado pelos gestores como estratégia voltada fundamentalmente para responder à demanda espontânea e integrá-la às atividades programadas da unidade de saúde. No caso de Florianópolis, observou-se que as unidades estão organizadas com base em programas de saúde, ficando o atendimento à demanda espontânea, em algumas unidades, restrito a um dia específico da semana (Quadro 2).

No que diz respeito à função de porta de entrada para acessar recursos em saúde disponíveis em outros níveis do sistema de saúde, na visão dos gestores e dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), o percurso mais comum para referenciar o paciente é o agendamento realizado pela UBS. Especialmente em Belo Horizonte e Florianópolis (96% e 95%, respectivamente), os profissionais entrevistados concordaram com essa afirmativa (Tabela 1). Nesses dois municípios, as UBS estão informatizadas, inclusive com prontuário eletrônico, o que confere maior domínio dos profissionais de APS sobre esses processos. No caso de Belo Horizonte, a UBS é uma das instâncias que regulam as vagas no sistema municipal.

Todavia, em Aracaju (12%) e Vitória (17%), parte dos profissionais de saúde informa ser a consulta agendada pelo próprio paciente na central de marcação – o que leva a crer que há espaço para avançar na formalização e na qualificação desses processos (Tabela 1).

Quanto ao acesso e à utilização das unidades básicas de saúde, nos quatro municípios foi positivo o percentual de famílias cadastradas entrevistadas que conhecem a Estratégia SF. O menor percentual de conhecimento apresentado pelas famílias foi observado em Florianópolis (70%) e o maior em Belo Horizonte e Aracaju (84%). Contudo, os dados também revelam que, mesmo apresentando percentual de conhecimento relativamente alto, entrevistados de famílias cadastradas nas equipes de SF não conseguiram reconhecer a Estratégia SF nos quatro municípios. O modelo de implantação da Estratégia SF adotado pelos municípios – introdução das ESF nos postos e centros de saúde preexistentes – pode ser um dos fatores explicativos para esses achados (Tabela 2).

Mais de 90% dos entrevistados das famílias de Aracaju, Belo Horizonte e Vitória (85% em Florianópolis) conhecem o ACS da área de moradia (Tabela 2).

Chama a atenção a redução do percentual de famílias que indicam o Centro de Saúde (CS) ou a Unidade de Saúde da Família (USF) como serviço de procura regular. Em Florianópolis, por exemplo, o percentual cai para 50%, e entre as famílias que informaram ter um dos seus integrantes doentes nos últimos trinta dias, apenas 32% procuraram o CS ou a USF para atendimento. Belo Horizonte foi o município que apresentou percentuais mais elevados de conhecimento e indicação do centro de saúde da família como serviço de procura regular: 84 % e 74% respectivamente (Tabela 2).

Ainda do ponto de vista das famílias cadastradas, entre 60% e 62% dos entrevistados nos municípios de Aracaju, Belo Horizonte e Vitória informaram conseguir resolver o problema de saúde no atendimento realizado nas UBS. Em Florianópolis, o percentual foi um pouco inferior: 57% (Tabela 2).

Entre integrantes das famílias cadastradas encaminhados para realizar consulta com especialista nos últimos 12 meses, 67% em Belo Horizonte e 63% em Vitória informaram que o paciente sai da unidade com a consulta agendada para o especialista. Em Aracaju e Florianópolis, respectivamente, os percentuais foram de 43% e 40% (Tabela 2).

Nos quatro municípios, todavia, observa-se percentual importante de moradores que informam ter procurado por sua própria conta, sem qualquer encaminhamento, o serviço especializado, com destaque para Aracaju, onde um quarto dos pacientes consultou-se com especialista sem encaminhamento da UBS (Tabela 2).

A existência de diferentes percursos pode significar a fragilidade dos processos de referência para os serviços em outros níveis do sistema e, consequentemente, a persistência de barreiras ao acesso aos sistemas de saúde e à sua utilização.

Organização sistêmica do cuidado em saúde

Por ser a APS porta de entrada do sistema de saúde, as UBS devem responder a uma multiplicidade de necessidades de saúde por meio de ações realizadas diretamente pelas ESF ou em outros serviços ofertados no sistema de saúde, de forma a concretizar um cuidado abrangente. Dessa forma, os sistemas de saúde orientados pela APS pressupõem a articulação em rede dos serviços de saúde. É essa articulação que confere à APS condições para garantir o acesso aos diversos níveis de atenção, para exercer a coordenação da trajetória do paciente dentro do sistema e, consequentemente, a continuidade da atenção, consolidando o propósito da oferta integrada de cuidados em saúde. A articulação entre níveis de atenção e a existência de mecanismos de regulação assistencial e continuidade informacional são elementos para análise desse nível²².

Os gestores da atenção básica nos quatro municípios destacam a integração entre os níveis assistenciais como aspecto associado à questão da ordenação do cuidado. Na visão desses gestores entrevistados, a expansão da Estratégia SF pressionou a criação de mecanismos regulatórios. Eles reconhecem, contudo, os limites e as dificuldades para a oferta de atenção especializada nos sistemas locais de saúde.

Em Vitória e Florianópolis, apesar de esses municípios já terem assumido a responsabilidade pela atenção especializada desde 2007, por adesão ao Pacto pela Saúde, permanecem entraves na articulação dos serviços sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde, que dificultam a integração. Para os gestores da saúde desses municípios, a insuficiente integração entre prestadores municipais, estaduais e federais representa importante entrave à oferta de atenção integral em saúde.

A relação da APS com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) é vista pelos gestores das quatro cidades como um dos problemas que afetam a resolutividade nos serviços de atenção básica, especialmente pela insuficiência de recursos disponíveis no município. A incipiente política de regionalização e a ausência de mecanismos formais para constituição de redes de atenção contribuem para a perpetuação da fragmentação da oferta de serviços de saúde nos municípios.

Contudo, algumas estratégias têm sido comumente adotadas para organizar a oferta de recursos nessa área no nível local, como a implantação de sistemas informatizados para marcação e regulação de consultas e exames especializados. Nos casos de Belo Horizonte e Florianópolis, como já relatado, a implantação de prontuários eletrônicos favorece a coordenação da oferta de cuidados integrados no sistema de saúde.

Os quatro municípios adotaram sistemas de regulação de consultas especializadas, o que na percepção dos gestores tem possibilitado melhorias no acesso a outros níveis de atenção. Para os gestores, o sistema de regulação possibilita definir, no território, quais as especialidades com maior demanda, permitindo planejar a oferta em razão das necessidades dos usuários.

Os gestores reconhecem a limitação dessa ferramenta para a organização da rede de atenção, mas apontam avanços alcançados, principalmente para responder de forma mais organizada e imediata à marcação de consultas e exames, como também ao monitoramento da fila de espera.

Nas quatro cidades estudadas, os profissionais reconhecem a existência de uma central de marcação de consultas especializadas. Em Belo Horizonte, esse percentual chega a 99% de concordância dos profissionais, demonstrando ser este um processo consolidado no município e do domínio dos profissionais da atenção básica (Tabela 1).

Quanto às condições de integração da APS com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, as respostas dos médicos entrevistados nas quatro cidades mostram melhores resultados relacionados com o acompanhamento pré-natal e a garantia de atenção ao parto. Os percentuais mais baixos de concordância dos profissionais estão relacionados à garantia do agendamento para os serviços de apoio diagnóstico e terapia. Em Aracaju, somente 38% dos médicos e enfermeiros informam conseguir realizar sempre ou na maioria das vezes o agendamento para esse tipo de serviço (Tabela 1).

Quanto ao acesso aos serviços ofertados – e à sua utilização – em outros níveis do sistema de saúde, considerando a experiência das famílias cadastradas, entre usuários que informaram ter tido exames solicitados por médico da ESF nos últimos 12 meses, Belo Horizonte e Vitória apresentaram 93% e 90%, respectivamente, de entrevistados que disseram ter realizado todos os exames ou parte deles (Tabela 2).

O acesso ao serviço médico especializado parece uma questão a ser enfrentada nos municípios que têm investido em serviços especializados próprios. Dos usuários que foram orientados a procurar o especialista, entre 70% e 74% deles conseguiram ser atendidos mediante o encaminhamento realizado pelo profissional da ESF em Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória. Em Aracaju, o percentual de respostas foi de 54% (Tabela 2).

Com relação ao acesso a medicamentos, em Aracaju, por exemplo, entre as famílias com integrante que teve experiência de atendimento pela Estratégia SF, 23% dos entrevistados informaram ter recebido todos os medicamentos indicados pelo médico e 8% não ter recebido nenhum. Nos demais municípios, entre 36% e 46% relataram ter recebido todos os medicamentos, demonstrando que pelo menos 50% dos usuários não têm acesso a todos os medicamentos indicados pela ESF na unidade básica de saúde (Tabela 2).

Considerações finais

Os achados da pesquisa “Estudos de caso sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos” analisados neste artigo dialogam com o que a literatura vem discutindo no campo da investigação sobre sistemas e serviços de saúde e APS. Ações realizadas na esfera da dimensão organizacional do cuidado em saúde tornam-se condicionantes importantes da forma como são prestados os serviços de APS^{2,3,5,6,7,16,17}.

Serviços de APS bem organizados podem contribuir para maior eficiência do sistema e melhoria da qualidade da atenção em saúde²³.

O contexto político e institucional diferencia as condições de implementação e de gestão da atenção primária nos municípios estudados. Os diferentes contextos organizacionais produzem uma imensa variabilidade na forma

como são operados os serviços de saúde^{2,5,6,24}. Esse aspecto deve ser considerado nos processos de implementação da estratégia SF, reconhecendo a importância do apoio das instâncias estaduais e federais aos municípios no sentido do fortalecimento de sua capacidade gestora, ou seja, capacidade de planejar e executar ações no âmbito da APS.

As ações e decisões que estão no âmbito da gestão são importantes determinantes na organização da APS, pois é nessa esfera que se localiza um conjunto de atividades às quais estão ancoradas as práticas de saúde^{3,5,7}. Estratégias operacionais como definição de fluxos, suporte tecnológico, formação, comunicação e informação e regulação profissional fazem parte das atividades gerenciais do cuidado em saúde que, em última análise, determinam o tamanho, a localização, o tipo de profissional e a abrangência das ações desenvolvidas nos serviços de APS⁷.

Nos municípios onde foram encontradas as melhores respostas gerenciais relacionadas à implementação da Estratégia SF, observou-se também maior reconhecimento da APS como porta de entrada e coordenadora do cuidado. Implantação de equipes de SF em centros de saúde preexistentes, regulação da oferta de serviços em saúde, disponibilidade de informações e continuidade informacional entre os níveis do sistema são algumas características presentes na organização do sistema de saúde nas quatro cidades, que favorecem o acesso aos serviços de APS e à sua utilização nas unidades básicas de saúde ou em ações envolvendo atenção especializada e apoio diagnóstico. Análises mais específicas sobre estratégias pró-coordenação para a integração de níveis assistenciais presentes nos quatro municípios são discutidas por Giovanella *et al.*¹⁶ e Almeida *et al.*²².

Os resultados analisados neste artigo mostram a importância de se correlacionarem ações gerenciais, assistenciais e sistêmicas para se pensar e agir sobre a gestão do cuidado, em especial na APS abrangente. Nas quatro cidades estudadas, nota-se que ações robustas nos três níveis interdependentes da dimensão organizacional promovem maior sustentabilidade à Estratégia Saúde da Família, na medida em que se diferencia a forma como o cuidado em saúde se organiza e é ofertado nas unidades básicas e em sua relação com os demais recursos do sistema de saúde.

Os resultados apresentados indicam que ainda há espaço para se avançar no sentido da consolidação da APS como porta de entrada e serviço de cuidado regular nos quatro municípios, apesar dos esforços já empenhados nessa direção. A experiência dos quatro municípios demonstra que a existência de formas organizativas com estrutura explícita de rede favorece o cumprimento da função da APS de coordenação e oferta de cuidados abrangentes e contínuos.

Investimentos municipais isolados em serviços especializados denunciavam a ausência de uma política nacional que fortaleça o sentido único do sistema público de saúde, e acirram os processos de insulamento dos sistemas locais de saúde. É notório que as questões que afetam uma APS abrangente e o fortalecimento da Estratégia SF nos municípios estudados estão intrinsecamente relacionadas aos desafios hoje apresentados para a consolidação do SUS. Entre os desafios estão a formação de redes de atenção à saúde e a superação do modelo atomizado e fragmentado de oferta de serviços de saúde que predominam no sistema público, em parte decorrente do modelo de descentralização assumido na política nacional de saúde²⁵. Essa é uma ação dependente de decisão política e que fundamentalmente envolve uma atuação mais articulada das instâncias federativas, em que o ponto central de discussão e pactuação seja a garantia de acesso equânime e de qualidade à saúde.

Referências

1. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Magalhães R, Senna MCM. *Avaliação da implementação do programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. Brasília: Ministério da Saúde/SPS/DAB; 2002.
2. Viana ALV *et al.* Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 supl. 1:79-90; 2008.
3. Medina MG, Hartz ZMA. O papel do Programa Saúde da Família na organização da atenção primária em sistemas municipais de saúde. *Cad. Saude Publica*, Rio de Janeiro, 25(5):1153-1167; mai. 2009.
4. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press; 2006. p.15.
5. Watson DE, Broemeling AM, Reid RJ, Black C. *A results-based logic model for primary health care: laying an evidence-based foundation to guide performance measurement, monitoring and evaluation*. Centre for Health Services and Policy Research. Vancouver: University of British Columbia; 2004.
6. Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP. Grupo de Consenso sobre un marco de evaluación de la atención primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. *Rev Panam Salud Publica* 2009; 26(5):377-384.
7. Conill EM, Fausto MCR, Giovanella, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. Artigo aceito para publicação pela *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*.
8. Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad. Saude Publica* 2002, 18(supl.):153-162.
9. Cecilio LCO. *A morte de Ivan Ilitch de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado*. Texto apresentado no V Ciclo de Debates:

- conversando sobre a Estratégia Saúde da Família. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 15 de maio de 2009.
10. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM, coordenadores. Estudos de caso sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. Relatório final. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz; 2009. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=9437&tipo=B>
 11. Veney JE, Kaluzny AD. *Evaluation and decision making for health services*. Ann Arbor Michigan: Health Administration Press; 1991.
 12. Becker HS. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec; 1997.
 13. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2005.
 14. Stake RE. *Multiple case study analysis*. New York, London: The Guilford Press; 2006.
 15. Greene JC. *Mixed methods in social inquiry*. San Francisco, USA: Jossey-Bass; 2007.
 16. Giovanella et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2009, 14(3):783-794.
 17. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
 18. Organização Mundial da Saúde/OMS. *Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca*. Relatório Mundial de Saúde 2008. Genebra: OMS, 2008.
 19. Gervas J, Mena OP, Mainar AS. Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico. *Med Clin (Barc)*. 2007 [acesso mai 2007]; 128(14):540-544. Disponível em: http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7010&sumarioid=13004407&anteriores=true
 20. Feo JJO, Campo JMF, Camacho JG. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada? Reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional. *Revista de Administración Sanitaria* 2006; 4(2): 357-382.
 21. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
 22. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saude Publica* fev. 2010, 26(2).
 23. Delnoij D, Van Merode G, Paulus A, Groenewegen P. Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? *Health Service Research and Policy* 2000; 5(1):22-26.
 24. Conill EM, Fausto MCR. Análisis de la problemática de la integración APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Documento técnico. Rio de Janeiro; 2007.
 25. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al., organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 435-472.

Quadro 1 – Subdimensões, variáveis e indicadores da dimensão organizacional do cuidado na Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos – 2008

DIMENSÃO ORGANIZACIONAL DO CUIDADO EM SAÚDE		
Subdimensões	Variáveis	Indicadores
<i>Coordenação da atenção básica: decisões sobre a política, o planejamento e as estratégias de operacionalização da atenção básica</i>	Diretrizes que orientam a atenção primária no nível local	Existência de dispositivos legais do município para orientar a implantação da Estratégia Saúde da Família (SF) Definição do papel da Estratégia SF na política local
	Institucionalidade da ABS/Estratégia SF	Existência de coordenação institucionalizada da Atenção Básica em Saúde (ABS) Articulação no nível gerencial entre ABS e programas de saúde pública Articulação no nível gerencial entre ABS e atenção especializada Dotação orçamentária e autonomia financeira
	Estratégias gerenciais relacionadas aos recursos humanos	Modelo de contratação da força de trabalho Formação na área de APS/Saúde da Família Existência de supervisão da equipe de saúde da família (ESF) Mecanismos de supervisão clínica/educação permanente das ESF
	Estratégias gerenciais relacionadas à organização da atenção	Posição da Estratégia SF no sistema local de saúde Implantação nos centros de saúde preexistentes Definição de territórios/regionais de saúde Existência de gerente de Unidade Básica de Saúde (UBS)/Unidade de Saúde da Família (USF) Mecanismos de apoio matricial/suporte técnico às equipes de SF Definição de protocolos clínicos e linhas de cuidado assistenciais Sistemas de regulação Implantação de prontuários eletrônicos nas UBS Monitoramento e avaliação da ABS
<i>Organização do cuidado nas unidades de saúde: organização e oferta de ações em saúde nas unidades de APS</i>	Estrutura das Unidades Básicas de Saúde	Composição das Equipes de SF e outros profissionais da ABS Nº de equipes de SF por UBS Espaço físico da USF/UBS: confortável para profissionais e usuários; contém a tecnologia necessária ao desenvolvimento das ações; compartilhado por mais de uma ESF; permite promover reuniões ou orientação em educação e saúde Instrumentos que orientam a programação das ações da ESF
	Unidade Básica de Saúde como serviço de procura regular	Estratégias definidas para atendimento à população cadastrada Definição de percurso para referir o paciente a outros níveis de atenção A unidade de SF é acessível a toda a população cadastrada A população cadastrada procura primeiro a USF quando necessita de atendimento Percurso mais comum quando um paciente é atendido na UBS e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada

Quadro 1 – Subdimensões, variáveis e indicadores da dimensão organizacional do cuidado na Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos – 2008 (continuação)

DIMENSÃO ORGANIZACIONAL DO CUIDADO EM SAÚDE		
Subdimensões	Variáveis	Indicadores
	Acesso e utilização dos serviços de APS	Conhecimento espontâneo e estimulado sobre a Estratégia SF % de entrevistados que: indicam o Centro de Saúde (CS) ou USF como serviço de procura regular; conhecem o Agente Comunitário de Saúde (ACS) da área de moradia; estiveram doentes nos últimos 30 dias atendidos no CS ou USF; resolveram o problema de saúde no atendimento realizado na UBS
<i>Organização sistêmica do cuidado em saúde: articulação dos serviços de saúde</i>	Integração da UBS com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico	Mecanismos existentes para articulação da oferta de serviços de saúde Existência de uma central de marcação de consultas especializadas Frequência com que médicos realizam o agendamento para atenção especializada, apoio diagnóstico e maternidade % de médicos da APS que conseguem garantir agendamento para consultas especializadas, serviço de apoio diagnóstico e maternidade
	Acesso e utilização de serviços especializados e de apoio diagnóstico	% de usuários que conseguiram ser atendidos pelo especialista a partir de encaminhamento realizado nos últimos 12 meses % de usuários que realizaram exames solicitados pelo médico da Equipe de SF nos últimos 12 meses Acesso a medicamentos em atendimento realizado pela ESF

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Quadro 2 – Características organizacionais da APS nos municípios de Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória – 2008

INDICADORES	ARACAJU	BELO HORIZONTE	FLORIANÓPOLIS	VITÓRIA
Coordenação da Atenção Básica				
Porta de entrada preferencial proposta	ESF	ESF	ESF	ESF
Implantação de ESF nos Centros de Saúde preexistentes	Sim	Sim	Sim	Sim
Profissionais médicos de especialidades básicas como apoio às ESF	Sim	Sim	Sim	Sim
Estratégias de atendimento à demanda espontânea	Acolhimento/ Atendimento diário	Acolhimento/ Atendimento diário	Acolhimento/ Atendimento diversificado	Acolhimento/ Atendimento diário
Regionais de saúde	Oito	Nove	Cinco	Seis
Coordenação de ESF	Coordenador geral e supervisores por regional	1 equipe multiprofissional	Coordenador geral e supervisor e profissionais de apoio por regional	Coordenadores de áreas técnicas
Nº médio de ESF por USF	128 ESF/41 USF 3 ESF/USF	513 ESF/144 USF 3,6 ESF/USF	87 ESF/45 USF 2 ESF/USF	72 ESF/28 USF 2,6 ESF/USF
Outros profissionais no Centro de Saúde	Assistente social, pediatra, ginecologista e clínico geral	Pediatras, ginecologistas, clínicos e algumas equipes de saúde mental	Clínicos gerais, pediatras e, em algumas USF, ginecologistas	Clínico geral, pediatra, psicólogo, assistente social, professor de educação física (SOE)
Existência de gerente de USF (nível superior)	Sim	Sim	Sim	Sim
Implantação de prontuários eletrônicos nas UBS	Não	Sim	Sim	Não
Sistema de regulação de consulta especializada	TAS	SISREG	SISREG	SISREG

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Tabela 1 – Indicadores de organização do cuidado e posição da APS no sistema local de saúde na perspectiva de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória – 2008

INDICADORES MÉDICOS E ENFERMEIROS INFORMAM/CONCORDAM	ARACAJU	BELO HORIZONTE	FLORIANÓ- POLIS	VITÓRIA
	%	%	%	%
Coordenação da Atenção Básica				
A política local específica o papel da ESF na função de porta de entrada e sua função de coordenação	81,3	82,9	73,1	75,1
Organização do cuidado nas unidades de saúde				
Os espaços, inclusive consultórios, são compartilhados por mais de uma equipe de SF	26,2	79,6	64,9	80,0
Espaços da USF permitem o atendimento de forma confortável para os usuários e para os profissionais	39,3	72,1	42,0	35,3
As USF contêm a tecnologia necessária ao desenvolvimento das ações básicas de saúde	41,0	55,1	60,3	50,6
Permitem promover reuniões de grupos de risco ou de orientação em educação e saúde	41,0	43,5	51,9	62,4
Principais instrumentos que orientam a programação das ações da ESF:				
Normas do MS	64,8	46,9	55,0	76,5
Orientações da SMS	73,0	70,7	70,0	83,5
Demanda da população	77,0	87,8	80,9	84,7
Decisão da equipe a partir do perfil epidemiológico da população e da realidade local	62,3	83,7	67,2	89,4
A unidade de Saúde da Família é acessível a toda a população cadastrada	81,2	87,1	74,8	65,7
A população procura primeiro a Unidade de Saúde da família quando necessita de atendimento de saúde	92,5	89,2	87,2	83,0
A consulta com especialista é agendada pela UBS e a data posteriormente informada ao paciente	44,3	95,9	95,4	62,4
A consulta com especialista é agendada pelo próprio paciente junto à central de marcação	12,3	0,7	1,5	16,5
Não há percurso definido para agendamento da consulta com especialista	4,9	0,0	0,0	1,2
Organização sistêmica do cuidado em saúde				
Existência de uma central de marcação de consultas especializadas	90,2	99,3	89,3	92,9
Percentual de médicos que afirmaram conseguir realizar sempre/na maioria das vezes o agendamento para:				
Serviço de atenção especializada	42,9	80,6	47,6	71,5
Serviço de apoio diagnóstico e terapia	37,5	55,5	42,7	42,9
Maternidade	57,2	86,1	75,4	74,3

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Observação: Aracaju: n = 122, sendo 56 médicos e 66 enfermeiros.

Belo Horizonte: n = 147, sendo 72 médicos e 75 enfermeiros.

Florianópolis: n = 131, sendo 61 médicos e 70 enfermeiros.

Vitória: n = 85, sendo 35 médicos e 50 enfermeiros.

Tabela 2 – Indicadores de organização do cuidado e posição da APS no sistema local de saúde na perspectiva das famílias cadastradas à [na] Estratégia Saúde da Família em Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória – 2008

INDICADORES	ARACAJU	BELO HORIZONTE	FLORIANÓPOLIS	VITÓRIA
	%	%	%	%
Organização do cuidado nas unidades de saúde				
Conhecimento espontâneo e estimulado da Estratégia Saúde da Família ⁽¹⁾	84,1	84,4	70,0	82,5
Conhecimento do ACS da área de moradia ⁽³⁾	90,9	90,7	84,9	96,3
Famílias que indicam o CS ou USF como serviço de procura regular ⁽²⁾	69,6	74,4	50,3	69,1
Moradores que estiveram doentes nos últimos 30 dias atendidos no CS ou USF ⁽⁴⁾	41,1	52,4	32,3	47,8
Conseguem resolver o problema de saúde no atendimento realizado na USF ⁽³⁾	60,4	60,5	56,9	61,6
O paciente sai da unidade com a consulta agendada para o especialista ⁽⁵⁾	43,2	66,7	40,1	62,7
Procurou especialista por conta própria sem qualquer encaminhamento ⁽⁵⁾	25,7	19,4	15,0	19,4
Organização sistêmica do cuidado em saúde				
Realização de todos ou alguns exames solicitados pelo médico da Equipe de SF nos últimos 12 meses ⁽⁶⁾	86,0	93,1	78,7	90,0
Usuários que tiveram atendimento especializado realizado nos últimos 12 meses quando encaminhados por ESF ⁽⁵⁾	53,8	74,4	71,4	70,0
Acesso a medicamentos em atendimento realizado pela Equipe de Saúde da Família ⁽³⁾				
Recebem todos os medicamentos	22,6	36,1	40,5	45,6
Recebem apenas alguns medicamentos	65,5	60,9	55,3	50,8
Não recebem medicamentos	7,9	3,0	4,2	3,6

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008.

Aracaju: (1) n = 800 famílias entrevistadas; (2) n = 610 entrevistados que têm serviço de saúde de procura regular; (3) n = 605 famílias com integrante que teve experiência de atendimento pela Estratégia SF; (4) n = 214 moradores que adoeceram nos últimos 30 dias e procuraram atendimento; (5) n = 303 entrevistados que realizaram consultas com especialista nos últimos 12 meses; (6) n = 272 famílias que informaram ter tido exames solicitados por médico da Equipe de SF nos últimos 12 meses.

Belo Horizonte: (1) n = 900 famílias entrevistadas; (2) n = 765 entrevistados que têm serviço de saúde de procura regular; (3) n = 711 famílias com integrante que teve experiência de atendimento pela Estratégia SF; (4) n = 248 moradores que estiveram doentes nos últimos 30 dias e procuraram algum atendimento de saúde; (5) n = 324 entrevistados que realizaram consultas com especialista nos últimos 12 meses; (6) n = 303 famílias que informaram ter tido exames solicitados por médico da Equipe de SF nos últimos 12 meses.

Florianópolis: (1) n = 89 famílias entrevistadas; (2) n = 586 entrevistados que têm serviço de saúde de procura regular; (3) n = 469 famílias com integrante que teve experiência de atendimento pela Estratégia SF; (4) n = 200 moradores que estiveram doentes nos últimos 30 dias e procuraram algum atendimento de saúde; (5) n = 227 entrevistados que realizaram consultas com especialista nos últimos 12 meses; (6) n = 174 famílias que informaram ter tido exames solicitados por médico da Equipe de SF nos últimos 12 meses.

Vitória: (1) n = 822 famílias entrevistadas; (2) n = 621 entrevistados que têm serviço de saúde de procura regular; (3) n = 614 famílias com integrante que teve experiência de atendimento pela Estratégia SF; (4) n = 198 moradores que estiveram doentes nos últimos 30 dias e procuraram algum atendimento de saúde; (5) n = 330 entrevistados que realizaram consultas com especialista nos últimos 12 meses; (6) n = 259 entrevistados que informaram ter exames solicitados por médico da Equipe de SF nos últimos 12 meses.

Caminhos da organização e gestão do cuidado em saúde no âmbito hospitalar brasileiro

Trends in Brazilian hospital's healthcare organization and management field

Creuza da Silva Azevedo¹
Marilene de Castilho Sá¹
Lílian Miranda¹
Victor Grabois¹

Resumo Considerando a natureza complexa e multidimensional do cuidado em saúde, este artigo tem como objeto a problemática da organização e gestão da atenção à saúde no âmbito hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS). Objetivamos apresentar os desafios que a gestão do cuidado hospitalar vem encontrando na atualidade, bem como as principais abordagens teóricas e estratégias metodológicas que são propostas para seu enfrentamento. Este trabalho apresenta o marco teórico de uma investigação que busca identificar e avaliar experiências de organização e gestão do cuidado voltadas para o enfrentamento dos problemas de qualidade da assistência hospitalar no SUS. Duas tendências teóricas são examinadas: 1) abordagens voltadas para a racionalização das práticas médico-hospitalares e melhoria contínua da qualidade; 2) abordagens voltadas para a ampliação da clínica e pela centralidade do sujeito nas práticas de saúde. Entendemos que essas abordagens, seus dispositivos e estratégias não podem ser avaliados de forma descontextualizada com relação à singularidade dos casos/realidades em que são adotados. O potencial de mudança de cada experiência não se apóia apenas nas características teórico-metodológicas das propostas que as inspiram, mas depende principalmente da capacidade de mobilização subjetiva e de construção coletiva de projetos para a organização.

Palavras-chave *Gestão hospitalar, Gestão do cuidado, Qualidade da assistência*

Abstrac Considering multidimensional and complex nature of healthcare, a set of problems related to hospital care organization and management are focused. Our purpose is to present the main challenges in this field, as well as the main management strategies and theoretical approaches that have been developed to face them. This paper presents the theoretical framework of a research which aims at identifying and evaluating hospital management experiences for quality of care improvement in Brazilian Health System (SUS). Two theoretical approaches are examined: 1) approaches of medical-hospital practices rationalization and continuous improvement of quality; and 2) approaches of amplifying of clinical practices in which the subject takes a central place. For evaluation purposes, these two groups of approaches, their devices, tools and strategies cannot be appraised apart of singular context of the cases or realities in which they have been adopted. The changing potential of each experience is not only due to their theoretical and methodological characteristics, but it mainly depends on the ability to subjective mobilization and collective construction of organizational projects.

Key words *Hospital management, Healthcare management, Quality of care*

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).
creuza@ensp.fiocruz.br; marilene@ensp.fiocruz.br; limiranda78@hotmail.com;
victor.grabois@ensp.fiocruz.br

Introdução

O debate sobre a gestão e a qualidade do cuidado nos hospitais tem assumido um papel cada vez maior na agenda dos gestores, dos profissionais de saúde e dos usuários, particularmente aqueles que participam das instâncias de controle social, seja em nosso país, seja em âmbito internacional. Os olhares, as prioridades e as estratégias propostas para a melhoria da qualidade guardam relação direta com o papel e a inserção de cada sujeito na gestão e, em particular, na produção do cuidado¹.

O presente artigo tem como objeto a problemática da organização e gestão do cuidado em saúde no âmbito hospitalar, buscando apresentar e analisar, na realidade brasileira, as principais abordagens e estratégias que vêm orientando experiências nesse campo.

Na última década, temas como a qualidade e integralidade da assistência, a produção do cuidado, o trabalho em equipe, o acolhimento e a chamada “humanização” dos serviços de saúde vêm ocupando uma posição cada vez mais central na agenda de discussões setoriais^{2,3,4,5,6,7,8,9}. Do mesmo modo, intensificam-se os estudos e iniciativas de adoção de diretrizes e protocolos clínicos, de acreditação hospitalar, de definição de padrões e busca de maior segurança para os pacientes, entre outras medidas cujo escopo e finalidade são a qualificação da assistência prestada pelos hospitais^{10,11,12,13,14}.

Considerando a natureza complexa e multidimensional do cuidado em saúde, desenvolvemos uma investigação que objetiva identificar e avaliar experiências de organização e gestão do cuidado no âmbito hospitalar, em um esforço para gerar conhecimento aplicável ao enfrentamento dos problemas de qualidade da assistência hospitalar no SUS. As estratégias de investigação envolvem a pesquisa bibliográfica (já em curso), a busca ativa de experiências em hospitais brasileiros com mais de cem leitos (por meio de inquérito eletrônico) e o estudo de casos¹⁵.

A pesquisa bibliográfica realizada até o momento indica a carência de estudos sobre intervenções na organização e gestão do cuidado no contexto dos hospitais brasileiros e, conseqüentemente, a necessidade de desenvolvermos esse campo de pesquisa, buscando diretamente nos hospitais experiências desse tipo ainda não publicadas em trabalhos científicos. O presente artigo representa a construção do marco teórico a ser utilizado na análise das experiências identificadas pela pesquisa.

Os desafios da gestão do cuidado nos hospitais

Ao analisarem as tendências e os desafios observados na assistência hospitalar brasileira, Vecina Neto e Malik¹² recuperam dos cenários brasileiro e mundial um conjunto de elementos considerados, na literatura, como de

alto impacto sobre o hospital, quer do ponto de vista de sua gestão, quer do ponto de vista das características e da qualidade da assistência prestada. Entre os elementos que representam maiores desafios à organização, à gestão e à produção do cuidado no âmbito hospitalar destacam-se: as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, com impacto na demanda por serviços cada vez mais complexos; a intensificação do processo de introdução de novas tecnologias e medicamentos, trazendo o problema da incorporação acrítica de tecnologias; a manutenção de um modelo assistencial que ignora a integralidade do cuidado, com concentração dos gastos em saúde em hospitais; e as distorções relativas ao processo de planejamento urbano e ao financiamento do setor saúde, que apresentam importante impacto negativo sobre a oferta de leitos.

Uma das principais consequências do cenário apresentado é a fragmentação do processo de atenção à saúde, e *no que diz respeito à integralidade e suas consequências, ainda se está distante do que se esperava na primeira década dos anos 2000*¹².

Analisando o atual contexto da assistência hospitalar e seus desafios, Bernardes *et al.*¹⁶ apontam igualmente a crescente racionalização das práticas médico-hospitalares, integrando-se a medicina cada vez mais na ordem econômica global. Nesse contexto, o hospital é pensado progressivamente como empresa e torna-se peça central do complexo médico-industrial.

Braga Neto *et al.*¹⁷, em amplo estudo sobre a atenção hospitalar, sua evolução histórica e tendências no Brasil e no mundo, destacam a importância crescente do tema da gestão em saúde – e particularmente da gestão hospitalar – nas agendas governamentais, como corolário quase natural das políticas de contenção de gastos e de busca de maior eficiência para o setor. Os hospitais passam a ser submetidos a um enorme leque de medidas direcionadas para a profissionalização/modernização da gestão, que compreendem desde o uso mais intensivo de sistemas de informações gerenciais e ferramentas de gestão oriundas da área empresarial – como a abordagem da qualidade total, a reengenharia, o planejamento estratégico e a remuneração do pessoal baseada na *performance* – até propostas mais sistêmicas de autonomização e instauração de contratos de gestão.

Nesse contexto, ou autores sugerem que os hospitais apresentem elevada integração com os demais componentes do SUS, agregando outras dimensões além da eficiência (fortemente dependente da autonomia), como acesso, continuidade do cuidado, foco nas necessidades de saúde e complementaridade. Destacam também a impossibilidade de dissociar atenção e gestão: *Não há como configurar novos modelos de atenção hospitalar, sem que sejam acompanhados igualmente por novos tipos organizacionais e novos modelos de gestão. Atenção e gestão são elementos interdependentes*¹⁷.

Do ponto de vista da qualidade do cuidado, uma revisão da literatura sobre qualidade da atenção no Brasil, empreendida por La Forgia e Coutolenc¹⁸, identifica os seguintes problemas nos hospitais brasileiros: 1) erros ou demoras no diagnóstico; 2) não aplicação de procedimentos recomendados (uso de terapias e técnicas ultrapassadas); 3) não aplicação de procedimentos corretos em cirurgias, partos e exames; 4) falhas na seleção e na administração de medicamentos; 5) erros na dosagem ou modo de usar dos medicamentos e na dispensação dos medicamentos receitados; 6) demoras desnecessárias no tratamento ou no compartilhamento de resultados de exames; 7) uso de tratamentos incorretos ou inapropriados; 8) não uso de tratamentos profiláticos recomendados; 9) falta de sistema de monitoramento, revisão e controle; 10) problemas com equipamentos; e 11) inexistência de sistema para treinamento de pessoal.

Além desses problemas, outros autores apontam a centralidade na doença, o emprego hegemônico das “tecnologias duras”, a padronização e o controle rígidos dos processos como possíveis indutores à redução do objeto da clínica¹⁹ ou à perda de sua dimensão cuidadora⁵. Hoje, a organização da atenção nos hospitais está centrada em especialidades, procedimentos e/ou setores do hospital, resultando em fragmentação do cuidado, verticalização das equipes, não responsabilização pelo paciente como um todo e não avaliação dos riscos e vulnerabilidades do paciente e sua família. Como consequência, predomina nos hospitais a impessoalidade na assistência, a elaboração de planos de cuidados normativos, o não desenvolvimento de solidariedade e empatia e, não raro, até negligência e omissão quanto a importantes necessidades apresentadas pelos pacientes e suas famílias. Estas últimas também são fortemente condicionadas pela própria dinâmica da sociedade contemporânea e brasileira, em particular, marcadas por um processo crescente de individualismo, desvalorização da vida e banalização da dor e do sofrimento alheios^{9,20}.

Os estudos de Schraiber^{21,22} nos ajudam a localizar, no deslocamento do modelo liberal de prática médica para a medicina tecnológica empresarial, parte importante dos determinantes dos problemas aqui apontados. No Brasil esse processo se dá, sobretudo, na década de 1960, como resultado da diferenciação e da multiplicação do conteúdo técnico do trabalho médico nas especialidades, simultaneamente à substituição do consultório pelo hospital ou por clínicas como base principal do trabalho. Estreitam-se também as articulações entre a produção de serviços médicos e a indústria produtora de tecnologia material. Esse processo de reestruturação da prática médica mudou significativamente as características da interação interpessoal e da intervenção que constituem o processo de trabalho em saúde *produzindo uma crise de confiança estabelecida* não apenas com relação às bases paradigmáticas

dos saberes implicados na prática médica, mas principalmente no plano das interações que a conformam²¹. A medicina tecnológica produziu – juntamente com as atuais formas de relações entre os indivíduos na sociedade – como característica predominante de seu exercício *a despersonalização do cuidado e a impessoalidade da prática*²¹.

Identificamos, no processo de reestruturação produtiva do trabalho em saúde, importantes desafios e tensões para a gestão dos processos de trabalho no hospital e para a melhoria da qualidade do cuidado hospitalar. Entre eles, destacamos:

1) Há necessidade de se reconhecer e preservar a autonomia do profissional de saúde, especialmente do médico, na execução de seu trabalho – misto de técnica e arte/intervenção técnica que não prescinde do julgamento do profissional para a aplicação dos conhecimentos técnico-científicos na singularidade de cada caso –, e simultaneamente garantir a adoção de padrões de qualidade e segurança na produção do cuidado, em geral por meio de protocolos e diretrizes clínicas.

2) A autonomia profissional também pode representar um ponto de tensão nos esforços de coordenação de um trabalho em equipe multiprofissional, aliada às dificuldades de coordenação de um trabalho extremamente fragmentado e especializado.

3) A fragmentação do cuidado e a intensificação do processo de especialização ainda impõem importantes desafios sobre as possibilidades de responsabilização do profissional e estabelecimento de vínculo com os usuários, desafios ampliados diante de uma dinâmica social de baixa solidariedade e individualismo crescente^{9,20,23}.

4) Outro grupo de desafios importantes advém da própria natureza do trabalho em saúde. Como trabalho *vivo em ato*⁶, o trabalho em saúde apresenta uma dimensão intersubjetiva que lhe é central e que é, a nosso ver, altamente exigente, do ponto de vista psíquico, para os trabalhadores de saúde, com consequências positivas ou negativas sobre a capacidade de acolhimento e solidariedade do trabalhador de saúde para com o sofrimento do paciente²³. Tal dimensão é aquilo que mais escapa às estratégias de controle gerencial e produz efeitos, para o bem ou para o mal, na qualidade do cuidado em saúde. Nesse espaço do “entre-dois” entre profissional e usuário, no momento mesmo da produção do cuidado, a gestão só entra *a priori*, na normatização de procedimentos e na definição de diretrizes, ou *a posteriori*, por meio das estratégias e dos mecanismos de avaliação, o que impõe imensos desafios, do ponto de vista da gestão, para a garantia da qualidade do cuidado^{9,20,23}.

Bernardes *et al.*¹⁶, considerando a complexidade dos hospitais e seu cotidiano, atravessados por interesses diversos e, muitas vezes, conflitantes, têm

apontado para a necessidade de se buscarem novos referenciais teóricos capazes de pensar a micropolítica hospitalar, bem como de se procurarem novos modos de se fazer a sua gestão. Nessa perspectiva, os autores agrupam as principais abordagens voltadas para a gestão do hospital e da assistência hospitalar em duas grandes tendências. A primeira, que caracterizaria a maior parte das experiências em curso, dá ênfase ao processo de racionalização das práticas médico-hospitalares, buscando a melhoria contínua da qualidade e tendo como exemplo as iniciativas voltadas para a criação de mecanismos mais poderosos de controle dos processos de trabalho no hospital – em particular aqueles relativos ao acesso e à utilização de seus recursos assistenciais estratégicos, a terceirização de atividades importantes, a informatização da maioria das atividades administrativas e assistenciais, a forte ênfase na protocolização dos processos, a adoção de mecanismos de acreditação hospitalar, entre outras. Nesse grupo de abordagens podemos inserir os trabalhos de La Forgia e Couttolenc¹⁸, McSherry e Pearce²⁴, Sang²⁵ e, particularmente no Brasil, Mendes¹⁰, Portela *et al.*^{11,14}.

A segunda tendência tem apostado que seria possível construir um caminho para a modernização gerencial do hospital em uma perspectiva mais dialógica e comunicativa, apoiada na mobilização dos coletivos de trabalho em torno de um projeto de qualificação da assistência¹⁶. Incluímos nessa segunda tendência aquelas abordagens ou perspectivas teóricas e gerenciais que reconhecem a complexidade dos processos de mudança nas organizações de saúde e os compreendem como processos sociais e organizacionais de difícil controle, para os quais a racionalidade político-estratégica encontra limites, impondo uma atitude de abertura a outras perspectivas e valorizando particularmente os aspectos microssociais e a dimensão relacional/intersubjetiva da problemática da gestão e da produção do cuidado em saúde. Tal perspectiva, que passamos a denominar “abordagens voltadas para uma ‘ampliação’ da clínica e pela centralidade do sujeito nas práticas de saúde”, na qual nos incluímos, está presente especialmente nos trabalhos de Schraiber^{21,22}, Merhy^{5,6,7}, Ayres²⁶, Campos^{19,27}, Onocko Campos²⁸, Cecílio^{29,30}, Sá^{9,23}, Sá *et al.*²⁰, Azevedo³¹, Azevedo *et al.*³².

As contribuições ou influências dessas abordagens, bem como suas possibilidades e limites de aproximação/complementação, serão consideradas na análise que se segue.

As abordagens voltadas para a racionalização das práticas médico-hospitalares e para a melhoria contínua da qualidade

Identificamos nesse primeiro grupo de abordagens a que, no Brasil, se denomina Gestão da Clínica – apoiada nos referenciais teórico-conceituais

da Governança Clínica – a Acreditação e a Contratualização. Embora oriundas de contextos histórico-sociais distintos, essas abordagens compartilham algumas concepções sobre as organizações de saúde, seu funcionamento e a qualidade do cuidado.

A perspectiva de Gestão da Clínica vem sendo utilizada no Brasil na busca da melhoria contínua do cuidado à saúde^{11,14} e é definida por Mendes¹⁰ como um conjunto de tecnologias de microgestão dos serviços de saúde buscando a melhoria da qualidade do cuidado. Para tanto, torna-se central assegurar padrões clínicos, diminuir riscos, aumentar a eficiência e a efetividade da assistência.

Tal abordagem tem por referência especialmente os aportes teórico-conceituais da Governança Clínica (*Clinical Governance*), desenvolvidos na experiência do Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido (NHS), procurando evidenciar que a qualidade da assistência deve não apenas ser fruto de iniciativas individuais dos profissionais, mas também expressão de um processo mais amplo no âmbito organizacional e gerencial. A Governança Clínica se apresenta então como uma perspectiva para alcance de boas práticas em saúde, como uma diretriz organizacional que visa fortalecer sistemas e processos organizacionais com ênfase nos níveis de responsabilidade institucional associada à melhoria de padrões e segurança do paciente. O papel da cultura organizacional, no favorecimento de uma concepção de partilha de responsabilidade pela melhoria nos resultados, tanto para os pacientes como para os profissionais, é central nessa abordagem.

A discussão sobre a segurança do paciente apresentada por McSherry e Pearce²⁴ mostra a importância do desenho dos processos de trabalho e da realização de atividades sistemáticas para se prevenir e reduzir riscos para os pacientes. O gerenciamento do risco deve envolver algumas estratégias que permitam investigá-los, quantificá-los, eliminar ou reduzir os seus efeitos. Para realizar tal gestão, ganham papel relevante auditorias clínicas, treinamentos e utilização de diretrizes.

A auditoria clínica busca melhorar a assistência por meio de uma revisão sistemática do cuidado clínico, comparando-o a padrões explícitos, buscando promover mudanças que se mostrem necessárias²⁴. As diretrizes clínicas, outra estratégia fundamental para gerenciar o risco e garantir a qualidade, constituem-se em *posicionamentos ou recomendações sistematicamente desenvolvidos para orientar médicos e pacientes acerca do cuidado de saúde apropriado em circunstâncias clínicas específicas*¹¹. Eles se baseiam no conhecimento científico (na Medicina Baseada em Evidências e, portanto, nos padrões que se originam das evidências científicas das revisões sistemáticas, dos estudos de meta-análise e de ensaios clínicos), nas estimativas de resultados esperados e riscos do uso de tecnologias de saúde para certos grupos de pacientes, e

também no julgamento clínico corrente¹¹. Porém, embora aceitas internacionalmente como uma importante ferramenta para garantia da qualidade dos cuidados em saúde e também para o uso mais racional dos recursos disponíveis, a efetiva aplicação das diretrizes clínicas ainda é insatisfatória. Portela *et al.*¹¹ apontam para resistência em sua utilização por parte dos profissionais de saúde, particularmente os médicos. Nesse sentido, os estilos de gestão e a temática da liderança vêm sendo realçados na perspectiva da Governança Clínica (GC) pelo reconhecimento da mobilização dos profissionais como fator de impacto na percepção e no processo de implementação da GC²⁴.

O modelo da Governança Clínica, valorizando processos de aprendizado contínuo, preconiza um processo de não culpabilização pelos erros praticados. Nessa perspectiva, uma abordagem sistêmica do erro mostra-se central para a compreensão não apenas dos aspectos individuais como também dos fatores organizacionais que condicionam o erro²⁴.

É também considerada uma dimensão central nesse modelo a assistência centrada no paciente e em sua família. Bob Sang²⁵ propõe três eixos centrais buscando estabelecer bases para o que chamou de *governança clínica inclusiva e efetiva*: diálogo informado, aprendizado partilhado sobre risco e triangulação. O triângulo proposto envolve pacientes, profissionais e público, como polos que se articulam por meio não só de informação como também da aprendizagem advinda da experiência, favorecendo tanto processos educativos quanto de garantia de qualidade.

Outra estratégia de melhoria contínua da qualidade da assistência, que vem ganhando importância particularmente nos EUA e no Canadá, é a acreditação. Esta se constitui como uma estratégia de avaliação externa com objetivo de melhoria da qualidade, utilizando padrões de qualidade predefinidos¹⁸.

Nos Estados Unidos, precursores dessa modalidade de avaliação criaram, em 1951, a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), responsável pelo desenvolvimento de um padrão mínimo de saúde e segurança nos hospitais americanos¹⁸. No Brasil, em 1997, o Ministério da Saúde decidiu instalar uma comissão nacional de especialistas para desenvolver o modelo brasileiro de acreditação. Em 1998, foi publicada a primeira edição do *Manual brasileiro de acreditação hospitalar*. No final da década de 1990, a JCAHO passou a atuar no Brasil, em parceria com o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA).

O processo de acreditação, ainda recente no Brasil, é sistêmico e avalia o hospital desde a lavanderia até o centro cirúrgico. A avaliação é baseada no grau de conformidade da organização aos padrões de qualidade preestabelecidos. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde³, entre as vantagens de se introduzir essa nova metodologia está a

melhoria tanto do gerenciamento da unidade quanto da qualidade da assistência ao paciente, que seria feita com mais segurança e eficiência.

As organizações que atuam na acreditação hospitalar no Brasil trabalham com a perspectiva de Donabedian, utilizando sua formulação quanto aos componentes da qualidade – estrutura, processo e resultados – que se expressam em padrões e itens de mensuração e cuja avaliação se traduz por meio de níveis de acreditação.

As experiências de acreditação hospitalar têm tido maior visibilidade no âmbito da melhoria de processos, em termos de sua formalização e gestão. No entanto, ainda é questionada sua capacidade como estratégia para produzir mudança nos resultados das organizações¹².

A terceira abordagem que destacamos nesse grupo é a Contratualização. Arranjos contratuais entre autoridades governamentais de saúde e prestadores privados ou públicos, de atenção básica e hospitalar, têm sido intensamente empregados em países desenvolvidos e em desenvolvimento, nos processos de reforma dos sistemas de saúde, como meio para melhorar o desempenho dos prestadores¹⁸ – segundo Lima³³ para melhorar os resultados dos sistemas e serviços de saúde tanto no âmbito gerencial quanto no assistencial.

O pressuposto dessa estratégia é de que há uma importante associação entre desempenho insatisfatório e insuficiente *accountability*, compreendida como prática de prestação de contas entre partes ou organizações quanto ao seu desempenho. Além do foco nos resultados que se quer alcançar, são também fundamentais nos arranjos contratuais os mecanismos de acompanhamento e avaliação, incluindo os padrões esperados³³.

Vários benefícios são esperados a partir do emprego dos arranjos contratuais, ganhando destaque melhor alocação de recursos, melhor divisão de responsabilidades e estímulo à cultura de negociação, além do desenvolvimento da capacidade de gestão, especialmente no campo da avaliação e do monitoramento da qualidade assistencial e do acompanhamento de seus custos^{33,34}.

No Brasil, experiências de arranjos contratuais vêm sendo experimentadas, particularmente entre hospitais e unidades ambulatoriais de atenção básica com secretarias de saúde, de âmbito estadual ou municipal. Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou uma política de reestruturação hospitalar para os hospitais de pequeno porte, filantrópicos e de ensino (neste caso, em parceria com o Ministério da Educação) condicionando o ingresso dos hospitais na referida política ao estabelecimento de contratos entre eles³³.

Lima³³ nos alerta que, apesar da difusão das experiências, poucas avaliações foram realizadas e há limitada evidência sobre o impacto dos arranjos contratuais, especialmente nos países em desenvolvimento. Em seu estudo,

realizado em hospitais de ensino, Lima³³ procurou identificar possibilidades e limites da contratualização para o incremento da prestação de contas, para o aprimoramento da gestão e também para a melhoria da assistência. Seus resultados apontam, em síntese, que há uma percepção positiva, embora difusa, da relação entre contratualização e desenvolvimento gerencial das partes em contrato, como também de melhor integração do hospital na rede. No entanto, tal avaliação positiva não foi observada em relação à qualificação assistencial do hospital. Assim, embora tenha sido identificada uma melhoria dos indicadores de produtividade e qualidade, tal resultado foi considerado tímido ou insuficiente, já que, na percepção dos gestores, não está presente a associação entre melhoria da qualidade e contratualização.

As três abordagens aqui apresentadas nesse primeiro grupo vêm orientando algumas experiências que se propõem inovadoras no campo da gestão da atenção hospitalar. Com base na leitura que fazemos sobre os desafios da organização e gestão do cuidado hospitalar, bem como sobre os desafios da mudança organizacional^{23,32}, apresentamos a seguir algumas questões.

Em primeiro lugar, embora a abordagem da Gestão da Clínica e também a Acreditação compreendam a melhoria da qualidade como um processo não apenas individual, mas essencialmente organizacional, elas não parecem dispor de elementos teóricos para interpretar as dificuldades encontradas para sua implementação, particularmente a resistência dos médicos. Se, por um lado, visam fortalecer processos organizacionais com ênfase nos níveis de responsabilidade institucional associados à melhoria dos padrões, por outro apoiam-se em uma visão racional e funcionalista da organização, particularmente quanto às possibilidades de mudança na cultura organizacional. Chanlat³⁵ nos alerta quanto aos problemas advindos de se adotar uma visão instrumental de cultura, considerada como uma variável interna à organização, a qual os dirigentes podem modificar. O autor destaca a importância de se reconhecer que a organização não é um sistema fechado e que, portanto, os processos culturais e sociais influirão nas regulações culturais presentes nas organizações, tanto para o bem como para o mal. Um contexto societário no qual o individualismo é dominante, associado à crescente apatia perante a injustiça social e o sofrimento do outro, apresenta grandes obstáculos e desafios quando pretendemos aumentar a responsabilidade dos profissionais perante o cuidado do outro. Assim, nas abordagens aqui analisadas, questionamos o não reconhecimento da complexidade dos processos sociais e organizacionais, particularmente os que envolvem a mudança de práticas, necessária na busca de “um ambiente em que é prioridade a segurança do paciente”.

Por outro caminho de análise, as abordagens da Gestão da Clínica e de Acreditação podem ser consideradas iniciativas voltadas para a criação de

mecanismos mais poderosos de controle dos processos de trabalho no hospital. Para a discussão sobre as possibilidades e limites de tal propósito, nos parece importante destacar alguns processos no âmbito microsocial envolvendo a prática médica. Compreendemos que, embora as evidências científicas sejam a base para a constituição de diretrizes clínicas e, portanto, para a definição de protocolos, o processo de julgamento envolvido em cada caso, com uma história clínica e social singular, apresenta desafios para os processos de decisão clínica. Estão presentes nesse contexto não apenas elementos racionais (como pressupõe a abordagem da GC), mas também elementos simbólicos e intersubjetivos – entre profissionais e pacientes – pelas possibilidades, de cada profissional, de aproximação da visão de mundo do paciente e de seus familiares, de se sensibilizar com o sofrimento do outro e de reconhecer sua própria implicação no processo de definição da terapêutica.

Menezes³⁶, adotando uma abordagem antropológica, realizou um estudo em um CTI de um grande hospital brasileiro. Seus resultados expressam o quanto as decisões médicas são baseadas em fatores tanto técnicos como também sociais e morais. Seu estudo evidenciou aspectos subjetivos de um sistema de classificação dos pacientes, que inclui critérios explícitos e implícitos. Entre os critérios explícitos está a avaliação de “viabilidade” do paciente. Outros critérios seguem um eixo regido por atributos sociais dos pacientes, seu lugar em termos de reconhecimento social ou, no polo oposto, de estigmatização. E outro eixo de variáveis a influenciar na decisão terapêutica inclui a atitude do paciente, se “cooperativo” ou “difícil”. Portanto, as questões subjetivas e éticas ganham expressão, apontando um campo de debate que precisa ser também considerado quando tratamos a problemática da qualificação da assistência. A compreensão da gama de elementos presentes no processo de cuidado indica que, por si só, as abordagens instrumentais e pautadas pela racionalização de processos mostram-se limitadas em suas capacidades de explicar e impactar a realidade.

No que se refere à perspectiva da Contratualização, é importante destacar que essa proposta se origina em um contexto de mudanças importantes sobre a maneira como se percebe o Estado e, por consequência, os serviços públicos. A hegemonia da empresa privada como modelo organizacional eficiente e do mercado como mecanismo de regulação social tem sido fonte de mudanças na visão quanto à ação pública. No setor público, observa-se a ascensão do gerencialismo, entendido por Chanlat³⁷ como “sistema de descrição, explicação e interpretação do mundo a partir das categorias da gestão privada”.

A presença crescente desse pensamento gerencial no universo dos serviços públicos associa-se também à crítica ao modelo burocrático que vem sendo contraposto às demandas de flexibilidade, dinamismo e inovação³⁸. No

entanto, transferir princípios, valores e procedimentos oriundos da esfera da empresa privada para o setor público implica o que esse autor denominou de um *silenciamento de elementos chaves da atividade de todo serviço público*³⁸. Este remete a embates sociais pautados pela ética do bem comum, dos meios que permitem promover, segundo o autor, o reconhecimento, o respeito e a tolerância nas relações com o outro.

A perspectiva contratualista tem por referência a teoria do neoinstitucionalismo econômico e adota um modelo de comportamento humano pautado pelo que se denominou “homem contratual”. A partir dessa concepção, as transações sociais são estabelecidas entre agentes autointeressados, com propensão a comportamentos oportunistas. O arranjo institucional desejado é tido então como aquele que propicia a situação inversa, devendo desestimular a promoção do autointeresse. O contrato seria um tipo de arranjo institucional específico, um constrangimento possível para minimizar o comportamento oportunista, que é tido como uma ameaça latente³⁷.

Sem desconhecer que a gestão não pode prescindir de instrumentos que operacionalizem e fortaleçam os processos de petição e prestação de contas e que os contratos, nesse sentido, podem representar um dispositivo que favoreça o aumento do grau de responsabilização dos atores/sujeitos nas organizações, os pressupostos teóricos presentes na perspectiva contratualista, em nossa visão, representam uma concepção reducionista e também instrumental da dimensão humana e social e também dos processos de mudança nas organizações. A problemática contratualista reside, a nosso ver, em última instância, justamente na fragilidade dos pactos sociais, da lei, diante do imperativo dos sujeitos de realizarem seus desejos a qualquer custo e a despeito do outro⁹. Essa questão, em sentido lato, também está na base ou nas origens dos desafios enfrentados na implementação das propostas originadas da Gestão da Clínica/Governança Clínica e da Acreditação.

Entendemos que o principal desafio na utilização de tais instrumentos seja, por um lado, não tomá-los normativamente como autorrealizáveis e, por outro, não empobrecer os processos de gestão, com a não consideração das questões subjetivas subjacentes ao vínculo do sujeito com o trabalho e com as organizações, da problemática da autonomia dos sujeitos e também do componente ético especialmente peculiar no âmbito de um serviço público.

Nessa perspectiva, a possibilidade da cooperação, da produção de acordos e projetos coletivos não pode ser vista como fruto apenas da coerção/controlado ou do exercício de um movimento consciente e volitivo dos sujeitos, com base, exclusivamente, em argumentos racionais, numa racionalidade instrumental-teleológica.

As abordagens voltadas para uma "ampliação" da clínica e pela centralidade do sujeito nas práticas de saúde

Este segundo grupo de propostas de gestão do cuidado e melhoria de sua qualidade tem a particularidade de se constituir em tentativas de busca de formulações teóricas e soluções práticas ou saídas brasileiras para uma crise da gestão e da assistência à saúde que, além dos determinantes e sintomas globais, apresenta especificidades na realidade político-institucional e social de nosso país.

Na última década, os esforços e preocupações de gestores, profissionais de saúde e teóricos do campo da Saúde Coletiva em torno da problemática da qualidade e integralidade do cuidado ganham expressão num contexto em que o ideário da Reforma Sanitária brasileira parece estar posto em xeque. Ao lado dos problemas de financiamento, das ainda baixas coberturas, da baixa resolutividade dos serviços e da manutenção de iniquidades históricas no acesso da população ao sistema, verifica-se a intensificação dos processos de banalização da dor e do sofrimento alheios, na sociedade e particularmente no âmbito dos serviços de saúde, resultando em importantes constrangimentos e limites à garantia de qualidade da atenção^{9,23}.

Ayres²⁶ aponta, como evidências práticas da inquietação a respeito da chamada "crise da Saúde Pública", a profusão de novas ou renovadas propostas de produção do conhecimento, de organização dos serviços ou de desenvolvimento da assistência. Entre essas propostas, o autor destaca a saúde da família, a vigilância à saúde, a promoção da saúde, suporte social e redução da vulnerabilidade.

Buscando identificar os principais pontos de contato ou interseção entre os vários autores brasileiros que vêm se debruçando teoricamente sobre os desafios aqui mostrados e também, no caso de alguns, desenvolvendo novas experiências na gestão dos serviços de saúde e na organização e qualificação da assistência, podemos destacar:

- 1) o foco na análise nos aspectos cotidianos, conjunturais e processuais dos serviços de saúde (para além das questões estruturais);
- 2) o tensionamento ou questionamento dos limites do paradigma biomédico para a compreensão dos processos saúde-doença e intervenção sobre eles;
- 3) o reconhecimento dos limites da racionalidade sistêmico-estratégica de planejamento/do pensamento gerencial hegemônico para dar conta da complexidade e da incerteza que marcam a vida das organizações de saúde e, especialmente, de organizações complexas como os hospitais;
- 4) a preocupação com a integralidade do cuidado e uma concepção "alargada" ou "ampliada" do cuidado e das tecnologias/ações necessárias para produzi-lo, não restritas à dimensão material e biológica; e

5) por fim, embora não menos importante, a preocupação com a centralidade dos sujeitos e dos processos intersubjetivos, tanto na produção do cuidado como no modo de se fazer a gestão.

Entre as principais abordagens que agrupamos nessa perspectiva, destacam-se, sobretudo, os trabalhos de Gastão Wagner de Souza Campos, Emerson Elias Merhy e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio. Estes autores fundaram um pensamento próprio em planejamento e gestão em saúde, na defesa de teses que alimentavam o desenho de um modelo assistencial que denominaram “Em Defesa da Vida”⁵ e de um modelo de gestão estratégica apoiado fundamentalmente na gestão colegiada em todos os níveis dos serviços de saúde, com base no conceito de “cogestão”²⁷ e procurando aliar a capacidade de atuar nos processos macropolíticos com as muitas possibilidades de intervenção nos processos micropolíticos, especialmente buscando uma nova relação entre trabalhadores e usuários dos serviços⁶. Ainda que o pensamento de cada um desses autores tenha seguido um rumo próprio, suas produções guardam uma forte identidade e complementaridade em termos de referenciais teóricos e propostas de intervenção.

No que diz respeito especificamente à gestão hospitalar, Luiz Cecílio e Emerson Merhy publicaram, em 2003, um trabalho que, além de discutir os limites e possibilidades do modelo de gestão que vinham experimentando desde o início dos anos 90 – essencialmente redução dos níveis decisórios e condução colegiada das decisões –, discute o delicado processo de coordenação do cuidado no hospital e apresenta as principais características de sua proposta de reorganização da gestão hospitalar, tendo como referência a produção do cuidado na perspectiva da integralidade e, conseqüentemente, a definição de “linhas de cuidado” com as respectivas gerências⁵.

Esses autores se debruçam sobre a análise das múltiplas formas de coordenação que convivem nos hospitais apoiadas em lógicas muito distintas. Um modo de coordenar se apoia centralmente na lógica das profissões. Outro modo de coordenação segue a lógica de unidades de produção. É uma coordenação voltada para produtos ou serviços envolvendo, necessariamente, múltiplos tipos de trabalhadores ou uma equipe⁵. No entanto, em unidades de produção tipicamente assistenciais, não é possível se identificar uma coordenação ou gerência única; não há um “chefe único”, na medida em que essa coordenação se faz, de forma mais visível, pela lógica das profissões (por exemplo, chefia médica do CTI e chefia da enfermagem do CTI, chefia médica da maternidade e chefia da enfermagem da maternidade e assim por diante).

O principal desafio que esses autores observam com relação à produção do cuidado no hospital é que os pontos de contato ou canais entre as lógicas da profissão *nem sempre são livres, bem definidos e vistos ou aceitos como regras do*

*jogo institucional e, por isso mesmo, são fontes permanentes de ruídos, de tensões e de disputas*⁵.

Fazer a gestão hospitalar a partir da integralidade do cuidado, criando mecanismos que facilitem a coordenação das práticas cotidianas do hospital de forma mais articulada, com canais de comunicação mais definidos, mas solidária e democrática, pressupõe, segundo os autores, reconhecer e lidar com o poder da lógica de coordenação das corporações. Tal lógica – *lugar de construção de identidades profissionais, de defesas de espaços de autogoverno, de relações de dominação – escapa das dimensões mais coletivas da coordenação e segue reproduzindo-se*⁵.

Assim, esses autores vêm propondo novos arranjos na gestão dos hospitais que reconheçam e respeitem a lógica de coordenação das corporações, com seus valores, suas representações, suas lógicas de funcionamento e particularmente que respeitem a autonomia inerente à prática médica; mas ao mesmo tempo que integrem tais lógicas a uma lógica de coordenação mais horizontal e interdisciplinar do cuidado, além de subsumir ou subordinar toda a lógica da produção dos insumos hospitalares à lógica da produção do cuidado, de modo que a responsabilização pelo cuidado se dê em uma linha de produção contínua que atravessa vários lugares/setores do hospital ou mesmo outros serviços de saúde.

Reconhecendo, todavia, os desafios de implementação de projetos de mudança nas organizações de saúde, esses autores destacam a condição, simultânea, de sujeitos e assujeitados ou de instituídos e instituintes³⁸ dos trabalhadores de saúde. A esse respeito, Cecílio³⁸ nos alerta para a necessidade de evitarmos tanto o “desvio funcionalista”, que tende a enxergar o trabalhador pelas “funções” que exerce dentro da organização, reduzindo-o a um dos recursos necessários para o sistema funcionar, quanto para o risco de trazermos, implicitamente, uma concepção do trabalhador de saúde como um “trabalhador moral” – isto é, aquele que fará adesão automática a determinados conceitos, modos de se organizar o cuidado e modos de se fazer a gestão, formulados por militantes/intelectuais/gestores engajados na Reforma Sanitária, por serem, em princípio, justos e necessários. Segundo esse autor, é preciso que, do ponto de vista da gestão em saúde, se assuma a existência de um espaço de liberdade irreduzível dos trabalhadores de saúde, um espaço produtor de sentidos que, muitas vezes, reproduzem padrões instituídos e parecem ir na direção oposta às propostas que julgamos inovadoras e necessárias³⁸.

Tal compreensão da gestão e do processo de trabalho em saúde apresenta a questão da autonomia dos trabalhadores, de sua capacidade instituinte/criativa, *vis-à-vis* a sua adesão aos projetos de mudança organizacional, como problemática central da gestão. Além disso, sugere, a nosso ver, a necessi-

dade de um olhar mais cuidadoso, por parte da gestão (e de seus teóricos), sobre a dimensão subjetiva/intersubjetiva das organizações de saúde e da natureza dos desafios envolvidos nos processos de mudança organizacionais e de busca da melhoria da produção do cuidado.

Com essa preocupação, Gastão Wagner de Souza Campos vem defendendo uma reformulação e ampliação da clínica, a qual traz a problemática do sujeito/produção de subjetividade como consequência do trabalho em saúde e do trabalho gerencial³⁹. Trazendo essa perspectiva para a realidade hospitalar, Campos e Amaral⁴⁰ propõem a reconstituição de um “traço artesanal” ao trabalho clínico e a reestruturação do fluxo assistencial, de modo a diminuir a fragmentação do trabalho que, em geral, produz a desresponsabilização do profissional pelo seu objeto de cuidado. Para tanto, sugerem a implantação da “clínica ampliada” com base em uma metodologia capaz de combinar a padronização das condutas diagnósticas e terapêuticas com as necessidades de adaptação às peculiaridades de cada caso. A estruturação dessa forma de assistência deve se sustentar na ampliação do objeto de trabalho da clínica: pessoas concretas, nas quais o risco e a vulnerabilidade estão encarnados e contextualizados, o que implica uma clínica do sujeito e não da doença, ou do risco⁴⁰.

Tal compreensão implica igualmente a ampliação do objetivo ou finalidade da clínica que, além da produção de saúde, deve ser capaz de facilitar o desenvolvimento de algum grau de autonomia dos pacientes. Isso requer o uso de métodos terapêuticos e diagnósticos que extrapolam as cirurgias e a administração de fármacos, atingindo os campos da escuta, da educação em saúde e do apoio psicossocial, o que exige um trabalho a ser realizado numa equipe permeável à interdisciplinaridade⁴⁰.

Para que os hospitais consigam promover o trabalho com a clínica ampliada, Campos e Amaral sugerem alguns recursos como a construção de projetos terapêuticos singulares para casos complexos e com alta vulnerabilidade, a ser elaborada mediante discussão da equipe interdisciplinar, adoção de uma metodologia de gestão participativa (cogestão), baseada na prática de construção conjunta de protocolos, diretrizes clínicas, projetos, planos e programas de avaliação e acreditação⁴⁰.

Trata-se de uma alteração da lógica organizacional hospitalar que, em geral, se orienta com base nas especialidades. Para tanto, esses autores propõem a adoção de alguns arranjos, tais como equipes de referência e profissional de referência, colegiado de gestão e apoio matricial – todos eles pautados pelo vínculo entre profissional e usuário e pelo compartilhamento das responsabilidades e saberes relacionados à gestão e à atenção.

Campos e Amaral admitem, entretanto, que a eficácia dos arranjos propostos depende do enfrentamento da dicotomia representada, por um lado,

pela necessidade de incorporação de novas tecnologias e maior flexibilidade administrativa e, por outro, pelo imperativo de que os hospitais funcionem em articulação estreita com outras organizações e integrados a uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços, tendo que pactuar seu papel e sua responsabilidade sanitária.

Buscando estabelecer com esses autores um debate, vimos reconhecendo a importância de suas contribuições e procurando incorporá-las para a compreensão dos imensos desafios e limites vividos em muitas experiências de planejamento e gestão de serviços, quando muitos dos espaços e dispositivos “agregadores” não raro acabam por se transformar em espaços meramente formais, ritualísticos, não só esvaziados pela baixa frequência de participações como também esvaziados simbólica e politicamente como espaços de possibilidade de exercício de autonomia, de poder, de criatividade e construção coletiva.

Com essas preocupações, vimos problematizando e discutindo outras questões que nos parecem igualmente relevantes para a intervenção nas organizações de saúde. Aqui destacamos a problemática da relação prazer-sofrimento no trabalho – e as consequências, sobre a qualidade do cuidado, das defesas contra o sofrimento –, a dimensão imaginária e simbólica das organizações e suas implicações sobre o vínculo dos trabalhadores com o trabalho, os processos intersubjetivos e grupais e suas implicações sobre as possibilidades de solidariedade e cooperação, por exemplo^{9,23,32,33,41}.

Na perspectiva com que trabalhamos, a organização é uma realidade viva, na qual os sujeitos vivem seus desejos de afiliação, em que se instaura não somente o jogo do poder, mas também o do desejo, apresentando-se como cenário condicionado pelas possibilidades de ligação entre os sujeitos e grupos e de investimento afetivo na organização. Essa abordagem se interessa pelo indivíduo em situação, recusando-se a separar o indivíduo e o coletivo, o afetivo e o institucional, os processos inconscientes e sociais. Destacamos, particularmente, a categoria de imaginário organizacional como base para a construção de projetos coletivos, para o estabelecimento do vínculo dos indivíduos com as organizações e para se pensar a mudança organizacional.

Um ponto importante dessa perspectiva é que, embora venhamos explorando caminhos que permitam analisar a articulação entre processos intersubjetivos e construção de processos de mudança, não deixamos de lado o reconhecimento dos elementos que atuam no sentido contrário, de resistência à mudança e, mesmo, de ataque ao vínculo social – elementos fundamentais na compreensão da dinâmica atual das organizações de saúde.

Os hospitais e os serviços de saúde em geral também são espaços para manifestação de hostilidade e violência que se expressam, por exemplo, como mal-estar, ataques, boicotes, comportamentos autoritários, proliferação de

mentiras e comportamentos paranóides¹⁵. As organizações, favorecendo a luta pelo poder, mostram-se como campo propício à pulsão de morte^{23,33,41} em sua ação disjuntiva. Sem o reconhecimento desses processos, corremos o risco de alimentar uma visão muito otimista das organizações que, longe de contribuir para se avançar na cooperação e na solidariedade, produz cegueira sobre seus obstáculos.

Considerações finais

Os dois grupos de abordagens aqui discutidos, embora apresentem importantes contribuições para o enfrentamento dos desafios da gestão da atenção hospitalar, sendo complementares em alguns aspectos, apresentam, no entanto, contradições, especialmente porque partem de bases teóricas e epistemológicas distintas, resultando, como visto, em diferentes modos de se conceberem as organizações – sua dinâmica de funcionamento, os sujeitos/atores nelas inseridos, os processos de trabalho –, bem como em diferentes estratégias e instrumentos para a mudança organizacional.

No entanto, acreditamos que, diante dos imensos desafios apresentados pela realidade político-institucional em que se insere grande parte dos serviços públicos de saúde, particularmente os hospitais, os gestores, nas suas tentativas de implementação de mudanças efetivas no âmbito da qualidade dos serviços, lancem mão de estratégias e instrumentos oriundos das mais diversas abordagens, a despeito das dificuldades de articulação e/ou compatibilidade teórico-conceitual entre elas.

No caminho de investigação que vimos construindo, entendemos que os processos organizacionais envolvem os sujeitos e os grupos e, assim, a dimensão do desejo, do afeto, dos processos inconscientes, do investimento psíquico dos sujeitos no trabalho, em articulação com suas dimensões materiais, burocráticas, políticas e sociais. Nessa perspectiva, ainda que as estratégias e os dispositivos de gestão utilizados possam vir a ser, mais ou menos – em razão dos referenciais que os informam –, favorecedores de mudanças na qualidade da atenção, essas abordagens não podem ser avaliadas de forma descontextualizada com relação à singularidade dos casos/realidades em que são adotados.

O potencial de mudança de cada experiência não apenas se apoia nas características teórico-metodológicas das propostas que a inspiram, mas principalmente depende da capacidade de mobilização subjetiva e de construção coletiva de projetos para a organização, em que os processos de idealização e identificação^{23,32} são os reais substratos.

Entendemos que o reconhecimento da centralidade da dimensão intersubjetiva do trabalho gerencial³² e do trabalho em saúde²³ obriga a gestão a

considerar seus limites de intervenção e de controle diretos sobre aquilo que se passa nas organizações e, conseqüentemente, nos obriga a uma postura mais modesta com relação às possibilidades de mudança das práticas de saúde. Cabe-nos, como investigadores, explorar a singularidade das experiências e conhecer suas possibilidades e limites na melhoria da qualidade do cuidado em saúde.

Agradecimentos

Ao CNPq, pelo financiamento da bolsa de Iniciação Científica da aluna Gisele Silva Ceciliano, que participou de parte da busca de experiências em bases bibliográficas.

Referências

1. Oteo LA, editor. *Gestión clínica: desarrollo e instrumentos*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos; 2006.
2. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos, RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Abrasco; 1997.
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. 2001. [site da Internet]. [acessado 2005 maio 05]. Disponível em: www.humaniza.org.br. Acesso em: 20 maio 2005.
4. Brasil. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. 1ª edição, 1ª reimpressão; 2004.
5. Merhy E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: Cecílio L, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.
6. Merhy E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy E, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial; 1997.
7. Merhy E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
8. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Abrasco; 2001.
9. Sá MC. *Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência* [tese]. São Paulo: USP; 2005.
10. Mendes EV. *Os grandes dilemas do SUS: tomos I e II*. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora; 2001.

11. Portela MC, Lima SM, Vasconcelos MTL, Escosteguy CC, Ferreira VMB, Vasconcelos MM *et al.* Fatores associados ao uso de diretrizes clínicas em operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços hospitalares no campo da Saúde Suplementar no Brasil. *Cien Saude Colet* 2008; 13(5):1553-1565.
12. Vecina Neto G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Cien Saude Colet* 2007; 12(4):825-839.
13. Anvisa. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. Informes Técnicos Institucionais. *Rev. Saúde Pública* 2004; 38(2):335-336.
14. Portela MC, Martins M, Lopes CMB. Caderno de estudo: gestão da qualidade em saúde. In: Barbosa PR, Costa e Silva V, organizadores. *Programa de Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: EAD/Ensp; 2010.
15. Sá MC, Azevedo C, Grabois V, Miranda L, Lima SML, Fonseca ML, Ceciliano, GS. Avaliação de experiências inovadoras no âmbito da organização e gestão da atenção em hospitais do SUS [projeto de pesquisa]. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz; 2010.
16. Bernardes A, Cecílio LCO, Nakao JRS, Évora YDM. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. *Cien Saude Colet* 2007; 12(4):861-870.
17. Braga Neto FC, Barbosa PR, Santos IS. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: Giovanella L *et al.*, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
18. La Forgia GM, Couttolenc BF. *Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. São Paulo: Singular; 2009.
19. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
20. Sá MC, Carreiro TC, Fernandes MIA. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. *Cad. Saude Publica* 2008; 24(6):1334-1343.
21. Schraiber LB. Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas [tese de livre-docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo/Faculdade de Medicina/Departamento de Medicina Preventiva; 1997.
22. Schraiber LB. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec; 1993.
23. Sá MC. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2009; 13(supl.1): 651-664.
24. McSherry R, Pearce P. *Clinical Governance: a guide to implementation for healthcare professionals*. Oxford: Blackwell Publishing; 2007.
25. Sang B. Fixing the broken triangle: improving patient and public involvement in clinical governance, locally and nationally. In: Lugon M, Secker-Walker J. *Clinical Governance in changing NHS*. London: Royal Society of Medicine Press; 2006.
26. Ayres JR. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS-Uerj/Abrasco; 2009.
27. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas – o caso da saúde. In: Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 29-88.

28. Onocko Campos R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Cien Saude Colet* 2005; 10(3):573-583.
29. Cecílio LCO, Mendes TC. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? *Saúde e Sociedade* 2004; 13(2):39-55.
30. Cecílio LCO. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-Uerj/Abrasco; 2003.
31. Azevedo C. Sob o domínio da urgência: o trabalho dos diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro [tese]. São Paulo: USP; 2005.
32. Azevedo CS, Fernandes MIA, Carreteiro TC. Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad. Saude Publica* 2007; 23(10):2410-2420.
33. Lima SML. *Possibilidades e limites do contrato de gestão para o aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos hospitais de ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2009.
34. England R. *La contratación y la gestión del rendimiento en el sector salud: conceptos, indicaciones y ejemplos para su puesta en práctica*. Londres: Departamento para el Desarrollo Internacional. Centro de Recursos en Sistemas de Salud; 2002.
35. Chanlat JF. Antropologia, cultura e a organização: proposta de um modelo construtivista. In: Chanlat JF, coordenador. *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. v.3. São Paulo: Atlas; 1996.
36. Menezes RA. Difíceis decisões: uma abordagem antropológica da prática médica em CTI. *Physis Rev Saude Coletiva* 2000; 10(2):27-49.
37. Chanlat JF. O Gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos. In: *Anais do VII Congresso Internacional del CLAD sobre La Reforma del Estado y de la Administracion Publica*; 2002; Lisboa.
38. Cecílio LCO. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface – Comunic, Saude, Educ* 2007; (11)22:345-363.
39. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
40. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma de hospitais. *Cien Saude Colet* 2007; 12(4):449-459.
41. Azevedo CS, Braga Neto FC, Sá MC. Indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. *Cad. Saude Publica* 2002; 18(1):235-247.

Processo decisório em Comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde: governabilidade resiliente, integração sistêmica (auto)regulada

Decision process in the Brazilian Health Intergovernmental Committees: resilient governability, (self)regulated systemic integration

Alcides Silva de Miranda¹

Resumo Análise estratégica sobre processos e arranjos decisórios ocorridos em Comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS) de diversos âmbitos. Trata-se de instâncias de autoridade coordenada, cujo propósito normativo é operacionalizar negociações e pactuações entre representantes de gestores de saúde das três esferas governamentais. Realizou-se um estudo de casos múltiplos com base na combinação de métodos de Análise Estratégica em Saúde, com abordagem hermenêutica e dialética de discursos práticos e proferimentos regulativos. Para o setor governamental de saúde, evidenciou-se que tais instâncias e processos decisórios consubstanciaram estratégias cooperativas e inovações procedimentais visando ao incremento da governabilidade interfederativa, embora ainda sob égide vertical e com o predomínio de estratégias de *premiação por adesão* às iniciativas ministeriais. Denotou-se a preeminência de um modo de governabilidade mais orientado para a coordenação de acordos sobre arranjos de resiliência para se lidar com estratégias programáticas verticais e com a escassez de recursos disponíveis. Constatou-se também que a hegemonia e a unidirecionalidade da política econômica vigente tendem a reduzir o grau de autonomia decisória dos gestores de saúde, produzindo modos de integração sistêmica (auto)regulada, indutores de comportamentos regrados e de competências mais normativas e teleológicas.

Palavras-chave: *Gestão em saúde, Sistema Único de Saúde, Política de saúde, Tomada de decisões, Comissões Intergestores do SUS*

Abstract A strategic analysis about decision processes and arrangements that occurred in intergovernmental committees of the Brazilian Health System. These are instances of coordinated authority, whose normative and operational purpose is making negotiations and pacts among representatives of health managers from three governmental levels. A multiple case study was conducted, from the combination of methods of health strategic analysis, with hermeneutics and dialectic approach to practical discourses. For the governmental Health sector, this study showed that these instances contain a strategic and cooperative decision making and procedural innovations aimed at enhancing governance among federative levels, still under the vertical predominance of strategies of an award by the adhesion of ministry initiatives. It was observed a preponderance of governability way more oriented to agrees arrangements about resiliency, to toil with program strategies and with scarce budgets. It was noted too, the hegemony and unidirectionality of present economic policy, predisposing restrictions of decision autonomy health managers, making ways of systemic and (self)regulated integration, with induction of ruled behaviors and competences more normative and teleological.

Keywords: *Health management, Single health system, Health policy, Decision making, Brazilian health intergovernmental committees*

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS. alcides.miranda@ufrgs.br

Introdução

Sob a égide democrática, os processos de centralização e descentralização de políticas governamentais entre entes federativos implicam o deslocamento consentido de modalidades e gradientes de poder e autonomia no âmbito institucional – o que pressupõe a necessidade de acordos políticos formais entre as partes envolvidas.

Muitos autores têm discutido e publicado relatos de estudos sobre as influências e decorrências da institucionalização de instâncias específicas para a realização de negociações e a produção de acordos e decisões intergovernamentais sobre políticas públicas, particularmente aquelas concernentes aos processos de descentralização política e administrativa dos sistemas e serviços de saúde.

Em publicações internacionais, autores constataam a crescente complexificação e burocratização dos processos de decisão intergovernamental, em razão da produção, considerada excessiva, de normas (inter)institucionais que regulam os sistemas de saúde¹. Observam-se ainda a constância e a preponderância de ajustes informais, *ad hoc*, entre os atores governamentais que participam de tais processos decisórios e inovações organizacionais nos procedimentos relacionados ao compartilhamento de decisões, de custos e de autoridade no regime federativo^{2,3}.

Essa discussão está inscrita em um contexto mais abrangente, que trata de questões relacionadas com as reformas contemporâneas de Estados, notadamente federativos, como também com seus modos de *governabilidade* e *governança*. Entretanto, convém reconhecer preliminarmente a polissemia e a polifonia das numerosas definições de tais conceitos, aplicáveis com diversos propósitos e em variadas conotações discursivas. Neste texto, a conotação de *governabilidade* está referida especificamente aos marcos e dinâmicas de regulação intergovernamental, além das condições sistêmicas, em que se constitui o exercício mais estável do poder interinstitucional, mediante características gerais do sistema político, relações entre os poderes instituídos, sistemas partidários, instâncias federativas, sistemas e modos de intermediação de interesses etc.⁴. A conotação de *governança* está referida à capacidade de ação governamental para a implementação de políticas institucionais, tais como: meios de interlocução e administração dos conflitos de interesses, mecanismos de responsabilização pública dos governantes⁵.

Há muitas definições teóricas acerca dos regimes federativos existentes. Alguns autores buscam classificá-los com base em suas formas de financiamento conjunto e na divisão de responsabilidades entre as instâncias governamentais na execução das políticas de saúde¹. Outros autores procuram enfatizar as prerrogativas de autoridade estabelecidas entre os entes governa-

mentais, com assimetrias e hierarquia, com equivalência ou superposição, com autonomia interdependente e coordenação conjunta³.

Tipificações sobre regimes federativos servem mais para identificar algumas características preponderantes do que propriamente para definir modelos. Por exemplo: se considerarmos as características e peculiaridades do atual regime federativo brasileiro, haveria dificuldade para se definir alguma classificação específica⁶. Neste caso, denotam-se características diversas, como a separação de algumas prerrogativas e responsabilidades formais entre as esferas de governo, o compartilhamento de alguns custos (mediante o repasse de recursos tributários em bloco) e a existência de algumas instâncias intergovernamentais de negociação e autoridade coordenada (regulamentada por normas administrativas e não por legislação própria).

Muitos autores afirmam que o processo histórico de conformação e consolidação das relações federativas no Brasil se caracterizou mais pela preponderância da centralização do poder decisório pela esfera federal de governo, com curtos períodos de negociação e busca de maior equilíbrio entre os entes federativos^{6,7,8}. Constata-se também que a direção, a gestão e a integração das políticas governamentais no Brasil caracterizaram-se mais pela informalidade, pela inconstância e pela preponderância de modos de *regulação ad hoc* forjados de acordo com as demandas ou conveniências circunstanciais e imediatas^{9,10}, dependentes de interesses de dirigentes políticos ou de grupos e corporações com influência sobre o Estado, muitas vezes à revelia da legislação vigente^{7,11,12,13}.

O atual pacto federativo brasileiro estabelece premissas normativas para as relações intergovernamentais, com equivalência de prerrogativas de autoridade territorial e interdependência de margens de autonomia. Também estabelece princípios de complementaridade, subsidiariedade, solidariedade e cooperação¹⁴. Entretanto, é escassa a legislação infraconstitucional apropriada para mediar e regular as relações intergovernamentais, assim como são raros os dispositivos legais dispostos para tal finalidade.

Aquém dos preceitos normativos, as relações intergovernamentais no Brasil estão multideterminadas pela assimetria e desproporção do domínio e usufruto de recursos de poder institucional (notadamente recursos tributários) entre os entes governamentais; pelas desigualdades existentes (inter-regionais, interestaduais, intermunicipais etc.); pela alternância de conjunturas históricas de maior e menor centralização da União para com os estados (tendência pendular), além de outros fatores intervenientes¹⁵.

No caso específico do setor governamental de saúde, a conjuntura imediata e posterior à promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF-1988) possibilitou a emergência e o protagonismo de novos atores governamentais, representantes de secretarias estaduais e municipais de Saúde, cuja atuação e

demandas por descentralização política e administrativa estimularam a criação das Comissões Intergestores do SUS, de abrangência nacional (Tripartite), estadual (Bipartites) e intraestadual (Bipartites microrregionais).

Inicialmente criadas por deliberação do Conselho Nacional de Saúde e posteriormente regulamentadas por portaria ministerial, as Comissões Intergestores do SUS estão caracterizadas, por meio de portarias administrativas, como instâncias colegiadas de negociação e articulação entre os gestores governamentais de saúde, com o propósito anunciado de *desenvolver a integração* intergovernamental, *gerenciar a descentralização do SUS*, *assistir o Ministério da Saúde e discutir e elaborar propostas de operacionalização e implantação do SUS*¹⁶.

Já existem muitas publicações de estudos empíricos sobre as Comissões Intergestores do SUS. Alguns estudos abordam os processos e arranjos decisórios na Comissão Intergestores Tripartite^{17,18}, mas a maioria dos estudos publicados enfoca mais as Comissões Bipartites estaduais, com conotações mais positivas acerca da tendência de melhor distribuição de recursos públicos e da divisão de responsabilidades assistenciais^{19,20,21,22}.

Em se tratando de análises sobre os arranjos e processos decisórios intergovernamentais orientados para a qualificação e o incremento do processo de descentralização política e administrativa no contexto do SUS, podem ser evidenciadas críticas com ênfase em vantagens e desvantagens.

Há autores que evidenciam a vantagem da gradativa delimitação de limites para a autonomia política e administrativa das esferas de governo²³; o incremento na disseminação, implementação e intercâmbio de *estratégias programáticas* em saúde entre as esferas governamentais²⁴; o incremento de gradientes de homogeneidade, necessários para a unificação de políticas de saúde em todo o território nacional, com base na normalização federal negociada nas Comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde²⁵. Outros autores realçam mudanças significativas na coordenação federativa do setor de saúde com inovações, formais e informais, verticais e horizontais, nos arranjos institucionais para definir responsabilidades entre esferas de governo, transferências fiscais intergovernamentais e relações entre gestores do SUS e governantes²⁶.

Alguns autores^{27,28,29,30} buscam enfatizar o predomínio de acordos informais estabelecidos entre grupos de interesses que buscam consolidar alianças intraburocráticas, mediadas pelo discurso técnico e pela institucionalização dos conflitos; a ênfase em processos decisórios autorregulados, com coalizões político-partidárias e de caráter setorial que visam mais à pactuação de interesses competitivos relacionados principalmente com a gestão de recursos financeiros do sistema de saúde; a competição pela centralidade no processo de formulação e regulação política, entre as instituições governamentais e as instâncias de controle social em saúde.

Também há alusões sobre a predominância e a persistência do controle federal no repasse de recursos financeiros (em termos de quantidades ou modalidades) e a crescente normalização para um processo de *delegação tutelada* de tarefas e responsabilidades às esferas subnacionais de governo³¹.

Constatam-se, ainda, a ênfase na racionalização sistêmica do processo de descentralização intergovernamental do SUS³² e a redução ao aspecto estratégico de racionalização por eficiência³³. Ressalta-se a constatação de que grupos de interesse de mercado pouco têm se envolvido em instâncias dessa natureza, dando preferência a exercer influência diretamente sobre os governantes³⁴.

Se existe um maior interesse por parte de pesquisadores e uma crescente produção de estudos e análises sobre os espaços e processos de decisão intergovernamental, predominam as abordagens e análises pautadas pelos atributos de funcionalidade e utilidade, em termos de ajustes sistêmicos orientados para o aumento da eficácia e da eficiência na descentralização e na implementação das políticas do setor.

Pode ser uma contribuição útil e original para os estudos sobre as Comissões Intergestores do SUS um enfoque que evidencie contradições e conflitos inerentes aos processos e arranjos decisórios intergovernamentais sobre políticas de saúde; que considere, além das razões e dos propósitos sistêmicos ou normativos, as interações políticas entre os atores governamentais, suas motivações, razões e ações pautadas por interesses e intencionalidades. Ou um enfoque mais específico sobre o processo de constituição de atores governamentais, com um determinado *habitus*³⁵, com delegações de poder e margens de autonomia para negociar e produzir decisões conjuntas restritas ao âmbito setorial e ao seu continente de gestão governamental – o que requer contextualizações de abrangência, consubstanciadas em diversos tensionamentos, mediações e arranjos orientados para a busca de governabilidade e amparo de governança setorial.

Também pode ser uma contribuição útil um enfoque sobre atores governamentais implicados em cenários, tramas, dramas e movimentos estratégicos correlatos, cuja conformação logística de cálculo sobre viabilidade política, técnica e administrativa conforma um sentido discursivo intertextual^{36,37,38,39}.

Trata-se, nesse enfoque, de analisar atores governamentais e suas interações institucionais em arenas e processos decisórios intergovernamentais, com ênfase nos *discursos práticos* e na caracterização de algumas racionalidades de ação, mais proeminentes no âmbito dos sistemas institucionalizados⁴⁰ – discursos práticos que busquem comprovar os *proferimentos regulativos* em razão de sua aplicabilidade no mundo real e cotidiano; não somente a sua reflexividade, mas também a sua capacidade crítica, de tematização sobre as questões inerentes às condições objetivas em que se dão as interações, no-

tadamente políticas. São racionalidades de ação (normativa, instrumental, estratégica, comunicativa) caracterizadas por sua ênfase na constituição de competências e protagonismos correlatos aos processos e arranjos decisórios, mas também típicas dos modos de integração em processos e práticas de gestão governamental.

Importa ampliar o escopo de análise de processos decisórios desse tipo, para além de uma conformação de racionalidades e comportamentos regrados e orientados somente para a escolha, mesmo que negociada e pactuada, de opções instrumentais com base em interpretações sobre o contexto normativo em voga. Em tal perspectiva, torna-se importante evidenciar intencionalidades, cálculos, expectativas e movimentos logísticos de interação política; destacar as características e natureza dos acordos e pactuações como decorrentes de distintos meios estratégicos de mediação política, cooperação e entendimentos firmados intersubjetivamente num ambiente de poliarquia⁴¹.

Metodologia

Este artigo tem como metodologia o estudo de casos múltiplos, de níveis analíticos conexos e imbricados⁴², com síntese de análise estratégica baseada no “modelo de integração para as lógicas de investigação em saúde”³⁷. O substrato de análise são discursos práticos proferidos por dirigentes governamentais com atuação formal em Comissões Intergestores do SUS e discursos formais documentados. Os casos selecionados são instâncias decisórias intergovernamentais do Sistema Único de Saúde:

- Comissão Intergestores Tripartite (CIT/BR), sediada em Brasília (DF), que funciona desde 1991 e conta com a participação de representações e representantes de gestores e dirigentes de saúde das três esferas de governo: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Nacional de Secretários - estaduais - de Saúde (Conass) e Ministério da Saúde;
- Comissão Intergestores Bipartite do Ceará (CIB/CE), sediada em Fortaleza (CE), que funciona desde 1994 e conta com a participação de representações e representantes de gestores governamentais de todos os municípios do estado: Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (Cosems-CE) e dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde (Sesa);
- 10 (dez) Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais do Ceará (CIBs/MR-CE) - de um total de 22 - sediadas em Microrregiões de Saúde do estado (Fortaleza, Camocim, Crateús, Aracati, Itapipoca, Limoeiro do Norte, Caucaia, Iguatu, Brejo Santo e Juazeiro do Norte), que funcionam desde 2000 e contam com a participação de gestores e dirigentes governamentais dos respectivos municípios integrantes e Células Regionais da Secretaria Estadual da Saúde (Ceres).

A escolha do caso da CIB/CE foi intencional, segundo o critério de conveniência, proximidade e maior facilidade para a realização do estudo. A seleção do caso da CIB/MR-CE correspondente à região metropolitana de Fortaleza também foi intencional; a seleção dos casos das nove CIBs/MR-CE restantes foi aleatória, de acordo com critérios preliminares de distribuição proporcional e sua localização nas três Macrorregiões Estaduais de Saúde do Ceará.

Os subsídios para o estudo foram coletados com base em fontes primárias: entrevistas com informantes-chave. Para a delimitação do número de entrevistas e constituição do *corpora* analítico, adotaram-se os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e recorrência de conteúdos temáticos.

Para o caso da CIT/BR foram selecionados e entrevistados 16 informantes-chave, sendo quatro dirigentes do Ministério da Saúde, cinco dirigentes do Conass e sete dirigentes do Conasems. Tais informantes foram selecionados mediante critérios de procedência de distintas regiões do país, experiência e antiguidade como gestores de saúde, representação de distintos portes de estados ou municípios e titularidade nas entidades de representação dos gestores de saúde nos âmbitos nacional e estadual. As entrevistas foram realizadas no período de janeiro de 2001 a junho de 2002.

Para o caso da CIB/CE, foram selecionados e entrevistados seis informantes-chave, sendo três dirigentes da SES-CE e três dirigentes do Cosems-CE. Tais informantes foram selecionados segundo critérios de procedência de distintas Macrorregiões de Saúde do estado, experiência e antiguidade como gestores de saúde, representação de distintos portes de municípios, titularidade e antiguidade na representação e participação. As entrevistas foram realizadas no período de junho a agosto de 2006.

Para o caso das CIBs/MR-CE, foram selecionados e entrevistados vinte informantes-chave, sendo um secretário municipal de Saúde e um dirigente de Célula Regional da SES-CE de cada Microrregião de Saúde selecionada. Tais informantes foram selecionados segundo critérios de titularidade na representação, maior período de tempo e regularidade de participação nos respectivos colegiados. As entrevistas também foram realizadas no período de junho a agosto de 2006.

Também foram produzidos subsídios com base em fontes secundárias: documentos arquivados (atas e resumos de reuniões, relatórios técnicos) e relatórios escritos (“diários de campo” e notas de observação de reuniões intergestores realizadas). O período delimitado para a análise documental dos casos selecionados corresponde a dez anos para a CIT/BR (1993-2003) e seis anos para a CIB/CE e CIBs/MR-CE (2000-2006).

Para o processamento e o tratamento analítico das informações obtidas, adotou-se a seguinte logística³⁷:

1) Lógica extensiva: análise descritiva de informações e dados considerados pertinentes e relevantes para a caracterização dos casos.

2) Lógica intensiva: identificação e explicação de significados apreendidos dos discursos formais (documentos) e práticos (informantes-chave). Para identificação, ordenação e análise preliminares do *corpora* de leituras, assim como para a categorização de significados por reagrupamentos analógicos (conteúdos temáticos), adotou-se uma técnica adaptada do método de *Análise de Conteúdo*⁴³. Neste componente logístico, foi utilizado um programa de análise qualitativa (*Atlas.ti*).

3) Lógica hermenêutica: interpretação e compreensão de sentido discursivo, com base em diálogos e sínteses intertextuais.

4) Lógica dialética: identificação de contradições e polarizações discursivas (análise intertextual), mediações, suturas e síntese dimensionada com base nas seguintes dimensões:

- singularidade dos casos no tempo de curto prazo: tipo de organização do espaço (regras e procedimentos formais, relações de formalidade e informalidade, direcionalidade decisória, transparências e opacidades), constituição dos atores implicados (seus discursos e representações, meios relacionados com as situações e estratégias do jogo interativo, tipos de operações em relação aos propósitos estratégicos estabelecidos etc.);
- particularização dos casos no tempo de médio prazo: conexões conjunturais com a estrutura e processos sociais em curso, tipos organizativos e estratégias sociais empregadas;
- generalização dos casos no tempo de longo prazo: acumulações de poder e produção de regularidades, direcionalidade política e contextualização histórica.

Para a realização do estudo observaram-se e cumpriram-se as condições previstas pelo *Código de Ética de Investigações Humanas*, aprovado pela resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, além dos princípios éticos contidos na versão atual da Declaração de Helsinque (WMA). Para a coleta e a análise de documentos, foram realizadas consultas e obtidas as anuências formais das instituições implicadas. Em todas as entrevistas foram assinados os termos de “consentimento livre e esclarecido” e garantidos o esclarecimento, liberdade de recusa a qualquer tempo e o sigilo sobre a identidade dos entrevistados.

Descrição de resultados mais relevantes

Os casos das Comissões Intergestores Bipartites do Ceará

Os temas evidenciados sobre as Comissões Intergestores Bipartites estadual (CIB/CE) e Microrregionais (CIBs/MR-CE) estão referidos às conotações de vantagens/desvantagens e disposições concernentes aos movimentos de centralização-descentralização no âmbito estadual, com ênfase nas contradições identificadas com base nos discursos de representantes das secretarias municipais (SMS) e estadual (Células Regionais da SES) de Saúde, como também de municípios com maiores e menores redes de serviços de saúde.

As pautas e agendas decisórias das CIBs/MR-CE podem ser caracterizadas por uma predominância de demandas oriundas da CIB/CE, notadamente acerca de encaminhamentos derivados de normas administrativas e programáticas deliberadas nas instâncias decisórias, nacional e estadual. Também foram pautados e agendados demandas e outros assuntos de âmbito locorregional. Alguns desses assuntos com representação de demandas locorregionais foram encaminhados, formalmente e/ou informalmente, para a apreciação na CIB/CE.

Acerca dos processos decisórios, são vantagens ressaltadas: o fortalecimento do sentimento de pertença da parte dos gestores de saúde da microrregião; o incremento no convívio, aproximação e interação entre gestores municipais de saúde; um maior intercâmbio de experiências entre municípios; o fortalecimento das instâncias microrregionais de administração da SES; o estímulo à constituição de acordos prévios para a definição de agendas e pautas de discussão; uma melhor qualificação na participação de assessores técnicos municipais; o reforço dos processos de participação e corresponsabilização entre os gestores em torno da organização dos sistemas microrregionais de saúde.

Uma vantagem destacada refere-se a um acordo que determina a publicidade e submissão prévia, ao crivo das CIBs/MR-CE, de quaisquer projetos de investimentos em serviços de saúde nas microrregiões. Há uma constatação de que tal sistemática estaria constringendo a proliferação de demandas particulares de investimentos, notadamente de emendas parlamentares, descontextualizadas do perfil de necessidades da microrregião.

As principais desvantagens realçadas nos discursos dos participantes das CIBs/MR-CE e CIB/CE estão referidas a questões como: a capacitação insuficiente de pessoal técnico dos pequenos municípios; a ausência de assessoria para a preparação e o encaminhamento de questões formais e burocráticas; o pouco conhecimento, da parte dos participantes, acerca das prerrogativas e funções das CIBs/MR-CE; as deficiências na comunicação

formal entre CIBs/MR-CE e CIB/CE (muitas vezes, os membros das CIBs/MR-CE dizem desconhecer as pactuações realizadas preliminarmente na CIB/CE); a deficiência de apoio logístico por parte das representações microrregionais da SES; a pouca participação de municípios-polo (maior porte, maior rede instalada) em algumas CIBs/MR-CE; o descumprimento, por parte de alguns municípios, de pactuações realizadas; e a grande rotatividade de secretários municipais de Saúde.

No Quadro 1, estão descritas disposições discursivas acerca de significações e conotações de sentido correlatas aos referidos processos decisórios – caracterizações que não podem ser alinhadas em perfis típicos ou *habitus*³⁵ específicos, pois conformam uma multiplicidade de opiniões entre os diversos representantes, independentemente de suas representações institucionais.

Um fenômeno destacado refere-se a uma citada “profissionalização” de secretários municipais de Saúde, no caso, dirigentes com experiências de gestão governamental em vários municípios ao longo dos últimos anos, que migram para exercer o cargo em novos municípios. Alude-se que tais “secretários profissionalizados” são “disputados” pelos prefeitos, por terem maior domínio sobre os ritos e trâmites necessários ao ofício, melhor rede de contatos e acesso às informações institucionais, melhor capacidade de representação de interesses. Entretanto, nem todos veem com bons olhos a conformação desse corpo de dirigentes “profissionalizados”, pois, segundo versões, eles levam consigo, para os municípios para onde migram, os capitais acumulados e os melhores quadros técnicos formados e adestrados no decorrer dos processos de gestão governamental.

Notadamente da parte de representantes de municípios de menor porte populacional, observou-se um afã para o desenvolvimento de competência instrumental própria como requisito para a observância, o cumprimento e a execução de normas administrativas e programáticas preestabelecidas – o que significa aprender mais sobre a “linguagem” típica e sobre os procedimentos normativos. Em consequência, há uma forte demanda para o treinamento e o adestramento de quadros técnicos locais.

Sobre o processo decisório no âmbito da CIB/CE, verificou-se o predomínio de pautas e agendas mais orientadas para a tomada de decisões sobre encaminhamentos de demandas do Ministério da Saúde, da Comissão Tripartite ou do nível central da SES. Constatou-se uma exiguidade de pautas e agendas sobre demandas e decisões oriundas das CIBs/MR-CE.

Ao longo do período estudado, observou-se a permanência prolongada, de modo contínuo ou intermitente, de alguns representantes municipais e estaduais na CIB/CE. No caso dos representantes municipais, trata-se de dirigentes com experiências de gestão governamental em vários municípios (perfil dos chamados “secretários profissionalizados”); no caso dos represen-

tantes da SES, dirigentes do nível central de alguns setores específicos. Tal permanência é entendida como vantajosa por alguns entrevistados, principalmente em razão da maior experiência, do grau de especialização e domínio sobre trâmites e procedimentos necessários para melhor representação de interesses de seus pares. Outros entrevistados buscam ressaltar as desvantagens decorrentes da pouca renovação de representantes e da conformação de grupos de interesses particulares.

O caso da Comissão Intergestores Tripartite

De modo sucinto, estão apresentados a seguir os temas discursivos evidenciados na análise (de todos os casos), as conotações correlatas de preponderância, a conformação de pautas e agendas e as formas organizativas do processo decisório no âmbito mais específico da CIT.

Com base na análise dos discursos proferidos pelos representantes das três esferas de governo com atuação na Comissão Intergestores Tripartite, podem ser evidenciados os seguintes temas: preponderância de tipos de interesses implicados nos processos decisórios intergestores; preponderância de tipos de poder institucional; características predominantes na divisão de responsabilidades, atribuições e competências das esferas de governo com relação aos sistemas e serviços de saúde; características predominantes das relações intergovernamentais; características predominantes das relações das representações dos gestores municipais e estaduais para com o Ministério da Saúde; postura predominante com relação à prerrogativa de precedência e preponderância do ministério na definição de pautas e agendas; posições sobre a tendência preponderante no processo de regionalização; posições sobre a tendência preponderante no processo de municipalização; natureza predominante da representatividade das entidades de gestores municipais e estaduais; características predominantes nas coalizões entre as representações de governo; características predominantes na definição de competências e relações com o Conselho Nacional de Saúde; volume de normas administrativas e programáticas preestabelecidas; postura predominante sobre o que fazer com as demandas normativas preestabelecidas; características predominantes do modo de regulação das políticas de saúde; disposições sobre a legislação sanitária vigente; acesso às informações consideradas imprescindíveis para as tomadas de decisões.

Da mesma forma caracterizada na análise das Comissões Intergestores Bipartites do Ceará, não foram identificados perfis de uniformidade ou alinhamento de disposições entre representantes em decorrência de suas vinculações ou representações governamentais. Antes, houve posições divergentes intrínsecas a uma mesma representação governamental e convergências de posições entre representantes de distintas representações. Tais disposições,

posições e contraposições também estão descritas no Quadro 1, em termos de significações e conotações preponderantes de sentido.

Quadro 1 – Descrição sumária de características e tipos referentes a significações evidenciadas na análise sobre os processos decisórios nas Comissões Intergestores do SUS, com conotações preponderantes de sentido

SIGNIFICAÇÕES	CONOTAÇÕES PREPONDERANTES DE SENTIDO	
Tipos de interesses implicados nos processos decisórios intergestores	Interesses particulares (pessoais, partidários, corporativos etc.)	Interesses públicos (orientados para a construção do SUS)
Tipos de poder institucional	Poder técnico-administrativo	Poder político
Características na divisão de responsabilidades, atribuições e competências das esferas de governo quanto aos sistemas de saúde	Harmonia e complementaridade	Interferências e extrapolações
Características das relações intergovernamentais	Coordenação e complementaridade	Hierarquia
Característica das relações entre representações de gestores municipais e as SES e o MS	Parceria	Subserviência
Postura sobre a prerrogativa de precedência e preponderância da CIB/CE e CIT na definição de pautas e agendas	Consentimento	Questionamento
Opiniões sobre a tendência no processo de regionalização	Regionalização descendente (recentralização a partir da SES)	Regionalização ascendente (coordenada pelas SMS)
Opiniões sobre a tendência do processo de municipalização	Fragmentação e excesso de autonomia dos municípios	Municípios com pouca autonomia
Opiniões sobre os graus de legitimidade da representação das entidades de gestores municipais e estaduais	Maior legitimidade	Menor legitimidade (corporativismo, “partidarismo”, privilégios de determinados municípios e estados)
Características nas coalizões entre as representações de governo	Predomínio de interesses do sistema de saúde	Predomínio de interesses político-partidários
Características na definição de competências e relações com os Conselhos de Saúde	Subordinação, interdependência e harmonia	Dissociação, interferências e extrapolações
Opiniões sobre o volume de normas institucionais preestabelecidas	Adequado	Excessivo
Opiniões sobre como se lidar com as demandas normativas preestabelecidas	Ênfase na necessidade de desenvolvimento de competência instrumental própria	Questionamento da tendência de verticalização e rigidez burocrática
Características do modo de regulação das políticas de saúde	Preponderância da legislação vigente	Preponderância de normas <i>ad hoc</i>
Opiniões sobre a legislação sanitária vigente	Necessidade de cumprimento	Necessidade de revisão
Acesso às informações consideradas imprescindíveis para a tomada de decisão	Prevalência de transparências	Prevalência de opacidades

Fonte: Estudo de casos de Comissões Intergestores do SUS.

No período analisado, as pautas e agendas mais recorrentes nas reuniões formais da CIT referiram-se aos seguintes assuntos: rotinas de habilitação e certificação de municípios e estados (cumprimento de requisitos normativos, relatórios de gestão etc.); discussão e definição de regras sobre custeio, controle e regulação de estratégias e ações programáticas (Programa Saúde da Família, Saúde Indígena, Saúde Mental, Saúde Bucal etc.); discussão e definição de regras para o custeio compartilhado de insumos (notadamente, medicamentos), contestações sobre as auditorias ministeriais; além de uma diversidade de outros assuntos.

Na definição da agenda de decisão, pode ser identificada uma tática de constante postergação de assuntos considerados inconvenientes ou inoportunos por parte do gestor federal, ou aqueles considerados polêmicos e ainda sem um *consenso informal* entre as representações de governo. Nesse caso, as pautas e agendas mais postergadas trataram de questões de gestão do trabalho (contratos, planos de cargos e carreiras etc.) e disputas sobre o comando de gestão (“comando único”) sobre a rede de serviços estaduais de saúde.

Houve assuntos demandados que, seguidamente, provocaram tensionamentos e mesmo conflitos entre as representações de estados e municípios com relação à representação ministerial, pelo fato de sua constante postergação nas pautas da agenda de decisões: política de pessoal do SUS (particularmente o problema da reposição de servidores federais e estaduais aposentados e até então *cedidos* para trabalhar em serviços municipais de saúde); definição de *comando único* na gestão de sistemas de serviços de saúde, particularmente os problemas na transferência de comando da rede de serviços estaduais para os municípios (principalmente em capitais); sistemática de auditorias e fiscalizações ministeriais nos estados e municípios – particularmente problemas decorrentes da falta de uma definição intergovernamental de critérios para avaliação e auditoria.

As três esferas de governo estão representadas tanto na instância decisória da CIT como no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Nesse aspecto, denotam-se queixas quanto às dificuldades de comunicação entre representantes governamentais nas duas instâncias, ainda que no caso de uma mesma representação.

Vige uma norma administrativa que estabelece a necessidade de encaminhamento regular e periódico de informações da CIT para apreciação e deliberação no CNS⁴⁴. Nesse particular, são destacadas alusões, principalmente da parte de representantes não governamentais no CNS (análise documental de atas), sobre uma extrapolação de prerrogativas decisórias da CIT (como aquelas próprias do CNS) e a não observância do encaminhamento regular e periódico de informações.

A análise do caso da Comissão Tripartite revela uma série de características acerca de sua forma organizativa, tais como a materialidade e os graus de formalidade das relações estabelecidas e a direcionalidade dos procedimentos de transmissão das decisões³⁶.

Em termos da materialidade do espaço decisório, constata-se uma organização formal de suporte para as atividades, inclusive com um aparato burocrático próprio. Trata-se de uma organização formal que, além de coordenação administrativa própria (ministerial), tem estrutura e funções que servem como intermédios para a formalização, o fluxo e a transmissão de decisões.

Na definição da agenda, na constituição de decisões e na produção de acordos intergestores, preponderam as relações de informalidade. A formalidade praticamente está restrita ao momento das reuniões ordinárias e convencionais, quando ocorre a *pactuação* dos acordos produzidos. Em muitos casos, essa informalidade teve o significado de improvisação criativa ante uma situação de fragilidade e instabilidade institucionais; em outros, revelou menor transparência em algumas negociações e articulações entre atores governamentais.

Observou-se uma tendência de unidirecionalidade para a formulação e a transmissão de políticas e de estratégias programáticas. De modo preponderante, a decisão sobre a pertinência e a oportunidade de investimentos e inovações programáticas ocorreu previamente no âmbito do Ministério da Saúde, para depois ser submetida ao processo decisório da CIT. Quanto aos procedimentos para a operacionalização e a implementação dessas políticas e estratégias programáticas, observou-se a tendência de multidirecionalidade, com discussão, negociação, decisão e pactuação estabelecidas no âmbito da CIT.

Os representantes que atuaram no processo decisório da Comissão Tripartite empregaram preferencialmente *estratégias cooperativas de intercâmbio (premiação por adesão)* e *negociação permanente*, orientadas para a *mediação política* dos seus interesses, muitas vezes competitivos das representações de governo – estratégias de *cooperação* apropriadas para a regulação tripartite da competição por recursos financeiros e da *integração sistêmica* de políticas (inter)governamentais e suas decorrentes estratégias institucionais, administrativas e programáticas.

Da parte de alguns representantes entrevistados, apesar do reconhecimento das limitações e dos constrangimentos relacionados aos arranjos decisórios (opacidades, unidirecionalidade, excesso de normas), persiste a valorização positiva da ideia de *negociação permanente* como forma e meio de condução, política e normativa, para o processo de descentralização e *operacionalização* do SUS.

Discussão

De início, constata-se um grau significativo de correspondências e circunscrição das prerrogativas e agendas decisórias das Comissões Intergestores do SUS aos conteúdos de caráter mais programático, de condução e operacionalização das políticas (inter)governamentais – o que está em conformidade com as prerrogativas preestabelecidas nos atos normativos de criação dessas instâncias¹⁶.

Nos casos analisados, há um nítido protagonismo do Ministério da Saúde na definição de pautas e agendas decisórias, com o predomínio de negociações e acordos sobre o encaminhamento de estratégias institucionais (administrativas *ad hoc* e programáticas), muitas vezes definidas aprioristicamente em termos de oportunidade e pertinência, e pautadas para a negociação intergovernamental sobre o seu *modus operandi* e a distribuição de recursos financeiros (originariamente federais). Essa tendência é mais evidente quando se trata das agendas e pautas decisórias das Comissões Intergestores mais periféricas.

Na perspectiva de interlocução estável e negociação permanente, decorrente da gradual institucionalização dessas instâncias decisórias, prevaleceram *estratégias cooperativas de intercâmbio*³⁸, principalmente mediante *premiação por adesão* às iniciativas ministeriais – premiação caracterizada pela oferta e distribuição de recursos financeiros, notadamente de custeio, alocados em programas específicos.

Embora, no âmbito da CIT, em muitos momentos tenham ocorrido discussões e negociações acerca da oportunidade, utilidade e pertinência de determinadas políticas ministeriais, foi escasso o uso da prerrogativa de veto (pela via da negação de acordo consensual) por parte das representações subnacionais. O recurso mais utilizado no caso de desavenças ou falta de acordo acerca de determinadas políticas ou encaminhamentos caracterizou-se pela protelação dos assuntos mais polêmicos.

As representações com menos recursos de poder e força, principalmente as municipais, buscaram permanentemente a *interlocução*, a *persuasão* e a *negociação de soma positiva*³⁸, tentando com isso garantir algum protagonismo no processo decisório, mesmo em se tratando de políticas e estratégias de transmissão unidirecional da parte do Ministério da Saúde. Com essas *estratégias de cooperação*, buscaram influenciar a definição das políticas e negociar condições mais propícias, do ponto de vista de seus interesses e conveniências, para a sua implantação e implementação. Eventualmente, em momentos de impasse ou de tensionamento político, essas representações empregaram estratégias de negociação conflitante.

As reuniões plenárias das Comissões Intergestores se constituíram como um momento formal das deliberações sobre decisões; entretanto, as negocia-

ções mais substanciais e a conformação de acordos entre as representações governamentais ocorreram preponderantemente na informalidade, em momentos prévios ou nos intervalos das reuniões formais.

Se a gradual institucionalização dessas instâncias decisórias possibilitou a convivência e a consolidação de relações de confiança e respeitabilidade entre os atores governamentais, na sua dinâmica formal de relações cooperativas também houve a medição de forças entre as representações e os representantes de governo. Os atores governamentais estabeleceram as suas regras de convivência, que algumas vezes foram violadas em razão de interesses e conveniências políticas preponderantes. Nesses termos, prevaleceram o *intercâmbio de problemas* e a *mediação política*, a negociação pragmática sobre as viabilidades de ganho político e de maior autonomia administrativa de cada representação de governo em cada conjuntura, com o predomínio do cálculo sobre o custo de ceder politicamente e o benefício de receber recursos financeiros em troca (meio estratégico de *premiação*).

Há um aparente paradoxo, em que a pretensão explícita de uma *racionalidade comunicativa*⁴⁰ de interação está predeterminada pela norma que condiciona o consenso (se não existe o *consenso*, não existe a decisão formal). Neste caso, o *consenso* não é necessariamente o produto de um *entendimento*, mas da premissa normativa condicionante de comportamentos ou simplesmente de uma convenção simbólica em que os atores decidem e fazem acordos, mas muitas vezes constrangidos pelos imperativos do “sistema”, do tempo (prazos) e das relações estabelecidas de poder.

De qualquer modo, a constituição e a formalização dos consensos foram de grande valia para as representações detentoras de maior poder e força, uma vez que legitimaram as suas posições, suas políticas e estratégias *institucionais, administrativas, programáticas e sociais*³⁶. Também foram importantes para as representações com menor poder e força porque legitimaram a sua posição de protagonismo na tomada de decisões.

No que concerne às relações estabelecidas entre os conselhos de Saúde e respectivas Comissões Intergestores, denota-se uma tendência de menor intercâmbio e maior autonomização das últimas, notadamente quando se trata da eventual submissão das deliberações intergestores aos Conselhos de Saúde. Nesse aspecto, Ribeiro, Costa e Silva³⁰ dizem que há competição pela centralidade no processo de formulação e regulação política entre a burocracia ministerial, a CIT e o Conselho Nacional de Saúde.

Por sua vez, as comissões intergestores do SUS têm promovido importantes inovações institucionais em procedimentos relacionados com a governabilidade das políticas setoriais, com base no compartilhamento de algumas decisões, de alguns custos e de autoridade federativa. Também têm contribuído para incrementar o regime regulatório das políticas de saúde – o que

pode ser evidenciado como grande vantagem, se considerada a importante lacuna na legislação complementar e na regulamentação sobre as relações federativas e intergovernamentais.

A atuação de representantes e representações das Comissões Intergestores também tem servido para a contenção de excessos unidirecionais da parte de outros atores institucionais (parlamento etc.), o exercício e o incremento de competências dialógicas e a conformação de mediações políticas sustentáveis, o que não pode ser menosprezado.

Observa-se um fenômeno de “profissionalização” de alguns secretários municipais de Saúde na liderança de representação, o que alguns autores⁴⁵ denominam como *burocracia profissional* com habilidades de persuasão e negociação em espaços e processos decisórios. Trata-se da conformação de um *habitus*³⁵ próprio e típico da gestão governamental de âmbito local/municipal, com atores institucionais especializados na representação de interesses de seus pares, porém com domínio e usufruto privilegiado de informações e maior capacidade de influência nas arenas decisórias. Esses “especialistas” da gestão municipal e representação de interesses em saúde são depositários e carregam consigo, quando em suas migrações periódicas por diversos municípios, o acúmulo de experiências e o domínio sobre competências e habilidades estratégicas inerentes ao campo e ao processo decisórios. São detentores de maior autonomia e capital político, decorrentes da habilidade para o uso combinado de tipos de poder político, técnico e administrativo³⁶.

Em se tratando da análise mais abrangente sobre as Comissões Intergestores do SUS, algumas das evidências identificadas nesses estudos de casos corroboram a análise de outros autores:

- A proeminência do controle ministerial no repasse de recursos financeiros de saúde (em termos de quantidades ou modalidades) e a crescente normalização para um processo de *delegação tutelada* de tarefas e responsabilidades às esferas subnacionais de governo³¹.

- O descompasso verificado entre a idealização do Sistema Único de Saúde e a sua realização como política de saúde, o aspecto estratégico central do seu *núcleo racionalizador* e a limitação ao processo de descentralização, entendido como uma estratégia de *democratização do setor*³³.

- A ênfase na *racionalização sistêmica* do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde³².

É notório que as Comissões Intergestores foram criadas para seleção de determinadas demandas institucionais, compatibilização e acondicionamento dessas demandas à oferta e disponibilidade de recursos setoriais, institucionalização das negociações intergovernamentais, produção de acordos e arranjos mediados pelo discurso tecnoburocrático²⁸.

Considerando especificamente a seleção para as demandas concorrentes dos *grupos de representação de interesses* no âmbito do Estado, tem havido o deslocamento de uma racionalidade pautada por *políticas conjunturais de intervenção* para um *reformismo ativo* pautado por *ajustes estruturais*, propensos a compatibilizar e acondicionar as demandas existentes à oferta e disponibilidade de recursos orçamentários⁴⁶. Em tal deslocamento, existe a necessidade permanente de se estabelecerem critérios institucionais de seleção e *regulação* para as demandas políticas e sociais em razão da oferta financeira, de maneira a garantir que essas demandas a serem enfrentadas não excedam o raio de ação dos recursos orçamentários disponíveis e das estratégias institucionais para a sua resolução.

Nesse caso, a variável a ser manipulada é a de um sistema estável de representações de interesses e resolução de conflitos, portanto, de um determinado tipo de governabilidade. Existe aí um relacionamento variável com um tensionamento constante e a necessidade de formas de *regulação* entre os sistemas de representação e de execução das políticas públicas. Há também uma tendência *racionalizadora* de se mudar a natureza e o volume das demandas sociais ou políticas, eliminando a sobrecarga de problemas por meio de mecanismos seletivos institucionais que visam diminuir a sua magnitude para níveis administráveis⁴⁶.

No caso de ajuste fiscal, o contingenciamento de gastos setoriais com políticas públicas e demandas corporativas não pode exceder um determinado limite da arrecadação fiscal, de modo a permitir uma margem de manobra para o gerenciamento de dívidas públicas e dos mecanismos de compensação aos desajustes do *livre mercado* (taxas de juros, fundos de seguro para a estabilização e compensação de prejuízos etc.)⁷.

Nas políticas de ajuste fiscal, busca-se adotar filtros de sensibilidade e seleção para demandas sociais, corporativas e setoriais de modo a restringi-las de acordo com a capacidade e a disponibilidade governamentais de contingenciamento e acondicionamento orçamentário, ou seja, uma modalidade de governança do ajuste fiscal. Quando essa logística prévia subordina os modos de institucionalização da representação e da mobilização de interesses intergovernamentais, pode-se caracterizar um modo correlato de governabilidade.

Se a mobilidade decisional é animada preponderantemente pela logística do ajuste fiscal, tende-se a constituir o que alguns autores denominam de *indiferença estrutural*⁴⁷, com a substituição das prerrogativas decisórias de agentes identificáveis por operações seletivas incorporadas à rotina de sistemas complexos – operações que definem o que é relevante ou não, o que merece atenção e o que cai na área de indiferença⁴⁷.

O que anima e disfarça tal indiferença estrutural é essencialmente o discurso e a ideologia de cunho tecnoburocrático – discurso e ideologia que

tendem a obstruir e interditar a abertura dos *discursos práticos* e a impedir a tematização dos fundamentos do *poder*⁴⁰. Algumas normas institucionais podem ser objeto de pseudolegitimação quando cumprem a dupla função de impedir que elas próprias e seus propósitos sejam tematizados discursivamente. Em tal perspectiva, busca-se substituir as normas sociais por regras técnicas. Nesses termos, se as prerrogativas e os fundamentos do poder institucional não precisam ser tematizados, “não é porque repousam sobre a normatividade legítima, mas porque a lógica das coisas passa a ser preponderante”⁴⁸.

Em tal perspectiva, a coordenação de governabilidade, particularmente de âmbito setorial de governo, passa a ser reduzida aos acordos sobre arranjos de resiliência para se lidar com estratégias programáticas verticais e com a escassez de recursos disponíveis. As prerrogativas de decisão e métodos de escolha de governantes restringem-se às melhores opções para o encaminhamento e a operacionalização de estratégias programáticas previamente acondicionadas e deliberadas pela política econômica vigente.

Nos processos decisórios analisados, preponderam racionalidades e competências normativas e teleológicas⁴⁰: competências normativas orientadas para o reconhecimento e a observância de uma expectativa generalizada de comportamentos regrados, em razão do reconhecimento acerca das limitações do contexto de ação, do caráter subalterno do setor perante as prioridades da política econômica; competências teleológicas orientadas para o consenso sobre decisões acerca das melhores opções instrumentais, dentre alternativas de ação mediante uma interpretação comum do contexto normativo.

A preponderância da normalização de ações teleológicas e dos recursos de poder técnico no espaço setorial³⁶, definida com base na hegemonia e na unidirecionalidade da política econômica vigente, tende a privilegiar modos de *integração sistêmica (auto)regulada*⁴⁰ – modos engendrados de acordo com uma sequência de automatismos internalizados que, por sua vez, constituem gradual legitimação institucional, validação e conformidade culturais. Tal preponderância incrementa a diferenciação e a hierarquização das suas instâncias decisórias, conformando automatismos e logísticas autorreferenciadas. Esse autorreferenciamento e circunscrição (em termos de delimitação de referências e das possibilidades de comportamento regrado) induzem a uma resignação sobre as possíveis margens de manobra no âmbito das interações de *poder* e sobre a constituição de formas alternativas e criativas de gestão governamental.

Conforme denotado neste estudo de casos, a hegemonia e a unidirecionalidade da política econômica vigente tendem a reduzir o escopo, o alcance e a abrangência dos processos e práticas de gestão governamental e setorial ao aspecto de racionalização normativa e teleológica. A concepção praxiológica da gestão em saúde, idealizada em discursos da Reforma Sani-

tária brasileira, fica então reduzida ao gerenciamento, sob tutela normativa, de estratégias programáticas e recursos transferidos das esferas mais centrais de governo.

É possível que, dadas as sucessivas conjunturas políticas dos últimos vinte anos, esse caráter subalterno de governabilidade resiliente e de integração sistêmica (auto)regulada no âmbito setorial esteja condizente com a adoção de estratégias institucionais de incrementalismo e resignação “pragmática” no processo de implantação da Reforma Sanitária brasileira. Porém, convém ressaltar que o predomínio de ambas as características, estratégia incremental e governabilidade restrita à racionalização resiliente, tomadas em sua feição mais sintomática, corrobora a tese de acrisolamento e redução da Reforma Sanitária brasileira ao seu entorno parcial, institucional e setorial⁴⁹.

Conclusão

Os processos e arranjos decisórios efetuados a partir das Comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde têm instituído inovações criativas e substanciais para o reordenamento normativo e o exercício da governabilidade federativa, sob autoridade coordenada, no âmbito do setor saúde.

Tais processos decisórios estão permanentemente coordenados por um modo particular de governabilidade resiliente, que opera primordialmente pelo viés da oferta de recursos em troca da adesão a estratégias programáticas ministeriais. A resiliência está referida aos arranjos decisórios para se lidar com estratégias programáticas verticais e com a escassez de recursos disponíveis

A hegemonia e unidirecionalidade da política econômica vigente, tendem a reduzir o grau de autonomia decisória dos gestores de saúde, produzindo modos de integração sistêmica (auto)regulada, indutores de comportamentos regrados e de competências mais normativas e teleológicas.

Agradecimentos

O autor agradece à professora Lígia Maria Viera da Silva, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, pela orientação na concepção e no desenvolvimento do projeto e no trabalho de pesquisa sobre a Comissão Intergestores Tripartite do SUS. Agradece ainda à Aliança para Pesquisas sobre Políticas e Sistemas de Saúde (Fórum Global para Pesquisas de Saúde/OMS) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo auxílio financeiro para a realização dos estudos de casos.

Referências

1. Banting K, Corbett S. Federalism and health-care policy: an introduction. Forum of Federations. Health Policy and Federalism Workshop (background papers). São Paulo, out. 2001.
2. Wright DS. Federalism, intergovernmental relations, and intergovernmental management: historical reflections and conceptual comparisons. *Public Administration Review* 1990; 50(2):168-178.
3. Wright DS. *Para entender las relaciones intergubernamentales: estudio introdutório de José Luis Méndez*. Ciudad del Mexico: Fundo de Cultura Econômica; 1997.
4. Santos MHC. Governabilidade, governança e democracia: criação de capacidade governativa e relações Executivo-Legislativo no Brasil pós-Constituinte. *Dados* 1997, 40(3):11-34.
5. Rosenau JN. Governança, ordem e transformação na política mundial. In: Rosenau JN, Czempiel E-O. *Governança sem governo: ordem e transformação na política mundial*. Brasília, São Paulo: Ed. UnB/Imprensa Oficial do Estado; 2000. p.11-46.
6. Abrucio FL, Costa VMF. *Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro*. São Paulo: Konrad-Adenauer; 1998.
7. Fiori JLC. O cosmopolitismo de cócoras. *Revista Educação & Sociedade* 2001; 77(1):11-27.
8. Souza C. Intermediação de Interesses Regionais no Brasil: O Impacto do Federalismo e da Descentralização. *Dados* [online]. 1998, vol.41, n.3 [cited 2010-07-16]. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581998000300003&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0011-5258. doi: 10.1590/S0011-52581998000300003
9. Diniz E. Governabilidade, democracia e reforma do Estado: os desafios da construção de uma nova ordem no Brasil dos anos 90. *Dados* 1995; 38(3):385-415.
10. Faria JE. Direitos humanos e globalização econômica: notas para uma discussão. http://www.pucrio.br/sobrepuc/depto/direito/revista/online/rev12_eduardo.html#_ftn. Acesso em: 21 nov. 2002.
11. Faoro R. *Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro*. São Paulo: Globo; 1978.
12. Martins JS. *O poder do atraso: ensaios de sociologia da história lenta*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
13. Dallari DA. *O futuro do Estado*. Rio de Janeiro: Saraiva; 2001.
14. Carvalho GI, Santos L. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080/90 e lei 8.142/90)*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1995.
15. Lima NT, Fonseca CMO, Hochman G. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: Lima NT, organizadora. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p.27-58.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.180, de 22 de julho de 1991. http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1180_de_22_07_1991.pdf.

17. Lucchese PTR, Nascimento A, Cohen MM, Vasconcelos MM, Garcia M. *A gestão compartilhada do sistema único de saúde: o diálogo na Comissão Intergestores Tripartite*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2003. 220 p. (Coleção Escola de Governo, n.1)
18. Miranda AS. Intergovernmental health policy decisions in Brazil: cooperation strategies for political mediation. *Health Policy and Planning* 2007; 22:186-192.
19. Guimarães MCL. *Estado, municípios e o processo decisório: estudo da descentralização da saúde no estado da Bahia no período de 1993-1997*. Salvador: s.n.; 1997.
20. Lima LD. *O processo de implantação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde: um estudo de relações intergovernamentais na CIB do RJ*. Rio de Janeiro: s.n.; 1999.
21. Silva IF. *O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS no estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: s.n.; 2000.
22. Silva IF, Labra ME. As instâncias colegiadas do SUS no estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cad Saude Publica* 2001; 17(1):22-41.
23. Collins C, Araújo J, Barbosa J. Decentralising the health sector: issues in Brazil. *Health Policy* 2000; 52(2):113-127.
24. Mills A. Decentralization and accountability in the health sector from an international perspective: what are the choices. *Public Administration and Development* 1992; 14(3):281-292.
25. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Cien Saude Colet* 2001; 6(2):269-291.
26. Viana ALD, Machado C. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na Internet]. 2009 Jun [citado 2010 Jul 16]; 14(3): 807-817. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300016&lng=pt. doi: 10.1590/S1413-81232009000300016.
27. Ribeiro JM. Estruturas tecnoburocráticas e instâncias colegiadas no SUS: uma abordagem dos fundamentos da política setorial. In: Costa NR, Ribeiro JM, organizadores. *Política de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90*. Rio de Janeiro: Ensp; 1996. p.61-84.
28. Ribeiro JM. Conselhos de Saúde, comissões intergestores e grupos de interesse no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saude Publica* 1997; 13(1):81-92.
29. Ribeiro JM. Regulação e contratualização no setor saúde. In: Negri B, Di Giovanni G, organizadores. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Unicamp; 2001. p.409-443.
30. Ribeiro JM, Costa NR, Silva PLB. Política de saúde no Brasil e estratégias regulatórias em ambiente de mudanças tecnológicas. *Interface Comunicação, Saúde, Educação* 2000; 4(6):61-84.
31. COHN, Amélia. “Permanência e reestruturação das políticas sociais nos anos 90”. In: et al. (edição brasileira). *Observatório da Cidadania*. Montevideo: Instituto del Tercer Mundo, nº 2, 1998, pp. 102-110.

32. Viana AL, Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Cien Saude Colet* 2002; 7(3):493-507.
33. Elias PEM. Descentralização e saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. *Rev. Saúde e Sociedade* 1996; 5(2):17-34.
34. Côrtes SV. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. *Cad. Saúde Pública* [acesso na internet]. 2009 July [acesso em 12 jun. 2010] ; 25(7): 1626-1633. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700022&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2009000700022.
35. Bourdieu P. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papirus; 1996.
36. Testa M. *Pensamento estratégico e lógica da programação: o caso da saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; 1995.
37. Testa M. *Saber en salud*. Buenos Aires: Ed. Buenos Aires; 1997.
38. Matus C. *Chimpanzé, Maquiavel e Ghandi: estratégias políticas*. São Paulo: Fundap; 1996.
39. Matus C. *Adeus, senhor presidente: governantes governados*. São Paulo: Fundap; 1996.
40. Habermas J. *Teoria da la acción comunicativa*. Madri: Ed. Taurus Humanidades; 1987.
41. Dahl RA. *Sobre a democracia*. Brasília: Ed. UnB; 2001.
42. Yin, RK. *Estudo de Caso. Planejamento e métodos*. Porto Alegre. Ed. Bookman. 2001.
43. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1979.
44. Brasil. Conselho Nacional de Saúde; 1991. Resolução n. 2, de 26 de abril de 1991. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1991/Reso002.doc>. Acesso em: 21 dez. 1991.
45. Mintzberg H. *Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações*. São Paulo: Atlas; 1995.
46. Offe C. *Capitalismo desorganizado*. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1994.
47. Cohn G. Renovando os problemas nas ciências sociais. In: Goldenberg, P; Marsiglia, RMG; Gomes, MHA. *O clássico e o novo. tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*; Rio de Janeiro, Ed FIOCRUZ, 2003. p.35-46..
48. Freitag B, Rouanet SP. *Habermas*. 3ª ed. São Paulo: Ática; 1993.
49. Paim J. *Reforma Sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador, Rio de Janeiro: EdUFBA/Editora Fiocruz; 2008.

Federalismo, relação público-privado e gasto público em saúde no Brasil

Federalism, public-private relations and public spending on health care in Brazil

Rodrigo Rodrigues^I
Paulo Eduardo Mangeon Elias ^{II}
Daniel de Araújo Dourado^{III}
Paula Vilhena Carnevale Vianna^{IV}
Aylene Emilia Moraes Bousquat^V

Resumo Este trabalho pretende demonstrar que o gasto em saúde tem uma causalidade complexa ou múltipla, que envolve a combinação de fatores socioeconômicos, estruturais do federalismo fiscal brasileiro, o desenho da política de saúde e, também, o grau de participação do mercado na prestação de serviços. Todas essas variáveis seriam decisivas para entender o processo de alocação de recursos em saúde; considerá-las isoladamente induziria a conclusões errôneas ou parciais. O artigo está dividido em três partes. A primeira aborda as afinidades entre o federalismo brasileiro e a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), comparando a legislação deste último com os preceitos constitucionais que organizam as atribuições dos vários níveis de governo (federal, estaduais e municipais). A segunda parte apresenta e examina sumariamente a distribuição de recursos conforme duas variáveis *proxy*: a região administrativa e o porte populacional do município. E na terceira parte, combinadas em modelos de análise, as variáveis são correlacionadas ao volume de gasto público em cada município, com base na utilização de dois modelos de regressão que se diferenciam por suas variáveis dependentes: gasto público de saúde *per capita* (GPC) e gasto público total em saúde no município (GT).

Palavras-chaves: *Gasto público em saúde, Federalismo brasileiro, Concentração econômica e gastos em saúde*

Abstract This study intends to show that health care spending involves multiple and complex drivers, combining socioeconomic factors, structural aspects of the Brazilian model of fiscal federalism, the health policy design and also the degree of market share in service provision. All these variables are key to understanding the allocation of health care funds; to consider them separately would lead to erroneous and partial conclusions. The article is split into three parts. The first part addresses the ties between Brazilian federalism and the SUS structure, comparing the legislation of the latter with the constitutional precepts that determine the roles and responsibilities of the various levels of government (federal, state and municipal). The second part reviews and presents an overview of the resource allocation according to two proxy variables: the administrative region and the population of the municipality. And the third part includes analysis models to correlate the variables to the volume of public spending in each municipality, based on two regression models which use different dependent variables: public spending on health per capita (GPC) and total public spending on health in the municipality (GT).

Keywords: *Public spending on health; Brazilian federalism; economic concentration and spending on health.*

I Universidad de Salamanca. rodrodr@gmail.com

II Universidade de São Paulo; Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Cedec). pemelias@usp.br

III Gerente de Organização de Serviços do Projeto Região Oeste da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). dadourado@usp.br

IV Universidade do Vale do Paraíba (Univap). paulacarnav@directnet.com.br

V Universidade Católica de Santos (Unisantos); Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Cedec); Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP). aylenebousquat@uol.com.br

Introdução

As sucessivas reformas no sistema de saúde desde meados da década de 1980 apresentam uma mesma linha estrutural: buscam adequar da melhor maneira possível o seu formato institucional ao da federação^{1,2}. A intensificação da sua descentralização a partir de 1990, culminando na municipalização do sistema, fornece um exemplo claro desse fenômeno. Por essa razão, a consolidação de um formato cooperativo de gestão de saúde entre níveis federativos enfrenta os mesmos problemas de coordenação que a literatura especializada destaca para as relações intergovernamentais em geral^{3,4,5,6}.

Não obstante, a limitada capacidade de arrecadação da esmagadora maioria dos municípios e as desigualdades regionais quanto à capacidade instalada e técnica disponível em termos de saúde pública (seja material, seja tecnológico-administrativa) dificultam para as diversas esferas de governo o cumprimento das expectativas formais/normativas estabelecidas para o SUS: a coordenação cooperativa de esforços entre elas e o cofinanciamento da atenção à saúde⁷.

Na perspectiva dos gestores, isso se manifesta como um problema de financiamento mais do que uma característica estrutural vinculada a algo mais amplo como a partilha tributária da federação⁸. O objetivo aqui é, por um lado, justamente demonstrar, para o conjunto de municípios brasileiros, que elementos centrais do federalismo fiscal brasileiro e características socioeconômicas de cada região – como o porte da população e a renda de seus habitantes – afetam o volume de gasto em saúde. Por outro lado, destaca-se que esse fenômeno não se restringe ao Pacto Federativo ou ao perfil demográfico ou econômico local. Deseja-se ressaltar que pontos de partida distintos com relação à capacidade instalada para a prestação de serviços de saúde, assim como o tamanho da participação do setor privado, também ocupam um papel de destaque e definem a despesa na área.

Em suma, este trabalho pretende sublinhar que o gasto em saúde tem uma causalidade que a literatura classifica como complexa ou múltipla^{9,10}. Decorre da combinação entre fatores socioeconômicos, estrutura do federalismo brasileiro, desenho da política de saúde e grau de participação do mercado na prestação de serviços. Todas essas variáveis são decisivas para se entender como os seus recursos são alocados. Consideradas isoladamente, induzem a conclusões errôneas ou parciais.

Levar em conta apenas os fatores institucionais, sem controlá-los pelos econômicos e demográficos, significa desprezar o efeito que, por exemplo, as economias de escala, a existência de um setor privado significativo e a tendência de concentração econômica nas grandes cidades exercem sobre as

variáveis político-institucionais^{11,12}. Por sua vez, utilizar somente o tamanho do município ou a renda *per capita* significa cometer o mesmo erro com sentido contrário.

Por essa razão, a presente análise utiliza duas estratégias metodológicas: uma qualitativa e outra quantitativa. Na qualitativa, a estrutura do federalismo e os incentivos às políticas sociais formados com a Constituição de 1988 são comparados com a legislação que define o desenho institucional do SUS. Na quantitativa, segundo dados coletados para os municípios, busca-se compor um modelo analítico que abarque as principais causas da distribuição de recursos destinados à saúde no nível local e, em particular, o efeito do setor privado na composição do gasto público.

Para cumprir com essa finalidade, este artigo se divide em três partes. A primeira analisa as afinidades entre o federalismo e o SUS – o que permitirá estabelecer até que ponto a política pode sofrer a influência da estrutura do Estado brasileiro e destacar o conceito de região de saúde como sua principal inovação institucional. Ademais, a análise do desenho da política revela os critérios específicos de distribuição de recursos entre as esferas federativas. Nesse momento, a legislação do SUS é comparada com as prerrogativas constitucionais que definem a estrutura da federação e organizam as atribuições de cada nível de governo.

A segunda seção apresenta os indicadores utilizados e examina sumariamente sua distribuição conforme duas variáveis *proxy*: a região administrativa e o porte populacional do município – o que permitirá descrever o tipo de informação disponível e desenhar um panorama daquilo que se deseja apresentar de maneira mais sistemática e aprofundada no seguinte item.

Na terceira parte, as variáveis, combinadas em modelos de análise, são correlacionadas ao volume total de gasto público em saúde no município. Para tanto, serão utilizados dois modelos de regressão que se diferenciam por suas variáveis dependentes: gasto público em saúde *per capita* (GPC) e gasto público total em saúde no município (GT).

A criação de dois modelos incorpora o suposto de que as variáveis consideradas se comportam de modo distinto conforme o critério de análise. De um lado, o desenho da política, que ressalta as transferências *per capita* da União a estados e municípios, respeita uma lógica particular que beneficia alguns municípios em detrimento de outros. De outro, o volume total de recursos arrecadados e as transferências correntes não estão vinculados ao número de habitantes e sim ao nível de renda e de desenvolvimento econômico local, o que também permite vislumbrar o efeito específico do tamanho da população (que no primeiro modelo estava incorporado na ponderação dos indicadores).

Federalismo e estrutura institucional do SUS

Com a promulgação das normas operacionais da assistência à saúde (Noas) em 2001 e 2002 e do Pacto pela Saúde em 2006, foi incorporado ao SUS o conceito de região de saúde. Diante dos conflitos no comando dos serviços de média e alta complexidades entre municípios vizinhos, esse conceito aparece como tentativa de solução, uma resposta à necessidade de coordenação do sistema. Apesar de sua elaborada base conceitual, atua como mecanismo de oferta de serviços de média e alta complexidades de municípios com mais infraestrutura a outros que ocupam o papel de clientes. Instrumento de gestão horizontal entre os municípios, ele *pretende garantir o uso mais racional dos recursos e da capacidade instalada em um determinado território* (previsto pela Noas, 2001).

Sua particularidade é que não corresponde a nenhuma instância da estrutura federativa brasileira. Além disso, seu arranjo institucional gera relações hierarquizadas entre entes que constitucionalmente são federados, ou seja, cada um é considerado soberano e autônomo em seu âmbito de atuação e tem prerrogativas e funções exclusivas que o definem.

Pela primeira vez, a norma de organização do sistema de saúde assume que as cidades não podem ser consideradas da mesma maneira do ponto de vista da prestação de serviços de saúde: desempenham funções distintas, mas complementares, em uma mesma rede de atendimento. O funcionamento desse novo paradigma de gestão – que reconhece interações assimétricas entre entidades federativas de mesmo nível – só foi possível dado um mecanismo de intercâmbio de serviços e recursos criado pouco antes pela NOB/1996: a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Por essa razão, o SUS como rede hierarquizada e regionalizada (lei n. 8.080, de 1990) necessariamente deve lidar com o problema de garantir a coordenação e uma linha de comando do local até o nacional sem ferir os princípios constitucionais. Para resolver essa questão, um emaranhado de acordos, convênios e habilitações desempenhou um papel crucial, garantindo foros coletivos de discussão e o estabelecimento de certa hierarquia de influência e decisão entre Ministério da Saúde, estados e municípios^{13,14}. Nesse âmbito, destaca-se a centralidade das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) como mecanismos intergovernamentais de deliberação que propiciam a operacionalidade para superar os constrangimentos inerentes à estrutura federativa do sistema e fortalecem o papel dos estados como intermediários no processo.

No entanto, a criação de regiões de saúde não foi suficiente para anular o impacto negativo decorrente da estrutura federativa sobre a saúde, sobretudo no que diz respeito ao financiamento. Os princípios federativos que mais

incidem sobre o setor são a competência compartilhada para a solução de questões sociais e a descentralização. Os níveis de governo são considerados na Constituição como solidários na solução dos problemas sociais do país, e a ênfase é posta no governo local como principal prestador de serviços sociais⁴.

Nesse sentido, sua estrutura está baseada em um sistema tripartite, no qual as responsabilidades tanto pela oferta dos serviços como por seu financiamento, organização e gestão são tanto divididas como compartilhadas entre as três esferas. Cada nível de governo tem um papel específico em três dimensões principais: normativa, de financiamento e de gestão.

Quanto à primeira, os três níveis de governo são responsáveis pela definição das normas, mas a cada um cabe atuar em seu espaço de competência. Cabe ao governo federal estabelecer os princípios gerais do sistema, as linhas mestras das políticas e os modelos de custeio e organização. Os estados e municípios são responsáveis por estabelecer os critérios de gestão adotados e de como será realizado o processo de regionalização, assim como por gerenciar as atividades do setor privado executadas em seu território.

No que diz respeito ao financiamento, cada nível deve aportar um mínimo estabelecido para os serviços de saúde, o que nem sempre acontece¹⁵. A emenda constitucional n. 29, de 2000, determina que as ações e os serviços públicos de saúde devem ser financiados com recursos mínimos alocados por todos os entes federados com base em percentuais definidos por lei complementar. Na ausência dessa lei complementar, a EC 29 estabeleceu dispositivo transitório (na Constituição Federal: Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, art. 77), que obriga a União a aplicar anualmente o montante alocado no ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) e os estados e municípios a alocarem, respectivamente, o mínimo de 12% e 15% das receitas definidas.¹⁶

Com a profunda municipalização incentivada a partir da norma operacional básica (NOB) de 1996, houve um forte movimento de transferência da gestão dos serviços de saúde para os governos locais, o que constituiu um considerável avanço no sentido de aumentar a prestação de contas aos cidadãos. No entanto, a intensa descentralização da política significou, de um lado, a reiteração das desigualdades regionais¹ e, de outro, gerou gargalos no financiamento da média e alta complexidades e uma forte dependência da União por parte de alguns estados e da maioria dos municípios^{17,18}. Em decorrência, a esfera federal assumiu determinadas funções que propiciaram a (re)centralização do poder decisório na condução do Sistema de Saúde.¹⁹

A capacidade de arrecadação é inversamente proporcional à dependência de outros níveis de governo. Quanto menos impostos podem ser arrecadados localmente, tanto maior será a importância de recursos de outras esferas para a manutenção das despesas correntes do governo local. Apesar

de também ser válida para alguns estados, essa regra é aplicável, sobretudo, aos municípios.

Por sua vez, a arrecadação está diretamente vinculada ao nível de atividade econômica. Municípios de estados mais ricos têm capacidade adicional de cofinanciar as políticas sociais com recursos próprios. No entanto, como é de se esperar, aqueles com pouca possibilidade de tributar dependem em maior grau dos recursos de outros níveis para prover os serviços públicos básicos.

Alguns estados e municípios têm grande capacidade de arrecadação e podem dar conta de boa parte dos custos e oferecer a capacidade instalada que se lhes demanda^{20,21,22}. Em sua maioria, estão concentrados na região Centro-Sul do país. No entanto, há uma quantidade significativa de localidades que dependem quase completamente das transferências da União por meio do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e de outras transferências destinadas às políticas sociais: as derivadas do SUS e do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef)²³. Sua capacidade de complementar com recursos próprios as transferências de outros níveis é praticamente nula.

Portanto, a eficácia do SUS em diminuir as desigualdades entre estados, regiões e municípios esbarra na incapacidade de os governos locais – especialmente, mas não de modo exclusivo, os menores e situados no Norte-Nordeste – cumprirem com as expectativas desenhadas para o sistema. Com a instauração do Piso de Atenção Básica (PAB), a partir de 1998, a transferência financeira direta com base de repartição populacional não foi capaz de reverter essa tendência²⁴.

Uma das razões é porque muitos municípios simplesmente não dispõem de pessoal administrativo e técnico para satisfazer os requisitos assistenciais e gerenciais assumidos com a habilitação a algumas das condições de gestão definidas nas NOBs e ampliadas pelo Pacto de Gestão da Saúde. A falta de profissionais de saúde, notadamente de médicos, nos municípios de diversos portes populacionais (pequeno, médio e grande portes) é recorrente e vem se agravando.

Os mecanismos de indução financeira das políticas constituem-se em importante instrumento do Ministério da Saúde para estimular a adesão dos municípios ao sistema, acarretando, de certo modo, a primazia da esfera federal na formulação do SUS. Esse arranjo interfederativo estabelece um tipo de ciclo da dependência, no qual o financiamento constitui o mecanismo preferencial de concentração de poder para, diante da estrutura federativa brasileira, viabilizar um mínimo de unicidade ao Sistema de Saúde. Cabe destacar que esse processo não consiste em uma recentralização institucional do SUS, pois a descentralização do setor é evidente e já desenvolveu profundas raízes em sua estrutura.

Portanto, o financiamento do sistema no âmbito municipal aparece como gargalo e se constitui em questão notadamente mais complexa do que a da simples indisponibilidade de recursos – o que se deve em grande medida à lógica da repartição tributária²⁵ aliada às dificuldades da maioria dos municípios em cumprirem as exigências legais e administrativas para receberem as transferências interfederativas de recursos financeiros, tais como a elaboração de projetos, a capacidade de execução e prestação de contas. Ademais, vale destacar que as transferências recebidas dos estados se encontram vinculadas ao nível de atividade econômica (via quota-parte do ICMS e do IPVA), reeditando a lógica de mais produção, mais tributos estaduais e maior volume de recursos.

Por sua vez, a eficácia na distribuição de recursos se reduz pela dependência estrutural de municípios com relação não apenas à União e aos estados como aos seus circunvizinhos (e capitais) com melhor capacidade instalada para oferecer serviços de média e alta complexidades. Isto quer dizer que a regionalização consiste em uma tentativa de responder à incapacidade de muitas localidades de financiar o âmbito local do seu sistema de atendimento e à necessidade de criação de algum mecanismo que possa dar conta de perfis de atenção distintos e articulá-los. No entanto, essa recentralização não resulta em medidas voltadas especificamente à diminuição das desigualdades regionais no que diz respeito à saúde.

A consequência direta é que a política não consegue aumentar a eficiência tampouco a equidade na redistribuição dos recursos públicos, objetivos considerados centrais para justificar a ação governamental²⁷. O gasto social – e a saúde não é exceção – mostra-se, uma vez mais, regressivo²⁸. No caso da saúde, persiste de certo modo a noção anterior ao SUS, de que os serviços estatais se concentram na atenção básica e se destinam preferencialmente à camada social mais pobre, enquanto os serviços de média e alta complexidades são providos majoritariamente pelo setor privado para o conjunto da população.

Fatores que influenciam o gasto em saúde

Nesse momento, o objetivo é traçar um quadro mais claro dos efeitos suscitados pelas desigualdades dentro da federação sobre os resultados das políticas públicas – mais especificamente: o volume de gasto em saúde. Para esse propósito, analisam-se nesta parte do trabalho três grupos de indicadores: socioeconômicos, sistema de saúde municipal e finanças públicas. As regiões administrativas e o tamanho da população são utilizados como variáveis *proxy* com base nas quais se pode sublinhar a relação entre desigualdades regionais, federalismo e gasto em saúde.

As principais fontes são os dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – renda e população –, os Indicadores e Dados Básicos do Datasus – dados sobre o sistema de saúde municipal e o volume de gasto. As transferências intergovernamentais foram obtidas na Secretaria do Tesouro Nacional (os anos podem ser encontrados na Tabela 4).

O primeiro grupo utilizado é o de indicadores socioeconômicos: a região do país a que o município pertence, o tamanho da população e a renda *per capita* média de seus habitantes. A renda mede o nível de produto existente no município, em termos tanto *per capita* como absolutos. Seu efeito sobre a capacidade de arrecadação do município é evidente, o que impacta diretamente o nível de bem-estar da comunidade. No entanto, revela-se como uma variável sintética das condições socioeconômicas dos municípios, dada a sua significativa associação, nesse estudo, com o analfabetismo ($r = -0,773$), a cobertura de saneamento básico ($r = 0,654$) e o percentual de pobreza ($r = -0,864$, todos com nível de significância $p < 0,01$).

Os resultados do cruzamento do gasto em saúde com as variáveis socioeconômicas são bastante reveladores (Tabela 1). Em primeiro lugar, observa-se que tanto em termos *per capita* como em totais o gasto é menor no Norte-Nordeste e nas cidades menos populosas. A metade dos recursos destinados às transferências fundo a fundo se baseia no cálculo de um piso com base na população (art. 35 da lei n. 8.080). No entanto, se o percentual gasto em cada região ou faixa de tamanho é comparado com sua respectiva parcela da população brasileira, destaca-se o fato de que o Norte, o Nordeste e as cidades com menos de 200 mil habitantes gastam menos que sua participação populacional.

Também pode-se verificar uma clara relação entre gasto e renda *per capita* tanto para as regiões como para o tamanho do município. Sua correlação é de 0,245 (sig. = $p < 0,01$). Gasta-se mais nas regiões mais ricas e nas cidades mais populosas. Outra característica que se destaca é a proporção de cada faixa de tamanho. A categoria de menos de 50 mil habitantes constitui a grande maioria das localidades brasileiras (90,6%), enquanto as grandes metrópoles correspondem a apenas 0,5% do total. Esses números tornam-se de particular importância quando se analisa a distribuição das transferências da União.

O seguinte conjunto de variáveis contempla a estrutura do sistema de saúde municipal. Como indicadores da capacidade instalada de atenção foram escolhidos: número de profissionais de saúde; de estabelecimentos de média e alta complexidades, por um lado; e de atenção básica, por outro. Dada uma das teses subjacentes deste artigo, a da relação entre o dinamismo econômico e o volume de gastos em saúde, e a comprovada articulação entre o setor privado e o público na prestação de serviços de saúde no país, foi incluída a proporção dos estabelecimentos privados de saúde no município.

Com relação ao número de profissionais de saúde (Tabela 2), não se verifica uma distinção regional significativa, o que ocorre quando consideramos o tamanho da população. Novamente a tendência se reproduz: quanto maior o município, tanto maior será o número de pessoas empregadas no setor saúde por grupo de mil habitantes. O percentual de estabelecimentos de saúde privados, por sua vez, encontra-se vinculado tanto às regiões mais ricas como às cidades mais populosas.

Os dados aqui considerados sugerem a existência de um patamar demográfico mínimo a partir do qual o investimento privado torna-se viável economicamente. Mendes e Souza²⁹ já haviam advertido para a necessidade de economias de escala para que exista certo nível de atividade privada. No entanto, também destacaram a relação inversa entre tamanho da população e custos, ou seja, quanto menor for um município maior será o gasto *per capita* do governo para prestar o mesmo serviço.

Esse fenômeno evidencia-se quando a participação do setor privado supera a governamental a partir de uma população com mais de 50 mil habitantes. Por exemplo: se a concentração dos estabelecimentos públicos de saúde é analisada mais detidamente, fica manifesto que a ação estatal se localiza nos municípios menores (única categoria em que o Estado lidera, e em sua maioria a ação do setor privado é residual). Cerca de 50% do total de estabelecimentos de média e alta complexidades e quase 60% daqueles destinados à atenção básica se encontram nessa faixa populacional. Para todas as outras, o principal fornecedor é o setor privado³⁰, com especial concentração no Sudeste.

Ainda que o maior gasto *per capita* seja realizado no Sudeste e no grupo de cidades com mais de 500 mil habitantes, em termos proporcionais a principal concentração se observa nas cidades menores, com 32,9% do total. Se os valores para as regiões e as coortes de população são combinados, os municípios menores das regiões mais ricas apresentam o maior gasto.

Evidencia-se a profunda divisão entre tipos de atenção. O Norte-Nordeste e as cidades pequenas dependem do Estado para a atenção primária (ou básica). No entanto, ao observar a distribuição dos estabelecimentos de média e alta complexidades, para todas as regiões o setor privado é o principal prestador de serviços. Em síntese, o governo concentra seus serviços na atenção básica nas áreas mais pobres do país, enquanto o setor privado predomina na média e alta complexidades e em todas as modalidades no Centro-Sul.

Esses dados confirmam o que a literatura chama de política dual ou segmentada^{31,32,33}. Os municípios menores e o Norte-Nordeste dependem principalmente do Estado, enquanto os maiores e as regiões mais ricas (Centro-Sul) contam majoritariamente com prestadores privados³⁴, o que consiste em uma importante herança anterior à criação do SUS³⁵.

Um terceiro grupo – finanças públicas – é composto pelos impostos arrecadados localmente e pelo total de transferências correntes da União e dos estados. Por um lado, elas indicam a capacidade de cofinanciamento e o grau de dependência de cada município em relação aos demais níveis de governo; por outro, revelam a importância de cada esfera no financiamento da saúde (Tabela 3).

No que diz respeito à tributação própria e aos repasses dos estados para os governos locais, destaca-se aqui a mesma tendência sublinhada nas tabelas anteriores, mas com intensidade ainda maior. A principal diferença, decisiva na hora de se entender como funcionam os mecanismos de distribuição de recursos na federação, encontra-se nas transferências da União.

Se os seus valores percentuais são comparados com a população de cada região e faixa de tamanho (Tabela 1), revela-se um favorecimento claro aos municípios menores e àqueles situados no Nordeste – o que se deve principalmente ao Fundo de Participação dos Municípios³⁶. Em relação ao Sudeste, a composição do orçamento público sugere que o maior gasto em saúde se deve ao complemento tributário próprio e às transferências dos estados aos municípios, mais que às transferências da União.

O volume total de transferências correntes dos estados aos municípios termina sendo um fator decisivo para explicar as diferenças no gasto local em saúde. Se for somado às transferências da União e à arrecadação própria, compõe um volume de recursos significativamente maior que outras cidades localizadas em regiões mais pobres (por exemplo, o Nordeste teria $63 + 274 + 105$, o que, em total, corresponde a R\$ 442,00 por habitante, enquanto o Sudeste teria $277 + 235 + 314$, um total de R\$ 826,00). (Tabela 3)

Discussão e considerações finais

Nesse ponto, cabe analisar o efeito conjunto das variáveis mencionadas na seção anterior sobre o gasto público em saúde. Para isso, foram definidos dois modelos de regressão que variam segundo a variável dependente: um para os valores *per capita* e outro com os números absolutos (Tabela 4). A comparação entre valores totais e por habitante lança luz sobre aspectos distintos do financiamento na área.

Partindo do modelo *per capita*, o gasto parece estar condicionado fortemente pelo volume das transferências, que se destina àqueles municípios nos quais a participação privada é menor. Os repasses estaduais também desempenham um efeito significativo, confirmando a hipótese de que estados mais ricos, por seu maior poder de arrecadação, são um diferencial no caso da saúde – o que se reafirma com o coeficiente negativo do pertencimento ao Norte-Nordeste. Os tributos municipais, em menor medida, seguem o mesmo padrão.

Quanto à estrutura do sistema, a correlação negativa da taxa de privatização demonstra que o gasto público mantém a segmentação atribuída ao setor. No entanto, o coeficiente positivo para o número de estabelecimentos de alta e média complexidades sugere um volume de despesa concentrado predominantemente na média e alta complexidades – o que sugere subsídios aos prestadores privados. No entanto, o grande impacto do número de profissionais por mil habitantes sugere que boa parte dos recursos é gasto com folha de pagamento.

Finalmente, em termos *per capita*, nem a população nem o número de estabelecimento de atenção básica parecem exercer algum efeito sobre o gasto. Isso confirma o argumento de Oliveira²⁶ de que o tamanho do município – considerado isoladamente – não é determinante para se entenderem as despesas em saúde, enfatizando o papel específico da União no financiamento da saúde.

No que tange ao segundo modelo – gasto público total com saúde –, os recursos públicos desempenham uma vez mais um efeito decisivo. Porém, dessa vez a esfera estadual assume a predominância, superando inclusive o governo federal. Quanto mais um governo estadual transfere recursos fiscais, maior será o gasto total em serviços sanitários (o que não significa que sua totalidade seja destinada à saúde). A União e os municípios também contribuem positivamente para esse modelo, o que reforça o argumento de influência do pacto federativo na manutenção de desigualdades regionais.

Mais uma vez, os municípios do Centro-Sul são beneficiados. A novidade é que os municípios menores recebem um volume maior de recursos proporcionalmente, o que está em sincronia com o coeficiente negativo da renda *per capita*. Não obstante, cabe destacar que esse fenômeno não se reproduz no Norte-Nordeste, onde os estados praticamente não realizam repasses de recursos aos governos locais menos populosos. Os profissionais de saúde e o número de estabelecimentos de atenção básica destacam-se no modelo por seus coeficientes positivos e relativamente altos. Tanto a taxa de privatização como os estabelecimentos de média e alta complexidades sobrecarregam o gasto em saúde.

Assim, considerando-se o segundo modelo (total), revela-se um padrão de gasto que favorece os municípios com menos população do Centro-Sul do país, com renda *per capita* menor, e onde predomina a atenção primária realizada pelo Estado. A estrutura de transferências governamentais estabelecidas na Constituição impacta diretamente a quantidade total de despesas com saúde nas diversas localidades do país. Os recursos estaduais repassados aos municípios são os mais importantes para as finanças públicas e perpetuam as desigualdades regionais existentes.

No presente trabalho, são agregadas duas variáveis relevantes para gasto público em saúde nos municípios brasileiros como um todo: as transferências correntes realizadas pelo Estado e o grau de participação privada. De um lado, os repasses estaduais constituem um dos fatores com maior peso nos dois modelos de análise (Tabela 4). Seu efeito varia muito (em intensidade e sentido) conforme seu nível de arrecadação e a política específica adotada por cada estado³⁷, o que lhe confere especial peso. De outro lado, o setor privado representa o principal fornecedor de saúde à população – particularmente no que diz respeito à média e alta complexidades, porém não em todas as regiões ou municípios³⁸. Seu impacto sobre o gasto público se origina, em parte, da segmentação do sistema^{31,39}. Os dados utilizados aqui confirmam as teses já estabelecidas pela literatura de que a ação do mercado substitui parte significativa da estatal e de que o Estado subsidia parte da prestação privada de tais serviços.

A segmentação do setor de saúde no Brasil se vê refletida na maneira que o governo, em suas três esferas, realiza seus gastos. O predomínio da atenção básica e a escolha de investir nas áreas (ou segmentos sociais) nas quais o setor privado não verifica o retorno financeiro desejado são evidências claras dessa inter-relação.

A política de saúde tem como princípio garantir a universalização do direito no país. Para cumprir com seu mandato constitucional deve, por um lado, incrementar a sua capacidade de financiamento e regulação do sistema de saúde, aliada a sua articulação com a atividade econômica de modo geral e ao complexo industrial da saúde em particular. Por outro, deve utilizar mecanismos que compensem as desigualdades regionais geradas por uma estrutura federativa que favorece os estados mais ricos em detrimento dos mais pobres.

Referências

1. Souza C. Federalismo e descentralização na Constituição de 1988: processo decisório, conflitos e alianças. *Dados – Revista de Ciências Sociais* 2001; 44:513-560.
2. Arretche M. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. *Dados – Revista de Ciências Sociais* 2002; 45:431-458.
3. Abrucio FL. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia e Política* 2005; 24:41-67.
4. Souza C. Federalismo e conflitos distributivos: disputa dos Estados por recursos orçamentários federais. *Dados – Revista de Ciências Sociais* 2003; 43:345-384.
5. Rezende F, Afonso JRR. *The Brazilian Federation: facts, challenges and prospects*. Stanford: Center for Research on Economic Development and Policy Reform; 2002.
6. Vazquez DA. Desequilíbrios regionais no financiamento da educação: a política nacional de equidade do Fundef. *Revista de Sociologia e Política* 2005; 24:149-164.

7. JRR. Brasil: descentralização fiscal e avanços das políticas sociais. In: *Anais do XV Seminário Regional de Política Fiscal, Cepal*. Santiago, Chile: Ed. Cepal; 2003.
8. Brasil, Ministério da Saúde. *Gestores do SUS: olhares e vivências*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
9. King G, Keohane RO, Verba S. *Designing social inquiry: scientific inference in qualitative research*. Princeton: Princeton University Press; 1994.
10. Ragin CC. *Fuzzy-Set social science*. Chicago: University of Chicago Press; 2000.
11. Giambiagi F, Além AC. *Finanças públicas: teoria e prática no Brasil*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.
12. Arretche M. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 1999; 14:111-141.
13. Brasil, Ministério da Saúde. *O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2004.
14. Viana, ALd'Á, Lima, LD, Oliveira, RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Cien Saude Colet* 2002, 7(3):493-507.
15. Campelli MGR, Calvo MCM. O cumprimento da emenda constitucional n. 29 no Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23:1613-1623.
16. Conass. *O financiamento da saúde*. Brasília: Conass; 2007.
17. Selcher WA. The politics of decentralized federalism, national diversification, and regionalism in Brazil. *Journal of Interamerican Studies and World Affairs* 1998; 40:25-50.
18. Ibam. *Panorama das Finanças Municipais em 2005; 2006*
19. Machado CV. *Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na Política de Saúde Brasileira de 1990 a 2002*. Rio de Janeiro: Museu da República; 2007.
20. Afonso JRR, Araújo EA, Khair A. Federalismo fiscal no Brasil: a importância dos governos municipais. In: Figueiredo CM, Nóbrega M, organizadores. *Administração pública*. Brasília: BNDES; 2002.
21. Arretche M. Quem taxa e quem gasta: a barganha federativa na federação brasileira. *Revista de Sociologia e Política* 2005; 24:69-85.
22. Guedes KP, Gasparini CE. Descentralização fiscal e tamanho do governo no Brasil. *Economia Aplicada* 2007; 11:303-323.
23. Tomio FRL. A criação de municípios após a Constituição de 1988. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 2002; 17:61-89.
24. Viana ALd'Á et al. Descentralização no SUS: efeitos da NOB-SUS 01/96. In: Negri B, Viana ALd'Á, organizadores. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime; 2002. p.471-488.
25. Lima LD. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):511-522.
26. Oliveira VE. O municipalismo brasileiro e a provisão local de políticas sociais: o caso dos serviços de saúde nos municípios paulistas [tese de doutorado]. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

27. Barr N. *The economics of the Welfare State*. Stanford: Stanford University Press; 1998.
28. Cepal. *Panorama Social de América Latina*. Santiago: Cepal; 2007.
29. Mendes CC, Souza MCS. Estimando a demanda por serviços públicos nos municípios brasileiros. *Revista Brasileira de Economia* 2006; 60:281-296.
30. Silva LMV, Souza LEPP, Cerdeira AJP, Pinto CMF, Oliveira RSA. Algumas características do setor privado de saúde de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* 1997; 13:701-709.
31. Vianna MLTW. *A americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Iuperj/Revan; 1998.
32. Farias LO, Melamed C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2003; 8:583-598.
33. Santos MAB, Gerschman S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Cien Saude Colet* 2004; 9:795-806.
34. Dain S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Cien Saude Colet* 2007; 12:1851-1864.
35. Souza RG, Bodstein RCA. Inovações na intermediação entre os setores público e privado na assistência à saúde. *Cien Saude Colet* 2002; 7:481-492.
36. Brasil. Secretaria do Tesouro Nacional. O que você precisa saber sobre transferências constitucionais. Disponível em: <http://www.stn.fazenda.gov.br/gfm/manuais/fpm.pdf>. Acesso em: 6 jan 2008.
37. Tandler J. *Good government in the tropics*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1997.
38. Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Políticas sociais: acompanhamento e análise*. Rio de Janeiro: Ipea; 2007.
39. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Brasília: Conass; 2006.

TABELAS

Tabela 1 - Gastos com saúde e indicadores socioeconômicos por região e população

	GASTO COM SAÚDE		SOCIOECONÔMICOS		
	Per capita	% do total	% da população	% dos municípios	Renda per capita (R\$ ao mês)
Região					
Nordeste	195	24,6	28,5	32,2	89,17
Norte	110	3,7	7,7	8,1	121,71
Centro-Oeste	236	6,8	5,7	8,4	206,48
Sudeste	268	49,2	43,2	30,0	218,94
Sul	257	15,6	15,0	21,4	232,72
<i>Total</i>	-	100,0	100,0	100,0	-
Porte populacional do município					
Menos de 50 mil hab.	200	32,9	37,1	90,6	162,78
De 50 mil a 200 mil hab.	220	21,7	22,3	7,5	243,05
De 200 mil a 500 mil hab.	244	15,0	13,8	1,4	326,96
Mais de 500 mil hab.	257	30,4	26,8	0,5	394,84
<i>Total</i>	-	100,0	100,0	100,0	-

Fontes: Elaboração própria com base em dados do Datasus (2006); IBGE Censo Demográfico (2000); e PNUD, Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2002)

Tabela 2 - Estrutura do sistema de saúde no âmbito municipal por região e porte

	PROF. SAÚDE / MIL HAB.	TAXA DE PRIV. (%)	% DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE					
			MÉDIA E ALTA COMPLEX.			ATENÇÃO BÁSICA		
			Total	Púb.	Priv.	Total	Púb.	Priv.
Região								
Nordeste	7,30	53,4	20,8	38,8	61,3	22,4	52,3	47,7
Norte	8,13	46,5	3,9	41,3	58,7	4,5	61,8	38,2
Centro-Oeste	8,19	63,9	6,2	34,8	65,2	5,8	37,3	62,7
Sudeste	8,15	76,7	47,2	21,5	78,5	45,0	24,8	75,2
Sul	6,80	78,1	21,9	19,8	80,2	22,2	23,4	76,6
<i>Total</i>	-	-	100,0	-	-	100,0	-	-
Porte do município								
Menos de 50 mil hab.	6,56	42,1	25,9	51,0	49,0	31,7	62,3	37,7
De 50 mil a 200 mil hab.	6,85	74,0	26,9	23,6	76,4	27,3	27,9	72,1
De 200 mil a 500 mil hab.	7,84	82,0	17,1	18,1	81,9	16,3	17,9	82,1
Mais de 500 mil hab.	9,94	88,2	30,2	12,4	87,6	24,7	11,3	88,7
<i>Total</i>	-	-	100,0	-	-	100,0	-	-

Fonte: Elaboração própria com base em dados do Datasus (2006).

Tabela 3 – Finanças públicas por região e porte do município

Região	FINANÇAS MUNIC.		TRANSFERÊNCIAS			
	Tributação própria		União		Estados	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Nordeste	63	10,3	274	29,9	105	12,7
Norte	69	3,0	253	7,5	154	5,0
Centro-Oeste	142	4,6	294	6,5	261	6,3
Sudeste	277	68,0	235	38,9	314	57,7
Sul	165	14,1	300	17,2	286	18,2
<i>Total</i>	-	100,0	-	100,0	-	100,0
Porte do município	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Menos de 50 mil hab.	53	11,1	341	48,6	185	29,2
De 50 mil a 200 mil hab.	123	15,5	242	20,7	233	22,0
De 200 mil a 500 mil hab.	193	15,2	208	11,0	260	15,3
Mais de 500 mil hab.	382	58,2	191	19,6	294	33,5
<i>Total</i>	-	100,0	-	100,0	-	100,0

Fonte: Elaboração própria com base em dados da Secretaria do Tesouro Nacional (STN) (2005).

Tabela 4 – Modelos de análise do gasto público em saúde nos municípios brasileiros^a

	MODELO 1 – <i>per capita</i>		MODELO 2 – Totais	
	Beta	T	Beta	T
<i>Dummy</i> Norte-Nordeste	-0,045**	-4,481	-0,013**	-5,047
População (2001)	0,009	1,116	-0,043**	-3,260
Renda <i>per capita</i> (2000)	-0,040**	-3,082	-0,022**	-7,322
Profissionais de saúde (2006)	0,208**	23,403	0,295**	20,776
Estab. alta e média complex. (2006)	0,080**	6,088	-0,033**	-2,803
Estab. atenção básica (2006)	-0,018	-1,455	0,266**	25,011
Taxa de privatização (2006)	-0,168**	-14,642	-0,014**	-5,723
Transferências da União (2005)	0,578**	47,678	0,136**	26,749
Transferências do estado (2005)	0,212**	18,854	0,344**	36,685
Tributos municipais (2005)	0,025*	2,487	0,085**	8,140
Constante	-	17,071	-	6,891
R Quadrado Ajustado	0,791		0,986	

^aNo primeiro modelo, são utilizados valores *per capita* para a variável dependente, a renda e para as finanças municipais, enquanto o número de leitos, profissionais e estabelecimentos de saúde estão expressos em unidades por grupo de mil habitantes. No segundo (valores totais), nenhuma variável sofre ponderação. Variáveis dependentes: modelo 1 – gasto público *per capita* com saúde no município; modelo 2 – gasto público total com saúde no município.

Nota: Modelo 1: N= 3738. Modelo 2: N= 4057. Nível de Significância: ** p.< 0,01; * p.< 0,05.

Fontes: Datasus (2006); IBGE (2000); STN (2005).



Ministro da Saúde José Gomes Temporão

Nelson Ibañez^I
Ana Luiza d'Ávila Viana^{II}

Viana Ministro Temporão, a Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, nova publicação da ABRASCO veiculará a produção científica acadêmica especializada, mas, também, a vivência empírica de gestores, operadores e usuários de sistemas de saúde coletiva, pois, em última análise, o atual pensamento brasileiro sobre políticas públicas se constrói, há décadas, nessa convivência entre a academia e o sistema de saúde. A sua trajetória profissional mescla vivência acadêmica, experiência variada na gestão e uma atuação política, que o levou a ocupar hoje o cargo de poder de maior relevância no setor. Daí nossa escolha de tê-lo como personagem de nossa primeira entrevista. Agradecemos sua disposição em concedê-la.

Ibañez Gostaríamos de desenvolver nossa conversa a partir de três eixos: sua trajetória acadêmica e profissional até a chegada ao cargo de ministro; um balanço da atuação do Ministério da Saúde e seu papel no desafio de fazer avançar o SUS; e a sua visão sobre o papel da

academia no fortalecimento e desenvolvimento do sistema público de saúde.

Temporão Eu entrei para a Faculdade de Medicina da UFRJ em 1972 e me formei em 1977. Durante o curso médico, pela conjuntura da época (vivíamos na ditadura militar) eu me envolvi com o movimento estudantil. Mas, principalmente, eu me envolvi com o movimento que nascia no Rio de Janeiro e em São Paulo de estruturação do CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, muito em função de minha proximidade, à época, com Sônia Fleury, Sérgio Arouca, Eleutério Rodrigues Neto, Eric Jenner Rosas. Junto a eles, entre 1975 e 1976, eu já participava de todas as discussões do Movimento de Renovação Médica e também me envolvia com a Revista Saúde em Debate.

Ao me formar, em 1977, optei pela Residência Médica em Doenças Infecciosas e Parasitárias. Uma escolha curiosa, porque o que me levou a ela foi um obje-

I Departamento de Medicina Social, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. enibanez@ig.com.br

II Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP). analuivi@terra.com.br

vo duplo. Sempre tive forte vínculo com a atividade clínica. Eu gostava de Clínica Médica, fui um bom aluno na faculdade, me envolvi, trabalhei em vários serviços, fiz vários estágios. Mas eu também já descobrira a importância das ações coletivas na saúde. E, naquela época, a cadeira de Doenças Infecciosas e Parasitárias era a única cujos serviços me possibilitariam lidar com a clínica e, ao mesmo tempo, me aproximar da Saúde Pública. E foi interessante, porque nós tivemos uma experiência de internado que foi única – não teve continuidade, nossa turma foi a única. O internado era de clínica em Doenças Infecciosas, mas tínhamos um curso teórico de Saúde Coletiva: Medicina Social. Além disso temos um mês de estágio numa unidade da Fundação CESP, no município de Pains (Região Oeste, a 217 Km da Belo Horizonte), em Minas Gerais. Nós viajavamos para lá e, por um mês, morávamos e trabalhávamos numa unidade mista de saúde. Tivemos também estágios em serviços, Postos de Saúde e Ambulatórios do Rio de Janeiro. Foi um internato muito interessante. Eu já estava muito envolvido com a questão do CEBES e da militância; entrei para o Partido Comunista Brasileiro e a minha decisão, a opção pela Saúde Pública, estava tomada.

Fiz o curso de especialização em Saúde Pública na ENSP e, imediatamente em seguida, o curso de Especialização em Planejamento de Saúde. A proximidade com Mário Hamilton, principalmente, e com Sérgio Arouca consolidou a minha opção definitiva por esse caminho.

Na época, o Sérgio Arouca me indicou como docente para a Escola Nacional de Saúde Pública. Eu entrei para a ENSP,

como auxiliar de ensino, em 1980, e comecei a me envolver com toda a discussão dos cursos descentralizados de Saúde Pública, com a questão do planejamento, políticas etc... Iniciei meu mestrado em Saúde Pública, também na própria ENSP. Esse período, entre 1980 e 1983, foi interessante. O Sérgio Arouca ficou meio impactado com a escolha que fiz de objeto para minha dissertação de mestrado. De fato eu escolhi algo totalmente singular... Eu me interessei pela questão da publicidade de medicamentos pelos meios de comunicação de massas!

Ibañez A ENSP foi seu primeiro emprego?

Temporão O primeiro emprego depois de formado – afinal, eu precisava ganhar algum dinheiro, além da bolsa de residente – quem conseguiu foi meu pai, que era amigo de um industrial, dono de uma metalúrgica na Baixada Fluminense, em Mesquita. Três vezes por semana, à tarde, eu fazia ambulatório na fábrica. Atendia os operários e seus os familiares: Clínica Médica.

Na mesma época Anamaria Tambellini, estava propondo um projeto de pesquisa, financiado pela FINEP, cujo objeto era fazer uma avaliação, em campo, da saúde dos trabalhadores. A pesquisa era muito interessante, porque avaliava as condições de saúde, mas, também, as condições do processo produtivo e como essas pessoas viviam. Era uma pesquisa que envolvia desde engenheiro de produção até uma antropóloga, que visitaria a comunidade. E, por incrível que pareça para a época, fomos eu e a Anamaria conversar com o dono da empresa, e ele topou! Deixou entrar engenheiro, epidemiólogo, tudo. Foi um sucesso.

Ibañez *E voltando a seu mestrado?*

Temporão Com relação à dissertação de mestrado, o meu interesse não era o problema da propaganda de medicamento induzir ao autoconsumo –também importante – mas como o padrão de consumo dos conteúdos publicitários, do ponto de vista ideológico, poderia impactar e construir certa visão da Medicina, do medicamento e da saúde, na consciência política dos trabalhadores. Fiz esse trabalho de campo, que se transformou num livro, publicado pela Editora Graal em 1984, chamado *A Propaganda de Medicamentos e o Mito da Saúde*. Essa preocupação com a indústria farmacêutica, e com os medicamentos se manteve como uma preocupação importante durante toda minha carreira.

Viana *Foi no INAMPS a sua primeira experiência como gestor?*

Temporão Em 1983 – vocês devem se lembrar do plano do CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, cuja criação foi uma das propostas aprovadas pela VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980). Pois bem, o Eleutério assumiu o Departamento de Planejamento do INAMPS, onde o Henry Jouval (Henry Eugene Jouval Júnior) era diretor Secretário do Planejamento. Como diretor, Eleutério começou a chamar um grupo de jovens sanitaristas como Miguel Murat, (Miguel Murat Vasconcellos), Santinha (Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos), Fátima Siliansky (Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi) e outras pessoas. Eu também fui chamado para fazer parte desse grupo e assumi uma coordenação no Departa-

mento de Planejamento do INAMPS. Comecei a trabalhar no que seria o início da concepção das Ações Integradas de Saúde, cujo pré-esboço era um conjunto de idéias que vinham sendo gestadas pelo Movimento Sanitário Brasileiro. Fiquei nesse cargo até 1985 e continuava dando aulas na ENSP.

Em 1985, com a Nova República, o Hésio (Hésio Cordeiro) tornou-se presidente do INAMPS e me chamou para assumir a Secretaria do Planejamento, onde eu ficaria até 1988. Entre 1985 a 1988 nós estruturamos as AIS (Ações Integradas de Saúde) e o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) e também tivemos a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986.

Ibañez *Depois de sua experiência no INAMPS, retornou para a universidade?*

Temporão Após esse período, retornei à ENSP, assumi uma chefia de Departamento até 1991, e retornei ao serviço, no cargo de Subsecretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, durante um ano do Governo Brizola.

Em 1992, me tornei presidente do Instituto Vital Brazil.; foi meu novo contato com a questão dos medicamentos, agora num laboratório estatal produtor de vacinas e genéricos. Presidi o Vital Brazil até 1995 e retornei para a FIOCRUZ, onde ficaria até o ano 2.000 praticamente. Nesse período, fiz meu doutorado no Instituto de Medicina Social da UERJ.

Viana *Essa experiência influenciou sua atuação na FIOCRUZ, na área de vacinas?*

Temporão Quando desta minha volta à FIOCRUZ, eu estabeleci uma relação

acadêmica muito próxima do economista Carlos Gadelha (Carlos Augusto Grabois Gadelha), hoje Vice-Presidente de Produção e Pesquisa. O Gadelha trazia uma série de idéias da escola schumpeteriana sobre inovação econômica e saúde. Nós iniciamos uma série de estudos sobre produção de vacinas na FIOCRUZ. Fizemos um diagnóstico do mercado brasileiro farmacêutico e de vacinas para o BNDES. A tese de doutorado, que defendi na UERJ, foi sobre o mercado de vacinas no Brasil.

Ainda trabalhei com o Arouca, por um breve período, na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Ibañez *Como foi sua experiência à frente do INCA?*

Temporão Em 2003, surge a crise do INCA (Instituto Nacional do Câncer) e o Humberto Costa (Humberto Sérgio Costa Lima, então Ministro da Saúde) me chamou. A culpa é do Paulo Buss (Paulo Machiori Buss), que me indicou; ele e do Arlindo (Arlindo Fábio Gómez de Sousa), me levaram para o INCA, que presidi de 2003 a 2005. Quando assumiu o Ministério da Saúde, o Saraiva Felipe (José Saraiva Felipe) me convidou para ser o Secretário de Atenção à Saúde do Ministério. E, da SAS vim para o cargo de ministro.

Essa é minha trajetória, um pouco heterodoxa, mas interessante, porque mesclou pesquisa, ensino, atuação em serviços em todos os níveis do sistema: empresa produtora de vacinas e medicamentos, Instituto do Câncer, Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal...

Ibañez *Sua experiência foi diversificada, mas dentro de uma mesma linha. E sempre mesclando atuação na academia e nos serviços.*

Temporão É importante destacar que na escola de medicina eu fui fortemente influenciado pelas idéias da Reforma Sanitária e do CEBES, de onde fui vice-presidente e depois presidente: fui um militante cebianos e da Revista Saúde em Debate. O mestrado, da mesma forma, me marcou muito também, principalmente por algumas disciplinas que cursei com Cecília Donangelo, Roberto Passos Nogueira. Célia Leitão, o próprio Sérgio Arouca, a Anamaria Tambellini.

Acho que foi importante também o fato de que, durante cinco anos depois de formado, eu continuei clinicando. Esse conjunto diversificado de experiências me proporcionou uma visão muito ampla da questão da Saúde Pública, da questão da Medicina, porque, ao longo dessa trajetória, eu fui acumulando versões muito distintas dessas questões. Foram inserções institucionais muito diferenciadas; e sempre com um pé na FIOCRUZ, mas o outro uma hora na política, outra nos serviços, na gestão...

Ibañez *Se você tivesse que apontar a mais significativa de suas passagens pelo serviço público, aquela que lhe permitiu uma visão mais globalizante. Qual foi?*

Temporão A experiência do INAMPS foi fundamental. Até então, nós da Saúde Pública tínhamos uma visão muito mais próxima do que a gente chama da Atenção Primária ou da Atenção Básica. Já o INAMPS era o centro do poder, o núcleo duro da estrutura setorial. Era dali que se direcionava tudo na saúde; o poder não estava no Ministério da Saúde, estava ali. Então, ter entrado no INAMPS e ter podido participar de sua desconstrução- de-

pois ele acabou sendo extinto – foi fundamental. Eu até escrevi um pequeno artigo para uma das publicações da ABRASCO, em 1988 ou 1989, contando um pouco dessa história.

Viana Que outro aspecto de sua experiência também foi marcante?

Temporão Eu gostaria ainda de chamar atenção para a questão do planejamento. Não apenas com a escola de Arouca e Mário Hamilton, mas, também, a questão do Planejamento Estratégico Situacional do Carlos Matus, economista; um assunto que estava muito em debate naquela época. O Matus esteve na ENSP dando curso e eu participei como docente em vários, como o Curso Internacional de Planejamento em Saúde da ENSP, junto com o Javier Uribe e outras pessoas da escola. Essa visão mais ampla, de formulação de políticas, de planejamento, teve uma influência importante na minha formação. E é claro que, hoje, eu trago toda essa bagagem para o Ministério.

Ibañez Como é que você chegou ao Ministério?

Temporão Pois é, foi uma situação muito curiosa. Eu nunca perguntei ao presidente... Ainda vou perguntar...

Ibañez Porque a pessoa vai se qualificando; mas uma coisa é se qualificar, outra é tornar-se ministro.

Temporão Eu acho que pesou em primeiro lugar – sem dúvida – minha passagem pelo INCA, uma instituição com mais de setenta anos que, pela primeira vez em sua história, vivia uma crise de desabastecimento e enfrentava um ruído político

co muito complexo... Era uma situação muito delicada, de muita tensão. Some-se a isso o fato de que era a primeira vez na história da instituição, que uma pessoa que não pertencia ao INCA (e não-cancelologista!) assumia a direção. Eu era um estrangeiro, embora com uma singularidade: um estrangeiro da FIOCRUZ... Isso tem todo um peso, ajudou... Mas eu acho que no INCA consegui fazer um trabalho bem interessante.

Viana Poderia dar alguns exemplos?

Temporão Vou dar alguns exemplos de avanços que nós conquistamos lá. Primeiro, a estruturação da Pós-Graduação Sensu Stricto: hoje o INCA tem mestrado e doutorado. Começou em minha gestão o fortalecimento da pesquisa. Também foi importante trabalhar politicamente a questão do câncer como problema de saúde pública. Uma terceira conquista foi a implantação do novo sistema de planejamento institucional. Eu levei o Santini (Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva) para lá comigo; depois que saí, ele continuou lá e mudando bastante... O INCA era uma instituição muito tradicional, demasiadamente centralizada na figura do Diretor, muito autoritária. Eu implantei um novo modelo de planejamento e de participação, que deu frutos bastante interessantes, se consolidou e hoje funciona bastante bem.

Ibañez Mas houve um período de atuação no Ministério, antes de ser ministro.

Temporão Do INCA eu vim para a SAS (Secretaria de Assistência à Saúde), quando o Saraiva (José Saraiva Felipe) tornou-se Ministro da Saúde. Mas ele ficou um

período muito curto – oito ou nove meses. O Agenor (José Agenor Álvares da Silva) ficou como interino por um período e depois foi efetivado. E eu continuei na SAS, que é a maior e mais complexa secretaria do Ministério... Creio que tudo isso foi se somando. Sem contar, é claro, uma série de conjugações astrais... (risos).

Ibañez Mas como chegou a notícia?

Temporão Eu me lembro que, em outubro de 2006, pela primeira vez, foi publicada uma nota do jornalista Kennedy Alencar, na Folha de São Paulo, dizendo que o meu nome estava sendo cotado para o Ministério. Eu disse: pronto, agora que já saiu na imprensa é que eu não vou mesmo! Além disso, havia três deputados federais do PMDB pleiteando o cargo de ministro. Mas acho que houve uma série de outras coisas, elas foram se juntando e me trouxeram ao Ministério. Como eu disse, eu ainda vou perguntar ao presidente Lula...

Viana O senhor foi diretor em Bio-Manguinhos também?

Temporão Não. Naquele período eu participava, com o Carlos Gadelha e o Mário Hamilton, do processo de repensar o modelo da FIOCRUZ, construindo a proposta de profissionalização da gestão...

Viana Aliás, eu li a proposta e achei fascinante.

Temporão Mas nós fomos derrotados no Congresso Interno da FIOCRUZ. É bom explicar que, com a volta da democracia, o resgate do Massacre de Manguinhos, o Sérgio Arouca implantou um novo modelo de gestão na FIOCRUZ, que passou a ter um modelo de governança baseado em ampla participação, através de congresso

interno e eleição para todas as instâncias. Nós, porém, defendíamos que, apesar da pluralidade de áreas que compõem a FIOCRUZ exigir um modelo assim, era necessário adaptá-lo à realidade. Afinal, decidir a escolha do diretor da ENSP por eleição de seus pares é uma coisa muito diferente de escolher quem e como será operada uma planta industrial no interior da organização. Em nossa proposta, defendíamos que, no segundo caso, a gestão tinha que ser profissionalizada, com a definição de metas, indicadores, enfim, que a dinâmica precisava ser outra. Esses estudos que Gadelha e eu começamos sobre Bio-Manguinhos, depois o diagnóstico sobre a produção de vacinas no Brasil, que fizemos para o BNDES deram origem à minha tese de doutorado. Minha experiência no mestrado, depois com a indústria de vacinas, o diagnóstico para o BNDES, o doutorado, nos levaram, um pouquinho mais à frente, a trabalhar o conceito de Complexo Industrial da Saúde, que o Hésio Cordeiro já havia cunhado em 1980, com o nome de Empresas Médicas. Nós trabalhamos com essa concepção mais schumpeteriana, que agora eu trouxe também para o Ministério da Saúde, como um dos focos centrais de minha gestão.

Outra coisa. Se eu nunca sonhei na vida ser ministro, jamais imaginei que acabaria sendo imortal da Academia Nacional de Medicina; e neste ano eu fui eleito. Foi a primeira vez que um ministro, no exercício do cargo, entrou para a Academia. É muito difícil. Assim que eu decidi me candidatar, percebi logo uma grande resistência; tive muito trabalho para explicar que, quem estava concorrendo não era o ministro, mas o Temporão, sanita-

rista, gestor etc. E curiosamente, ocupo a cadeira de número 53, cujo patrono é Barros Barreto, eminente sanitariano e um dos ícones da luta contra a tuberculose no Brasil.

Viana Ele foi um gestor magnífico!

Temporão Então essa foi a minha trajetória.

Ibañez Vamos entrar agora no balanço de sua gestão no Ministério da Saúde.

Temporão Quanto à minha gestão. Antes de assumir o Ministério, eu tive uns dois meses para me preparar. Foi naquele período anterior, de muita fofoca, entra, não entra, vai ser, não vai ser ministro... Aproveitei essa fase para preparar algumas idéias para uma hipotética gestão. Na pior das hipóteses, depois eu publicaria alguma coisa tipo “Quase Ministro”, aproveitando o título daquela pequena peça de teatro de Machado de Assis.

Em meu discurso de posse optei por fazer uma análise setorial e listei 22 prioridades, que definem o eixo de tudo que estou me propondo a fazer nesta gestão. O Arlindo até brinca comigo, dizendo que são “os 22 Trabalhos de Temporão” (risos). Meu balanço passa pela avaliação do andamento dessas prioridades.

Viana Além dessas prioridades, que outras contribuições você destacaria?

Temporão Eu destacaria como fato novo ter trazido de volta para o Ministério a racionalidade do planejamento. Durante a gestão de Saraiva Felipe – eu estava na SAS – as Normas Operacionais – NOAS foram recontextualizadas, nós trabalhamos o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto pela Vida e o Pacto de Gestão, que po-

demus dizer que é o novo macro-desenho do SUS, na perspectiva fortalecer espaços como tripartite e bipartite. Pois bem, a racionalidade do planejamento já se mostrava presente nesses espaços onde os gestores se encontram – tripartite, bipartite – e, pela primeira os pactos estabeleciam algumas prioridades, como: mortalidade infantil, saúde da mulher, saúde do homem, doenças infecciosas... Porém, no Ministério, eu não encontrei uma agenda estratégica setorial, uma macro-proposta sobre a qual o Ministério, como um todo, se debruçasse. No meu discurso eu até brinquei que um dos meus objetivos era criar o Ministério Único da Saúde. Pois o Ministério da Saúde pode ser visto de vários ângulos: são distintas racionalidades, distintos projetos... O ministro, de certa forma chega com seu projeto e tenta impô-lo por sobre essas racionalidades.

Eu entregarei a meu sucessor um plano, o Mais Saúde, que implantei em 2007. Ele está na internet e, via web, qualquer funcionário do Ministério pode acessar, agora, metas quantificadas e indicadores e saber do andamento das mais de cento e quarenta ações que estão em curso.

Ibañez Então você enfrentou essas distintas racionalidades do Ministério com planejamento?

Temporão Minha prioridade, ao tomar posse, foi iniciar uma grande mobilização interna em torno da elaboração de um Plano Estratégico do gestor federal, com sete eixos, que incluíram algumas novidades. Eu destacaria: a Promoção da Saúde, que passa a ser um eixo específico; o Complexo Industrial da Saúde, também como eixo específico; e a Cooperação Internacional como terceiro eixo específico. Os

demais eixos são a questão da Gestão, a questão da Atenção à Saúde, que já estavam colocados.

Eu apresentei esse plano em dezembro de 2007. Ele foi submetido ao crivo da ministra Dilma, na Casa Civil e do presidente que o aprovou. É evidente que o plano, como trazia novas propostas, implicava em gastos adicionais, investimentos adicionais, expansão de serviços. A conta que fizemos à época indicava um custo adicional de R\$ 24 bilhões ao que o Ministério já gastava. Esse plano entrou na negociação da CPMF e aí tivemos uma grande derrota... Foi uma derrota importante, porque ao perder a CPMF, perdemos esses recursos adicionais. Claro, que continuamos avançando com o Plano, mas limitados ao orçamento formal do Ministério.

O processo das mudanças internas merece destaque, porque ele foi complexo, envolveu as Secretarias, suas diretorias e coordenações. Fazia reuniões com mais de mil pessoas, apresentando as propostas, pactuando. Foi um grande esforço. Eu brincava com a equipe dizendo: Não há vida possível fora do Plano! Que eles imaginassem um universo em que todos os planetas tinham temperaturas extremas e apenas um estava totalmente protegido por uma redoma: é nesse que nós estamos; o que estiver fora está morto. Era minha indicação para nem trazerem a debate algo que não estivesse no Plano: se não está, não é importante. Esta regra é fundamental.

Viana Como você avalia esse processo hoje?

Temporão As implicações das mudanças que fizemos na estrutura do Ministério ainda não estão totalmente avaliadas em relação a economia de recursos financeiros,

melhoria nas compras, racionalização.

Ibañez Do ponto de vista macro, que pontos você destacaria na sua gestão?

Temporão Há alguns pontos importantes, mais gerais. Primeiro, eu trouxe o conceito de Complexo Industrial como agente estratégico, chamando a atenção para a vulnerabilidade da Política de Saúde em função da dependência tecnológica e destacando a importância de fortalecer a capacidade nacional. E, a partir daí, definir todo um caminho, junto com o BNDES, utilizando o poder de compra do Estado, as PPPs etc.

O licenciamento compulsório também foi um marco. O Ministério já vinha negociando com a empresa multinacional Merck a questão do preço do medicamento Efavirenz. Dois meses após minha posse, chegou-se ao impasse: não haveria acordo. Levei o problema e a proposta ao presidente Lula; e ele, com a coragem que lhe é característica, perguntou: “Temporão, é para fazer?” Respondi que sim, que era muito importante.

Contanto parece simples, mas o processo do licenciamento compulsório envolveu os ministérios de Relações Exteriores, de Ministério da Indústria e Comércio, Ciência e Tecnologia, Saúde, Advocacia Geral da União. Todo o cuidado foi tomado para que o acordo triplice fosse respeitado na íntegra; para não haver qualquer risco de retrocesso. Deu certo: a empresa sequer recorreu judicialmente. Foi a primeira vez no Brasil que se fez, de fato, uma quebra de patente, embora muitos atribuam a outro ministro. Mas o que se fazia antes era tensionar para conseguir redução de preço; uma coisa inteligente, que nós conti-

nuamos fazendo. Mas licenciamento compulsório, a primeira vez foi nesta gestão.

Na época os setores mais conservadores criticaram afirmando que essa atitude afastaria os investimentos no Brasil. Muito pelo contrário: os investimentos aumentaram e o mercado brasileiro de medicamentos cresce 15% ao ano e é hoje “a bola da vez” dos investidores.

Viana Outra polêmica de sua gestão foi a questão do aborto.

Temporão As várias questões referentes a direitos sexuais e reprodutivos são outro destaque. A criação da Secretaria Especial dos Direitos da Mulher, tendo à frente a Nilcéa Freire, foi um avanço prático que nos permitiu muitas parcerias.

A discussão em torno do aborto; apesar da questão não ser resolvida do ponto de vista prático, possibilitou um momento de grande debate na sociedade.

A população LGBT foi atendida com várias políticas e pela primeira vez, neste governo, prestigiada com a presença do Presidente Lula na abertura da I Conferência Nacional LGBT. Sem contar a portaria autorizando a cirurgia de mudança de sexo pelo SUS.

Com relação à AIDS, quando se fala em prevenção há dois aspectos fundamentais. O primeiro, além da informação, é o acesso ao preservativo. Pois nos dois últimos anos, 2008 e 2009, o Ministério da Saúde distribuiu 500 milhões de preservativos. Comparando com os anos anteriores, multiplicamos por 10 a quantidade distribuída. Nós também aumentamos muito o acesso ao chamado teste rápido e desenvolvemos em parceria com Bio-Manguinhos e TecPar do Paraná o teste rápido *made in Brazil*.

Ibañez E a questão das fundações públicas?

Temporão Essa questão, para mim, está absolutamente em aberto e merece uma profunda reflexão. De um lado temos setores ligados ao sindicalismo, às Centrais Sindicais e alguns setores sindicais ligados aos profissionais de saúde, além do Conselho Nacional de Saúde, que se colocam contra. Porém, do outro lado, você percebe uma adesão muito grande dos gestores, porque são eles que se defrontam, na prática, na realidade, com uma estrutura que torna inviável uma gestão com eficiência e com qualidade. Ter estimulado toda essa discussão sobre a gestão foi importante.

Viana E a questão da reforma do Estado?

Temporão É outra agenda que eu vejo em aberto. Creio que na questão da reforma do Estado, da profissionalização da gestão e das carreiras, nós avançamos pouco.

Ibañez Você também se envolveu com a mídia e a publicidade.

Temporão Eu me envolvi com essa relação entre mídia, publicidade e Saúde Pública. Agora mesmo, essa resolução da ANVISA que limita a publicidade de alimentos está gerando protesto de alguns setores. Quando eu questioneei a publicidade de cerveja e medicamentos pela televisão também. Volto ao meu livro de 1984, em que eu já abordava essas questões. A dificuldade é que os interesses econômicos são muito poderosos e envolvem muitos bilhões de reais.

Mas o Brasil terá que enfrentar esse problema. Em se tratando de questões como padrão alimentar, consumo de bebida alcoólica e acesso a medicamentos, eu acho insustentável alguém defender que o mercado se autorregula e que o Estado

não deve se meter nisso. Não é verdade. O mercado se autorregula para vender panela, geladeira, carro, escova de dente, sapato. Mas, no caso de produtos que têm impacto direto sobre a Saúde Pública isso é complicado.

Viana E quanto às questões relativas a acesso e qualidade dos serviços?

Temporão Na área da Atenção à Saúde e de Assistência Farmacêutica eu destacaria vários programas novos, que o presidente Lula implantou. Creio que eles começam a nos ajudar na consolidação de uma rede integrada de serviços no território. A expansão do PSF – que já cobre 100 milhões de pessoas – e, a partir dele, a implantação de uma série de equipamentos, além das tradicionais Unidades Básicas de Saúde: os CAPS e as UPAS, por exemplo.

Na Saúde Mental temos a Reforma Psiquiátrica que se consolida. A inversão nas curvas de gastos é impressionante: em 2002, 75% dos recursos iam para a internação asilar; hoje 75% vão para atendimento comunitário em residências terapêuticas, CAPS.

Na Emergência, até o final deste ano, 85% da população brasileira estará coberta pelo SAMU.

O Brasil Sorridente, pela primeira vez, tratou a Saúde Bucal como uma política de Saúde Pública.

A Farmácia Popular introduziu a novidade de vender na farmácia da esquina medicamentos fortemente subsidiados pelo Estado. Existe polêmica em torno disso, há muita resistência: seria obrigação do Estado fornecer gratuitamente. Porém, nós temos estudos mostrando que o fornecimento gratuito pode ser muito mais caro

que o co-pagamento. Estima-se que, de 20% a 40% do que se compra para distribuição gratuita, é perdido por fraude, corrupção e estocagem irregular. E para o usuário, o deslocamento até a unidade de dispensação, às vezes, torna o remédio mais caro do que se ele atravessar a rua e comprar a preço subsidiado na farmácia próxima de sua casa. A eficácia da Farmácia Popular ainda comporta discussões, mas eu acho que é irreversível. São 13 mil farmácias vendendo medicamentos a 10% do preço, já que os outros 90% o Estado paga.

Mas eu quero destacar a questão das UPAS, porque aqui aflora uma grande contradição que o Sistema de Único de Saúde vive – além, claro, da grande e óbvia questão do financiamento. Vejam que os sindicatos de trabalhadores se colocam contra as fundações estatais, defendem em seus documentos e plataformas o Sistema Público Universal, mas, curiosamente, não o usam. Eles têm os planos e seguros de saúde, que fazem parte de seus acordos coletivos. Já os formuladores do SUS, seus defensores e aqueles que trabalham no próprio sistema também não fazem uso dele, o que é uma contradição em si.

Porém, quando surgem as UPAS, me surpreendeu muito ver algumas figuras do Movimento Sanitário criticando e dizendo que era algo contra o SUS. Eu me fiz várias perguntas. Quem estabelece essa racionalidade do é o SUS, e do que não é o SUS? Porque um intelectual orgânico da Reforma Sanitária Brasileira acha bom e confortável ter um plano de saúde de graça? (Sim, porque o subsidio é duplo: embora o Estado só pague uma parte, a outra, paga pelo funcionário, retorna para ele como abatimento no Imposto de Renda

Devido). O intelectual orgânico pode marcar consulta com um especialista, por telefone, confortavelmente e de graça, mas o povo tem que ir para o Centro de Saúde? É isso? A porta de entrada do povo tem que ser essa? Por que eu não posso instalar um equipamento confortável, que funciona 24 horas, com acolhimento, próximo ao local onde as pessoas vivem e trabalham, para resolver os problemas de urgência de média e baixa complexidade?

Essas são contradições centrais que estão diante de nós e que só se resolverão com o fortalecimento da qualidade e da capacidade do sistema público, para que ele seja capaz – e vou cometer uma hereesia aqui – capaz de competir no mercado com os planos e seguros; O SUS tem que disputar os pacientes com sua qualidade. Muitas vezes pessoas de classe média, são atendidas, por acaso, num equipamento público e saem surpresas: “mas eu não sabia que aqui era do SUS”. A surpresa é porque elas perceberam qualidade, bom atendimento, acolhimento etc.

Viana Não vamos esquecer da questão central do financiamento.

Temporão A campanha eleitoral deste ano nos traz algo muito positivo: os dois candidatos principais, Dilma e Serra, estão colocando a saúde como ponto central da sua agenda. Isso é muito bom. Eu estou seguro de que a questão do financiamento se resolverá no próximo governo. Eu conversei com o presidente esta semana e ele tem o mesmo entendimento. É consenso que há um brutal subfinanciamento, que coloca em risco o sistema. Todos os indicadores tradicionais apontam para a mesma conclusão: a participação da saúde nas Re-

ceitas Líquidas, participação no Produto Interno Bruto, no Gasto Per Capita. Estudo do IBGE de 2007 mostra que mais de 60% dos gastos de saúde no Brasil são privados.

Porém, se há consenso de que os recursos para a Saúde devem aumentar, se há consenso que a Emenda Constitucional 29 deve ser regulamentada, não há uma definição de onde sairão os recursos adicionais. Esse é o ponto. Criar um novo imposto, totalmente dedicado ao financiamento da Saúde Pública? A proposta está hoje na Câmara dos Deputados. Se não for isso, de onde sairão esses recursos, considerando que o próximo orçamento está em torno de R\$ 64 bilhões e que qualquer solução para o subfinanciamento implica, a meu ver, em multiplicar esse valor por dois? De onde sairão R\$ 60 bilhões adicionais para serem somados aos recursos da União? Isso, sim, mudará totalmente o cenário. Nós temos condições de iniciar um processo de qualificação, de redução de tempo de espera, poderemos levar saúde aonde ela não chegou ainda, reduzir desigualdades regionais e iniquidades, abrir novos serviços, fortalecer as políticas, universalizar de fato a Atenção Básica.

Viana O senhor teve muitos contatos internacionais, visitou vários países, Índia, China. Dessas visitas internacionais o que mais chamou sua atenção em relação à Saúde? No que o Brasil se distingue? Estamos à frente ou estamos atrás?

Temporão Anos luz à frente! É uma coisa impressionante. Primeiro me chamou a atenção, o respeito que o Brasil tem no exterior hoje. Não só enquanto país, mas

também a saúde. Eu vou contar uma história interessante. Em 2008, participei, em Londres, de uma conferência coordenada por sir Michel Marmot sobre determinantes sociais na saúde. A proposta era que os ministros da saúde de todos os continentes falassem sobre seus países, seus sistemas de saúde e desafios. Ao final ele faria um balanço de encerramento.

Depois que nós falamos, ele tomou a palavra. “Bom, eu ouvi com atenção, mas de tudo o que eu ouvi aqui, de todas as experiências e do que eu tenho acompanhado nos últimos anos, eu queria lhes dizer o seguinte: vocês querem, de fato, saber onde é que se está fazendo alguma coisa inovadora em saúde pública, diferente e ousada? No Brasil; aprendam o português e olhem para o Brasil”. Isso é um bom exemplo.

Na China a avaliação era a mesma. As pessoas me perguntavam: mas como é que vocês conseguem? Como conseguiram resolver a questão da AIDS? Como conseguem fazer campanha de vacinação para todo mundo? Como são o segundo país do mundo em transplante de órgãos? Como conseguiram cobrir 100 milhões de pessoas com Atenção Básica?

A China, como a Índia, não tem um sistema de cobertura universal. Na China todos os atendimentos são pagos, todos! Mesmo na Medicina Tradicional; é um pagamento simbólico, irrisório, mas é pago. Todos os estrangeiros que moram na China pagam pela assistência, via plano e seguro. Na Índia, o sistema não cobre sequer um terço da população. A maioria da população utiliza a Medicina Tradicional; há muita dificuldade de acesso a uma medicina de mais qualidade.

Ibañez *Como você vê a questão dos imunobiológicos e da autosuficiência nacional nessa área?*

Temporão Durante o governo do presidente Lula nós incorporamos três vacinas conjugadas modernas: a do Rotavirus, a do Pneumococo e a do Meningococo. E eu chamo a atenção o processo de incorporação dessas três vacinas. Nós incorporamos as vacinas ao PNI (Programa Nacional de Imunização), através de um contrato de transferência de tecnologia. Os laboratórios - no caso do Rotavirus e do Pneumococo a GlaxoSmithKline e no caso da Meningococo a Novartis - ao final de determinado período, terão que transferir sua tecnologia de produção para os laboratórios estatais produtores (Bio-Manguinhos e a Fundação Ezequiel Dias). A Fiocruz e o Instituto Butantã foram os pioneiros nesse tipo de estratégia, na produção da vacina da gripe, nós adotamos também.

Não podemos deixar de falar da mega campanha de vacinação contra a Rubéola: foram 67 milhões de adultos vacinados. Já, contra a H1N1, atingimos 88 milhões de pessoas vacinadas; proporcionalmente, nenhum país do mundo vacinou tanto quanto o Brasil. Acho que é isso.

Ibañez *Ministro, encaminhando para o último bloco da entrevista, qual sua visão sobre papel da universidade e da pesquisa?*

Temporão Hoje o Ministério da Saúde é um dos grandes financiadores da pesquisa. Quero destacar o trabalho feito pelo MEC em parceria com o Ministério da Saúde. Nunca houve tanta sintonia. E todas as iniciativas: a criação da Universidade Aberta do SUS e uma série de outras me-

didadas previstas pelo Mais Saúde também merecem destaque.

Mas quero tratar do papel da academia por outro ângulo, que é o que mais me preocupa. É uma preocupação política e ideológica. Creio que a ideologia que predomina na sociedade brasileira hoje é de que ter um plano de saúde significa ascensão social. Isto é, o cidadão comum não vê o acesso à saúde pública como uma grande conquista do país. Isso é curioso. Quando fazemos pesquisas sobre a qualidade do atendimento prestado à população, a avaliação é boa. O que nos dá a percepção de que o problema do SUS é mais de imagem que de conteúdo. Tem uma tendência muito forte de defesa da medicina privada, da medicina liberal (entre aspas).

Eu acho nós temos que enfrentar: de um lado, a questão dos profissionais da saúde – e eu destacaria aí os médicos – que estão saindo das faculdades com o olhar para a tecnologia intensiva e para as oportunidades de ganho salarial; e de outro lado, temos que disseminar na sociedade a discussão política sobre a importância do sistema público universal, sem o que, a base de sustentação do sistema estará em risco.

Por exemplo, eu fiquei muito feliz de que a Ligia Bahia seja agora articulista permanente de O Globo. Desde Gentile de Mello (Carlos Gentile de Mello -1920-1982), que publicava sua coluna na Folha de São Paulo, a gente não tinha um espaço para defesa sistemática do SUS.

Mas, além da visão tradicional que nós temos da importância da academia para a produção de conhecimento, é necessário também que ela se aproxime da produção,

na linha do Complexo Médico da Saúde. Não adianta paper, se eu não registro patente! Aí vem toda a discussão da Lei de Inovação: a aproximação desses mundos é fundamental, mas a gente ainda está muito engatinhando nisso.

Eu destacaria ainda a importância de repolitizar a questão da saúde universal. Os Estados Unidos viveram um grande debate agora em relação a isso. Embora o Obama não tenha conseguido emplacar o projeto que ele queria, conseguiu avançar. No Brasil essa é uma questão que está sempre sendo tensionada, mas não é enfrentada da maneira adequada.

Viana Eu acho que o desafio agora está colocado pela ascensão dessa nova classe média: 90 milhões de brasileiros...

Temporão E você imagine se essa classe média emergente colocar em sua agenda, ao invés de comprar um carro em 60 prestações, ter um plano de saúde.

Viana Não teremos mais uma base social de sustentação para o SUS.

Temporão Exatamente.

Viana O outro ponto é como conseguir a adesão do médico ao sistema.

Temporão Hoje abrirei um Encontro das Entidades Médicas. O médico é fundamental. Não me esqueço de uma frase de Giovanni Berlinguer, no final dos anos 1970, durante uma conferência no Rio de Janeiro: “não se iludam, não se faz a Reforma Sanitária contra os médicos! Ou você faz com os médicos, ou não fará”

Viana Agora é momento, pois todos os cursos de Medicina, em todo o Brasil estão sendo reestruturados.

Temporão Mas uma coisa me impressionou e me preocupa. Fui à solenidade de formação dos primeiros 500 médicos do PROUNI, jovens que jamais imaginariam poder fazer Medicina. O Lula foi e tirou foto com todos os 500, um por um! Ficou três horas tirando foto, estava emocionadíssimo. Mas eu, antes de começar a solenidade fiquei conversando com uma dezena desses jovens e perguntando o que iam

fazer após o curso. Apenas um respondeu que faria Clínica; ninguém falou em Saúde Pública! Todos os demais se dividiam entre especialidades cirúrgicas com tecnologia de ponta...

Ibañez E nós encerraremos sua entrevista deixando no ar esse desafio sobre a formação do médico. Muito obrigado.

Este jogo não pode ser 1x1

This game cannot end 1-1

Toda dor pode ser suportada se sobre ela puder ser contada uma história.
“All sorrows can be borne if you tell a story about them.”

Hannah Arendt

Eduardo Jorge M. Alves Sobrinho^I
Maria Fátima Sousa^{II}

Resumo Este artigo tem como objetivo expor aspectos da trajetória da Política de Saúde no Brasil do ponto de vista de sujeitos que estavam e estão na militância do Sistema Único de Saúde e do Programa de Saúde da Família nos últimos 30 e 16 anos, respectivamente. A exposição tem como base vivências e leituras de realidades em especial nos momentos de elaboração da Constituição Federativa do Brasil. O artigo pretende ainda demonstrar que as estratégias adotadas no início da década de 1990 com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família, ao longo dos 20 e 16 anos, respectivamente, vêm contribuindo para a efetividade dos princípios orientadores do SUS, entre eles a descentralização das ações e dos serviços de saúde. O artigo dedica-se ainda a descrever de forma analítica as conquistas e os desafios que o SUS apresenta pós-Constituição de 1988, rumo aos novos tempos de um sistema de saúde universal, integral, equânime e sobretudo humanizado, com as feições dos indivíduos, famílias e comunidades brasileiras, dos lugares onde vivem, moram e sonham com uma vida e saúde dignas dos seus direitos de cidadania plena.

Palavras-chave: *Sistema Único de Saúde, Financiamento do SUS, Promoção da saúde, Intersetorialidade, Atenção básica, Saúde da Família*

Abstract This article aims to expose aspects of the history of public health policy in Brazil from the viewpoint of people who have partaken in the movements for the Unified Health System (SUS) and the Family Health Program, over the last 30 and 16 years, respectively. This exposé is based on experiences and interpretations of particular circumstances during the formation of the Brazilian Constitution. The article also intends to show that the strategies adopted in the early 1990s, namely the Community Health Worker Program and Family Health Program, have over the last 20 and 16 years, respectively, helped towards enforcing the SUS guidelines, including the decentralization of health care services and actions. Furthermore, the article analytically describes the achievements and challenges of the SUS since the 1988 constitution, moving towards a new era of a universal, comprehensive, equal and, above all, humanized health system, shaped to the characteristics of Brazilian citizens, families and communities, their homes and dreams of a life and health that do their citizens' rights justice.

Keywords: *Unified Health System; SUS Funding; Health Promotion; Public Sector Relations; Basic Health Care; Family Health*

I Ex-deputado estadual e federal em várias legislaturas, de 1983 a 2003; ex-secretário municipal de Saúde da cidade de São Paulo nas gestões Luiza Erundina e Marta Suplicy; atual secretário do Verde e Meio Ambiente da cidade de São Paulo, gestão José Serra e Gilberto Kassab. eduardojorge@prefeitura.sp.gov.br

II Universidade de Brasília; coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (Nesp-UnB) e do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde da Família (CNPq-Brasil). fatimasaousa@unb.br

Um breve histórico

O episódio da Segunda Guerra Mundial foi o resultado mais expressivo do predomínio da cultura da violência na relação entre pessoas, classes sociais e nações no século XX.

O surgimento da Organização das Nações Unidas (ONU) foi um sinal de esperança. Era, sim, possível a emergência de uma hegemonia da cultura de paz e de uma estrutura de governabilidade mundial que fosse um vetor de democracia e justiça social.

Foi exatamente na saúde que a ONU iniciou seu protagonismo nos campos de políticas públicas. Em 1978, na cidade de Alma-Ata, na ex-União Soviética, um encontro de pessoas de várias nações filiadas propôs uma estrutura de universalização e reforma dos sistemas nacionais da saúde, tendo como eixo articulador uma atenção básica de qualidade.

No Brasil, na década de 1970, de vários pontos despontavam sinais de que uma reforma desse tipo poderia progredir no nosso país. De governos municipais, estaduais e mesmo do governo federal autoritário apareciam iniciativas, embora fragmentadas e desarticuladas. Também na universidade, entre os profissionais de saúde e em movimentos populares cresciam as experiências, práticas e ideias sobre uma reforma sanitária.

Tudo isso confluiu para o movimento de redemocratização, e nas vésperas da Assembleia Nacional Constituinte uma Conferência Nacional de Saúde sintetizou uma proposta a ser levada aos parlamentares que votariam nossa Constituição.

A área da saúde foi a que ofereceu aos partidos políticos presentes no Congresso uma política pública mais bem elaborada e abrangente, que levava em conta a realidade e necessidades nacionais, porém também ponderava as várias reformas de outros países nesse campo. Outras políticas públicas não aproveitaram como poderiam aquele momento importante de nossa vida política e se limitaram a propostas corporativistas em áreas decisivas como previdência, educação e assistência social, entre outras.

Em 1988, o Brasil superava de forma pacífica o período de ditadura e aprovava uma Constituição democrática¹. Entre 1990 e 1992, o Congresso elaborou as regras infraconstitucionais que impulsionariam a reforma de estado chamada Sistema Único de Saúde (SUS)^{2,3}.

Valores e princípios orientadores do SUS

A proposta do SUS, levada pela Conferência Nacional de Saúde para o Congresso Constituinte, era marcadamente moldada pelo pensamento tradicional de esquerda. Tanto era verdade que uma das maiores disputas naquela conferência foi a opção entre “estatização total já” *versus* “estatização

total progressiva”. Nem uma coisa nem outra. Os constituintes preferiram um SUS público e não puramente estatal, e não erraram...

E isto não foi pouca coisa! Em um Brasil campeão mundial de desigualdade, dizer que um rico empresário tem tanto direito quanto dona Maria, camponesa no Maranhão, à assistência à saúde, é de verdade uma reforma quase revolucionária.

A *universalidade* é o princípio número um. Parece algo óbvio na Suécia, no Canadá, mas no Brasil é um grande passo na democracia.

Em seguida, vem a *integralidade* nos serviços oferecidos: promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. Superação de uma separação desagregadora desses quatro aspectos que precisam jogar de forma combinada.

Descentralização. O SUS foi a primeira política pública que teve a coragem de romper com a vocação centralizadora do Estado brasileiro. Viu que nossa diversidade é riqueza e que poderia haver uma atuação unificada e articulada entre os governos federal, estaduais e municipais, porém tendo como protagonista principal o município. É **este** que, pela proximidade com o cidadão e com a realidade ambiental, econômica e social das localidades, tem melhores condições de adaptar o SUS a essas especificidades. Tal experiência, nesses últimos vinte anos, na verdade construiu aparelho de Estado onde muitas vezes ele inexistia, e é base para a expansão de outras políticas públicas. É hoje comum **existirem técnicos** preparados nas mais remotas cidades do país trabalhando em uma área complexa como a saúde.

Participação. O SUS também foi um precursor dessa prática de democracia participativa. Além de eleger Executivo e Legislativo, podemos/devemos interferir no dia a dia dos serviços públicos. Os conselhos de saúde eleitos pelos usuários/cidadãos podem/devem ajudar a gestão, criticar, apontar novos caminhos, enfim, ser sujeitos na criação e recriação das políticas.

O financiamento deve ser basicamente público. A prestação dos serviços também deve ser pública. Importante: públicos e não necessariamente estatal. Pode ser estatal, privado lucrativo ou não lucrativo, filantrópico ou não, desde que os princípios do SUS previstos na Constituição sejam plenamente respeitados.

Nossas conquistas

Por que, passados vinte anos da Constituinte, qualquer enquete com o povo no Brasil continua colocando saúde junto com desemprego e violência como os três maiores problemas para a família brasileira? Porque isto é verdade.

A mãe tem razão de reclamar se está numa fila com a criança chorando e a vez dela não chega. Ainda falta muita coisa a ser feita!

Mas vamos ser justos. Também é verdade que o Brasil andou na estrada do SUS e andou muito. Vejam a expansão do Programa Saúde da Família (PSF). Hoje, 2010, contamos com 236.399 agentes comunitários de saúde (ACS), cuidando de 115.922.534 pessoas, cobrindo 61,1% da população, distribuída em 5.354 municípios, ou seja, 96,2% dos municípios do país. Essas ACS fazem parte das 30.782 equipes da Saúde da Família, espalhadas em 5.268 municípios, representando 94,6% do total das cidades brasileiras. As equipes acompanham 97.352.949 pessoas. Essas equipes vêm contribuindo nesses 16 anos, entre outras conquistas, com redução da mortalidade materna e infantil, taxas registradas nos dias atuais de 74,7/100.000 nascidos vivos e 21,1/1.000 nascidos vivos, respectivamente.

Podemos mencionar ainda, como conquista, a amplitude de nossos programas de imunização, a modernização da nossa vigilância epidemiológica e sanitária e, na outra ponta do sistema, a nossa capacidade de bloquear uma epidemia complexa como a Aids e ter um programa de transplantes bem organizado e amplo como o nosso.

Enfim, estamos no rumo certo. Precisamos persistir e evitar as tentações de falsos atalhos.

Velhos e novos desafios

Por que uma proposta reconhecida como tão generosa e que vem dando certo em muitos outros países encontra tantas dificuldades para atingir plenamente seu potencial aqui no Brasil?

Muitos podem pensar que o problema é de orçamento ou gestão. E esses problemas são reais. Falaremos deles. No entanto, existe algo anterior, e mais grave.

A Constituição, acertadamente, ao lado do SUS admitiu que a assistência à saúde fosse uma atividade econômica privada ofertada livremente para quem desejasse pagar por esses serviços.

Quando dizemos que a Constituição está certa nesse ponto é porque essa opção evita os sistemas totais que podem vir a ser totalitários e opressores. É bom ter uma visão independente e crítica concorrendo consigo.

O que deu errado então?

Uma elite, relativamente ampla, formada por setores empresariais, classe média, trabalhadores especializados e grande parte dos funcionários públicos exercendo um direito seu, manteve como um serviço suplementar ou complementar ao SUS os seus próprios sistemas privados e corporativos fechados. São cerca de 50 milhões de pessoas numa população de quase 200 milhões. Portanto, 25% da população brasileira.

A lei prevê esse direito. No entanto, usando sua posição privilegiada em todos os níveis da economia, da política e dos meios de comunicação, essa

elite consegue obter mais e mais subsídios públicos para manutenção dos seus sistemas privados e corporativos suplementares.

Além disso, usa, pois tem pleno direito também, o que eventualmente lhe interessar do SUS: os programas de imunização, os procedimentos de alta complexidade muito caros, passando pelas atividades de vigilância em saúde, entre outras, que assistem, obrigatoriamente, a 100% da população.

Porém, o pior de tudo é que, se fechando nos seus serviços-cidadelas, essa população não apóia como deveria/poderia os novos passos que o SUS precisa dar para cumprir suas promessas de universalidade, integralidade...

Contamos um episódio que é muito ilustrativo dessa realidade social e política, ocorrido com o co-autor Eduardo Jorge, à época Deputado Federal:

“Em 1996, a bancada federal do PT estava diante de uma decisão crucial. Seus votos poderiam ser a diferença para se aprovar ou rejeitar a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) como um recurso extraordinário e provisório que socorresse um SUS combatido e bloqueado pela forte retração no seu orçamento federal, decorrente da prioridade que havia sido dada para outras políticas públicas. O Diretório Nacional do PT, reunido, debatia isso como ponto principal a ser votado naquele dia pelas sessenta principais lideranças do partido.

Encaminhei parecer favorável à CPMF. Senti que havia tocado alguns corações e, por um momento, pensei que venceria.

Naquele instante, o presidente do partido pediu para ele mesmo substituir a pessoa que iria me contradizer e propor a recusa da CPMF.

Bem, já se sabe o resultado. Perdi.

De cima do palco, contando os votos, vi com clareza o que hoje sei perfeitamente. O diretório daquele partido socialista, que se dizia revolucionário, no caso da saúde tinha 95% dos seus membros fazendo parte daquela elite de 25% de brasileiros que mantinham, com subsídios públicos, seus sistemas privados e corporativos suplementares. Apenas três trabalhadores rurais entre nós eram realmente 100% SUS!

Lembro bem a frase final do então presidente do PT, atual presidente do Brasil: ‘O Antônio Ermírio não quer dar esse dinheiro para o SUS, mas eu também não quero dar’.”

Aqui temos dois problemas. Primeiro, falta de apoio político para avançar; segundo, desvio de recursos públicos importantes para serviços de saúde que não são universais.

São isenções tributárias para pessoas físicas e jurídicas. São aplicações diretas em serviços fechados de atenção à saúde corporativa de trabalhadores em empresas estatais e servidores públicos.

Calcula-se que cerca de 20% do faturamento dos seguros privados de saúde são provenientes desses subsídios. Segundo o atual ministro da Saúde, só a renúncia fiscal com o abatimento autorizado de despesas médicas chegaria a R\$ 10 bilhões por ano.

A Constituição garante a oferta de serviços privados, porém não é justo, não é correto, não é democrático que esses recursos via subsídios faltem no sistema universal que serve a todos os brasileiros.

A outra grande dificuldade do SUS, que é a mais óbvia e mais comentada por todos, é a insuficiência de orçamento.

Vejam-se, por exemplo, os países com sistema de bem-estar tipo Suécia, Inglaterra, Espanha, que destinam 8% do Produto Interno Bruto (PIB) para os serviços de saúde. Têm 100% de cobertura com 80% de gastos públicos e 20% de gastos privados. Gastam cerca de 2.000 dólares/pessoa/ano.

Já os EUA, que seguem outro modelo, gastam 16% do PIB, deixam 1/6 da população descoberta e gastam 8.000 dólares/pessoa/ano.

O Brasil, para um serviço que se pretende universal, tem 45% de gastos públicos e 55% de gastos privados. Gasta 300 dólares/pessoa/ano, menos que grande parte dos outros países sul-americanos.

Desde 1990 a vida orçamentária do SUS tem sido penosa e torturada.⁴ Movimentos vigorosos conseguiram em dois momentos cruciais socorrer o sistema nacional, porém na verdade têm sido vitórias sempre parciais e inconclusivas. A primeira foi a CPMF e depois, muito mais abrangente e importante, a emenda constitucional n. 29/2000. Essa vinculação orçamentária mínima obrigatória garantiu um mínimo de estabilidade orçamentária, porém tem sido alvo de boicotes maliciosos, principalmente no governo federal.

Esses boicotes passaram a exigir uma regulamentação infraconstitucional, a rigor desnecessária, se houvesse boa fé dos nossos executivos federais e alguns estaduais. A maioria parlamentar no Congresso, de braços dados com esses executivos, manobra para não votar uma regulamentação mais explícita e rigorosa que impeça as fraudes orçamentárias que se arrastam por uma década.

A instância municipal, como esperado por sua proximidade com a vida do povo, é a que mais cumpre e até ultrapassa o orçamento mínimo obrigatório constitucionalizado no ano 2000. Veja-se a Tabela 1, baseada em dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea):

Tabela 1

	ARRECADAÇÃO GERAL	FINANCIAMENTO DA ÁREA SOCIAL	FINANCIAMENTO SUS
Executivo federal	60%	62%	45%
Executivos estaduais	24%	22%	27%
Executivos municipais	16%	16%	28%
TOTAL	100%	100%	100%

Fonte: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)

Finalmente, há a dificuldade nas formas de gestão do Sistema Único de Saúde. Não há dúvida de que ainda não se encontrou o ponto da combinação da execução pública (estatal, privada lucrativa, privada não lucrativa) que é previsto no modelo SUS. Alguns setores corporativistas, por exemplo, pretendem bloquear a experiência das organizações sociais que, combinada com as outras fórmulas tradicionais, pode e deve ser utilizada como uma forma válida de gestão do SUS. Porém, o mais admirável é que nessa indefinição e jogo de falsos antagonismos se consiga fazer tanto!

Pois é disso que se trata. Com os recursos que o Brasil oferece, o SUS opera o milagre da multiplicação de pães e peixes todos os dias. É só visitar os números que o Ministério da Saúde consolida a cada ano, do trabalho feito pelos 27 estados e 5.564 municípios: três bilhões de atendimentos ambulatoriais, 230 milhões de vacinações, 10 milhões de internações, 400 milhões de exames, 23 milhões de ações em vigilância, 12 mil transplantes etc.⁵. Isto mostra um esforço de criatividade e compromisso que só um sistema altamente descentralizado pode oferecer como resposta às demandas do povo em todo o território nacional.

O SUS é hoje, com todas as suas deficiências, um ponto de apoio básico da unidade nacional da nossa federação.

Novos rumos para o SUS

Em texto com uma finalidade de contribuir para um debate eleitoral para a eleição de um novo Congresso e de um novo presidente, vamos ao que mais interessa, que são as propostas para os próximos quatro anos. É melhor nos concentrarmos nas questões-chave, para não nos perdermos na imensa floresta de dívidas e insuficiências setoriais do sistema.

1 – Promoção da saúde/intersectorialidade

O setor saúde não se salvará sozinho e não atenderá às necessidades do povo fechado em suas corporações e orçamentos. Sem ingenuidade para não admitir os contrabandos orçamentários dos vários condicionantes sociais que moldam os nossos problemas de saúde, o que uma boa regulamentação da EC 29/2000 dará conta, é preciso que a política de saúde faça uma decisiva opção pela promoção da saúde e pelo trabalho intersectorial. A promoção da saúde não pode ser aquele item da integralidade pelo qual se passa com ligeireza para se chegar à prevenção, recuperação e reabilitação.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁶, os três mais frequentes problemas de saúde dos brasileiros são: a hipertensão, a diabetes e os “problemas e dores de coluna”. Ora, são exatamente eventos em que mudanças de hábitos, educação, nutrição adequada etc.,

mais impacto positivo podem trazer para a qualidade de vida; e mesmo para uma convivência menos sofrida com a doença instalada.

A intersectorialidade é a ação da saúde nas políticas de transporte, educação, meio ambiente, previdência e agricultura, entre outras – e, vice-versa, nossa abertura para atuar de forma coordenada com ela.

É tradição no Brasil a postura corporativa e isolacionista de cada política pública, altamente nociva do ponto de vista orçamentário e funcional no trabalho dos governos. Como se explica que até hoje educação e saúde não se falem, desde a formação de recursos humanos até a integração que nossas agentes comunitárias poderiam fazer entre escola e comunidade?

Não é possível pensar/equacionar problemas gravíssimos de saúde e meio ambiente sem um estreito trabalho conjunto e não só no controle de agravos, mas inclusive na produção econômica dos insumos e serviços de saúde que não podem seguir seu roteiro economicista tipo século XIX e século XX, quando o meio ambiente é considerado fonte infinita de recursos à nossa disposição. Nossas indústrias da saúde e de equipamentos devem/precisam chegar ao século XXI quanto ao equilíbrio entre econômico/social/ambiente.

2 – Atenção básica no comando

Esta é a reforma dentro da reforma que estamos devendo.

O SUS não pode continuar refém de corporações profissionais e serviços instalados com lógica antiga da hegemonia do superespecialista e do hospital. Ela não se sustenta nem do ponto de vista técnico nem do ponto de vista orçamentário.

É preciso aprender com a experiência internacional que levou a sério a proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS)/Organização das Nações Unidas (ONU) na reunião de Alma-Ata e comparar resultados. Comparar, por exemplo, os resultados epidemiológicos e orçamentários de uma Inglaterra com os Estados Unidos.

Não é possível que os dirigentes políticos e sanitários brasileiros continuem acovardados diante da necessidade de colocar a atenção básica no comando do sistema.

É preciso tomar as decisões orçamentárias e traçar um plano de cerca de dez anos para essa travessia que implica mudança radical no nosso aparelho formador de trabalhadores da saúde, no apoio técnico e social aos trabalhadores da atenção básica para que eles tenham os conhecimentos, segurança e prestígio social para exercer seu papel de liderança e articulação da assistência do cidadão também nos outros níveis do sistema nacional de saúde.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi uma adaptação brilhante do SUS à estratégia de Alma-Ata para as realidades sociais e geográficas do Brasil. Agora é preciso o passo decisivo e colocá-lo no comando do Sistema Úni-

co de Saúde, universalizar sua oferta para todas as classes sociais, garantir a qualidade de suas intervenções para dar conta de cerca de 80% das nossas demandas e garantir que ele seja o avalista da humanização do SUS. Essa humanização passa pelo local onde trabalhadores da saúde e cidadãos que buscam nossa ajuda se conhecem pelo nome e não pelo número de prontuário. Local onde a alma do povo está preservada pela presença deste que é o mais importante trabalhador da saúde do SUS, o agente comunitário de saúde. Segundo Sousa⁷, um novo sujeito que entrou em cena para ser mais do que um funcionário público comum, todavia um cuidador da saúde, com e ao lado dos indivíduos, famílias e comunidades na permanente busca da qualidade de vida e saúde em cada microterritório de suas atuações.

3 – Recursos

Em primeiro lugar, chovendo em terra encharcada, é preciso regulamentar imediatamente a EC 29/2000 no Congresso Nacional. Em segundo, em um plano de dez anos, programar o desembarque dos subsídios públicos de todo tipo para os seguros privados de saúde e para os sistemas corporativos fechados para trabalhadores de estatais e serviços públicos.

Esses subsídios recuperados não devem se dissolver, é claro, no caldeirão comum dos orçamentos federais, estaduais e municipais. Eles devem ir para um fundo específico vinculado com um aporte adicional para expansão em qualidade e quantidade do PSF, com a garantia de um bom serviço de urgência e emergência que possa receber os segmentos que estão perdendo os subsídios e precisam ser acolhidos pelo SUS.

Em terceiro lugar, dando uma vez na vida alguma razão aos economistas, encarar que promoção da saúde, intersetorialidade e comando do sistema pela atenção básica têm, além dos significados funcionais e humanizadores, uma tarefa de racionalização orçamentária. É da natureza da política de saúde ter uma demanda infinita de orçamento para uma demanda infinita de necessidades de atendimento. Esse tipo de ação racionalizadora é necessário aqui no Brasil, na Suécia ou em Moçambique.

Finalmente, é preciso um planejamento nacional, pois estamos falando de grandes monopólios, que tanto discipline a utilização quanto estimule uma produção adequada à nossa realidade de medicamentos e outros insumos produzidos pela “indústria da saúde”.

4 – A seguridade social

É o quarto ponto estratégico. Uma reforma da nossa seguridade social para aproximá-la dos princípios democráticos e universalistas do Sistema Único de Saúde.

A Constituição democrática, a despeito de alguns avanços importantes como a equiparação de trabalhadores urbanos e rurais, ficou no início do trabalho em relação à construção de uma previdência democrática, universalista e estável financeiramente.

Muito pior que as distorções da assistência à saúde suplementar são as aberrações em relação às previdências corporativas fechadas por categorias sociais, como trabalhadores estatais e não estatais de grandes empresas e funcionários públicos brasileiros. Não é democrática nem é sustentável do ponto de vista orçamentário a manutenção conservadora desse estado de coisas pré-Constituinte.

É necessário que também com uma transição razoável se crie uma previdência básica igualitária em direitos e deveres para todos os tipos de profissionais brasileiros, homens e mulheres.

Acima dessa previdência básica, quem quiser pode e deve ter acesso a uma previdência complementar bem regulada e controlada, porém sustentada com recursos privados do próprio profissional. É essa reforma que vai dar estabilidade orçamentária ao complexo da seguridade social composta por previdência, saúde e assistência social. Caso contrário, o item previdência vai continuar e cada vez mais esmagando os seus dois irmãos de trabalho que são a saúde e a assistência social.

O ideal é que se evolua para um orçamento da seguridade social unificado que seja gerido por um forte sistema nacional de seguridade social, com seus três segmentos atuando de forma federada. Em um Ministério da Seguridade Social. É o que se pode dizer um verdadeiro Ministério da Defesa Popular, capaz de dialogar em igualdade de condições com qualquer outra força econômica dentro e fora dos nossos governos.

Felizmente, o SUS hoje é uma unanimidade nos programas de governos dos principais candidatos e partidos. Porém, para que essa unanimidade não se torne burra, insensível às justas críticas populares, é preciso saber quais decisões difíceis e necessárias devem ser tomadas nos próximos anos para que ele continue avançando e protegendo nosso povo.

Referências

1. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 24 set. 1990a.
3. Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 28 dez. 1990b.

4. Marques RM, Mendes A. A dimensão do financiamento da atenção básica e do PSF no contexto da Saúde. In: Sousa MF, organizador. *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec; 2002.
5. Sousa MF. *Programa de Saúde da Família: estratégia de superação das desigualdades na saúde?* [tese de doutorado]. Brasília: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/Universidade de Brasília; 2007.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008). <http://www.ibge.gov.br/censo/>. Acesso em: maio, 2010.
7. Sousa MF. *Agentes comunitários de saúde: choque de povo*. São Paulo: Hucitec; 2001.
8. Arendt H. *A condição humana*. 10ª ed. Trad. Roberto Raposo. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2007.
9. Brasil. Sistema de Informação da Atenção Básica – Suplemento de Saúde da PNAD 2008.
10. Brasil. *Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
11. OMS. *Relatório Mundial de Saúde 2008: Atenção Primária em Saúde. Agora mais do que nunca*. Trad. Maria Cristina Moniz Pereira. Brasil: Ministério da Saúde/Opas; 2010.
12. OMS/Unicef. Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia, 1978.
13. Parreira C, Sousa MF. Agentes comunitários de saúde e ação intersectorial: agenda de promoção da saúde em grandes centros urbanos. *Tempus Actas em Saúde Coletiva* 2008; 1:1-16.
14. Parreira C, Sousa MF, Neves H. Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis: integrando políticas públicas na cidade de São Paulo. *Divulgação em Saúde para Debate* 2007; 39:59-67.
15. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

O SUS e a saúde dos brasileiros

The SUS and the health of brazilians

Ademar Arthur Chioro dos Reis^I

Fausto Pereira dos Santos^{II}

Humberto Sérgio Costa Lima^{III}

Ana Paula Sóter^{IV}

Resumo O Sistema Único de Saúde (SUS) está consolidado como uma das principais políticas sociais em curso no país. Na condição de política de Estado, tem sido construído pelos diversos governos federais, estaduais e municipais que se sucederam desde 1988. O presente artigo pretende ser uma contribuição ao debate e um posicionamento político sobre a atuação do governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003 a 2010) no setor saúde, bem como identificar os grandes desafios do próximo governo nessa área e apresentar algumas propostas para o seu enfrentamento.

Palavras-Chave: *Sistema Único de Saúde; Governo Luiz Inácio Lula da Silva, programa Mais Saúde: Direito de todos.*

Abstract The Unified Health System (SUS) is established as one of the main social policies in force in Brazil. As a State policy, it has been constructed by various different federal, state and municipal governments that have come into power since 1988. This article intends to contribute to the debate and establish a political stance regarding the work performed by the Luiz Inácio Lula da Silva administration (2003 to 2010) in the health sector, as well as identifying the major challenges for the next government in this area and presenting some proposals for tackling such challenges.

Keywords: *Unified Health System; The Luiz Inácio Lula da Silva government; Mais Saúde: Direito de todos (More Health: Right for All) program.*

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) está consolidado como uma das principais políticas sociais em curso no país. Na condição de política de Estado, tem sido construído pelos diversos governos federais, estaduais e municipais que se sucederam desde 1988. O presente artigo pretende ser uma contribuição ao debate e um posicionamento político sobre a atuação do governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003 a 2010) no setor saúde, bem como identificar os grandes desafios do próximo governo nessa área e apresentar algumas propostas para o seu enfrentamento. Tal análise tem como

I Secretário municipal de Saúde de São Bernardo do Campo (SP). arthur@iron.com.br.

II Ex-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). faustops@uol.com.br.

III Ex-ministro da Saúde. humbertocosta@uol.com.br.

IV Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (Imip). ana.soter@imip.org.br.

referência as diretrizes estratégicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde em 2003, embasadas nas prioridades definidas para o setor saúde no Programa Setorial de Governo de 2002 e nos relatórios produzidos pela equipe de “Transição de Governo”. Posteriormente, foram ratificadas e atualizadas pelo programa Mais Saúde: Direito de Todos 2008-2011¹. Assim, as principais diretrizes foram:

- Acesso, com qualidade, às ações e aos serviços de saúde, inclusive à assistência farmacêutica;
- Promoção da saúde, controle de endemias e fortalecimento da vigilância em saúde;
- Implementação da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde;
- Fortalecimento da gestão do SUS com garantia de eficácia e participação social;
- Gestão do complexo produtivo da saúde.

Essas diretrizes foram traduzidas em três objetivos prioritários:

- √ Melhorar os indicadores de saúde dos brasileiros;
- √ Garantir acesso, com qualidade, aos serviços e ações de saúde;
- √ Fortalecer a gestão do SUS, tornando-a eficiente, eficaz e democrática.

Tais diretrizes e objetivos prioritários foram referendados pelo Conselho Nacional de Saúde e por duas Conferências Nacionais de Saúde (XII e XIII), realizadas em 2003 e 2007, respectivamente. Orientaram também a formulação do Plano Plurianual (PPA) e do Plano Nacional de Saúde, pela primeira vez elaborado e discutido com a sociedade.

A presente análise dos resultados da gestão do presidente Lula tem como base uma avaliação do cumprimento das diretrizes e dos objetivos prioritários, bem como uma apreciação quanto à sua atualidade ou necessidade de redefinição.

Para se avaliar a evolução dos indicadores de saúde dos brasileiros, foram utilizados como referência os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008² e da publicação *Saúde Brasil 2008*³. No que diz respeito aos objetivos de garantia de acesso com qualidade aos serviços e ações de saúde e de fortalecimento da gestão do SUS, além das informações da PNAD 2008, foi analisado um conjunto de resultados de diversas políticas governamentais.

Balanco e resultados

O impacto sobre os indicadores de saúde no período é bastante expressivo, o que se explica tanto pela expansão das ações e dos serviços de saúde garantidos pelo SUS nos últimos sete anos quanto pela melhoria das condi-

ções de vida da população, resultado do processo de crescimento econômico, da geração de empregos, da recuperação do poder aquisitivo dos salários, da distribuição de renda e das várias iniciativas de políticas sociais implementadas pelo Governo Lula.

É possível constatar a queda de 20,5% no coeficiente de mortalidade infantil, que se situava em 24,3 mortes de crianças menores de um ano de idade por mil nascidos vivos em 2002 e atingiu 19,3 em 2007. Em número de mortes nessa faixa etária tivemos uma redução de 23%, ressaltando-se que, desse total, 27,2% e 11,8% foram quedas que aconteceram, respectivamente, nas regiões Nordeste e Norte do Brasil¹. Parte importante desse resultado deve-se à expansão da Atenção Básica realizada em cinco anos. E se forem consideradas as evidências científicas de que um crescimento de 10% na cobertura da Saúde da Família produz uma *redução de 4,6%* na mortalidade infantil, pode-se inferir que *35 mil crianças deixaram de morrer* devido à própria expansão da estratégia nesse período^{4,5}.

No caso da mortalidade materna no Brasil, as dificuldades metodológicas para a sua mensuração têm sido amplamente documentadas. No entanto, mesmo sem números precisos, a Organização das Nações Unidas (ONU) considera a iniciativa do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal lançado pelo presidente Lula, em 2004, um modelo de mobilização social e diálogo para a promoção dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). O objetivo do Pacto é promover a melhoria da atenção obstétrica e neonatal por meio da mobilização e da participação dos gestores públicos (federais, estaduais e municipais) e da sociedade civil (universidades, sociedades científicas e organizações não governamentais – ONGs). A concretização desse objetivo obedece à estratégia de criação de Comitês de Mortalidade Materna que congregam diferentes atores sociais como gestores, profissionais de saúde, sociedades científicas, movimentos sociais e conselhos de defesa de direitos, entre outros, em torno da tarefa comum de conferir visibilidade aos óbitos maternos e à identificação de suas circunstâncias. Dessa forma, os Comitês permitem a proposição de intervenções apropriadas para a redução do número de óbitos. Atualmente, o Pacto tem a adesão das 27 unidades federadas com seus respectivos comitês estaduais, e estão em funcionamento 191 Comitês Regionais, 893 Comitês Municipais e 265 Comitês Hospitalares.

Quanto aos indicadores de nutrição populacional, a mais recente Pesquisa Nacional de Desnutrição em Saúde⁶ revela que, em dez anos, *o déficit de peso x altura caiu 14%*, passando de 2,3%, em 1996, para 1,98%, em 2006, na faixa etária até cinco anos; *o déficit de peso x idade teve queda de 70%* (de 5,7%

¹ Em 2009, o governo lançou o Pacto da Mortalidade Infantil, que prevê *diminuir em 5% ao ano* o número de mortes de crianças menores de um ano de idade na Amazônia Legal e no Nordeste.

para 1,7%), e o *déficit altura x idade* caiu 30% (de 10% para 7%) na mesma faixa etária.

No que diz respeito à evolução dos indicadores das doenças transmissíveis, as ações de enfrentamento da dengue envolvendo o governo federal, os estados, os municípios e a sociedade promoveram, em 2009, a *redução* de 63% no número de óbitos, de 46% nos casos da doença e de 80% nos casos graves em relação a 2008.

No período de 2003 a 2007, pode-se observar queda de 23% nos casos de hanseníase. Quanto à tuberculose, houve queda de 28% na sua incidência (2005 a 2008) e de 34,25% na

taxa de mortalidade entre 1999 e 2007.

Em 2008, o Brasil vacinou contra a rubéola 67,2 milhões de pessoas – a maior vacinação já realizada no mundo. A expectativa é de que a Organização Mundial da Saúde (OMS), após um processo de avaliação, conceda ao país o certificado de eliminação da doença.

Do ponto de vista do objetivo prioritário de garantir acesso com qualidade aos serviços e ações de saúde, o Governo Lula, em parceria com estados e municípios, implantou importantes políticas que contam com excelente avaliação por parte dos usuários, entre elas:

- *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192)* – modelo de atenção pré-hospitalar móvel às urgências, com regulação médica, criado em 2003, e que em 2009 já garantia cobertura a mais de 105 milhões de pessoas. O governo federal financiou integralmente a aquisição de duas mil ambulâncias e, em parceria com estados e municípios, implantou 147 Centrais de Regulação Médica de Urgência. Além disso, aplica mais de R\$ 300 milhões no custeio do Samu. Até o final de 2010, mais 1.900 ambulâncias serão distribuídas, duzentas centrais estarão em funcionamento e a cobertura se ampliará para 165 milhões de brasileiros.
- *Programa Brasil Sorridente* – política inclusiva e pioneira que introduziu uma revolução na área de saúde bucal, com a criação, até maio de 2010, de 838 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) com 530 Laboratórios de Prótese Dentária e a implantação de seis mil consultórios odontológicos nos municípios. Some-se a isso a expressiva expansão de equipes de saúde bucal (odontólogos, técnicos e auxiliares de consultório dentário) em unidades de saúde da família. Em 2002 eram 4.261 equipes (apenas 15,2% de cobertura), número que cresceu para 19.488 equipes em maio de 2010, o que permitiu ampliar a cobertura na área de saúde bucal para 85,4% dos municípios, beneficiando mais de 92 milhões de brasileiros.
- *Política de Assistência Farmacêutica* – expansão da distribuição gratuita de medicamentos pelo SUS materializada na ampliação dos investimentos do governo federal, que saltaram de um patamar de R\$ 650 milhões,

em 2002, para um total de R\$ 2,5 bilhões, em 2009, representando um incremento financeiro de 370%. Foi criado e implantado o Programa Farmácia Popular do Brasil, com mais de 520 unidades próprias e mais de nove mil farmácias privadas credenciadas, atendendo a mais de dois milhões de pessoas por mês.

- *UPA 24h (Unidades de Pronto-Atendimento)* – serviços pré-hospitalares que compõem a Política Nacional de Urgências, atuando de forma integrada com a rede de cuidados do SUS. Destinam-se ao atendimento das pequenas e médias urgências, também preparados para a estabilização de pacientes graves, até que possam ser removidos, com segurança e sob regulação médica, para um hospital de referência. Em 2009, foram financiadas 256 unidades, e a meta para 2010 é atingir quinhentas UPAs.
- *Política de Reforma da Atenção à Saúde Mental* – ampliação da rede de serviços extra-hospitalares como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que cresceram de um total de 424 unidades, em 2002, para 1.502 centros em 2009, sendo 117 voltados para atendimento infantil e 231 para assistência a usuários de álcool e outras drogas. Os serviços de residências terapêuticas se ampliaram de 85 unidades em 2002 para 2.829 residências em 2009. Foi criado o Programa de Volta para Casa, com o objetivo de estimular a desospitalização de pacientes submetidos a internamentos de longa duração, mediante a criação de uma bolsa que pudesse apoiá-los e às suas famílias no seu processo de reinserção social. Hoje são 3.346 beneficiários (2009). Além disso, a política de álcool e drogas passou a ser assunto da área da saúde, acumulando avanços importantes como a criação da política de redução de danos.
- *Política de Contratualização de Hospitais* – o governo federal, em parceria com diversas entidades, concebeu, a partir de 2003, uma Política de Reestruturação da Atenção Hospitalar, com programas específicos para hospitais de ensino, hospitais de pequeno porte e hospitais filantrópicos, que contempla a transferência de significativos recursos financeiros aos gestores municipais e estaduais do SUS. O objetivo é promover profundas mudanças nos hospitais mediante a relação contratual e o financiamento público da rede. Procura restabelecer os compromissos de gestores do Sistema Único de Saúde e dos hospitais de acordo com quatro eixos estratégicos: o modo de produzir a assistência e o modo de inserção desses serviços no SUS; o modo de gerir os hospitais; a pesquisa, o ensino e a formação de trabalhadores da saúde e a avaliação e a incorporação tecnológica. No período 2004 a 2010, foram certificados 163 hospitais de ensino, sendo que 134 celebraram contratos com seus gestores, gerando um impacto, em valores anualizados, equivalente a R\$ 423,5 milhões/ano. Outros 397 hospitais de pequeno porte foram contratualizados a um custo de R\$ 21,1 milhões anuais e, no grupo de filantrópicos, 645 hospitais foram contratualizados em todo o país, com um incremento de recursos da ordem de R\$ 214,4 milhões/ano.

- Aumento do montante de recursos transferidos fundo a fundo para os estados com diminuição de iniquidades e das desigualdades regionais, conforme pode ser observado no quadro a seguir (Quadro 1):

Quadro 1 – Recursos federais transferidos aos estados e municípios para o custeio da assistência ambulatorial e hospitalar no SUS*, segundo a região. Brasil, 2003 e 2009

REGIÃO	2003	2009	% VARIAÇÃO NO PERÍODO
Norte	426.416.414,00	1.771.307.523,00	315,39%
Nordeste	2.188.807.844,00	7.540.052.160,00	244,48%
Sudeste	5.367.502.624,00	11.909.320.489,00	121,88%
Sul	1.975.865.025,00	4.278.207.371,00	116,52%
Centro-Oeste	899.659.581,00	1.946.969.937,00	116,41%
BRASIL	10.858.251.488,00	27.445.857.480,00	152,76%

Fonte: Sala de Situação em Saúde. Acesso em: 3 maio 2010.

*Recursos federais (em reais) transferidos pelo Ministério da Saúde para custeio dos procedimentos de média e de alta complexidades prestados à população na rede ambulatorial e hospitalar cadastrada no SUS.

*** Valores em Reais.

Quanto ao objetivo de fortalecer a gestão do SUS para torná-la eficiente, eficaz e democrática, devemos ressaltar as seguintes ações:

- *Implantação da Política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde* – criação de uma secretaria específica para gerir a área na estrutura do Ministério da Saúde, realização de parcerias com os centros formadores, apoio à aprovação da emenda constitucional n. 51, pelo Congresso Nacional, para a regularização dos vínculos de trabalho de mais de 500 mil agentes comunitários de saúde e agentes de controle de endemias e instalação da Mesa Permanente de negociação do SUS;
- *Fortalecimento da gestão democrática do SUS* – criação de um novo pacto entre entes da federação (Pacto pela Saúde) com ênfase em responsabilização sanitária, regionalização, planejamento, programação e avaliação, financiamento, regulação e normatização, gestão do trabalho e gestão participativa;
- *Fortalecimento do controle social* – realização de duas conferências nacionais no período, criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, implantação do rodízio no exercício da presidência do Conselho Nacional de Saúde;
- *Modelos de gestão* – elaboração e encaminhamento ao Congresso Nacional do projeto de lei de criação das fundações estatais (públicas) de direito privado.

Outro segmento a merecer destaque na política de saúde do atual governo foi o de *Ciência e Tecnologia*, com estímulos significativos à inovação tecnológica, especialmente para garantir maior autossuficiência para o SUS:

- √ Ampliação da Rede Brasilcord e realização de pesquisas com células-tronco;
- √ Garantia da qualidade e aumento da produção pública de hemoderivados, com a criação da Hemobrás;
- √ Garantia da qualidade e aumento da produção pública de imunobiológicos, com a implantação da planta de produção da vacinas contra a *influenza* no Instituto Butantan;
- √ Garantia da qualidade e aumento da produção de fármacos e insumos estratégicos, com a aquisição da fábrica de medicamentos da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Rio de Janeiro, e a construção da fábrica de preservativos no Acre.

Outra área em que o governo investiu seus esforços foi a da *regulação em saúde*. Ações como o fortalecimento do papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) contribuíram para a fiscalização mais rigorosa dos direitos dos usuários de planos e seguros de saúde, bem como trouxeram mais segurança na produção e no registro de medicamentos e insumos, além de iniciar o processo de regulação da incorporação de tecnologia com a criação da Comissão de Incorporação Tecnológica (Citec).

Em relação à ANS, duas grandes questões se destacam, sem prejuízo de tantas outras: a introdução da agenda assistencial como elemento central do processo regulatório e a colocação da agência reguladora como um importante ator no cenário complexo das relações do setor de saúde suplementar no Brasil.

Nesse período, foram produzidas algumas iniciativas que induziram um novo discurso e uma nova prática no setor: a edição de duas atualizações do rol de procedimentos (a introdução de procedimentos de promoção e prevenção, a incorporação de novos profissionais, as diretrizes de utilização, os novos procedimentos do rol odontológico), os seminários e os manuais de promoção e prevenção, a discussão sobre o parto normal no setor, o desenvolvimento de um conjunto de diretrizes clínicas em convênio com a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), o monitoramento das redes assistenciais e a mais importante das iniciativas: o programa de qualificação das operadoras. Ao atribuir 50% do valor dos indicadores à qualidade assistencial, a ANS mostrou claramente sua intenção de valorizar o desempenho assistencial das operadoras e colocá-las como responsáveis pelos resultados assistenciais obtidos. Hoje a questão assistencial tem amplo espaço na agenda do setor, incluindo-se discussão do modelo e da rede prestadora de serviços.

Uma segunda questão diz respeito à concorrência e à segurança do setor, tanto para os beneficiários como para os prestadores de serviços. As principais medidas foram:

- Definição das regras para a autorização de funcionamento (RN 85, RN 100, RN 189) – hoje há 71% de beneficiários em operadoras com autorização de funcionamento;
- Introdução de novas regras de garantias financeiras (RN 159 e RN 160) com ativos garantidores vinculados à ANS; no final de 2009, esses ativos financeiros ultrapassavam os R\$ 8,5 bilhões;
- Introdução da portabilidade de carências para a mudança de operadoras nos planos individuais (RN 186).

As limitações

Foram muitas as conquistas, porém algumas questões estruturais deixaram de ter as respostas necessárias. Contradições dentro do próprio governo, disputas políticas no Congresso Nacional, a postura de intransigência sistemática por parte da oposição, diferenças de visões entre os entes da federação, interesses corporativos e falta de consensos na própria sociedade impediram que temas importantes para a política de saúde pudessem ser tratados e resolvidos no período.

Entre esses temas, o mais relevante é o do *financiamento*. Se de um lado o governo federal cumpriu a emenda constitucional n. 29, de outro não conseguiu viabilizar a sua regulamentação, que deveria ter ocorrido até 2005. Isso contribuiu para a manutenção de um cenário caracterizado pelo comprometimento de 8% do Produto Interno Bruto (PIB) com gastos em saúde, sendo que mais da metade desse gasto é privado, o que é totalmente incompatível com a implantação de um sistema de saúde que se pretende universal.

Outro fato gravíssimo e que comprometeu fortemente toda a política de custeio e investimento do governo federal – mas também de estados e municípios – na área de saúde foi a extinção da Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF). Objeto de uma disputa política e ideológica capitaneada pela oposição e secundada pela grande imprensa, por gigantescos interesses empresariais e até por segmentos ligados a atividades ilícitas, a contribuição se transformou em alvo de uma campanha sem limites pela sua abolição. Derrotado o governo federal, derrotados foram também estados e municípios, privados de R\$ 40 bilhões para o desempenho de suas responsabilidades com a saúde, apenas em 2008.

Outra questão importante se refere ao tema da construção de *novos modelos de gestão de serviços de saúde*. É praticamente consensual a noção sobre a insuficiência do modelo da administração pública direta como solução única para o gerenciamento de unidades de saúde. A própria experiência do

governo federal na direção de seus hospitais nos estados do Rio Grande do Sul e do Rio de Janeiro mostrou a necessidade da formulação de novas propostas de gestão, capazes de produzir maiores eficiência, eficácia, racionalidade e flexibilidade administrativas. Um grupo de trabalho interministerial construiu a proposta de criação das fundações estatais de direito privado, modelo de gestão com características semelhantes à administração indireta vigente nas empresas estatais, e que produziria melhoria significativa na qualidade da atenção prestada à população. Encaminhado ao Congresso Nacional sem ter sido objeto de exaustivas discussões e negociações com todos os atores do setor, o projeto de lei ocupou o centro de um debate ideológico, no qual se misturaram sinceras preocupações quanto ao caráter público do SUS com interesses corporativos menores. O resultado é que o projeto se encontra paralisado no Congresso Nacional. Enquanto isso, municípios como São Bernardo do Campo e estados como Bahia e Sergipe avançaram nessa proposta com resultados, pelo menos a princípio, exitosos. As próprias experiências de gestão de unidades de saúde por meio das organizações sociais (OS) – modelo mais vulnerável à perda do controle público – terminam por proliferar até pela inexistência de um contraponto gerencial.

Mais uma questão de relevância diz respeito ao *exercício do pacto federativo na área da saúde*. Apesar dos avanços do SUS como projeto de reforma do Estado, com práticas inéditas e republicanas, como as transferências fundo a fundo de recursos entre União, estados e municípios ou a existência de espaços para a celebração de pactos entre gestores das três esferas de governo (comissões bipartites e tripartite), a organicidade e a institucionalidade do sistema não foram atingidas, pois os instrumentos de negociação utilizados até hoje – norma operacional básica (NOB), norma operacional de assistência à saúde (Noas), Pacto pela Saúde – terminaram por assumir um caráter cartorial, sem a força legal que obrigue as partes ao cumprimento dos acordos estabelecidos. Institui-se a ausência de responsabilização clara dos gestores, tanto na definição dos papéis quanto no acompanhamento e na avaliação das ações. Desse modo, as ações de regulação e controle por parte dos entes federados têm sido frágeis como regra. Existe ainda a possibilidade de transferência inadequada de responsabilidades, diferentemente do que ocorre com as outras políticas públicas, como segurança e educação.

Além das limitações já expostas, não foi devidamente equacionado o problema de *acesso aos serviços e ações de média complexidade ambulatorial e hospitalar*. A oferta de serviços de média complexidade é um dos mais graves problemas do SUS e um importante ponto de estrangulamento de sua rede de cuidados. Os déficits no padrão de oferta resultam em demanda reprimida, filas e longo tempo de espera ou a não garantia de acesso e oportunidade de utilização dos serviços necessários.

A política para a média complexidade está organizada e financiada com base na lógica de oferta e pagamento de procedimentos, desconsiderando as necessidades e o perfil epidemiológico da população. Caracteriza-se pela dificuldade de acesso, baixa resolutividade, superposição de oferta de serviços nas redes ambulatorial e hospitalar, concentração de serviços e profissionais especializados em locais de alta densidade populacional e baixo grau de integração entre os diferentes níveis de complexidade da assistência. Existem ainda uma baixa capacidade de regulação sobre a oferta e enorme dificuldade na aquisição de serviços em razão da defasagem dos valores pagos.

O modelo de financiamento centrado na lógica de pagamento por procedimento é profundamente perverso e indutor de distorções, levando prestadores públicos e privados a organizarem serviços que priorizam os procedimentos mais bem remunerados e não a necessidade da população. Além disso, os investimentos empreendidos na área, principalmente com recursos públicos, ampliaram a rede de serviços especializados sem planejamento, de forma que uma enorme quantidade de serviços de atenção especializada (públicos e filantrópicos) entrou em funcionamento sem a devida cobertura de recursos de custeio para acolher o impacto dessa ampliação no teto financeiro de estados e municípios⁷.

Nos últimos anos, desde o Governo Fernando Henrique Cardoso, passando todo o Governo Lula, persiste certo privilégio para a área da alta complexidade. A expansão do PSF, do Brasil Sorridente, dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), da Terapia Renal Substitutiva (TRS), do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), das redes de cardiologia, neurologia, ortopedia e outras aconteceu sem o enfrentamento dos problemas da média complexidade – ambulatorial e hospitalar.

Com base na definição de um elenco de procedimentos ambulatoriais de alto custo, estruturou-se uma rede de serviços com crescente inclusão de novas tecnologias, com tabela de valores diferenciados (próximas dos valores de mercado), com padrão de oferta profundamente assimétrico do ponto de vista da distribuição regional, que se caracteriza pelo predomínio do setor privado contratado e dos hospitais universitários, sendo a lógica de organização também baseada na oferta e não na necessidade epidemiológica, com credenciamento de serviços sem parâmetros de base populacional, resultando em uma concentração relativa nas grandes cidades (principalmente nas regiões Sul e Sudeste) e extensas regiões sem cobertura assistencial. Ao mesmo tempo, essa oferta, desvinculada de uma linha de cuidados, gera fragmentação das ações de atenção à saúde, não havendo responsabilização pelos pacientes e sendo realizados quase exclusivamente procedimentos selecionados. Resulta ainda em seleção no acesso da clientela, favorecendo principalmente aquela oriunda do setor privado, em claro desrespeito ao

preceito da equidade de acesso ao SUS. Os usuários da saúde suplementar contam com coberturas parciais de suas operadoras e com acesso privilegiado à média complexidade. Porém, utilizam o SUS para os procedimentos mais caros, ampliando as distorções e a iniquidade na utilização dos serviços públicos⁸.

No âmbito da atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) se concentra parcela significativa dos esforços do complexo industrial no desenvolvimento de novas tecnologias, impondo a incorporação tecnológica acrítica no campo da saúde de modo geral – e no SUS, em particular. São evidentes os ganhos obtidos com a crescente incorporação de tecnologia na atenção à saúde. Contudo, o processo de incorporação tecnológica tem sido acrítico, desregulado, intenso e rápido, em um mercado cada vez mais competitivo e com fortes restrições de custos, excedendo consideravelmente a capacidade de oferta do SUS. A ausência de planejamento e de regulação rigorosa (principalmente na incorporação de novos insumos, equipamentos médicos e implantação de serviços) e as lacunas na legislação sanitária brasileira têm gerado forte demanda por judicialização dos problemas médico-sanitários.

Saliente-se que os problemas na oferta de *procedimentos ambulatoriais especializados* atingem toda a oferta de serviços (SUS e não SUS). A expressiva ampliação da oferta ambulatorial de alta complexidade pelo SUS desde 2003 não foi suficiente para enfrentar a baixa capacidade instalada e a má distribuição de profissionais de saúde entre as regiões do país. Mesmo com aumentos diferenciados nos repasses financeiros para as regiões Norte e Nordeste, ainda há um longo caminho a percorrer. Contudo, existem evidências de que em muitas regiões esse déficit não existiria (ou não seria tão intenso) se fossem adotados protocolos assistenciais e ações de regulação, evitando a solicitação desnecessária e abusiva de determinados procedimentos.

O aumento da produção – induzido, em parte, pelos reajustes da tabela dos procedimentos nos últimos anos – não foi suficiente para a qualificação da assistência prestada. Existem problemas históricos e recorrentes a serem resolvidos na assistência ambulatorial de média complexidade, tais como: ausência de planejamento, não observação das necessidades/perfil da população, acesso baseado na oferta de serviços, incorporação tecnológica acrítica, serviços com baixa resolubilidade, baixos investimentos em qualificação profissional, insuficiência dos parâmetros técnicos e epidemiológicos existentes e baixa regulação da oferta existente pela gestão pública.

Apresenta-se, então, a exigência cada vez maior aos gestores públicos do desenvolvimento de competências e capacidades gerenciais e administrativas para o exercício das funções de regulação, controle e avaliação, constituindo novas relações público-privado pautadas pela transparência e garantia das necessidades coletivas e do interesse público⁷.

Paradoxalmente, é a área da média complexidade em que a rede privada tem a sua maior ociosidade. À medida que não é possível impor um modelo que possa ser adotado em todo o país, pois as realidades são distintas, entendemos que se torna necessária a constituição de novos arranjos locais que possam ajudar a enfrentar essa questão, dando maior resolubilidade e garantindo as linhas de cuidado prioritárias.

Os desafios estruturais

O Brasil tem experimentado nas últimas décadas importantes transformações no seu padrão de mortalidade e morbidade, em razão dos processos de transição epidemiológica, demográfica e nutricional. Em relação ao padrão de morbidade e mortalidade, ocorreu importante redução das doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), além de acidentes e violência. Séries históricas de estatísticas de mortalidade disponíveis para as capitais dos estados brasileiros indicam que a proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes entre as décadas de 1930 e de 1990⁹.

A transição demográfica decorre da redução da mortalidade precoce, da redução das taxas de fecundidade, do aumento da expectativa de vida ao nascer e do incremento da população idosa. Em razão do crescimento da população idosa, houve aumento das causas de adoecimento e morte prevalentes nesse grupo etário⁹.

Soma-se ainda a transição nutricional, que se processou de forma muito rápida nas últimas três décadas, com o declínio da desnutrição em crianças e adultos e o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade na população¹⁰.

Torna-se um grande desafio estabelecer políticas públicas de promoção à saúde e prevenção dessas doenças. Estudos mostram que estratégias de controle dos fatores de risco das DCNT combinadas com educação da população, monitoramento dos indivíduos de alto risco e ações de promoção à saúde contribuíram para uma queda substancial na mortalidade em quase todos os países desenvolvidos.

A publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006 representa um marco no processo cotidiano de construção do SUS, uma vez que retoma o debate sobre as condições necessárias para que a população seja mais saudável, propondo a ênfase nas ações que visem os determinantes sociais da saúde. Para o próximo período torna-se importante avançar em algumas questões:

- Aprofundar a agenda de promoção da saúde no SUS;
- Articular as ações de promoção à saúde em todos os níveis de gestão;

- Implementar a agenda da promoção à saúde na atenção básica e nos territórios, revendo a gestão do processo de trabalho, qualificando os profissionais para garantir qualidade e resolubilidade da atenção à saúde no SUS.

O cumprimento dos princípios de *universalidade, equidade e integralidade* do sistema de saúde continua a desafiar todos os atores da política de saúde. Historicamente, nosso sistema de saúde tem a participação majoritária do setor privado. Com a participação de instituições ligadas à Igreja e a prática médica liberal durante longo período, apenas no século XX registra-se a participação do Estado no financiamento e na organização da assistência médica. Isso se deu, inicialmente, como seguro social vinculado ao mundo do trabalho; na Constituição de 1988 foi instituído como universal e de responsabilidade do Estado. Paradoxalmente, essa mudança não foi acompanhada por uma proposta de financiamento correspondente nem por uma política de regulação global do setor privado que definisse as suas responsabilidades no sistema de saúde. A lei n. 8.080/90, lei orgânica da saúde, quando trata do setor privado, somente disciplina a forma de contratação, complementar e com preferência para os filantrópicos, e veda a transferência de recursos públicos para o setor privado lucrativo. Com isso não se conformou no país um sistema nacional, mas o Sistema Único de Saúde, que apesar do nome articula somente o sistema público com sua rede privada contratada, dita complementar.

A falta de definição de um arranjo institucional público e privado possibilitou o crescimento de um setor privado forte econômica e politicamente, desarticulado e concorrente com o setor público. Por sua vez, a ausência de um financiamento estável, combinado com um arranjo institucional bastante complexo, com importantes problemas de gestão, conformou um sistema público com notáveis avanços, mas com lacunas importantes na sua operacionalização. Os inegáveis avanços na inclusão gerada pela implantação, mesmo que parcial, do SUS e os resultados concretos nos indicadores de saúde acabam diminuídos pela avalanche de críticas ao sistema e a sua baixa legitimidade perante o conjunto da população brasileira.

O financiamento do setor saúde no Brasil representa algo em torno de 8% do seu PIB. Em relação à América do Sul, só é menor que os percentuais da Argentina e do Uruguai. Quando comparado aos países do chamado BRIC (Brasil, Rússia, Índia e China), apresenta o maior gasto proporcional ao PIB. Em relação ao chamado mundo desenvolvido, para não se comparar com os EUA, é bem menor do que o Canadá e a Austrália. Dos sistemas universais é um dos que têm menor participação de gasto público, na relação de gastos totais em saúde no país, incluindo público e privado. Nos dados do Sistema de Contas Nacionais (Ipea/IBGE-set./09), a relação é de 38,8% de

gasto público para 61,2% de gasto privado. Ainda se incluíssemos a renúncia fiscal como gasto público, teríamos o gasto majoritariamente privado.

Outro aspecto a ser mencionado é o gasto dos governos com o pagamento de serviços de saúde privados para os servidores públicos. A União, os estados e os municípios, por meio dos respectivos poderes executivos (incluindo-se as estatais), judiciários e legislativos, pagam ou auxiliam o pagamento de planos de saúde para mais de oito milhões de pessoas, agravando a iniquidade da distribuição dos recursos.

Ainda em relação ao financiamento, grande parte dos estados não cumpre a emenda 29 ou se utiliza de mecanismos contábeis, como o lançamento de despesas não tipificadas como despesas em saúde, para “maquiar” o seu cumprimento, sobrecarregando os municípios e seus recursos próprios no financiamento do sistema. O percentual de municípios que cumpriram a emenda é de cerca de 94% em 2008. Os gastos municipais adicionais aos 15% previstos constitucionalmente representaram aproximadamente R\$ 5 bilhões a mais no sistema.

Outra fragilidade do setor é a forma como se dá a relação entre o setor público e o setor privado. O cidadão brasileiro hoje tem três alternativas de acesso ao sistema de saúde: 1) pelo SUS, em unidades públicas ou contratadas pelo setor público – por exemplo, os hospitais filantrópicos (que também se beneficiam da renúncia fiscal); 2) por meio de pagamento direto aos prestadores de saúde privados, sejam hospitais, sejam clínicas ou profissionais liberais – neste caso, há a possibilidade de se deduzir a totalidade dos gastos no Imposto de Renda, diferentemente da educação, que tem limites estabelecidos de dedução; 3) pelo sistema de saúde suplementar, isto é, contratando assistência à saúde de operadoras de planos de saúde, o que também é dedutível do Imposto de Renda. É importante ressaltar que as formas aqui descritas dizem respeito à assistência à saúde; as demais ações (vacinação, vigilância sanitária e epidemiológica, controle de endemias etc.) são universais, portanto, utilizadas pela totalidade da população.

Essa conformação demonstra que o sistema de saúde brasileiro é formado por sistemas paralelos, concorrentes e sobrepostos. A competição é principalmente pela rede prestadora, em que as melhores estruturas estão na saúde suplementar, e os hospitais privados contratados e os públicos estatais estão, em sua maioria, sucateados. Ocorreu uma redução no número dos leitos privados que prestam serviço ao SUS. Em tese seria uma boa alternativa e, em muitos casos, vinculada à melhoria do padrão de qualidade dos serviços – desde que a rede pública tivesse condições de ampliar sua oferta própria e acolher essa demanda adicional. Mas o aumento majoritário do número de leitos públicos vem se dando principalmente em hospitais pequenos, em municípios também pequenos, portanto com baixa resolutividade.

Temos hoje cerca de 26% da população com planos de saúde (PNAD 2008), e esse setor movimentou aproximadamente R\$ 70 bilhões em 2009, mesma ordem de grandeza do orçamento federal para as ações universais destinadas aos 190 milhões de brasileiros e, principalmente, aos 74% da população que têm o SUS como sua única opção. O valor *per capita* na Saúde Suplementar é praticamente três vezes o do SUS. Ou seja, o setor privado suplementar conta hoje com valores aproximadamente três vezes maiores por beneficiário do que o SUS por usuário, para oferecer uma cobertura bem mais restrita.

O sistema tem demonstrado iniquidades no acesso aos medicamentos, transplantes e outros procedimentos de alta complexidade, pois os pacientes oriundos da Saúde Suplementar têm maior acesso a esses serviços – mesmo no setor público –, uma vez que realizam suas consultas e exames mais rapidamente. A universalidade e a integralidade reais são restritas a certas ações e procedimentos, sendo limitadas concretamente pela dificuldade de acesso e baixa oferta de determinados procedimentos.

A *gestão e a operação organizativa do sistema* também enfrentam dificuldades que têm um impacto significativo no resultado a ser alcançado. A primeira dessas dificuldades é a gestão do SUS sem a visão do todo. O gestor é a autoridade sanitária correspondente; as ações de saúde são de relevância pública, mas a presença do setor privado não é considerada nos planejamentos locais. Existem cidades e regiões onde mais da metade da população tem planos de saúde. Essa ausência de articulação leva à *iniquidade* na distribuição dos recursos e a problemas como duplicação de rede assistencial, capacidade ociosa no setor privado, mecanismos regulatórios que ora burocratizam o acesso, ora privilegiam os usuários oriundos do setor privado. Há necessidade de se convergir para um único Sistema de Saúde, com a definição precisa do papel do privado.

Uma dificuldade importante é a *gestão dos Recursos Humanos*. A expansão dos serviços públicos, notadamente da atenção básica, combinada com o processo de municipalização, produziu uma realidade de recursos humanos no SUS absolutamente caótica. Constrangidos pela limitação orçamentária e pela Lei de Responsabilidade Fiscal, os municípios não têm como repor a força de trabalho que foi municipalizada pelos estados e pela União, bem como não conseguem “competir” com os salários da categoria médica para garantir a viabilidade da Estratégia de Saúde da Família. A adoção de parametrizações de carreira e vencimentos e de cofinanciamento para enfrentar essa questão pode contribuir para o seu equacionamento.

Outro sério problema resulta da força do corporativismo de determinadas categorias da área da saúde que chegam a interferir nos próprios aparelhos formadores, produzindo uma expressiva reserva de mercado e uma

forte concentração de profissionais em determinadas regiões. As próprias instituições formadoras em nível de graduação e pós-graduação não desenvolvem seu trabalho em sintonia com as necessidades do SUS.

Mais um problema de grande relevância é o baixo nível de *regulação* exercido pelo sistema de saúde, tanto no SUS quanto na relação público e privado. As centrais de regulação ou o chamado complexo regulador não conseguiram se tornar potentes instrumentos de gestão no país como um todo. Salvo em experiências isoladas, a regulação continua sendo feita de forma marginal na gestão, com baixo nível de contratualização do setor privado complementar, sem a devida articulação entre as redes, que continuam com a gestão dos estados, com as redes municipais e com os hospitais federais remanescentes, sejam eles universitários, sejam próprios (residuais). O único mecanismo que busca regular a relação do setor suplementar com o Sistema Único de Saúde é o ressarcimento ao SUS, previsto na lei n. 9.656/98, que regula os planos de saúde. Todas as outras interfaces ou “vasos comunicantes” não são alcançados por nenhum tipo de regulação pública. O compartilhamento de rede, a política nacional de sangue, o sistema nacional de transplantes, a rede de atendimento pré-hospitalar, o atendimento ao grande trauma, o acesso aos medicamentos excepcionais e de tratamento prolongado (Aids e hepatites) são aspectos, dentre outros, que carecem de uma normatização por parte do Estado.

Outro desafio é o nosso padrão de incorporação tecnológica, desordenado e com baixa regulação, levando a um aumento de custos do sistema e à ampliação da iniquidade alocativa. A constituição da Comissão de Incorporação Tecnológica (Citec) no âmbito do Ministério da Saúde, embora importante, é claramente insuficiente. A regulação da incorporação de tecnologia, com o avanço da indústria de fármacos, equipamentos e materiais, se torna uma ferramenta indispensável para a garantia da qualidade da assistência e para o controle dos custos do sistema, seja ele público, seja privado. Definir novas responsabilidades para a Anvisa nessa questão e dar organicidade ao processo de avaliação e incorporação de tecnologias, com a ampla participação dos setores interessados (entidades médicas, indústria, universidades e gestores, dentre outros), é um desafio que se impõe.

Por fim, temos que enfrentar o desafio da qualidade da atenção à saúde prestada à população. Assim como aconteceu com a educação, a expansão dos serviços de saúde no último período não veio acompanhada de mecanismos que induzissem ou mensurassem a qualidade dos serviços prestados. Políticas como a valorização dos resultados, acreditação de unidades ou a indução de desempenho, apesar de várias vezes discutidas, não foram adotadas para o conjunto do sistema.

Proposições

- Regulamentar a EC 29 no formato que agregue novos recursos federais ao sistema e obrigue o seu cumprimento pelos estados, com garantia de novos recursos estruturantes para o financiamento da saúde (Fundo Social do Pré-Sal, Contribuição Social para a Saúde etc.).
- Definir claramente os papéis do público e do privado, conformando, assim, o Sistema de Saúde Brasileiro. Algumas iniciativas poderiam iniciar o rompimento com a atual segmentação dos sistemas:
 - √ Um sistema nacional de transplantes, que hoje já conta com fila única, totalmente público e financiado pelos setores público e privado;
 - √ Um sistema de urgência e emergência, inclusive pré-hospitalar, com financiamento e regulações pública e privada;
 - √ Agregação de recursos privados adicionais em sistemas hoje majoritariamente públicos, como na região Norte;
 - √ Reordenamento da regulação do funcionamento das redes da saúde suplementar com garantia de acesso e redefinição dos papéis em relação ao setor público, mediante a elaboração e a pactuação de um plano global de saúde para os sistemas locais e regionais, principalmente nas regiões Sul e Sudeste, com alto percentual de cobertura de planos privados de assistência à saúde.
- Investir politicamente na aprovação da Lei de Responsabilidade Sanitária, assim como na da Lei Tião Vianna, de definição de padrões tecnológicos de responsabilidade do SUS ou do sistema público.
- Encontrar formas para superar o engessamento legal das gestões. Importante ressaltar que o provimento dos principais sistemas universais do mundo se dá por meio de arranjos públicos e privados. À exceção de Cuba, não temos experiências de provimento totalmente público. Por isso, as experiências de Parceria Público /Privado (PPP), Fundações Estaduais de Direito Privado e Empresas de Economia Mista (Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre) devem ser agregadas ao mosaico de possibilidades de gestão das organizações mais complexas do setor público de saúde.
- Propor alterações no marco legal do sistema de saúde brasileiro, redefinindo os papéis do setor privado e os arranjos do mix público e privado para garantir os princípios constitucionais de Universalidade, Equidade e Integralidade do Sistema.

As questões aqui tratadas, antes de se pretenderem definitivas, representam uma contribuição ao debate, especialmente no momento de realização de eleições presidenciais em nosso país. Na nossa condição de militantes engajados na candidatura de Dilma Rousseff à Presidência da República, estamos oferecendo essas ideias ao seu Programa de Governo. Entendemos,

no entanto, que muitas delas são compartilhadas por militantes de outras candidaturas ou por pessoas sem qualquer vinculação partidária e que têm produzido importantes reflexões sobre o momento da política de saúde no Brasil. É fundamental o debate democrático dessas ideias e a construção de consensos para que o SUS continue a ser uma política de Estado.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Mais Saúde – Direito de Todos 2008-2011. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/programa.php>.
2. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD); 2008.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2008 – 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
4. Rocha R, Soares R. Evaluation the impacto of community based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program, 2009. IZA (Institute for the Study of Labor, Germany), Discussion Paper No. 4119 April 2009
5. Guanais F, Macinko, J. An evaluation of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 2006. *J Epidemiol Community Health*. 2006 Jan;60(1):13-9
6. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 2007. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>.
7. Solla JSP, Chioro dos Reis AA. Atenção ambulatorial especializada In: Noronha, J C, Carvalho, A I (orgs), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. v.1. p.627-664.
8. Silva SF. *A construção do SUS a partir do município*. São Paulo: Hucitec; 1996.
9. Malta DC, Castro AM de, Gosch CS *et al*. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiol. Serv. Saúde* mar 2009; 18(1):79-86.
10. Batista Filho M. Da fome à segurança alimentar: retrospecto e visão prospectiva. *Cad. Saude Publica* 2003; 19(4).

Compromissos com a saúde do povo brasileiro

Health commitments of the Brazilian people

Renilson Rehem^I

Resumo O presente texto apresenta um conjunto de reflexões sobre a saúde no Brasil, a identificação e breve análise dos principais problemas e algumas idéias para o seu enfrentamento. Da mesma forma, de modo preliminar são explicitados alguns compromissos com a saúde do povo brasileiro. Agradecemos as pessoas que contribuíram com informações, idéias, conversas e reuniões para que fosse possível chegar a esta versão (Ana Goretti Kalume, Amâncio Carvalho, Denise Coitinho, Fernando Cupertino, Geraldo Biasoto Junior, Gabriel Ferrato, José Carlos de Almeida, Márcia Huçulack, René Mendes, René Santos, Tânia Rehem e Vera Lúcia da Costa e Silva). Isto não significa que elas sejam responsáveis pelas eventuais impropriedades nem que concordem com todas as idéias aqui apresentadas.

Palavras-chave: *Sistema Único de Saúde; Emenda Constitucional 29; Compromissos do Governo Serra.*

Abstract This paper presents reflections on health in Brazil, the identification and brief review of the main problems and some ideas about how they can be tackled. Likewise, some commitments the Brazilian people have in relation to health are explained in a preliminary manner. We would like to thank all those who contributed with information, ideas, discussions and meetings which enabled the preparation of this article (Ana Goretti Kalume, Amâncio Carvalho, Denise Coitinho, Fernando Cupertino, Geraldo Biasoto Junior, Gabriel Ferrato, José Carlos de Almeida, Márcia Huçulack, René Mendes, René Santos, Tânia Rehem e Vera Lúcia da Costa e Silva). However this does not imply their responsibility for any inaccurate or unsuitable statements or that they agree with all the ideas presented herein.

Keywords: *Unified Health System; Constitutional Amendment 29; Commitments of the Serra Government.*

Introdução

Bandeiras partidárias não combinam com a saúde pública e com os inúmeros desafios de uma área tão complexa, que impacta diretamente a qualidade de vida de todos os brasileiros. Isso é premissa básica para que as ações da gestão da saúde sejam pautadas única e exclusivamente em benefício dos cidadãos, em vez de atender a interesses particulares. Defender a saúde fora do escopo partidário, entretanto, não significa isentar-se de escolher um projeto político.

I Ex-secretário-adjunto de Estado da Saúde de São Paulo (2007-2008); ex-secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (governo Fernando Henrique Cardoso). renilson.rehem@gmail.com

É fato que a saúde, no Brasil, avançou de forma sem precedentes nas últimas duas décadas, com a aprovação constitucional e os avanços obtidos no processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Hoje, o Brasil é o segundo maior transplantador de órgãos do mundo, tem o maior programa de imunização em massa entre todos os países, eradicou doenças como paralisia infantil e sarampo, tem um programa de controle da Aids reconhecido como exemplar pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e desenvolve um bem-sucedido Programa de Saúde da Família (PSF), iniciado na década passada.

A ampliação do PSF, a proibição da propaganda de cigarros e de eventos ligados à indústria do tabaco, a introdução de um Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional para doenças raras e crônicas e o fortalecimento da parceria com as Santas Casas e hospitais beneficentes são algumas das conquistas de extrema relevância para a consolidação do SUS na última década.

Do mesmo modo, o Brasil obteve enorme avanço ao aprovar a lei dos medicamentos genéricos, com grande benefício para a população, por ter ampliado o acesso a remédios nas farmácias em razão da redução nos preços, bem como por ter introduzido o programa Bolsa Alimentação para combater a mortalidade infantil e a desnutrição, especialmente no Nordeste.

Mas a saúde pode mais, muito mais. E o debate passa pela escolha de um projeto nacional alinhado com as necessidades de fortalecimento do SUS, da ampliação do acesso e melhoria na assistência na prestação de serviços de saúde, da descentralização da gestão, da construção de redes de atenção à saúde regionalizadas e integradas e do aperfeiçoamento e criação de novas políticas públicas para o setor.

Em outras palavras, as conquistas do SUS não podem ficar à mercê da incerteza, da falta de comprometimento de alguns governantes com essa importante causa ou da contaminação ideológica e político-partidária que interrompe projetos bem-sucedidos implantados por governos antecessores, em prejuízo de milhares de cidadãos que deles se beneficiaram.

O desafio de se implantar no Brasil um sistema público de saúde de qualidade, que garanta a universalidade e a integralidade, requer uma forte liderança política comprometida com essa causa.

Entendemos que a candidatura de José Serra à presidência da República é a melhor forma de atingir esses objetivos.

Os desafios da saúde hoje

Neste início de século, o Brasil enfrenta, além dos desafios de equacionar a questão do financiamento e melhorar substancialmente a gestão e seus instrumentos, pelo menos outros quatro importantes desafios:

1) o envelhecimento progressivo da população, que envolve uma crescente carga de patologias degenerativas de alto custo de atenção médica;

2) as desigualdades na situação de saúde da população, que se traduzem em uma brecha sanitária entre as regiões do país e entre os grupos de população de distintos níveis socioeconômicos;

3) a necessidade de responder adequadamente às expectativas legítimas da população com relação ao sistema de saúde, continuamente identificado como um elemento de insatisfação pela sociedade brasileira;

4) resolução dos problemas pendentes e manutenção conquistas sanitárias alcançadas.

Todos esses fatores envolvem mudanças na prestação de serviços de saúde, tanto na composição dos serviços como nas formas de entregá-los, adequando-os aos padrões técnicos sanitários, assim como às exigências dos usuários, cada vez mais conscientes e exigentes de seus direitos.

Desses desafios derivam os quatro objetivos para os próximos quatro anos:

1. manter e melhorar os avanços sanitários alcançados;
2. enfrentar os desafios derivados do envelhecimento da população e das mudanças da sociedade;
3. diminuir as desigualdades;
4. prestar serviços que atendam às expectativas da população.

Tais objetivos se sustentam na missão central do sistema, que é a de melhorar a saúde da população, prolongando a vida e os anos de vida livres de enfermidade, e ao mesmo tempo reduzir as desigualdades em saúde, assim favorecendo a saúde dos estratos sociais mais desfavorecidos.

A ênfase fundamental na proposição desses objetivos é a proteção à saúde, por meio das estratégias de promoção e prevenção, posto que os problemas de saúde dos brasileiros relacionam-se a fatores associados ao modelo de desenvolvimento econômico e social existente, cuja abordagem implica necessariamente a ação intersetorial, por meio de políticas de governo e não exclusivamente setoriais. Apesar desta ênfase, não se pretende deixar de lado a assistência à saúde, desde o diagnóstico precoce até a reabilitação, que é também fundamental para reduzir os principais danos à saúde que hoje afligem nossa população.

O financiamento

Depois de muitos anos de luta da militância do SUS em busca de um mecanismo que assegurasse mais recursos e um financiamento estável, conseguiu-se a aprovação da emenda constitucional n. 29 (EC 29), na gestão Serra no Ministério da Saúde, graças ao seu empenho, habilidade e prestígio político.

Desde a aprovação da EC 29, em 2000, os gastos públicos com saúde no país vêm aumentando: passaram de 2,89% do Produto Interno Bruto (PIB) em 2000 para 3,67% em 2008. Por sua vez, o gasto *per capita* passou de R\$ 346,19 para R\$ 559,02, o que representou um aumento real de 61%, que não pode ser considerado desprezível. Aliás, esse aumento real nos gastos *per capita* explica os avanços na oferta de serviços de saúde no país, associado a um aumento no acesso da população a esses serviços, conforme atestam as pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Todavia, os ganhos relativos estão longe de alcançar as necessidades da saúde. Embora a EC 29 tenha atingido seus principais objetivos, a resultante foi um aumento relativamente maior tanto dos gastos estaduais como dos municipais em relação aos federais: os gastos da União cresceram 117% entre 2000 e 2007, ao passo que os estaduais cresceram 285% e os municipais, 249%. Dessa forma, a participação da União no total de gastos caiu de 59,8% em 2000 para 46,9% em 2007.

Os números da pesquisa do IBGE sobre as contas nacionais do setor saúde no período 2000 a 2007 proporcionam outro ponto de vista da evolução dos dados sobre os gastos com saúde: não há um aumento gradativo da participação do governo nos gastos em relação ao PIB, mas apenas um pequeno aumento do patamar, de 3,3% para 3,5%, com alguma oscilação ao longo do período.

Verifica-se, no Brasil, um elevado gasto total com saúde em relação ao PIB (8,4% - segundo dados do IBGE, 2009, e da *World Health Organization - WHO*, 2010), número muito próximo ao de países com sistemas universais, mas sustentados basicamente pelos gastos privados e uma baixa participação do setor público (apenas 42%).

Portanto, fica claro que o sistema público de saúde brasileiro continua subfinanciado. A EC 29 cumpriu o papel de evitar a queda relativa dos gastos com saúde e até propiciou um pequeno aumento, mas a falta de sua regulamentação impediu que o financiamento ampliasse os gastos públicos em relação ao PIB, o que distancia o sistema de saúde brasileiro das condições oferecidas por outros sistemas de países desenvolvidos com tradição de responsabilidade do Estado.

Assim, se o que se pretende é reproduzir a trajetória histórica dos países desenvolvidos, torna-se imperioso que se aumentem os gastos governamentais com saúde e, principalmente, a parcela dos gastos federais, pois aparentemente os municípios já teriam atingido o limite de suas possibilidades de aumento. Provavelmente, também seja esse o caso da maioria dos estados. Desse modo, fica evidente a necessidade de regulamentação da EC 29 e também da ampliação dos gastos públicos, principalmente o gasto federal com a saúde.

A gestão e o gerenciamento

As considerações sobre o desafio de se implantar no Brasil um sistema de saúde com caráter universal e que garanta a integralidade da atenção não se encerram nas dificuldades do financiamento. As soluções necessárias ao enfrentamento dos desafios da gestão dos sistemas – locais, estaduais e nacional de saúde – e da gerência dos estabelecimentos de saúde têm se mostrado de enorme complexidade e ainda se encontram num patamar muito inferior ao desejável.

A Constituição Federal do Brasil, de 1988, as leis federais n. 8.080 e 8.142, de 1990, as normas operacionais e, mais recentemente, o Pacto pela Saúde, resultante de acordos tripartites delas decorrentes, definem a descentralização, a regionalização e a mudança do modelo assistencial como as estratégias mais significativas para a execução da política pública de saúde no país, ou seja, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O processo de descentralização e regionalização transferiu aos municípios deveres e responsabilidades na atenção à saúde da população, que antes correspondiam ao governo federal e, principalmente, aos governos estaduais. Ampliaram-se a autonomia e o poder de decisão municipal para a definição de ações estratégicas para o enfrentamento dos problemas e necessidades locais. Conferiu-se ao município a possibilidade de gestão total do seu sistema de saúde, na perspectiva de conformação de redes locais de serviços capazes de ofertar atenção à saúde a sua população de forma integral, resolutiva e humanizada.

A conjuntura atual apresenta-se ainda mais complexa em razão das enormes dificuldades decorrentes da falta de uma gestão mais qualificada, em muitos aspectos aliadas aos problemas decorrentes de um financiamento insuficiente e instável. Conseguir êxito no enfrentamento de tamanho desafio requer a busca de instrumentos e mecanismos de gestão e gerência que passam necessariamente pela profissionalização dessas ações; para tanto, torna-se obrigatório investir na qualificação dos recursos humanos. É imprescindível profissionalizar a gestão do SUS. Para isso, é preciso estruturar e implementar um grande projeto de qualificação de técnicos para desempenharem os papéis estratégicos na gestão, inclusive o de secretários municipais de Saúde.

Com relação à gerência das unidades de saúde, principalmente os hospitais, é inadiável a adoção de modelos alternativos de administração que possibilitem maior agilidade na administração de recursos humanos, em especial dos médicos, na aquisição de materiais e medicamentos e na contratação de serviços. Por sua vez, os hospitais não podem continuar se autodefinindo quanto ao seu perfil assistencial e devem passar a responder às demandas do sistema de saúde (local ou regional) no qual estão inseridos.

As condições de saúde

O Brasil vive um acelerado processo de transição demográfica, com importante redução das taxas de fecundidade e de mortalidade precoce, e incremento da esperança de vida ao nascer. As pessoas de 65 e mais anos de idade eram 4,9% da população, em 1995, e já são 6,5% em 2008. Apesar dos avanços, o brasileiro, com 72,6 anos de esperança de vida, ainda vive, em média, sete anos menos que os chilenos. A desigualdade regional também é muito importante para esse indicador: 16 anos de diferença separam a esperança de vida de uma mulher no Distrito Federal e a de um homem em Alagoas.

A taxa de mortalidade infantil acentuou sua tendência de redução, nas últimas décadas, diminuindo mais de 40% entre 1996 e 2006, ano que registrou 20,7 mortes por 1.000 nascidos vivos. Dois terços dessas mortes infantis ocorrem no período neonatal, antes dos 28 dias de vida, de causas relacionadas com a cobertura e a qualidade da atenção à gravidez, ao parto e ao recém-nascido. O Brasil apresenta valores para a mortalidade infantil maiores que a média dos países da América do Sul com nível socioeconômico semelhante, além de elevada desigualdade regional, com a mortalidade infantil do Nordeste (29,8 por mil nascidos vivos) representando um pouco mais do dobro da registrada no Sul.

As doenças do sistema circulatório são responsáveis por 32,0% do total de mortes que ocorrem no país, com as neoplasias ocupando o segundo lugar, com 16,5%. As doenças infecciosas e parasitárias respondem por apenas 5%, e chama a atenção o fato de que 13,6% das mortes ocorrem devido aos acidentes e violências. Nos últimos dez anos, as causas de morte que apresentaram o maior crescimento proporcional foram a doença hipertensiva (55%), o *diabetes mellitus* (38%) e os homicídios (10%).

A mortalidade precoce por algumas doenças crônicas é elevada, resultado da dificuldade no acesso ao diagnóstico e ao tratamento, em razão de um modelo de atenção inadequado.

Em relação ao câncer, acompanhamos hoje de forma cotidiana a revolta social diante das longas esperas na execução de exames para o estabelecimento do diagnóstico ou mesmo do tratamento para o paciente já diagnosticado. A literatura médica está repleta de trabalhos que sinalizam grave mudança de prognóstico quando o tratamento é postergado. Existem tumores em que a espera de sessenta ou noventa dias pode ser decisiva, perdendo-se a oportunidade de cura ou mesmo reduzindo a sobrevida do paciente.

No Brasil, 28,7% das mortes por acidente vascular cerebral acontecem em pessoas com menos de 65 anos, enquanto no Canadá esse percentual é de apenas 8,6%. Dados da última Pesquisa Nacional por Amostra de Domi-

cílios (PNAD) revelam que 25,3% das mulheres com mais de 40 anos nunca fizeram uma mamografia. Dentre aquelas com renda maior do que cinco salários mínimos, apenas 18,9% nunca fizeram esse exame; porém, entre as de renda inferior a 1/4 do salário mínimo, esse percentual atinge 71,2%.

Os principais fatores de risco para as doenças crônicas, como o tabagismo, a obesidade, a inatividade física e o abuso do álcool, crescem principalmente entre as pessoas mais pobres e menos instruídas. Dentre os que têm menos de um ano de instrução, apenas 9,5% praticam esportes ou exercícios físicos, e 25,7% fumam, enquanto na população com 11 ou mais anos de estudo, 37% são ativos fisicamente, e o tabagismo reduz-se para 11,9%.

A verdadeira epidemia das drogas talvez seja o mais grave problema de saúde na realidade atual no Brasil. O *crack*, a droga mais perigosa da atualidade, rompeu os limites geográficos das áreas degradadas das grandes cidades e sociais das populações pobres, invadiu o interior do país e chegou à classe média. Pesquisas demonstram que as famílias não sabem onde nem como obter ajuda. Para fazer frente a essa tragédia, é imperioso apresentar alternativas de tratamento para os usuários e medidas efetivas de controle do tráfico.

Nas doenças transmissíveis, o país apresenta um quadro bastante diverso. As doenças preveníveis por imunização têm mantido sua tendência de redução de maneira consistente nas últimas duas décadas, tanto na ocorrência de casos quanto na mortalidade. Entretanto, dados de recente pesquisa do Ministério da Saúde mostram que a maioria das capitais brasileiras não consegue atingir os recomendáveis 95% de cobertura para vacinas como a DPT (difteria, tétano e coqueluche). A persistência dessa situação, que mostra problemas na qualidade da atenção primária de saúde, pode propiciar o recrudescimento de doenças já eliminadas ou controladas.

A Aids vem apresentando uma redução nos índices de mortalidade, com estabilização no surgimento de novos casos. Contudo, prossegue o desafio de eliminar a transmissão vertical do HIV, responsável por mais de trezentos casos anuais.

Entre as doenças emergentes e reemergentes, a dengue persiste como um grave problema de saúde pública, com surtos frequentes e o aumento da ocorrência de casos graves e de mortes, principalmente em crianças e jovens. A taxa de hospitalização por dengue e febre hemorrágica da dengue cresceu oito vezes, entre 1998 e 2008, de 2,7 casos para 22,2 por 100.000 habitantes, como resultado da circulação sucessiva de três sorotipos do vírus.

A tuberculose apresenta discreta tendência de redução, alcançando a incidência de 38,2 casos por 100.000 habitantes em 2007. Esse número ainda nos coloca como um dos países de maior carga no mundo, e há estados, como o Rio de Janeiro, com uma taxa de 73,3 por 100.000 habitantes,

91,7% maior que a média nacional. A malária tem reduzido sua incidência, mas ainda produz mais de 300.000 casos anuais na Amazônia, constituindo-se em um desafio.

Em relação às doenças desatendidas, o país tem avançado na eliminação da filariose linfática, hoje restrita ao foco da Região Metropolitana de Recife (PE), e da oncocercose. No entanto, persistem situações inaceitáveis, como a da hanseníase; o Brasil, com uma prevalência de 2,2/10.000 hab., é o único país do mundo que não atingiu o patamar de eliminação dessa doença como problema de saúde pública (prevalência < 1/10.000 hab.). Outras doenças para as quais estão disponíveis medicamentos e estratégias eficazes, como a esquistossomose, as helmintíases e a sífilis congênita, também se encontram em níveis ainda muito elevados, afligindo principalmente a população pobre e de áreas rurais.

No Brasil, a obesidade é o fator que mais causa doenças e mortes precoces, depois do consumo excessivo de álcool. Todas as doenças crônicas têm alguma relação com a obesidade: doença cardiovascular, hipertensão, diabetes, doenças ósseas e articulares, e até alguns tipos de câncer, como o de cólon e o de mama. Além disso, a obesidade está associada a outras dificuldades psicossociais.

É comprovado e até intuitivo que a boa nutrição no início da vida tem um impacto positivo muito significativo ao longo de todo o curso da existência. Mas o que também é verdade, embora pareça paradoxal, é que tanto a desnutrição quanto a obesidade durante a primeira infância estão também associadas às doenças crônicas do adulto. Adultos que foram previamente desnutridos têm maior risco de desenvolver doenças crônicas metabólicas quando consomem dietas inadequadas. A prevenção das doenças crônicas e a promoção da saúde requerem que a boa nutrição esteja presente desde a gestação e que a garantia das condições para que as crianças cresçam direito sejam prioridades absolutas.

O modelo de atenção

O desafio que se apresenta para o setor saúde na atualidade é distinto daquele da primeira metade do século XX, quando o problema fundamental eram as doenças transmissíveis e a saúde materno-infantil. O modelo configurado para aquela época foi razoavelmente exitoso, ao permitir erradicar ou controlar doenças como a varíola, a poliomielite, o sarampo, a desnutrição e as enfermidades diarreicas infantis, entre outras.

Hoje, no início do século XXI, encontramos uma carga de doença crescente, própria do envelhecimento, e um importante incremento dos problemas de saúde mental, como as drogadições e a depressão, problemas que não têm resposta satisfatória no atual modelo. Também observamos uma

alta incidência de enfermidades crônicas e degenerativas como o câncer e danos específicos de alguns estilos de vida, como são as doenças cardiovasculares, além do crescimento dos traumatismos, acidentes e violências.

Esses danos, que constituem os desafios do novo milênio, respondem a fatores condicionantes associados a mudanças culturais e estilos de vida (tabaco, álcool, drogas, atividade física, conduta sexual e alimentação, entre outros), associados a condicionantes ambientais (ar, água, terra, ruído, radiações, falta de áreas verdes, espaços públicos e outros) a condicionantes próprios da pobreza e àqueles correlacionados a aspectos psicossociais (violência, estresse, insegurança, baixa autoestima, desintegração e desproteção social, entre outros).

O modelo de atenção à saúde que prevaleceu ao longo do século passado – e que ainda prevalece – está voltado para as condições agudas, e neste início de século devemos adotar um modelo de atenção voltado para as condições crônicas. Segundo a OMS, *Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de atenção às condições agudas não funciona. Devem ser desenvolvidos os cuidados inovadores para as condições crônicas.*

Não podemos continuar aguardando que o portador de hipertensão e/ou diabetes tenha o seu quadro agudizado, para então atendê-lo numa unidade de emergência hospitalar. Isto é, acima de tudo, desumano! E é exatamente o que está acontecendo hoje.

Portanto, a nossa missão agora é definir os objetivos sanitários para a próxima década, começando no período dos próximos quatro anos, e ao mesmo tempo implementar um novo modelo de atenção à saúde para enfrentar essa nova conjuntura. Deve-se ter em consideração que promover a saúde e prevenir a doença – ante os fatores econômicos, culturais e psicossociais que estão determinando esses novos problemas – é uma tarefa de grande complexidade, que requer o concurso de todos e não só do setor saúde.

- **Os compromissos com a saúde do povo brasileiro**

O primeiro compromisso é com os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde: universalidade e integralidade.

Vamos resgatar o papel do Ministério da Saúde como gestor nacional do SUS, inspirando-nos na melhor tradição de sua atuação pretérita e dando ainda maior ênfase na gestão solidária e compartilhada com os estados e os municípios. Vamos retomar todas as políticas que ainda se mostrarem pertinentes, vamos criar novas e, acima de tudo, dar continuidade àquelas que forem adequadas.

O Governo Serra implementará ações coordenadas para ampliar e reorganizar a rede de assistência, com o objetivo de garantir o acesso a serviços de qualidade e reduzir o tempo de espera. Realizará investimentos para reduzir

as desigualdades da rede de assistência, com prioridade nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste.

No sentido de alcançar os objetivos sanitários anteriormente delineados, assume os seguintes compromissos:

Compromisso nº 1: regulamentar a emenda constitucional n. 29/2000, de forma a ampliar os recursos destinados ao financiamento das ações e dos serviços de saúde, elevando a participação da União no gasto público total com a saúde.

Sem dúvida, a aprovação da EC 29 significou um grande avanço, porém a falta de sua regulamentação reduz seu impacto. Assim, regulamentar a EC 29 deve ser uma prioridade política absoluta para todos os que acreditam na/lutam pela concretização do SUS e redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais.

Compromisso nº 2: implantar um novo modelo de atenção à saúde

O fim a que aspiramos como sistema de saúde é o de melhorar a saúde da população, prolongando a vida e os anos livres de doença, e reduzir as desigualdades, melhorando a saúde dos estratos sociais mais desfavorecidos, o que exige estratégias gerais de abordagem, fortemente sustentadas em um conjunto de princípios que constituem seu eixo ordenador.

Esse conjunto de princípios que permitirão enfrentar os novos desafios – e que finalmente se encarnaram em tipos de ações e serviços que a sociedade deseja e se dispõe a financiar e a receber – denomina-se modelo de atenção à saúde e se configura em um sistema que estará orientado às pessoas, à população e ao ambiente, tanto físico como de trabalho. Tal modelo deve conceder total prioridade à atenção primária à saúde não só como porta de entrada mas, principalmente, como ordenadora de um sistema que deve estar organizado em redes de atenção.

Igualmente, deve-se priorizar o cuidado, além de se buscar a cura. Desse modo, não cabe a existência de uma figura profissional central com as demais girando em sua órbita, mas sim um trabalho em equipe com os diversos profissionais atuando de forma integrada. Para tanto, é imprescindível que o conhecimento seja compartilhado entre os profissionais e usuários, de forma complementar. Desse modo, torna-se indispensável a definição de território e população sob a responsabilidade de cada equipe de atenção primária à saúde.

É igualmente necessário tornar cada cidadão e cada cidadã sujeitos ativos da promoção e do cuidado de sua saúde. Precisamos superar a ideia de usuários que consomem atos médicos ou ações de saúde para chegarmos à ação compartilhada e solidária entre os membros da equipe de saúde e as

peças que residem em sua área de abrangência. Assim, devemos conceder real prioridade às ações de promoção da saúde e da integração da atenção primária com a vigilância em saúde.

Tomando em conta os desafios que exigem o novo modelo, assume relevância o fato de que “ser sadio” vai além de fatores exclusivamente genético-biológicos e, portanto, abordáveis somente pela perspectiva da ciência médica. Reconhece-se a importância do entorno físico e social no qual se desenvolve a vida das pessoas, ambiente que contribui para determinar essa condição.

Concebemos um modelo integral de saúde como o conjunto de ações que promovem e facilitam a atenção eficiente, eficaz e oportuna, que se dirige, mais do que ao paciente ou à doença como fatos isolados, às pessoas, consideradas em sua integridade física e mental e como seres sociais pertencentes a diferentes tipos de família, num permanente processo de integração e adaptação a seu meio ambiente físico, social e cultural.

Enfrentar tal situação requer um novo modelo de atenção que deve pautar-se pelas seguintes diretrizes:

- √ Pertinência com o perfil epidemiológico e demográfico, de maneira a dar resposta efetiva ao que constituem as atuais necessidades e demandas da população.
- √ Proteção do meio ambiente físico, psicossocial, cultural e de trabalho, por meio de promoção, regulação e papel ativo na vigilância do cumprimento das normas, em estreita relação com a comunidade organizada e informada e em coordenação e ação com outros setores e instituições.
- √ Fortalecimento estratégico da atenção primária à saúde, integrando-a com as ações de promoção da saúde e de vigilância em saúde.
- √ Ambulatorização da atenção, com assistência de alta capacidade resolutiva ambulatorial, o mais próximo possível de onde as pessoas vivem.
- √ Atenção focalizada nas pessoas e famílias como sujeitos básicos da ação, com incorporação das ciências sociais.
- √ Intersetorialidade, no entendimento de que não é possível o melhoramento e a proteção da saúde somente em uma perspectiva setorial. Isto obriga a ação conjunta com outras disciplinas e outros setores sociais e econômicos, de âmbito público e privado, incluindo a diversidade de atores sociais do país.

Compromisso nº 3: executar um grande programa de investimento, em parceria com estados e municípios, com os seguintes objetivos:

- √ Ampliar a rede de saneamento básico do país, com prioridade para as regiões Norte e Nordeste.

- √ Estabelecer um Padrão Nacional de Qualidade da Atenção Primária, por meio do investimento em instalações físicas e materiais e equipamentos (incluindo computador e conexão em rede), reiterando a Estratégia de Saúde da Família e articulando redes de atenção à saúde, com transporte sanitário seguro e de qualidade.
- √ Qualificar a atenção pré-natal integrando uma Rede Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, ao Parto e ao Recém-Nato baseada na atenção primária à saúde (APS), com prioridade para o combate ao câncer de colo de útero e de mama e que ao mesmo tempo consiga zerar o déficit atual de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) geral, pediátrica e neonatal.
- √ Com base na identificação das necessidades e em sintonia com a aplicação de protocolos clínicos e a regulação do acesso, aumentar a oferta da atenção de média e alta complexidades ambulatorial e hospitalar, de forma a ampliar e qualificar a oferta de serviços, aumentar a oferta de consultas e exames especializados e zerar o déficit de leitos hospitalares.
- √ Priorizar a implantação de redes regionais de atenção às urgências e emergências, com os objetivos de: investir na qualidade da atenção primária à saúde; investir nos hospitais secundários e terciários; integrar o serviço móvel de urgência regional e adequar as Unidades de Pronto-Atendimento à coordenação da APS.
- √ Estruturar redes regionalizadas baseadas na APS que se organizam em linhas de cuidado para garantir a continuidade da atenção, especialmente para a atenção materno-infantil, do idoso e do deficiente físico, dos pacientes portadores de hipertensão e diabetes.
- √ Assegurar a atenção integral à saúde bucal.

Compromisso nº 4: manter e melhorar os avanços sanitários alcançados

Durante o século XX, as condições de saúde dos brasileiros progrediram consideravelmente, produto da melhoria da qualidade de vida, bem como da implementação de políticas de saúde pública de grande impacto, dentre as quais se destaca o Sistema Único de Saúde.

Uma das metas nesse sentido é continuar a promover a redução da mortalidade infantil e aprofundar a queda da mortalidade materna. Tais metas demandam o esforço da sociedade em múltiplas áreas: educação, condições de habitação, saneamento básico, programas de imunização, de suplementação alimentar, programas de saúde especiais para as mulheres e crianças, atenção profissional ao parto, avanços científicos e tecnológicos. No entanto, vale destacar a relevância da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na redução desses indicadores, como foi demonstrado com evidências de impacto reconhecidas pela comunidade científica internacional.

A meta para o ano 2014 é chegar a uma taxa de mortalidade infantil de 12 por 1.000 nascidos vivos (NV) e reduzir pela metade a taxa de mortalidade materna.

Durante os próximos quatro anos, devem também consolidar-se os esforços realizados para controlar as enfermidades preveníveis por vacina, resolver os vazios de coberturas de vacinação e incluir vacinas novas, de eficácia e segurança comprovadas.

Nesse sentido, serão adotadas várias medidas, dentre as quais se destacam:

- √ Retomar a prioridade necessária para a manutenção do Programa HIV/Aids, com a qualidade que o tornou mundialmente reconhecido.
- √ Manter a taxa de declínio da desnutrição na próxima década e reduzir, em dez anos, o percentual de crianças desnutridas para 2,5%, proporção estatisticamente esperada, segundo a OMS, quando são ótimas as condições de alimentação, saúde e cuidados gerais com a criança.
- √ Retomar, no primeiro ano de governo, em caráter emergencial, em parceria com os estados, municípios, entidades médicas e a sociedade, os mutirões para reduzir as filas de espera de cirurgias eletivas.
- √ Aumentar a oferta gratuita de medicamentos, inclusive os de alto custo, mediante política farmacêutica de qualidade, com a participação da União, de estados e municípios.

Compromisso nº 5: enfrentar os desafios decorrentes do envelhecimento da população e das mudanças da sociedade

A população brasileira tem experimentado um processo de transição demográfica, caracterizado por uma queda importante da fecundidade e da mortalidade em todas as idades. A isto se somam grandes mudanças em outros campos, tais como o desenvolvimento tecnológico, a globalização das comunicações e o comércio, mudanças ambientais, mudanças nos estilos de vida, acesso do homem a todos os pontos do planeta, modificando os ecossistemas e entrando em contato com patógenos desconhecidos. Tudo isso implica uma situação epidemiológica distinta daquela existente há cinquenta anos: aumento das enfermidades crônicas como o câncer, das enfermidades cardiovasculares, dos acidentes; aparecimento de enfermidades novas e de outras que acreditávamos controladas. Por isso, as metas para os próximos quatro anos concentram-se em três áreas:

1) Controlar os fatores determinantes de enfermidades mais relevantes do ponto de vista de quantidade e qualidade de vida, por meio da implementação das seguintes medidas:

- √ Aperfeiçoar e fortalecer a participação setorial da Saúde na implementação da Política Federal de Saneamento Básico, tendo como valores, fundamentos e objetivos a melhoria da equidade no acesso, a sustentabi-

lidade do desenvolvimento, a melhoria da qualidade de vida das pessoas e das comunidades e a elevação dos indicadores de saúde e bem-estar.

- √ Fomentar e aperfeiçoar mecanismos de incentivo e apoio a políticas de desenvolvimento baseadas em modelos de produção e consumo éticos que promovam a sustentabilidade, a justiça social, a redução das assimetrias sociais e econômicas e que levem em consideração as vocações econômicas de regiões e municípios – entre elas os sistemas agroflorestais, o ecoturismo, o extrativismo sustentável, o artesanato, a economia solidária e a agricultura familiar –, agregando a estes a prioridade pela saúde e qualidade de vida das pessoas que trabalham, das famílias e comunidades vizinhas e das comunidades impactadas.
- √ Fomentar e aperfeiçoar mecanismos de incentivo e apoio à adoção de tecnologias sustentáveis, mais limpas e saudáveis, visando à melhoria da saúde e da qualidade de vida dos(as) trabalhadores(as) e consumidores(as), buscando a compatibilização do socialmente justo ao ambientalmente sustentável e, desejavelmente, ao economicamente viável.
- √ Adotar vários meios para apoiar os municípios na realização de ações de Promoção da Saúde e de hábitos saudáveis de vida.
- √ Combater o consumo de tabaco, que constitui a principal causa isolada prevenível de enfermidade e morte no mundo. Esse hábito está relacionado à ocorrência de numerosas formas de câncer, de enfermidades cardiovasculares, respiratórias, de baixo peso ao nascer e de menopausa precoce, por exemplo. Nos últimos anos tem-se observado um aumento no consumo do tabaco, especialmente entre as mulheres e nas populações de níveis socioeconômicos mais baixos.
- √ Combater o aumento da obesidade, que está relacionada a diversas enfermidades, tais como *diabetes mellitus*, dislipidemias, hipertensão arterial, arteriosclerose, problemas do aparelho locomotor. Tem-se observado nos últimos anos um importante aumento em sua ocorrência.
- √ Promover condutas sexuais seguras, como única maneira de prevenir a infecção por HIV/Aids e evitar a gravidez na adolescência.
- √ Contribuir para criar um ambiente saudável, particularmente no que se refere à poluição atmosférica, da água, do solo e dos alimentos, e combater as enfermidades associadas a reservatórios animais e os vetores.
- √ Contribuir para melhorar as condições de trabalho, para reduzir a morbimortalidade associada às condições de trabalho e a iniquidade na proteção dos trabalhadores.
- √ Fortalecer a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), de modo eficiente e eficaz na promoção da saúde, na prevenção dos agravos à saúde, na vigilância da saúde, na assistência integral e integrada à saúde do trabalhador, e na recuperação e reabilitação de sua saúde e de sua autonomia e capacidade para o trabalho, integrando-a em

todos os níveis do SUS, a partir da atenção primária à saúde e com o apoio de Centros de Referência de Saúde do Trabalhador.

As estratégias para se atingirem essas metas devem buscar alcançar sobretudo as crianças e os jovens. Neles devemos fomentar hábitos de vida saudáveis, para prevenir problemas de saúde como os que estamos vivendo agora.

2) *Enfrentar adequadamente as enfermidades que geram a maior carga de mortalidade e para as quais contamos com medidas de intervenção de efetividade comprovada*

Assim, nos próximos quatro anos devemos implantar políticas para diminuir a mortalidade por:

- √ Enfermidades cardiovasculares, centrando esforços na redução de enfermidade isquêmica e cerebrovascular.
- √ Cânceres, centrando os esforços no câncer de colo uterino, de mama, próstata e de pulmão, favorecendo a introdução de modelos de atenção inovadores, baseados na prevenção, no autocuidado, na classificação de riscos e na aplicação dos instrumentos de gestão da clínica, garantindo o acesso aos métodos diagnósticos e de tratamento, inclusive aos novos medicamentos que se mostrarem efetivos.
- √ Traumatismos e envenenamentos, concentrando os esforços nos acidentes de trânsito, que mostram uma tendência ascendente nos últimos anos.
- √ Enfermidades respiratórias, especialmente por pneumonia em crianças e idosos.
- √ Diabetes – deve-se buscar assegurar o diagnóstico precoce e o acompanhamento adequado e, assim, diminuir a magnitude da incapacidade associada a essa enfermidade.

3) *Enfrentar os problemas decorrentes do envelhecimento e as mudanças da sociedade geradoras de problemas de saúde que diminuem a qualidade de vida das pessoas, produzindo incapacidade, dor e angústia*

O envelhecimento da população, combinado com mudanças na sociedade, tem produzido a modificação dos padrões de consumo que repercute nos comportamentos e estilos de vida. Esses padrões de consumo e comportamentos não saudáveis vão se impondo e incrementando as condições crônicas.

Dentre essas situações, merecem destaque e prioridade no seu enfrentamento:

- √ A perda de capacidade funcional do idoso – no Brasil, vários estudos têm demonstrado que no mínimo 85% dos idosos apresentam pelo me-

nos uma doença crônica. Portanto, será desenvolvida uma política com o objetivo de promover o envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

- √ Violência doméstica contra mulheres e crianças – será definida e implementada uma política nacional para o enfrentamento das diversas formas de violência que será operacionalizada por meio de um Programa Nacional de Combate e de Prevenção à Violência Doméstica e demais formas de violência.
- √ Problemas de saúde mental – o sistema assistencial em saúde mental no Brasil foi construído tendo como base a assistência hospitalar. Nas últimas décadas, têm ocorrido importantes mudanças com a prioridade concedida ao sistema extra-hospitalar. Nesse campo, será instituída política de incentivo e apoio para ampliar a oferta de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Reconhecendo o déficit de leitos hospitalares para o atendimento às situações agudas, buscar-se-á ajustar o número de leitos hospitalares psiquiátricos, prioritariamente em hospitais gerais, para atender às necessidades da população, conforme parâmetros internacionais.
- √ Problemas relacionados ao uso de drogas – para fazer frente a essa tragédia, será instituída uma política de incentivo e apoio para ampliar a oferta de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS/AD), permitindo ações de promoção e prevenção, de assistência, de apoio e de inserção social para dependentes químicos e seus familiares. Também serão adotadas medidas de incentivo e financiamento para ampliar, ainda, a oferta de leitos em clínicas especializadas e adotar outras formas de tratamento em parceria com a sociedade.
- √ Enfermidades osteoarticulares – com o aumento da cobertura de tratamento, diminuir a incapacidade gerada.
- √ Obesidade infantil – interromper a tendência de aumento e reduzir pela metade, em dez anos, a obesidade em crianças e adolescentes.
- √ Reforçar e priorizar a corresponsabilidade das famílias participantes em programas de transferência de renda para a saúde e boa nutrição de seus membros, resgatando e ampliando a Agenda de Compromissos e Corresponsabilidades do Programa Bolsa-Alimentação.
- √ Melhorar a qualidade dos alimentos oferecidos nas escolas e promover a alimentação saudável no meio escolar, com a participação ativa de toda a comunidade escolar: alunos, pais, professores, diretores, donos de cantinas e merendeiras, para tornar todas as escolas brasileiras “escolas amigas da nutrição”.

Compromisso nº 6: garantir o acesso a medicamentos

Os avanços obtidos pelo SUS no que se refere à ampliação do acesso aos serviços de saúde, combinados com os avanços tecnológicos na área de produção de medicamentos, tornaram a assistência farmacêutica um dos principais desafios do sistema de saúde no Brasil.

Para enfrentar esse desafio, se retomará a prioridade às iniciativas do SUS, em particular a Farmácia Básica e o Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional, e também se irá:

- √ Retomar a política de produção de medicamentos genéricos e apoiar laboratórios oficiais para a produção de medicamentos genéricos, como forma de reduzir o custo e aumentar o acesso da população a medicamentos.
- √ Aprimorar as políticas de regulação de preços de medicamentos ao consumidor.
- √ Fortalecer e ampliar o complexo produtivo da saúde no Brasil, investindo no desenvolvimento de uma política de ciência, tecnologia e inovação e no fortalecimento da indústria farmacêutica nacional e dos laboratórios farmacêuticos oficiais.
- √ Adotar as medidas necessárias para propiciar ao Brasil autonomia quanto ao domínio da tecnologia e na produção de hemoderivados.

Compromisso nº 7: diminuir as desigualdades em saúde

Embora na média nacional os indicadores mostrem cifras satisfatórias em muitos aspectos, existem no país grandes diferenças na situação de saúde, tanto por estratos socioeconômicos quanto por gênero e região geográfica. Durante os próximos quatro anos, vamos diminuir as brechas existentes. Os resultados serão medidos por meio das alterações na taxa de mortalidade infantil e na esperança de vida.

A redução das desigualdades no Brasil envolve o esforço de toda a sociedade. Do ponto de vista setorial, além de contribuir para esse esforço global, as estratégias específicas consideram a focalização das ações do setor nos grupos em condições de maior risco, concentrando-se nas principais causas de morbimortalidade e garantindo o acesso e a oportunidade da atenção para esses grupos. Faz-se necessário:

- √ Adotar novos modelos de financiamento, mais coerentes com a gestão regionalizada, ampliando os mecanismos *per capita* para que “os recursos sigam os usuários”, e não vice-versa.
- √ Instituir política adequada para a realidade da Amazônia Legal, ajustando parâmetros e estratégias.
- √ Priorizar investimentos nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste.

- √ Apoiar estados e municípios na criação de centros de referência de especialidades médicas.

Compromisso nº 8: equacionar as questões relacionadas à gestão de sistemas de saúde e ao gerenciamento de estabelecimentos de saúde

Não é possível obter sucesso na implantação de um sistema público de saúde sem solucionar adequadamente as graves deficiências que vigoram na gestão dos sistemas e na gerência das unidades de saúde. Assim, se irá:

- √ Investir na qualificação de recursos humanos e em mecanismos inovadores para melhorar a gestão, diminuindo os desperdícios e, sobretudo, aumentando a qualidade do sistema.
- √ Instituir o Programa Nacional de Capacitação de Gestores e Técnicos do Ministério e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.
- √ Priorizar a gestão da APS, no processo de qualificação de recursos humanos e na busca de mecanismos inovadores para melhorar a atenção onde os problemas de qualidade e resolubilidade são muito ligados a problemas de recursos humanos, começando pela fixação de médicos e dos outros membros das equipes de Saúde da Família.
- √ Estabelecer, em parceria com estados e municípios, medidas de apoio aos hospitais filantrópicos e para a sua efetiva integração ao SUS.

Compromisso nº 9: prover serviços de acordo com as expectativas da população

Diversas pesquisas de opinião demonstram sistematicamente que os brasileiros estão insatisfeitos com os serviços que recebem e que se sentem desprotegidos ante eventuais necessidades de saúde. Esse compromisso aborda o desempenho do sistema de saúde quanto à satisfação das expectativas populacionais sobre os aspectos não médicos da atenção e tem como objetivo a melhoria da qualidade técnica da atenção à saúde.

Com isso se reconhece que, se bem que o eixo fundamental do setor é melhorar a situação de saúde da população, as ações empreendidas com esse fim devem se dar num contexto de respeito à dignidade, à liberdade e à igualdade dos cidadãos.

Qualidade dos serviços em saúde é hoje uma preocupação central em vários países. Representa a adoção sistemática de melhores técnicas, materiais e procedimentos, de acordo com a melhor evidência científica disponível e a melhor relação entre custo e benefício, bem como o acompanhamento rigoroso dos resultados obtidos, de modo transparente, para o indivíduo e a sociedade. A segurança dos profissionais e pacientes é um aspecto fundamental da qualidade, pois antes de tudo as ações em saúde não devem

provocar danos, exceto os inevitáveis, quando compensados pelos efeitos positivos esperados.

Com o intuito de enfrentar essas questões, o Governo Serra irá:

- √ Instituir o Programa Nacional de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde, com a participação direta dos usuários.
- √ Fortalecer as políticas de humanização da atenção à saúde com normas que busquem obrigar os serviços de saúde a cumprir os requisitos de garantia dos direitos do usuário do SUS.
- √ Introduzir mecanismos de avaliação da qualidade da assistência prestada, associando com incentivos a qualidade e a divulgação dos resultados.

Finalmente, é preciso ter presente que a definição de objetivos deve ser um processo dinâmico, participativo, incorporando periodicamente as mudanças no estado de saúde, os avanços no conhecimento e os resultados da avaliação. A situação de saúde de um país e seus desafios são fenômenos em contínua evolução, que levam à necessidade de realizar revisões periódicas das prioridades estabelecidas, assim como das soluções implementadas, de modo a assegurar dessa maneira a eficácia e a pertinência do processo.

*“Podemos e devemos fazer mais pela saúde do nosso povo.
E nós sabemos como fazer isso acontecer.”*

José Serra

Referências

1. Bahia L, Costa NR, Stralen CV. A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais. *Cien Saude Colet* 2007; 12(sup):1791-1818.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília: Conass; 2007.
3. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS 20 anos*. Brasília: Conass; 2009.
4. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Brasília: Conass; 2006.
5. Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (Cealag). *Inquérito de Cobertura Vacinal nas Áreas Urbanas das Capitais*. Brasil (Cobertura Vacinal 2007). São Paulo; 2009.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil – 2009*. http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/default.shtm. Acesso em: 14 maio 2010.

7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábuas Completas de Mortalidade 2007. http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1275&id_pagina=1. Acesso em: 14 maio 2010.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Um panorama da Saúde no Brasil 2008. http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/default.shtm. Acesso em: 15 maio 2010.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Economia da saúde – uma perspectiva macroeconômica: 2000-2005. Rio de Janeiro; 2008. http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/default.shtm. Acesso em: 28 maio 2010
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Conta satélite de saúde – Brasil: 2005-2007. Rio de Janeiro; 2008. http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2005_2007/default.shtm. Acesso em: 28 maio 2010.
11. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Boletim de Políticas Sociais* 2007; 8:46-54.
12. Lansky S, França E, Ishitani L, Perpétuo IHO. Evolução da mortalidade infantil no Brasil: 1980 a 2005. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p.239-264.
13. Malta DC, Moura L, Souza FM, Rocha FM, Fernandes RM. Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p.337-362.
14. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: ESP-MG; 2009.
15. Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Indicadores Básicos de Saúde. <http://ais.paho.org/phis/viz/basicindicatorbrowser.asp>. Acesso em: 14 maio 2010.
16. Silva Júnior JB. As doenças transmissíveis no Brasil: tendências e novos desafios para o Sistema Único de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p.281-308.
17. Siops. Ministério da Saúde. <http://siops.datasus.gov.br/>. Acesso em: 28 maio 2010.
18. Siops. Ministério da Saúde. Gastos da união com ações e serviços públicos de saúde – Dados. <http://siops.datasus.gov.br/uniao.php?esc=8>. Acesso em: 28 maio 2010.
19. Souza RR. O sistema público de saúde brasileiro. In: Negri B, Viana ALd'Á, organizadores. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime, Cealag; 2002. p.441-469.
20. Souza RR. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. In: Pierantoni CR, Vianna CMM, organizadores. *Gestão de sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/ Instituto de Medicina Social; 2003.

Economia, sociedade e política na construção de um campo do conhecimento: a Saúde Coletiva no Brasil

Economy, society and politics in the construction of a field of knowledge: Collective Health Care in Brazil

Silvia Gerschman¹

Resumo O objetivo do texto é mostrar que Saúde Coletiva constitui um novo campo de saber situado na interseção de vários saberes e práticas. Ressalta a contribuição específica da ciência política na conformação dessa nova “disciplina”, acompanhando algumas vertentes fundadoras do pensamento político até a emergência das funções sociais do Estado. A autora chama a atenção para a insuficiência da reflexão sobre Saúde Coletiva como política social quando se limita a discutir os aspectos operacionais de sua gestão, avaliação e controle, sugerindo que se privilegie o exame da natureza do Estado que condiciona, amplia ou encolhe os limites e a natureza das políticas sociais. Conclui afirmando a necessidade de uma formação disciplinar específica apoiada em disciplinas que tragam densidade teórica e analítica ao campo de conhecimento “Saúde Coletiva” como política social.

Palavras-chave: *Saúde Coletiva, Política social, Welfare State*

Abstract The article deals with Health Care policy as a new field of knowledge and expertise, which is born under economic and societal transformations that lead capitalist State to assume the responsibility for social rights. The author’s main objective is to call attention for the urge necessity of reshape a theoretical frame for understanding Health Care beyond operational procedures and rather as a social policy. Appealing to Political Science and its main currents of thought the author argues in defense of a more comprehensive academic approach in dealing with public Health Care policies.

Key words: *Health Care, Social policy, Welfare State*

Introdução

O presente trabalho se propõe reflexionar sobre o campo da Saúde Coletiva como política social no Brasil e, conseqüentemente, sobre as perspectivas que dão origem e seqüência ao seu desenvolvimento. Ao modo da sociologia do conhecimento, destacaremos a associação entre o desenvolvimento do campo e as transformações societárias de uma época, o presente.

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).
s.v.gerschman@gmail.com.

O processo de transformação e adequação da Saúde Coletiva como política social remete não apenas ao campo cognitivo das ciências sociais e seus enfoques teórico-metodológicos, mas fundamentalmente à identificação das transformações do Estado, das políticas e da economia que afetaram a própria Saúde Coletiva em anos recentes. O objetivo é refletir sobre um campo específico e fundamental de questões teórico-metodológicas. Trata-se da análise política no campo da Saúde Coletiva à luz de uma discussão teórica do Estado, e dentre as modalidades de existência do Estado, daremos especial ênfase aos *Welfare State*.

Ainda que a preocupação não seja o campo da Saúde Coletiva em si mesmo, por ser este demasiado extenso e multidisciplinar, nos parece obrigatório considerar como ponto de partida originário da denominação de “Saúde Coletiva” a reflexão das ciências sociais com foco na saúde.

As Ciências Sociais e a Saúde Coletiva

Constituem-se em marco referencial do campo das Ciências Sociais em Saúde os trabalhos pioneiros das décadas de 1970 e 1980, amplamente divulgados e citados na maioria dos estudos sobre o tema. Autores como Arouca¹, Belmartino², Berlinguer³, Cordeiro⁴, Donangelo⁵, Fleury⁶, Foucault⁷, Garcia⁸, Gentile de Mello⁹, Luz¹⁰, Nunes¹¹ e tantos outros marcaram a introdução das Ciências Sociais no campo da Saúde. Tratava-se, na época, de área de conhecimento profundamente esfacelada; de uma parte, as Ciências Sociais interpelavam a saúde apenas como ciência aplicada e, portanto, com um *status* inferior; de outra parte, as próprias Ciências Sociais em Saúde enfrentavam dificuldade “externa”, pois visavam *oferecer uma contraposição e contrapeso ao establishment da Biomedicina e sua continuada fidelidade ao paradigma empiro-universalista*^{11:75}.

A expectativa era abrir um campo que fosse além dos estreitos limites da compreensão da Saúde no marco epistêmico das ciências assim chamadas “duras”, para as quais o corpo doente é entendido como órgão(s) impedido(s) de produzir as suas funções “normais”. Nas diversas visitas das Ciências Sociais à Saúde, o “olhar biomédico sobre os corpos” torna-se objeto de uma reflexão humanizada. A doença é compreendida como processo multideterminado pela própria existência individual e social.

Contudo, segundo Nunes¹¹, as próprias Ciências Sociais são sujeitas a uma tensão epistêmica constitutiva entre os “polos cognitivos e interpretativos”. De uma parte, o potencial empírico universalizante; de outra, a de “espessura romântica” e hermenêutica da experiência singular. Oposição que se expressa entre objetivismo e subjetivismo e entre a tendência à quantificação e as tendências voltadas à análise qualitativa. Tensão que, por contiguidade,

acontece na Saúde Coletiva, seja pela própria tradição das Ciências Sociais, seja pelo próprio objeto da Saúde Coletiva, que é ao mesmo tempo individual e social.

As Ciências Sociais, por sua vez, enfrentaram analítica e teoricamente um mundo em profundas mudanças, tanto econômicas quanto políticas, que não poderiam ser consideradas auspiciosas para a expansão e o crescimento das sociedades do final do século XX. A complexificação de ambas, sociedade e saúde, se traduziu na multiplicação de esferas do saber e abordagens no interior das Ciências Sociais e da Saúde Coletiva, na tentativa da compreensão dos retrocessos verificados nas configurações das economias e das políticas na transição dos governos do “Bem-Estar” social do pós-Guerra para os governos do “ajuste econômico” do final do século XX.

O campo da Saúde Coletiva, que se constitui próximo ao fim das “sociedades da abundância” europeias, nos anos 70, é fortemente influenciado no Brasil pela transposição, por vezes mecânica, das abordagens marxistas da economia e da sociedade predominantes na conjuntura das social-democracias europeias. Ainda que esses enfoques se mostrassem extremamente precários para subverter a ordem biomédica, tiveram o mérito de constatar a falência dos pressupostos da biomedicina para dar conta do corpo doente como totalidade biológica, social, psicológica e espiritual – falência evidenciada pelo aparecimento de novas doenças e as suas relações com a sociedade e a cultura, como por exemplo a Aids, e o reaparecimento de velhas epidemias resultantes de condições econômicas de extrema carência.

Observa-se que, com todos os avanços tecnológicos que se aceleraram nas últimas três décadas, o desemprego, a exclusão social, a marginalidade e as doenças que acompanham as mazelas da sociedade pós-moderna cresceram e se expandiram assustadoramente, fenômenos que o conhecimento acumulado é incapaz de explicar.

Novos objetos e novas áreas, com uma multiplicidade de abordagens, se reproduzem como cogumelos no campo da Saúde Coletiva. Na base dessa proliferação, devem-se situar, de uma parte, as transformações aludidas do mundo moderno e, de outra, a expansão de enfoques epistêmicos compreensivos capazes de abordar a saúde como epifenômeno do modo de viver na sociedade da exacerbação do mercado. A noção de “biopolítica” (Foucault)⁷ é uma referência central na compreensão dessas duas ordens, a do biológico e a das mudanças sociais, econômicas e políticas que se operaram na metade do século XX, as quais se caracterizaram pelo papel conferido ao Estado e ao governo e que perduraram até os anos iniciais do século XXI. Tais mudanças resultam da ênfase dada ao neoliberalismo como ordenação indiscutível da economia política, da sociedade e do Estado. Assim, a racionalidade moderna plasmada por e pelo mercado torna-se ideologia, dever ser do mundo mo-

dermo pela ação onipresente do mercado. A única “autolimitação da razão governamental” é a do liberalismo, não interferir no mercado e deixar este agir. No dizer do autor:

Parece-me, contudo, que a análise da biopolítica só poderá ser feita quando se compreender o regime geral dessa razão governamental... esse regime geral que podemos chamar de questão de verdade – antes de mais nada da verdade econômica no interior da razão governamental –, e, por conseguinte, se compreender bem o que está em causa nesse regime que é o liberalismo, o qual se opõe à razão de Estado, ou antes [a] modifica fundamentalmente sem talvez questionar seus fundamentos. Só depois que soubermos o que era esse regime governamental chamado liberalismo é que poderemos, parece-me, apreender o que é a biopolítica^{7:30}.

A questão de Foucault que permanece para nós, enunciada nesta aula de 10 de janeiro de 1979, é a de compreender o caminho a seguir para analisar a saúde como política social de governo. Se todas as políticas de governo permanecem sendo implementadas no espaço limitado da razão de Estado, ou seja, no espaço da assistência social, em que a questão social fica reduzida às alternativas dadas nos contextos governamentais do presente, cabe perguntar: como detectar espaços possíveis de atuação e de que maneira poderíamos interferir neles?

A Ciência Política, as políticas sociais e a Saúde Coletiva

A contribuição da Ciência Política à Saúde é das mais recentes abordagens incorporadas ao campo e têm se operado em diversos planos de análise. Nesse sentido, trata-se de campo conceitual específico e diferenciado de outros saberes. A análise política da Saúde Coletiva nos remete à necessidade de uma formação disciplinar específica diferenciada da gestão de sistemas e serviços de saúde.

Duas vertentes de Ciência Política têm se incorporado à análise da saúde. Uma é de caráter mais analítico, referida ao Estado, à economia e a processos de formulação e implementação de políticas sociais. Diversos enfoques teóricos marcam essa abordagem da política de saúde e basicamente se relacionam com o caráter do Estado sob o qual a política social e, especificamente, a de saúde são definidas. O estado welfariano ocidental constitui um marco para a análise da política pública na perspectiva de uma particular modalidade de relação Estado-Sociedade e do direito de cidadania como contrapartida dessa relação: a constituição da esfera pública como o espaço de exercício da cidadania através dos direitos sociais.

Uma outra vertente de análise política refere-se a aspectos mais operacionais: trata-se da análise e da avaliação de políticas e programas de saúde. Em que medida a implementação e a formulação de políticas se diferenciam, seja por correspondência, seja por aproximação ou reformulação; a existên-

cia de diversidade de modelos e perfis de intervenção estatal/privada; como agências governamentais e atores interagem no processo de formulação e implementação; as estratégias de interação dos atores; os mecanismos decisórios utilizados pelas instituições responsáveis; as inter-relações entre essas variáveis (atores e estratégias) e as variáveis externas que influenciam esses processos^{12,13}.

Ainda num sentido restrito, a avaliação das políticas e/ou programas pode gerar informações quantitativas sobre aspectos econômicos, administrativos e/ou gerenciais, assim como sobre o impacto da aplicação de programas e políticas por meio da utilização de métodos empíricos para chegar a afirmações causais, sobre a eficácia dos mesmos. A utilização de métodos permite imputações causais sobre a eficácia das políticas.

Com relação à primeira vertente, que vai constituir o eixo central do nosso esforço teórico, importa o diálogo com as teorias compreensivas sobre o Estado e as políticas públicas que nele se inscrevem. A que Estado e a que governo estamos nos referindo? A referência central é sempre ao Estado e às políticas de saúde nos governos do presente, aos quais denominamos de governos da restauração liberal. Mas só será possível compreender o presente se referido ao passado e olhado numa perspectiva teórico-conceitual que o ilumine e que se torne capaz de contribuir para a compreensão das políticas de saúde como políticas sociais no presente.

O Estado e o pensamento liberal clássico

O Estado liberal nas suas origens destrói seus precedentes, o Estado feudal e o Estado do absolutismo. A fundação de uma nova sociedade e do Estado a ela imbricada se apoia no pensamento liberal que recusa taxativamente a sociedade, a economia e a política dos antigos estados feudais ligados à terra e ao trabalho artesanal e dos estados monárquicos ligados às formas da sociedade comercial dos séculos XVII, XVIII e XIX. É, pois, fundamental compreender as categorias com as quais se desmontam os princípios do passado e se elaboram novas formas de sociabilidade que passam pelo crescimento e fixação do mundo moderno.

Quando Benjamin Constant¹⁴ elabora seus Princípios Constitucionais de Governo, funda as bases da forma liberal de governo. Quando James Mill¹⁵ escreve o “Essays on government”, justifica fortemente o Estado liberal como aquele que provê grande felicidade para a maioria. Quando Marx elabora os fundamentos críticos da sociedade capitalista e sua forma Estado – especificamente nos referimos ao Manifesto Comunista¹⁶ – propõe-se a desconstruir a teia do pensamento liberal sobre o Estado, mostrar que essa é a base da própria constituição do Estado liberal e explicá-lo como forma política correspondente à sociedade de mercado. Conclui que o Estado – e

seus aparelhos no capitalismo – não é mais do que “o comitê de negócios da burguesia”. O Manifesto é um documento de militância política e por este motivo é contundente, não deixando por conta do leitor nenhuma brecha na qual possa crescer a semente da dúvida em relação ao Estado no capitalismo. Ainda não sendo um texto analítico do Estado no capitalismo, o Manifesto gera novos parâmetros para a compreensão do Estado capitalista que são de significativa importância para a análise das políticas sociais e de saúde no capitalismo. A obra de Max Weber *Economia e sociedade*^{17,18} elabora modelos de economia e de relações sociais que contrapõem civilizações tradicionais ao que ele chama de modernas sociedades do capitalismo.

O último dos autores tratados nesse eixo temático sobre o Estado será Polanyi¹⁹, que escreve na primeira metade do século XX e para quem a associação entre Estado e mercado no capitalismo é de mútua imbricação. O Estado não pôde deixar de interferir no mercado, já que, se assim não fosse, as forças do mercado se tornariam tão destrutivas que liquidariam com a sociedade e com o próprio mercado. Se o Estado abandonasse o seu papel de guardião da existência e reprodução do mercado e da sociedade capitalista, estaria se abstendo das suas atribuições legítimas. Considera o autor que interferir no mercado é indispensável não apenas para a sobrevivência do mercado, mas principalmente para a própria sobrevivência da civilização. O mercado liberado a si mesmo faz do trabalho da terra e do dinheiro mercadorias sujeitas à oferta e à demanda, e não mais condições necessárias e indispensáveis para a sobrevivência dos homens na sociedade. Não poderiam estas ser sujeitas apenas às leis do mercado.

A tensão permanente entre políticas sociais e liberalismo nas sociedades do presente é caudatária da leitura marxiana (Bobbio)²⁰ sobre a sociedade e o Estado capitalista. Até que ponto uma política social que se torne também política econômica poderá sobreviver sob o liberalismo e, inversamente, até que ponto políticas de assistência social contribuiriam para a reprodução de formas societárias capitalistas? Para compreender estas formulações na sua complexidade, cumpre refletir sobre um campo de conhecimento teórico-metodológico que, de uma parte, dá densidade e existência ao Estado capitalista e, de outra, subsidia o estudo das políticas sociais e de saúde no seio das relações Estado-Sociedade na contemporaneidade.

O Estado idealizado por Benjamin Constant é aquele capaz de restaurar a ordem na França do fim do século XVIII, que num lapso de apenas quarenta anos atravessou nove mudanças de regime político, pelas quais operou-se a transição do velho regime para o novo. A grande instabilidade política na França desse período corresponde ao estabelecimento de um processo econômico de transformação capitalista pujante e de intensas contradições. A assimilação às mudanças no emprego e os próprios processos produtivos

implicados exigiam transformações culturais e institucionais de grande escala e a longo prazo. De fato, enquanto essas mudanças não podiam acontecer com a mesma rapidez que os processos econômicos, há um despejo permanente dos refugos da sociedade para os braços da pobreza extrema. Escritos da época descrevem as misérias geradas pelas transformações econômicas capitalistas, e se bem que essa literatura seja mais difundida na Inglaterra, em razão de a industrialização ter começado antes e de forma mais virulenta, na Alemanha e na França existiam também movimentos libertários, literatura e estudos sobre as condições da nova classe operária.

Os pensadores liberais enfrentavam essas transformações e aspiravam, no plano do Estado e do governo, a produzir uma forma política adequada à nova sociedade e que pudesse proteger a nação e o governo dos “desmandos que o povo poderia cometer contra a nação e contra si mesmo”. A desordem do povo nas ruas e a participação inconsequente dessa nova classe média, de operários e de miseráveis significavam uma ameaça à vida política que poria em perigo a existência do governo da sociedade. A ordem política liberal era destinada, assim, a instituir o governo sobre todos, capaz de se impor ao conflito entre particulares e estabelecer o governo de maioria.

Para Constant¹⁴, existem apenas dois poderes: um ilegítimo, a força; e outro a vontade da maioria. O poder que se converte em vontade geral, em interesse da maioria, é o poder delegado a alguns pela vontade de todos. A soberania ilimitada é ruínosa independentemente de quem a exerça. No caso de ser outorgada ao povo, implicaria perda da liberdade. Os cidadãos têm direitos independentes de qualquer autoridade social ou política, sendo que a violação destes é ilegítima. A soberania do povo não é ilimitada; é circunscrita pelos limites da justiça e dos direitos dos indivíduos. O povo não tem o direito de atentar contra a liberdade de opinião, a liberdade religiosa, as garantias judiciais. Nenhum déspota, nenhuma assembleia podem exercer um direito semelhante, alegando que lhe foi conferido pelo povo; todo despotismo é ilegítimo.

A solução dos conflitos políticos permanentes, da ameaça das classes emergentes e o restabelecimento da ordem aconteceriam com o regime da “república monárquica”, por Constant considerada como a melhor forma de governo para se chegar à estabilidade política na França. A monarquia constitucional inglesa é sua fonte da inspiração política. A arte das constituições é permitir que os homens honestos ocupem seu lugar sem que para isso seja necessário perturbar a paz pública; como ocorreu com a Revolução Francesa de 1789, mas não com suas sequelas.

Por que a república monárquica inglesa seria a forma mais adequada de governo para Constant? Por inspirar uma forma mista de governo, na qual se combina a monarquia hereditária e/ou eleita com as Câmaras formadas por

representantes eleitos, por meio de voto censitário. Neste modelo, cada um fica nos limites das suas respectivas atribuições. Um grande defeito de todas as constituições é não deixar aos homens poderosos outra alternativa que não seja o poder ou a morte. Uma monarquia constitucional resolve esse problema, já que, após a destituição do poder, os funcionários de governo se reintegram à classe dos demais cidadãos. Tal situação cabe aos ministros, assembleias e tribunais, nunca ao monarca, que pode e deve ser inviolável.

As repúblicas são levadas a responsabilizar o poder supremo e por isso tornam a responsabilidade ilusória. Nunca se deve pensar em exigir responsabilidade de homens cuja queda interrompa a ação do Estado – externa e/ou interna. Uma condição indispensável para que a responsabilidade seja efetiva é separar o poder executivo do poder supremo. Na Inglaterra, o direito de resguardar a ordem vigente era atribuição do poder real, enquanto o direito de propor regulamentações sobre novas situações era do poder ministerial.

Compete ao monarca o direito de conceder graça, direito de uma natureza quase divina que repara os erros da justiça humana e seus rigores demasiado inflexíveis que Constant considera erros. Todo poder arbitrário se opõe à natureza do poder real, pois por natureza a imparcialidade e a virtude são atributos do monarca. Para esse autor, há situações que destroem a possibilidade de tranquilidade e a esperança de liberdade, quando a arbitrariedade se converte em atributo quer da autoridade ministerial, quer do próprio rei que, ao deixar de ser neutro, se torna uma espécie de ministro mais temido porque une à inviolabilidade atribuições que nunca deveria ter.

A ideia de Constant é estabelecer uma ordem política que perdure e não possa ser quebrada nem pelo povo, nem pelos governantes. A Constituição garantiria o Estado de direito em que predomina a vontade geral. O poder que se converte em vontade geral é o poder delegado a alguns pela vontade de todos, e este poder somente poderá contemplar a vontade geral, que expressa a diversidade de interesses presentes, numa forma combinada de governo. Na prática, a monarquia constitucional deve prover uma sustentação necessária ao rei para que ele paire sobre a sociedade e seja juiz incontestado. Esse papel é exercido por um corpo político intermediário que delibera, exerce as funções administrativas e de governo e desempenha o papel de mediador entre o rei e a sociedade. Na Inglaterra, o que é a Câmara dos Pares; nomeia-se par a um simples cidadão que goza dos mesmos privilégios legais que o mais antigo dos pares. As classes secundárias das primeiras Casas da Inglaterra penetram na massa do povo e são um laço entre os pares e a nação; assim, a função da Câmara dos Pares é a de ser um laço entre a nação e o trono.

Se o que se pretende é gozar completamente dos benefícios do governo representativo, há que se adotar a eleição direta. Mas a eleição direta não significa que qualquer um pode votar e/ou ser candidato. Vários capítulos

dos Princípios Constitucionais são dedicados à compreensão do que deva ser eleição direta, quem poderia se candidatar e quem poderia votar, com que restrições.

A eleição direta – dispensa Colégios Eleitorais – é também importante porque vincula os proprietários às suas propriedades, nelas fixando as raízes de sua vida. Além do mais, somente a propriedade assegura o ócio necessário à capacitação do homem para o exercício dos direitos políticos. Quando os não proprietários têm direitos políticos, atuam em razão do seu impulso e destroem a sociedade; ou são movidos pelos que estão no poder e estão a serviço da tirania; ou são candidatos ao poder daqueles que os manipulam e são instrumentos de facções. Por esses motivos, devem se estabelecer condições de propriedade tanto para os eleitores como para os elegíveis. Ao se incluir entre os legisladores os não proprietários, a inquietação que despertará nos proprietários dificultará a aplicação da legislação. Constant considera que durante a Revolução Francesa os proprietários tinham medo dos não proprietários investidos de poder; por isso, as faltas ou crimes dos proprietários foram consequência da pressão dos não proprietários.

A propriedade territorial e a propriedade industrial não estão no mesmo plano – a constituição elaborada pelo autor reconhece esse princípio. É sobre as vantagens da propriedade territorial que se fundamenta o espírito preservador necessário às associações políticas. A propriedade industrial propicia benefícios econômicos, mas não proporciona regularidade à vida e é mais artificial e menos inalterável que a propriedade territorial. Uma exploração agrícola² é uma pátria em miniatura. Quanto aos que não têm sua indústria e estão entregues a uma ocupação mecânica, ficam privados de todo meio para instruir se e podem levar o Estado a erros. *A esses homens há que respeitá-los, protegê-los contra todo vexame por parte dos ricos, mas não levá-los a um ambiente novo onde a sua cooperação seria inútil, suas paixões ameaçadoras e sua ignorância perigosa*^{14:125}.

A propriedade intelectual é considerada por Constant como desvantagem e o cientista como um mau eleitor. Cada ciência tem uma direção exclusiva que se torna perigosa nos assuntos políticos. O equilíbrio encontra-se apenas na propriedade. Somente a propriedade assegura o ócio necessário à capacitação do homem para o exercício dos direitos políticos.

James Mill, contemporâneo de Benjamin Constant, no seu “Essays on government”¹⁵, afirma que o tema do governo da sociedade é o da adaptação dos meios aos fins, mas esta não é uma questão clara, já que os meios e os fins nunca foram analisados. O fim do governo consiste “na grande felicidade para um grande número”.

A maioria das atividades do homem é determinada pelo prazer e pela dor; o prazer e a felicidade são alcançados quando os prazeres são grandes

e as dores são pequenas. Mas há um outro princípio, anterior ao governo, que consiste em que é o crescimento dos negócios que proporciona o maior prazer aos homens e contribui para diminuir a dor; por isso, grande parte de nosso prazer reside na posse de propriedade. Não há dúvida de que a causa primária do governo é que a natureza não produz espontaneamente todos os objetos de nosso desejo, já que se o fizesse não haveria motivo de disputa, nem seria necessário que nenhum homem tivesse autoridade sobre outros. No caso, os fins podem ser obtidos através do governo, como um meio de distribuir – ainda que de forma menos desejável – o que for possível para um grande número de membros da comunidade.

Todas as dificuldades das questões de governo residem em refrear os meios em cujas mãos é depositado o poder necessário para proteger todos do mau uso deste. Mas os membros do governo estão sujeitos também ao mesmo problema de abuso de poder.

Existem para Mill três modalidades de governo com relação às quais pode-se supor que o poder de proteção da comunidade é passível de ser exercido. O governo pode ser depositado nas mãos de muitos homens, de poucos homens ou de um homem; estas três modalidades correspondem à Democracia, à Aristocracia e à Monarquia.

Poder é um meio para um fim, o que as pessoas chamam de prazer e de eliminação da dor. O grande instrumento para consegui-lo é a ação de outro homem. Poder no seu significado pleno significa os meios para se chegar com segurança à conformidade entre o desejo de um homem e os atos dos outros homens. Mill afirma que não têm se dado a devida importância a esse fato e que os assuntos (negócios) de governo têm sido mal entendidos. Ora, o monarca absoluto também usará o poder para seu prazer próprio.

O prazer parece ser um instrumento mais débil de obediência se comparado com a dor, o supremo meio coercivo. Isto significa um poder ilimitado – de infligir dor – de coagir. Vemos assim que nenhuma das três formas de governo é adequada para a finalidade de governo: a Democracia, por incapacidade política, e as outras, por despóticas. Na Inglaterra, deve-se frisar, em concordância com muitos outros escritores, um deles Benjamin Constant, que a imperfeição de cada uma das três formas de governo evidencia que a finalidade de governo pode ser alcançada somente com a união das três formas de governo. Essa parte da teoria de Mill é conhecida como “doutrina dos equilíbrios constitucionais”. Trata-se de uma união de desejos que permite que as três partes possam interagir adequadamente. É a conhecida teoria do equilíbrio entre as partes que conformam o governo. Pode-se supor, quando o governo é composto por monarquia, aristocracia e democracia, como na Inglaterra, que uma se equilibra com a outra; mas também existe o perigo de duas delas se combinarem contra a terceira.

Para o autor, a grande descoberta dos tempos modernos é o sistema representativo, exigindo-se que o corpo representativo desenvolva atribuições específicas para a salvaguarda do bom governo. Estas são: 1) o mandato do representante deve ser temporário, com a existência de eleições periódicas; 2) as eleições devem ser majoritárias; 3) os eleitores devem ser homens com mais de quarenta anos, proprietários ou com ocupação; 4) o corpo representativo que fiscaliza deve ter o grau de poder suficiente para examinar os assuntos de governo; 5) o corpo representativo deve ter uma identidade de interesses com a comunidade, do contrário pode fazer mau uso desse poder; e 6) deve-se considerar o grau de poder necessário para o bom desempenho da função.

Quem escolhe? Se um pequeno número o escolhe, o representante pode responder ou promover os interesses de um número pequeno; nesse caso, todos os benefícios do sistema representativo podem se perder. Deve ser estabelecido que os benefícios do sistema representativo também se perdem quando o interesse de um corpo eleitoral não é o mesmo que o da comunidade; necessariamente ter-se-iam que incluir os interesses de outros indivíduos, mulheres, crianças. Para Mill, a classe média é a liderança natural das maiorias populares na sociedade inglesa; conseqüentemente, os representantes escolhidos pelo voto do povo vão acompanhar os interesses da maioria da comunidade, ou seja, da classe média, e assim será porque é do interesse de todos.

Pela mão desses autores seminais do liberalismo e formuladores dos princípios políticos de governo do Estado capitalista moderno, é possível compreender o contexto sociopolítico e histórico no qual o liberalismo finca suas raízes. A Revolução Francesa, como fenômeno social e político emergente das transformações capitalistas, e o assentamento de uma nova classe, a burguesia, são paralelos ao declínio da nobreza, que vivia em conflito permanente com as classes emergentes. Diferentemente, o processo de transformação social e econômica capitalista na Inglaterra resulta no estabelecimento do governo compartilhado entre o monarca, a nobreza e a burguesia por meio das Câmaras, que comportam a divisão de poderes e certo equilíbrio político caracterizado pela mistura entre as três formas de governo: monarquia, aristocracia e democracia.

As questões que nesse momento histórico-político iluminam o pensamento liberal e as sociedades europeias são o estabelecimento das liberdades individuais e, pouco mais tarde, os direitos políticos. Observa-se que, para as doutrinas liberais, o governo apenas existe para garantir a posse da terra, a realização do lucro (mercado) e a felicidade de um grande número, especialmente daqueles cidadãos proprietários aptos para votar e ser votados. As políticas sociais não são tematizadas, muito pelo contrário; na época, a Revolução Industrial se constitui na forma de um acelerado processo de

desenvolvimento econômico que deixou na miséria aqueles que não tinham condições de se adequar às mudanças operadas no processo produtivo, e se tornaram excedentes sociais não considerados pelo pensamento liberal do Estado, para quem a sociedade é composta de indivíduos livres e o Estado carece da obrigação de prover bem-estar. Para quem não fosse cidadão/proprietário e não encontrasse no mercado a satisfação das suas necessidades, o que restava era viver na miséria. Não cabia ao Estado melhorar as condições de trabalho, aliviar a pobreza, ou promover o bem estar dos indivíduos.

A análise teórico-crítica do Estado no capitalismo

Os Estados de Bem-Estar da segunda metade do século XX se sustentam por abordagens teóricas bem diferenciadas dos fundamentos do liberalismo, já apresentados. A discussão de alguns autores dos séculos XIX e XX é central para a compreensão dos Estados de Bem-Estar Social constituídos após a Segunda Guerra. Serão considerados nesta seção: os estudos de Marx¹⁶ sobre o Estado no capitalismo; de Weber^{17,18} sobre o exercício da dominação nas sociedades tradicionais e modernas; e de Polanyi¹⁹ sobre o papel das instituições e do Estado agindo sobre o mercado. Compreender o Estado no capitalismo avançado, como instituição direcionada ao ordenamento e reprodução de relações sociais de produção, remete às transformações econômicas, sociais e políticas da história desses séculos e à visão que o pensamento social tem delas.

O ponto de partida, para Marx¹⁶, é a produção material e o fato de que esta nunca existiu fora da sociedade; os indivíduos produzem em sociedade. Após a sociedade comunal, na qual a terra a todos pertencia e todos dela usufruíam, a organização da sociedade, qualquer que esta seja, leva a ordens sociais e políticas distintas e opostas. Assim, as relações sociais de produção que comportam as modalidades pelas quais os homens se relacionam social e economicamente ao longo da história reproduzem a polaridade entre os diversos agentes de produção – opressores e oprimidos: *Homem livre e escravo, patrício e plebeu, senhor e servo, mestre de corporação e companheiro, numa palavra opressor e oprimido permaneceram em constante oposição um ao outro, levada a efeito numa guerra ininterrupta...*^{16:94}

A ideia de guerra está presente em Marx e, diferentemente dos pensadores liberais, já não pela conquista das liberdades, mas pelo exercício da dominação em qualquer e em todas as formas históricas de produção e sob todas as formas sociais e políticas correspondentes. A diferença se situa na aceleração da acumulação e da tecnologia que caracterizam o capitalismo moderno, a conquista de territórios desconhecidos, o desenvolvimento da navegação e das trocas comerciais e, por fim, a indústria.

Nesse processo de transformação dos modos de produção com o comércio, primeiro, e a manufatura, depois, o trabalho e seu produto, a mercadoria, constituem as categorias centrais do modo de produção capitalista que adquirem concretude quando se opera a sua realização no mercado. No capitalismo, a mercadoria contém o trabalho necessário para sua produção, que não é dado pelo valor de uso dela e sim pelo seu valor de troca. O valor de troca supõe o custo do trabalho despendido na sua produção, só que para Marx esse valor é ilusório na medida em que a mercadoria não equivale à quantidade de trabalho necessário para produzi-la; se assim fosse, não haveria lucro e também não haveria mercado.

O que caracteriza o modo de produção capitalista é a garantia de que ao cabo do processo de produção – incluindo seus componentes (investimento do capitalista, salário do trabalhador, desgaste dos instrumentos de trabalho/maquinarias do capitalista) – as mercadorias poderão ser vendidas no mercado por um valor maior do que o valor do trabalho que elas contêm, ou seja: a própria produção de mercadorias garante o seu lucro no mercado. O lucro obtido no processo de comercialização de mercadorias corresponde ao que Marx chama de mais-valia, aquela parte do trabalho não remunerada pelo capital.

Substituindo os termos trabalhador e capitalista pelos termos operário e burguês, reaparecem os personagens centrais da ideia de classes sociais antagônicas nas sociedades capitalistas modernas; sendo antagônicas, alimentam o estado de guerra entre opressores e oprimidos. Nesse sentido, se bem que a burguesia se torna classe universal, ela gera um estado de beligerância permanente com a classe antagônica, o proletariado, o que não existe sem transformações permanentes nas forças produtivas, nos meios de produção e nas relações sociais de produção, as quais acabam por subverter os modos de vida e os valores existentes: *Tudo o que era sólido se evapora no ar, tudo o que era sagrado é profanado e por fim o homem é obrigado a encarar com serenidade suas verdadeiras condições de vida e suas relações com a espécie*^{16:96}.

É interessante assinalar que quando Marx se refere à moderna sociedade capitalista ressalta repetidas vezes, no Manifesto Comunista, o caráter global dela¹⁶, que se caracteriza pela enorme expansão dos mercados, o que leva a “burguesia a invadir todo o globo”, “dar um caráter cosmopolita à produção e ao consumo”, “submeter o campo à cidade”, “suprimir a dispersão da população”, “concentrar a propriedade”, [leva à] “centralização da política”, que estabeleceu o governo da burguesia e “unificou províncias independentes reunindo-as em uma só nação”. E ainda: *a burguesia, desde o estabelecimento da indústria moderna e do mercado mundial, conquistou finalmente a soberania política no Estado representativo moderno. O Governo do Estado moderno é apenas um comitê para gerir os negócios comuns de toda a burguesia*^{16:96}.

A ideia da defesa das liberdades individuais como felicidade do homem, para Constant, ou para a obtenção do prazer, em Mill¹⁵, existe apenas, em Marx, para a proteção das atividades de acumulação que dão origem a essa nova classe, a burguesia, e que a tornam universal. O Estado não é apenas o de uma burguesia particular, mas de toda a burguesia como classe universal. Para Marx, o Estado expressa apenas a supremacia política da ordem correspondente às relações sociais de produção vigentes em cada sociedade. No modo de produção capitalista, o Estado é o da dominação burguesa. Nas situações históricas em que a burguesia conquistou o poder, ela estabeleceu, como forma predominante das relações sociais de produção, a propriedade privada dos meios de produção e a sua contrapartida, a exploração do trabalho dos não proprietários.

Nos governos da burguesia, os mercados continuam a crescer permanentemente. Nestes, o princípio que rege a economia é a oferta baseada no consumo dos agentes sociais que geram demanda; esta por sua vez estimula a oferta, que aquece a produção fechando, assim, o círculo virtuoso oferta/demanda produção/consumo. Nessa espiral, o mercado se distancia cada vez mais das necessidades reais do homem, e seu papel é ser indutor de consumo.

Ao tempo que as necessidades próprias do homem se tornam cada vez mais inalcançáveis para aqueles que vivem da remuneração do trabalho (os operários), a burguesia usufrui de um consumo crescente que se satisfaz com novos produtos, novas tecnologias, altos preços e exclusividade. A economia política do Estado capitalista se sustenta e reproduz na ideia de uma generalizada e indiscutível “existência racional” baseada em um alto padrão de consumo.

Na concepção marxista, o Estado, na condição de agente político da dominação da burguesia, como no liberalismo, ainda que sob leituras opostas, não poderia agir como guardião de direitos sociais de cidadania nem se responsabilizar pela efetivação desses direitos, já que a função do Estado é a de reprodução do capital e da hegemonia burguesa.

De uma parte, os direitos sociais de cidadania – saúde, educação, moradia – são tardios na história social da humanidade, datam do século XX e surgem no contexto social e político de pós-guerra e como resultado da luta social e política da classe operária, da crescente importância dos partidos social-democratas na Europa, da existência do comunismo na União Soviética e do crescimento da militância política de esquerda. De outra parte, a responsabilização do Estado pela obrigatoriedade de políticas direcionadas ao bem-estar da sociedade passa a ser considerada como central às atividades do Estado e necessária ao próprio desenvolvimento do capitalismo. As políticas sociais são incorporadas ao capítulo referente aos Direitos Humanos de Cidadania, e o Estado é a esfera necessária de sua efetivação.

Essas transformações da economia política do Estado no capitalismo de pós-guerra e o surgimento dos Estados de Bem-Estar permitem diversas leituras. O crescimento da militância operária comunista e social-democrata, a formação dos partidos social-democratas e a expansão do socialismo, em diferentes versões, convergindo para profundas reformas dos Estados capitalistas, atingem o *status quo* da política europeia.

A ameaça de os operários europeus se tornarem comunistas revela a dimensão do conflito de classes existente na Europa e pressiona o Estado capitalista a prestar atenção à incorporação de reformas sociais capazes de diminuir o grau de atrito gerado pela luta da classe operária na crise econômica e social do pós-guerra. Além disso, a expansão eleitoral e o crescimento dos partidos social-democratas nas eleições de países europeus, tais como Suécia, Inglaterra, França, Holanda e Noruega, entre outros, provoca um recuo e aceitação dos Estados por demandas sociais, econômicas e políticas que em outra época seriam impensáveis.

Junto com esse processo político, os governos social-democratas inauguram uma política econômica, formulada pelo economista inglês John Maynard Keynes²¹, cujo princípio é redimensionar o papel do Estado na economia e considerar o mercado como uma instituição da sociedade capitalista que não poderia se autorregular, tal como o liberalismo pensava. A ideia de Keynes era a de que o mercado liberado a suas próprias forças tendia à destruição da sociedade e a se destruir. A alternativa que o autor apresentava na época é o papel do Estado como acelerador e investidor de maneira a gerar emprego, trabalho e consumo. A política econômica passaria assim a se sustentar no desenvolvimento e na redistribuição da renda, enquanto o mercado seria apenas complementar a esse processo, e não motor dele.

Nessa concepção, as políticas sociais constituem um importante instrumento de política econômica, na medida em que geram emprego e operam a distribuição de renda por meio da saúde, educação, moradia e políticas semelhantes que produzem bens públicos de consumo do trabalhador, complementando o salário e providenciando emprego. A política social se localiza no coração do Estado e, ao mesmo tempo que prolonga a existência do Estado capitalista, é geradora de conexões profundas entre o Estado e a Sociedade, diferentemente de um liberalismo que propiciou o abismo entre ambos.

As duas outras referências teóricas que consideramos de singular importância para compreender as políticas sociais nos *Welfare States* europeus são a formulação de Weber^{17,18} sobre as classes sociais e o exercício da dominação no capitalismo, e as ideias de Polanyi¹⁹ sobre o papel do mercado e o Estado no capitalismo moderno.

De Weber, extraímos especialmente o método com o qual formula a sua teoria. A teoria opera por meio da construção de modelos gerados induti-

vamente, o que significa a elaboração de categorias de análise criadas com base na recorrência presente em configurações sociopolíticas ao longo da história social da humanidade, no que se refere a comportamentos sociais (parentesco, religiosidade, valores); formas de organização social; formas de organização política; tipos de organização; funções desempenhadas pelas organizações; condutas sociais esperadas; construção conceitual que as informa e/ou uma combinação de categorias.

Diferentemente de Marx, para quem as classes sociais se definem pela propriedade (ou carência) dos meios de produção e pelas relações sociais de produção – no caso, o modo de produção capitalista –, a teoria das classes sociais de Weber define as classes pelo conjunto de pessoas que ocupam posições similares na sociedade; ou seja, inicia o estudo das classes pela situação de classe que, como veremos adiante, diz respeito às posições diversas que os homens ocupam socialmente. As categorias a seguir iluminam o processo de formulação teórica e a criação de modelos de abordagem à sociedade. No caso, nos referiremos apenas às sociedades do século XX, sem entrar em considerações históricas e na categoria estamento, correspondente às classes nas sociedades pré-capitalistas. Assim:

Situação de classe

É o conjunto de probabilidades típicas (probabilidade de ter bens; de posição externa, de destino pessoal) que derivam, na ordem econômica, da grandeza e natureza do poder de dispor (ou da carência) de bens e serviços e de utilizar estes para ter renda ou lucro.

Classe

Todo grupo humano que se encontra numa determinada situação de classe. Situações de classe e classe sempre se referem ao fato de existirem situações típicas de interesses iguais.

Tipos de classe

– Classe proprietária: é determinada pela diferença de propriedade. Há dois tipos de classes: as positivamente privilegiadas, que correspondem àqueles que são remediados (de terra, escravos, instalações de trabalho) e credores; e as negativamente privilegiadas (servos, pobres, devedores). Entre ambas há classes médias, algumas das quais são lucrativas (empresários positivamente privilegiados e proletários negativamente privilegiados) e outras que não são lucrativas (os camponeses, artesãos, empregados). A articulação das classes proprietárias puras não é dinâmica, não conduz necessariamente à luta de classes.

- Classe lucrativa: a situação de classe é determinada pela probabilidade (negativa ou positiva) de se obter lucro no mercado de bens e serviços. Classe lucrativa implica monopólio da produção de bens visando ao lucro e a influência na política econômica das associações (inclusive políticas) para assegurar lucro. Estas se diferenciam, também, em positivamente privilegiadas (empresários, comerciantes, industriais, armadores, banqueiros, certos “liberais”) e negativamente privilegiadas (trabalhadores qualificados, semi-qualificados e não qualificados). Entre ambas também há classes médias (camponeses e artesãos independentes e frequentemente funcionários e trabalhadores altamente especializados).

- Classe social: é a totalidade das situações de classe entre as quais é fácil um intercâmbio pessoal e entre situações, ocorrendo de modo típico. As classes sociais são: 1) proletariado em seu conjunto; 2) pequena burguesia; 3) *intelligentzia* sem propriedade e *experts* profissionais; 4) proprietários e privilegiados por educação.

Conclui-se que, na concepção weberiana sobre as modernas sociedades capitalistas, há quatro classes sociais, diferentemente das duas classes antagônicas – capitalistas e operários – em Marx¹⁶. Numa leitura controvertida de Weber se agregaria uma quinta classe (ou não), a burocracia, outorgando-se a esta um *status* diferenciado ao considerá-la como um âmbito de estudos específicos que se denomina “sociologia da burocracia”. Uma segunda vertente de pensamento é a que se refere à ordem política e ao Estado no capitalismo, que trabalha com idênticos princípios metodológicos e que Weber denomina de sociologia política. Assim:

Poder

A probabilidade de impor sua vontade a outros numa relação, ainda que contra a vontade alheia.

Dominação

Refere-se ao poder com mandato determinado. A dominação pode ser tradicional, que é baseada na crença da legitimidade da autoridade que sempre existiu; carismática, que é também pessoal, ainda que oposta à tradição e sustentada na obediência a um líder; e legal, que é a que sustenta o Estado Moderno.

O Estado moderno se caracteriza por se basear numa ordem legal, ter uma jurisdição compulsória sobre um território, ter uma burocracia, possuir o monopólio do uso legítimo da força. As regras são uniformizadas, legalmente criadas e de acordo com o procedimento correto, ou seja, com o formalismo jurídico estabelecido, tanto no que se refere à lei como à burocracia. O tipo mais puro de dominação legal é a burocracia moderna.

Associações de dominação

Há dois tipos de associações de dominação: a política, que é garantida pela força física (potencial) ou real; e o Estado, que é o monopólio legítimo e continuado da coação física exercida pelo quadro administrativo. Mas esta forma de dominação do Estado não é suficiente se não existir dominação legal, um sistema de regras aplicadas judicialmente e administrativamente com base em princípios explícitos e válidos para todos os membros da sociedade.

Tanto no que se refere à lei como à burocracia, há atributos comuns no Estado moderno que são a calculabilidade, a previsibilidade, a certeza quanto aos procedimentos para alterações da lei e igualdade jurídica para os dominados. Observa-se, no que se refere à luta política na ordem legal, o papel das máquinas partidárias, o consumo eleitoral e a crescente burocratização, que tendem a gerar uma autonomia burocrática na sociedade de massa.

Dominadores

São os superiores, eleitos ou aprovados por procedimentos padronizados e dedicados à manutenção da ordem legal. No Estado capitalista moderno, o dominador exerce a autoridade orientando-se por uma ordem impessoal, tendo limites formalmente definidos de mando. As autoridades são hierarquicamente ordenadas, permitindo, assim, um sistema de apelações. O quadro administrativo que aplica as regras não tem a posse dos meios de administração e produção. Observe-se, porém, que, mesmo na forma mais pura de dominação legal (a burocracia ideal – típica), penetram fatores não sociais na escolha do “topo da pirâmide”.

Dominados

Obedecem como iguais e legalmente à lei e não às pessoas que a implementam; obedecem como cidadãos e nos limites do direito formal estatuído. A obediência não vai dirigida a uma pessoa, mas à ordem impessoal formalizada e posta em funcionamento por um quadro administrativo definido e questionável, por meio de “apelações”.

As categorias weberianas trazem para o estudo do Estado capitalista moderno considerável riqueza. De uma parte, está a ideia da complexificação das sociedades nas quais a oposição e a luta de classes não são tão claras nem inexoráveis como Marx observou no século XIX. Nesse sentido, a formulação de políticas sociais no século XX expressa a luta da sociedade por mudar condições de exploração da força de trabalho e a vontade política dos governos do *Welfare State* em diminuir a brecha que separa ambos, Estado e Sociedade, assim como em aliviar as iniquidades geradas pelo mercado. A reconsideração do papel do Estado na sociedade contemporânea abriu espaços para que a sociedade se torne objeto direto de políticas

estatais. De outra parte, a sociologia política de Weber se debruça sobre dois momentos intrínsecos e conexos à existência do Estado; referimo-nos à coação e à legitimação, já que uma não pode existir sem a outra, ao mesmo tempo que o Estado vai se tornar terreno fértil para que direitos sociais de cidadania sejam encarnados nas nascentes políticas do *Welfare State*. Políticas sociais e de saúde geram mediações políticas entre o Estado e a sociedade, na forma de uma proteção social extensa. A sociologia política de Weber provê as categorias de análise e a compreensão das transformações sócio-históricas das instituições no exercício da dominação política e, conseqüentemente, a forma institucional Estado e a sua estrutura jurídica no capitalismo contemporâneo.

Para finalizar a revisão dos autores clássicos selecionados como base de sustentação teórica para a análise de políticas sociais e de saúde, consideraremos as ideias de Polanyi¹⁹ sobre o mercado na sociedade e no Estado moderno, porque elas completam o círculo teórico compreensivo capaz de contribuir com uma metodologia/episteme para a investigação das políticas sociais e de saúde.

Para Polanyi, a economia política e o conceito de classe surgiram com a ideia da harmonia e da autorregulação do mercado, paralela à competição e ao conflito que o mercado trazia para o seio das sociedades em processo de desenvolvimento industrial capitalista. É a partir do choque entre os princípios organizadores do liberalismo econômico com a proteção social, e do conflito de classes que estes princípios liberais originaram, que resultou a tragédia das sociedades em processo de industrialização. O abandono da antiga legislação de proteção social – *poor laws*, *Speenhamland* e outras – deu lugar à ideologia da supremacia do mercado, ocasionando o pauperismo e os conflitos de classes dos séculos XVIII e XIX.

A visão liberal era fortemente crítica da intervenção da ordem política sobre o mercado, mas toda a argumentação do autor reside no fato de que os mercados livres não poderiam funcionar. Na medida em que os mercados não se autorregulam, sempre existiu, na prática, regulação externa ao mercado. Contrariamente ao que a teoria econômica liberal prescrevia – o *laissez-faire* –, não existia outra alternativa para a realização do mercado que não fosse confiar ao Estado liberal, com seus novos poderes, órgãos e instrumentos a garantia da propriedade privada, o livre trânsito do capital e a permanente expansão dos mercados. *Enquanto a economia do laissez-faire foi o produto da ação deliberada do Estado, as restrições subsequentes ao laissez-faire se iniciaram de maneira espontânea. O laissez-faire foi planejado, o planejamento não*^{9:172}.

Importante a observação de Polanyi: a intervenção sobre o mercado não foi planejada; ela se revelou espontânea e respondeu a uma necessidade pragmática do Estado de proteger o mercado dos seus efeitos deletérios, já

que o mercado deixado a si mesmo tende à destruição da força de trabalho, das instituições da sociedade e dele mesmo.

Para Polanyi, à diferença de Marx, as instituições antecedem os modos de produção; a organização social e cultural é a base da civilização, e a *catástrofe das comunidades sobrevém como resultado da ruptura rápida e violenta das instituições básicas da vítima*^{19;214}. As instituições são despedaçadas quando uma economia de mercado imposta a uma comunidade organizada de um modo completamente diferente não pode ser assimilada. Transformar o trabalho e a terra em mercadorias acaba com toda e qualquer instituição cultural organizada com base em outros cânones.

O trabalho não pode ser uma mercadoria; separar o trabalho das outras atividades da vida e sujeitá-lo às leis do mercado tem o mesmo significado, para Polanyi, que destruir todas as formas orgânicas da existência e substituí-las por uma “organização atomista e individualista”. A terra é um elemento da natureza entrelaçado às instituições do homem e que passa a ser objeto de comércio; exige-se dela um incremento da produção de alimentos e de matéria-prima para a indústria; incrementa-se a produção dos territórios e colônias. Assim, a terra e sua produção se inserem no esquema do mercado “autorregulável”. Com a expansão da produção e do comércio, a moeda que constituía mais um complemento de troca entre mercadorias passa a ser essencial e, também, necessária à produção de quantidades maiores de dinheiro. Grande dificuldade sobrevém com a necessidade de câmbios externos estáveis e com a introdução do padrão ouro. O dinheiro torna-se o valor de troca de toda e qualquer mercadoria; esta é a verdadeira essência do mercado. E como afirma Polanyi, a construção subjacente à economia clássica desde Ricardo, ainda antes de Marx, é de que a determinação do valor de troca das mercadorias é dada pelo tempo de trabalho necessário expresso na mercadoria dinheiro. Mas para acumular capital, é preciso possuir dinheiro ou terra. Na medida em que o sistema de mercadoria internacional passa a ser o dinheiro, nessa condição não é possível uma economia de mercado separada da esfera política, do Estado. A introdução de uma política monetária exige a existência de um Banco Central; trata-se de medida de política econômica/política monetária que somente o Estado pode gerar.

Conceitos, visões teóricas, percepção do mundo e alcance social e subjetivo conformam uma “biopolítica” à maneira foucaultiana:

A racionalidade governamental, nesse momento – estamos na época da razão de Estado – é a racionalidade do próprio soberano, a racionalidade daquele que pode dizer “eu o Estado” o que é esse eu que refere a racionalidade do governo à sua própria racionalidade de soberano, maximizando seu próprio poder? é a racionalidade dos governados que deve servir de princípio de regulação para a racionalidade do governo.

[...] Pode-se dizer, de maneira global, geral, que todas as políticas nacionalistas, as políticas estatais etc. vão ser políticas cujo princípio de racionalidade será indexado à racionalidade ou, digamos, em outras palavras, ao interesse, e à estratégia dos interesses do indivíduo soberano, ou do Estado, na medida em que constitui uma individualidade soberana. [...] E, afinal de contas, o que é o marxismo, senão a busca de um tipo de governamentalidade que será indexado, claro, a uma racionalidade que não se apresentará tanto como a racionalidade dos interesses individuais quanto como a racionalidade de uma história que se manifesta pouco a pouco como verdade? E é nisso que vocês vêem no mundo moderno, o mundo que nós conhecemos desde o século XIX, toda uma série de racionalidades governamentais que se acavalam, se apóiam, se contestam, se combatem reciprocamente. [...] O que é a política, finalmente, senão ao mesmo tempo o jogo dessas diferentes artes de governar com seus diferentes indexadores e o debate que essas diferentes artes de governar suscitam? É aí, parece-me, que nasce a política^{7:4}.

Os Estados de Bem-Estar

Os estudos e debates sobre a origem e desenvolvimento dos *Welfare States* nas sociedades capitalistas modernas são bastante abrangentes e comportam uma ampla produção dos campos do conhecimento econômico, sociológico e da ciência política.

A escolha do autor de que trataremos a seguir, Gosta Esping-Andersen²², obedece ao fato de ele fazer uso do rigor teórico metodológico a respeito das questões consideradas no desenvolvimento deste trabalho e que constituem, em nosso ponto de vista, o marco analítico mais adequado para a abordagem do Estado, das políticas sociais e das políticas de saúde combinado a um desenho de pesquisa comparada entre diversos Estados em países de capitalismo avançado. Isto nos permite compreender a feição econômica indissolúvelmente ligada à economia política, à estrutura social e à dimensão político-partidária existente nos países objetos de pesquisa.

Nesse sentido, a teoria acionada pelo autor para a compreensão dos modernos *Welfare States* se inscreve tanto na tradição teórica marxista quanto na perspectiva weberiana de observação das instituições estatais no que se refere à construção metodológica de modelos de política social. Os modelos, à luz do ensinamento weberiano, são construções analíticas, nunca se encontram em estado puro e constituem referências metodológicas criadas com base em singularidades sociais recorrentes.

É necessário, antes de continuar com a discussão dos *Welfare States*, mencionar que o liberalismo trouxe à tona direitos dos indivíduos, aos quais nos referimos na discussão sobre Benjamim Constant, que se referem às liberdades civis e políticas, sendo os direitos civis os primeiros direitos usufruídos

pela humanidade. Trata-se do exercício da liberdade de ir e vir, da liberdade de escolha de onde e em que trabalhar, da liberdade de difundir ideias e informações, mais tarde da liberdade de escolha política dos governantes; são estes os direitos civis e os direitos políticos. Aos últimos se somam tardiamente, já no século XX e após a Segunda Guerra, os direitos sociais que não se referem a indivíduos isolados, mas a todos os cidadãos pertencentes a uma sociedade nacional, ou seja, a um mesmo Estado, território político delimitado por fronteiras geográfico-políticas comuns. Esses direitos sociais de cidadania definem a distribuição social universal de bens públicos, educação, saúde, moradia e saneamento por meio das políticas sociais e têm como contraparte a obrigação do Estado na distribuição desses bens para todos os cidadãos²³.

O ponto de partida para o autor é se os *Welfare States* que se estabelecem sobre os direitos sociais de cidadania poderiam transformar a sociedade capitalista ou se a distribuição de bens de consumo social pelo Estado capitalista poderia acabar com a distinção de classes existente nessas sociedades. Bastante relacionada a esta última questão é compreender quais são as forças que estão na base do desenvolvimento do *Welfare State*. Uma primeira constatação é a de que os economistas políticos clássicos, sejam eles liberais, sejam conservadores ou marxistas, se preocupavam com a relação possível entre capitalismo e bem-estar social. Como compatibilizar questões *per se* opostas: mercado (propriedade) e Estado (democracia)? Para o liberalismo clássico, assim como para a versão “neo” reeditada nos anos 80 do século XX, o mercado é a forma econômica mais apropriada para abolir as classes sociais no capitalismo.

Ao se referir aos economistas clássicos, Esping-Andersen, diferentemente dos economistas neoliberais do presente, afirma: *A adesão entusiástica deles ao capitalismo de mercado pode parecer injustificada hoje. Mas não devemos esquecer que a realidade da qual falavam era de um Estado que preservava privilégios absolutistas, protecionismo mercantilista e corrupção por toda a parte*^{22:10}.

Os conservadores, pelo contrário, defendiam a volta ao Estado monárquico. Para eles, as diferenças de classes eram intrínsecas à sociedade e naturais, mas essas diferenças não precisavam vir acompanhadas do conflito de classes, tal como aconteceu na Revolução Francesa. Era necessário eliminar o conflito, e para isso deviam-se implementar políticas de bem-estar de modo a garantir a harmonia entre as classes, a lealdade às hierarquias e a ordem no trabalho para o bom desenvolvimento da produção. O Estado ideal era, para os conservadores, aquele que perpetuasse o absolutismo, já que este era a melhor garantia de um capitalismo sem luta de classes. O Estado absoluto acabaria defendendo a classe proprietária sem a luta de classes e harmonizando o bem do Estado, da comunidade e do indivíduo.

Para a economia política marxista, toda e qualquer sociedade deve ser considerada pelas relações sociais de produção nela estabelecidas; e para Marx, após as sociedades da comunalidade da terra, a organização da sociedade levou sempre à formação de ordens diferentes e opostas patrícios e escravos, senhores e servos, burguesia e proletariado. Nesta última forma, própria da sociedade capitalista, o Estado é apenas a forma política do exercício da dominação da classe social da burguesia sobre a classe dos trabalhadores. A burguesia no capitalismo industrial não apenas estabelece a dominação de classes pela modalidade dominante das trocas econômicas no mercado como também exerce a direção do governo.

De fato, observa-se que no debate do século XX o partido da social-democracia, já como corrente política dissidente do Partido Comunista, defende a democracia parlamentar como a forma de governo mais apropriada à incorporação de reformas sociais para assim atenuar as desigualdades sociais produzidas pelo capitalismo. A ideia de democracias sensíveis a minorar os efeitos deletérios do capitalismo sustentava-se, de uma parte, na necessidade de trabalhadores com recursos sociais, educação, saúde, condições dignas de vida, capazes de participar na sociedade e na política como cidadãos socialistas; de outra, numa concepção não só emancipatória da política social, mas sua importância na promoção das forças produtivas no capitalismo. Como afirma Esping-Andersen:

O modelo social-democrata é, então, o pai de uma das principais hipóteses do debate contemporâneo sobre o Welfare State: a mobilização de classe no sistema parlamentar é um meio para a realização dos ideais socialistas de igualdade, justiça, liberdade e solidariedade^{22:12}.

Munido desses instrumentos conceituais da política econômica clássica e com a aspiração de remodelá-los à luz das mudanças e da produção teórica sobre o tema, ocorridas no mundo dos finais do século XX, o autor define um marco teórico conceitual que estabelece modelos comparativos de análise dos *Welfare States* em países de capitalismo avançado.

No campo dos estudos sobre o *Welfare State*, duas vêm sendo, desde a segunda metade do século XX, as abordagens que dominam as explicações desses tipos de Estados: uma enfatiza estruturas e sistemas globais; outra, instituições e atores.

A teoria estruturalista e de sistemas globais procura compreender a lógica do desenvolvimento. Predomina a preocupação em encontrar semelhanças, ou seja, as regularidades e não as diferenças entre as nações. *O fato de serem industrializadas ou capitalistas sobrepõe-se a variações culturais ou diferenças nas relações de poder*^{22:13}.

Outra característica é que se interpretam ocorrências como sendo requisitos funcionais – ou seja: na medida em que são identificadas ocorrências,

entende-se que estas são necessárias e/ou funcionais, e sem elas o WS não seria possível. Uma é função da outra e vice-versa. Referem-se, também, à existência de leis do movimento, como se houvesse um ordenamento sequencial nas transformações sociais.

Para o autor, o novo estruturalismo marxista é bastante similar. Abandonando a teoria clássica que dá grande ênfase à ação política, a “lógica do capitalismo” se apoia em que o poder é estrutural (O’Connor²⁴, Poulantzas²⁵, Block²⁶).

As abordagens de cunho institucional residem, por um lado, no legado dos teóricos do liberalismo clássico, basicamente o divórcio entre política e economia – defesa dos mercados contra a intrusão da política. Seus expoentes são basicamente antidemocráticos. Por outro lado, residem nos escritos de Polanyi, de 1944, que observa que qualquer esforço para isolar a economia das instituições sociais e políticas destruiria a sociedade humana. Polanyi vê a política social como condição para a reintegração da economia social.

A relação entre democracia e WS na abordagem institucionalista tem sido bastante discutida. Em sua formulação clássica, defendia-se que as maiorias favoreceriam a distribuição social para compensar os riscos do mercado. A democracia se entendia como instituição que não pode resistir às demandas da maioria. Nas suas formulações modernas tem muitas variantes, como a teoria da cidadania e a teoria pluralista, entre outras (Marshall²³, Bendix²⁷, Rokkan²⁸).

Mas as primeiras iniciativas do WS aconteceram sem democracia – os casos de França e Alemanha; e, inversamente, nas democracias que surgem mais cedo, o WS é mais tardio – os casos de Estados Unidos, Austrália e Suíça. Essa contradição aparente, para Esping-Andersen, somente pode ser explicada com referências às classes e à estrutura social. Para este autor, a teoria da classe social como agente político se distingue da análise estruturalista, que outorga um *status* central às classes sociais na sociedade capitalista, e da abordagem institucional, a qual coloca ênfase nas instituições ao defender a tese da mobilização das classes, que se sustenta na concepção da economia política social-democrata. *Os direitos sociais, seguro-desemprego, igualdade e erradicação da pobreza que um Welfare State universalista busca são pré-requisitos necessários para a força e unidade exigidas para a mobilização coletiva de poder*^{22,28}.

Os Estados de Bem-Estar se caracterizam pela presença de três princípios centrais:

- Cidadania social.
- O direito social, que tem o mesmo *status* legal e prático dos direitos de propriedade.
- A desmercadorização do *status* das pessoas.

O conceito de desmercadorização é formulado pelo autor e se refere à prestação de serviços, da parte do Estado, como assunto de direito e ao fato de uma pessoa pode viver dignamente sem depender do mercado. Diferentemente, na ausência de desmercadorização, se os subsídios do Estado são mínimos e acompanhados de estigma; o sistema de ajuda empurra as pessoas para o mercado. De modo geral, os sistemas de seguridade social foram desenhados para maximizar a participação das pessoas no mercado. Observa-se que os países escandinavos são mais desmercadorizados, e os anglo-saxões menos. As variações nos direitos sociais e na estratificação formam ordenamentos diferentes entre Estado, mercado e famílias.

Com essas categorias de análise, trata-se de examinar os subsídios da pesquisa comparativa na compreensão do desenvolvimento do *Welfare State* em países de capitalismo avançado. O autor conclui que existem três modelos de *Welfare State*: um modelo residual/liberal, um modelo conservador/corporativista e um institucional/social-democrata. No primeiro, predomina a ajuda ante a comprovação da necessidade. No segundo, a ideia da conservação do *status*, o Estado intervém quando a família falha em preservar os indivíduos de cair na pobreza e marginalidade social. O terceiro modelo se caracteriza pelo universalismo e a desmercadorização que se estende às novas classes médias; promove igualdade em patamares mais elevados e se compromete com uma pesada carga de serviços sociais.

Se a tipologia de Esping-Andersen tem por núcleo tipos de Estado e política, estudos complementares sobre política social – dentre eles os de Habermas, Rosanvallon e Castel – permitem vislumbrar o ângulo da esfera pública. Aqui, o conceito-chave é cidadania e o processo básico é a comunicação racional que envolve valores e normas, ou seja, o debate em torno do que cabe a governantes e legisladores fazerem. Finalmente, o valor solidariedade, a que as ciências sociais retornaram recentemente, configura um novo parâmetro analítico para se abordarem políticas sociais específicas em contextos de Estados com formação e organização diversa da do *Welfare State*.

A crise dos Estados de Bem-Estar e as políticas sociais e de saúde

A abordagem da crise tem leituras bastante diferentes. O trabalho envolverá uma leitura focada na análise da globalização econômica e na onda política neoliberal que se estendeu pelos *Welfare States* desenvolvidos da Europa, no Canadá e nos Estados Unidos, induzindo mudanças políticas e econômicas que se iniciam com o primeiro governo neoliberal na Inglaterra da primeira-ministra Margaret Thatcher nos anos 80. Discutiremos o processo de expansão dessa crise nos anos 90, sua chegada ao Brasil e a sua incidência no campo da Saúde Coletiva.

Um primeiro aspecto a destacar é a influência da globalização econômica e do poder financeiro nos capitalismo dos finais do século passado, fundamentalmente produtivos, em conjunto com a passagem de economias industriais para economias de serviços. Os resultados foram importantes perdas de fontes de trabalho²⁹.

Ao desemprego que essas mudanças ocasionaram se soma o desemprego que as economias industriais capitalistas, em processo de alta tecnificação e robótica, acrescentaram, ao expulsar mão-de-obra intensiva da indústria. Trata-se de questão central para o desenvolvimento dos *Welfare States*, se considerarmos a importância que o pleno emprego teve no modelo econômico keynesiano, sobre o qual se sustentou a economia política dos *Welfare States* europeus.

Pierson³⁰ sustenta que as mudanças econômicas da manufatura para os serviços, antes de expressar disrupção no emprego, acusa mudanças na força de trabalho para atividades em que melhorias de produtividade são mais limitadas. O resultado acaba sendo um crescimento econômico lento, que causa problemas fiscais para os WS maduros. Trata-se de um aspecto a ser considerado no conjunto das transformações “pós-indústrias” que produzem fortes pressões sobre o WS, no que se refere às estruturas de proteção das famílias e da população idosa. De todo modo, quaisquer que sejam os efeitos da globalização, estes são intensamente mediatizados pelos arranjos domésticos, o que faz com que não possam se esperar convergências nas políticas sociais nacionais.

Esse ponto de vista é compartilhado por vários analistas do WS, os quais consideram que as instituições nacionais têm um papel crucial sobre os efeitos que emanam da globalização econômica. Cabe mencionar que enfoques como o de Pierson e de outros autores são bastante frequentes nos estudos sobre o WS e estão baseados na escola teórica do institucionalismo histórico. Nessa abordagem, as instituições estruturam as situações em que os atores se encontram, alterando suas estratégias e metas; intermedeiam relações de cooperação e conflito; estruturam as situações políticas e deixam suas marcas nas consequências políticas. As instituições definem as “regras do jogo”. A aprovação, por exemplo, de uma lei exige que tenha havido uma sucessão de votos afirmativos em todas as instâncias de decisão. Assim, a sorte de uma proposta legislativa, como a que se refere a um sistema nacional de saúde, depende do número e da localização de “oportunidades de veto” distribuídas ao longo dessa cadeia³¹.

O objetivo central do institucionalismo histórico é a construção de uma teoria de médio alcance que estabeleça uma ponte entre análises centradas no Estado e na sociedade, tendo como foco variáveis de nível intermediário para dar conta da variação histórica e conjuntural dos fenômenos es-

tudados. No nível intermediário, as grandes estruturas são mediadas pelas instituições³². O institucionalismo histórico, como metodologia de pesquisa social, é um instrumento importante para a elaboração de categorias de análise que estabeleçam mediações compreensivas e elos significativos entre as teorias que poderíamos denominar de clássicas sobre o Estado, aqui evocadas, e aquelas que buscam compreender os *Welfare States* com base no estudo das políticas sociais e sua relação com os direitos de cidadania no Estado capitalista.

Um segundo aspecto se refere ao novo papel atribuído ao Estado – o de não interferência no livre desenvolvimento do mercado – e às medidas de política econômica que o tornam adequado a esse propósito: 1) as restrições fiscais, dentre elas os cortes e o desfinanciamento de políticas sociais; 2) a desregulação do trabalho; 3) a privatização de empresas nacionais; 4) a tendência à privatização da previdência, da saúde e da educação; 5) a implementação de políticas focais direcionadas aos novos pobres.

Dos modelos da seguridade social sustentados no direito à cidadania social e no papel central do Estado como provedor e regulador de serviços sociais em saúde, educação, trabalho e outros, caminha-se para o livre exercício do mercado. O Estado perde a sua função reguladora e de intervenção, tanto no mercado quanto na vida social. A sociedade passa a ser vista como um aglomerado de “indivíduos livres” e, portanto, capazes de adquirir no mercado os bens necessários para a satisfação das suas necessidades ou, ao contrário, carecer deles.

O Estado social desaparece soterrado pelo Estado que se torna, sob a ideologia neoliberal, fiador do mercado elevado à condição de *Deus ex machina* e munido das ferramentas jurídicas necessárias a seu novo papel de guardião e restaurador do livre mercado, tal como requerido pela era do capitalismo financeiro globalizado. Nesse papel, o Estado renasce das cinzas sociais das sociedades da abundância para se erigir como o Estado liberto e separado da sociedade, cujas funções se limitam a garantir a propriedade privada, a segurança do capital, a ordem e o controle social da sociedade do “não trabalho”, do refugo resultante da plenitude do mercado. Tão nobre papel traz à cena política vestígios daquele Estado das origens da sociedade industrial capitalista.

Assim como o pauperismo do século XIX estava inserido no coração da dinâmica da primeira industrialização, também a precarização do trabalho é um processo central, comandado pelas novas exigências tecnológico-econômicas da evolução do capitalismo moderno. Realmente, há aí uma razão para levantar uma “nova questão social” que, para espanto dos contemporâneos, tem a mesma amplitude e a mesma centralidade da questão suscitada pelo pauperismo do século XIX^{33:484}.

Essa questão tão instigante de Castel traz à cena, mais uma vez, indagações a respeito das relações Estado/sociedade, público/privado e o papel

das instituições sociais e políticas no equacionamento de políticas sociais e, especialmente, de saúde perante o papel sobredimensionado do mercado. A última parte do trabalho se refere a estudos da política de saúde comparada em contextos nacionais diversos, elaborados mediante instrumentos de pesquisa baseados no andaime teórico conceitual formulado neste artigo.

Teoria e pesquisa em políticas de saúde

Os resultados de pesquisa relativos às políticas de saúde, reproduzidos a seguir, nos *Welfare States* desenvolvidos e no Brasil, permitem identificar as dinâmicas entre Estado, governo e sociedade. Evidenciam as fragilidades pelas quais políticas que parecem monoliticamente estatais/governamentais são passíveis de transformações oriundas do campo institucional, político e da mobilização societária.

O trabalho de Giaimo³⁴ se valeu de uma perspectiva de pesquisa de política comparada de instituições estatais da seguridade social, modalidades do sistema político e exercício da política na Inglaterra, na Alemanha e nos Estados Unidos. Perante a diretiva da contenção de custos-ajuste fiscal, a pesquisa procurou observar os três sistemas com o intuito de explorar se, a despeito da sua variação institucional estatal, política e societária, esses países convergiram para uma resposta comum ou se as diferenças entre eles moldaram as reformas neoliberais dentro de padrões específicos, e quais seriam esses padrões.

Os resultados são bastante interessantes e mostraram como os objetivos da “reforma neoliberal do Estado”, guiada pela contenção de custos, eficiência e equidade, foram direcionados por caminhos bem diferentes. Inglaterra e Alemanha conseguiram diminuir os custos do *Welfare* sem acabar com os princípios do acesso universal à saúde e sem exigir dos membros mais vulneráveis da sociedade suportar uma divisão desproporcional dos custos do ajuste. Colocando esses países numa escala de ajuste fiscal, a Inglaterra teve o melhor desempenho, a Alemanha representa um caso intermediário e os Estados Unidos gastaram mais do que a Inglaterra e, pior ainda, produziram um crescimento das iniquidades existentes. Apenas no ano 2000 houve uma redução dos gastos, acompanhada da piora do acesso para os mais doentes e mais pobres.

A autora atribui esses diferentes resultados à ação e às preferências dos pagadores – quem financia o sistema de saúde – e ao papel do Estado em cada país. As estratégias de contenção de custos se tornaram inimigas da equidade e da solidariedade, dependendo do sistema de cuidados de saúde nos quais essas estratégias foram gestadas. Em suma, os atores estatais tiveram diferentes papéis na governança do sistema de saúde, que podem ser

atribuídos às expectativas e à capacidade para se assegurar que os projetos de contenção de custos fossem ou não compatíveis com a equidade.

Ao lado das políticas contemporâneas de reformas dos sistemas de saúde, houve uma grande campanha de descrédito dos *Welfare States*. Governantes e empregadores se tornaram bastante apreensivos com relação aos efeitos dos WS na competitividade econômica dos Estados nacionais. No entanto, as razões para a elevação dos preços são comuns a todos os países e têm a ver com os seguintes fatores: 1) o setor da saúde é um campo fértil para inovações tecnológicas que podem prolongar a vida com despesas consideráveis; 2) a população dos países ocidentais está envelhecendo, com consequências diretas nos cuidados de saúde; 3) o setor da saúde é gerador de enorme quantidade de empregos no setor de serviços; mas esses empregos tendem a ser de trabalho intensivo e baixa produtividade em relação ao trabalho industrial que substituem³⁰.

Algumas das causas da inflação dos sistemas de saúde também repousam no desenho específico em cada país. Sistemas de saúde de múltiplas seguradoras tendem a ter altos custos administrativos, mais do que sistemas de um único pagador, como é o caso dos sistemas públicos de saúde. Ainda que a data seja diferente de país para país, desde 1980 o *Welfare State* se tornou inseparável da questão nacional e do nível de ajuste das empresas com uma mais integrada e competitiva economia mundial. Nesse debate, o WS aparece como um impedimento para o ajuste econômico, e a solução que se deu, no contexto político e econômico do neoliberalismo, foi reduzir a sua extensão em vários sentidos.

Para explicar resultados diferentes, é necessário conhecer o que os financiadores fizeram, o que eles desejavam das reformas dos sistemas de saúde e o que foram capazes de executar; nesse sentido:

- Em cada país os sistemas de saúde designaram diferentes atores como pagadores (financiadores) e provedores (produtores de serviços) com diferentes capacidades para realizar o objetivo de contenção de custos. Assim, no Sistema Nacional de Saúde inglês, o Estado é responsável por financiar e providenciar serviços de saúde. Na Alemanha, empregadores e empregados têm igual responsabilidade para financiar e administrar o Seguro Nacional de Saúde. Considerando que tanto empregadores quanto sindicatos são parte indissolúvel nesses arranjos, fica difícil para cada parte agir unilateralmente contra a outra. Nos Estados Unidos, os empregadores são os principais participantes e pagadores na política de reforma do sistema de saúde. Isto se deve ao fato de que a maioria dos americanos compra seu seguro de saúde em companhias limitadoras de benefícios.

- Acrescentando ao sistema de saúde a arena política, esta oferece aos pagadores uma alternativa ou canal de influência complementar sobre o

curso da reforma do sistema de saúde. Na Inglaterra, quem paga impostos (a sociedade) tem duas formas de exercer influência: o exercício do voto e a atividade dos membros do parlamento, que regularmente interpelam o governo sobre a *performance* do NHS. Na Alemanha, empregadores e empregados criaram partidos políticos que advogam seus pontos de vista. O federalismo também por vezes providencia atores do sistema de cuidados de saúde com meios adicionais de influência. Nos Estados Unidos, a fragmentação do sistema político providencia empregadores com amplas oportunidades de exercer “pontos de veto”.

– Os programas universais são os mais redistributivos dos programas de seguridade social, criando amplas solidariedades que acompanham a equidade e que protegem os mais desprotegidos da sociedade. Em resumo, os sistemas universais na Inglaterra e na Alemanha equacionaram equidade com igualdade. A institucionalização da conduta de dividir o risco por meio da seguridade social reforça valores de compartilhamento e comunitarismo na sociedade. Em contraste, nos Estados Unidos a natureza privada e voluntária da condição de empregado é a que estabelece o limite dos benefícios, sistema que produz profundas iniquidades.

Na experiência brasileira⁴, diferentemente dos países europeus, o setor privado da saúde antecede historicamente a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao longo da história, diversos arranjos de financiamento e provisão de serviços de saúde foram propostos para dar conta da saúde pública e privada, erguendo as bases para um sistema de saúde extremamente fragmentado³⁵. Os setores público e privado dividiram o financiamento público e a titularidade do parque hospitalar³⁶. Desde a década de 1960, a dinâmica do capitalismo começa a consolidar o complexo médico-industrial da saúde, contribuindo para um enorme crescimento dos custos da assistência médica⁴ e transformando-a crescentemente em um empreendimento dependente de capital.

Com a consolidação de um padrão de empresariamento privado da saúde, inicia-se uma disputa por segmentos de clientela e especializações, com tentativa do setor privado de preservar suas bases de financiamento públicas mediante uma presença marcante, cada vez mais organizada nas arenas decisórias^{37,38} e cada vez mais significativa no mercado.

De fato, preservou-se o sistema de contratação e convênios com o setor privado do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), cuja diretriz política era a expansão de serviços e coberturas e a consolidação da iniciativa privada em saúde, que auferiu os benefícios da contratação para prestação direta de serviços de saúde financiados pelo setor público.

O sistema público se precipita em franca deterioração que se expressa em sérios problemas de estrutura, aparelhamento e instalações e enormes dificuldades no acesso, ao tempo que o setor privado cresce sem nenhum tipo de controle e em aberta sobreposição aos serviços de atenção à saúde do SUS.

As relações pautadas historicamente pelas instituições públicas e privadas na saúde constroem ou limitam uma nova institucionalidade do setor público e dos serviços de saúde nas instâncias federativas, estaduais e municipais que compõem o SUS.

A dimensão do problema que se apresenta é a formulação de políticas regulatórias para a esfera de planos privados de saúde, setor definido constitucionalmente como complementar ao SUS, no contexto do sistema de saúde tal como definido pelo artigo 198 da Constituição como sendo de caráter público, único, universal e descentralizado. É um problema que se agrava se considerarmos que o parque hospitalar privado não foi criado como “complementar” ao sistema público, mas fundamentalmente para dar conta de um “nicho de mercado” em que o setor público era deficitário. Cabe acrescentar que o setor filantrópico também cresceu consideravelmente sobre a base de estender seus negócios, atendendo à clientela de seguros privados de saúde³⁹.

Ainda que as políticas de saúde, produto do papel dos movimentos sociais e sanitário atuantes na conjuntura política da democratização do país, se originem em princípios similares aos princípios da seguridade social dos países europeus, as aproximações são pequenas, se considerarmos as trajetórias histórico-institucionais, o frágil papel do Estado na esfera pública e o papel dos interesses privados no sistema público de saúde.

O Brasil implementou um sistema de saúde público e universal tardio, numa conjuntura internacional adversa, seja no que se refere ao papel do Estado na provisão de benefícios sociais universais resultante de direitos de cidadania social, seja em políticas econômicas direcionadas ao desenvolvimento nacional – estas substituídas pela globalização econômica, pela concepção neoliberal de política econômica e pela não interferência do Estado no mercado, à exceção das salvaguardas necessárias a sua otimização.

Considerando as diferenças presentes nas experiências, podem se identificar semelhanças que a conjuntura dos anos 90 trouxe para ambas, se devidamente relativizadas e/ou equacionadas as consequências resultantes:

... a diminuição de leitos trouxe sérios problemas no acesso a serviços hospitalares, já que não houve uma racionalização na distribuição desses serviços em regiões distantes e isoladas dos grandes centros urbanos. Permanecem e cresceram para alguns municípios e estados as iniquidades no acesso, especialmente na média e alta complexidade. As listas de espera que são importante ferramenta para a cobertura universal e contribuem para

melhorar o acesso são raramente implementadas; apenas existem listas de espera para procedimentos de alta complexidade tais como transplantes.

*As barreiras de acesso relativas à coexistência de seguros privados dando cobertura aos mesmos serviços do SUS sobretudo no que se refere à atenção ambulatorial constitui grave problema para o SUS e para o usuário que paga ao seguro por um serviço que, às vezes, é coberto pelo próprio sistema público*³⁶.

Porém, enquanto nos *Welfare States* europeus o neoliberalismo não significou importantes retrocessos na defesa da garantia fundamental dos direitos sociais de saúde, no Brasil o princípio estruturante da seguridade social que permaneceu foi apenas o de enfrentamento das enormes desigualdades de saúde por meio de programas focalizados na atenção primária, tais como o Programa de Saúde da Família, de atenção às gestantes e crianças e outros similares.

Considerações finais

A ideia deste trabalho surgiu como uma maneira de estruturar um conhecimento teórico sobre o qual a autora vem trabalhando faz longo tempo.

A essa altura cabe reiterar que as Ciências Sociais estão incorporadas à Saúde Coletiva não para informar, mas para alimentar um projeto que se reponha na direção contrária a um mundo que é permanente gerador de pobreza, desigualdades em saúde, doenças e todo tipo de carências sociais. O sentido das Ciências Sociais para a saúde é o da reflexão a respeito da vida e da condição humana e o interesse por compreender a sua incorporação disciplinar ao campo das políticas de saúde. Nesse sentido, ambas se modificam pela existência de uma na outra, e modificadas formulam uma complexidade explicativa alternativa à descrição das políticas de saúde em uma perspectiva operacional.

Decretos, leis; documentos ministeriais; administração e gestão; recursos financeiros e humanos; dificuldades na implementação e a avaliação da efetividade a partir de relatos e levantamento de resultados numéricos, como se estes procedimentos falassem por si mesmos ou como se os números levassem impresso o significado daquilo que medem, dizem, apenas, a respeito dos aspectos relativos à administração de políticas de saúde.

A compreensão do sentido dos levantamentos de pesquisa, tais como entrevistas, documentos e/ou observações quantitativas, enquanto não for feita no interior de unidades de sentido, pouco poderão nos dizer sobre a realidade e a intervenção sobre ela. A reflexão teórico-conceitual e metodológica capaz de compreender as políticas em curso e formular as mediações necessárias para a construção de pesquisa mais avançada na área torna-se essencial para se agir no complexo mundo em que vivemos.

Referências

1. Arouca ASS. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva* [tese de doutorado]. Campinas: Unicamp; 1975. (mimeo.)
2. Belmartino S, Bloch C. Políticas estatales y seguridad social en Argentina, Rosario. *Cuadernos Médicos Sociales* 1982; 22.
3. Berlinguer G. *La salute nelle fabbriche*. Roma: Donato Editore; 1975.
4. Cordeiro HA. *As empresas médicas*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1984.
5. Donangelo MC. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira; 1975.
6. Fleury TSM. *Assistência médica previdenciária: evolução e crise de uma política social* [tese de mestrado]. Rio de Janeiro: IUPERJ; 1979. (mimeo.)
7. Foucault M. *Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1979)*. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
8. Garcia JC. La articulación de la medicina y de la educación en la estructura social. OPS, 1974. (mimeo.)
9. Gentile de Mello C. Coleção de artigos. *Folha de S.Paulo*; 1977-78.
10. Luz MT. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus; 1988.
11. Nunes ED. As ciências sociais em saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. *Saúde e Sociedade* 1992; 1(1):59-84.
12. Viana AL. Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Revista de Administração Pública* 1996; 33.
13. Viana ALD. *Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estados sobre políticas sociais e saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1999.
14. Constant B. *Princípios políticos constitucionais*. Org. Aurelio Wander Bastos. Edição incompleta. Rio de Janeiro: Liber Juri; 1989.
15. Mill J. *Essays on government*. In: Lidely J, Rees J., eds. *Utilitarian logic and politics* Oxford Clarendon Press; 1978.
16. Marx K, Engels F. *Manifesto do Partido Comunista*. Moscou: Ed. Progresso; 1987.
17. Weber M. *Economia y sociedad*. México, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 1964. v.I.
18. Weber M. *Economia y sociedad*. México, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 1964. v.II.
19. Polanyi K. *A grande transformação: as origens da nossa época*. Rio de Janeiro: Campus; 1980.
20. Bobbio N. *Teoria Geral da Política*, Rio de Janeiro: Campus, Marx o Estado e os Clássicos; 2000.
21. Keynes JM. *Teoria geral do emprego, do juro e da moeda*. São Paulo: Atlas; 1992.
22. Esping-Andersen G. *The three worlds of welfare capitalism*. Great Britain: Princeton University; 1991.
23. Marshall TH. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar; 1967.

24. O'Connor J. *The fiscal crisis of the State*. New York: St. Martin's Press; 1973.
25. Poulantzas N. *O Estado, o poder e o socialismo*. Rio de Janeiro: Graal; 1980.
26. Block F. Postindustrial development and the obsolescence of economic categories. *Politics and Society*, m 14(1)
27. Bendix R. *Nation-building and citizenship*. New York: John Wiley and Sons; 1964.
28. Rokkan S. *Citizens, elections, parties*. Oslo: Universitetsforlaget; 1970.
29. Gerschman S. Democracia, políticas sociais e globalização: relações em revisão. In: Gerschman S, Werneck ML. *A miragem da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
30. Pierson P. *The new politics of the Welfare States*. New York: Oxford University Press; 2001.
31. Immergut EM. *Health politics interests and institutions in Western Europe*. Cambridge University Press, 1992.
32. Marques EC. Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. ANPOCS, bib, RJ, 1997.
33. Castel R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes; 1998.
34. Giaimo S. Who pays for Health Care reform? In: Pierson P. *The new politics of the Welfare States*. New York: Oxford University Press; 2001.
35. Medici AC. *Financing health policies in Brazil: achievements, challenges and proposals*. Sustainable Development Technical Department Papers Series. Inter-American Development Bank; 2002.
36. Gerschman S, Borges A dos S. O sistema único de saúde, como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 2006; 21(61)
37. Labra ME. Associativismo no setor Saúde brasileiro e organizações de interesse do empresariado médico. *Physis – Revista de Saúde Coletiva* 1993; 3(2):193-225.
38. Costa NR. *Políticas públicas, justiça redistributiva e inovação: saúde e saneamento*. São Paulo: Hucitec; 1998.
39. Ugá MAD, Lima LS, Portela MC, Murat VM, Gerschman S. Estudo dos prestadores hospitalares frente as práticas de microrregulação das operadoras de planos de saúde. Relatório de pesquisa, ANS/Ensp; maio 2007. (mimeo.)

Cambios en la dirección de las políticas públicas: un análisis comparativo del ciclo de las políticas de reforma de la administración pública en Brasil

Changes in the direction of public policies: a comparative analysis of
the cycle of public administration reform policies in Brazil

Maria Gabriela Monteiro¹

Resumen Este trabajo trata para el debate el tema de los cambios y estabildades en las políticas públicas. Las políticas de reforma de la administración pública, en el sector sanitario, consiste en el ámbito de las políticas públicas elegido para el análisis. Se trata de un proyecto de tesis doctoral que, presentado en este artículo, propone incitar una discusión teórica y metodológica acerca del análisis de las políticas públicas, en Brasil. El sector sanitario es relevante para debatir estas reformas, sea por las innovaciones en términos de co-gestión social, orientadas hacia la reforma democrática del Estado (como los consejos gestores y las conferencias), o por la repercusión de la reforma gerencial (como la creación de organizaciones sociales). Pos discutir el estado de la cuestión, se presenta la metodología que será utilizada, el método comparativo cualitativo. El estudio emplea una perspectiva de análisis eminentemente procesual, aún poco utilizada en América Latina, en contrapuesto al neoinstitucionalismo, y presenta algunas de las teorías focales útiles para explicar el cambio y la estabilidad en las políticas públicas, desde la perspectiva elegida.

Palabras claves: *Cambios en las políticas públicas, reforma de la administración pública, políticas sanitarias, abordaje procesual*

Abstract This study presents for debate the subject of change and stability in public policies. Public administration reform policies for the area of health care consist of the public policy subsystem chosen for analysis. This article, based on a PhD thesis, intends to instigate a theoretical and methodological discussion regarding the analysis of public policies in Brazil. Public health is considered a significant field for debating these reforms, whether by innovations in terms of social co-management geared towards democratic State reform (such as managerial councils and conferences), or by the upshot of managerial reform (such as the creation of social organizations). After discussing the current state of the matter, a methodology is presented which is still used infrequently in Latin America; that of qualitative comparative analysis. The study adopts a notably process-oriented angle of analysis, opposing neo-institutionalism, and presents some of the central theories useful for explaining change and stability in public policies from the chosen perspective.

Keywords: *Changes in public policies, public administration reform, public health care policies, process-oriented approach.*

¹ Instituto de Gobierno y Políticas Públicas de la Universidad Autónoma de Barcelona.
m.gabimonteiro@gmail.com

Introducción

Las transformaciones económicas, políticas y sociales ocurridas en las últimas décadas han puesto el tema de la reforma de la administración pública en un lugar protagónico en la agenda política global. El incremento de los gastos públicos en la mayoría de los países desarrollados, la crisis política de los gobiernos autoritarios en países en desarrollo (que también tenían sus economías marcadas por el endeudamiento externo y procesos inflacionarios), sumados a la creciente complejidad social, pusieron en evidencia que el sector público estaba en crisis, y por lo tanto, era necesario reformarlo. Las políticas públicas, frente al reto de dar una respuesta a este nuevo contexto, pasan a ser marcadas por un acelerado, y muchas veces profundo, proceso de cambio. Diversas experiencias han sido puestas en marcha con la intuición de modernizar y mejorar la gestión del sector público (Pollitt y Bouckaert 2004, Barzelay 2001, Barzelay y Gallego 2010, Ramió y Salvador 2005), así como de crear nuevas formas de gobierno que atiendan a las nuevas demandas y necesidades de una sociedad cada vez más compleja.

Las estrategias utilizadas para promover el cambio en el modelo tradicional de administración pública, como no podría ser de otra manera, agrupan posiciones no siempre coincidentes, o en algunos casos profundamente divergentes. La literatura existente se ha centrado predominantemente en el estudio del gerencialismo como paradigma. Más aún argumenta que este ha sido la práctica dominante en las experiencias de reforma (Parson 2007, Lane 2000, Goodin y Klingemann 1996). Según la literatura, él se inspira en las ideas y técnicas del sector privado para ofrecer un cambio radical en la administración pública, en el sentido de pasar del modelo burocrático hacia un modelo gerencial. Tales cambios han sido justificados en términos de las “tres E”: eficiencia, eficacia y economía. Con orígenes en las experiencias de gestión pública de los países anglosajones, este modelo gerencial viene siendo expandido a los demás países como una tendencia global de la reforma (Sahlin-Anderson, 2002).

La difusión indiscriminada del paradigma gerencialista para la reforma de la administración pública, muchas veces impulsada por organismos internacionales, no ha alcanzado resultados satisfactorios en muchos países con características y realidad institucional diferenciada de la administración anglosajona, como es el caso de las administraciones públicas latinoamericanas. Según Ramió y Salvador (2005), las intervenciones basadas solo en la gestión adoptan una perspectiva muy tecnocrática que es claramente insuficiente para solventar los problemas como los de las instituciones públicas de América Latina. Es en este sentido que algunos autores proponen un enfoque alternativo para la reforma de la administración pública, que impli-

ca en una repolitización y democratización de la gestión del sector público, dentro de un marco más amplio de redefinición de la relación entre el Estado y la sociedad (Fleury 2001, Cunill 1997, Paula 2003, Ramió y Salvador 2005). En América Latina, esta forma alternativa de pensar la reforma de la administración pública se inscribe dentro de lo que denominan Reforma Democrática del Estado, una propuesta que, en estos países, es tema de debate desde finales de la década de 1980. Según los autores, esta concepción de la reforma requiere la creación de una esfera pública plural e inclusiva, la redistribución de poderes, la recuperación del concepto de ciudadanía, un mayor control y participación ciudadana, y una cooperación interorganizacional, entre otros.

Sin embargo, el interés analítico de esta investigación no se centra en los aspectos retóricos, doctrinarios e ideológicos de la reforma de la administración pública, como fue la tendencia en los estudios de las décadas de 1980 y 1990. Conforme señalan Barzelay y Gallego (2006), la literatura sobre la reforma de la administración pública ha tomado un giro disciplinario, a partir de la última década, empezando a parecerse a las subdisciplinas de ciencias políticas, sobre políticas públicas y políticas comparadas. El esfuerzo de recuperar los estudios que dan énfasis a la comprensión causal de la reforma tras de vuelta al debate las estrategias teóricas más comúnmente utilizadas en el análisis de los cambios institucionales y de las políticas públicas. Este es, por lo tanto, el tema central de esta tesis: el análisis de los cambios e estabilidades en las políticas públicas. Las políticas de reforma de la administración pública es el subsistema de las políticas públicas elegido para ser el ámbito del análisis.

Muchas son las cuestiones teóricas que están abiertas en el debate sobre los cambios y estabilidad en las políticas públicas. Sin embargo, la preocupación mayor que planea sobre toda la tesis consiste en dos cuestiones: *Cómo podemos comprender el cambio en las direcciones de las políticas públicas?* *¿Cómo podemos comprender la trayectoria del tema sobre las reformas de la administración pública?*

A pesar de que en Europa estas cuestiones analíticas han sido trabajadas por algunos investigadores (March y Olsen 1991, Barzelay 2001, Sabatier y Jenkins 1993, Gallego 2003, Kingdon 1984, Baumgartner y Jones, 1993), todavía son muy pocas las investigaciones en América Latina que se centran en el análisis del cambio institucional y de políticas públicas. Pensar estas preguntas en el contexto de la realidad latinoamericana resulta analíticamente importante para enriquecer el campo de debate en estos países, considerando, por supuesto, las particularidades de la situación política e institucional propias. Y a su vez, las características particulares de América Latina contribuyen a incrementar la extensión y profundidad del debate en países cuyo este estudio ya tiene cierto recorrido.

Así, el objetivo de esta investigación es contribuir a la comprensión tanto del cambio en la dirección de las políticas públicas como de la trayectoria del tema sobre las reformas de la administración pública, por medio de un análisis comparativo del ciclo de las políticas de reforma de la administración pública, en Brasil. Más concretamente, el estudio se centrará en el proceso de elaboración de las políticas de reforma de la gestión pública de dos regiones de Brasil, Minas Gerais y São Paulo, y en el ámbito del sector sanitario, donde, en este país, estas políticas han tenido mayor expresión. Los casos de análisis si refieren a dos fases del ciclo de políticas públicas, la fase pre-decisional (determinación de agenda y especificación de alternativas) y la fase decisional (toma de decisión). Se interesa por verificar si el proceso de elaboración de las políticas de reforma de la gestión pública, en Brasil, está generando cambios o estabildades en la dirección de las políticas. Para eso, se pretende verificar quién y como se elaboran las políticas de reforma de la administración pública; cuáles las características de los participantes, los papeles que juegan, las autoridades o poderes que disfrutan, como se relacionan y controlan uno a otros, los conflictos de interés, entre otros.

La literatura demuestra que, dentro de América Latina, Brasil es un de los países que más se ha destacado en términos de reformas de la administración pública, sea por la repercusión de la reforma gerencial propuesta por Bresser Pereira o por las innovaciones en términos de co-gestión social orientadas hacia a la reforma democrática del Estado, como por ejemplo: el presupuesto participativo, los consejos gestores de políticas públicas, las conferencias y los foros temáticos. Una tarea de está investigación es mostrar que si, por un lado, el gerencialismo ha sido el enfoque dominante en los estudios de las reformas de administración pública, por otro lado, existen aportaciones distintas a la reforma, como la reforma democrática del Estado, que han sido menos explorados fuera de América Latina, pero que pueden ser útiles al debate sobre trayectorias y cambios en la dirección de las políticas públicas.

Centrar el interés empírico de la investigación en las fases pre-decisional y decisional significa que se quedará fuera del análisis otras etapas del proceso de elaboración de políticas públicas, como la implementación de las decisiones y la evaluación de los resultados. Las preguntas empíricas se refieren, por lo tanto, a la trayectoria del tema de las políticas de reforma de la administración en estas dos fases de análisis. En este sentido se plantea: *¿Cómo se construye el tema de la reforma gerencial y el tema de la reforma democrática del Estado? ¿Cómo estos temas entran el la agenda política? ¿Qué trayectoria sugieren estos temas? Ellos son independientes o se relaciona en algún momento de la reforma? ¿Cómo se materializan estos temas en una decisión?*

Por lo tanto, se pretende llevar a cabo una investigación comparativa de las políticas de reforma de la administración pública, en las dos regiones de Brasil, con el propósito de llegar a conclusiones causales en forma de generalizaciones históricas limitadas (Ragin, 2000es, contribuyendo así al debate teórico sobre las trayectorias y cambios en las políticas públicas.

Estado de la cuestión: el análisis de las políticas de reforma de la administración pública

En este apartado se hace una breve revisión de la literatura referente a los cambios sufridos por el análisis de las políticas de reforma de la administración pública al largo de los años. De momento, no se pretende profundizar en esta discusión, lo que se hace es sintetizar el estado de la cuestión, dirigiendo el interés en demostrar como la literatura ha tratado los dos enfoques de la reforma: el gerencial y el democrático.

A partir de la década de 1970, la evolución de los cambios en el análisis de políticas públicas, sea en el campo teórico o práctico, trasladó la noción de administración pública hacia un marco de políticas como gestión pública. Impulsados por críticas a las deficiencias de la burocracia e influenciados por ideas y prácticas de gestión propias del sector privado, diversos trabajos académicos y experiencias empíricas empezaron a aplicar enfoques gerenciales para cambiar la estructura gubernamental del sector público. Rápidamente el enfoque gerencial pasó a ser aceptado como alternativa a la larga tradición de administración pública (Parsons, 2007). En las décadas de 1980 y 1990, las políticas públicas como gestión pública alcanzan su auge. La gestión pública se convirtió, por lo tanto, en un área activa de formación de políticas en muchos países (Barselay, 2001).

El enfoque gerencial se concentra en mejorar la eficiencia y la economía del sector público a través de técnicas antes consideradas puramente adecuadas para el sector privado/lucrativo (Parsons, 2007). Apuesta en la idea de que una mejora en la gestión irá resolviendo los problemas económicos, políticos y sociales de fondo. Por eso, la discusión alrededor de este enfoque se basa en la necesidad de un cambio radical de un modelo jerárquico y burocrático de administración pública hacia el modelo gerencial, donde el gerente tiene más libertad de actuación y de toma de decisiones, lo que requiere más autonomía, flexibilidad, responsabilización y compromiso con relación a los resultados. Según Gallego (1996), hay cuatro instrumentos destacados en el transito de un escenario burocrático hacia el gerencial: los incentivos, la desagregación de estructuras organizativas, la competencia y la calidad.

Desde la perspectiva gerencial, los procesos modernizadores aparecen analizados y etiquetados en la literatura como: la reinención del gobierno

(Osborne y Gaebler, 1994), el paradigma postburocrático (Barzelay, 1992) y la nueva gestión pública (Hood, 1994). Sin embargo, la nueva gestión pública (NGP) es la más utilizada y expresada muchas veces como una tendencia internacional, a partir de experiencias de Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda, donde se manifiesta por primera vez. Actualmente, el desplazamiento hacia nuevas formas de gestión no se limita a los países anglosajón. Los organismos internacionales y supranacionales como: la OCDE, Banco Mundial, FMI, Comisión Europea y el Clad, en el caso de América Latina, junto con innumerables publicaciones académicas, han difundido en el mundo la idea de que es necesario modernizar la gestión pública. El impacto del marco gerencial fue tan expansivo que actualmente es considerado como el marco dominante en la práctica, si no es que en la teoría, del sector público moderno (Parsons, 2007).

Sin embargo, el hecho de que las ideas y técnicas de la gestión privada sean adecuadas a la administración del sector público, en un marco de una sociedad democrática, genera muchas críticas al análisis de las políticas a través del enfoque gerencial. Para Mintzberg (1996), la relación entre gobierno y ciudadano es tan distinta de la relación entre empresa y cliente que la reducción de la primera a la segunda involucraría quitar legitimidad a la autoridad pública y desconocer los derechos ciudadanos que trascienden al consumo. Hay que considerar, según Kickert y Koppenjan (1997), que la gestión pública es también una cuestión de legalidad y legitimidad, no estando solamente relacionada con el incremento de eficiencia y efectividad. Para Metcalfe (1996), basar la gestión pública esencialmente en estos valores no es suficiente para la reforma, delante de la complejidad de las tareas del gobierno. Siendo así, Brugué (2004) resalta que si por un lado el dominio del discurso de la NGP permite mejorar la economía y la eficiencia instrumental, por otro, se despreocupa de la capacidad de este instrumento para satisfacer su finalidad: resolver conflictos y generar bienestar colectivo. Además, al mantener la dicotomía entre política y administración, el “gerencialismo extrae la toma de decisión de un mundo donde hay conflictos por los valores y las creencias, e insertarla en un ámbito en el que sea posible tomar decisiones de manera más racional (apolítica)” (Parsons, 2007: 476).

Todas estas críticas son inseridas en un marco que propone, sin ignorar las contribuciones del enfoque gerencial, otra forma de ver la reforma del sector público, a través de un enfoque democrático. En ese marco, los autores que contribuyen con ese enfoque democrático intentan pensar el cambio a partir de la necesidad de democratizar el Estado (Fleury, 2001). Esta es una corriente minoritaria que se encuentra menos sistematizada y divulgada, sin embargo, ella reúne varias aportaciones teóricas y prac-

ticas inclinadas a modificar los parámetros organizativos y la gestión del sector público a través de valores públicos y democráticos, con el intuito de adecuar la función gerencial a una realidad cada vez más compleja y cambiante.

Así como el marco gerencial, el enfoque democrático reconoce los cambios en el entorno y las nuevas formas de inclusión en el espacio público no dependiente del Estado. Pero, distinto del modelo gerencial, la redefinición de las relaciones entre los varios actores, en el marco democrático, es un proceso eminentemente político. A través de este proceso, (Cunill, 1997) se forma una nueva institucionalidad, que no sólo involucre la posibilidad de convertir la administración pública más permeable a las demandas emergentes de la sociedad, sino retirar del Estado y de agentes sociales privilegiados el monopolio exclusivo de la definición de la agenda social. Así, la literatura sobre el enfoque democrático demuestra que la reforma del sector público no está orientada solamente para la lógica de la eficiencia y efectividad, pero también por una perspectiva de ampliación de la esfera pública, en el sentido de romper el monopolio de poder (Cunill, 1997), promover la ciudadanía (Fleury, 2001) y recrear la legitimidad política en la administración pública (Ramió y Salvador, 2005).

El cambio en las políticas públicas pasa, según Cunill (1997), por la “publicación” de la administración pública y del aparato estatal, principalmente en el proceso decisional. Esto requiere, conforme la autora, aumentar la participación social en la gestión pública y garantizar que ésta sirva los intereses de la colectividad y no los de tipo particular. Corroborando con esta idea, Ramió y Salvador (2005) resalta la necesidad de reforzar los valores públicos en los empleados públicos y crear una cultura administrativa asociada tanto a la eficacia y la eficiencia como a la ética en la gestión pública. El enfoque democrático, se identifica en el trabajo de Ramió y Salvador (2005) como siendo “la corriente neopública”, término utilizado para hacer contraposición a “la corriente neoempresarial”. Según los autores, la corriente neopública pone especial atención en la repolitización, la racionalización y el control de la externalización de los servicios públicos, la participación ciudadana y la ética en la gestión pública. A su vez, la corriente neoempresarial, como fue visto anteriormente en el enfoque gerencial, da énfasis a la economía, la eficacia y la eficiencia de los aparatos públicos, y propone una clientelización de los ciudadanos.

Pollitt y Bouckaert (2004) también se aproximan al enfoque democrático al crear un nuevo concepto para referirse al distinto modelo de reforma adoptado por los estados de la Europa Continental: el *Neo-Weberian State-NWS*. Según los autores, el NWS tiene una fuerte orientación externa, hacia a las necesidades de los ciudadanos, y la profesionalización de la gestión

está direccionada a encontrar estas necesidades. Prevé la participación ciudadana y direcciona la gestión interna de los recursos al logro de resultados.

Pese a la diversidad, todas estas aportaciones contribuyen para lo que se ha definido como el enfoque democrático de la reforma del sector público. En esa literatura, lo que se constata es un esfuerzo, tanto teórico como empírico, aún que minoritario, de promover un cambio en la evolución de las políticas públicas hacia una percepción más democrática de la administración pública. Pues, creen que además de modernizar la maquinaria administrativa del Estado, es preciso también democratizar el poder. Para eso, según estos autores, sería necesario reestructurar las instituciones públicas, creando nuevos escenarios políticos, pluralistas y participativos. Proponen pensar el gobierno como una red, donde la supuesta competición entre los actores es sustituida por un mayor grado de cooperación y de interacción entre el Estado y actores no estatales en el sí de una red decisional pública-privada (Stoker, 1996).

La definición y selección de los casos

Estudiar el proceso de elaboración de las políticas de reforma de la administración pública, en el sector de las políticas sanitarias en Minas Gerais y São Paulo, significa que se ha hecho la opción por definir la naturaleza de los casos como proceso. De esta forma, es posible describir los casos como siendo episodios del ciclo de políticas públicas. Según Kingdon (1984), un ciclo de políticas públicas se refiere al proceso de progresión del tema, que parte de la agenda sistémica, pasando por la agenda gubernamental de políticas hasta llegar a la agenda de decisión. Un episodio del ciclo sería una parte de ese proceso, un subproceso relativo a la determinación de agenda, la especificación de alternativas y la toma de decisión. Estos episodios se insieren, por lo tanto, a las dos fases del proceso de la elaboración de políticas, mencionadas anteriormente: la fase predecisional y la fase decisional. La determinación de agenda y la especificación de alternativa son dos procesos socialmente complejos pertenecientes a la fase predecisional. El primero proceso establece cuáles cuestiones o problemas han de ser tratados por las instancias de toma de decisión, mientras el segundo determina cuáles soluciones han de considerar dichas instancias cuando hay que tomar una decisión que establecen (Barzelay, 2001). Por su vez, la fase decisional es la etapa de la toma de decisión.

En estos términos, se vuelve pertinente concebir el estudio de casos como la estrategia de investigación. Según Yin (1994: 32), el estudio de casos permite investigar un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no

están claramente definido. Sin embargo, analizar los casos en si mismo no es la finalidad de esta investigación, sino el medio o el instrumento útil para responder a la inquietud analítica que sucede a los casos en cuestión. Así, el estudio de los casos ocurridos en Brasil será el medio utilizado para contribuir al debate teórico sobre la trayectoria del tema de la reforma de la administración pública y los cambios en las políticas públicas. Por eso, lo que se pretende hacer es comparar los casos de forma global entre ellos para llegar a conceptos teóricos generales.

No obstante, esta investigación se encuentra en uno de los gran dilemas de las comparaciones en Ciencias Políticas, que es trabajar con pocos casos y muchas variables (Ragin et al, 2001). Para enfrentar a este dilema, Ragin et al (2001) propone el método comparativo cualitativo como siendo el más adecuado, por su naturaleza fundamentalmente holística y configuracional. Para Caïs (1997), el objetivo del método comparativo es interpretar fenómenos históricos significativos e importantes para explicar la realidad social. Así, más allá de clasificar las similitudes y diferencias de los casos de reformas de administración pública en Brasil, lo que se pretende es identificar las relaciones de causalidad entre ellos. El interés está en analizar las múltiples causas por las que el fenómeno estudiado tuvo unas y no otras características, considerando que causas específicas pueden tener efectos opuestos dependiendo del contexto. A partir del análisis causal, se pretende, por lo tanto, explicar e interpretar el fenómeno de las políticas de reforma de administración pública, dentro de un marco de referencia del método comparativo. Basadas en tales explicaciones será posible realizar las generalizaciones sobre este fenómeno, sea tanto para ampliar los conocimientos sobre los ciclos de políticas de reforma de la administración pública en los casos estudiados como para enriquecer el debate teórico sobre las trayectorias y cambios en la dirección de las políticas, contribuyendo a la literatura de América Latina y aspirando expandir los conceptos teóricos a otras literaturas. Cabe considerar que el análisis comparativo será hecho con base en los criterios de selección de los casos.

Para la colecta de las informaciones, se pretende adoptar dos técnicas de investigación: el análisis de documentos y la entrevista en profundidad. Para el análisis del documento serán reunidos todos los materiales que hacen referencial a los casos estudiados, sea normas legales, documentos de proyectos, planes, reglamentos, atas de reuniones, presentaciones oficiales, entre otros. Sin embargo, el análisis de documentos será una técnica complementaria, que tiene el propósito de generar conocimiento sobre el diseño del proceso, pero la técnica primordial será la entrevista en profundidad. Este método es bastante útil cuando se trabaja con pocos casos. Se pretende entrevistar

diferentes actores involucrados directamente en los procesos de reforma. La entrevista, como fuente de información, puede proveer informaciones sobre las relaciones, alianzas, disputas de poderes y conflictos entre los actores y sobre el contexto con el cual interactúan. El guión de entrevista será diseñado en función de las preguntas analíticas de la investigación y el discurso de los actores será interpretado en función de la teoría focal.

Justificativa y relevancia del estudio

Como se ha comentado, la literatura demuestra que Brasil, dentro de América Latina, es uno de los países que más se ha destacado en términos de reformas de la administración pública. El escenario político-administrativo brasileño convive con la efervescencia de los dos abordajes distintos de la reforma de la administración pública. Por un lado, el movimiento, en el sentido de democratizar la administración pública, se articula principalmente en la década de 1980, asociado a la lucha por la redemocratización del país, y tiene como marco la promulgación de la Constitución de la República Federativa de Brasil de 1988. Por otro lado, los que han optado por utilizar el enfoque gerencial se pautan en las ideas de la Nueva Gestión Pública, pretenden implantar en Brasil una administración pública gerencial, en sustitución a la administración burocrática. El marco es la creación del Ministerio de Administración y Reforma del Estado, en 1995, y la formulación del Plan Director de la Reforma del Aparato del Estado, con liderazgo del ministro Bresser Pereira.

Teniendo en consideración esta configuración del escenario brasileño, la opción por situar esta investigación en Brasil es analíticamente relevante por más dos razones particulares:

- PRIMERA: se refiere a la secuencia en la opción del enfoque para la reforma. El estudio comparativo sobre reforma de la gestión pública, realizado por Pollitt y Bouckaert (2004), demuestra que los países en diferentes momentos parecen inclinarse hacia una u otra estrategia de reforma. No obstante, los autores alegan que los países han optado primero por las estrategias de enfoque más gerenciales y que solo recientemente algunos países (principalmente de la Europa Continental) han inclinado hacia un enfoque más democrático. Siendo así, el caso de Brasil es analíticamente relevante por presentar una secuencia inversa. Cuando fue propuesta la reforma gerencial de Bresser Pereira, en 1995, la reforma democrática ya estaba en marcha. Según investigación realizada en 1996 para identificar posibles cambios en la gestión municipal de salud en Brasil, a partir de la descentralización (Fleury *et al*, 1997), se constata que, hasta aquel momento, el índice de innovación había alcanzado niveles más elevados en la dimensión social que en la dimensión gerencial y la asistencial.

- SEGUNDA: se refiere al argumento de que las reformas de gestión pública en países no pioneros están formadas por un proceso de imitación. Sahlin-Andersson's (2002) ha defendido la tesis de que el proceso de reforma de gestión pública es altamente imitativo. Para Ramió y Salvador (2005), "en los países de América Latina se produce una sinergia entre el isomorfismo coercitivo, de la mano de diversos organismos económicos internacionales, y el isomorfismo mimético, copia de modelos". El caso de Brasil es relevante para demostrar que el argumento de que el proceso de reforma es una imitación de los países anglosajones no es verdadero en todos los casos. Los que defienden la propuesta de un reforma democracia del Estado están luchando para se implantar en Brasil un modelo de reforma de la administración pública basado en los principios de esta propuesta. Sin, en lo en tanto, dejar de reconocer que algunas estrategias del gerencialismo pueden ser viables al modelo propuestos. Por eso, en esta investigación no se considera el caso de Brasil como una imitación, sino, más bien, como una innovación y reedición. Sobretudo, en algunos estados brasileños, como Minas Gerais, parecen convergir aspectos del enfoque democrático y del gerencial. Ramió y Salvador (2005) resalta también que "en los países latinos no se ha producido un debate político sobre el modelo de Estado que se desea implantar y, en cambio, sí se ha decidido aplicar un nuevo instrumental de gestión de la mano de la NGP de carácter neoempresarial". El estudio en Brasil también puede ser útil para refutar esa afirmación, una vez que el modelo de reforma democrática del Estado empezó a ser discutido antes del modelo gerencial, conforme dicho anteriormente.

En Brasil, los dos enfoques de la reforma han tenido alta relevancia en el sector de las políticas sanitarias. En el caso del enfoque democrático, el sector sanitario fue pionero a optar por un modelo democrático de reforma sanitaria que privilegia la descentralización del nivel central para el local y del Estado para la sociedad. Según Fleury (2004), la originalidad de la reforma sanitaria brasileña está dada en su fuerte componente de reforma do Estado, al rediseñar las relaciones entre los entes federativos y al instituir formas concretas de participación y controle social, con mecanismos de articulación y pacto entre los tres niveles de gobierno. Además, la organización del sistema sanitario debería adoptar el formato de una red descentralizada, integrada, con instancias deliberativas que garanticen la participación igualitaria de la sociedad organizada, en cada esfera gubernamental.

A su vez, la opción por el enfoque gerencial en el sector sanitario ocurrió de forma paralela al enfoque democrático. Es en el ámbito sanitario que el modelo propuesto por Bresser Pereira tiene su mayor expresión, una vez que este sector es el que más ha implantado las propuestas de Organizaciones Sociales (OS). El modelo de gestión de los servicios públicos adoptado por medio de las OS representa una de las estrategias centrales de la reforma

gerencial, por estar asociado a la redefinición del tamaño del Estado y posibilitar la participación no estatal en la prestación de servicios públicos (Carneiro-Junior, 2002).

Las propuestas de reforma de la administración pública en Brasil, tanto en términos democráticos como gerenciales, se desplegaron hacia los gobiernos regionales en los últimos años. Según estudio realizado por Abrucio y Gaetani (2006), Minas Gerais y São Paulo han sido unos de los estados del Brasil que más se han destacado en términos de reforma de la gestión pública. La mayor expresión de la reforma en Minas Gerais ha sido la creación del “Choque de Gestión”, en 2003, expresión utilizada para señalar la necesidad de un cambio radical en la gestión pública. Se destaca como principales estrategias, la reorganización del sector sanitario, a partir de una perspectiva de red (lo que llaman de “regionalización cooperativa”) y la modernización de la gestión pública, desarrollando en el SUS una cultura orientada al resultado (“Estado para Resultados”). A su vez, en São Paulo, una de las principales estrategias es modernizar la gestión pública, por medio de la separación de las funciones del Estado y la adopción del modelo de Organización Social (OS), derivados de la reforma gerencial.

Teoría focal: enfoques y modelos teóricos para el análisis

Diferentes teorías focales pueden ser utilizadas para explicar los cambios en la dirección de las políticas públicas. En el ámbito de las políticas de reforma de administración, este tema ha sido tratado, en la literatura internacional, a partir del marco neoinstitucionalista (Ramió y Salvador 2005, Pollitt y Bouckaert 2004) y, más recientemente, desde la perspectiva procesualista (Barzelay 2001, Gallego 2003, Gaetani 2002). Por un lado, las teorías basadas en el enfoque neoinstitucional han sido las más utilizadas en la literatura de Ciencias Políticas, por resaltar la importancia del papel de las instituciones políticas y de sus roles a la hora de explicar la estabilidad, el cambio o incluso la inestabilidad en las políticas. Por otro lado, el neoinstitucionalismo ha sido considerado insuficiente en los estudios que son enfáticamente procesuales en sus fundamentos teóricos. En este sentido, un enfoque alternativo viene siendo utilizado para explicar las causas del cambio institucional y de políticas, proponiendo un abordaje que relacionar teorías procesuales y teorías institucionales de elaboración de políticas: este enfoque fue denominado procesualismo institucional (Barzelay y Gallego, 2006).

El marco conceptual explicativo de esta investigación se basará principalmente en modelos teóricos que adoptan el enfoque procesualista institucional. De esta forma, esta investigación utilizará una perspectiva eminentemente procesual, aún que no dejará de considerar algunos aspectos de la

dimensión institucional. Hacer uso del marco procesualista a la realidad latinoamericana se considera doblemente relevante. Primero, porque el marco procesualista todavía es residual en la literatura latinoamericana y segundo porque su fuerza explicativa puede ser más significativa que el abordaje neoinstitucional, al considerar la debilidad institucional de los sistemas políticos y administrativos que caracterizan estos países.

Según Barzelay y Gallego (2006), el enfoque procesualista institucional tiene un fuerte interés en como las situaciones de interacción pueden reaccionar sobre el contexto. Para los autores, considerar el contexto temporal, además del contexto institucional, es una de las ventajas científicas significativas del abordaje procesualista institucional frente al neoinstitucionalismo. Además, el método utilizado para el análisis es bastante distinto entre los dos enfoques. Mientras el procesualismo institucional está centrado en el proceso y utiliza un método narrativo, el neoinstitucionalismo está fundamentado en variables. Según Barzelay y Cortázar (2004), en el método narrativo el foco de estudio son los eventos que constituyen un proceso, o sea, la secuencia de acciones que se desarrollan en un tiempo y contexto dados. Por su vez, el método centrado en variables no puede ofrecer una reconstrucción holística de secuencias singulares de acción: primero, porque para explicar la realidad considera relaciones entre categorías analíticas (variables) referidas a dimensiones específicas de la realidad y no encadenamientos de acciones; segundo, porque se abstrae del contexto natural en que dichas dimensiones tienen lugar, al aislar las variables explicativas y buscar relaciones universales entre ellas. El método narrativo explica el flujo de acciones recurriendo al contexto singular en el cual ellas ocurrieron. De esta forma, analizar el proceso permite comprender cómo diferentes características o elementos se articulan y adquieren sentido en una situación históricamente dada y no lo hacen (o lo hacen de manera distinta) en otra. En otras palabras, cómo un enfoque dado a la reforma de la administración pública puede generar cambios significativos en un contexto determinado y no en otro.

Por estos motivos, en esta investigación se ha optado por basarse en modelos teóricos que explican el cambio institucional y de políticas a la luz del procesualismo institucional. Serán utilizados el modelo propuesto por Baumgartner y Jones (1993) y el modelo de Kingdon (1984). Estos dos modelos serán utilizados de forma complementaria, mientras el primero servirá para explicar el cambio en la dirección de las políticas, el segundo es más apropiado para explicar el cambio aislado en las políticas.

Para entender el cambio en las políticas públicas, Baumgartner y Jones (1993) alegan que es más relevante analizarlo en función de un “equilibrio interrumpido”. Según su teoría, el proceso de política pública puede describirse como largos períodos de estabilidad intercalados con otros de inestabi-

lidad y grandes cambios en las políticas. Observan que estabilidad y cambio son elementos imprescindibles al proceso de políticas. Baumgartner y Jones argumentan que el potencial para cambios fundamentales en la dirección de las políticas será escaso mientras las decisiones se sigan tomando dentro de un subsistema de políticas estable. Así, analizan el proceso a través del cual se debilitan los subsistemas de políticas.

La imagen del tema, la estructura de dominio y el subsistema de políticas públicas son los componentes utilizados por Baumgartner y Jones para desarrollar su teoría. Según ellos, cuando se rompe la estabilidad que rodea al tema, el monopolio de las políticas se ve desafiado, es reconstruido o destruido, y finalmente es reemplazado por otra serie de imágenes e instituciones dominantes (nuevo período de equilibrio). De esta forma, el cambio ocurre cuando los funcionarios electos rompen el *statu quo*, dando lugar a una imagen diferente del asunto, a un dominio de política reordenado y a un subsistema de políticas reestructurado. Además, Baumgartner y Jones (1993) argumentan que la forma en que se define una política (*policy image*) y el marco institucional en que se desarrolla esa política se transforma de forma paralela: se cambia la estructura institucional, cambia la forma en que se define la política y viceversa.

El modelo de Baumgartner y Jones (1993) es útil a la investigación para analizar los tres factores que entrelazados sirven como fuentes de cambio en las políticas de reforma de gestión pública: el subsistema de políticas, la estructura del dominio y la imagen del asunto. Se interesa por las decisiones que pueden alterar las situación de equilibrio parcial, como y quien toma estas decisiones. Pretende conocer cual es la correlación de fuerza dentro del subsistema de políticas, quien son los participantes, que papeles juegan y que poderes tienen, como se relacionan, cuales son los conflictos de interés y alianzas. Se interesa también por la concepción dominante sobre el problema y cual es el status del tema en cada situación y contexto. El modelo de Baumgartner y Jones (1993) es útil aún para identificar cual es la relación entre la estructura institucional y la definición de políticas. Para comprender se el cambio en la forma de entender y definir los objetivos de las políticas de reforma de gestión pública se produce de forma paralela a un cambio en la estructura institucional en el que se desarrolla esa política.

Para un análisis más completo sobre los factores condicionantes de cambios y estabilidades en las políticas públicas, es relevante introducir también las cuestiones propuestas en el modelo de Kingdon (1984). El cambio en una política pública, en el modelo de Kingdon, es resultado de la compleja interacción de tres corrientes distintas que influyen en la formulación de políticas: la corriente de los problemas; la corriente de las políticas públicas (donde surgen las ideas y define las alternativas) y la corriente de la política (donde

establece la agenda gubernamental). Estas tres corrientes no tienen relación de secuencia, son independientes. Sin embargo, en algunas ocasiones (como en un problema irremediable o un acontecimiento en la corriente política), ellas se convergen creando una oportunidad para el cambio en las políticas públicas. Este escenario es descrito por Kingdon como la apertura de una “ventana de oportunidad” para el cambio de las políticas públicas. Este es el momento en que hay una progresión del asunto relativo a la acción política, que pasa de la agenda gubernamental de política hacia a la agenda de decisión.

Desde el punto de vista de Kingdon, cuando se abre una ventana, el “emprendedor político” (que son los actores o el actor que promueve las ideas de políticas públicas) debe inmediatamente aprovechar la oportunidad para iniciar la acción. Para que ocurra el cambio es importante que se abra por lo menos una ventana de oportunidad, pero el hecho de que se abra no implica necesariamente algún cambio. Es importante que los actores políticos sean capaces de identificar el momento propicio para promover sus ideas. Así, el comportamiento de estos actores, bien como sus funciones y los efectos de sus interacciones con los aspectos estructural y contextual, son, para Kingdon, factores importantes para comprender el cambio en el proceso de formación de políticas. Estos conceptos del modelo de Kingdon (1984) serán de gran utilidad para analizar la trayectoria de los temas de reforma de la administración pública dentro del ciclo de políticas. O sea, como ha surgido el tema, como ellos entran en la agenda y como las oportunidades para cambios en las políticas emergen y explotan. A partir del modelo de Kingdon se pretende también analizar la acción de los actores que promueven las ideas de las políticas públicas.

El análisis de redes (*policy network*) como marco teórico también puede incrementar la capacidad explicativa tanto del modelo de Baumgartner y Jones (1993) como del modelo de Kingdon (1984). El esquema teórico planteado por el análisis de redes será útil para ayudar describir las diferentes formas de interacción entre los actores que participan en el ciclo de políticas públicas. Según Parsons (2007), el análisis de redes enfatiza la necesidad de entender el proceso de elaboración de las políticas públicas en el marco de las redes de actores, institucionales y no institucionales, que determinan de hecho los contenidos y las formas que las políticas acaban tomando. La idea es que el cambio en las políticas públicas está condicionado (o mediado) por la estructura de la red. Así, la existencia de redes de actores cerradas o comunidad de política (Rhodes 1990) puede facilitar la estabilidad en las políticas. El esquema teórico desarrollado por Rhodes (1990) será de gran utilidad para analizar los tipos de redes y sus clasificaciones. Hay un especial interés en identificar en que medida los cambios institucionales alteran las posiciones de poder o las posibilidades de representación de los intereses de diferentes actores.

Bibliografia

- ABRUCIO, F.; GAETANI, F. (2006): “Avanços e perspectivas da gestão pública nos estados: agenda, aprendizado e coalizão”, a Consad, *Avanços e perspectivas da gestão pública nos estados*, Brasília: Consad.
- BAUMGARTNER, F.R.; JONES, B.D. (1993): *Agendas and Instability in American Politics*. The University of Chicago Press.
- BARZELAY, M. (2001): *The new public management: improving research and policy dialogue*. University of California Press.
- BARZELAY, M; CORTÁZAR, J.C (2004): *Una guía práctica para la elaboración de estudios de caso sobre buenas prácticas en gerencia social*. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES), Banco Interamericano de Desarrollo
- BARZELAY, M, GALLEGO, R (2006): “From ‘new institutionalism’ to ‘institutional processualism’: Advancing knowledge about public management policy change” a *Governance*, 19(4) pp. 531-557
- _____ (2010): “The comparative historical analysis of public management policy cycle in France, Italy, and Spain: Symposium introduction” a BARZELAY, M., GALLEGO, R.: *Governance Symposium on the Politics of Public Management Policy Change in France, Spain, and Italy*.
- BRUGUÉ, Q. (2004): “Modernizar la administración desde la izquierda: burocracia, nueva gestión pública y administración deliberativa” a *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. Caracas, n. 29.
- CAÍS, J. (1997): “Metodología del análisis comparativo” a *Colección Cuadernos Metodológicos*, n. 21. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- CARNEIRO-JUNIOR, N. (2002): *O setor público não estata: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde*. Tesis doctoral. São Paulo: USP.
- CUNILL-GRAU, N. (1997): *Repensando lo público a través de la sociedad: nuevas formas de gestión pública y representación social*. Caracas: Centro latinoamericano de Administración para el Desarrollo - CLAD: Editorial Nueva Sociedad.
- FLEURY, S. (2004): “A seguridade social inconclusa” a ROCHA, D., BERNARDO, M. (org) *A era FHC e o Governo Lula: transição?*. Brasília: INESC.
- _____ (2001): “Reforma del Estado” a *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro: n.35, v.5, pp. 7-48.
- FLEURY, S. *et al* (1997): “Municipalização da saúde e poder local” a *Revista de Administração Pública* Rio de Janeiro, n.21, v. 3, Mai/Jun, pp. 195-208
- GALLEGO, R. (2003): “Public management policy making in Spain, 1982-1996: policy entrepreneurs and (in)opportunity windows”, *International Public Management Journal*. 6(3): 283-307
- _____ (1996): “Reformas de *New Public Management*: el caso de la Administración sanitaria catalana” a *GAPP* n. 5-6. pp. 163-174.
- KICKERT, W.; KOPPENJAN, J. (1997) “Public management and network management”, in Kickert W. and Klijn, E., *Managing complex networks*. London:Sage , pp. 35-61.

- KINGDON, J. (1995): *Agendas, Alternatives and Public Policies*. 2ed. New York: Longman.
- LANE, J.E. (2000) *The public sector: concepts, models and approaches*. London: Routledge.
- MARCH, J., OLSEN, J. (1989), *Rediscovering institutions : the organizational basis of politics*, The Free press, New York.
- METCALFE, L. (1996) “Gestión Pública: de la imitación a la innovación”, a Brugué, Q i Subirats, J. (comps) *Lecturas de gestión pública*. Madrid: INAP, pp.77-100.
- MINTZBERG, H. (1996) “Managing Government, Governing Management” a *Harvard Business Review*. pp. 75-83
- PARSONS, W. (2007): *Políticas Públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. México: Flasco, Sede Académica de México
- POLLITT, C.; BOUCKAERT, G. (2004): *Public Management Reform. A comparative Analysis*. New York. Oxford University Press. 2nd edition.
- PAULA, A. P.P.de (2003): *Entre a administração e a política: os desafios da gestão pública democrática*. Campinas, SP.
- RAGIN, C. BERG-SCHLOSSER, D. MEUR, G. (2001) “La metodología en ciencias política: métodos cualitativos” a GOODIN, R. KLINGEMANN, H. *Nuevo manual de Ciencia Política*. Tres Cantos, 2v., pp.1081-1109
- RAMIÓ, C., SALVADOR, M. (2005): *Instituciones y nueva gestión pública en América Latina*. España: Fundación Cidob.
- SABATIER, P., JENKINS-SMITH, H. (ed.) (1993). *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*. Westview Press, Boulder.
- SAHLIN-ANDERSSON, K. (2002): “National, International and Transnational Constructions of New Public Management” a CHRISTENSEN, T., LAEGREID, P. *New Public Management: the transformation of ideas and practice*. Ed. Aldershot: Ashgate.
- STOKER, G. (1996): “Governance as Theory: five propositions”, *International Social Sciences Journal*, n. 155, pp. 17-28.
- YIN, R. (1994): *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks, 2 ed. públicas.

Cassese S. *A CRISE DO ESTADO*.
Campinas: Saberes Editora; 2010. 149 p.

Hudson Pacifico da Silva
Departamento de Medicina Preventiva,
Universidade de São Paulo (USP)
hudson@usp.br

Em *A crise do Estado*, Sabino Cassese reúne uma série de artigos de sua autoria, nos quais identifica e discute diversos fatores responsáveis por modificar o papel do Estado nacional, que estaria passando por uma crise cuja manifestação mais evidente seria a perda de sua unidade, tanto interna quanto externamente. Não se trata de assunto novo, como reconhece o próprio autor, na medida em que a “crise do Estado” tem sido objeto de discussão desde o início do século XX, quando a soberania interna do Estado passou a ser questionada pela consolidação de organismos poderosos, tais como os sindicatos e os grupos industriais, pela criação de poderes públicos internacionais, pela inadequação dos serviços estatais ante as expectativas dos cidadãos e da sociedade em geral e pela transferência de atividades estatais, via privatizações e concessões, para sujeitos privados.

Escritos e publicados entre 1996 e 2002, os capítulos do livro reproduzem o pensamento de um dos mais importantes estudiosos europeus no campo do direito

público e sua experiência como presidente do European Group for Public Administration, no período 1987-1991, e como juiz da Corte Constitucional Italiana. Atualmente é professor das disciplinas História e Teoria do Estado na Scuola Normale Superiore de Pisa (Itália) e Regulação Global no programa de Master of Public Affairs do Sciences-Po, Paris (França). Suas publicações mais recentes incluem as seguintes obras: *Il mondo nuovo del diritto* (2008, Laterza), *I tribunali di Babele* (2009, Donzelli), *Il diritto globale* (2009, Einaudi).

O livro está organizado em sete capítulos. O primeiro, “Crise do Estado e governança global”, apresenta três casos recentes – o caso Amadeus, o caso GE-Honeywell e o protocolo de Quioto – para ilustrar diferentes modalidades de construção de poderes públicos não estatais, cujo resultado seria o estabelecimento de ordenamentos jurídicos globais que se impõem aos Estados nacionais, embora a constituição desses ordenamentos tenha sido incentivada pelos próprios Estados.

O capítulo seguinte, “Poderes independentes, Estados e relações supraestatais”, trata de duas crises que atingem os Estados nacionais: a primeira está relacionada com a perda da unidade estatal e o controle governamental dos aparelhos públicos, caracterizada pela fragmentação dos ordenamentos estatais e pela atuação de autoridades independentes; a segunda diz

respeito à perda da soberania econômica dos Estados, fruto do processo de globalização da economia, implicando crescente assimetria entre mercado e Estado.

Três modificações importantes nas relações entre Estado e economia são abordadas pelo autor no terceiro capítulo, “O fim da soberania econômica do Estado”. Se antes o Estado era mais soberano no que se referia à economia, sua atuação era mais intervencionista e havia unidade de comando no governo da economia, agora não há mais soberania estatal no campo econômico, o Estado intervencionista e protetor foi substituído por um Estado regulador e o comando da economia encontra-se fragmentado.

O quarto capítulo, “A erosão do Estado: um fato irreversível?”, apresenta ambiguidades relacionadas ao tema da erosão do Estado, assim como tensões produzidas por elas. Partindo da premissa de que o recuo da soberania estatal constitui um problema histórico e culturalmente condicionado, Cassese procura mostrar que os Estados nacionais, embora recuados e submetidos à governança global, reagiram de diferentes formas, num movimento que, segundo o autor, parece indicar seu retorno ao centro.

As características dos ordenamentos internacionais e supranacionais, os efeitos que a criação desses ordenamentos produz nos Estados e as formas como interagem os poderes públicos internacionais, supranacionais e estatais são os temas tratados no quinto capítulo, “Os Estados na rede internacional dos poderes públicos”, no qual o autor busca traçar as principais linhas da nova ordem dos poderes públicos.

No capítulo seguinte, “A União Euro-

peia como organização pública composta”, Cassese trata da natureza e das implicações da União Europeia, considerada a mais desenvolvida forma de integração regional e de organização pública composta. Também são abordadas as características dos ordenamentos gerais estatais e sua crise, assim como as diferentes formas de integração regional.

Finalmente, o sétimo capítulo, “A arena pública: novos paradigmas para o Estado”, apresenta quatro casos ocorridos na Europa para ilustrar a crise do paradigma tradicional do direito público, centrado no binômio Estado-cidadão. Utilizando o termo “arena pública” para designar o espaço onde ocorrem as atividades públicas e o intercâmbio entre Estado e sociedade, o autor aponta o surgimento de novos paradigmas, caracterizados pela concorrência entre as instituições, pela organização pública multinível, pelo predomínio da negociação e pelo fim da bipolaridade.

As reflexões realizadas na obra são de grande importância para gestores e pesquisadores da área de saúde coletiva. Em primeiro lugar, porque contribuem para afastar ideias simplistas acerca da complexidade das relações entre Estado e mercado, público e privado, “que antes eram considerados mundos separados e em oposição” e que agora apresentam-se como “entidades que se interpenetram”. Em segundo lugar, porque mostram como muitas decisões do Estado encontram-se sob influência, direção e controle de diversos poderes públicos internacionais (ONU, FMI, OMC, Banco Mundial etc.), os quais, paradoxalmente, foram instituídos pelos próprios Estados. Em terceiro lugar, porque trazem à tona a problemá-

tica dos esforços de integração regional e da constituição de organizações públicas compostas, como o Mercado Comum do Sul (Mercosul), que demandam a adoção de abordagens integradas envolvendo os diferentes países que compõem essas organizações. E, em quarto lugar, porque explicitam os problemas de coordenação das políticas públicas por conta do fortalecimento de autoridades independentes, como as agências reguladoras (ANS, Anvisa), cuja atuação pode ser questionada em razão da baixa legitimidade democrática (dirigentes não eleitos).

Uma das principais mensagens do livro é que o fim da bipolaridade Estado-cidadão revela a insuficiência dos modelos tradicionais para analisar um objeto que se encontra em constante transformação, o que demanda uma mudança de postura dos estudiosos, assim como a utilização de instrumentos de análise mais sofisticados para dar conta da nova realidade. Nas palavras do autor: “Os novos paradigmas do Estado colocam em discussão todas as noções, temas e problemas clássicos do direito público (...) e requerem também a mudança de comportamento científico em relação ao direito, porque a doutrina jurídica não pode manter imutáveis os próprios códigos de referência com uma mudança tão radical do seu objeto.” Do mesmo modo, pode-se afirmar que a área de saúde coletiva também precisa repensar sua postura ante as transformações pelas quais o Estado vem passando nas últimas décadas.

Duas observações devem ser feitas, porém. A primeira é que os textos do livro foram escritos numa época de predomínio das ideias de natureza neoliberal, cujos

princípios estão associados à redução do tamanho do Estado e ao fortalecimento do livre mercado. A recente crise econômica de 2008, resultado em grande parte da desregulação dos mercados financeiros, colocou em xeque a pertinência dessas ideias e trouxe novamente para o centro do debate o papel estratégico do Estado no desenvolvimento das nações. A segunda observação é que o livro foca suas análises na realidade dos países desenvolvidos, mais precisamente da Europa, onde o processo de integração regional encontra-se em estágio mais avançado, limitando o raio de ação dos Estados nacionais, que devem se submeter às instituições criadas pelos organismos públicos supranacionais para a integração de políticas. Entretanto, há diferentes tipos de integrações regionais, cada qual com suas características, implicando níveis diferenciados de perda de soberania dos Estados. Essas duas observações apontam para a necessidade de se contextualizarem os casos e reflexões apresentados na obra, localizando-os corretamente no tempo e no espaço.

Apesar dessas observações, “a excelência do autor, a contemporaneidade do tema, o caráter multidisciplinar e a lucidez no tratamento dos assuntos” tornam a leitura do livro atual, instigante e de grande utilidade para todos aqueles interessados em refletir sobre os diversos aspectos associados à crise do Estado e à sua capacidade de formular e executar políticas públicas, como bem destacado por Odete Medauar no texto de apresentação da edição em português.

Saúde no Rio de Janeiro: um drama público

REPORTAGEM

Beatriz Salomão¹

Em junho de 2008, depois de quatro meses na editoria de cidade e polícia do jornal *O Dia*, fui transferida para a seção de ciência, saúde e mundo do mesmo periódico. A mudança fazia parte do rodízio pelo qual os estagiários passavam, e o foco da nova editoria era a saúde pública do Rio de Janeiro, assunto na época totalmente desconhecido por mim.

Além de sugestões de pauta vindas de assessorias de imprensa, meu ramal recebia, diariamente, reclamações de usuários da rede pública, principalmente da capital. As denúncias sempre se baseavam na falta de médicos, na superlotação dos hospitais e no atendimento precário. Devido ao pequeno espaço dedicado à editoria de saúde – somente em casos de epidemia na cidade tínhamos mais do que uma página por dia – e à pressa do fechamento diário, o caos na saúde pública não era devidamente aprofundado. Além do drama do paciente, publicávamos apenas a resposta padrão das assessorias de imprensa das secretarias de saúde.

O período de um ano e oito meses em que estagiei na editoria me deu suporte para desenvolver um trabalho acadêmico para o curso de Jornalismo da Universidade Federal Fluminense, aqui reproduzido com algumas adaptações. O contato diário com setoristas de saúde pública, especialistas da área e usuários da rede foi fundamental, assim como a ida constante aos hospitais públicos para apuração de matérias. Destaco ainda, como parte do aprendizado, a cobertura das epidemias de dengue, no verão de 2008, e gripe H1N1, em 2009.

Após o término do estágio, em fevereiro de 2010, surgiu a ideia de fazer uma reportagem sobre o caos das emergências da rede pública de saúde da capital do Rio de Janeiro. Nesse trabalho, procurei mostrar não só o drama dos pacientes que necessitam do serviço, mas também a dificuldade enfrentada por gestores, o que está sendo feito e a visão crítica de estudiosos.

Durante uma semana, dediquei-me, exclusivamente, ao trabalho *in loco*. Para isso, escolhi acompanhar de perto o atendimento das seguintes unidades:

¹ Bacharel em Jornalismo pela Universidade Federal Fluminense (UFF). salomao.bia@gmail.com.

1. Hospital Federal do Andaraí, por ser a única emergência da rede federal que recebe pacientes no modelo “porta aberta”, sem a necessidade de encaminhamento e por ser a que mais sofre com a superlotação.
2. Hospital Estadual Getúlio Vargas (Penha), por ter localização que favorece casos de emergência: ao lado do Complexo do Alemão, no início da rua que dá acesso à favela da Chatuba e próximo às movimentadas avenidas Brasil e Washington Luís. Além disso, a unidade é conhecida pelos constantes déficits no quadro médico.
3. Hospital Municipal Souza Aguiar (Centro), por ser considerado a maior emergência da América Latina e por ser pioneiro na adoção da classificação de risco, que determina a ordem do atendimento e impede que casos menos graves entrem na unidade.
4. Hospital Municipal Miguel Couto (Gávea), única emergência pública da Zona Sul, que não sofre com falta de médicos, mas tem o atendimento sobrecarregado por aceitar todo tipo de paciente. É a unidade da capital que mais realizou atendimentos em 2010.

O trabalho nos hospitais começava no início da manhã, com a análise dos casos que chegavam à emergência. A entrada nas unidades e o contato com pacientes internados ocorriam sempre no horário de visitas, no período da tarde. A ajuda dos parentes foi fundamental na coleta dos dados. Deixei claro que as informações fariam parte de um trabalho acadêmico para o curso de Jornalismo. Durante as visitas, fotografei com a câmera do celular as instalações dos hospitais.

Entrevistei, por telefone e presencialmente, cerca de 15 pessoas, entre diretores de hospital, gestores das secretarias municipal e estadual de saúde, médicos, enfermeiros e acadêmicos. Muitas das entrevistas serviram para embasar a reportagem, sem necessariamente aparecer no texto final. Além disso, passei duas semanas em pesquisa e participei de uma reunião do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), do Congresso Médico dos Hospitais Públicos de Emergência, e do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj), em que o tema foi discutido.

Os números relativos ao fluxo de atendimento foram passados pelas assessorias de imprensa. A seguir, pretendo ter conseguido abranger boa parte das questões que envolvem o problema da saúde pública do Rio de Janeiro.

O drama de quem precisa do serviço público

Quando deu entrada no Hospital Federal do Andaraí, em janeiro de 2010, com inchaço nos pés, o aposentado Cristóvão Pereira não imaginava permanecer por tempo indeterminado em uma das principais unidades da Zona Norte do Rio de Janeiro. O grave problema renal de que sofre foi diagnosticado apenas no hospital, já em estágio avançado, e hoje não há vagas disponíveis em clínicas de hemodiálise conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Como o Andaraí oferece o serviço apenas para pacientes internados, a solução foi “morar” na emergência para que os rins não parassem de funcionar.

Afastado da família e do convívio com os vizinhos do bairro de Paciência, Cristóvão vive um exílio forçado no hospital. Aos 63 anos, ele está privado até do conforto: dorme em uma poltrona, na pequena sala do Serviço de Pronto Atendimento (SPA), no primeiro andar, onde diariamente chegam em média seiscentas pessoas, com os mais variados males, principalmente pé diabético, câncer e doenças crônicas. O caso do aposentado está longe de ser pontual e resume o drama de quem necessita do serviço público de saúde da cidade do Rio. De janeiro a maio de 2010, os dez hospitais das redes municipal e estadual, que funcionam no sistema “porta aberta”, recebendo pacientes sem a necessidade de encaminhamento, realizaram cerca de 650 mil atendimentos somente na emergência. A alta quantidade de demanda e de unidades, porém, não se reflete em qualidade para o usuário. Atendimento precário, salas superlotadas, carência de médicos e de insumos viraram expressões de referência para o sistema de saúde pública da capital.

Por nunca ter sido acompanhado por um médico e raramente realizar exames, Cristóvão desenvolveu a doença renal sem perceber. Quando o problema se agravou e começou a comprometer o movimento das pernas, o caso, que poderia ter sido prevenido, foi parar na emergência de uma das unidades de maior complexidade do estado, cujo perfil é cirúrgico. Tudo o que a família desejava

era uma solução rápida para o problema que julgava ser simples. Cassilda Pereira, 62 anos, conta que o irmão chegou ao Andaraí às 17 horas de uma terça-feira, mas esperou até a noite para ser atendido e só foi internado às 5 horas do dia seguinte. Com os trinta leitos da emergência lotados, ele esperou duas semanas internado no SPA – local projetado apenas para estabilizar os casos emergenciais – até conseguir vaga na enfermaria, onde permaneceu quatro meses realizando hemodiálise três vezes por semana.

Em maio, uma esperança para o fim do exílio forçado. O Andaraí comunicou à família a existência de vaga disponível para

"A todo momento, vemos chegar pacientes infartados, baleados e vítimas de acidente, que vão se amontoando na emergência, porque não há mais espaço em outros lugares." (Cassilda Pereira – usuária da rede pública)

hemodiálise em uma clínica particular da Taquara, Zona Oeste, conveniada ao Sistema Único de Saúde. A alegria de receber alta, voltar para casa e dar continuidade ao tratamento, porém, durou menos de um dia. O hospital viabilizou a transferência, mas se esqueceu de avisar que o

paciente não possuía documentos, o que impossibilitou a entrada de Cristóvão na unidade. Segundo Cassilda, semanas antes de desenvolver a crise renal, ele perdeu identidade e CPF e não se mobilizou para adquirir a segunda via. Ela tentou explicar o caso e informou que já havia requisitado a retirada dos documentos por meio do posto móvel do Detran, que iria até o hospital, mas a clínica não aceitou abrir o prontuário. Sem escolha, ele retornou no mesmo dia ao hospital federal, mas a vaga na enfermaria já estava ocupada. O único

espaço disponível era a poltrona da emergência, onde ele está até hoje.

No dia em que foram à clínica, conta Cassilda, chovia muito e o trajeto entre a Taquara e o Andaraí foi feito de ônibus, com o irmão sentindo fortes dores e com dificuldade de locomoção. Eles não imaginavam que a vaga na enfermaria fosse ser preenchida tão rapidamente, mas, para a família, o atendimento precário da emergência era melhor do que a falta de assistência em casa.

Todos os dias, às 15 horas, Cassilda e a filha, Valéria Pereira, de 42 anos, vão ao Andaraí. Durante os trinta minutos de visita, muito carinho, além de olhos e ouvidos atentos às necessidades e reclamações de Cristóvão. Elas contam que precisaram levar um banco de casa para que o paciente pudesse ficar com os pés para o alto. Na bolsa, sempre há roupas de cama e biscoitos doces, entregues longe da vista dos médicos. Essa é a forma que Cassilda encontrou para amenizar a dor do irmão. Ao descrever a realidade do SPA e os planos para o futuro, ela não consegue controlar as lágrimas.

“A todo momento, vemos chegar pacientes infartados, baleados e vítimas de acidente, que vão se amontoando na emergência, porque não há mais espaço em outros lugares”, descreve. Ela conta que já viu pessoas morrendo ao lado do irmão e classifica o SPA como desumano, sem conforto e sem atendimento, onde os pacientes ficam jogados. “Rezo para que essa vaga saia logo, porque não temos dinheiro para pagar o tratamento em uma clínica particular”, desabafa.

Fundado em 1955, o Hospital Federal do Andaraí, localizado no bairro de mesmo nome, realiza, em média, seiscentos

atendimentos por dia, somente na emergência. Às segundas e terças o índice sobe para 750, e na epidemia da dengue, em 2008, alcançou o recorde de mil atendimentos diários. Os corredores do primeiro andar estão sempre lotados, com pelo menos vinte macas, todas enfileiradas de acordo com a ordem de chegada do paciente. Não há isolamento adequado para doenças infecciosas, que se misturam aos outros casos.

A sobrecarga tem alguns motivos, segundo o chefe da emergência, Alexandre Santos Bandeira. Ele explica que, apesar de a unidade estar inserida na Área Programática (AP) 2.2, relativa à Grande Tijuca e à Ilha do Governador, com cerca de 400 mil habitantes, recebe pacientes de toda a capital e de outros municípios. Segundo Bandeira, a AP 2.2 representa 50% dos usuários, e 7% vêm de outras cidades, principalmente da Baixada Fluminense.

De acordo com a Portaria n. 2.048 do Ministério da Saúde, que classifica os hospitais em níveis que vão até 6, o Andaraí ocupa o maior deles, por ser um hospital voltado para casos de alta complexidade e cirurgias. Porém, para Bandeira, o perfil da unidade se perde devido à enorme “massa humana que busca a solução de problemas simples até para um posto de saúde”. Segundo ele, há trinta leitos fixos na emergência, mas, de janeiro a maio de 2010, ficaram, em média, noventa pacientes no local. O Centro de Tratamento Intensivo opera sempre com os 24 leitos ocupados. Para atender todos os casos, há 540 funcionários na unidade.

O chefe do setor reconhece que a procura é muito maior do que a capacidade de internação do Andaraí e diz que encon-

tra dificuldade para encaminhar pacientes para outras unidades e desafogar o local. Além disso, algumas equipes médicas estão desfalcadas e outras têm profissionais muito jovens, o que, segundo Bandeira, dificulta o atendimento. Outro problema apontado pelo médico são os casos de baixa complexidade, que poderiam ser resolvidos em um posto de saúde – a AP 2.2 tem, pelo menos, três – mas que chegam à unidade. Com isso, a energia dos médicos é drenada e desviada do principal foco, que é a alta complexidade. “O Andaraí não pode ser substituído da rede básica, mas é o que ocorre, porque os outros lugares não atendem. Nós não internamos mais pessoas porque não cabem mais”, declara.

Nos primeiros minutos do jogo do Brasil contra a Coreia do Norte, no dia 15 de junho, o aposentado Sebastião Monteiro Silva, 86 anos, chegou ao Andaraí com sintomas de pneumonia e foi direto para o Serviço de Pronto Atendimento. Como não havia leitos, macas, nem sofás vagos, e a emergência operava na capacidade máxima, ele foi obrigado a ficar em uma cadeira de rodas. O descaso já não choca quem está há dias no local. Pacientes relatam que esse é o procedimento padrão da emergência, e muitos deles passaram noites na cadeira até vagar o sofá. A maioria é tratada, passa o período de recuperação e recebe alta sem sair da emergência.

Segundo Mary Jane Silva, 40 anos, quando o pai chegou, não havia lençol no Andaraí. O paciente da cadeira ao lado aceitou dividir o cobertor com Sebastião para aliviar o frio. Ela reclama da superlotação e da pouca quantidade de médicos, mas reconhece que o hospital é um dos poucos da Zona Norte que ainda aten-

dem. Apesar de morar em Ramos, não procurou o Hospital Geral de Bonsucesso – outro hospital da rede federal – porque sabia que lá o paciente não iria ser aceito.

Fluxo de pacientes

Pela rede municipal, cinco hospitais operam como emergência porta aberta: Miguel Couto, na Gávea; Souza Aguiar, no Centro; Lourenço Jorge, na Barra da Tijuca; Paulino Werneck, na Ilha do Governador; e Salgado Filho, no Méier. De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde e da Defesa Civil, o maior registro de atendimentos vem do Miguel Couto, única emergência pública da Zona Sul. De janeiro a maio de 2010, foram 139.750 prontuários abertos, média de 930 por dia, número 15% maior do que os 120.823 registrados no mesmo período de 2009. Em seguida, vêm Lourenço Jorge (97.341), Souza Aguiar (84.794), Salgado Filho (49.628) e Paulino Werneck (17.566). Durante todo ano de 2009, as emergências realizaram, juntas, 768.643 atendimentos.

Nos primeiros cinco meses de 2010, o número de pacientes nos hospitais municipais superou os da rede estadual, que também conta com cinco unidades porta aberta: Pedro II, em Santa Cruz; Rocha Faria, em Campo Grande; Albert Schweitzer, em Realengo; Getúlio Vargas, na Penha; e Carlos Chagas, em Marechal Hermes. Enquanto o município registrou 389.079 atendimentos, no estado foram 258.789, com destaque para o Albert Schweitzer, concentrando quase 22% dos pacientes (84.003). Em seguida, estão os hospitais Rocha Faria, com quase 71 mil atendimentos, e o Pedro II, com 52 mil.

Pela rede federal, os hospitais do Andaraí e Geral de Bonsucesso trabalham com emergência. Apesar de requisitados com um mês de antecedência, os números relativos ao atendimento não foram repassados pelo Departamento de Gestão Hospitalar do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro.

Um olhar crítico

A cidade do Rio de Janeiro conta hoje com a maior rede de hospitais públicos de emergência do país, com 12 unidades. A maioria foi inaugurada na época em que a cidade era a capital federal. Segundo Lígia Bahia, professora do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), o número de emergências se justifica pelo plano diretor adotado pelo então prefeito Pedro Ernesto, gestor de 1931 a 1936, focado nos hospitais. A especialista cita ainda que os institutos de aposentadoria e pensão também construíram redes hospitalares e acabaram contribuindo para o atual panorama da cidade. Para ela, boa parte dos hospitais está “capenga e sucateada”. “A cidade saiu na frente na construção de hospitais de emergência. O prefeito Pedro Ernesto construiu as emergências nos eixos que acreditava ser os de desenvolvimento da capital. O Rio de Janeiro virou uma cidade das emergências”, declara.

Na avaliação do vereador Paulo Pinheiro (PPS), ex-membro da Comissão de Saúde da Câmara e ex-diretor do Hospital Municipal Miguel Couto, a estrutura dos hospitais não acompanhou a mudança do perfil do paciente, ocasionada pelo aumento da expectativa de vida. Doenças crônicas, praticamente inexistentes na

época em que as unidades foram fundadas, hoje chegam às grandes emergências e se misturam aos casos de traumas, aumentando, assim, a superlotação. Segundo o vereador, o mesmo panorama se repete em todas as unidades públicas: salas operando com o triplo da capacidade, cerca de 50% dos pacientes com mais de sessenta anos e enfermarias sem vagas disponíveis. “É muito mais difícil administrar um hospital de emergência que funcione 24 horas de porta aberta, onde acidentados, infartados e até vítimas de câncer chegam a todo momento”, avalia.

Fora das salas de emergência, na parte administrativa, outro problema afeta os hospitais: a política de Recursos Humanos. Dados levantados pelo vereador indicam que, nas emergências administradas pela Prefeitura, 90% dos médicos são terceirizados, contratados pela fundação Fiotec, ligada à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Segundo Pinheiro, esse tipo de profissional, que trabalha com carteira assinada pela fundação, é mais jovem e, conseqüentemente, tem menor experiência. Outro problema, segundo ele, é a migração de médicos. Pelo mesmo contrato via Fiotec, o governo estadual paga R\$ 5,5 mil por um plantão de 24 horas semanais, R\$ 2 mil a mais do que o oferecido pelo município. A discrepância, diz o vereador, gera falta e abandono de emprego. “Não há uma seleção rígida para entrar via Fiotec, e muitos médicos dizem que basta ter CRM. A Prefeitura chegou à conclusão de que o caminho dos estatutários está encerrado. Eles alegavam que o concursado é incontrolável porque não perde o emprego, mas os contratados abandonam os plantões. Na emergência

só tem garoto inexperiente, e nós estamos entregues a eles”, critica.

Em 2009, por meio do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) assinado com o Ministério Público Estadual, a Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (Sesdec) ficou proibida de contratar médicos via cooperativas. Na época, o modelo foi duramente criticado por médicos e membros da oposição. Como não têm vínculo direto com o Estado e quase nenhuma garantia trabalhista – como férias, FGTS e 13º salário –, os contratos por cooperativas foram considerados precários, o que levou muitos médicos a abandonarem o serviço, prejudicando o atendimento.

A versão oficial da secretaria é de que desde que o TAC foi assinado só entram médicos via Fesp (atualmente, Centro Estadual de Estatísticas Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro – Fundação CEPERJ) ou Fiotec. Entretanto, no início de junho, a Sesdec autorizou a contratação de 51 técnicos de enfermagem via cooperativa para o Hospital Estadual Getúlio Vargas. Um dos responsáveis pela seleção dos profissionais, o diretor médico da unidade, Sérgio Antônio Palermo de Almeida, ficou surpreso ao tomar conhecimento da decisão do MP. Segundo ele, a autorização partiu da gerência de RH da secretaria, com a justificativa de que o banco de profissionais da Fesp havia acabado e, pela Fiotec, só podem ser chamados médicos. A Sesdec não comentou o caso.

Hospital Getúlio Vargas, unidade cercada de problemas

A irregularidade na contratação dos técnicos de enfermagem é um dos problemas que menos afetam diretamente a vida do usuário que recorre à unidade da Penha. Com uma localização que favorece casos de trauma: ao lado do Complexo do Alemão, no início da rua que dá acesso à favela da Chatuba – áreas mais violentas da cidade, controladas pelo Comando Vermelho –, e próximo às movimentadas avenidas Brasil e Washington Luís, o Hospital Getúlio Vargas recebe, em média, trezentos pacientes por dia na emergência.

Referência para casos de neurologia, a unidade está com déficit na especialidade.

"No Hospital Getúlio Vargas, o paciente entra com um trauma, mas sai traumatizado devido à realidade do local."

(Eliane da Silva Machado- usuária da rede pública)

No início de 2010, cerca de dez profissionais abandonaram o emprego, e as vagas ainda serão preenchidas via Fiotec. Quarta-feira, sábado e domingo, pela manhã, não há a especialidade no hospital, e segunda e quinta, há apenas um plantonista. O ideal são dois médicos por plantão, mas apenas terça, sexta e domingo à noite o quadro está completo. Apesar de o panorama ser conhecido por profissionais da saúde, pacientes não deixam de ser encaminhados ao HGV em busca da especialidade. Pela rede estadual, o hospital é a única referência em neurologia da capital. Os outros são Hospital Adão Pereira Nunes (Saracuruna), em Duque de Caxias, e Azevedo Lima, em Niterói.

A falta de especialistas para atender à crescente demanda não se restringe ao serviço de neurologia. O ideal são seis clí-

nicos por plantão, porém segunda à noite há três; quinta, cinco; e sexta, pela manhã, quatro. No sábado há três clínicos durante o dia e dois à noite; e no domingo, dois à noite e apenas um durante o dia. Na enfermagem há déficit de cinquenta enfermeiros e setenta técnicos. Para suprir a carência que se agrava no fim de semana, quando o fluxo de pacientes aumenta, médicos fazem um rodízio e trabalham fora dos dias de plantão.

Segundo a diretoria da unidade, a única área que não sofre com déficits é a ortopedia. Há dez meses, o serviço é comandado por bombeiros, transferidos do Hospital Albert Schweitzer, em Realengo. Por isso, há sempre os seis especialistas exigidos por plantão. No total, a emergência do HGV conta com cerca de trinta médicos por plantão, quando não há faltas.

A Sala Amarela da emergência, intermediária entre a enfermaria e o Centro de Tratamento Intensivo (CTI), é dividida em três alas: masculina, feminina e pediátrica. Cada uma tem capacidade para 16 leitos, mas, juntas, elas concentram cerca de cem pacientes, quarenta deles na parte masculina. Na Unidade de Pacientes Graves (UPG) não há pessoas excedentes, mas o setor opera sempre na capacidade máxima de 16 leitos. Nas primeiras semanas de junho, havia 25 macas no corredor. Os casos de internação mais frequentes são de clínica médica, fratura em idosos, doenças crônicas e problemas respiratórios. Para Sérgio Antônio, o ideal seria “fechar” a emergência e só atender casos referenciados de ortopedia, neurologia e cirurgia. O médico explica que o tempo médio de permanência na emergência não deveria passar de 24 ho-

ras, mas no Getúlio Vargas os pacientes chegam a permanecer por uma semana. Os 380 leitos da enfermaria ficam, constantemente, ocupados. Desses, cinquenta são reservados para clínica médica, 35 para ortopedia e 35 para neurologia.

Segundo o diretor geral da unidade, Luiz Sérgio Duarte Verbicaro, 40% da demanda vêm de outros municípios, principalmente da Baixada Fluminense. Ele ressalta que o Hospital Geral da Posse, em Nova Iguaçu, não consegue absorver toda a demanda da região e encaminha para as unidades da capital, até para casos simples como uma avaliação pré-cirúrgica.

No dia do primeiro jogo do Brasil na Copa do Mundo, o hospital recebeu sete fraturas expostas. Em 2010, entre os 8.398 casos de trauma em adultos, os mais recorrentes foram quedas, agressões e acidentes de moto, com respectivamente 4.275, 1.098 e 832 registros. Entre as crianças, além das quedas – foram contabilizadas 1.975 ocorrências –, destacam-se maus-tratos (266) e atropelamentos (130). No total, já foram registrados 832 óbitos, número 18% maior do que no ano anterior.

Em outubro de 2008, o Governo do Estado inaugurou a Unidade de Pronto Atendimento da Penha, no terreno ao lado do hospital, com o objetivo de desafogar a emergência do HGV. Em setembro do ano seguinte, o Serviço de Pronto Atendimento do hospital foi fechado, para que a UPA pudesse absorver os casos de menor complexidade, o que não aconteceu. Segundo Verbicaro, boa parte dos casos que a UPA recebe é encaminhada ao hospital, porque a unidade não tem estrutura e leitos suficientes e, no momento

de internar, recorre ao Getúlio Vargas. Na visão do diretor, a demanda da UPA cresceu e a unidade não conseguiu dar conta de todos os casos. Segundo ele, muitos bombeiros pediram afastamento, por não aguentarem o ritmo do trabalho. “Acredito que os bombeiros pensaram que o fluxo de atendimento na UPA seria pequeno, mas não foi. Eles não recebem folga nem dinheiro quando trabalham extra, e muitos, além do plantão, fazem rodízio no fim de semana. Isso cansa”, explica.

O HGV é a unidade para a qual as UPAs da Maré, de Mangueiras, Irajá e Ilha do Governador encaminham os pacientes mais graves, apesar de o Hospital Municipal Paulino Werneck também ser de emergência e estar localizado na Ilha. Números do serviço de documentação médica mostram inclusive um aumento no fluxo de pacientes no Getúlio Vargas após a implantação da unidade. De janeiro a maio de 2010, o hospital realizou 44.579 atendimentos só na emergência. Até o mesmo período do ano passado, foram 24.862 na emergência e 14.663 no SPA, totalizando 39.525. Em todo o ano de 2009, o HGV registrou 77.364 atendimentos na emergência e 15.239 no SPA, totalizando 92.603. “Somos um hospital em que a porta de entrada é grande e a de saída, pequena. Pacientes têm facilidade para entrar e dificuldade para ser transferidos. Ficamos angustiados e os médicos da UPA também, mas onde vou colocar mais doentes?”, indaga Verbicaro.

Ainda segundo o diretor, cerca de 30% dos médicos são estatutários e 70% trabalham pela Fiotec ou pela Fesp. O salário é igual para todas as formas de vínculo empregatício: R\$ 4 mil, acrescidos de

R\$ 1 mil para médicos com especialização ou pós-graduação. Aqueles que trabalham aos fins de semana recebem R\$ 750 extras. Apesar do salário acima da média da rede pública – o município paga R\$ 3,5 mil pela Fiotec –, muitos profissionais recusam emprego no Getúlio Vargas, devido à complexidade dos casos que chegam à emergência.

O hospital foi inaugurado no dia 3 de dezembro de 1938, pelo presidente Getúlio Vargas e pelo então secretário de estado de saúde, Clementino Fraga. O médico Carlos da Gama Filho foi o primeiro diretor da unidade. A inauguração foi parte integrante do projeto de reformulação da rede de saúde efetivado a partir do decreto municipal n. 4.252, de 8 de junho de 1933, que previa a criação de novas redes hospitalares que atendessem a população. O orçamento mensal do Getúlio Vargas é de R\$ 50 mil, considerado insuficiente pelo diretor. Apenas para o custeio mensal de uma UPA, a Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil direciona R\$ 250 mil e o Ministério da Saúde, via convênio, outros R\$ 250 mil. As principais necessidades do HGV são um endoscópio e uma ambulância nova. Todas as UPAs recentemente inauguradas pelo Estado, como Araruama, Niterói e Nova Friburgo, receberam uma ambulância cada.

Os exames de endoscopia são feitos no Hospital Carlos Chagas, em Marechal Hermes. Segundo o diretor do HGV, foram gastos R\$ 10 mil só de reparos na ambulância velha e R\$ 26 mil com dívidas da antiga gestão. Além disso, a falta de uma ambulância própria para o Getúlio Vargas sobrecarrega o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu).

Não existe dia tranquilo para os profissionais da unidade. Na entrada da emergência, ambulâncias, carros particulares e até viaturas policiais não param de chegar com pacientes. No interior da unidade, baleados, casos de fratura, de acidente vascular cerebral e infarto dividem o mesmo espaço, e não é difícil ver parentes desesperados ávidos por notícias dos internados.

Em uma tarde de sábado, a aposentada Nadir da Silva Machado, 91 anos, chegou à emergência com fratura na bacia. Apesar da gravidade do caso, esperou seis horas pelo atendimento, porque, segundo a filha, Eliane da Silva Machado, 48, só havia um ortopedista no plantão e os demais estavam em cirurgia. Cinco dias após a entrada, Nadir ainda não havia sido operada e a família não sabia por quê, nem tinha previsão de quando a cirurgia iria ocorrer.

Eliane conta que, ao andar pelo HGV, tem a sensação de que a cidade sofreu um bombardeio e todos os casos foram para a unidade. Para ela, a cena de macas grudadas e pacientes pelo corredor lembra filmes de guerra. A imagem é reforçada pela presença dos blindados da Polícia Militar, apelidados de “caveirões”, que passam pela rua do hospital, e pela constante presença de baleados na emergência. Sem dinheiro para pagar um plano de saúde, Eliane sofre ao ver a saúde da mãe a cada dia mais debilitada sem que nenhuma providência seja tomada. “No Hospital Getúlio Vargas, o paciente entra com um trauma, mas sai traumatizado devido à realidade do local”, resume.

Clínico do hospital há 22 anos, Marcos Duarte (o nome foi trocado a pedido do médico) reconhece que o atendimento é prejudicado pela superlotação. Ele denuncia que o espaço mínimo de sessenta centímetros

entre os leitos não é respeitado e casos de manobras de reanimação cardiopulmonar, por exemplo, ficam comprometidos. Para Marcos, ao longo dos anos, o atendimento na unidade piorou, não por falta de dedicação médica, mas pela carência de investimentos que não acompanharam o crescimento da população. Desestimulados, companheiros de trabalho abandonaram o serviço público, conta ele.

Hospital Federal de Bonsucesso

Entre 14 de março e 21 de abril de 2010, a emergência do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB) só recebeu casos com risco de morte na emergência. De acordo com Júlio Noronha, chefe do setor, a prática piloto, que acaba sobrecarregando outros hospitais públicos, pode virar regra. Projeto do Ministério da Saúde prevê que, a partir do segundo semestre de 2010, as emergências da Rede Hospitalar Federal adotem perfis referenciados e deixem de operar no sistema “porta aberta”.

A emergência do HFB conta com 35 leitos divididos da seguinte forma: dez leitos masculinos, dez femininos, oito pediátricos e sete na Unidade de Paciente Grave. Atualmente, a taxa de ocupação da emergência está acima do dobro da capacidade, com oitenta pacientes. Os casos mais comuns são crise hipertensiva, queda, febre, dor abdominal, falta de ar, insuficiência renal (aguda e crônica) e acidentes. Para Noronha, o quadro pode ser mudado com a ampliação de UPAs.

Considerado emergência nível 3, segundo a resolução n. 100 do Conselho Federal de Medicina, o hospital é referência em clínica médica, nefrologia, oftalmologia, gastroenterologia e cirurgia de cabeça

e pescoço. Além da capital, os municípios mais atendidos são Duque de Caxias, São João de Meriti, Belford Roxo e Nova Iguaçu. Noronha lembra que todos os médicos do hospital são contratados de acordo com a legislação vigente, por meio de concurso público do Ministério da Saúde. Em 2009, foram 62.254 atendimentos na emergência. O hospital não forneceu dados relativos a 2010.

Para o atendimento de 510 leitos, foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde R\$ 149 milhões em 2010. Para o segundo semestre, haverá uma obra na emergência do HFB de readequação do espaço físico. A UPG, que contava com sete leitos, deixará de existir e será construído um CTI exclusivo da emergência com 12 leitos, sendo um de isolamento. A pediatria, que hoje dispõe de nove leitos, contará com dez, mais um de isolamento.

Antigo Hospital General do Nascimento Vargas, o Hospital de Bonsucesso, na época subordinado ao Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Empregados em Transportes e Cargas (Iapetec), foi inaugurado em janeiro de 1948 pelo então presidente da República, General Eurico Gaspar Dutra.

Na década de 1960, com a fusão dos institutos de previdência, o HFB passa a fazer parte do Instituto Nacional de Previdência Social e, do final da década de 1970 até 1989, a ser gerido pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Na década de 1990, a unidade passa a pertencer ao Sistema Único de Saúde. O hospital conta com mais de 42 mil metros quadrados de área construída, distribuídos em seis prédios de quatro a sete pavimentos cada.

Souza Aguiar e Miguel Couto: como estão os principais hospitais do município

Funcionários do Hospital Souza Aguiar (HSA) já perderam as contas de quantas vezes a porta que dá acesso à emergência passou por reformas devido a chutes e socos de pessoas insatisfeitas com o atendimento (ou com a falta dele). O título de maior emergência da América Latina não exclui a unidade do Centro do Rio do rol dos hospitais superlotados e com atendimento precário.

Para reduzir a média de mil atendimentos/dia, o Souza Aguiar foi o primeiro da cidade a implantar o projeto de acolhimento e classificação de risco para controlar os casos que dão entrada na emergência. O programa, em vigor desde o fim de 2009, faz parte da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e pretende dirigir ao interior do hospital apenas casos de alta complexidade. Enfermeiros foram treinados para identificar pacientes que devem ser atendidos primeiro e os que serão encaminhados a outras unidades. O modelo de classificação de risco adotado no Souza Aguiar será estendido a toda a rede, começando pelo Hospital Salgado Filho, no Méier.

De acordo com o diretor do HSA, Josué Kardec Nahom, atualmente a média de atendimentos caiu para quinhentos por dia. O perfil do hospital é atendimento ao politraumatizado, porém, com o envelhecimento da população, doenças crônicas já superaram os traumas. Os principais casos, segundo a Secretaria de Saúde, são problemas oftalmológicos, casos de clínica médica e de ortopedia.

Apesar do redirecionamento, o interior do hospital continua superlotado. Na Sala Amarela, com 14 leitos, ficam, em média, 25 pacientes. Já a Sala Vermelha opera com o triplo da capacidade, que é de quatro leitos. Ao contrário de outras unidades, não há pessoas pelos corredores. O Souza Aguiar dispõe de 509 leitos no total. Em relação aos profissionais, há déficit de dez clínicos gerais na emergência, além de ortopedistas e pediatras, principalmente nos fins de semana. Há 451 médicos do município e 62 da Fiotec. O HSA recebe, por ano, R\$ 52 milhões para funcionamento. “Somos a maior emergência da América Latina não mais pelo número de atendimentos, mas pela reunião de especialidades que conseguimos ter na emergência e complexidade dos atendimentos”, afirma Nahom.

A reunião de especialidades a que o diretor se refere, com orgulho, dificilmente ocorre em um mesmo plantão, segundo funcionários. Em uma tarde de junho deste ano, a emergência do hospital estava praticamente fechada. Não havia clínicos e o ortopedista disponível estava com a agenda tomada por cirurgias. O único atendimento feito era pediatria; oftalmologia e otorrinolaringologia, somente para a retirada de corpo estranho. Pacientes ortopédicos esperavam horas para serem atendidos, e muitos desistiam.

O pedreiro Luciano dos Santos, 33 anos, caiu da laje da casa onde mora na Maré, fraturou a perna esquerda e deslocou o braço direito. Chegou às 8 horas ao hospital, mas esperou quase seis horas pelo atendimento. Além da demora, ele reclamou que outros pacientes passaram a sua frente e que a quantidade de médicos era insuficiente para a demanda. Segundo Lu-

ciano, cerca de dez pacientes esperavam atendimento ortopédico de emergência, mas ele só viu um médico.

Muitos dos socos, chutes e pontapés dados no patrimônio do hospital vieram de acompanhantes de pacientes que tiveram atendimento negado na unidade devido à classificação de risco. Responsáveis por fazer a seleção de quem vai para a Sala Amarela, Vermelha ou para o ponto de ônibus procurar outra unidade, técnicos de enfermagem e enfermeiros sofrem com a reação da população. Constantemente, são agredidos verbalmente e ameaçados por pacientes. Alguns já tiveram que se esconder dentro da unidade para não sofrer agressão física.

Há dez anos no Souza Aguiar, o enfermeiro Pablo Maia (o nome foi modificado a pedido) reclama do ofício. Para ele, um hospital público não pode negar atendimento e é injusto fechar as portas ao paciente com dor, que muitas vezes vem de outro município e gasta dinheiro de passagem sem ter condição. Pablo explica que casos como conjuntivite, dores leves na coluna e gripe são encaminhados a outras unidades. Além dos postos de saúde, a maioria dos pacientes vai para a UPA de Botafogo, os hospitais Miguel Couto e do Andaraí.

A máscara entregue aos visitantes antes de entrar na Sala Amarela, além de proteger do contágio de doenças infecciosas, serve para amenizar o forte cheiro de urina do local. A maior parte dos pacientes desconhece o diagnóstico preciso de sua doença, não tem previsão de alta e reclama da falta de assistência dos médicos que precisam se dividir entre visitas aos internados e atendimentos emergenciais.

Travesseiro, colchonete e roupa de cama são objetos disputados e, normalmente, levados pela família. Os do hospital “nunca saem da lavanderia”, segundo pacientes.

O Hospital Souza Aguiar foi inaugurado em 1º de novembro de 1907, com o nome de Posto Central de Assistência, pelo prefeito Marechal Francisco Marcelino de Souza Aguiar. Na época, as ambulâncias eram importadas da França, e como a população demonstrou resistência para esse tipo de atendimento, foi feito um trabalho de simulação do atendimento, desenvolvido pelos guarda-jardins. Em 17 de outubro de 1910, a unidade se mudou da Rua Camerino para a Praça da República, onde está até hoje. O nome “Souza Aguiar”, homenagem ao então prefeito, veio em 1955.

Miguel Couto: portas abertas a todos os pacientes

Enquanto o Souza Aguiar conseguiu desafogar o interior da emergência, o Hospital Miguel Couto, na Gávea, registrou aumento de 15% em 2010, em relação ao período de janeiro a maio de 2009. O diretor da unidade, Luiz Alexandre Essinger, considera arriscada a classificação de risco adotada pelo Souza Aguiar e afirma que muitos pacientes que não conseguem atendimento lá procuram a unidade da Zona Sul. Além disso, o Hospital Lourenço Jorge, na Barra da Tijuca, enfrenta graves problemas com falta de médicos – principalmente cirurgião vascular, neurologista e ortopedista –, o que colabora para a sobrecarga do Miguel Couto. De acordo com Essinger, na unidade da Gávea a classificação de risco é feita apenas para estabelecer a ordem de atendimento,

mas todos os casos são tratados. “É muito desagradável não atender o paciente. A medida está sobrecarregando a rede municipal do mesmo jeito. Não é correto ignorar um paciente com dor. O certo é educar a população a procurar atendimento no local exato”, avalia.

Única emergência pública da Zona Sul, o Hospital Municipal Miguel Couto foi fundado em 6 de janeiro de 1934 e hoje realiza, em média, oitocentos atendimentos por dia; entretanto, casos de alta complexidade correspondem a apenas 10% do total. Os casos mais recorrentes são de ortopedia, problemas cardíacos e vasculares. A unidade recebe R\$ 45 milhões por ano. Em 2009, foram realizados 204.336 atendimentos na emergência.

Para o diretor, a população ainda se sente insegura de ir à UPA e prefere recorrer ao hospital, onde é garantido o tratamento. Segundo ele, isso ocorre porque as unidades têm menos especialidades disponíveis (clínica médica, pediatria e odontologia) e menor estrutura física. Para Essinger, as UPAs não conseguiram desafogar a emergência, como fora proposto, e por mês elas realizam cerca de 75 transferências ao hospital.

O Miguel Couto possui 451 leitos. Destes, 64 ficam na emergência, onde há o dobro de pacientes. Temporariamente, a Sala Vermelha, dos pacientes em estado mais grave, está funcionando também como uma espécie de enfermaria para casos de cirurgia vascular e cardíaca. Isso ocorre porque não há mais vagas nas enfermarias.

Por mês, são efetuadas cerca de quinhentas cirurgias, entre emergenciais, eletivas e plásticas reparadoras. Ao contrário do que ocorre nos demais hospitais

públicos, o diretor garante que todos os plantões estão completos. Há 421 médicos estatutários e 101 da Fiotec no hospital. Em vez de rejeitar pacientes, o diretor propõe que sejam disponibilizados leitos nos hospitais federais de Ipanema e Lagoa para desafogar a rede municipal. A medida ainda não foi apresentada oficialmente à Secretaria Municipal de Saúde e ao Ministério da Saúde.

Há 33 anos no hospital, o cardiologista Felipe Saul, 58, realiza em média oitenta atendimentos por dia, principalmente de hipertensão arterial, isquemia cerebral, infartos e arritmias. A maioria dos pacientes é de meia idade e sofre de diabetes e obesidade. Na opinião do médico, o hospital está mais sobrecarregado do que há cerca de dez anos, quando Lagoa e Ipanema ainda tinham emergência e os postos de saúde eram mais bem equipados.

Para ele, a unidade avançou em tecnologia, mas a quantidade de médicos poderia ser maior. Apesar de os plantões estarem completos, o cardiologista afirma que não sabe até quando os médicos contratados pela Fiotec vão permanecer na unidade, principalmente porque o salário oferecido pela rede estadual é maior.

Em relação aos pacientes, grande parte vem das comunidades de Rocinha, Cantagalo, Vidigal e Rio das Pedras. Felipe afirma ser comum pessoas não conseguirem atendimento na UPA da Rocinha, devido à falta de médicos, e procurarem o Miguel Couto. “Nós temos o orgulho de não encaminhar pacientes para outras unidades e tratar tudo aqui. Por isso temos certo prestígio e sobrecarga também. Eu me aposento em quatro anos e sonho ver o centenário do hospital”, afirma.

A questão dos Recursos Humanos

Dentro da atenção hospitalar do município, completar a grade de recursos humanos foi a prioridade da gestão iniciada em 2008. De acordo com o subsecretário de Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde, João Luiz Ferreira Costa, o contrato com a Fiotec faz parte do Projeto de Desenvolvimento de Urgência e Emergência para estruturar os hospitais. O tempo de duração inicial era de um ano, foi estendido por mais um período e termina na metade de 2011. Atualmente, a secretaria estuda formas de contratação para substituir a Fiotec. Uma das possibilidades é recorrer ao banco de concursados.

João Luiz explica que a seleção dos médicos contratados da rede pode ser feita pelos hospitais ou direto pela Fiotec. Um problema do modelo, segundo ele, é a diferença salarial. Médicos concursados e mais experientes têm um rendimento mensal menor do que os recém-formados e contratados pela fundação. Enquanto a Fiotec vigorar, a secretaria vai pagar uma complementação aos médicos que cumprirem metas de atendimento para equilibrar os salários. “Temos dificuldade quantitativa e qualitativa de médicos e enfermeiros. As principais carências são clínica médica, neonatologia, pediatria e terapia intensiva. No caso de ortopedia, o mercado particular oferece melhores salários”, conta.

Segundo o subsecretário, o Hospital Municipal Rocha Maia não mais atenderá casos de emergência. A unidade, fundada em 1962, está em obras e vai passar a funcionar como policlínica. Classificado como “farsa” por João Luiz, o local é pe-

queno para uma emergência e estava com a estrutura danificada e inapropriada para o tipo de serviço. A unidade realiza, em média, cinquenta atendimentos por dia, todos de baixíssima complexidade. Além disso, parte dos médicos se aposentou sem que houvesse reposição. O Hospital Sales Neto, no Rio Comprido, passará pelo mesmo procedimento.

Novos tempos: verba para a Atenção Básica

Enquanto o investimento em Assistência Hospitalar e Ambulatorial da Secretaria Municipal de Saúde caiu 8%, de R\$ 1,7 bilhão, em 2009, para R\$ 1,5 bilhão em 2010, a verba destinada à Atenção Básica subiu 174% no mesmo período, segundo dados da Controladoria Geral do Município. Em 2009, foram reservados ao setor R\$ 258.864.000 dos cerca de R\$ 2 bilhões do orçamento da saúde. Já em 2010, a Atenção Básica vai receber R\$ 709.855.436 dos R\$ 2,4 bilhões do orçamento.

Os números mostram que o modelo de gestão “hospitalocêntrico” adotado durante décadas pelas secretarias de saúde está sofrendo modificações. Em vez de inaugurar hospitais de emergência, o atual secretário municipal, Hans Dohmann, prefere descerrar faixas de postos do Programa de Saúde da Família (PSF).

No Brasil, a Atenção Básica é ofertada pelo PSF, e a responsabilidade pela sua organização e operacionalização é dos municípios. Quando assumiu a Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde, em 2008, o médico sanitário Daniel Soranz encontrou apenas 3,3% da capital cobertos pelo Programa

de Saúde da Família, e o Rio de Janeiro em último lugar no *ranking* nacional. O segundo pior índice era o de Teresina, no Piauí, com 17%.

Composta por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um agente de vigilância em saúde e seis agentes comunitários – pessoas que fazem a ligação entre a comunidade assistida e os médicos –, a clínica da família tem por objetivo ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos e manutenção do bem-estar da comunidade onde está inserida. A equipe, que pode ser ampliada com dentista, auxiliar de consultório e técnico em higiene dental, fica responsável por 4 mil pessoas de uma mesma Área Programática.

Atualmente, a cidade do Rio de Janeiro conta com 93 postos de saúde da família, e a cobertura subiu para 12,7%. A Área Programática que mais concentra postos é a 3.1, com 21 unidades, referente às comunidades da Penha, de Ramos e da Ilha do Governador. Áreas como São Conrado, Rocinha e Dona Marta, em Botafogo, já têm 100% de cobertura do programa. A meta da secretaria é chegar a 55% até 2013.

No início de junho de 2010, Daniel passou três semanas em Portugal, país que reformou rapidamente o sistema de saúde. Após a visita, o subsecretário resolveu implantar novidades nos postos do Rio. As principais, segundo ele, são estruturas como sala da mulher, de hipertensão, diabetes e sala da criança, para atender de forma especial esses segmentos. Ainda não há data prevista para as inaugurações.

Daniel ressalta que o objetivo do PSF não é esvaziar a emergência, mas melhorar a qualidade e a expectativa de vida da população. Para ele, o sistema deve se preocupar em modificar os indicadores de saúde, com a redução da incidência de enfermidades e o aumento da prevenção. E os resultados podem aparecer a curto prazo, diz o médico. Meses após a implantação da Clínica da Família, a cobertura de vacinação é melhor, o número de gestantes que fazem pré-natal é maior e casos como sífilis neonatal – principal causa de mortalidade infantil no Rio – diminuem. Em relação à tuberculose, Daniel lembra que a taxa de abandono do tratamento na capital é a maior do país, porque não há um sistema de acompanhamento do paciente. Ele calcula que, com os postos do PSF, a taxa de abandono saia de 40% para 2%.

Em 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde, foi definido o tipo de gestão de saúde a ser adotado no Brasil. A opção foi pelo modelo inglês, de promoção à saúde e universalidade do atendimento, mas, na prática, vigorou o americano, no qual quem tem condições compra pelo serviço de saúde, e quem não pode conta com os complementos oferecidos pelo Estado. Segundo Daniel, investiu-se mais em alta complexidade e emergência.

O subsecretário critica a atual divisão dos recursos na área de saúde do município. Segundo ele, um sistema considerado eficiente gasta, aproximadamente, 80% do orçamento em atenção primária. O Rio de Janeiro, porém, destina 83% aos hospitais, mesmo tendo a maior rede hospitalar estadual e federal. Para Daniel, a opção de gasto não melhora os indicadores de saúde da população e causa mais

adocimento e demanda ao serviço hospitalar. “O Rio tem os piores indicadores de saúde do Brasil, como maior taxa de tuberculose, uma das piores de mortalidade infantil e materna”, afirma.

CPI das organizações sociais

Boa parte do dinheiro investido na Atenção Básica pode estar indo para bolsos ilícitos. Para gerir o atendimento do PSF foram escolhidas as organizações sociais (OS), que são pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos. A partir da lei n. 5.026, de 19 de maio de 2009, aprovada na Câmara dos Vereadores, o governo foi autorizado a utilizar as organizações sociais, escolhidas via seleção pública. Levantamento do vereador Paulo Pinheiro indica que das cinco organizações que operam os postos do programa do município, quatro apresentam irregularidades.

Segundo Pinheiro, o dono da OS Associação Global Soluções em Saúde, responsável pela AP 1.0 (Centro), é acusado de aparelhamento de suas instituições com “laranjas”. No currículo do empresário Carlos Mauricio Medina Gallego, há uma fundação considerada ilegal pelo Ministério Público estadual, dois inquéritos abertos contra uma cooperativa de médicos que ele preside e a suspeita de utilização de “laranjas” em uma de suas empresas, como é o caso de Hélio Teixeira Amâncio, um ex-vendedor de cachorros-quentes do interior de Minas Gerais apontado como sócio da Qualidade Total, uma das empresas de Gallego que prestava serviços à Prefeitura.

O contrato com a Global é de R\$ 25,9 milhões por um ano e prevê que a

organização desenvolva o Saúde da Família, fornecendo, no mínimo, 25 equipes médicas e dez de saúde bucal para Catumbi, Caju, Mangueira, Rio Comprido, Estácio, Cidade Nova e Paquetá. Em entrevista ao jornal *O Globo*, em matéria do repórter Gabriel Mascarenhas, publicada no dia 22 de maio de 2010, na editoria Rio (“Médico tem R\$ 147 milhões em contratos sob suspeita”), Gallego negou as acusações e disse que tem “sólida carreira profissional e empresarial, suficiente para ser convidado a participar de organizações sociais que busquem a melhoria da qualidade de vida dos brasileiros”.

A Secretaria Municipal de Saúde informou que a Global passou por uma avaliação e apresentou toda a documentação exigida pela Comissão de Qualificação de Organizações Sociais (Coquali), órgão ligado à Procuradoria Geral do Município e às secretarias de Fazenda e Casa Civil.

Ainda segundo levantamento do vereador Paulo Pinheiro, outras organizações estariam fora da lei. A Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina tem mais de noventa ações trabalhistas em São Paulo. Com um contrato de R\$ 35,3 milhões, ficou responsável pela AP 5.3 (Sepetiba, Santa Cruz e Paciência). O Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (Iabas) tem um contrato de R\$ 47,4 milhões é acusado de não pagar os funcionários que atuam nos PSFs do Rio. Já o presidente do Centro Integrado de Apoio Profissional (Ciap), com sede em Londrina (PR), está preso por desvio de verbas. A Ciap recebe R\$ 60,5 milhões por ano da Prefeitura do Rio.

De acordo com o levantamento do vereador, a única OS que não apresenta

irregularidade é a Vivo Comunidade, originária da organização não governamental (ONG) Viva Rio. Pinheiro afirma que há meses pede a abertura de uma CPI das OS, mas o projeto não sai do papel porque, segundo ele, o governo tem maioria na Câmara. “As OS saem mais caras, porque o serviço não é de qualidade. Essas organizações não têm experiência e não sabem fazer saúde da família. Além disso, estão cheias de processos e irregularidades”, acusa.

Segundo Daniel Soranz, todos os processos das organizações sociais passam por auditorias internas. Caso a secretaria constate alguma irregularidade, vai cancelar o contrato e trocar de organização.

Unidades pouco complexas

Para Lígia Bahia, as unidades de atenção básica são extremamente simplificadas. A especialista diz que, em grandes cidades como o Rio de Janeiro, não basta contratar um médico de família, mas são necessários serviços como fisioterapia, esportes, atividades para idosos, nutrição, além de exames mais complexos, como eletrocardiograma, que possam atender melhor os problemas de saúde contemporâneos. De acordo com Lígia, alguns PSFs deveriam ter melhor projeto arquitetônico, mais acolhedor, e não aproveitar estruturas de Cieps, como ocorre em alguns casos.

Lígia explica que a Atenção Básica nasceu das Comunidades Eclesiais de Base, da Igreja Católica. Teoricamente, resolveria cerca de 80% dos problemas da comunidade, mas para ela o índice só será alcançado quando os locais forem mais bem aparelhados. Na visão da espe-

cialista, para dar certo, a Atenção Básica precisa ter médicos e enfermeiros muito experientes e com conhecimento de casos complexos. “Os gestores de saúde pensam que podem colocar aquele que sabe menos, porque confundem atenção primária com atenção precária”, critica.

Na avaliação de Lígia, um médico generalista é pouco para acompanhar cerca de 4 mil pessoas. A especialista lembra que

os seis agentes comunitários têm, no máximo, Ensino Médio e não ajudam nos atendimentos. Trata-se de pessoas que têm contato com a comunidade e são capazes de sensibilizar a população local em relação às questões pertinentes ao tratamento. Ela classifica as organizações sociais como “mais um capítulo de um movimento de retirada estratégica do Estado e entrada estratégica da iniciativa privada”.

Normas para submissão de trabalhos

A *Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde*, aceita propostas de para publicação de trabalhos nas modalidades: artigos originais, artigos de revisão, resenhas, entrevistas, reportagens e depoimentos. Todas as colaborações serão submetidas ao Conselho Editorial da revista, que decidirá sobre a pertinência ou não de sua publicação.

O Conselho Editorial também se reserva o direito de sugerir modificações e adequações dos trabalhos às dimensões e ao padrão editorial da publicação. Os originais não deverão ultrapassar 30 laudas (em espaço dois, de 2.100 caracteres); as exceções serão objeto de negociação com os editores.

Endereço para envio de trabalhos: revistadepoliticabrasco@ensp.fiocruz.br.

Perfil da Publicação:

A *Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde*, veículo de divulgação da produção científica acadêmica reconhecidamente especializada e, ao mesmo tempo, espaço de visibilidade para a vivência empírica quotidiana de gestores, operadores e usuários dos sistemas de saúde coletiva. Por esta razão, além de artigos acadêmicos, publica, também, entrevistas, reportagens, depoimentos.

Artigos Originais: A escolha de artigos originais para publicação – além da pertinência temática – terá como focos norteadores: atualidade dos temas; verticalidade das abordagens; explicitação do arcabouço conceitual que lhes dá suporte; rigor metodológico no tratamento de dados empíricos; correção de linguagem das reflexões, formulações científicas e filosóficas. dos autores.

Resenhas: As resenhas de publicações e artigos nacionais e internacionais serão produzidas por iniciativa da Comissão Editorial ou a partir de propostas a ele encaminhadas para análise e autorização.

Entrevistas: Com personalidades relevantes para a área da Saúde, visando aprofundar aspectos significativos raramente abordados em publicações não especializadas.

Reportagens: Serão pautadas, na medida do possível, em consonância com o eixo temático prevalente em cada edição da revista. Será dada preferência para trabalhos feitos em conjunto por jornalistas e pesquisadores da área, de forma a oferecer aos leitores, um resultado final que contemple múltiplos olhares sobre o tema reportado.

Depoimentos: A experiência individual relatada, por sua própria natureza de vivência íntima e exclusiva, cria convergências e estranhamentos que são poderosos fermentos da criatividade intelectual. Os depoimentos de pesquisadores, cientistas, gestores, operadores, usuários e observadores dos sistemas de saúde serão escolhidos, por seu potencial de estímulo ao debate.

Público-Alvo:

Veículo de divulgação de produção científica original, a Revista de Política, Planejamento e Gestão, ao contemplar experiências e reflexões não acadêmicas emergentes das áreas de prestação de serviços de saúde, pretende atingir um público ampliado, para além da comunidade acadêmica especializada, centros de produção e documentação científica; incluem-se, assim: gestores e profissionais do setor público – das três esferas de governo – e de instituições privadas que influenciem e participem, direta ou indiretamente, da conformação e do funcionamento de sistemas públicos de saúde.

Apresentação dos trabalhos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé de página, elas deverão aparecer no final do artigo, antes das Referências Bibliográficas.
2. Todos os autores de cada trabalho devem estar identificados (com nome completo, vínculo institucional e endereço eletrônico) em notas de pé de página, numeradas em algarismos romanos. Estas informações são imprescindíveis.
3. Os textos devem ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico *revistadepoliticabrasco@ensp.fiocruz.br*.
4. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade

com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

8. Os artigos publicados serão de propriedade da Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impresso ou eletrônico, sem a prévia autorização da revista.

9. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, etc.).

10. O resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, objetivos, metodologia, abordagem teórica e resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, de preferência, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw. Estes formatos conservam a informação VETORIAL, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e NÃO conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, deve ser enviado o material original em boas condições para reprodução

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles feitos a outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto (estilo Vancouver).
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

exemplo 1: ...desigualdade social, o desemprego e a criminalidade¹⁵...

exemplo 2: ... Em que pesem os avanços observados, Vianna²¹

Quando citadas em quadros e figuras as referências devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. No final do artigo as referências citadas devem ser listadas, em ordem numérica, de acordo com as normas gerais da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas.

