CIPRIANO MAIA DE VASCONCELOS

PARADOXOS DA MUDANÇA NO SUS

Campinas

2005

CIPRIANO MAIA DE VASCONCELOS

PARADOXOS DA MUDANÇA NO SUS

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientador: Dr. Gastão Wagner de Souza Campos

Campinas

2005

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	Unicamp V441p
V	EX
TOMBO BC/	64168
PROC.	16-P-20086-09
C	☐
D	☒
PREÇO	11,00
DATA	10/06/05
Nº CPD	

bib:351668

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

V441p

Vasconcelos, Cipriano Maia de
Paradoxos da mudança no SUS / Cipriano Maia de Vasconcelos.
Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador : Gastão Wagner de Souza Campos
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas.

1. Política de saúde. 2. Reforma sanitária. 3. Sistema de saúde.
4. Sistema Único de Saúde. I. Gastão Wagner de Souza Campos. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
III. Título.

SLP

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos – UNICAMP

Membros:

- 1. Prof^ª. Dra. Carmen Fontes Teixeira – ISC/UFBA**
- 2. Prof. Dr. Eurivaldo Sampaio de Almeida - FSP/USP**
- 3. Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos – UNICAMP**
- 4. Prof. Dr. Nelson Rodrigues dos Santos – UNICAMP**
- 5. Prof. Dr. Paulo Eduardo Mangeon Elias – USP**

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 23/02/2005

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado à Linete, Iano, Ludmila e Vinícius que ao se mudarem comigo, mudaram a trajetória de suas vidas;

aos companheiros e amigos de muitas jornadas, em Natal, Campinas, Brasília e alhures, que conosco compartilham os anseios e as esperanças de mudar o mundo, mudando nosso modo de agir;

a todos aqueles que na sua luta cotidiana contribuem para a construção de um sistema de saúde comprometido com a defesa da vida;

a todos que perseguem um mundo de tolerância, solidariedade e paz.

AGRADECIMENTOS

Aos colegas do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN, que ficaram “carregando o piano” durante o meu afastamento.

A Linete, Iano, Ludmila e Vinícius por terem suportado os traumas da migração e pela colaboração decisiva para que enfrentássemos as situações adversas no período.

Aos companheiros do *grupo de gestão e subjetividade* pelo espaço de produção de afetos e de saberes coletivos.

Aos companheiros do LAGHOS (Laboratório de Gestão Hospitalar da UNICAMP)

pela oportunidade dos debates e pelos laços afetivos que construímos.

Aos colegas de doutorado pela produtiva interlocução discursiva e pelas interação humana que construímos.

Aos docentes do Departamento de Medicina Preventiva da UNICAMP pela contribuição ao nosso processo de formação.

Aos funcionários do Departamento de Medicina Preventiva da UNICAMP pelo apoio às nossas atividades de formação.

Aos colegas do *grupo híbrido* pela rica troca de experiências e pela amizade que consolidamos.

À CAPES pelo apoio institucional que proporcionou à dedicação ao estudo.

À UNICAMP pela acolhida acadêmica.

Aos servidores do Departamento de Apoio à Descentralização e colegas dirigentes da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde com quem partilhamos à experiência de tentar mudar a gestão do SUS.

Às equipes técnicas do CONASS e do CONASEMS com quem interagimos afetivamente na experiência de gestão.

E especialmente ao orientador Dr. Gastão Wagner, que mais do que orientador, foi amigo e companheiro, acolheu e proporcionou experiências de aprendizagem em gestão que produziram diferença na nossa formação intelectual e humana.

*Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades,
Muda-se o ser, muda-se a confiança;
Todo o mundo é composto de mudança,
tomando sempre novas qualidades*

Luís Vaz de Camões

	Pág.
RESUMO	<i>xxvii</i>
RESUMEN	<i>xxxi</i>
ABSTRACT	<i>xxxv</i>
CAPITULO 1- INTRODUÇÃO	39
O debate inicial sobre o processo político da Reforma Sanitária no Brasil.....	43
A institucionalização da Reforma Sanitária.....	48
A descentralização como caminho.....	50
Dilemas da mudança no SUS.....	60
CAPITULO 2- PERCURSO DA INVESTIGAÇÃO	68
Abordagem do objeto de estudo.....	70
Objetivos do estudo.....	89
Hipóteses orientadoras	90
Questões de pesquisa.....	93
Procedimentos.....	96
CAPITULO 3- AS EXPECTATIVAS DE MUDANÇA NA CONDUÇÃO DO SUS	101
O posicionamento do CNS.....	108
A manifestação do CEBES/ABRASCO.....	113
A posição do CONASEMS.....	119
As proposições do CONASS.....	122

Análise parcial das propostas.....	126
A proposta de governo da coligação vitoriosa.....	128
CAPITULO 4- O DEBATE ACERCA DA MUDANÇA NA 12ª CONFERÊNCIA	137
O relatório da 12ª Conferência.....	141
A saúde e a macro-racionalização da ação estatal.....	142
A racionalização da gestão do SUS.....	149
A racionalização assistencial no SUS.....	156
A racionalização do conhecimento e da informação.....	158
Uma avaliação contingente.....	161
CAPITULO 5- ACORDOS E CONFLITOS NO ESPAÇO DA CIT.....	167
Resultados do processo de pactuação.....	175
Conteúdo e significado das propostas pactuadas.....	189
Interação subjetiva no processo de pactuação.....	194
Significado do processo de pactuação para a gestão do Sistema de Saúde.....	195
Limites, dificuldades e contradições do processo.....	196
CAPITULO 6- A AGENDA E AS DELIBERAÇÕES DO CNS NA PERSPECTIVA DA MUDANÇA.....	201
UMA ANÁLISE ENTRELAÇADA SOBRE OS PARADOXOS DA MUDANÇA NO SUS.....	217
Argüindo a discrepância entre expectativas e experiências.....	231
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	248

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
AID	Agência Internacional de Desenvolvimento
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
C&T	Ciência e Tecnologia
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIMS	Comissão Inter-institucional Municipal de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLIS	Comissões Locais Inter-institucionais de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde.
COFIN	Comissão de Orçamento e Finanças, do Conselho Nacional de Saúde
CONARES	Conselho nacional de representantes estaduais (dos COSEMS)
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COSEMS	Conselho de secretários municipais de saúde

CPMF	Contribuição Permanente sobre movimentação financeira
CUT	Central Única dos Trabalhadores.
DPVAT	Seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres
FUNDEF	Fundo de desenvolvimento do ensino fundamental
GM	Gabinete do Ministro
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde
HUMANIZAS US	Política de humanização da atenção e da gestão do SUS
IDH	Índice de desenvolvimento humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOB/RH-SUS	Norma operacional básica de recursos humanos do SUS
OMS	Organização Mundial de Saúde.
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde.
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organizações da sociedade civil de interesse público
OSS	Orçamento da Seguridade Social.
PAB	Piso de atenção básica

PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Plano de Atenção à Saúde, projeto assistencial da prefeitura de São Paulo desenvolvido na gestão dos prefeitos Paulo Maluf (1993-1996) e Celso Pita (1997-2000)
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PDI	Plano diretor de investimentos
PDR	Plano diretor de regionalização
PEP	Política de educação permanente
PIB	Produto interno bruto
PPA	Plano Plurianual de Investimentos
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROESF	Projeto de expansão e consolidação do saúde da família
PROFORMAR	Programa de formação de agentes locais de vigilância em saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
QUALISUS	Projeto de qualificação da atenção à saúde no SUS
REFORSUS	Projeto de financiamento voltado para fortalecer a infra-estrutura do SUS
RIGs	Relações Intergovernamentais
SAMU	Serviço de atenção móvel às urgências
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SCTIE	Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos
SE	Secretaria Executiva
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIOPS	Sistema de informação sobre orçamentos públicos em saúde
SISVAN	Sistema de vigilância alimentar e nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSP	Sistema Único de Segurança Pública
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TFECD	Teto financeiro de epidemiologia e controle de doenças

RESUMO

Este trabalho discute os paradoxos e contradições associados à implementação do Sistema Único de Saúde num contexto sócio-político marcado pelas expectativas de mudança na condução da política de saúde no Brasil. O objeto de investigação foi a produção discursiva e deliberativa sobre o processo de gestão compartilhada do SUS produzida nas instâncias de pactuação e de controle social, em âmbito nacional. Buscou-se avaliar o significado das decisões produzidas nesse processo, inquirindo se estavam coerentes com as expectativas de mudança na gestão do SUS e se estavam orientadas para a racionalização do sistema. Para tanto, analisou-se a agenda, as decisões e os debates produzidos no Conselho Nacional de Saúde, na Comissão Tripartite e na 12ª Conferência Nacional de Saúde. A análise teve por referência a produção discursiva sobre a reforma sanitária e orientou-se pelo pressuposto de que as mudanças implementadas nesses dois anos não corresponderam às expectativas dos que reclamavam essas transformações. Os resultados do estudo permitiram afirmar esse descompasso entre experiência e expectativa e que, no período estudado, as mudanças na organização e na gestão do SUS não superaram os déficits de racionalidade encontrados e mantiveram um caráter incremental. Avaliou-se que não se conformaram projetos de mudança nos arranjos e nos mecanismos de gestão do SUS e que o conflito federativo e a disputa de interesses no âmbito setorial dificultaram a construção de consensos políticos sobre os rumos da mudança. A necessidade de questionar os discursos e as práticas de gestão vigentes no SUS é apontada como caminho para a construção de alternativas que superem os gargalos e os limites na implementação da política de saúde.

RESUMEN

Este trabajo discute las paradojas y contradicciones asociadas a la implementación del Sistema Único de Salud (SUS) en un contexto socio-político marcado por las expectativas de cambio en el manejo de la política de salud de Brasil. El objeto de investigación fue la producción discursiva y deliberativa sobre el proceso de gestión compartida del SUS producida en las instancia de negociación y de control social, en ámbito nacional. Se buscó evaluar el significado de las decisiones producidas en ese proceso, indagando si estaban orientadas para la racionalización del sistema. Para eso, se analizó la agenda, las decisiones y los debates producidos em el Consejo Nacional de Salud, em la Comisión Tripartita y em la 12ª Conferencia Nacional de Salud. El analisis tuvo por referencia la producción discursiva sobre la reforma sanitaria y se orientó por el presupuesto de que los cambios implementados en eses dos años no correspondieron a las expectativas de los que reclamaban esas transformaciones. Los resultados del estudio permitieron afirmar ese desajuste entre experiencia y expectativa y que, en el periodo estudiado, los cambios en la organización y en la gestión del SUS no superaron los déficits de racionalidad encontradas y mantuvieron un carácter incremental. Se evaluó que no se conformaron proyectos de cambio en los arreglos y en los mecanismos de gestión del SUS y que el conflicto federativo y la disputa de interés em el ámbito sectorial dificultaron la construcción de consensos políticos sobre los rumbos del cambio. La necesidad de cuestionar los discursos y las prácticas de gestión vigentes em el SUS es apuntada como camino para la construcción de alternativas que superen los obstáculos y los límites em la implementación de la política de salud.

ABSTRACT

This work discusses the paradoxes and contradictions associated to the implementation of the Unified Health System (SUS) in a social-political context characterized by the changing expectations in the management of health policies in Brazil. As investigation subject, it was considered the discursive and deliberative production about the process of shared administration of *SUS*, produced in the levels of agreement and social control, in national extent. It was intended to evaluate the meaning of the decisions in that process, inquiring if they were coherent with the changing expectations in the administration of *SUS* and if they were guided for the rationalization of the system. For this achievement, it was analyzed the agenda, the decisions and the debates in National Council of Health, in the *Comissão Tripartite* and in the 12th National Conference of Health. The analysis had for reference the discursive production on the sanitary reform and it was guided by the premise that the changes implemented on those two years did not correspond to the expectations of the ones that claimed for those transformations. The results of this study permit us to confirm the lack of synchronization between experience and expectation, and that, in the studied period, the changes in the organization and in the administration of *SUS* did not overcome the rationality deficits, and they maintained an incremental character. It was evaluated that they did not build change projects in the arrangements and in the mechanisms of administration of *SUS*, and that the federative conflict and dispute involving sectorial interests hindered the construction of political consensus on the directions of such change. It is enhanced the need of questioning the speeches and the effective administration practices in the *SUS* as a way to the construction of alternatives that overcome the limits of the implementation of the health policy.

CAPÍTULO 1
INTRODUÇÃO

As mudanças nos sistemas de saúde no âmbito mundial têm sido promovidas em resposta às crises enfrentadas pelos modelos de prestação de serviços de saúde nos diferentes países. Esta crise tem sido abordada sob diferentes enfoques: a crítica culturalista que questionou a iatrogênese médica e social dos sistemas de saúde (ILLICH, 1975); a análise da dominação oriunda do processo de medicalização social (FOUCAULT, 1977; CLAVREUL, 1983); a crise das lógicas de regulação em saúde (CONTRANDIOPOULOS, 1996); a dimensão econômica e financeira da crise, frente à percepção dos custos crescentes e do aumento do gasto sanitário na despesa nacional (ALMEIDA, 1999). E tem produzido diferentes respostas dos Estados em interação com suas respectivas sociedades.

Na história da moderna sociedade ocidental a intervenção do Estado na Saúde assume um papel diferenciado a partir do Mercantilismo com a instituição da polícia médica voltada à melhoria da saúde e do bem estar da população, em função dos interesses do Estado. Esse modelo de intervenção sobre a saúde das populações se difundiu a partir da experiência da Medicina de Estado, na Alemanha, e assumiu feições diferenciadas na França, com a Medicina Urbana e na Inglaterra com a Saúde Pública, cujas vertentes viriam a constituir a Medicina Social (ROSEN, 1980) e orientar a formação dos sistemas de saúde contemporâneos a partir do final do século XIX (MENDES, 2002). Desde então não se parou de produzir reformas, que se sucedem e se superpõem.

Essas reformas visam responder a percepção e a demandas da população, dos setores organizados ou dos governos, quanto à insuficiência ou inadequação na prestação dos serviços de saúde. Mas injunções de ordem política e econômica também têm motivado alterações na forma de intervenção do Estado no campo da saúde. A estatização dos serviços de saúde nos países que viveram experiências socialistas e a privatização destes serviços implementada em muitos países capitalistas desde a década de 1980 são exemplos que confirmam essa assertiva.

Mendes (2002) assinala três grandes movimentos de reforma dos sistemas de serviços de saúde no século 20. A primeira geração de reformas é simbolizada pela instituição, no pós-guerra, dos sistemas universais de saúde, como integrantes dos estados de bem estar social, a partir da experiência de criação do Sistema Nacional de Saúde inglês inspirado no modelo dowsonian. A segunda geração de reformas é caracterizada pela

reorientação dos modelos de atenção com base na estratégia da atenção primária à saúde implementado a partir da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, realizada em Alma Ata em 1978. A terceira geração de reformas, nomeada de “reformas do setor saúde”, foi implementada como decorrência do ajuste estrutural realizado nas economias capitalistas que alterou a atuação do Estado e suas funções no campo social. No setor saúde essa reforma se traduziu em: introdução dos mecanismos de mercado nos sistemas de serviços; separação das funções de financiamento e regulação da função de prestação de serviços; a descentralização dos sistemas públicos; a adoção de medidas de contenção de custos, especialmente pelo lado da oferta; e a instituição da liberdade de escolha dos prestadores de serviços pelos cidadãos (MENDES, 2002).

Na esteira do esmaecimento do ideário neoliberal decorrente do consenso de Washington, Mendes (2002) visualiza uma quarta geração de reformas sanitárias assentada nos seguintes elementos: equidade; proteção social em serviços de saúde; fortalecimento da saúde pública; instituição de um Estado regulador forte; construção social de processos de reformas guiados pelos valores da solidariedade, centrados nos cidadãos, focados na qualidade dos serviços, baseados em financiamento sólido, orientados pela atenção primária à saúde e estruturados em redes mesoregionais; instituição de sistemas integrados de serviços de saúde; a reorientação dos recursos humanos para a atenção à saúde; e o empoderamento da cidadania para o autocuidado e para o controle social dos sistemas de serviços de saúde.

A reforma sanitária brasileira como uma reforma tardia se inspirou nas idéias das reformas universalistas da primeira geração mais também foi influenciada pelas proposições dos modelos sanitários alternativos, associadas à segunda geração de reformas, vigentes nos países socialistas, especialmente em Cuba, e pelas propostas da reforma sanitária italiana. Objetivava democratizar o acesso aos serviços de saúde, transformar as práticas assistenciais e alterar o padrão de intervenção do Estado no setor saúde. Foi gestada nas lutas pela democratização da sociedade na conjuntura de fim do regime militar e de transição para a democracia, e se inseriu no processo de redefinição da atuação do Estado, após o fim do regime autoritário, que apontava para a construção tardia de um estado de bem estar no Brasil. Visava superar o padrão tradicional de segmentação das

políticas sociais do Estado brasileiro. Porém o contexto em que foi implementada, marcado pelo domínio das idéias neoliberais, trouxe constrangimentos à sua efetivação.

O debate inicial sobre o processo político da Reforma Sanitária no Brasil

A reforma foi instituída pela nova Constituição (1988) que definiu a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, estabeleceu as ações e os serviços de saúde como de relevância pública e criou o Sistema Único de Saúde – SUS – como organismo de regulação, coordenação e execução do conjunto de ações e serviços voltados para assegurar o direito à saúde. Neste mesmo ordenamento constitucional se garantiu a liberdade da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde e a participação destes no SUS, em caráter complementar.

O Sistema Único de Saúde implementado após a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde¹ se orienta pelos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade da atenção à saúde e se organiza com base nas diretrizes da descentralização, da regionalização e da participação da comunidade (BRASIL, 2003a:22). A lei define como responsabilidade do Estado assegurar o direito à saúde dos cidadãos e estabelece as atribuições comuns e as competências da união, dos estados, dos municípios e do distrito federal na regulação do sistema e na prestação de serviços.

A Reforma Sanitária foi vista como a primeira experiência brasileira de uma política social universalizante, em que se “configura uma ruptura pioneira do padrão de intervenção estatal no campo social, moldado na década de 30 e desde então intocado em seus traços essenciais”, e traz para o debate público a noção de direito universal à saúde como atributo de cidadania e não como concessão por mérito laboral. A noção do direito coloca como contrapartida a responsabilidade do Estado na implementação de políticas sociais e na oferta de ações e serviços que visem assegurá-lo (FAVERET FILHO E OLIVEIRA, 1990).

¹ Leis 8.080 e 8.142 de 1990.

Entretanto a sua implementação se fez num contexto de crise do modelo desenvolvimentista e de crise administrativa, financeira e fiscal do Estado, num cenário de disputas políticas em torno da condução estatal, com o fim do regime militar, que constrangeu o alcance das transformações nas políticas sociais (DRAIBE et al., 1990). E a assunção do governo Collor (1990-1992), que assume um programa de orientação neoliberal, agudiza as contradições na implementação da reforma pela restrição financeira, pela manutenção da centralização na operação da política e pela falta de iniciativa para promover as alterações recomendadas pela lei orgânica da saúde.

O processo de implementação da reforma, no âmbito setorial, suscitou divergências entre os analistas acerca das mudanças e das estratégias para viabilizá-las.

Uma primeira disputa se manifestou em relação ao processo de formulação e na implementação do projeto reformista ao se privilegiar a vertente de organização social da prática médica em detrimento da vertente de determinação social do processo saúde-doença (DÂMASO, 1989, p. 61-90), que se constituía num dos pilares do discurso da saúde coletiva brasileira. Outra contenda se estabeleceu entre uma ênfase nos aspectos racionalizadores e administrativos da Reforma, como a unificação, a descentralização e a relevância pública dos serviços, implementados com o SUDS (CORDEIRO, 1987), e a defesa de mudança nas práticas sanitárias, com a construção de um novo modelo de atenção e de uma nova consciência sanitária na sociedade (CAMPOS, 1988, p. 179-194).

O conflito no campo das estratégias se manifestou em torno da polêmica em relação à ocupação do Estado para promover as reformas por dentro e a defesa da articulação e mobilização social para conquistar as mudanças preconizadas. Já no início do processo se destacou o triunfo do caráter modernizador da reforma (GALLO E NASCIMENTO, 1989). Critica-se o privilégio dos aspectos administrativos sobre os aspectos sanitários como decorrência da política do “entrismo” do braço estatal do movimento sanitário (DÂMASO, 1989) e do insucesso em viabilizar a participação popular, que resultou na falta de apoio social às mudanças, tanto entre os profissionais como junto à população.

Mas havia quem avaliasse, em momento posterior, a Reforma Sanitária Brasileira como a mais bem sucedida das reformas operadas no contexto da transição democrática por ter delineado um novo padrão da intervenção do Estado no setor, que institucionalizou o direito universal à saúde, a descentralização na execução dos serviços, a democratização na formulação e execução da política e a atenção integral às necessidades de saúde dos indivíduos (FLEURY, 1994). Os êxitos da Reforma são exemplificados com: a definição de um novo arcabouço jurídico; as mudanças institucionais operadas nos organismos centralizados, como o INAMPS, com o avanço da descentralização; o avanço da participação e do controle social, através dos conselhos de saúde; e a progressiva integração dos serviços e dos sistemas de saúde das três esferas de governo.

Visão que é contraditada por análises que destacam que, apesar desses avanços assinalados, não foram superados os limites para responder adequadamente às necessidades do cidadão, alterar o modelo de assistência e as práticas sanitárias.

Na conjuntura de meados dos anos de 1990, veiculou-se a opinião de que a Reforma no Brasil se colocava na “contramão da história”. Sua institucionalização, numa conjuntura em que triunfou um projeto político de direita, orientado pelas idéias do neoliberalismo, e num panorama internacional onde as políticas universalizantes e os Estados de Bem Estar são duramente atacados, dão suporte a esse posicionamento (VASCONCELOS, 1997). O Ceticismo em relação às possibilidades da reforma se expressa nas palavras de Levcovitz e Noronha (1994) ao constatar que:

O sonho reformista de uma saúde para todos, como direito do cidadão e dever do Estado, é aceleradamente sepultado neste meio de década [1990]. O “Sistema Único de Saúde”, que nunca chegou a se consolidar, reduziu-se a um sistema subfinanciado pelo setor público, destinado a parcelas majoritárias da população brasileira, mas com baixa capacidade de vocalização política. Aos integrados...cresceu a oferta da chamada ‘medicina alternativa’, de natureza privada e privadamente contratada por empregados e empregadores (LEVCOVITZ e NORONHA, 1994).

As tentativas de explicar o sucesso ou o fracasso da reforma, nos seus primeiros anos, será feita por diferentes vieses analíticos, desde aqueles mais estruturalistas que vinculam a viabilidade das políticas sociais à superação da crise orgânica do Estado e à conformação de um novo projeto de desenvolvimento, até aqueles que realçam as dinâmicas institucionais das políticas setoriais específicas. Neste último caso avalia-se que:

tradições organizacionais, arranjos decisórios e culturas técnicas contribuíram para a definição da agenda substantiva das políticas públicas, recortando a forma de representação de interesses, e viabilizando o desenvolvimento incremental da ação governamental (COSTA, 1994).

Assim, as determinações estruturais teriam sido atenuadas pelo poder da legitimidade cognitiva e dos grupos de interesses, numa arena marcada por estruturas e processos políticos característicos.

A explicação dos resultados das políticas sociais com base nos interesses sociais organizados identifica a baixa eficácia dessas políticas na superação do hiato social. Só que explica esse fracasso não com base no regime de acumulação nem nos elementos irracionais e disfuncionais da ordem política, fundada no compadrio, no clientelismo e na cultura do favor, e sim na ruptura de um padrão de política social baseado na cidadania regulada, que teria aguçado os conflitos entre o universal e os interesses particulares (COSTA, 1994). A resultante desse conflito seria a consolidação de uma tendência estrutural onde se articulariam dois padrões de política, um baseado no modelo “americano”, sustentado no seguro-saúde, via mercado, e o outro assentado no modelo público, como opção compensatória aos excluídos do mercado.

Tendência que se explicaria pela opção ativa das organizações de interesses - sindicatos, associações profissionais e funcionais – na luta para manter a diferenciação no acesso à assistência médica, seja através da constituição de serviços especiais, caso das estatais; seja via pressão por assistência supletiva nos acordos coletivos. A demanda gerada a partir desses interesses contribuiu para a consolidação das modalidades de assistência médica privada, que floresceu numa relação de autonomia frente ao Estado e se constituiu numa das fontes de concorrência ao SUS.

Essa tendência foi reforçada pelo descompasso entre o movimento de universalização, com aumento da demanda, e a insuficiente oferta de serviços, que cresceu em ritmo muito inferior às necessidades, e gerou um processo de racionamento no acesso aos serviços, cuja conseqüência foi a progressiva exclusão de segmentos de maior renda ou com poder de pressão, que se utilizaram dos mecanismos de ingresso no mercado privado de saúde, estimulando o crescimento deste subsistema (FAVERET FILHO e OLIVEIRA, 1990). Configura-se assim o que os autores nomearam de “universalização excludente”, processo que, pela via do racionamento, vai exercer uma função redistributiva, não pela inclusão de todos, mas pela incorporação dos segmentos mais carentes e resistentes ao racionamento, possibilitando ao Estado viabilizar o atendimento a esses segmentos.

A absorção, pelo mercado, dos “excluídos” pelo racionamento, cumpre assim uma função redistributiva, ao atenuar possíveis resistências - de grupos com poder de vocalização na sociedade - à incorporação dos segmentos sociais até então marginalizados das políticas sociais do Estado (FAVERET FILHO e OLIVEIRA, 1990).

A acomodação da tensão entre os interesses corporativos de uma “cidadania regulada” e os interesses dos excluídos foi facilitada por mecanismos de acesso aos serviços privados de assistência à saúde por parte dos segmentos com maior poder de mobilização social, porém a “exclusão” desses grupos sociais do Sistema Público significou o estreitamento do espectro político de atores com interesses na defesa desse sistema, reduzindo-se a capacidade de influenciar a opinião pública e de mobilizar as categorias mais organizadas do movimento sindical para pressionar os governos pela sua efetivação. Cristalizou-se então um círculo vicioso em que a baixa qualidade dos serviços expulsa os setores mais exigentes para o mercado, com o enfraquecimento do Sistema Público e a piora da qualidade (FAVERET FILHO e OLIVEIRA, 1990).

Já se antevia que a reversão desse padrão seria dificultada pela falta de alianças políticas sólidas na defesa do Sistema Público, reforçando a tendência à consolidação da autonomização dos subsistemas público e privado, com expansão do último e manutenção da precariedade do primeiro. Essa dualidade do modelo de proteção social, no Brasil, refletiria a ambigüidade do ideal universalizante de algumas experiências européias, quando transposto para sociedades profundamente desiguais como a brasileira (FAVERET FILHO e OLIVEIRA, 1990).

A contradição entre as lutas publicistas dos sindicatos, no seu confronto com o Estado, e os interesses imediatos das categorias, revela a ambigüidade dos compromissos entre as organizações de interesse e o Estado, para garantir consenso e governabilidade. A instituição dos Conselhos de Saúde como mecanismos de interação dos grupos de interesse com o Estado, no intuito de institucionalizar os conflitos, não lograram os êxitos esperados, haja vista a persistência da fragmentação e da competição e o crescimento das alternativas de mercado para o atendimento dos grupos com poder de barganha (COSTA, 1994, p. 23-29).

A compreensão do processo da reforma sanitária assentada nesses pressupostos visualizava uma tendência à aproximação do Sistema de Saúde brasileiro ao padrão americano, em que “os subsistemas público e privado se autonomizam em termos financeiros e em suas lógicas de expansão e articulação com as clientela demandantes” (FAVERET FILHO e OLIVEIRA, 1990).

Esse resultado estaria em sintonia com o processo de transição brasileira, gestado pelo alto, centrado no Estado, onde a sociedade não foi questionada, produzindo-se a idéia de mudanças sem a participação dos atores e sem pesar perdas e danos. Daí se colocar, naquele momento, a necessidade de reformulação do sentido da Reforma Sanitária brasileira, principalmente nos aspectos relacionados à universalização e à participação da sociedade civil, bem como os próprios rumos do estado de bem estar social no Brasil.

A institucionalização da Reforma

A reforma sanitária no Brasil se institucionalizou pela decisão dos constituintes que inscreveram no texto constitucional, promulgado em 1988, a saúde como integrante da seguridade social, e preconizaram a criação do Sistema Único de Saúde, regulamentado pela lei orgânica da saúde (lei 8.080) que definiu os princípios e diretrizes da organização do sistema, aprovada dois anos depois.

A institucionalização do SUS tem sido avaliada como uma reforma de estado de caráter democrático que definiu direitos e responsabilidades estatais com a saúde, promoveu a descentralização, criou mecanismos de integração governamental na gestão e espaços de participação social legitimados para o exercício do controle público sobre a gestão da política e do sistema de saúde (ARRETCHE, 2002).

Esse processo foi conduzido sob a direção do Ministério da Saúde definido pelo novo ordenamento jurídico como responsável pela coordenação do sistema de saúde. Manteve-se a tradição de autonomia do executivo na operação das políticas públicas, mesmo com a nova constituição, e o legislativo ficou com as prerrogativas de legislar sobre o ordenamento geral do funcionamento do sistema.

Assim, além das definições constitucionais e da lei orgânica da saúde que redefinam a atuação do Estado no campo da saúde, o legislativo aprovou, após o ano de 1990, algumas leis que interferiram na organização e na condução do sistema. Talvez mereça destaque, nesse sentido, a aprovação das leis que tratam: da extinção do INAMPS e da criação do Sistema Nacional de Auditoria²; da definição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária³; do estabelecimento do medicamento genérico⁴; da criação do Subsistema de Saúde Indígena⁵; da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar⁶ e da Emenda Constitucional 29 que vinculou recursos orçamentários para a saúde⁷. Porém a votação anual da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA) repercute na ação governamental pelos constrangimentos que podem trazer a execução dos recursos orçamentados.

A materialização da reforma se traduziu na implementação do Sistema Único de Saúde que se fez no leito da institucionalidade existente. A integração institucional e a descentralização da gestão são destaques no processo de reorganização do sistema que se fez sob a tônica da racionalização administrativa.

A integração formal das estruturas da Saúde Pública e da Medicina previdenciária unificadas no Ministério da Saúde são realçadas como avanço, ao superar a dicotomia reinante no setor. Porém não se traduziu na integração de ações, serviços e práticas, que se mantiveram isoladas e segmentadas seguindo os preceitos e procedimentos ditados pelas crenças e saberes das instituições que os geraram. Assim as mudanças na implementação do SUS se fizeram sob o signo do incrementalismo e sob a égide das instituições que exercem ação transversal nas organizações existentes no campo da saúde.

² Lei 8.689, de 27 de julho de 1993.

³ Lei 9.782, de 26 de janeiro de 1999.

⁴ Lei 9787, de 10 de fevereiro de 1999.

⁵ Lei 9.836, de 23 de setembro de 1999.

⁶ Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

⁷ Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.

O redesenho do sistema e a constituição do novo arcabouço institucional foram orientados pelas leis, mas modelados por decretos presidenciais e portarias ministeriais editadas pelo Ministério da Saúde que assumiram características diferenciadas em função da orientação de cada governo e da relação que se estabeleceu com os demais gestores do SUS e com os atores sociais.

A análise do processo de descentralização efetivado após a promulgação da lei 8080 nos dá uma idéia das mudanças efetivadas e dos efeitos em termos de racionalização que se produziram no processo.

A descentralização como caminho

A descentralização da gestão do sistema de saúde no Brasil é tida como uma das experiências mais bem sucedidas de descentralização no campo da gestão pública pelas características e dimensões em que foi operada num tempo relativamente curto, num contexto federativo marcado pela conflitividade das relações entre as esferas de governo. Para Arretche (2002)

[...] a municipalização da gestão dos serviços foi o elemento central da agenda de reformas do governo federal na área da saúde ao longo da década de 1990 e pode-se afirmar que, deste ponto de vista, a reforma foi um sucesso. Em 2000, 99% dos municípios estavam habilitados no Sistema Único de Saúde, aceitando assim as normas da política de descentralização do governo federal (ARRETCHE, 2002).

Se considerarmos que esse processo foi implementado após a promulgação das leis que regulamentaram o sistema, em 1990, e que só ganhou celeridade a partir de 1993, com a mudança de governo resultante do impeachment do presidente Fernando Collor, podemos compreender as razões do alegado sucesso. Afinal transitou-se de um sistema centralizado e compartilhado, em que a União em parceria com os estados era responsável pela quase totalidade da oferta de serviços, para um sistema descentralizado e parcialmente integrado em que a quase totalidade dos municípios assumiram responsabilidades, parcial ou total, na gestão do sistema de saúde, num período de pouco mais de uma década. Pois, conforme registra Arretche (2002),

no início dos anos de 1990 no Brasil, [...] , as instituições políticas federativas já estavam plenamente instauradas, ao passo que a gestão de políticas públicas, particularmente na área social, continuava centralizada, isto é, o governo federal, em virtude do legado do regime militar, continuava responsável pela gestão e pelo financiamento das políticas de saúde, habitação, merenda escolar, livro didático, assistência social, etc (ARRETCHE, 2002).

O sucesso do processo de descentralização, que assumiu a municipalização como forma dominante, se deveu em parte ao impulso do municipalismo que ganhou força no Brasil, na década de 1980, e conjugou de maneira sinérgica a luta pela descentralização com a luta pela democratização do país.

No campo da saúde as iniciativas anteriores de desconcentração na gestão de serviços, implementadas através dos projetos das Ações Integradas de Saúde (AIS), a partir de 1984, e dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), no período de 1987 a 1990, que transferiram responsabilidades e recursos para os estados e para um conjunto de municípios, e onde se criaram instâncias de articulação e negociação para a programação em saúde, se constituíram em laboratórios para a construção de conhecimentos e para o acúmulo de experiência institucional no campo da descentralização.

Mas a implementação da descentralização foi um processo bastante conflituoso com várias frentes de disputa e muitos focos de resistência que matizaram o debate e as disputas do processo. Viana et al. (2002) indagam:

como é possível a convivência pacífica de uma política cujo perfil incorpora uma proposta fortemente descentralizadora e, ao mesmo tempo, exige um pacto federativo mais cooperativo, como o SUS, com relações inter-governamentais marcadas por incessantes conflitos e embates sobre recursos, centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade reguladora e inexpressiva tradição participativa da sociedade (VIANA et al., 2002).

As disputas entre estados e municípios pela gestão dos serviços e dos recursos num cenário marcado pela competição partidária e eleitoral se apresentou como o maior desafio. Os governos estaduais resistiram em promover a cessão de serviços e pessoal para os municípios, que por sua vez temiam os riscos em arcar com ônus da gestão sem garantia de recursos, e exigiam condições especiais para assumirem as responsabilidades gerenciais sobre os mesmos. Em vários estados criou-se uma situação de tensão que emperrou o processo, inconcluso até o presente. Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES -, de novembro de 2004, ainda temos sob gestão estadual, 2.387 unidades básicas (3,42%), 22.493 unidades que prestam atendimentos classificados como de média complexidade (40,30%) e 4.268 unidades de internação (56,12%).

A descentralização se implementou pela via do incrementalismo, estimulando a adesão dos estados e municípios à assunção de responsabilidades de gestão através da indução financeira. A estratégia de transição operada apostou na normatização dos processos e no aprendizado institucional de gestão por parte dos municípios e estados. Mas a concentração de recursos e de poder institucional no Ministério da Saúde lhe outorgou um papel relevante na condução do processo. E se por um lado assegurou uniformidade e regularidade à transição, por outro assumiu um caráter de “tutela” que subtraiu autonomia na gestão do sistema e produziu distorções na organização do sistema de saúde causadas pela influência de uma tradição assistencial herdada da medicina previdenciária e embutida na normatização do financiamento e das ações, em contradição com os princípios de integralidade da atenção à saúde.

Avalia-se que a municipalização sem a regionalização propiciou a atomização do sistema com prejuízos à racionalidade sistêmica tanto em termos de escala e escopo, como na garantia de acesso aos usuários (MENDES, 2003).

As sucessivas normas visaram imprimir uma racionalidade ao sistema por meio da regulação do processo de descentralização, complementando as insuficiências da legislação e definindo aspectos relacionados à divisão de responsabilidades de gestão, às relações entre gestores e a critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios (LEVCOVITZ et al., 2001). Mas os resultados desse processo foram assaz

criticados pelo seu acento burocratizante, uniformizador e incongruente com a diversidade das situações de gestão que se apresentam nos municípios e nos estados brasileiros (DEBATEDORES, 2001).

Os resultados obtidos, se vistos pelo ângulo administrativo, não deixam dúvidas do sucesso da iniciativa. Hoje temos cerca de 650 municípios que assumem a gestão plena do sistema de saúde no seu território, quase 5000 municípios que assumem a gestão dos serviços básicos ou de atenção primária, e os 26 estados e o Distrito Federal já se habilitaram à gestão plena do sistema de saúde, nos seus territórios. A tradução desse processo de descentralização no financiamento se espelha na mudança no perfil da execução dos recursos orçamentários da União que hoje são transferidos em mais de 90% de forma regular e automática para os fundos estaduais e municipais de saúde. Com isto o gestor federal se voltaria para assumir seu papel de coordenação do sistema nacional, exercendo atribuições de regulação e avaliação, financiamento e apoio aos estados e municípios.

Contudo se avaliados numa perspectiva mais abrangente manifestam-se dúvidas quanto ao alcance dos resultados:

[...] o modelo de descentralização setorial na saúde, a despeito do esforço permanente do governo central pela indução e regulação do processo, pode ter pouco impacto nos indicadores de oferta e acesso aos serviços, tendo em vista os agudos conflitos de ordem federativa num contexto de restrição fiscal e de infortunada herança de desigualdades econômicas e sociais (VIANA et al., 2002).

Por isso se justifica uma breve incursão no tema das relações federativas na implementação do SUS.

As relações federativas no setor saúde estão condicionadas pelas características históricas e institucionais do setor, como lembra Costa (2003b, p.8), pelo arranjo federativo da nação e pela conformação do sistema nacional de saúde, instituídos na constituição de 1988.

A análise do “federalismo na saúde” deve considerar a grande extensão territorial do país e as grandes diferenças na distribuição de terras e população entre as 27 unidades subnacionais. Essas características somadas às disparidades econômicas e fiscais e a desigual distribuição de renda entre seus habitantes, produzem uma estratificação econômica e demográfica com repercussões na distribuição do poder político entre as unidades da federação (COSTA, 2003a:77-78). Disparidades que também se reproduzem quando analisamos a situação dos municípios. Essa desigualdade se reflete no perfil epidemiológico, na distribuição dos profissionais de saúde, na disponibilidade de serviços de saúde, e na capacidade de gestão dos entes federados.

As peculiaridades históricas do federalismo brasileiro que nasceu sob a égide do “federalismo oligárquico”, sustentado nas coalizões entre as elites provinciais de estados mais poderosos e intermediários, também condicionou as relações inter-governamentais ao longo do século XX. Essas relações se traduziram num jogo pendular entre centralização de governos autoritários e a descentralização de governos liberais num cenário de grande força política e fiscal da União frente aos estados mais poderosos. Além disso, aumentou a competição política sem que tenha havido uma institucionalização das relações governamentais que definissem as regras do jogo federal (COSTA, 2003a:78-9).

A transição democrática vivida pelo país nos anos 1980 foi acompanhada pelo fortalecimento dos governadores que tiveram grande influência na definição da nova ordem política do país, secundados pelos prefeitos que encamparam o discurso municipalista e somaram esforços na consolidação de um novo federalismo que emerge com o fim do regime militar e a crise do Estado varguista. Suas características marcantes foram a “descentralização e a criação de um modelo predatório e não cooperativo de relações inter-governamentais, com predomínio para o componente estadualista” (ABRUCIO e SOARES, 2001:54-8). A implantação do SUDS se viabilizou nesse contexto.

O desenho federativo estabelecido pela constituição de 1988 foi resultante desse “novo federalismo”. Esse ordenamento institucional refletiu os anseios de democratização e descentralização presentes nas lutas da sociedade brasileira pelo fim do regime autoritário e centralizador que vigorou durante os governos militares, de 1964 a 1984. E estava em sintonia com as experiências de descentralização administrativa e de fortalecimento do poder local em curso em vários países (ABRUCIO e SOARES, 2001:56-7).

Instituiu-se uma federação assentada na existência de 03 entes federados autônomos e interdependentes: a União, os estados e os municípios, com o distrito federal reunindo atribuições dos dois últimos.

Com isso, os municípios mudaram seu status no seio da federação e passaram a assumir progressivamente um lugar de destaque no jogo federativo, frente a uma tradição que restringia esse jogo a uma relação bilateral entre o executivo federal e os governadores, diante da fragilidade do poder local (ABRUCIO e SOARES,2001:59). A assunção de um conjunto de responsabilidades na prestação de serviços e ações sociais (Saúde, Educação, Assistência social) foi acompanhada de um aumento na cota de partição dos recursos tributários, em relação à situação anterior, com um crescimento significativo das receitas municipais (KUGELMAS e SOLA, 1999:68-9).

Mas a constituição e as leis complementares não previram, como em outros países, mecanismos de articulação permanente e de coordenação da ação de governo entre os entes federados (COSTA, 2003a:86). Com isso se acentuou uma tendência a superposição de iniciativas governamentais em detrimento da racionalidade na utilização de recursos sem contribuir com a melhoria na eficácia e efetividade da ação do Estado.

A busca de integração das políticas públicas, articulando ações das três esferas de governo, tem se colocado na ordem do dia como elemento de racionalização. E o SUS tem servido de referência para a discussão sobre a criação de sistemas únicos, caso do Sistema Único de Segurança Pública (SUSP) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Mas a racionalização político-administrativa traz embutido o embate entre centralização versus descentralização e tem se chocado com a racionalidade da disputa político-partidária que se manifesta nessa relação.

Um elemento adicional na análise das relações federativas no Brasil diz respeito à definição de responsabilidades entre os entes federados que não diferenciou os municípios e os estados em função de seu porte e de suas capacidades fiscal e administrativa, atribuindo de maneira uniforme responsabilidades de gestão a municípios com mil ou 10 milhões de habitantes, num país extremamente heterogêneo como o nosso. A normas do SUS ao especificar requisitos para habilitação às condições de gestão, tentaram equacionar essa questão, mas só o fizeram parcialmente.

No mesmo sentido não se definiu a criação de arranjos de planejamento e gestão regional que possibilitassem a coordenação da ação governamental em territórios contíguos. A instituição das regiões metropolitanas tem se mostrado insuficiente para promover essa coordenação, que tem sido suprida em algumas regiões pela organização de consórcios entre municípios para a realização de ações conjuntas, apesar das dificuldades no campo jurídico-administrativo.

A análise das relações inter-governamentais (RIGs) que se produziram na descentralização destacam que a avaliação sobre a negociação dos conflitos se torna mais importante do que a observação dos aspectos administrativos e legais. Essas relações devem ser compreendidas como veículo de negociação política que cria padrões capazes de colocar grupos com menor poder político em confronto com outros de maior poder, num jogo em que se disputam posições (SOUZA, 2002).

Assim temos que reavaliar os juízos que fazemos sobre as relações intergestores no SUS em que se ressalta a dimensão cooperativa para buscar evidenciar o caráter dos conflitos subjacentes que dificultam a integração do sistema.

A criação das Comissões Inter-gestores no âmbito nacional (comissão intergestores tripartite-CIT) e em cada estado (comissões intergestores bipartite-CIB) se constituiu em importante iniciativa para a modelagem das relações entre os entes federados no sistema de saúde. As contribuições desses dispositivos na negociação e na construção dos pactos entre os dirigentes setoriais acerca das normas, das prioridades e da alocação de recursos foram decisivas para os avanços realizados (MIRANDA, 2003).

A conformação da municipalização que temos, assentada nas normas e nos processos de programação e gestão negociados e implementados, é resultado dessa mediação. Contudo essa dinâmica de pactuação e sua tradução normativa não produziu os avanços esperados na integração e na regionalização do sistema, nem propiciou a assunção da responsabilidade sanitária pelo conjunto dos gestores. Os limites desse processo no equacionamento dos conflitos de interesses no campo setorial se evidenciam nas muitas pendências acumuladas no âmbito da gestão inter-governamental.

O papel coordenador e indutor do Ministério da Saúde nesse processo é avaliado como decisivo pelos analistas (ARRETCHE, 2002). O fato de controlar o maior volume de recursos e o poder de normatizar colmatou um tipo de negociação e pactuação designado por Miranda (2003) de intercâmbio e negociação permanente, que na maioria das vezes resultou em cooperação de soma positiva.

No entanto, esse tipo de relação, ao construir uma cumplicidade entre os gestores através de suas representações, provocou um distanciamento dos Conselhos de saúde do debate e das decisões importantes sobre a efetivação da política, acirrando um conflito latente entre gestores e conselheiros.

Outro aspecto institucional a considerar na análise da implementação do SUS é a conformação organizacional e a lógica de gestão das organizações do Estado existente nas três esferas de governo. Impera na maioria das organizações setoriais um padrão tradicional baseado em estruturas hierárquicas, segmentadas e centralizadas, e em dinâmicas de gestão autoritárias e personalizadas, que redundam em pouca participação e baixa responsabilização.

A reforma do estado no Brasil, empreendida na última década, sob o lema da modernização da gestão pública direcionou seu foco para a modelagem de estruturas de regulação estatal sob a ótica da delimitação de funções de financiamento e regulação, por um lado, e de prestação de serviços, por outro, em consonância com as reformas empreendidas em países centrais. As mudanças que possibilitariam um “desengessamento”, uma maior agilidade e transparência na gestão pública, e melhoria na sua eficácia foram relegadas a segundo plano. No setor saúde essa diretriz efficientista, com forte conteúdo ideológico, mas assentada num diagnóstico de ineficiência da gestão pública, propagou e implementou arranjos de gestão que viabilizaram a terceirização da gestão pública em saúde, através das organizações sociais (OS) e das organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP), que favoreceram a precarização das relações trabalhistas no setor.

Almeida (1999), referindo-se à proposta de reforma administrativa do governo, pautada na reforma inglesa, voltada para o sistema de assistência médico hospitalar, compreende que:

Ainda que aparentemente desconectada do processo de implementação do SUS, essa proposta vem sendo implementada de forma paulatina, evidenciando a mudança da agenda reformadora setorial, numa perspectiva mais restritiva (ALMEIDA, 1999).

Assim temos no campo setorial da saúde um polimorfismo de estruturas e processos de gestão que mesclam elementos da tradição, da modernidade neoliberal e das conquistas democráticas, mas que no conjunto apresentam grande fragmentação, baixa efetividade e ineficiência, que repercute no desempenho do sistema.

Contudo a explicação para as dificuldades na implementação do SUS, na virada do milênio, continua a enfatizar os aspectos macroestruturais e a responsabilizar o governo federal pelos insucessos. Vários analistas percebem a restrição de recursos e a orientação privatizante dos últimos governos, no âmbito federal, com privilégio ao mercado de saúde, como sinal de uma orientação política que levou a desresponsabilização do Estado nacional com as políticas sociais. (ALMEIDA, 1999; 2002; GERSCHMAN,1999; NORONHA, SOARES, 2001).

Gerschman (1999) entende que:

Lo que ocurrió es que los avances en el terreno jurídico constitucional no tuvieron correspondencia con la ejecución de la política y esto fundamentalmente por la manera en que el gobierno, en el caso brasileño, actuó para obstaculizar el buen encaminamiento de las reformas. Lo que se puede observar en el nivel federal, instancia decisoria central de la implementación de la reforma del sistema de salud (Gerschman, 1995), es el papel secundario adjudicado a la política de salud que se expresó en la ausencia del papel regulador del Ministerio de la Salud y del Consejo Nacional de Salud, órgano de representación de la sociedad en la implementación de la política de salud (GERSCHMAN, 1999).

Noronha e Soares (2001) concluem que:

O sistema de saúde brasileiro ingressa na primeira década do novo século com desafios gigantescos, agravados pelos marcos da política de ajuste neoliberal introduzida na década de 1990. Os avanços formais conquistados na formatação administrativa do Sistema Único de Saúde através das várias normas operacionais instituídas naquela década, apesar da multiplicação de agentes políticos interessados na sua preservação, correm seríssimo risco de serem tragados por fora pela contração de investimentos públicos e pela cisão irreversível do sistema de saúde (NORONHA e SOARES, 2001).

Apesar de reconhecermos a força dos condicionamentos estruturais na conformação das políticas e da ação do Estado entendemos que os limites de certas análises estruturalistas na explicação das crises das políticas sociais do Estado capitalista, não levam em conta as próprias mudanças estruturais nas sociedades capitalistas contemporâneas que alteraram os padrões da divisão do trabalho, da diferenciação cultural e da organização e representação dos trabalhadores, alterando o sentido de solidariedade e adesão às propostas do Estado de bem estar social na sociedade (OFFE, 1994)

A compreensão dos impasses na implementação do SUS, que podem ser analisados sob o enfoque de promessas não cumpridas na garantia de direitos e no atendimento de necessidades, e de déficits ou excessos de racionalidade (SANTOS, 1995, cap. 4, 75-114) na organização e na condução do sistema precisa explorar outras abordagens. E confrontar o projeto de reforma com as exigências do presente.

Então se entendemos que os impasses e dificuldades na implementação da política de saúde não podem ser explicados somente pelos determinantes estruturais, temos que trilhar outras vertentes explicativas, discutidas no capítulo II. E mais, se acreditamos que vivemos no Brasil uma relativa estabilização dos padrões de relação entre o Estado e a Sociedade e não se vislumbram transformações radicais na atuação do Estado temos que refletir sobre as possibilidades e os caminhos da mudança dentro da ordem e especular em torno das questões que as mobilizam. Nesse sentido propomos uma reflexão sobre o processo de descentralização e das questões associadas à gestão inter-governamental como via para o entendimento das contradições do SUS.

Dilemas da mudança no SUS

A discussão sobre o processo de mudanças no SUS tem se apresentado como um dilema para os agentes institucionais e para os atores sociais do campo da saúde, pois as alternativas que tem orientado o debate não têm se mostrado capazes de superar as contradições do processo. Dilema que se mantém vivo no debate atual e se manifesta em torno da definição da agenda transformadora e dos caminhos para viabilizá-la.

Continuamos a navegar entre uma agenda “maximalista”, orientada para transformações na atuação do Estado, no campo da economia e das políticas sociais, e proposições singulares voltadas para alterar aspectos operacionais da política de saúde. Também continuamos a polemizar em torno de processos incrementais de âmbito setorial, no terreno da política institucional, e demandas por mudanças relacionadas a processos políticos mais amplos referidos à disputa pela condução do Estado.

Partimos da idéia, explicitada por algumas vozes, de que a reforma está inconclusa e demanda ser concluída. Mas o que significaria concluir a reforma hoje? A mera aplicação dos preceitos legais, como se preconiza! E as insuficiências da lei como serão superadas? Para não cairmos numa visão linear e evolucionista deveríamos inquirir os preceitos e os fundamentos legais da mesma forma que inquirimos a materialização da política. E ao interrogar os aspectos não concretizados na implementação da política deveríamos por em questão o que se efetivou e indagar o que se produziu em termos de saúde com esses avanços. E mais, não seria o caso de por em questão o programa reformista perquirindo a validade de suas premissas e a atualidade de suas proposições frente ao contexto sócio-político do país.

A compreensão do SUS como produto de uma constelação de processos sociais em que intervieram as tendências estruturais, as dinâmicas institucionais e os atores sociais organizados em torno de seus interesses nos sugere problematizar o tema da mudança trazendo a análise a herança da reforma que se efetivou e as demandas por transformação apresentada pelos atores na conjuntura recente. Conviria igualmente questionar as alternativas que tem se apresentado como caminho para a mudança.

E se não entendemos a reforma como uma questão jurídico-administrativa, mas sim como um processo sócio-político que se efetiva nas instituições, teremos que indagar, como sugere Almeida (2003), se as “causas que levaram a formulação da política e os objetivos do SUS se mantêm na sua implementação”, “o que mudou na agenda e nos conflitos”, e quais os resultados inesperados e não previstos pelos formuladores. Da mesma forma teríamos que por em cheque algumas visões que entendem que o SUS estaria consolidado e tratar-se-ia tão somente de aprimorá-lo, incrementando ações e serviços. Sem pretender responder essas interrogações vamos especular em torno desses dilemas e realçar algumas questões, de maior incidência no debate setorial, sobre a descentralização e a gestão do sistema.

Iniciamos pelo tema da descentralização das responsabilidades de gestão. Pensamos que a tarefa não se completa com a habilitação de todos os estados e da quase totalidade dos municípios, ou mesmo com a habilitação dos grandes municípios que não se habilitaram à gestão plena. E são mais de 70, inclusive algumas capitais. Mas caberia indagar o que tem significado para a organização do sistema o processo de habilitação. Afinal o que mais se ouve é que esse processo foi um processo cartorial. E ainda, aquilatar os efeitos sanitários dessa assunção de responsabilidades pelos estados e municípios. Como superar a habilitação por outros processos de responsabilização, como se propõe no debate? A explicitação e assunção de novas responsabilidades por parte do Ministério, nesse novo contexto, se colocam como uma exigência atual. Parece que essa é uma tarefa essencial como condição para se pensar a mudança no SUS.

Contudo ela nos revela as debilidades institucionais do processo de gestão do SUS, pois hoje não temos acúmulo institucional, em nenhuma das esferas de governo, nem dispositivos para proceder uma avaliação de desempenho do sistema, denotando a falta de prioridade com o assunto, e o predomínio de uma lógica de condução orientada por outra racionalidade política distinta da busca de eficácia social do sistema.

As opiniões que circulam na mídia, nos espaços de controle social, nos espaços de gestão e entre os agentes institucionais, fortalecem a compreensão de que não houve, na maioria das situações, a assunção das responsabilidades de gestão pelo conjunto dos gestores. Injunções de natureza estrutural, como a precariedade de meios e de pessoal na

maioria dos municípios, de natureza política, como a manutenção de práticas clientelistas e ou que privilegiam os interesses privados, e de ordem cognitiva, pela escassez de pessoal qualificado, podem explicar muitas dessas situações.

E nesse processo que culminou num sistema descentralizado, com direção única em cada esfera de governo, como tem se dado a integração dos subsistemas e das redes assistenciais ? Há evidências de que não superamos o insulamento dos municípios e de que a regionalização como estratégia de integração das ações e das redes assistenciais nos territórios contíguos não se viabilizou. A Norma operacional que criou os instrumentos – PDR, PDI - para viabilizar a organização regional do sistema não “ganhou vida”. A falta de iniciativa política dos gestores associada ao conflito federativo, mais explícito na disputa entre os estados e os municípios pólos, tem se constituído em fator inercial para manter o instituído. A construção da regionalização como um processo técnico-político baseado na solidariedade e na cooperação entre os entes, com a criação de arranjos de planejamento e co-gestão do subsistema regional de saúde parece ser uma tarefa da agenda da reforma que precisa ser enfrentado.

Outra questão que precisa ser abordada se refere ao exercício da direção única do sistema em cada esfera de governo. Será que essa direção única tem possibilitado uma efetiva coordenação das ações e serviços nos territórios municipais e estaduais ou tem significado somente o controle dos recursos alocados aos prestadores situados nesses territórios? Os problemas do cotidiano de gestão reclamam novas formas de abordagem para lidar com a superposição dos territórios municipais e estadual na discussão da direção única do sistema.

Com isso temos que por em análise o alcance do processo de negociação e pactuação entre os gestores que não se tem horizontalizado entre os municípios nem se disseminado para o conjunto das regiões, e nos espaços bipartite e tripartite tem assumido uma dinâmica mais burocrática do que política, com ênfase na definição de regras sobre o financiamento das ações, sem priorizar a discussão sobre os gargalos da gestão. Talvez tenhamos que pensar, com base na experiência acumulada, alternativas que desbloqueassem o processo de pactuação e que estabelecessem nova lógica de relacionamento com as instâncias de controle social.

O financiamento do SUS mesmo definido constitucionalmente tem sido fonte das maiores polêmicas no debate setorial, mobilizando conselheiros, gestores e parlamentares. Sempre em torno do aumento dos recursos e da regulamentação da sua destinação. Avalia-se que os percentuais mínimos, estabelecidos na emenda constitucional 29, se transformaram em teto, situação que manterá o subfinanciamento do setor. Esse debate no âmbito governamental, tanto nos estados como na União, tem oposto a área fazendária ao setor saúde trazendo constrangimentos à autonomia de gestão e à execução orçamentária setorial. Os fundos de saúde legalmente instituídos continuam, em muitas situações, como um mero artifício contábil. No âmbito da gestão tem se enfatizado a crítica aos mecanismos e a lógica de alocação, condicionada a adesão aos projetos do governo federal, e a persistência das modalidades de pagamento aos prestadores. A correção das desigualdades regionais tem sido outro motivo de questionamento na destinação dos recursos. Porém tem se adentrado pouco na discussão sobre as prioridades na utilização dos recursos e sobre a eficácia e a eficiência do gasto. Assim temos um elenco de questões a serem enfrentadas nesse âmbito.

A aposta na racionalização do sistema através da utilização dos instrumentos de planejamento e programação tem sido perdida. São incipientes as experiências de uso racional dos instrumentos de planejamento e programação com base na análise de informações sanitárias, como prevê a legislação, mostrando a distância entre a norma e a realidade. Por outro lado tem se realçado a impropriedade de muitos desses instrumentos e a lógica uniformizadora e fragmentadora que impera nesse âmbito. A demanda por alterações nessa lógica com vistas a construção de processos e instrumentos integradores tem se colocado na ordem do dia no debate, nos espaços de gestão. Avaliar a efetividade dos planos de saúde e do planejamento como recurso de gestão se faz necessário como meio de confrontar os preceitos normativos com o cotidiano de gestão.

No mesmo sentido se faz necessário desvelar o significado do furor normativo que imperou na implementação da descentralização, pois para além de regular e uniformizar se objetivou controlar os processos de gestão sob a falsa expectativa de que se garantiria resultados, que quase nunca foram avaliados. Os instrumentos normativos, negociados nos espaços intergestores, como forma de suprir as insuficiências da lei, têm se

mostrado pouco produtivos na organização do sistema e criticados pelo seu caráter burocratizante, controlista e uniformizador. O debate sobre a questão normativa no SUS tem colocado a necessidade de uma revisão que remova o “entulho sanitário” e simplifique o processo de normatização, contribuindo para racionalizar as práticas de gestão. Está em andamento uma proposta com esse objetivo coordenada pelo Ministério da Saúde.

No entanto a necessidade de uma atualização da legislação do SUS tem aparecido na cobrança da regulamentação do direito à saúde, diante das decisões judiciais sobre tratamentos e dispensação de medicamentos. Emerge nos discursos do Ministro da Saúde na defesa de uma lei de responsabilidade sanitária, como forma de instituir mecanismos de responsabilização dos gestores. E tem se apresentado nas iniciativas parlamentares com proposições que interferem na lógica de organização e gestão do sistema. A proposta de regulamentação da emenda constitucional que vincula recursos para a saúde tem polarizado o debate, nesse campo, e mobilizado o conjunto das entidades com atuação setorial.

Outra questão com forte incidência no debate diz respeito aos limites da participação social e do potencial dos conselhos de saúde em exercer o controle social numa sociedade com baixa institucionalização das práticas democráticas. E nos parece que a mera reiteração dos princípios e a repetição da cobrança para que os governos assegurem as condições para o fortalecimento dessa participação não parece ser o caminho mais pertinente. Sem questionar a sociedade e as formas de representação dos interesses, e por em causa a dinâmica institucional de funcionamento dos conselhos talvez não tenhamos alteração na acomodação que se consolidou nesses arranjos e nas relações entre os atores sociais e os governos.

A gestão do trabalho se constitui, talvez, no tema mais candente da pauta de gestão do SUS, e aquele que foi mais postergado nos processos decisórios. Essa postergação tem haver com a dimensão e a extensão do problema e com a definição de quem assume as responsabilidades. O Gestor federal ao transferir progressivamente as responsabilidades de gestão e contratação de pessoal para os estados e municípios tem se reservado o papel de regular as relações de trabalho e a formação de pessoal, fomentar os processos de educação permanente e apoiar os processos de negociação. E não tem

assumido responsabilidades de promover a correção dos desequilíbrios na distribuição de pessoal no território nacional, que tem sido enfrentada com a criação de subsídios diferenciados aos municípios. Os estados e municípios têm reagido ao ônus de arcarem com essa responsabilidade, mas não tem apresentado alternativas para enfrentar a situação. Entendemos que, assim como o veto presidencial na época de sanção da lei orgânica da saúde, em 1990, se constituiu num dano grave ao processo de implementação do SUS, a ausência de propostas para enfrentar o passivo nesse campo continua a ser um dos maiores gargalos à consolidação do SUS como política pública. E essa questão não pode ser vista somente como uma questão financeira ou trabalhista, mas como uma estratégia fundamental para mobilizar corações e mentes e formar compromissos em torno dos valores que fundamentam a política de saúde.

Como última questão destacamos o tema da mudança do modelo e das práticas de atenção, tema central no discurso reformista. E nesse aspecto temos que explorar as interações do tema com as práticas de gestão. Pois não temos como reorganizar a atenção sem fazer escolhas, definir caminhos e prioridades, prover os recursos e buscar o compromisso dos profissionais. E isso demanda projeto e método para orientar a ação. E num sistema descentralizado talvez o objetivo maior fosse, mais remover as barreiras e amarras às iniciativas locais estimulando a criatividade para a construção de modalidades diversas de fazer saúde, do que definir padrões uniformes. Em vez de normatizar processos e procedimentos, avaliar resultados e impactos. Tarefa que exigiria novas modalidades de contratos entre os gestores, destes com os serviços, e reforma das práticas de gestão vigentes com ênfase no papel do gestor federal e dos gestores estaduais.

Em relação às estratégias para promover as mudanças desejadas talvez tivéssemos que analisar os caminhos até aqui trilhados. Sobressai numa análise superficial do processo que a via incremental tem se afirmado como estratégia dominante na reformulação das práticas institucionais. Mas se queremos avançar na consecução dos objetivos sanitários e políticos da reforma, talvez tenhamos que orientar o processo incremental, não pelo mero resgate do programa original da reforma ou mera aplicação da lei, mas por um programa baseado na análise do SUS realmente existente, e dos déficits e excessos em relação as promessas anunciadas pelo discurso reformista. Seria a já pleiteada “reforma da reforma”.

Para isso teríamos que avaliar, com olhos do presente, o contexto setorial procurando inquirir a conformação das tendências estruturais em curso, a dinâmica institucional resultante da nova configuração de um sistema descentralizado, o rearranjo das relações federativas, os interesses em pugna e a ação dos atores sociais no campo da saúde.

Com isso poderia se estabelecer um programa de mudanças com distinção de âmbitos de ação para a produção de iniciativas políticas como tentativa de fugir ao dilema totalizante que ao condicionar as mudanças setoriais às transformações de ordem geral paralisam os atores e impedem as mudanças processuais. Sem negar a importância das lutas gerais, se poderia construir uma agenda de reformas institucionais que apontassem para a superação dos déficits de racionalidade e contribuíssem para aumentar a legitimidade do sistema junto aos usuários do SUS e à sociedade. Iniciativa que demandaria avaliar as mudanças que estariam sob governabilidade setorial e aquelas que demandariam ações junto ao legislativo e ao executivo, na reconfiguração da atuação estatal setorial. Para isso teríamos que especificar iniciativas de âmbito municipal, estadual e federal, e nas relações inter-governamentais, pois não podemos continuar a pensar na solução dos problemas do sistema pelo viés das decisões nacionais que na maioria das vezes ignora as diversidades regionais. No mesmo sentido pensar as ações de curto e de médio prazo e a concertação de responsabilidades entre os atores governamentais e não governamentais. Mas essa não é uma questão normativa e sim do terreno da política, onde as prescrições não têm muita consequência. No entanto o peso dos sujeitos políticos com responsabilidades de condução governamental, principalmente do executivo federal, dado a capacidade de indução que o governo preserva na implementação da política pode facilitar ou dificultar a consecução dessas iniciativas. Ou seja, a orientação do projeto de governo, se voltado para promover as reformas institucionais racionalizadoras ou movido por um incrementalismo de projetos singulares, pode fazer alguma diferença na conjuntura setorial em que vivemos.

Destarte, para que se possa construir uma agenda de mudanças com consequências transformadoras temos que “dessacralizar” discursos e práticas instituídos e “desdemonizar” certos temas do debate que fogem ao cânone sanitário. Como propõe Santos (2000) tomar o senso comum sanitário como objeto de questionamento com vistas à construção de um novo senso comum emancipatório capaz de persuadir e convencer os

sujeitos na luta pela construção pragmática de uma realidade que aproxime as experiências das expectativas.

No presente estudo buscamos apreciar alguns aspectos institucionais da dinâmica de mudanças setoriais no SUS através dos caminhos apontados no capítulo II, em que discutimos as abordagens, o método e os procedimentos utilizados.

No capítulo III apresentamos as expectativas de mudança anunciadas no debate recente sobre os rumos do SUS e questionamos alguns dos seus pressupostos.

Na seqüência descrevemos e confrontamos a produção normativa e discursiva das instâncias de gestão do SUS frente às expectativas analisadas no capítulo III, discutindo o relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde, no capítulo IV, o processo de negociação e pactuação na CIT, no capítulo V, e a agenda do Conselho Nacional de Saúde, no capítulo VI.

Por fim apresentamos no capítulo VII uma análise terminal, porém contingente, dos vários aspectos abordados no estudo.

CAPÍTULO 2
PERCURSO DA INVESTIGAÇÃO

Abordagem do objeto de estudo

Assumimos que na presente investigação o objeto de estudo, como produto do pensamento, assumiu um caráter fugidio e a cada volta do pensamento, qual fantasma, se transfigurava em novas formas ou se apresentava com faces distintas, sendo difícil de fixá-lo, como se pode perceber ao longo do estudo. No entanto, como tivemos que explicitá-lo procuramos fixar algumas das muitas formas que assumiu no ziguezague de aproximação e distanciamento do mesmo.

Uma primeira face se apresentou na idéia de perceber as mudanças na organização e na gestão do SUS, decorrentes dos pactos, produzidos entre os gestores nos espaços de co-gestão, e das decisões das instâncias de participação e controle social – o Conselho Nacional de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde – no contexto político do governo Lula. Tomamos como ponto de partida as expectativas enunciadas em documentos divulgados no período anterior a eleição de 2002 por alguns entes coletivos com vocalização no debate setorial.

Esse interesse foi motivado pela compreensão de que a implementação do SUS esteve condicionada pelas orientações da política estatal para o campo social e pelas diretrizes específicas do governo federal para o setor saúde, que sofreu algum tipo de inflexão em cada uma das conjunturas políticas associadas aos mandatos presidenciais no período. Na visão de Elias (1996, p. 51)

...não obstante sua vinculação Constitucional, a Reforma Sanitária brasileira institucionaliza-se enquanto uma mitigada política de governo restrita aos aparelhos institucionais da saúde, o Ministério da Saúde à frente. Conseqüentemente, torna-se uma ação de governo sujeita às vicissitudes e constrangimentos comuns a esse tipo de situação, abrangendo desde aspectos mais conjunturais, tais como o grau de prioridade política e a destinação de recursos financeiros para o setor, até problemas de ordem mais estrutural do Estado brasileiro... (ELIAS, 1996, p. 51)

Desta forma, a conduta do governo federal, pela concentração de recursos e poder, condicionou o processo de descentralização e de organização da gestão do SUS, também influenciado pela mobilização dos atores sociais no campo setorial (CARVALHO, 2001).

Com isso as mudanças de governo, principalmente do âmbito federal, sempre criaram expectativas quanto à manutenção ou alteração na condução da política de saúde e da gestão do sistema, em função dos interesses dominantes, dos projetos de governo da coalizão governamental e das opções dos dirigentes setoriais. Aqui se realça a influência dos sujeitos, em interação, na concretização das políticas (CAMPOS, 2000; MINAIO, 2001).

O debate político travado na campanha eleitoral de 2002 foi polarizado em torno da continuidade ou mudança na orientação do governo, e das expectativas de reorientação na condução das políticas econômicas e sociais. No campo da saúde os atores se mobilizaram e expressaram suas idéias e proposições sobre o curso desejado para o SUS, através da manifestação de entes coletivos. A vitória e a posse de Lula com a indicação da nova equipe dirigente do Ministério da Saúde alimentou as expectativas de mudanças na condução da política de saúde.

E a mudança sinalizada pelo governo LULA, seja pela trajetória do principal partido de sustentação do governo – o PT –, seja pelos compromissos assumidos pelo presidente, reafirmados no discurso de posse, cuja tônica foi de mudança, sinalizou a prioridade para a agenda social, orientada pela busca da equidade, e despertaram grandes expectativas quanto a alterações na organização do sistema de saúde. Expectativas reforçadas pela composição dos quadros dirigentes do Ministério da Saúde que reuniu nomes expressivos da militância sanitária do país já experimentados em “exitosas” gestões municipais e que marcaram sua atuação, no debate e nos fóruns intergestores, pela crítica a “condução tutelar” do MS e pela defesa de mudanças no processo de descentralização da saúde.

A substituição de comando na gestão federal coincidiu com a troca dos governos estaduais e, portanto com algum rearranjo no quadro dos gestores da saúde nos estados, alterando a composição da representação dos Secretários Estaduais nos espaços de interação entre gestores. Alterações que também influenciaram nos arranjos de poder e na atuação do órgão de representação dos secretários municipais de saúde. Tivemos assim um rearranjo na configuração dos atores no campo da gestão do SUS e novas possibilidades de interação.

Todavia surge a questão de como lidar com um conceito tão polissêmico como o de mudança que, apesar de fazer parte do cotidiano da experiência humana, desde Heráclito já perturbava os espíritos de então ao se mostrar associado com a idéia de crise. Vejamos algumas idéias sobre essa relação.

Para Heráclito a mudança tinha que ser pensada como uma propriedade inerente à realidade das coisas, noção que se expressava na idéia do fluxo universal como caminho da transformação, em que “o fogo se transforma em todas as coisas e todas as coisas no fogo”; ou no aforismo “Tu não podes descer duas vezes no mesmo rio, porque novas águas correm sempre sobre ti” (PRÉ-SOCRÁTICOS, 1996:25).

Vista numa perspectiva cultural em que sobressai a idéia de evolução, a crise é vista por Capra (1982), sob inspiração do “taoísmo”, como um desequilíbrio nos “padrões dinâmicos de mudança” das sociedades que perdem flexibilidade entram em desarmonia e levam à rupturas sociais. As grandes mudanças históricas, enquanto transformações culturais são explicadas por meio de uma dinâmica cíclica, natural e harmoniosa. A crise, nesta perspectiva, é vista como “perigo” e “oportunidade” e está intimamente conectada à mudança.

A crise, sob uma perspectiva marxista, assume caráter inteiramente social e é vista como resultado do conflito de interesses entre as classes em luta e da contradição entre as forças produtivas e as relações sociais de produção em cada momento histórico. A mudança social, nesse entendimento, é um processo histórico de sucessivas revoluções sociais induzidas pelas contradições e pelos conflitos de classe que se refletem nas condições materiais de existência e nas idéias de uma época, e influenciam todos os processos sociais.

Em uma análise dos problemas sócio-culturais da humanidade, nesta transição de milênio, Santos (2000) visualiza uma crise do paradigma sócio-cultural da modernidade, decorrente das insuficiências e dos excessos do projeto moderno, condicionada pela dominação do pilar da regulação, assentado no princípio do mercado, sobre o pilar da emancipação, hegemonizado pela lógica cognitivo instrumental da ciência moderna. Nessa visão, a crise da ciência moderna tem um caráter profundo e terminal e assumiria uma dimensão social – pragmática – e uma dimensão epistemológica. A crise epistemológica se revela na defasagem entre nossa capacidade, quase ilimitada, de ação, frente à renúncia em analisar as conseqüências dessa ação, em nome do “utopismo automático da tecnologia” que apresenta o futuro como repetição clônica do presente (SANTOS, 2000).

Para Santos (2000) estaríamos vivendo uma transição paradigmática para um novo padrão de conhecimento, fundado na emancipação, que descortinaria um novo paradigma sócio-cultural, mesmo que não se vislumbre ainda transformações para além do capitalismo. A invenção social de um novo conhecimento emancipatório é defendida como uma condição essencial para vencer a auto-reprodução do capitalismo.

Numa perspectiva subjetiva, a mudança social é vista como o não cumprimento de expectativas, e sua marca seria a surpresa subjetiva e não a novidade objetiva, donde se conclui que a mudança social é um fenômeno fora de equilíbrio, pois em equilíbrio não temos surpresa (ELSTER, 1994).

Enfim podemos pensar a mudança como transformação, no tempo, das crenças, das estruturas, dos processos e dos resultados da ação humana no atendimento dos desejos e interesses de coletivos humanos.

Ao pensar sobre a mudança na saúde Contandriopoulos (1996) defende que esta repousa sobre a transformação das mentalidades no que concerne a saúde e seus determinantes, em interação com mudanças nas estruturas, articuladas às mudanças sociais mais abrangentes.

A luta por mudanças na atuação do Estado frente à saúde integra o cotidiano dos que vivenciam o sistema de saúde no Brasil e faz parte do movimento de reforma sanitária que culminou com a instituição do SUS. Mas o processo de implementação do SUS tem se feito em descompasso com os anseios dos atores sociais que estão constantemente a reivindicar a radicalização do processo e mudança de curso na atuação governamental. No campo teórico esse debate tem se traduzido: na defesa da “reforma da reforma” (CAMPOS, 1997); na hipótese de esgotamento das propostas originais da Reforma Sanitária Brasileira (CONH, ELIAS, 2002); na conclusão de que na prática o SUS que vingou foi um subsistema público para os que não tem acesso a serviços no mercado (ALMEIDA, 2003).

Campos (1997) avalia, na segunda metade dos 90, que se ousou muito pouco em operar mudanças pela via da democratização institucional e pelo envolvimento dos sujeitos, e critica a opção pelo “desvio estruturalista aparentemente mais viável e breve”. Constata que nas duas últimas décadas “empenhamo-nos muito mais na mudança do aparato legal e da estrutura político-administrativa” esquecendo as pessoas que dela usufruiriam. Entende que “o resultado disso tem sido um impasse, mudou-se muito para pouquíssimos resultados concretos”. E percebe que “a crise dos serviços de saúde e da saúde pública prossegue sua trajetória destrutiva a revelia dos atores sociais e do Movimento Sanitário”.

“A cronicidade da crise tem levado a uma monumental indiferença da sociedade. Serviços e programas se derretem ante a indiferença social e o próprio movimento sanitário se esgota, tendo seus quadros arrastados ou para o ceticismo ou para adesão ao ideário neoliberal (CAMPOS, 1997).”

O debate recente sobre a política de saúde, produzido nos anos que antecedem a troca de governo, tanto no âmbito da academia como nos espaços de gestão, está marcado por ambigüidades, pois, de um lado, enaltece o processo de descentralização reconhecendo o papel indutor do Ministério da Saúde (ARRETCHE, 2002) e, por outro lado, destaca os entraves e os desafios para a efetivação dos princípios e diretrizes da política de saúde, imputando a responsabilidade por tais empecilhos ao tipo de condução governamental (NORONHA e SOARES, 2001).

Essas ambigüidades revelam diferentes leituras do processo e expressam as contradições vivenciadas pelos atores no processo de implementação do SUS. Contradições que manifestam os diferenciados interesses em disputa na arena setorial que levam os atores a conferir sentidos distintos as proposições por mudanças.

Assim podemos vislumbrar uma gama variada de expectativas entre os atores, desde aquelas mais orientadas pelo incrementalismo que espera mudanças que acelerem a implementação do SUS, no rumo que vem sendo trilhado, já que se sentem contemplados no processo; até aquelas mais orientadas por um projeto de transformação setorial balizado pelos princípios constitucionais, que entendem que esse projeto não foi implementado por falta de decisão política dos governos anteriores, e assim caberia a um governo comprometido com os interesses da maioria da população dar materialidade ao projeto da reforma sanitária que não se completou.

O debate tem sido pautado, então, pela defesa de uma intensificação da implementação da política constitucionalizada, anteriormente delineada, corrigindo os desvios produzidos em momentos anteriores. Poucos são os questionamentos sobre os fundamentos da reforma ou a defesa de uma atualização de suas proposições com base na avaliação do processo de implementação e à luz do contexto político e social que vive o país, ou de aprendizados com as reformas setoriais empreendidas no âmbito continental e mundial. Mas há quem interroge, no debate, o que se pretende com o SUS, qual a dimensão do ajuste necessário e quais mecanismos utilizar na sua implementação (ALMEIDA, 2003).

Seguindo o trajeto da abordagem procuramos operar uma restrição analítica situando esta perspectiva de mudança à dimensão institucional do SUS, por entendermos que não se apresentou na conjuntura, em análise, alteração significativa no padrão de intervenção do Estado nas Políticas Sociais. E por considerarmos que o SUS como uma instituição, com sua dimensão simbólica e funcional (Campos, 2000:112), pode ser analisado como campo, no sentido proposto por Bourdieu (BELMARTINO, 1992), com relativa autonomia de atuação na interação entre o Estado e a Sociedade, em que se formam redes sociais articuladas (MARQUES, 1999) com poder de influenciar o processo de implementação e a organização do Sistema.

Essa opção guarda coerência com a análise de um sistema descentralizado em que os acordos estabelecidos na Comissão intergestores Tripartite e as decisões do Conselho Nacional assumiram a função de definir as prioridades, pactuar a alocação de recursos e legitimar o processo de regulação normativa da descentralização, influenciando decisivamente nos rumos da implementação do SUS. Em um contexto republicano em que o governo concentra no executivo, apoiado na sua tecnocracia, grande poder decisório (DINIZ, 2001), que se expressa em considerável autonomia na condução das políticas setoriais.

Ademais os atores representados nesses espaços integram as múltiplas “redes sociais” (MARQUES, 1999) que interagem no contexto nacional do SUS e participam da produção de idéias e iniciativas que incidem no debate e na gestão setorial.

Assim buscamos refletir acerca dos avanços e dos impasses do SUS dialogando com a produção teórica de alguns atores que discutem a reforma sanitária brasileira (FLEURY, 1988; 1989; SANTOS, 1994; ELIAS, 1996; CAMPOS, 1994, 1997b; MERHY, 2002a; MENDES, 2002; 2003; ALMEIDA, 2003; TEIXEIRA, 2003) e com algumas análises sobre políticas sociais (OFFE, 1994; VIANNA, 1992; ARRETCHE, 2002; FLEURY, 2003;).

Contudo, ao se voltar para a análise da produção deliberativa dos espaços de gestão do SUS, o estudo assume um viés endógeno ao privilegiar uma leitura de aspectos institucionais relativos à gestão inter-governamental do SUS em busca de explicações parciais para o curso assumido pela política de saúde na atual conjuntura, mesmo ciente dos riscos dessa opção ao abstrair a análise dos condicionantes estruturais do setor saúde.

Esta opção foi influenciada por análises de orientação institucionalista que avaliam que o sucesso na formulação e implementação das políticas públicas está condicionado pelo acordo dos atores setoriais em torno do seu conteúdo e do processo de tomada de decisão, que leve em conta os diversos interesses envolvidos (VIANA, 1996).

Em mais um movimento de aproximação com o objeto conseguimos vislumbrar o estudo da gestão inter-governamental no SUS como um assunto crucial num sistema organizado com base na descentralização, numa federação trina, em que os municípios são responsáveis pela oferta da maioria dos serviços, secundado pelos estados, cuja União tem a responsabilidade de formulação, regulação, coordenação, financiamento e promoção da cooperação técnica aos demais entes.

A gestão inter-governamental no SUS tem se processado através dos arranjos intergestores – CIT e CIB –, instituídos com relativa informalidade, e tem propiciado a negociação e a formalização dos pactos decisivos que têm orientado o processo de descentralização. Miranda(2003) entende a Gestão inter-governamental (GIG), como

uma derivação da análise sobre as Relações inter-governamentais, considerando fatores relacionados com a regulação e administração de rotinas e de subvenções inter-governamentais; os mecanismos de intercâmbio e negociação para a resolução de problemas comuns, a gestão cooperativa para acordos formais e informais, o desenvolvimento de capacidades de cada instância e unidade de governo para a provisão e previsão de recursos e para a influência sobre os processos de decisão (MIRANDA, 2003).

Então definimos a questão da racionalização como referencial para abordar a mudança na gestão inter-governamental no SUS, pois esta tem sido a tônica de todo o movimento de reformas dos sistemas de saúde e também da reforma sanitária brasileira.

Afinal as iniciativas de reorientação da atuação estatal no setor saúde desde o regime militar se pautaram pela busca da racionalização. Foi assim com a edição da Lei do Sistema Nacional de Saúde (Lei 6229, de 1975), com os programas de extensão de cobertura, com o Plano CONASP, com as AIS e com o SUDS, cujo mote principal era a integração institucional como via para alcançar eficiência e eficácia na utilização dos recursos (VASCONCELOS, 1997).

A racionalização como elemento nuclear do Sistema Único de Saúde também é apontada por Elias (1996) ao analisar a reforma sanitária, nos anos 90, em que percebe que esse processo se fazia preferencialmente através da burocracia, por meio da utilização do planejamento como instrumento para a eleição de meios para se atingirem objetivos previamente definidos.

A crítica a essa vertente racionalizadora se fez presente no debate desde o final dos anos 80 quando se apontavam os riscos da reforma ficar restrita a essa dimensão sem alterar o conteúdo das práticas assistenciais (CAMPOS, 1988, p. 179-194).

Talvez o debate principal hoje se coloque em torno da lógica de racionalização que tem orientado o SUS para perceber a disputa de racionalidades que se trava no campo da gestão pública em saúde num cenário de transição tecnológica e reestruturação produtiva do setor saúde que altera os dispositivos organizacionais, os saberes, e a relação entre os agentes no processo de produção das ações de saúde (MERHY, 2002a).

Morin (2004) pensa a questão no contexto da reforma da administração pública e explora a diferença entre racionalização e racionalidade apontando uma distinção entre os conceitos:

Aquí vemos la diferencia entre racionalidad y racionalización. La racionalidad corresponde a la plena utilización de las aptitudes intelectuales y afectivas de todos los que participan en la administración del Estado, a la debida coordinación de las tareas, a la comunicación y a los intercambios de información, a la utilización de policompetencias. La racionalización, por su parte, obedece a los principios de especialización estricta, de jerarquía rígida, de centralización extrema. Ahora bien, la experiencia muestra que esos principios, aplicados de manera estricta, no son racionales.
(MORIN, 2004)

Entendemos que o autor em tela associa a racionalização a um padrão de organização e de gestão dominante na empresa e no estado modernos que foi visto por Santos (2000), ao analisar a modernidade ocidental, como um paradigma sócio-cultural assentado no princípio do mercado e na racionalidade cognitivo instrumental da ciência moderna, com o suporte da racionalidade moral prática do direito.

Contudo neste trabalho continuaremos a usar o termo racionalização em seu sentido de busca de adequação dos meios aos fins, pondo em análise a racionalidade que preside os vários processos de racionalização. E pensamos que os princípios e as racionalidades utilizados por Santos (2000) nos ajudam a pensar o SUS, com a diferença de neste caso tomarmos o princípio do Estado e não o do mercado, associado às racionalidades mencionadas, como aquele dominante na explicação dos processos de efetivação do sistema.

A análise da gestão inter-governamental no SUS sob a ótica da racionalidade, como proposto por Morin (2004), nos leva a interrogar o processo de organização e gestão do sistema buscando evidenciar as contradições nos processos de racionalização dominantes.

Para isso definimos algumas categorias de análise em função de sua ampla utilização como instrumentos de racionalização do sistema e pela sua presença no debate sobre as mudanças reivindicadas na lógica de organização do SUS. Nesse sentido abordamos a racionalidade subjacente à defesa da mudança e ou continuidade nos mecanismos de integração do sistema, nas propostas de regionalização e na atribuição de responsabilidade sanitária, entre os entes federados. Em complemento examinamos como se tem utilizado a alocação financeira, a normatização e a programação como instrumentos de racionalização da gestão no processo de efetivação do arranjo descentralizado do SUS.

A integração carrega em si a promessa de dar coerência à contraditória noção de sistema operando a articulação funcional das partes que o compõem. No entanto o desafio colocado à questão da integração no SUS está para além das definições normativas e técnicas, pois envolve relações de múltiplos níveis, nos espaços micro e macro em que interagem os sujeitos. E pensar a integração de ações e serviços num sistema descentralizado e assentado em entes federados autônomos, numa federação trina, pressupõe desvelar as interações entre os gestores do SUS para percebê-las no escopo das relações inter-governamentais, no Brasil, buscando evidenciar o potencial conflitivo que encerram.

É esse mesmo conflito, marcado por disputas fundadas na partição de poder e recursos e na delimitação de competências em detrimento de relações cooperativas e fundadas na co-gestão, que explica as dificuldades e as resistências ao processo de regionalização no SUS. A impotência dos acordos, traduzidos em normas, para efetivar a estratégia de regionalização como um dos caminhos para a integração do sistema esbarra na disputa em torno da idéia de comando único ou direção única, como definido em lei, evidenciando o potencial conflitivo em torno da questão e o padrão dominante de prática política. Daí a importância de tomá-lo como fato de investigação.

O tema da responsabilidade sanitária tem assumido grande relevância no debate atual sobre a gestão do SUS. As definições legais e normativas têm se mostrado insuficientes para definir os papéis dos entes e a formalização de compromissos com base na adesão às condições de gestão normatizadas nem sempre tem se traduzido em assunção dessas responsabilidades. Predomina entre analistas da gestão pública e ecoa na opinião pública uma avaliação de que temos uma dispersão de responsabilidades e um baixo grau de responsabilização sanitária nas atividades de direção do sistema, de gerência e de prestação dos serviços, denotando um baixo grau de formação de compromisso entre gestores, gerentes e equipes profissionais no SUS.

A responsabilização sanitária de dirigentes, gerentes e equipes, mas do que atitude individual, deve ser entendida como uma construção sócio-cultural mediada pelas relações entre os sujeitos nas suas práticas político-institucionais. Esse juízo está em sintonia com o pensamento de Arretche (2003) que afirma:

Não há nenhuma garantia intrínseca à autonomia dos governos locais que os torne responsáveis, comprometidos com as necessidades dos cidadãos e determinados a administrar com eficiência. [...] O comportamento responsável dos governos – sejam eles locais ou nacionais – depende, não exclusivamente, mas em grande medida, dos incentivos a que estes estão sujeitos. E são em grande parte as instituições, isto é, desenhos de política, regras e normas sociais, que conformam os incentivos ao comportamento dos atores políticos. [...] São as regras institucionais de uma política pública – isto é, regras do processo decisório, mecanismos de controle e punição, arenas institucionalizadas de representação de interesses, etc. – que propiciam os incentivos ao comportamento dos governos locais (ARRETCHÉ, 2003).

Destarte, podemos concluir que a definição legal e normativa de responsabilidades é necessária mais insuficiente para construir responsabilização.

A discussão em torno do Financiamento como instrumento de modelagem da política de saúde e do processo de descentralização tem apontado os efeitos irracionais resultantes de uma alocação baseada no pagamento de procedimentos que reproduz a desigualdade alocativa, reforça a fragmentação, privilegia as práticas dependentes de tecnologias-equipamentos e subtrai autonomia de gestão dos municípios e estados.

O uso do poder normativo como instrumento de regulação do sistema tem propiciado, através das Normas Operacionais, a conformação de uma relativa articulação entre os entes federados e alguma ordenação dos serviços em redes assistenciais. Porém ao privilegiar a uniformização, desconhecendo a heterogeneidade do país, e o detalhamento com intuítos controlistas gerou um verdadeiro emaranhado burocrático que se transformou em empecilho à racionalização.

Avalia-se que “a adesão a programas com base na indução financeira e ordenada pelo cipoal burocrático não tem garantido compromisso com resultados” (ALMEIDA, 2003).

E o uso do planejamento e dos instrumentos de programação como suporte para a racionalização, mesmo contribuindo para um melhor ordenamento na disposição dos serviços e na destinação dos recursos através das programações pactuadas e dos planos diretores de investimentos e de regionalização previstos na NOAS (BRASIL, 2003a), não tem propiciado uma coordenação do sistema e um uso racional dos recursos. Inclusive porque se mantém a fragmentação e a atuação isolada das várias áreas de atuação institucional no SUS, nas três esferas de governo.

Apoiados nessas categorias analíticas buscamos avaliar o debate e os produtos de decisão – pactos e deliberações - dos arranjos de gestão compartilhada do SUS no âmbito nacional pela função que têm de definir as diretrizes de gestão intra-setorial.

Tomamos assim os anseios por mudança na implementação da política de saúde como ponto de partida para o estudo realizado e procuramos averiguar o que se produziu no campo decisório nos espaços de gestão inter-governamental em âmbito nacional em termos de racionalização do sistema. Confrontamos essas expectativas, explicitadas em discursos de entes coletivos com vocalização nacional, com as decisões produzidas na CIT, no CNS, e na 12ª Conferência Nacional de Saúde, procurando verificar se o conteúdo e o formato propostos nas deliberações contemplavam os elementos de racionalidade preconizados para reorganizar o sistema.

Desta forma, direcionamos nosso interesse analítico para o processo de negociação e pactuação intergestores que tem modelado a gestão do SUS inquirindo a agenda, o teor dos acordos e os enunciados discursivos produzidos nesse processo de interação.

Essa abordagem requereu uma discussão da gestão pública em sua interação com a política, em que questionamos a perspectiva de separação feita entre essas duas esferas da ação humana no seio das instituições.

Pensar a gestão do sistema para além de sua dimensão técnico-burocrática exige que se analise sua dimensão política, onde se disputa poder. Esse olhar para o campo como um terreno onde se exercita o governo e se disputa a direção e a condução do sistema, em função dos interesses e das capacidades dos sujeitos em ação, deve levar em conta a interação do setor saúde com a dinâmica da política estatal, que por sua vez é conduzida em função do jogo social mais amplo.

Com isso buscamos compreender alguns aspectos das complexas mediações entre a política e a gestão, em seu duplo sentido, na implementação do SUS tentando compreender a disputa de entendimentos, racionalidades e interesses que transitam nesse terreno movediço.

Prevalece no debate uma certa racionalidade que separa e situa a política como instância maior, definidora dos conteúdos e do curso da ação e a gestão como instância subordinada que deveria aplicar os preceitos da política. Muitas vezes se negligencia a mediação entre a macro e a micro política e não se considera a transversalidade que opera entre essas dimensões da *praxis* social.

Essa racionalidade se apóia no maior dos paradoxos, a idéia de “despolitização do Estado” em busca de melhor eficiência e eficácia na gestão pública orientada pela visão tecnocrática das “teorias gerencialistas”. Acreditamos que o desafio seria, como propõe Garnier (2004), que “o Estado e suas instituições sejam capazes de ‘fazer bem a política’... tanto por razões de democracia e equidade como por razões de eficiência econômica”.

No caso brasileiro a configuração do Estado, o padrão de relação com a sociedade e a tradição dirigente, historicamente marcadas pelo patrimonialismo, nepotismo e clientelismo, têm sobrevivido mesmo com os avanços democráticos inscritos na constituição, pois a lógica que os organiza tem se mostrado eficiente na preservação dos interesses dos grupos dominantes. A reforma do Estado necessária (CECÍLIO, 1994), passaria não pela despolitização do Estado, mas pelo estabelecimento de “um novo patamar de relações com a sociedade, mas descentralizado e mais próximo dos cidadãos que devem ter o direito de decidir sobre objetivos e prioridades”.

No campo da saúde essa visão dicotômica tem privilegiado o momento de formulação e de decisão sobre o momento da implementação da política, secundarizando o processo de gestão, do fazer, da prática, esquecendo a recursividade entre esses momentos. Nessa concepção os problemas do SUS estariam situados no terreno das macrodefinições das políticas de estado, numa cadeia hierárquica em que as definições econômicas subordinariam as políticas sociais, onde se insere a política de saúde, com suas normas, prioridades e recursos, e esta subordinaria a gestão do sistema onde se operam as ações.

Apesar de concordarmos que as políticas setoriais estão condicionadas pelo contexto mais geral das políticas do Estado e de suas relações com a sociedade, não podemos esquecer que o contexto institucional e a ação dos sujeitos que aí se processa são decisivas na conformação dessas políticas e nos resultados de sua implementação. Compreensão que se respalda na afirmação de que “o controle dos grupos é, por razões de poder, por menos visível e contestável que seja, muito mais forte no sistema de implementação que no campo da formulação” das políticas (CECÍLIO, 1994, p. 295-298).

Assim consideramos oportuno problematizar a dinâmica de implementação da política de saúde no Brasil, ou seja, como lidar com a busca incessante pela efetivação de uma racionalidade sistêmica numa arena em que circulam poderes, saberes, interesses e afetos em contextos institucionais permeados por múltiplas racionalidades, onde os sujeitos, individuais e coletivos, disputam seus projetos. Em outros termos, interrogamos como se processa a dinâmica entre os padrões definidos nos espaços nacionais e as lógicas particulares que operam em cada estado e em cada município.

Com isso adentramos no terreno da gestão, onde opera a micropolítica e as políticas são ressignificadas e ganham materialidade no encontro dos sujeitos. E aqui assumimos a distinção conceitual explicitada por Cecílio (1994) que compreende a gestão (na tradição franco-britânica, européia) abarcando os dois termos: gerência, ligada à gestão privada, e administração, ligada à administração pública. Compreensão que na literatura sanitária e nas normas do SUS assume nova distinção, em que a gestão está referida a condução do sistema de saúde, e a gerência à direção das unidades de saúde. Voltamos nossa atenção para os problemas da gestão do Sistema na sua abrangência nacional que demanda a integração de ações e redes de serviços sob gestão de estados e municípios, na sua quase totalidade. Sem esquecer que os resultados efetivos da ação dependem do adequado gerenciamento dos serviços.

E como se tem buscado promover a racionalização do sistema ?

Estaremos avaliando se os dispositivos de gestão mais utilizados no SUS para promover a articulação entre as esferas de gestão e tentar imprimir um caráter sistêmico às ações e serviços gerenciados pelos estados e municípios têm sido utilizados numa perspectiva emancipatória ou meramente regulatória (SANTOS, 2000), reforçando a lógica de racionalização vigente.

Esse é um olhar “ao vivo”, datado e contextualizado ao momento político em que vivemos, e está interessado em analisar as iniciativas dos agentes governamentais e dos atores em interação nos espaços de deliberação, buscando identificar se, no atual período de governo, tem se produzido propostas de mudanças na implementação da política de saúde ou inovações de gestão que apontem para alterar a configuração do sistema. Mas advertimos de antemão que não realizamos uma avaliação global da ação governamental no setor saúde, mas tão somente analisamos, em perspectiva, a ação de governo e o sentido das ações empreendidas no campo da gestão inter-governamental nesses dois anos, que correspondem aos mandatos dos atuais governos estaduais e federal.

Buscando diversificar a análise sobre a implementação da política e dos processos institucionais de gestão apresentamos alguns enfoques teóricos que somados às contribuições da Análise Institucional, das teorias de planejamento e gestão, e da abordagem histórica, complementam nosso caleidoscópio analítico.

O enfoque neo-corporativo enfatiza o papel central do Estado na formulação das políticas públicas assinalando sua ação na modulação dos interesses organizados, na definição de arenas de conflitos e na implementação dessas políticas. Essa vertente analítica é utilizada por Ribeiro (1997) ao analisar a representação de interesses no SUS quando afirma

Partimos do pressuposto de que as políticas, além de produzirem clientelas e esferas de decisão, promovem a emergência de elites relevantes, que abrangem desde segmentos da burocracia de Estado até representantes societários com acessos privilegiados em troca da aceitação de determinadas regras de conduta e convívio. Como consequência desta institucionalização dos conflitos, o Estado ocupa o centro do processo de formulação e decisões para as diferentes políticas, incluindo-se as de saúde e as inovações observadas no caso brasileiro, como os conselhos de saúde e outros órgãos colegiados. Para uma abordagem mais adequada das políticas públicas ressaltamos, portanto, a importância dos papéis da burocracia técnica do Estado e de tomadores de decisão associados a grupos de interesses. No Brasil reproduz-se, a grosso modo, a tendência de este Estado ocupar o centro da mediação social [...] (RIBEIRO, 1997).

A abordagem neo-institucionalista procura entender a política pública com base na análise integrada dos interesses, das instituições e das normas que as regulam. Pensa os resultados da política pública como dependentes não apenas dos interesses em confronto, “mas também da forma como os procedimentos executados no interior dessas agências burocráticas reforçam ou inibem as iniciativas tomadas por diferentes atores”. As “instituições não são apenas arenas onde os interesses sociais se confrontam, mas são também conjuntos de procedimentos que, ao processarem esses interesses, permitem o uso de certos recursos e excluem outros” (COELHO, 1998).

As condições instituídas pelas políticas ao criarem capacidades administrativas, alocarem recursos, produzirem alianças burocráticas e consolidarem procedimentos determinariam as possibilidades de assunção, pelo Estado, de novas políticas ou de reformas nas políticas vigentes. Assim, as mudanças nas políticas públicas e nas instituições são condicionadas pelo contexto em que se processam, com suas regras de

procedimento, que podem fortalecer ou debilitar os atores sociais e assim constranger e moldar suas escolhas. A “ação do Estado não pode ser entendida como simples tradução, no nível político, de pressões externas à sua esfera” mas “percebida também como função de diferentes graus de autonomia, centralização, burocratização e diferenciação associados à sua estrutura” (COELHO, 1998).

Coelho (1998) usa essa perspectiva analítica para demonstrar que a política de atenção ao doente renal no Brasil privilegiou o tratamento dialítico sobre a alternativa do transplante, adotada pela maioria dos países, em função da configuração institucional do setor e da relação que se produziu com os atores interessados no tema. Afirma que:

[...] os interesses ligados à diálise foram em grande medida constituídos a partir da atuação do INAMPS, que incentivou a rápida expansão da atividade dialítica no Brasil. Ou seja, um certo tipo de política de saúde fomentou o crescimento de um certo tipo de empresário de saúde, o que mostra que “da mesma forma que a política cria as políticas públicas, estas também recriam a política”[...] (COELHO, 1998).

E conclui que:

[...] esse caso sugere que os interesses não chegariam a produzir os mesmos efeitos sem estas instituições, bem como que a ação de um mesmo conjunto de interesses poderia, se processada por instituições organizadas de forma diversa, ter levado a resultados diferentes. Do ponto de vista daqueles que estão preocupados com a formulação de políticas de saúde que possam atender melhor as demandas de justiça e eficiência, a vantagem desse tipo de análise sobre aquelas que atribuem a ineficácia das políticas públicas apenas aos interesses que bloqueiam soluções socialmente mais adequadas ou à escassez de recursos é chamar a atenção para a importância de se levar em conta os aspectos institucionais tanto na análise como no próprio processo de formulação de políticas para o setor” (COELHO, 1998).

Uma perspectiva interessante no estudo de políticas públicas é a das redes sociais utilizada por Marques (1999) na análise da política de saneamento do Rio de Janeiro no período de 1975 a 1996. Parte das formulações de uma “sociologia relacional” que toma

como “matéria prima” a análise do conjunto das relações, vínculos e trocas entre entidades, e não a análise dos seus atributos. Entende a rede social como “o campo, presente em determinado momento, estruturado por vínculos entre indivíduos, grupos e organizações construídos ao longo do tempo”. Imagina a “rede como composta por várias “camadas”, cada qual associada a um tipo de relação e a um dado período de tempo” onde “todas elas encontram-se em constante interação e transformação, embora o peso relativo das relações herdadas torne essa dinâmica incremental” (MARQUES, 1999). E Considera que:

O pressuposto central da análise de redes sociais, incorporado aqui, é o de que o social é estruturado por inúmeras dessas redes de relacionamento pessoal e organizacional de diversas naturezas. A estrutura geral e as posições dos atores nessas redes moldam as suas ações e estratégias (constrangendo inclusive as alianças e confrontos possíveis), ajudam a construir as preferências, os projetos e as visões de mundo (já que esses “bens imateriais” também circulam e se encontram nas redes) e dão acesso diferenciado a recursos de poder dos mais variados tipos, que em inúmeros casos são veiculados pelas redes (desde status e prestígio até recursos mais facilmente mensuráveis, como dinheiro e informação) (MARQUES, 1999).

Contudo entendemos que o privilégio concedido ao estudo da organização estatal e da relação entre indivíduos e, não entre organizações, pela fragilidade de organização dos atores sociais no caso da política estudada pelo autor, não se aplica à análise da política de saúde no Brasil. Porém o uso do conceito de permeabilidade pode ser útil na compreensão das relações que se processam no SUS. Para o autor

A permeabilidade é produzida a partir de uma teia de relações e cumplicidades construída ao longo da vida dos indivíduos, incorporando diferentes tipos de elos que se espalham por todas as dimensões do social. Relações pessoais e de amizade construídas no decorrer de anos, algumas familiares, outras oriundas da formação profissional, e outras ainda constituídas por vínculos de trabalho e afinidade política, constituem essa rede que abrange e integra diversos campos da vida social, tanto dentro quanto fora do Estado [...] é mais constante do que o sugerido pela categoria *anel burocrático*, já que se baseia no padrão de relações estabelecido ao

longo da vida dos indivíduos. Sua limitação pela constituição de normas, procedimentos, regras e organizações é também mais difícil e demorada do que seria de acreditar pela idéia de privatização do Estado [...] é também muito mais disseminada do que revelam ambas as categorias, envolvendo uma miríade de ligações e contatos de pequena, média e grande importância, e em constante transformação (MARQUES, 1999).

O papel das idéias e do conhecimento se constitui em mais uma contribuição à análise das políticas públicas. Esta abordagem, comentada por Faria (2003), apresenta diversas vertentes. A mais radical, dita “pós-positivista” (FARIA, 2003), assume o primado das idéias e a centralidade do discurso, da argumentação e da interpretação na caracterização do processo das políticas, que dependeria mais da interação de valores, normas e diferentes formas de conhecimento, do que de atores racionais perseguindo seus interesses. Para seus defensores as “políticas são uma disputa entre formas de discurso que são baseadas na luta pelo poder e na busca de significado” e “os sistemas de idéias constroem os interesses dos tomadores de decisões”.

Situam-se ainda nesse campo os estudos que investigam os processos de difusão e transferência de políticas públicas, arrolados sob a rubrica “aprendizado das políticas”, que preconiza explicações com base na aquisição e na utilização do conhecimento em vez daquelas fundadas nas teorias do conflito.

São, no entanto, as vertentes analíticas que buscam explicitamente reconciliar idéias e interesses que Faria (2003) sugere como as mais profícuas na explicação das políticas. Essas abordagens, por enfoques variados, realçam: a função das crenças compartilhadas e das interações entre atores no seio de coalizões; o peso da ideologia, dos argumentos, da persuasão e o uso da razão como elementos explicativos; as relações estáveis e cooperativas entre os atores e o aprendizado como um processo que “tem a ver mais com a política do que com a ciência, o que transforma o estudo do processo político em uma questão relacionada a quem aprende o quê, quando, para o benefício de quem e por que” (FARIA, 2003); o papel das idéias como guias para as escolhas ou como fundamentos para as posições cristalizadas nas instituições.

A abordagem conceitual sobre os atores sociais se apóia na compreensão destes como “agentes dotados de interesses e capacidades específicas [...] que atuam em uma rede de alianças, conflitos, pressões, negociações, debates, que se desenvolvem em um marco jurídico-institucional previamente definido [...]” (BELMARTINO, 1992). O problema dos atores é situado no âmbito do político, pois diz respeito às formas de expressão e de representação dos interesses, que lutam, sob certas condições por definir ou redefinir os rumos do processo social (HENRIÓN,1992). Utilizamos adicionalmente a distinção proposta por Gerschman (1995), que percebe “os atores sociais como uma categoria social com organização própria e expressão política, que podem ou não ser sujeitos políticos”. “Constituir-se como sujeito político implica a consecução de uma identidade que se constrói na própria prática política e na relação com diversas forças políticas”. Nesse entendimento, os indivíduos não são vistos como atores, mas podem se constituir em sujeitos políticos e até representar atores (VASCONCELOS, 1997).

Objetivos do Estudo

Tivemos como objetivo inicial avaliar as mudanças na implementação da política de saúde durante o governo Lula buscando perceber transformações nos rumos da política e no processo de gestão inter-governamental do SUS.

Como decorrência desse objetivo inicial definimos alguns propósitos para a investigação no intuito de averiguar se os acordos e as deliberações relativas a implantação de projetos, programas e normas, nas instâncias de gestão nacional, estavam orientadas para o processo de racionalização da gestão do sistema em função das expectativas dos atores sociais com atuação nos espaços de gestão nacional.

Assim procuramos identificar as expectativas dos atores sociais quanto às reorientações na condução da política e na organização do sistema de saúde, enunciadas no período de campanha ou em momentos prévios ao período em estudo.

Analisamos os resultados da pactuação e o teor dos debates sobre a gestão compartilhada do SUS produzidos na interação entre os gestores na comissão intergestores tripartite.

Realizamos uma apreciação da agenda do Conselho Nacional de Saúde procurando identificar as prioridades assumidas pelos conselheiros e como os temas da gestão entraram no debate.

E por fim procuramos destacar na leitura do relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde a sintonia das decisões desse fórum com a dinâmica de condução da política e de gestão do sistema.

Hipóteses orientadoras

Em função do caráter interpretativo do estudo apresentamos as hipóteses tão somente como orientação para o trabalho analítico e recurso de apoio à argumentação.

Assim tomamos as hipóteses ou pressupostos como elementos heurísticos que nos ajudaram a trilhar os caminhos da investigação.

Nossa pressuposição inicial foi de que as instituições de saúde gozam de relativa autonomia na definição de sua agenda e com isso os espaços de gestão setorial em saúde proporcionam aos agentes gradientes de autonomia no processo de formulação e definição de prioridades. Como decorrência dessa autonomia relativa os gestores podem assumir, em função do contexto institucional, uma influência decisiva na definição do projeto e na dinâmica de gestão institucional.

Autonomia exercida nos limites do campo setorial, segundo a concepção dos campos como “lugares de relações de forças que implicam tendências imanentes e probabilidades objetivas”, formulada por Bourdieu (2004).

Outra hipótese foi de que existe um esgotamento do padrão incremental de gestão do SUS que promoveu a descentralização apoiada na indução financeira e na habilitação às condições de gestão com base nas normas operacionais. Com base nesse pressuposto entendemos que para superar os impasses organizativos e de gestão se faz premente a revisão da lógica, dos arranjos e dos instrumentos que modelam a organização e a gestão do SUS.

Antevemos também que o discurso sanitário hegemônico fundado na estadolatria e nas explicações macro-estruturais também não mudou e perdeu seu caráter utópico, assim não encontra ressonância nos protagonistas da gestão e não oferece respostas pragmáticas para lidar com os desafios do cotidiano de gestão.

Nossa hipótese mais geral em relação ao tema da mudança na organização e na gestão do SUS é de que nesses dois anos tivemos mais continuidade do que mudanças e essas assumiram um caráter incremental em desacordo com as expectativas criadas por vários atores.

Os assuntos negociados e acordados na CIT, nesse período, não estiveram em sintonia com os desejos dos atores por mudanças na implementação do SUS, ficaram restritos a ajustes em programas e projetos em execução, e a medidas incrementais em relação a alguns aspectos da gestão. Os debates em torno de propostas de mudanças na gestão do SUS não conseguiram ocupar o centro da agenda de pactuação.

A atuação do Conselho Nacional de Saúde também não favoreceu a mudança na configuração da gestão do SUS. Nossa avaliação preliminar foi de que a agenda do conselho foi ocupada por temas gerais, em torno de princípios e bandeiras históricas desse colegiado, como a questão do financiamento, da discussão de temas conjunturais relativos ao controle social, da organização das conferências de saúde, de demandas cotidianas e da defesa de prerrogativas do próprio conselho, além de ter investido na sua recomposição e reorganização funcional.

A pressuposição relativa às deliberações da 12ª Conferência Nacional é de que o debate e as deliberações mantiveram um tom reiterativo de defesa dos princípios e diretrizes do SUS, em sintonia com as demandas por mudanças no processo de implementação, mas ao preservar um processo “babelesco” de produção das deliberações não conseguiu focalizar e apontar os rumos para essa mudança.

Em síntese, supomos que os desejos de mudanças manifestos nas avaliações e proposições dos atores sociais com vocalização nos espaços nacionais não conseguiram produzir no diálogo e na negociação, no contexto político produzido no novo governo, as

alianças e os acordos necessários para produzir decisões que alavancassem as mudanças na organização e na gestão do Sistema numa perspectiva de avançar o grau de racionalidade do sistema.

Prevaleceu nas “redes sociais”, produzidas entre os atores nesses espaços de interação, um senso comum sanitário, apoiado em idéias incorporadas ao longo da história do movimento sanitário, que tem privilegiado a atuação no espaço estatal, com base nas lógicas de racionalidade do direito oficial e da ciência moderna, como *locus* privilegiado para operar a racionalização do sistema (SANTOS, 2000).

A aposta na perspectiva de mudanças estruturais, por parte dos atores sociais, dependentes de decisões extra setoriais, relegou a segundo plano o debate e a construção de iniciativas no campo da gestão que poderiam produzir, ainda que de modo incremental, inovações institucionais na organização e gestão do sistema que apontassem na direção de um pragmatismo utópico (SANTOS, 2000).

Por outro lado as iniciativas oficiais dos agentes governamentais ficaram presa aos limites da “mudança normal” apostando na repetição e na melhoria com base em alterações normativas pontuais, fragmentadas e graduais (SANTOS, 2000).

Aventamos a hipótese de que o conflito federativo e a disputa por recursos também contribuiu para travar o debate. A disputa federativa, no setor saúde, tem se manifestado na defesa de autonomia dos entes subnacionais que clamam contra a regulação e o controle do Ministério da Saúde em relação à gestão descentralizada do sistema. A incerteza associada às mudanças na lógica e nos processos de gestão do SUS levaram os gestores a assumirem posições defensivas, e a defesa das mudanças assumiram mais um tom retórico do que propositivo.

Os debates recentes em torno de um novo pacto de gestão no SUS têm explicitado essas disputas e evidenciado as dificuldade de construção de acordos que promovam a reorientação das relações e das responsabilidades de gestão dos entes federados no SUS.

Assim abordamos o objeto de estudo orientado pelo pressuposto de que as relações inter-governamentais, estabelecidas na gestão nacional do SUS, não têm cumprido os objetivos de promover a integração e a coordenação do sistema e suas decisões não têm propiciado, no campo da gestão descentralizada, a efetivação de um sistema regionalizado, com definição de responsabilidades que torne efetiva a oferta de ações e serviços de qualidade no atendimento das necessidades de saúde da população. Ou seja a pretensão racionalizadora não tem se efetivado e a busca de uma nova racionalidade está na ordem do dia.

Questões da pesquisa

Consideramos oportuno problematizar a dinâmica de implementação da política de saúde no Brasil, tomando os anseios por mudança na condução do SUS como ponto de partida. No entanto em face da opção do estudo pelo objeto da gestão privilegiamos o debate sobre os aspectos relacionados a lógica de racionalização do sistema. E nesse sentido buscamos interrogar se temos trilhado o caminho da racionalização do sistema ou da busca de novas racionalidades como apontado por Morin (2004). Indo além, qual a racionalidade tem imperado na conformação do sistema?

Nesse sentido perscrutamos, para além das determinações macroestruturais, as questões associadas à implementação da política que poderiam suscitar a abordagem dos déficits de racionalidade na organização e na gestão do sistema. Inquirimos o processo de descentralização e à gestão inter-governamental em torno de algumas categorias analíticas e de alguns instrumentos de gestão, mencionados anteriormente, para compreender as contradições do SUS.

Contudo tomamos as hipóteses orientadoras como fonte de indagação na busca de explicações para: os limites da autonomia de gestão dos colegiados de gestores e do Conselho de Saúde; esgotamento do padrão incremental da descentralização; a inadequação do discurso sanitário hegemônico; a frustração dos atores diante da continuidade nos padrões de gestão; os entraves à mudança associados às relações federativas no setor saúde, e; a impotência do atual arranjo de gestão federativa em promover uma nova racionalidade no SUS.

Daí, partimos para questionar a produção discursiva produzida nos espaços de gestão e participação social interrogando se as questões pactuadas e implementadas a partir do debate intergestores no âmbito da CIT, entre 2003 e 2004, responderam às expectativas dos atores quanto às mudanças esperadas na gestão do SUS. Se estas questões foram objeto de apreciação no Conselho Nacional de Saúde e se as deliberações produzidas estão em sintonia com essas expectativas. E na seqüência procuramos confrontar esses acordos e deliberações com os proferimentos da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Assim pudemos delinear as ações empreendidas no campo da organização e gestão do sistema e mapear as deliberações gerais, relativas ao tema, nos espaços de participação social do SUS, procurando identificar as principais idéias que emergiram no debate.

Com isso reunimos alguns subsídios que possibilitaram analisar se as decisões políticas tomadas nesse processo de gestão inter-governamental, que define prioridades e normatiza o funcionamento do sistema, estão em consonância com as mudanças reclamadas por um discurso reformista que se reitera nos últimos anos, se apontam para a racionalização da gestão ou se estão orientadas pela dinâmica da reprodução do instituído. Avaliar-se-á também quais os condicionamentos que balizam o teor das decisões tomadas, e os interesses que são atendidos por tais decisões.

Uma questão inicial se voltou para a busca dos sentidos das mudanças desejadas pelos atores com presença no debate setorial. Há convergências ou grandes divergências entre as mudanças reclamadas? Porém direcionamos a indagação para aspectos relativos à lógica de organização e gestão inter-governamental do sistema, na sua dimensão racionalizadora.

Daí voltarmos nossa atenção para interrogar como os discursos que reivindicam mudanças enfocam a lógica, a normatividade e os arranjos de gestão instituídos, e que proposições apontam para a sua superação. Se identificam as resistências, conflitos e interesses contrariados que contribuiriam para manter esse instituído e quais as dificuldades vislumbram na implementação dessas mudanças.

Partimos então para inquirir acerca do significado das principais decisões tomadas nesses fóruns de gestão para a consolidação e ou mudança na gestão do sistema focando as categorias analíticas tomadas como referencial de análise do déficit de racionalização do sistema, e perguntamos se as decisões pactuadas na CIT e aquelas aprovadas no Conselho Nacional de Saúde têm fortalecido o processo de responsabilização sanitária, têm propiciado o avanço da regionalização e contribuído para a integração e os processos de coordenação do sistema.

E mais, as decisões sobre o uso dos recursos e instrumentos de gestão – financiamento, normatização e programação – guardaram coerência com as perspectivas de mudança reivindicadas ?

Mesmo sem voltar o estudo para as mudanças no modelo de atenção procuramos interrogar se os programas e projetos pactuados na CIT ou aprovados no CNS estavam alinhados com a busca de racionalidade nos modelos de atenção.

Na continuidade perquirimos a existência ou não de sintonia entre as decisões dos fóruns de gestão e as deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde realizada em dezembro de 2003. E qual rumo a conferência apontou na implementação do SUS em relação aos aspectos de organização e gestão do sistema.

Aproximamo-nos da dinâmica de funcionamento desses espaços indagando:

- Quem tem pautado as decisões da CIT e do CNS?
- Quais as motivações dos atores, nessas instâncias de decisão, na definição e na construção dos pactos e das decisões?
- Quais temas apareceram com maior frequência nos processos de decisão?
- Quais são os temas bloqueados e postergados no debate e as razões desse bloqueio?
- Quais os impasses mais frequentes no processo de pactuação entre os gestores e os mecanismos de superação dos conflitos?

- E nos voltamos para as repercussões das decisões procurando explorar:
- Como repercutem as decisões dessas instâncias na dinâmica de gestão institucional do SUS?
- Como os pactos se traduzem em diretrizes para a gestão?
- Como essas diretrizes foram normatizadas?
- Se ocorre avaliação sobre o cumprimento dos pactos e processos de recontratação?
- Se existem mecanismos de sanção em relação aos pactos estabelecidos?

Procuramos ainda desvendar a existência de relação entre as disputas no processo de negociação tripartite com o conflito federativo do país, avaliando como esse conflito incide na dinâmica de conservação ou mudança na gestão do SUS.

E finalmente nos interrogamos se a dinâmica de mudanças na implementação do SUS não estaria mais determinada pelo incrementalismo das pequenas mudanças, balizado pelos consensos mínimos setoriais, do que por um projeto alternativo de reorganização do SUS e das relações entre os entes federados.

Procedimentos

Realizamos uma análise política da gestão do SUS no contexto do governo Lula, avaliando o produto institucional (FIGUEIREDO, FIGUEIREDO, 1986) resultante das interações sociais entre os atores envolvidos no processo de decisão tripartite sobre a gestão compartilhada do sistema.

Procedemos uma avaliação da gestão inter-governamental, com um olhar atento às mudanças frente às continuidades, tendo por referência os pressupostos anunciados no item anterior. Mas um olhar restrito aos espaços nacionais de formulação, negociação, pactuação e deliberação sobre normas, projetos e programas referentes à gestão do SUS.

Este é um estudo que se fez sob o signo da implicação e do interesse do autor com o objeto de estudo. Implicação com a gestão e interesse nas iniciativas de mudança na organização do SUS. Uma visão situacional com uma pretensão abrangente, porém embaçada pelo lugar de observação. Um olhar limitado pela posição do observador e pelos instantâneos que daí pode captar através das imagens que se projetam nos momentos de encontro dos sujeitos nos espaços concentrados de negociação e decisão sobre a gestão compartilhada do sistema no âmbito nacional.

Tarefa que se apresentou bastante problemática dado o desafio de produzir uma análise do jogo em que você e seus parceiros estão envolvidos na condição de jogadores, em que a análise das implicações se coloca como o primeiro desafio. Além evidentemente das dificuldades de legitimação do saber produzido em situação de implicação como discutido por Merhy (2002b).

Esta condição interfere no estudo em dois sentidos. Primeiro nos obriga a tomar certas precauções críticas na análise das informações e dos discursos e segundo nos autoriza a utilizar, sem culpa, a memória das escutas e as percepções elaboradas nas interações vivenciadas no processo de gestão tripartite e na dinâmica institucional do MS, propiciadas pelas experiências de um sujeito implicado (MERHY, 2002b). Porém nos cobrou um esforço de distanciamento do cotidiano para possibilitar uma reflexão auto-analítica sobre nossos juízos.

Procedemos uma apreciação concomitante dos discursos dos atores que reivindicam mudanças na condução do sistema, das informações sobre os resultados da pactuação tripartite, da agenda de deliberações do Conselho Nacional de Saúde e dos registros de fala proferidos pelos atores nos debates, nesses espaços. Em complemento fizemos uma apreciação temática do relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde fazendo o contraponto com a produção discursiva supramencionada.

Nesse sentido resgatamos os fragmentos de discursos e falas dos atores, enunciados nos espaços nacionais - CIT, CNS e Conferência Nacional de Saúde - registrados em publicações, resenhas ou relatórios, referentes ao período de 2003 a 2004, numa perspectiva sincrônica de um presente alargado, mas sem renunciar a inquirir o processo diacrônico de desenvolvimento do SUS, porém reconhecendo os limites desses registros enquanto tradução empobrecida dos diálogos.

Nossa participação no processo de negociação e pactuação na CIT, em algumas reuniões do Conselho Nacional de Saúde, como delegado governamental da 12ª Conferência Nacional de Saúde, e o exercício de direção no Departamento de Apoio à Descentralização, da Secretaria Executiva do MS, durante esses 02 anos, proporcionaram vivências e percepções do processo de gestão do SUS que em muito enriqueceram, mas também embotaram, a compreensão do objeto em análise.

Assim tentamos produzir uma argumentação que contribua para um julgamento sobre os resultados do processo de negociação e pactuação no SUS, avaliando as repercussões sobre a gestão, sob o enfoque de continuidade e mudança na política de saúde.

Em termos de método declaramos nossa adesão a uma postura mais artesanal (MILLS, 1965), que se utiliza de vários aportes metodológicos e se apóia nas vivências pessoais e em referenciais teóricos que buscam construir saberes sempre referenciados aos contextos de vida, com base na argumentação para um auditório, no caso o campo da saúde, onde as idéias e crenças que aí ecoam sejam reelaboradas, na busca de um novo senso comum sanitário (SANTOS, 1989).

Assumimos uma perspectiva hermenêutica crítica em que lidamos com a tradição – da saúde coletiva – a partir das inquietudes do presente – implicados na gestão – para nos posicionarmos frente aos textos (ONOCKO CAMPOS, 2001) em um contexto setorial e social marcado pelo dilema da conservação e da mudança.

Carregamos assim nossas crenças, saberes, preconceitos e vivências como suporte para a construção da argumentação que será elaborada no confronto da “memória e do esquecimento” com as informações e os discursos dos atores que interagem no espaço de gestão compartilhada do SUS, e com a rica e diversa produção teórica sobre o SUS.

O estudo assume uma feição analítico propositiva e pretende contribuir com o debate em curso sobre as mudanças desejadas na configuração de gestão do sistema. Está delimitado temporalmente pelo atual período de governo e se volta para apreciar os acontecimentos de gestão nas relações inter-governamentais a partir do ano de 2003 até o presente, especulando sobre as tendências em curso na gestão do SUS.

As informações foram acessadas nas seguintes fontes:

1. Resumos executivos e ou atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Nacional de Saúde realizadas entre janeiro de 2003 e outubro de 2004, disponíveis no portal eletrônico do CNS;
2. Resumos executivos das reuniões da Comissão Intergestores Tripartite, realizadas no período de fevereiro de 2003 a dezembro de 2004, disponíveis no portal eletrônico do MS/DAD;
3. Boletins informativos e publicações do CNS, CONASS e do CONASEMS, disponíveis nos seus respectivos portais eletrônicos;
4. Relatórios de pesquisas, relatórios institucionais, bases de dados e informações sobre gestão produzidas pelo MS, disponíveis no portal eletrônico do MS;
5. Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde, disponível no portal eletrônico do Conselho Nacional de Saúde;
6. Documentos de posicionamentos do CEBES e ABRASCO publicados na revista Saúde em Debate (v. 26, n. 62)

A análise dos dados, informações e discursos foi realizada com base na confrontação de conteúdos discursivos procedendo a comparação entre as expectativas manifestas pelos entes coletivos e os produtos institucionais da CIT, do CNS e da 12ª Conferência Nacional de Saúde, orientada pelas questões de estudo apresentadas anteriormente.

Os procedimentos básicos da pesquisa consistiram de: leitura orientada dos registros das reuniões da comissão tripartite, do conselho nacional de saúde e do relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde; sistematização dos temas que ocuparam as agendas desses fóruns; elaboração de resenhas descritivas dos assuntos pautados; produção de análises parciais em confronto com as categorias analíticas pré-selecionadas; e análise imbricada desses diversos momentos em referência as questões do estudo.

CAPÍTULO 3
AS EXPECTATIVAS DE MUDANÇA
NA CONDUÇÃO DO SUS

As expectativas de mudanças na implementação do SUS e na orientação da política nacional de saúde, geradas durante o debate eleitoral de 2002, foram levantadas a partir de posicionamentos de entidades e entes colegiados com presença no debate setorial que emitiram documentos de análise e proposições sobre a implementação do SUS e a continuidade da reforma sanitária brasileira.

Escolhemos entre esses, o documento do Conselho Nacional de Saúde, a carta do CEBES/ABRASCO e a carta do CONASEMS, mas retroagimos no tempo e apreciamos a carta dos delegados da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000; e diante da ausência de manifestação do CONASS no debate eleitoral resolvemos analisar seus posicionamentos sobre a gestão do SUS, expressos na carta de Sergipe (CONASS, 2003a).

Esses discursos seguramente não refletem os desejos e interesses diferenciados do universo de atores coletivos e dos cidadãos que se utilizam dos serviços de saúde do SUS, mas apesar de restritos em termos de representação, foram tomados como referência para análise, pois entendemos que seus conteúdos revelam uma concepção dominante no pensamento de um conjunto de atores com forte protagonismo no debate sobre a política de saúde.

Avaliamos que essas expectativas de mudança, que ressurgem em cada processo eleitoral de âmbito nacional, se referenciam em idéias produzidas nos processos sociais vivenciados nas últimas três décadas na sociedade brasileira, que repercutiram no setor saúde. Esses processos contribuíram para conformar idéias e ideais relativos à atuação do Estado no campo da saúde com a constituição do movimento sanitário, que atuou enquanto uma “rede de políticas” com um braço acadêmico, semelhante a uma “comunidade epistêmica” (FARIA, 2003) que a suporta na produção de saberes.

A luta pela democratização da saúde foi uma das importantes vertentes das lutas sociais dos anos 70 e 80 e tem alimentado um horizonte de caráter utópico para a reforma sanitária brasileira. Essa luta foi impulsionada pelo movimento sanitário, coetâneo do movimento de democratização da sociedade brasileira, e culminou no processo da reforma sanitária que produziu a institucionalização do direito universal à saúde e a criação do Sistema Único de Saúde.

O processo contemporâneo de redemocratização do país foi acompanhado da constituição de um movimento social atuante, estruturado em torno do movimento sindical e com ramificações no campo e na cidade, por meio de movimentos populares de diversas feições, que passaram a reivindicar mudanças nos rumos nas políticas sociais. A participação dos movimentos sociais no processo eleitoral, geralmente em apoio às candidaturas de partidos de esquerda, contribuiu para a inserção de propostas de políticas públicas na agenda de muitos governos. Essa agenda incorporava demandas da população relativas à educação, moradia, transporte, saúde, dentre outras, tensionando por alteração nas formas como estas questões vinham sendo tratadas pelo Estado. E as propostas de saúde aí manifestas estavam em consonância com as proposições do “movimento sanitário”.

Podemos ainda destacar a própria organização e atuação dos partidos políticos situados no espectro político de esquerda que, ao entrarem na disputa parlamentar e concorrerem aos governos, apresentaram plataformas que sinalizavam com mudanças orientadas por demandas democráticas e populares. A atuação parlamentar desses partidos em oposição às políticas sociais vigentes nos governos militares e de transição se somou às experiências de inversão de prioridades em governos municipais de orientação democrática e popular, principalmente do Partido dos Trabalhadores. O setor saúde, dada a mobilização dos atores setoriais e a existência de um projeto, consagrado legalmente, se constituiu em campo privilegiado de experimentação de mudanças nas formas de assegurar atenção à saúde da população, referenciadas no projeto reformista.

Tudo isso alimentou as expectativas dos atores sociais no campo da saúde de que uma mudança de governo (2002) pudesse trazer alterações na implementação da política de saúde dando efetividade aos princípios e diretrizes estabelecidos em lei, como mostramos a seguir. Tomamos as críticas ao instituído e as proposições contidas nos documentos como indicadores dos anseios dos atores por mudança no SUS.

Uma descrição sumária dos temas, das visões críticas e das proposições de cada um desses documentos propicia uma análise transversal em que emergem nas repetições, nas semelhanças, nas diferenças e nas singularidades dos enunciados às demandas por racionalização do sistema de saúde.

Tomamos inicialmente como objeto de análise, pela sua localização temporal prévia e pelo seu significado enquanto manifestação discursiva que revela um momento da implementação do SUS, a carta dos delegados que contém “a agenda para a efetivação do SUS e do controle social” integrante do relatório da 11^a Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2000), realizada em dezembro de 2000, durante a gestão do ministro José Serra no Ministério da Saúde, na vigência do 2^o mandato presidencial de Fernando Henrique Cardoso.

O documento dos delegados, manifesta sua crítica a falta de integração ao avaliar que, com

a garantia legal conquistada, o desafio passou a ser a transição de um Sistema desintegrado e centralizado para um outro, com comando único em cada esfera de governo, não mais uma tarefa de resistência, mas uma tarefa construtiva.

Contudo avalia-se que a “verdadeira municipalização ainda não é uma realidade para todo o país”, mesmo reconhecendo os avanços do processo.

Considera-se que “a estruturação do SUS se coloca como um movimento contra-hegemônico a um modelo político-econômico predominantemente excludente”.

Denunciam-se as conseqüências sociais do ajuste da economia, com o aumento da exclusão e da miséria de milhões de brasileiros e a diminuição dos gastos sociais, inclusive na saúde, em decorrência da drenagem de recursos para o pagamento da dívida pública.

No entendimento dos delegados as repercussões do ajuste fiscal comprometem a racionalidade do sistema e se traduzem em:

a) intervenções de saúde de cunho campanhista, a pretexto de atender demandas reprimidas, realizadas de forma intempestiva e sem compor a programação das atividades regulares do sistema, com graves prejuízos para os usuários, transtornos para os servidores e dificuldades de gestão;

b) desarticulação dos diversos níveis do sistema de saúde, afetando sobretudo os portadores de deficiências e patologias por suas dependências de serviços mais especializados;

c) precariedade no acesso ao SUS pela pressão da demanda, favorecendo o crescimento dos planos e seguros de saúde frente à insuficiente regulação governamental, com ampliação da renúncia fiscal para esse setor.

E concluem que

esse quadro compromete a busca da universalidade e da equidade no SUS, aprofundando a divisão no Sistema de Saúde brasileiro, condenando a maioria da população brasileira a um sistema de saúde ainda precário e fragilizando o processo de consolidação do SUS, enquanto prevalecer a atual política.

A “agenda” proposta para efetivação do SUS e do controle social aponta para a racionalização da política, na sua dimensão macroestrutural, e da gestão. Em relação ao primeiro aspecto pontificam a defesa de:

- a) Melhoria das condições de saúde mediante a construção de políticas sociais intersetoriais e de um compromisso irrestrito com a vida e a dignidade humana;
- b) Fortalecimento do exercício da cidadania, através do controle social pela sociedade, [...] através das conferências e de conselhos de saúde deliberativos e paritários com respeito às suas decisões;
- c) Financiamento através de fontes definidas e suficientes para a área de saúde, com o cumprimento da emenda constitucional 29 (EC 29) e sua regulamentação, incluindo aí as transferências fundo a fundo dos estados para os municípios;
- d) Acesso universal à atenção integral, equânime e humanizada [...], com autonomia dos municípios e estados na elaboração e execução de seus planos de saúde [...];

Já em relação à gestão são ressaltados:

- a) A terceirização da gestão pública, com a defesa de suspensão e proibição de quaisquer contratos e convênios substitutivos da gestão pública, tipo PAS;
- b) A implementação da política de RH para o SUS, com contratação através de concurso público, centrada na profissionalização, na multiprofissionalidade, no aprimoramento continuado, no compromisso humano e social e em condições dignas de trabalho e salário, com a defesa de implantação da NOB RH e das Mesas Nacional, Estaduais e Municipais de Negociação do SUS;
- c) A mudança do modelo assistencial com a organização da porta de entrada do sistema através de distintas iniciativas de estruturação da atenção básica: Saúde da Família; Sistema Locais de Saúde; e outras estratégias que devem garantir a territorialização, a gestão pública, a responsabilidade sanitária, equipe multiprofissional em dedicação integral com os demais níveis de atenção à saúde;
- d) A consolidação do SUS, alicerçado nos princípios constitucionais e na legislação infraconstitucional, para que normas e procedimentos não extrapolem os dispositivos legais e sejam respeitadas as competências de cada uma das esferas de governo;

Concluem defendendo que

Somente com a reorientação da atual política pública, social e econômica, é que poderemos viabilizar com sucesso o processo de consolidação do SUS; o que inclui, a exemplo de lutas de importantes segmentos da sociedade civil, a suspensão imediata do pagamento da dívida externa até o resultado de uma auditoria dessa dívida (BRASIL, 2000).

Esse julgamento do SUS feito pelos delegados da 11ª Conferência nacional, em dezembro de 2002, reflete o descontentamento com a condução das políticas econômica e social do governo de então e sinalizam o viés macroestrutural da análise. A avaliação e as proposições estão em sintonia com as idéias do movimento sanitário, com grande ênfase: na reorientação da política econômica e do conjunto das políticas sociais; no fortalecimento da cidadania, da participação e do controle social através das conferências e dos conselhos de saúde; no financiamento setorial; na mudança do modelo de atenção; na implementação de uma política de recursos humanos; no combate a terceirização da gestão e na defesa da consolidação do SUS com a efetivação de seus princípios e diretrizes.

O Posicionamento do Conselho Nacional de Saúde

O Conselho Nacional de Saúde, ao longo do ano de 2002, promoveu uma série de debates para avaliar o desenvolvimento do SUS e ao fim aprovou um relatório intitulado “O DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: Avanços, Desafios e reafirmação de seus princípios e diretrizes”, no qual contextualiza os problemas sanitários do país, a evolução do sistema nacional de saúde e o processo de construção do SUS. Registra um conjunto de avanços realizados após a instituição legal do Sistema e aponta os desafios para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, traduzidos em compromissos apresentados ao Governo, ao Legislativo, ao Judiciário, ao Ministério Público e em especial aos candidatos e partidos envolvidos na disputa eleitoral nacional e estadual (BRASIL, 2002a).

Os desafios apresentados colocam a construção do SUS “sob o ângulo da estruturação do novo modelo de atenção e não somente do aumento da eficiência do modelo anterior”. Propõe-se aí uma mudança de racionalidade.

O CNS reconhece a inconclusividade na implementação do SUS, os desvios de rumos e a fragilidade da gestão e do próprio controle social. Atribui as dificuldades de concretização dos princípios e diretrizes do SUS nos últimos 12 anos à Política Econômica vigente nos últimos governos, que privilegia o sistema financeiro, o mercado e um paradigma de estado descomprometido com políticas públicas redistributivas.

O documento relaciona onze compromissos que correspondem a esses desafios. Dentre estes consideramos que dois deles situam-se no campo da racionalização da política de saúde: “a construção da equidade” e “a construção do SUS como expressão de saúde pública e sua responsabilidade regulatória”. Os demais compromissos estão orientados para a busca de racionalização da organização e da gestão institucional do SUS, sugerindo iniciativas para superação dos problemas identificados.

Avalia-se que a efetivação da equidade é uma conquista ainda distante, em função da desigualdade no acesso a bens e serviços que melhorem a qualidade de vida das pessoas. Entende-se que no âmbito do SUS: não se pode reduzir a equidade à uniformização de recursos per capita que não levam em conta necessidades de investimentos e recursos para fixação de profissionais; os indicadores de aferição da equidade devem abranger a qualidade de vida, riscos, morbi-mortalidade e acesso aos serviços, e; a análise das desigualdades não pode ficar restrita as macro-regiões e aos estados.

Advoga-se que a conquista da equidade requer uma nova relação entre o Estado e a Sociedade que permita a retomada de políticas públicas de construção da cidadania e a efetivação do acesso universal às ações preventivas e curativas com qualidade, humanização e resolutividade para promover a redução das desigualdades. Propõe-se investir na oferta de serviços para grupos populacionais com acesso e utilização insuficientes sem reprimir a demanda aos grupos que já os têm.

Para os conselheiros o compromisso com a equidade deve ter precedência sobre os demais e cobra-se o pleno exercício do Controle Social pelos Conselhos, com reconhecimento do seu caráter deliberativo.

Em relação à responsabilidade regulatória do Estado na saúde compreende-se que esta deve ser exercida em todos os âmbitos do sistema tendo por referência a saúde da população. São destacadas três funções essenciais de saúde pública nesse campo da regulação tidas como intransferíveis:

- informação em saúde para a gestão, para a capacitação de RH e para o controle social;
- a regulamentação da legislação vigente com base nas Leis 8.080 e 8.142 assegurando seus princípios e diretrizes em todos os órgãos criados;
- aclarar e objetivar os papéis, atribuições e compromissos dos gestores do SUS na regulação do sistema.

As proposições relativas à organização e gestão do sistema visam à “adequação da oferta de serviços de saúde às necessidades e prioridades da população” invertendo a lógica dominante baseada na prestação aleatória de serviços. Definem que os gestores devem assumir “as responsabilidades e atribuições na definição das necessidades da população por serviços do SUS” adequando os parâmetros assistenciais nacionais às peculiaridades regionais e locais, com programação, regulação e avaliação da oferta de serviços, orientadas pelos instrumentos vigentes e pelos planos de saúde, acompanhadas pelos Conselhos de Saúde. Para tanto entendem que a estratégia da regionalização se torna imprescindível.

As preocupações com a reorganização do modelo de atenção à saúde se traduzem em três compromissos:

- ❑ efetivação do caráter de porta de entrada dos serviços de atenção básica à saúde”, tornando a atenção básica à saúde em “instrumento fundamental, não só para garantir o acesso universal ao primeiro nível de atendimento, mas, também, como forma facilitadora do acesso aos serviços de maior complexidade e custo, vindo a ser a porta de entrada principal do SUS, executando o leque de ações de promoção, prevenção e recuperação, com vínculo, responsabilidade, adesão e qualidade;
- ❑ reordenamento organizacional e programático dos serviços de média complexidade, segundo a racionalidade do SUS”, objetivando transformar seu perfil atual de porta de entrada para

inserir-los no sistema como suporte e referência da atenção básica de acordo com as necessidades microrregionais, regulando e planejando a oferta de serviços de forma a garantir acessibilidade e resolutividade, evitando-se os congestionamentos de demanda e a realização de atendimentos e procedimentos desnecessários;

- ❑ reestruturação dos programas e projetos federais especiais” visando superar a verticalidade, o centralismo, o paralelismo de ações e a fragmentação dos recursos, que se chocam com a definição de prioridades locais e regionais e afrontam a autonomia de gestão, além de serem ineficazes e de caráter efêmero; assume-se a defesa de que as instâncias de gestão e controle social é que devem definir prioridades e recursos para qualificar a atenção de modo permanente;

As questões relativas ao financiamento e a utilização dos recursos constituem outro foco de atenção dos conselheiros, que apontam desafios e compromissos quanto:

- ❑ ao “financiamento e orçamentação” dos recursos para a saúde, com vistas a superar a crônica insuficiência de recursos decorrentes dos baixos montantes dos gastos orçamentários, a distorção na utilização desses recursos, a pouca transparência, os problemas na execução orçamentária e o desvio de recursos para pagamento da dívida pública; para tanto invoca-se uma execução orçamentária regular, com visibilidade dos itens de gastos, alocação com base em prioridades definidas nos espaços de gestão e controle social, cumprimento da emenda constitucional 29 e defesa da retomada do desenvolvimento socioeconômico e da elevação dos gastos em saúde em relação ao PIB;
- ❑ ao “investimento estratégico e utilização da capacidade instalada existente”, para alterar a predominância de critérios indevidos na definição de investimentos, superar a falta de convergência entre os investimentos, inclusive do projeto Reforsus, e às necessidades de organização racional da rede, e rever a definição de investimentos na produção de insumos estratégicos; pretende-se priorizar e planejar os investimentos na expansão da

capacidade instalada de serviços para garantir acesso equitativo da população aos vários níveis e âmbitos de atenção, melhorando o suporte às ações de vigilância sanitária, com base em diretrizes definidas nas instâncias de gestão e controle social; mas também se ressalta a importância da participação do SUS na formulação da política Científica, Tecnológica e Industrial do país, visando a autonomia na produção de insumos essenciais e estratégicos;

- ao “planejamento da oferta e remuneração dos serviços” com o intuito de ultrapassar a remuneração com base na produção de serviços e abrir a discussão transparente, objetiva e conclusiva entre os gestores do SUS das três esferas, na CIT e CIB e com o CNS, visando à formulação de estratégias e mecanismos coerentes com a lógica do SUS, quanto a modalidades de transferências de recursos e modalidades de remuneração, que podem contemplar três alternativas combinadas – remuneração por produção, orçamento compartilhado e compartilhamento de riscos;

Fechando o conjunto de compromissos defendem a “reorientação da política de recursos humanos do SUS” como meio de superar a precarização do trabalho e a desregulação reinante e construir, com base nos princípios e diretrizes da NOB RH, e implantar uma política de RH para o SUS que contemple: a gestão participativa; controle social da gestão do trabalho; direitos trabalhistas e novas relações de trabalho; planos de carreiras, cargos e salários; políticas de desenvolvimento do trabalhador, com educação permanente e avaliação; política de saúde ocupacional; respeito ao concurso público como forma de acesso; fim da rotatividade; responsabilidade social; valorização do perfil profissional generalista e do trabalho em equipe; reformulação dos currículos das escolas de saúde, com diretrizes orientadas para as necessidades do SUS e; reconhecimento das Mesas de Negociação permanente.

Julgamos que, apesar de convergentes com os posicionamentos contidos na carta dos delegados da 11ª Conferência Nacional de Saúde, os desafios e compromissos reafirmados no documento sobre o desenvolvimento do SUS, mesmo referenciados no horizonte utópico da reforma sanitária, apontam questões acerca da funcionalidade do

sistema que exigem decisões e atitudes dos gestores setoriais, direcionadas para a mudança na racionalidade do modelo de atenção e de gestão do sistema.

O tema da responsabilidade emerge em vários momentos: referida a responsabilidade regulatória e a regulamentação das leis do SUS; na explicitação das responsabilidades dos gestores na definição das necessidades da população por serviços do SUS; como atributo do modelo de atenção, e; na defesa da responsabilidade social como base da gestão do trabalho.

A regionalização é vista como estratégia imprescindível na organização do sistema, mas não se apresentam propostas para sua viabilização.

A integração aparece indiretamente ao se criticar o paralelismo de ações e defender o reordenamento dos serviços com base na racionalidade do SUS.

Em referência aos dispositivos de gestão assume-se a defesa da programação e avaliação da oferta de serviços com base nos instrumentos vigentes e nos planos de saúde; e se dá grande ênfase à discussão do financiamento, com propostas de aumentos dos recursos, revisão da utilização e mudança nos mecanismos de alocação; não há referência direta ao problema da normatização do sistema.

O manifesto do CEBES e ABRASCO

O Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES – e a Associação Brasileira de pós-graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO – como entidades representativas do pensamento sanitário, têm mantido uma tradição de manifestarem-se criticamente nos momentos decisivos da formulação e da implementação da política de saúde no Brasil.

Na conjuntura eleitoral de 2002, a exemplo de outras eleições, lançaram em conjunto uma carta à sociedade (CEBES, ABRASCO, 2002), aos partidos políticos e aos candidatos executivos e legislativos, no plano nacional e estadual/distrital, em defesa da saúde dos brasileiros. O documento tem em perspectiva o aprimoramento do SUS e a radical implementação da reforma sanitária visando garantir melhoria da atenção à saúde e

das condições de saúde da população. Ele foi elaborado com base na discussão com personalidades de expressão e intelectuais do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, dispersos em torno de partidos e campanhas eleitorais. O documento discute, reconsidera e reafirma as diretrizes da Reforma Sanitária e os princípios do SUS, tendo por base os documentos do CNS¹, da ABRASCO² e do CEBES³.

Os enunciados discursivos expressam uma interpretação do processo da reforma sanitária e anunciam os desejos coletivos por mudanças nos rumos da política de saúde que resumimos nas seguintes proclamações:

1. Em defesa de uma mudança cultural na sociedade brasileira tendo a saúde como eixo de transformação. Parte-se do suposto que a RS, como reforma democrática do estado, assumiu um caráter processual e ainda está inconclusa, porém engloba uma multiplicidade de objetivos e concepções que ultrapassam as tarefas de organização do SUS. Nesse sentido se propõe recuperar a RS em sua amplitude, com o resgate das propostas que consideram as relações sociais e humanas contidas no projeto original emanado da 8ª Conferência Nacional de Saúde e plasmado na Constituição;
2. Em prol de modificações nas políticas do Estado Brasileiro, sem limitar-se a mudanças setoriais e/ou a políticas de governo. Avalia-se que a institucionalização em conjunturas adversas restringiu a reforma sanitária e limitou a análise crítica do processo. Assume-se a defesa do preceito constitucional, fundamento da RS, que assegura o direito de todos os brasileiros à saúde, garantido mediante políticas sociais e econômicas, e argumenta-se que as políticas governamentais dos poderes executivos federal e estadual, sejam direcionadas para erradicar a miséria, diminuir a pobreza e reduzir as desigualdades no Brasil, como forma de materializar no cotidiano dos cidadãos o princípio da equidade.

¹ *O DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: Avanços. Desafios e reafirmação de seus princípios e diretrizes*

² *A agenda reiterada e renovada da Reforma Sanitária Brasileira – SAÚDE, JUSTIÇA E CIDADANIA*

³ *Por uma nação solidária*

Reforça-se a crença no papel das Políticas Sociais em promover a inclusão social, pela possibilidade de participação e intervenção ativa dos cidadãos, e a defesa de um projeto nacional de desenvolvimento sustentável integrador e distributivo com justiça social, integrado às políticas de saúde, como referência para todos os governos. Reafirma-se a concepção de saúde como componente indissociável da Seguridade Social, com implantação do Sistema de Seguridade Social.

3. Em favor da participação social e do controle público da política de saúde, se propõe o fortalecimento das instâncias de controle social através: do estabelecimento de articulação orgânica destas com as comissões intergestores; da ampliação da atuação do controle social às agências governamentais da área de saúde e aos serviços privados; da descentralização da participação às unidades de saúde, com a criação dos conselhos locais de saúde; divulgação permanente do funcionamento e deliberação das instâncias de controle social; do desenvolvimento do campo da comunicação da saúde para fortalecer a consciência sanitária da população contribuindo para dialogar e ampliar o imaginário social relativo à saúde para além da assistência, conhecer melhor as singularidades e a diversidade das situações de saúde, incluir pessoas e comunidades e interferir na formação de opinião esclarecida conhecendo desejos e aspirações da população. Assume-se a insuficiência das conferências e dos conselhos para garantir a participação popular.
4. Em defesa dos princípios da Universalidade e da Equidade envidando esforços para evitar a cisão completa da assistência à saúde dos brasileiros com a segmentação em um SUS residual para pobres, e planos e seguros saúde para os ricos e remediados. A Constituição de um real sistema único exige a superação da fragmentação institucional do MS e o fortalecimento da regulação pública do setor privado, com o estabelecimento de mecanismos de controle setorial e social da Saúde suplementar, definindo-se a relação do Conselho Nacional de Saúde com a Agência Nacional de Saúde e as

responsabilidades dos Conselhos Estaduais e Municipais. Argumenta-se que mesmo as ações focalizadas devem desaguar na universalidade.

5. Em prol da instituição de uma política de ciência, de tecnologia e industrial em Saúde, que possibilite uma adequada utilização das potencialidades desse campo através de uma intervenção orientada do Estado para regular o mercado de insumos estratégicos e a incorporação de novos recursos diagnósticos, terapêuticos e preventivos. Para tanto advoga-se a auto-suficiência nacional em insumos essenciais para a saúde através do fortalecimento do potencial nacional e público de produção e intervenção no setor e a realização de investimentos significativos na área industrial de saúde. Argumenta-se em favor da: incorporação da intersectorialidade nas políticas econômicas em sua relação com a saúde; associação entre saúde e agricultura no campo da biotecnologia; definição do papel das universidades e instituições públicas de pesquisa; indução do desenvolvimento de pesquisas nas empresas. Além da implementação, desenvolvimento e criação de mecanismos de financiamento substantivos e regulares dos eixos norteadores da pesquisa em saúde, definidos na I CNCTS.
6. Em favor de uma cultura da paz e tolerância que se contraponha à glorificação e mercantilização da violência, através dos meios de comunicação, combatendo a violência e a exclusão social. Ação que requer envolvimento na promoção da cultura da paz e tolerância por meio de manifestações permanentes e de ações regulares que intervenham nos determinantes e condicionantes da violência em todos os seus âmbitos e aspectos. Nessa direção se evoca o exercício da administração de conflitos sem recursos a violência e se considera intolerável e inadmissível a prática de tortura.
7. Em prol da humanização e qualidade da atenção em saúde com melhoria da qualidade dos serviços prestados que devem contemplar a preocupação com a presteza, o conforto e a humanização (acolhimento, respeito à dignidade e aos direitos

das pessoas) dos serviços e ações; a melhoria das intervenções clínicas, o desenvolvimento de diretrizes e protocolos diagnósticos e terapêuticos; a revisão de casos e processos assistenciais; e as formas e instrumentos de denúncias e queixas da população, ampliando escopo de supervisão e auditoria que dependem de mudanças dos processos de gestão e gerência.

8. Em defesa de mudanças nos modelos de atenção que superem a oposição entre atenção básica, assistência de média e alta complexidade e urgências, e alterem a verticalidade, fragmentação e centralidade do gestor federal. Reafirma-se a necessidade de rever o Modelo Assistencial vigente, redirecionando a organização dos cuidados à saúde para uma concepção integradora, baseada no princípio da integralidade e apoiada nas diretrizes de: responsabilidade e vínculo entre equipes e usuários; autonomia das equipes de saúde para programar as atividades adequadas às necessidades sociais em saúde; garantia de cuidados contínuos e resolutivos com a constituição de redes de serviços e fluxos de referência e contra-referência em todos os níveis; articulação dos serviços de urgência e emergência na rede de saúde; protagonismo dos gestores estaduais; rejeitando a visão mercantil, dominante no modelo tradicional de A.M.S.
9. Pela reorientação da política de Recursos Humanos do SUS, reconhecendo a necessidade de respeitar, tratar com dignidade, remunerar e buscar o compromisso social dos trabalhadores com a eficácia social dos serviços, visando potencializar o uso da capacidade instalada e a extensão de cobertura para transformar as condições de saúde e gerar impacto. Para tanto se propõe: resgatar os conceitos de serviço e servidor públicos para alargar e fortalecer as bases sociais do SUS; o estabelecimento de planos de cargos, carreiras e salários (PCCS), com administração descentralizada e incentivos inversamente proporcionais às vulnerabilidades sociais; a multiplicação das oportunidades de capacitação, progressão funcional e educação permanente; a proteção social do trabalho e regulação dos vínculos laborais, com o fim da precarização; a adequação do aparelho formador e a regulação das

especialidades em função de necessidades da população e do SUS; estabelecer mecanismos de cooperação entre o voluntariado e o trabalho profissional no SUS.

10. Em favor de mudanças do Financiamento em Saúde com o objetivo de elevar os patamares do gasto em saúde para no mínimo R\$ 70 bilhões em 2004 com o cumprimento da EC 29 e instalação do orçamento da seguridade social. Espera-se ultrapassar os baixos patamares do gasto em saúde, particularmente do gasto público, inclusive dos investimentos, as iniquidades resultantes dos mecanismos de financiamento, repasses e remuneração de prestadores, com a ampliação dos gastos per capita sociais em saúde. Defende-se o estabelecimento de parcerias e mecanismos de articulação que racionalizem os recursos disponíveis e garantam sua eficácia e a abolição das formas de financiamento e remuneração que mercantilizam as relações e tratam os estados e municípios como prestadores e não como parceiros.
11. Em defesa do reforço e ampliação dos mecanismos de “inteligência sanitária” com o fortalecimento de um Sistema de Vigilância em Saúde, por meio do estímulo à articulação institucional entre os núcleos de vigilância epidemiológica e sanitária, e aprimoramento e reestruturação do sistema de ciência e tecnologia na pesquisa, desenvolvimento e difusão de inovações em saúde.

Esse posicionamento tem um caráter de manifesto e aposta no resgate do ideário original da Reforma Sanitária assumindo a defesa de transformações mais profundas nas formas de intervenção do Estado na Saúde e nas Políticas Sociais com reorientação do modelo econômico e democratização das relações sociais. Apóia-se na crença em um Estado protetor da cidadania e na defesa de um “projeto nacional de desenvolvimento sustentável integrador e distributivo com justiça social”, integrado às políticas de saúde, em contraposição ao ideário triunfante de orientação neoliberal.

Apesar da pouca referência à organização e gestão do sistema faz menção a necessidade de mudanças dos processos de gestão e gerência e defende mudanças no financiamento da saúde, com ênfase na elevação dos gastos, na racionalização dos recursos

e nas mudanças nas formas de remuneração dos serviços do SUS.

Em termos da racionalização assistencial o documento assume a defesa de mudanças no modelo de atenção que superem a verticalidade, a fragmentação e a centralidade, incorporando o princípio da integralidade e da responsabilidade sanitária.

Destaca o tema da violência e a defesa da cultura da paz e clama por uma política de ciência, tecnologia e desenvolvimento industrial no setor saúde, vocalizando os interesses dos profissionais do mundo acadêmico.

A posição do CONASEMS

O posicionamento do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde expressa o “compromisso” dos Secretários com o aperfeiçoamento do SUS e assume a defesa de seus princípios, incorporando ainda a reivindicação de uma política de saúde que contemple as especificidades da região norte.

A carta de Blumenau-SC (CONASEMS, 2002), local em que se realizou o encontro, apresenta as reivindicações dos gestores municipais e reflete as preocupações e os interesses destes com os processos de gestão do SUS, sinalizando o conflito federativo presente nas relações inter-governamentais, no setor saúde.

Assinala-se que as ações e serviços de saúde são de responsabilidade das três esferas de governo. Afirma-se que os municípios têm assumido suas atribuições, pois a quase totalidade, naquele momento, já havia assumido responsabilidade por alguma forma de gestão. Destaca-se que o poder local é o maior executor de ações e serviços de saúde, e é responsável direto pela maior contratação do contingente de trabalhadores de saúde do país. Os representantes dos municípios exigem garantia de negociação tripartite de todos os atos regulamentadores do MS que tenham implicação na gestão do SUS com revisão imediata de todas as portarias que comprometem a autonomia da gestão municipal. E pleiteiam, ainda, a legalização das CIB e da CIT como fóruns de pactuação no âmbito do SUS, e a retomada do processo de habilitação dos municípios, mesmo em estados onde a NOAS 01/2002 não esteja sendo implantada.

Assume-se a defesa do comando único de gestão na base territorial do sistema – o município – e o reordenamento do Sistema de Saúde com a garantia de regionalização. Reivindica-se a implantação do Cartão Nacional de Saúde através da liberação imediata de recursos do FUST⁴, e/ou de recursos próprios do MS, para o financiamento da conectividade e de equipamentos de informática necessários a sua utilização como instrumento de gestão.

A defesa do estabelecimento de um incentivo a assistência farmacêutica que permita o repasse unificado dos recursos financeiros hoje existentes, bem como sua ampliação, possibilitando a adequada gestão da política de medicamentos no nível local se coloca em reação a tendência, que vislumbram, à recentralização das atividades de aquisição, programação e distribuição na implementação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

A ênfase maior do documento se volta para o tema do financiamento. Considera-se que:

- ❑ os recursos financeiros existentes são insuficientes, comprometendo fortemente o custeio do sistema;
- ❑ os incentivos financeiros para o pagamento dos salários e das obrigações trabalhistas dos ACS, dos AC Epidemias e dos profissionais das equipes de Saúde da Família são insuficientes;
- ❑ as perdas inflacionárias dos recursos passados pelo Ministério da Saúde não vêm sendo corrigidas em sua absoluta maioria;
- ❑ a implementação e a qualificação permanente das ações e serviços de saúde exigem um maior volume de recursos para sua viabilização;

Exige-se a definição clara de recursos necessários ao enfrentamento das necessidades crescentes do SUS, com ênfase e prioridade na atenção básica e na rede pública de atenção à saúde com garantia do financiamento para que se cumpram os princípios legais do SUS, através da observância da EC 29, incluindo medidas que assegurem, em particular, a participação dos estados e da União. Inclui-se ainda um conjunto de demandas financeiras, como:

⁴ Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações

- ❑ repasse mensal aos municípios do valor equivalente a um salário mínimo e respectivos encargos trabalhistas por Agente Comunitário de Saúde legalmente contratado;
- ❑ aumento do valor de incentivo do PSF instituindo-se também a 13ª parcela do repasse e revendo os critérios de cobertura nos grandes municípios;
- ❑ correção geral de perdas inflacionárias de todos os repasses financeiros do Ministério da Saúde para os municípios;
- ❑ aumento dos valores dos procedimentos de média complexibilidade com a correspondente recomposição do teto financeiro dos municípios em Gestão Plena do Sistema;
- ❑ aumento imediato do PAB (fixo e variável) e do PAB ampliado;
- ❑ retificação da portaria GM 1188 de 26/06/2002, estendendo imediatamente a correção estabelecida dos valores de remuneração das consultas médicas constante do grupo 7 da tabela SIA/SUS para todos os serviços públicos de saúde;
- ❑ instituição de medidas que assegurem a participação dos estados no adequado financiamento do SUS, com efetivo cumprimento da EC 29 e priorização de investimentos na atenção básica, com repasse regular e automático fundo a fundo;
- ❑ aumento do teto de epidemiologia e controle de doenças (TFECD);
- ❑ estabelecimento de um incentivo a assistência farmacêutica que permita o repasse unificado dos recursos financeiros hoje existentes, bem como sua ampliação, possibilitando a adequada gestão da política de medicamentos no nível local;

Destaca-se na fala dos gestores municipais as responsabilidades já assumidas pelos municípios que clamam pelo compartilhamento de responsabilidades com os outros entes, inclusive na reposição de pessoal. Reivindica-se a discussão tripartite do processo de normatização, sinalizando sua reação à forma centralizada em que esta vem se processando, a defesa do comando único dos municípios e a aposta na regionalização como caminho para a reorganização do SUS.

Fica evidente a centralidade da pauta financeira para os gestores que pleiteiam mais recursos, mas, paradoxalmente, reforçam uma lógica de financiamento fragmentado que tanto combatem. Ademais não sobressai nas demandas dos gestores, naquele momento, reivindicações mais explícitas por mudanças na lógica de planejamento, gestão e organização do sistema, a exceção da regionalização.

Essas demandas por mudanças na racionalidade de gestão serão explicitadas na carta de Natal (2004), documento político do XX Congresso, encerrado em 20 de março de 2004. Naquele momento os gestores municipais propõem a construção de “um novo pacto da gestão do SUS, que respeite a autonomia das esferas de governo, exija o cumprimento de suas competências no SUS, e substitua a excessiva normatização e a lógica de habilitação por outra de adesão e de compromissos com resultados” (CONASEMS, 2004).

Sugerem “um novo modelo de financiamento que seja balizado pela equidade; respeite as especificidades locais e regionais; supere o repasse fragmentado por projetos e programas e estimule a solidariedade entre as três esferas de governo, garantindo maior participação da esfera estadual. Nesse sentido, reafirma-se, neste momento, apoio irrestrito a regulamentação da Emenda Constitucional 29 que assegure as bases desse modelo”.

E reafirmam “o total apoio às instâncias de pactuação (Comissões Intergestores bi e tripartite) e o efetivo Controle Social através dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, enfatizando as deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde”.

As proposições do CONASS

Na ausência de manifestação formal do CONASS no momento eleitoral de 2002 tomamos como expressão do posicionamento dos Secretários Estaduais acerca das mudanças no SUS, a carta de Sergipe (CONASS, 2003a), emitida no encontro de Aracaju, realizado entre os dias 10 e 12 de julho de 2003, que resume o consenso dos debates realizados entre os 27 Secretários estaduais, em que manifestam “as preocupações e prioridades quanto à organização, gestão e financiamento do Sistema Único de Saúde” (SUS). Na seqüência apresentamos, com edição pessoal, os conteúdos centrais do documento.

Os Secretários Estaduais de Saúde “reafirmam o seu compromisso com os princípios e diretrizes constitucionais do SUS [...] e reconhecem os significativos avanços alcançados nos últimos 15 anos e os grandes desafios a serem enfrentados”. Dentre esses destacam o “fortalecimento da Atenção Primária, entendendo-a como a principal porta de entrada da rede de serviços integrados e como eixo fundamental para a mudança de modelo assistencial”.

Defendem a responsabilidade inerente do gestor municipal pela organização e operacionalização da Atenção Primária, mas entendem como da esfera estadual as macrofunções de formulação da política, de planejamento, de co-financiamento, de formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, de cooperação técnica e de avaliação, no âmbito do território regional e estadual (CONASS, 2003a).

Expressam a defesa,

a valorização e a priorização das atividades de Promoção da Saúde, [...] com ênfase na articulação intersetorial, através de parcerias intra e extragovernamentais, devendo constar das políticas, planos e orçamentos estaduais de saúde como um dos eixos para a mudança do modelo de atenção à saúde.

“Consideram urgente e necessária uma ampla rediscussão quanto ao entendimento de “comando único” nos termos da NOAS/SUS/2002 e do conceito de “direção única em cada esfera de governo”, nos termos do artigo 7º da Lei 8.080/90.” [...] E “entendem que a gestão das referências intermunicipais deve ser de responsabilidade do gestor estadual, observadas as pactuações nas Comissões Intergestores Bipartite e deliberações dos Conselhos Estaduais de Saúde”.

Advogam

o fortalecimento do papel regulador dos Estados, notadamente na regulação do acesso das populações referenciadas para municípios habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, em articulação com o gestor municipal, e na regulação das referências

intermunicipais e dos prestadores de serviços nos municípios não habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal”. [E preconizam] “a configuração de uma rede de ações e serviços de saúde capaz de garantir o acesso, a circulação e o acompanhamento dos pacientes entre os diversos níveis de atenção, orientados por um sistema de referência e contrareferência municipal, intermunicipal e interestadual.

Em relação ao financiamento

reafirmam seu compromisso histórico de lutar pelo cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 e ressaltam a necessidade de sua imediata regulamentação por meio de lei complementar. Propõem a revisão urgente dos Limites Financeiros Federais da Assistência de Média e Alta Complexidade contemplando as reais necessidades de cada Unidade da Federação e observando o disposto no orçamento do Ministério da Saúde que prevê alocação de recursos com o objetivo de reduzir desigualdades regionais. É necessária a construção de uma nova política de alocação de recursos visando a redução das desigualdades macrorregionais, interestaduais e intermunicipais. Demandam a revisão dos valores das tabelas de procedimentos ambulatoriais e hospitalares (SIA e SIH - SUS), de modo a corrigir a enorme defasagem entre os custos reais e os valores remunerados pelo SUS.

Afirmam a prioridade da discussão das questões referentes à política de recursos humanos para a saúde. Apóiam a constituição das Mesas de Negociação como fórum privilegiado de discussão das questões relativas a RH em todos os níveis da gestão do SUS. Defendem o concurso público como forma prioritária de provimento das vagas ofertadas pelos gestores do SUS, e propõem que seja pautado na Comissão Intergestores Tripartite a análise do documento “Princípios e Diretrizes para a Elaboração da NOB/RH-SUS.

Os Secretários de Saúde reafirmam a importância da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) como instâncias de negociação e pactuação dos aspectos operacionais do SUS. Ressaltam como fundamental o controle social exercido por meio dos Conselhos de Saúde. Manifestam, contudo, sua preocupação com a necessária observância

das distintas atribuições, responsabilidades e prerrogativas tanto das instâncias intergestoras quanto dos Conselhos, evitando-se conflitos de competências.

Propõem a elaboração de uma nova norma voltada para a construção de um modelo de atenção que contemple os princípios e as diretrizes do SUS, em substituição à Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/01/2002). Esta nova norma deve ser elaborada sob a égide da responsabilidade sanitária, adequada à realidade de cada estado e região do país, integrando ações de promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade/custo, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental e políticas de recursos humanos. Propõem que esta norma estabeleça uma nova modalidade nas relações intergestores com base em um tipo de “contrato de gestão”, cujo eixo seja o reconhecimento da capacidade de condução e reitoria do SUS no âmbito estadual, e o pleno exercício das macro-funções estaduais, com ênfase na cooperação técnica descentralizada e permanente, junto aos municípios.

As propostas aqui apresentadas em consenso pelos Secretários Estaduais de Saúde representam o estabelecimento de compromissos para o enfrentamento das desigualdades sociais e regionais e a promoção da inclusão social, buscando o permanente aperfeiçoamento do SUS, com o olhar voltado para o futuro e a construção da cidadania.

Esse posicionamento dos secretários estaduais, produzido já sob a influência da interação produzida na relação intergestores no primeiro semestre de 2003, é um manifesto em defesa do papel dos Estados na condução do SUS e explicita as questões centrais para a assunção de suas prerrogativas de gestão. Revelam-se divergências de entendimento sobre a alocação de recursos para o custeio das ações, em relação ao Ministério, e sobre o comando único, em relação ao CONASEMS, e expressam a defesa de revisão da normatividade vigente sobre a gestão descentralizada.

Um cotejamento desses posicionamentos com a prática de gestão da maioria dos Estados, que sobressai nas múltiplas escutas realizadas na interação com as comissões bipartite e com as equipes dirigentes dos estados, nos evidencia a distância entre o discurso e a prática, descompasso que aliás também se revela na prática de gestão dos municípios e do Ministério.

Análise parcial das propostas

Os diferenciados contextos de produção dos discursos, as características dos sujeitos que os formulam e os interesses que expressam dão acentos distintos aos temas abordados. Assim podemos observar a emergência de alguns assuntos singulares a certos discursos.

O documento do CEBES/ABRASCO, que assume um caráter de manifesto político, realça: a defesa da Cultura da Paz e Tolerância; a proposta de uma política de Ciência e Tecnologia, e Industrial, setorial; e a argumentação em prol da retomada do projeto original da reforma sanitária enquanto mudança cultural, além da criação do Sistema de seguridade social.

O Conselho Nacional de saúde dá ênfase à responsabilidade regulatória do SUS e ao planejamento da oferta de serviços e ações adequadas às necessidades de saúde.

O CONASEMS centra suas preocupações nos aspectos pragmáticos da gestão e se pronuncia em favor do comando único, da regionalização, da descentralização da assistência farmacêutica, da agilização na implantação do cartão SUS e em defesa da negociação tripartite na normatização do sistema.

O CONASS, em contexto particular, vai expressar a defesa das prerrogativas dos Estados e explicitar as funções que lhe competem na gestão do SUS.

Se tomarmos esses cinco documentos como referência para a análise podemos identificar nos discursos uma certa convergência em torno de um conjunto de proposições que conformariam uma agenda síntese de consolidação e mudança no SUS. Essa

convergência é indicadora da circulação de um discurso e da convergência de idéias e crenças, sobre a reforma sanitária, entre os atores que interagem nas redes sociais que se articulam em torno do SUS, sinalizando a importância do aprendizado, do conhecimento e da difusão das idéias na conformação das políticas (FARIA, 2003).

A agenda síntese poderia ser expressa nas seguintes propostas:

1. Defesa da consolidação do SUS apoiada nos seus princípios e diretrizes legais, com ênfase na equidade e na universalidade;
2. Mudanças na política econômica e nas políticas sociais para assegurar o direito à saúde;
3. Fortalecimento da participação e do controle social com ampliação de sua atuação;
4. Mudanças no modelo de atenção com reorganização da atenção básica e das redes assistenciais no sentido de assegurar acesso e atenção integral com qualidade e humanização;
5. Implementação de política de recursos humanos que supere os inúmeros problemas de precarização do trabalho gerados ao longo dos últimos anos;
6. Alteração do financiamento buscando assegurar aumento do gasto com o cumprimento da EC 29, melhoria na utilização dos recursos e mudança nas formas de alocação;
7. Avanço da descentralização com fortalecimento da autonomia dos estados e municípios.

Os enunciados em apreço reconhecem o caráter processual e a inconclusividade da reforma. Transparecem o desejo dos atores por mudanças na atuação do Estado e do Governo federal frente à saúde, alimentados por crenças num ideal de Estado protetor e movidas por uma idealização do projeto reformista.

Idealização já criticada por Elias (1993) ao revelar os limites da análise fundada na idéia de “saúde como valor universal e núcleo subversivo das práticas” que deu origem a uma concepção da Reforma Sanitária como sujeito capaz de operar as mudanças no setor saúde, e como estratégia de transformação social, sem considerar a cidadania e a política na relação entre o Estado e a Sociedade.

A proposta de governo da coligação vitoriosa

A análise do programa de governo da coligação vitoriosa na eleição presidencial de 2002 tem o propósito de comparar se a proposta apresentada ao debate eleitoral guardava correspondência com os anseios de mudança enunciados nos discursos dos atores sociais, além de servir de referência para a análise do material do estudo apresentado nos demais capítulos.

Um parêntese necessário. A força das idéias e a capacidade de atuação das redes sociais na defesa do discurso sanitário se evidenciou na presença nos programas dos candidatos a presidência da República, das principais coligações partidárias, da defesa do SUS, de seus princípios e diretrizes, e de propostas para sua implementação.

O programa apresentado ao debate durante a campanha eleitoral intitulado “Saúde para a família brasileira” (BRASIL, 2002b) assinala o entendimento da coligação, liderada pelo PT, sobre a saúde no país e apresenta as propostas de intervenção para lidar com os problemas identificados.

A apresentação e a introdução do documento assinalam o significado e os avanços do SUS nos anos 90, principalmente a democratização e a universalidade no acesso aos serviços de saúde, mas reconhece que a qualidade deixa a desejar, e que sozinho não conseguirá resolver as carências de saúde do povo brasileiro, agravadas pela exclusão social resultante do padrão de desenvolvimento econômico vigente nos últimos anos.

Admite que há muito o que fazer, tanto no funcionamento do SUS, como nas políticas públicas que interferem na qualidade de vida das pessoas, e diz que não se pode tolerar a indiferença e a humilhação de quatro milhões de famílias sem acesso a água tratada e a passividade frente aos milhões que vivem abaixo da linha de pobreza.

Mas assinala que milhões de brasileiros dependem da atenção continuada do SUS, e constata o aumento na oferta de cuidados básicos, persistindo grandes lacunas a serem preenchidas. Identificam-se distorções e carências nos níveis mais complexos de assistência que precisam ser corrigidas. Advoga-se que “em que pese as lacunas, o SUS é um conjunto de políticas a serem preservadas, valorizando e ampliando o que vem dando certo, completando o que falta fazer e corrigindo o que está errado”. Defende-se que

A gestão e condução do SUS devem ser efetivamente descentralizadas, com a cooperação técnica e financeira da União com todos os estados e municípios, de modo a que se desenvolvam condições políticas, técnicas e financeiras para coordenar a oferta dos serviços no seu território, exercer a gestão, prestar contas, respeitar e implementar as deliberações dos Conselhos de Saúde.

Acredita-se que

[...] o poder deliberativo dos Conselhos de Saúde permite que as ações e os serviços de saúde tenham, conforme indicar o diagnóstico das necessidades e problemas da população de cada local, o planejamento e a organização necessária, com participação e controle social (BRASIL, 2002b).

Na mesma direção assume-se compromissos:

[...] nosso governo vai fortalecer a cultura e a prática de gestão solidária entre as três esferas de governo, com o respeito às instâncias de pactuação das políticas de saúde entre os gestores e as deliberações dos Conselhos de Saúde. No plano nacional, além da construção consensual das estratégias para todo o País, que leve em conta as desigualdades regionais e locais, serão discutidas e pactuadas formas de monitoramento de metas e resultados a serem alcançados e de formas de acompanhamento da gestão

descentralizada, substituindo os atuais controles centralizados. Esse compromisso de gestão substituirá as numerosas e fragmentadas iniciativas resultantes de acordos por área, campanhas e programas que pouco levam em conta as realidades locais.

Afirma-se que o MS exercerá a direção e a gestão nacional do SUS sem concorrer com os estados e municípios, e buscará capacitar os estados e municípios para planejar, de baixo para cima, o sistema de saúde no âmbito de suas competências. Assim, espera-se que se poderá

identificar da melhor forma possível os problemas e prioridades das comunidades, ordenar e tornar mais eficientes os recursos financeiros e as ações e serviços existentes, ampliar os serviços nas áreas de carência, avaliar e regular as ações e os serviços oferecidos (BRASIL, 2002b).

Por fim, destaca-se o papel das conferências e dos conselhos de saúde na formulação e implementação da política.

O corpo do documento destaca um conjunto de problemas da atenção à saúde, identifica as dificuldades na organização e no financiamento do sistema, e apresenta as propostas para enfrentá-los.

Dentre os problemas da atenção à saúde são realçados: Filas, espera e qualidade do atendimento; Dengue, Malária e outras epidemias; Acesso ao Medicamento e Saúde Bucal. Merece destaque ainda: os grupos com atenção especial, a organização da vigilância em saúde, a saúde e o trabalho e a saúde e o saneamento. No outro campo são considerados: o financiamento, os recursos humanos e o papel do Ministério da Saúde.

Em relação às filas, espera e qualidade do atendimento, após reconhecer-se as duras condições de atendimento e relacioná-las com a falta de ações preventivas e de atenção básica, propõe-se reformular a organização dos serviços e alterar as prioridades do financiamento tomando as seguintes medidas:

- Fortalecimento e qualificação da Atenção Básica
- Estruturação do Atendimento às Urgências.
- Prioridade ao financiamento de Formas Alternativas de Atendimento,
- Estímulo à constituição de Centros de Referência
- Reorganização do Atendimento Hospitalar e de Alta Complexidade
- Gestão Participativa e Humanização dos Serviços.

Para controlar a dengue, a malária, bem como outras epidemias e ainda garantir uma vida saudável para os brasileiros se propõe reorganizar a Saúde Pública, valorizando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, criando planos para controle das grandes epidemias (dengue, malária, leishmaniose) e um Sistema de Vigilância Sanitária e de Saúde Ambiental, incluindo as seguintes propostas:

1. Elaborar, junto com estados, municípios e universidades, Planos de Controle das grandes epidemias brasileiras;
2. Descentralizar para os municípios as ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental;
3. Reforçar a Vigilância Sanitária;
4. Reafirmar o papel de Coordenação do Ministério da Saúde.

Para assegurar acesso ao medicamento, reconhece-se a assistência farmacêutica como parte integrante do SUS, e como um direito do cidadão, e assume-se a necessidade de reformular e ampliar a Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica de acordo com diretrizes que efetivem esse direito.

A garantia da atenção à saúde bucal será efetivada, segundo a proposta, por meio da articulação da ação pública com os municípios visando:

1. Ampliar a oferta de serviços para a população na faixa etária de 0 a 14 anos;
2. Garantir a fluoretação das águas de abastecimento público e a vigilância dos cremes dentais e de todos os produtos que contenham flúor;
3. Realizar estudos e pesquisas sobre os problemas de saúde bucal (...);
4. Incentivar a produção no Brasil de equipamentos e insumos odontológicos de qualidade, (...);
5. Integrar a atenção odontológica aos programas de saúde, particularmente ao Saúde da Família, incluindo dentista e auxiliares na composição destas equipes;
6. Implantar os núcleos regionais de especialidades (reabilitação oral, endodontia, ortodontia preventiva, diagnóstico bucal, entre outros);
7. Executar ações específicas visando à prevenção, detecção precoce e tratamento das neoplasias bucais;
8. Implementar programas de educação em saúde bucal.

Em respeito ao princípio da equidade se propõe assegurar atendimento diferenciado aos seguintes grupos: Crianças e adolescentes; Mulheres; Idosos; Povos indígenas; População negra; Portadores de doenças crônicas e endêmicas; Portadores de problemas mentais; Portadores de deficiências.

A proposta para enfrentar os problemas da vigilância em saúde é a constituição de um efetivo Sistema Nacional de Vigilância em Saúde com as ações integradas de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária de produtos, serviços, de processos e ambientes de trabalho e meio ambiente, em geral, e dar-se-ão no âmbito do Sistema Único de Saúde. Será elaborada uma política nacional de vigilância em saúde centrada nos seguintes eixos: atuação integrada, articulada às demais ações do SUS, associando às ações de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e de saúde do trabalhador, dando maior efetividade às ações de proteção e promoção da saúde; participação dos estados, municípios, além de setores da sociedade e o controle social.

O tema da saúde e trabalho é abordado a partir da dramaticidade da situação de vida e trabalho enfrentada pelos trabalhadores brasileiros e da constatação do atraso na intervenção do Estado apontando-se para efetivação da prevenção e das ações de vigilância aos ambientes de trabalho, e o desenvolvimento de políticas articuladas com os setores da sociedade visando a erradicação do trabalho infantil.

Para enfrentar a precariedade das condições de saneamento de milhões de famílias, se propõe: a implantação da Política Nacional de Saúde Ambiental no âmbito do SUS; o resgate das competências constitucionais do SUS, regulamentadas pela Lei Orgânica da Saúde; o fomento, no âmbito do SUS, das ações de saneamento domiciliar; o estabelecimento do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde, com prioridade da vigilância da água para consumo humano.

O enfrentamento dos problemas de recursos humanos no SUS, será feito, na ótica dos formuladores do programa, através das seguintes ações:

- ❑ Envolvimento das Equipes de Saúde com a gestão dos serviços, fortalecendo colegiados de co-gestão;
- ❑ implementação da democracia nas relações de trabalho, instituindo Mesas Permanentes de Negociação com os Trabalhadores do SUS;
- ❑ implantação de Programas de Educação Continuada com vistas à formação integral do trabalhador, articulada com as necessidades do SUS, criando-se novas funções que objetivem uma atuação profissional generalista e aberta às questões sociais;
- ❑ profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde, definindo-se suas atribuições e integrando-os ao Programa de Educação Continuada.

Para enfrentar os problemas do financiamento da saúde buscando reverter o quadro adverso existente aposta-se no desenvolvimento de uma política de financiamento sustentada em três pilares fundamentais:

- ampliação dos recursos; reorganização das prioridades, e; fortalecimento do controle e da transparência sobre o uso dos recursos disponíveis, através de:
 - cumprimento da EC 29;
 - fortalecimento dos conselhos para acompanhar e fiscalizar a utilização dos recursos;
 - repasse baseado nas necessidades e na lei, com aprovação do CNS e descentralização para estados e municípios;
 - aumento dos recursos para a atenção básica em função das necessidades e de resultados;
 - revisão das tabelas de remuneração de serviços;
 - reequilíbrio das desigualdades regionais, com aumento dos recursos de investimentos para os lugares mais desprovidos de serviços em todo o país, principalmente para o Norte e Nordeste.

Em relação ao papel do Ministério da Saúde se anuncia que este terá a direção efetiva e o comando da gestão nacional do SUS, sem concorrer com os estados e municípios. E que se criará uma Rede Pública e Nacional de Comunicação e Informação em Saúde voltada para o aprofundamento da cidadania, do controle social e da humanização da atenção à saúde no Brasil. No mesmo sentido, se anuncia a adoção de formas de decisão conjunta com as Conferências e Conselhos de Saúde como prática regular para a formulação das políticas setoriais.

O confronto desse programa com as posições maximalistas do discurso reformista evidencia uma diferença de enfoque e de amplitude. As proposições de governo acima apresentadas, mesmo se mantendo em consonância com o discurso sanitário, estão orientadas para uma atuação setorial, balizadas pelo incrementalismo, e para o desenvolvimento de ações voltadas para a reorganização dos serviços e para garantir o atendimento de demandas assistenciais e de vigilância de riscos.

A racionalização do sistema é tematizada com a defesa de uma gestão solidária entre as esferas de governo, com apoio técnico do Ministério, o fortalecimento do controle social, a alteração nas formas de alocar e controlar a utilização dos recursos, o estímulo ao planejamento ascendente e a implantação de uma política de gestão do trabalho democrática. Não há referência explícita às questões da integração do sistema, da regionalização e da responsabilidade sanitária, nem da normatização do sistema.

A descrição apresentada e a análise preliminar dessas expectativas nos servirão de suporte comparativo para a apreciação do que se produziu nas instâncias de decisão sobre a gestão compartilhada do SUS.

CAPÍTULO 4
O DEBATE ACERCA DA MUDANÇA NA
12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

As conferências de saúde institucionalizadas com a criação do SUS nas três esferas de governo, por meio da Lei 8.142/90, se constituíram junto com os conselhos de saúde em espaços de intermediação de interesses entre o Estado e os segmentos sociais organizados em torno da temática da saúde.

Ao longo dos anos 90 propiciaram o espaço para a vocalização de denúncias sobre a condução da política de saúde, e demais políticas do Estado, e para a expressão de reivindicações dos diversos interesses organizados, assumindo um caráter de contestação à condução política dos governos de “plantão” e de defesa do aprofundamento da reforma sanitária, reafirmando seus princípios e diretrizes.

Mas, se possibilitaram uma participação inusitada no debate das políticas sociais no Brasil, paradoxalmente ao privilegiar o debate técnico, em uma linguagem hermética, e o protagonismo dos grupos organizados na área sindical, popular e partidária, diante do fosso cultural entre os participantes, expressão da heterogeneidade cultural do país, condicionaram o debate e suas deliberações tendo por referência o conteúdo propositivo apresentado por esses grupos (LUZ, 1994).

A quase ausência de representação dos interesses privados do setor saúde, que não têm apostado no fórum como espaço de veiculação de seus interesses, tem tornado o evento um momento de reafirmação dos princípios e diretrizes do SUS e delimitado o debate em torno de cobranças por mais recursos para o setor, de mudanças na atuação governamental, da inserção de demandas de grupos discriminados e de pleitos corporativos dos profissionais de saúde.

A centralidade do debate nos temas macro-estruturais relacionados à saúde, já comentado por Luz (1994), tem se mantido como marca das conferências e deixado em segundo plano uma avaliação dos processos institucionais e organizacionais que dificultam ou viabilizam a oferta de ações e serviços.

A atribuição legal às conferências de avaliar a situação de saúde e definir as diretrizes da política de saúde em cada esfera de governo tem sido cumprida apenas parcialmente, pois, ao privilegiar as decisões referentes aos temas macro estruturais e

incorporar a diversidade de propostas demandadas pelos vários segmentos, sem uma hierarquização de prioridades, não tem conseguido sinalizar para o conjunto de atores as mudanças essenciais à efetivação das propostas aprovadas.

Além do mais não se criou uma “cultura” de tomar as resoluções das conferências como referencial para a ação de gestores, conselheiros e demais atores sociais na saúde, nem os conselhos conseguiram produzir mobilizações em prol da sua efetivação.

A 12ª Conferência foi convocada com o objetivo de promover uma avaliação acerca dos avanços e desafios do SUS e deliberar sobre as diretrizes para um Plano Nacional de Saúde que respondesse a esses desafios. O Conselho Nacional de Saúde assumiu a coordenação do evento e deliberou sobre sua organização. Avaliamos que os equívocos identificados nas conferências anteriores não serviram de lição para a organização do evento.

A construção da agenda dos debates ao eleger dez temas principais alargou por demais o campo da discussão e manteve o privilégio aos temas macro-estruturais refletindo o que Luz (op. Cit) designa por “uma tradicional mentalidade de ação macroestrutural” dominante nas instituições e nos tecnocratas da área de saúde.

A avaliação e o debate em torno dos gargalos organizativos e dos impasses de gestão do sistema ficaram diluídos na discussão e não mereceram destaque entre as propostas aprovadas.

A atuação do Ministério na preparação da conferência, como integrante do Conselho e como gestor nacional do sistema, não contribuiu de forma decisiva para alterar a condução do processo. A produção de um texto institucional de contribuição ao debate não conseguiu realçar as questões decisivas para o debate sobre a reorientação do SUS. Elaborado por cada área do Ministério com afinidade ao tema, traduziu a visão e as propostas da tecnoburocracia setorial. Mereceu pouca atenção dos dirigentes do Ministério e não mobilizou o conjunto de seus servidores em torno de sua discussão. Mesmo assim serviu de referência para o debate em muitas conferências estaduais, deu suporte ao debate dos grupos temáticos durante o evento e teve muitas de suas propostas inseridas no relatório final da 12ª Conferência.

Há um certo consenso de que os resultados da conferência foram frustrantes para quem apostou no evento como um momento de avaliação e de definição dos rumos para um novo ciclo de desenvolvimento do SUS como propunha a primeira consígnia da conferência. O Conselho Nacional de Saúde mesmo reconhecendo os avanços e o sucesso da conferência concluiu que esta não representou uma mudança de paradigma.

O clima político da Conferência, que contou com a participação do presidente da República, mesmo com críticas à condução da política econômica e ao processo de execução orçamentária da saúde, não se mostrou hostil ao governo como nas conferências anteriores, refletindo um clima de confiança e uma aposta nas possibilidades de o governo assumir os compromissos com a efetivação das deliberações votadas pelos delegados.

O relatório da 12ª Conferência

A apreciação do relatório da 12ª Conferência (BRASIL, 2003b), neste estudo, será feita em função do interesse do estudo em que se procura observar se as decisões tomadas, no evento, relativas aos rumos da política de saúde e a organização do sistema estão em consonância com a perspectiva de racionalização do sistema e com as expectativas de mudança dos atores sociais com atuação no SUS.

As dificuldades no processo de deliberação para aprovação do relatório, durante e após a conferência, revelam problemas no método de construção das deliberações e talvez no modelo de organização do evento. O número de eixos temáticos em discussão – dez – e a elasticidade na inclusão de propostas resultaram num hipertexto com dez introduções, aos temas, e 723 deliberações, ocupando 134 páginas do relatório.

A dificuldade de distinguir o que é essencial do que é acessório e a repetição de proposições se colocam como um desafio ao leitor e falam contra a inteligência sanitária do país que não conseguiu produzir, a partir do debate, uma síntese, a exemplo da 8ª Conferência, que pudesse servir de instrumento discursivo para a ação cotidiana dos atores. Essa talvez seja, a exemplo das últimas conferências, a maior frustração dos participantes que esperavam algo inovador e sinalizador de novos rumos para o SUS.

Procedemos uma leitura parcial e não linear dos eixos temáticos buscando desvendar o sentido das deliberações em relação as propostas de racionalização do sistema. Com isso resolvemos agrupar os eixos, para efeito de análise, em quatro blocos.

O primeiro em que se destacam as propostas que situamos no campo da macro racionalização da ação estatal, que inclui os seguintes eixos: direito à saúde, seguridade social e a saúde, intersetorialidade das ações de saúde e o financiamento. O segundo em que se destacam as propostas que apontam para a racionalização da gestão, onde se inserem os seguintes eixos temáticos: as três esferas de governo e a construção do SUS, o controle social e a gestão participativa e o trabalho na saúde. O terceiro em que se aborda a racionalização assistencial com as propostas do eixo sobre a organização da atenção à saúde. E por fim um bloco em que se abordam a racionalização do conhecimento e da informação, com a discussão das propostas dos eixos de ciência e tecnologia e comunicação e informação em saúde.

A saúde e a macro racionalização da ação estatal

As avaliações e deliberações produzidas, na conferência, em relação aos quatro eixos aglutinados nesta análise têm em comum a defesa do papel do Estado na garantia do direito à saúde e a sua responsabilização em assegurar o financiamento e as condições para efetivá-lo.

Ao tempo em que se reconhecem os avanços legais, se mostra a distância entre a intenção e o gesto:

Entre os direitos inscritos nos vários diplomas legais e o seu usufruto há um intrincado caminho, com numerosas variáveis que interferem no alcance do pleno gozo dos direitos da cidadania. As restrições de natureza fiscal, a baixa adesão de alguns segmentos do poder público e a ação limitada dos mecanismos de controle e o etnocentrismo integram um inventário das dificuldades e dos obstáculos a superar. Há uma evidente falta de sintonia entre o que a legislação determina, o judiciário assegura e o que o executivo tem efetivas condições de cumprir.

A disponibilidade dos serviços de saúde para toda a população, com a qualidade e a integralidade necessária para a atenção à saúde são problemas que prosseguem impedindo que o SUS seja um sistema de atenção eficiente no cumprimento da universalidade e da integralidade.

Promover a equidade na atenção à saúde, reduzir as desigualdades regionais, ampliar a oferta de ações de saúde garantindo a universalidade do acesso aos mais afetados pelas desigualdades sociais, de gênero, raça, etnias e geração e populações itinerantes e vulneráveis são os desafios postos para que o direito deixe de ser mais que declaração e passe a integrar o cotidiano da vida dos brasileiros.

As deliberações assumem um tom de exigência dirigida ao Estado quanto ao cumprimento de dispositivos legais ou criação de novos dispositivos que assegurem direitos de cidadania e de sua efetivação em práticas que assegurem acesso a ações universais com garantia de inclusão de grupos discriminados. E defendem a garantia de informações para o exercício da cidadania, um papel ativo do Ministério Público na vigilância ao cumprimento da Lei, e mudanças na atuação do judiciário para produzir decisões que contribuam com a efetivação do direito à saúde.

Enfatizam o papel do governo federal na manutenção da soberania nacional e cobram das três esferas de governo a manutenção da seguridade social como sistema de proteção à cidadania e promotor da justiça social. Preconizam o desenvolvimento de políticas sociais amplas através de projetos intersetoriais que contribuam para reduzir as iniquidades.

E para financiar essas políticas, os delegados advogam que o “SUS deve ser analisado no conjunto da política social e econômica” do país. Reafirmam que o direito à saúde exige um volume crescente de recursos e argumenta-se que a viabilização dos seus princípios e diretrizes exige um “modelo de financiamento forte”, regulamentado, que garanta a manutenção de fontes estáveis. Exigem transparência para o controle social e prioridade de alocação para a rede pública de serviços com vistas à substituição gradativa

da contratação dos serviços privados. Compreendem que apesar dos esforços de racionalização no uso dos recursos do SUS

a ortodoxia fiscal e o ajuste estrutural representados pela necessidade de produção de superávit primário e a redução dos recursos disponíveis para gastos específicos do setor saúde contribuem pesadamente para a exclusão imposta a segmentos expressivos da população.

Coerente com a análise precedente assumem a defesa da retomada do desenvolvimento socioeconômico, a renegociação das dívidas externa e interna, com ampla participação social, e a discussão em torno do teor das reformas tributária e previdenciária que devem assegurar recursos suficientes para o fortalecimento da seguridade social e para o desenvolvimento do SUS, além de se prescrever o veto ao artigo da reforma tributária que trata da desvinculação de recursos da União, dos estados e dos municípios.

A reforma previdenciária também é questionada pelo seu caráter fiscalista, em detrimento da justiça social. Clama-se por uma reforma previdenciária e uma reforma tributária que sejam progressivas, justas e equitativas, e assegurem as responsabilidades de proteção social do Estado e da Sociedade.

Destacam-se aspectos vinculados ao campo da regulação e da regulamentação do direito e propõem-se a aprovação do código de defesa do usuário do SUS, do código nacional de saúde e reafirma-se o papel regulador do Ministério da Saúde e do CNS na garantia do direito à saúde, em relação aos produtores de serviços e insumos. No mesmo sentido se aprova a elaboração de uma “Lei de responsabilidade social” para a administração pública e a regulamentação e o cumprimento do preceito constitucional que vincula recursos orçamentários à saúde, mantendo-se os percentuais estipulados para municípios (15%) e estados (12%) e determinando-se o percentual da União em 10% das receitas correntes.

Outra ênfase nas deliberações ressalta o papel da Justiça e a necessidade de cumprimento da legislação para assegurar direitos a grupos excluídos ou vítimas de discriminação social, cultural, racial e de gênero.

Há uma certa ênfase na judicialização do direito à saúde e um realce à garantia de direitos de minorias e grupos excluídos ou discriminados, talvez a novidade nesse debate, pautado pela ativa participação do movimento negro na conferência, pois o conjunto de proposições relativas ao direito à saúde é reafirmação e reiteração de assuntos já incluídos na ordem jurídica e incorporados ao discurso sanitário.

Assumem-se a defesa da democratização das relações Estado-Sociedade objetivando promover o exercício da cidadania com aumento da participação através da criação de mais espaços públicos e do respeito à diversidade de gênero, raça, etnia, orientação religiosa, opção sexual e deficiência.

Reiteram-se à efetivação de proposições legais, a extensão de direitos previdenciários, a inclusão social de grupos discriminados, a garantia do financiamento, a efetivação da participação e do controle social e a ampliação das políticas sociais voltadas para garantia de condições de vida e saúde.

Reafirma-se a necessidade de se ampliar à compreensão da saúde como qualidade de vida e a defesa de que as políticas sociais e econômicas se orientem para a garantia de uma vida saudável, tal qual o que se estabelece na constituição.

A tônica da integração como via para o alcance da integralidade aparece com forte incidência nas deliberações.

Criticam-se as políticas governamentais, pós constituição de 1988, que teriam desfigurado a carta magna e inviabilizado a constituição de uma política social integrada ao privilegiar o ajuste fiscal e o pagamento da dívida pública, sob orientação do FMI. Situação que teria favorecido a expansão do setor privado na previdência e na saúde.

Assume-se que a construção do SUS depende da retomada da saúde como integrante da seguridade social com a fusão de políticas de atenção formando uma rede de proteção social que garanta o cuidado às pessoas do nascimento ao fim da vida.

Reverbera-se a defesa da integração da ação governamental como forma de assegurar a oferta de bens e serviços que melhorem a qualidade de vida. A articulação inter-setorial nas três esferas de governo e com a sociedade se mostra como a maneira mais profícua para a construção da cidadania que, segundo o relatório, dependeria de um projeto

nacional de desenvolvimento sustentável, integrador e distributivo, com justiça social. A constituição de um sistema de seguridade social se mostra como o caminho mais efetivo na construção da intersectorialidade em saúde. E o alcance da equidade dependeria da implementação de políticas públicas intersectoriais. Reconhecem-se os limites da intervenção profissional em saúde para enfrentar problemas condicionados pelo meio social.

Reafirma-se a necessidade de essas políticas romperem o isolamento e a sobreposição de ações e se constroem de forma intersectorial potencializando recursos e otimizando resultados com vistas ao enfrentamento das iniquidades.

Resgata-se a defesa da integração das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde como forma de garantir os princípios do SUS. Propõe-se um conjunto de iniciativas de planejamento, avaliação e gestão de ações integradas intersectoriais, com participação social, orientadas para a integração de práticas e saberes que reconheçam as diferenças de contextos sociais e culturais e os diferenciais de risco na definição de estratégias pra enfrentar os problemas de saúde. A promoção de hábitos e atitudes saudáveis voltados para a qualidade de vida, em articulação com outras áreas sociais e apoiados pelos SUS, se mostra como um caminho necessário.

Considerar a violência como problema de saúde pública e expressão das iniquidades sociais que demandam ações coordenadas e intersectoriais para ser enfrentada são outras propostas do relatório que se somam à defesa da constituição de uma rede de âmbito nacional para a cultura da paz com participação de instituições governamentais e não governamentais.

Deliberam-se um conjunto de propostas com o intuito de promover a articulação intersectorial das políticas públicas no âmbito local, regional e nacional com a potencialização de recursos e meios, chegando-se a aprovar a realização de conferência nacional intersectorial. Por fim se inclui um extenso conjunto de proposições relativas à intersectorialidade em políticas específicas com ênfase nas questões ambientais e de saúde, muitas delas voltadas para exigir o cumprimento de estatutos legais.

Os temas da regulamentação do financiamento e da alocação de recursos recebem grande atenção dos delegados.

Assinala-se o avanço representado pela aprovação da emenda constitucional 29, com a vinculação de recursos nas três esferas de governo para a saúde, mas revela-se a dificuldade em efetivá-la mostrando-se que em 2002, dezessete estados e 41% dos municípios não alocaram os recursos mínimos preconizados. Assume-se a defesa da vinculação de receitas para o setor diante das ameaças a esse preceito, representadas por algumas propostas em debate no congresso, no bojo das reformas tributária e previdenciária que podem acarretar prejuízos nos orçamentos da saúde, em estados e municípios, em função da previsão de mecanismos de desvinculação de receitas orçamentárias para o cálculo dos percentuais destinados à saúde.

Reafirma-se a necessidade de definir responsabilidades com o gasto em saúde seguindo as orientações da resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde até que se regule a emenda constitucional. Preconiza-se que os recursos da CPMF¹ sejam destinados exclusivamente à saúde, que se garanta linhas de crédito público para o setor saúde, com prioridade para os serviços públicos e filantrópicos, e que se privilegie os serviços públicos na destinação de recursos em respeito ao que preceitua a lei. Para garantir a transparência sobre a utilização dos recursos se propõe exigir o preenchimento do SIOPS² e dos relatórios de gestão como requisitos para a transferência de recursos federais, e ainda se “incrementar e implementar ações sistemáticas de controle, regulação, avaliação e auditoria nos gastos do sistema de saúde, com a participação do Conselho Municipal de Saúde, visando coibir e eliminar as perdas decorrentes da má utilização dos recursos”.

As deliberações sobre volume e fontes de recursos apontam para: a elevação gradativa do gasto anual per capita de US\$ 185 para US\$ 500; o aumento do percentual do gasto público anual de 45% para 50% do gasto total; a instituição de taxas sobre cigarros e bebidas para financiamento dos gastos com prevenção e tratamento de doenças decorrente dessas substâncias; a alocação de recursos das loterias federal e estadual e a destinação de

¹ Contribuição Permanente sobre Movimentação Financeira, inicialmente prevista para arrecadar recursos para a saúde e depois destinada ao conjunto da seguridade social.

² Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em saúde.

percentual das multas de trânsito e do seguro obrigatório de danos pessoais (DPVAT) para os fundos de saúde; além do repasse ao orçamento da saúde dos recursos, estabelecidos pela emenda 29, não alocados em anos anteriores.

Em relação aos critérios e mecanismos para distribuição de recursos da saúde se delibera em prol da regulamentação do artigo 35 da Lei 8.080/90 e da diminuição progressiva, até a completa extinção, dos repasses federais com vinculação prévia de utilização – recursos “carimbados”, para se chegar a transferências globais, e que todos os recursos da saúde sejam alocados nos respectivos fundos de saúde, facilitando o controle sobre sua utilização.

Defende-se ainda a atualização anual das transferências de recursos da União para estados e municípios, com escolha de um indicador, e uma maior equidade na distribuição dos recursos procurando corrigir as desigualdades regionais. Busca-se ainda superar a atual política de investimentos, baseada em convênios e emendas parlamentares, e construir uma política de investimentos mais equitativa e transparente que tenha sustentabilidade e seja orientada pelas decisões dos gestores e dos conselhos de saúde.

Aprova-se ainda a proposta de aumentar o valor mínimo do PAB para R\$ 20,00 e acréscimos para municípios com menos de trinta mil habitantes, além de garantia de financiamento para municípios com populações flutuantes, para ações e serviços de saúde em áreas rurais e terras indígenas, e aquelas destinadas às populações assentadas, quilombolas, ribeirinhas, e para solução dos problemas de municípios de fronteiras. Prescreve-se ainda o aumento do volume de recursos para internação hospitalar e a redefinição da forma de pagamento por procedimento, pelos serviços prestados ao SUS, com a adoção de novos critérios de repasse de recursos, reconhecendo as particularidades regionais.

Em contradição com as propostas de agregação das transferências, explicitadas anteriormente, as deliberações sobre projetos, programas e ações específicas defendem a vinculação de recursos específicos para estas iniciativas como forma de garantir sua execução, prevendo ainda um controle do ministério na utilização dos recursos.

O conjunto das deliberações tomadas pelos delegados em relação a esses eixos não mostrou novidades. Está em sintonia com o discurso reformista tradicional, se reafirmam princípios e diretrizes do SUS e se exige do Estado a ampliação de sua atuação para assegurar o direito à saúde.

Prevalece no debate a perspectiva de que os atores sociais do setor saúde seriam capazes de ditar o conjunto das políticas de Estado que afetam a saúde, mantendo vivo o sonho de que a reforma sanitária seria o motor de um reformismo político com repercussões sobre o todo social, como assinalava Dâmaso (1989).

O ideário subjacente, as propostas aprovadas, é o de um Estado de bem estar social nos moldes da social democracia européia, com forte ênfase estatista e uma visão holista e totalizante da ação estatal que não encontra correspondência na fragmentação das instituições do Estado realmente existente no ocidente capitalista.

Ideário que colide com posições que advogam uma autonomia setorial e a defesa de arranjos mistos, estatal e não governamental, na prestação de serviços. Em consonância com essas posições foi derrotada a proposta de criação de um Ministério da Seguridade social que unificaria a gestão da saúde, previdência e assistência.

A racionalidade dominante é a do desejo frente ao atendimento das demandas sem levar em conta a viabilidade das propostas.

A racionalização da gestão do SUS

Nesse item consideramos as decisões relativas à gestão inter-governamental, à gestão participativa e à gestão do trabalho, como elementos integrantes do processo de gestão, apesar de nem sempre caminharem juntos, como mostra a própria divisão desses temas em eixos temáticos distintos.

Avalia-se as dificuldades de organização do sistema advindas da complexidade na gestão de responsabilidades comuns entre os três entes federados, diante de relações federativas marcadas por um histórico de centralização de poder e recursos no âmbito

federal e de um padrão de conflitividade na disputa de recursos, sem uma adequada regulação normativa dessas relações.

Constata-se o avanço no processo de descentralização com a municipalização da gestão dos serviços, situação que coloca novos desafios a gestão local e redefinição dos papéis de gestão dos estados e do Ministério da Saúde para promover a coordenação do sistema.

A exigência de integração de recursos, serviços e ações para assegurar a oferta de uma atenção integral demanda um intenso processo de cooperação entre os entes, baseada na precisão de responsabilidades legalmente definidas, e a construção de processos de co-gestão que articulem os processos de planejamento, coordenação e avaliação do sistema para lidar de forma produtiva com os conflitos existentes. Os processos de negociação e pactuação por meio das comissões intergestores e o aprimoramento da relação com os conselhos de saúde são vistos como essenciais para efetivar a descentralização e a regionalização do SUS, caminho primordial para adequar a oferta de serviços de saúde ao perfil das necessidades e às prioridades da população.

As deliberações referentes às diretrizes gerais para o compartilhamento de responsabilidades no SUS sugerem

estimular a sociedade a discutir o pacto federativo para a formulação do Plano Nacional de Saúde e para aprovar Lei de Responsabilidade Social, restabelecendo as responsabilidades das esferas de governo no financiamento, na formulação e na execução de políticas sociais, articulando os sistemas educacional, de seguridade social e outras formas de organização.

O que denota uma preocupação com a integração e a articulação do sistema. A implementação de compromissos jurídicos, com a intervenção do Ministério Público e a participação dos conselhos, para o cumprimento da emenda constitucional 29 é outra proposição aprovada. Defende-se igualmente a integração e a articulação das três esferas de governo e a repactuação de responsabilidades na organização de serviços para melhorar a atenção à saúde. Propõe-se tornar obrigatória a capacitação dos gestores para qualificar a

gestão do SUS e assume-se a defesa da descentralização das ações e serviços incrementando a autonomia dos entes federados e a capacidade local de planejamento e de execução das ações, descentralização dos recursos financeiros e criação de mecanismos e processos para coibir às ações clientelistas, corporativas e de mercantilização da saúde.

Transparece dessas proposições uma crença na efetividade dos instrumentos normativos e do poder coativo da norma para mudar a realidade. Não se questiona por que não se tem cumprido as normas e as deliberações anteriores.

Em relação às responsabilidades e competências dos entes federados, as deliberações revelam preocupação com a divulgação das atribuições das esferas de governo, com a efetivação de suas responsabilidades comuns, com a redefinição do papel dos governos estaduais, principalmente no financiamento, com o aprimoramento do processo de pactuação, com uma maior participação do Ministério da saúde e das Secretarias Estaduais na regulação e na supervisão das ações e dos recursos, com a garantia da autonomia dos municípios e com a dinamização da cooperação técnica entre as esferas, com prioridade para a organização da regulação, do controle e da avaliação. E reafirmam a autonomia e o comando único das três esferas, com reorganização das funções do MS e da SES, e a pactuação das responsabilidades do gestor pleno estadual e municipal na organização das referências, cabendo ao MS a regulação das referências inter-estaduais.

A consolidação da regionalização é defendida como estratégia de organização do sistema por meio da identificação dos territórios, planejamento conjunto das ações, contrapartida das três esferas de governo, instituição de instâncias de pactuação e fortalecimento da cooperação técnica orientadas para a organização das redes regionais de atenção à saúde para garantir acesso, resolutividade e integralidade da atenção.

Ainda no campo das relações intergestores, os delegados decidem pela regulamentação do fluxo entre as instâncias de pactuação – CIB e CIT – e os conselhos de saúde, como instâncias de deliberação. Expressam a necessidade de superar o processo burocrático-normativo das habilitações como meio de designar atribuições e responsabilidades e de instaurar a formalização de contratos em que se explicitem

responsabilidades, objetivos e metas sanitárias socialmente construídas e passíveis de avaliação pelos conselhos de saúde e pela sociedade em geral.

As demais deliberações nesse tema se voltam para a defesa do planejamento integrado das ações e pela correta utilização dos instrumentos previstos nas normas com acento nas ações de programação, avaliação, controle e regulação, inclusive de ações interestaduais bem como para a elaboração do Plano Nacional de Saúde e do PPA nas três esferas de governo.

Realçam-se a importância da participação e do controle social na construção do SUS e da cidadania no Brasil, mas identificam-se limites e problemas que interferem no seu exercício. Advoga-se a ampliação da participação com a criação de novos mecanismos que estimulem o processo participativo em que a escuta do cidadão seja valorizada e as ouvidorias sejam reformuladas para possibilitar publicidade e transparência na prestação de contas dos gestores à população.

As deliberações apontam para o fortalecimento da mobilização social e da participação cidadã e incentivam a formação e estruturação dos conselhos locais de saúde. Questionam o papel das comissões intergestores e preconizam que estas não assumam competências dos conselhos para não enfraquecer o controle social. Reivindicam a implementação de uma política de informação e comunicação, sob responsabilidade dos conselhos e dos gestores, para informar a população sobre o papel e a importância do SUS. Asseveram a necessidade de dotação orçamentária própria e estruturação dos conselhos como forma de assegurar sua autonomia. Estabelece um conjunto de atribuições dos conselhos de saúde especificando seu caráter deliberativo sobre a efetivação da política. Assinalam a necessidade do Conselho Nacional de Saúde emanar recomendações que protejam os conselheiros no seu exercício de representação. Exigem o cumprimento das deliberações das conferências e cobram punição a quem desrespeitá-las; para isso propõem a criação de fóruns de acompanhamento. Pleiteiam a convocação de 09 conferências temáticas e a implementação de uma política nacional de ouvidorias do SUS para as três esferas de governo, submetendo-as aos respectivos conselhos de saúde. Defendem a realização, por parte do gestor, de audiências públicas para a prestação de contas conforme preconiza a lei.

A gestão do trabalho e da educação na saúde é destacada como uma competência constitucional e legal dos gestores do SUS. Atribui-se ao Ministério da Saúde a responsabilidade de propor, acompanhar e executar as políticas de gestão do trabalho, de regulação profissional e de negociação do trabalho em saúde, junto com outros segmentos do Governo e os trabalhadores, levando em conta os princípios e diretrizes da Lei Orgânica da Saúde e da Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB-RH/SUS), consolidada no documento “Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS³”.

Parte-se do entendimento que “saúde se faz com gente que cuida de gente” e que os trabalhadores não podem ser vistos como mais um recurso. A adesão dos trabalhadores é vista como essencial para as mudanças no modelo assistencial. E para conquistar essa adesão se requer condições de trabalho, remuneração justa e capacitação como requisitos básicos para sua valorização.

Denúncia-se a precarização das relações de trabalho e a burla aos direitos dos trabalhadores no SUS, dominante nos últimos anos.

Há um reconhecimento que a descentralização demandou a formação de milhares de trabalhadores para o desempenho de novas funções e que a expansão das equipes de saúde da família evidenciou as limitações da atual formação profissional e exigiu a capacitação massiva dessas equipes. Capacitação que deve ser extensiva a todos os trabalhadores e adequada às condições de trabalho e à realidade local.

Argumenta-se que “a constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, fruto da articulação interinstitucional, é um passo significativo no sentido de propor e formular uma política de educação permanente em saúde” que leve “em conta a relação entre educação e trabalho, a mudança na formação, a produção de conhecimento e a recomposição das práticas de atenção, gestão, ensino e controle social no setor da saúde”.

³ Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde, instrumento de normatização de caráter semelhante às normas que regulamentam as ações de gestão da atenção.

Entre as deliberações gerais sobre o tema ganha relevo a pauta assumida pelos trabalhadores. Priorizam-se a gestão do trabalho e a implantação de estruturas de gestão nas três esferas de governo, com a efetivação da NOB-RH/SUS, a implantação ou reestruturação de planos de carreiras, cargos e salários (PCCS), a admissão exclusivamente por concurso público, a institucionalização das mesas permanentes de negociação do SUS nos estados e municípios, a isonomia salarial por nível de escolaridade, a instituição de pisos salariais para todas as categorias, a definição de uma política de financiamento para a gestão do trabalho semelhante ao FUNDEF⁴, a instituição de um banco de dados dos trabalhadores do SUS, a revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal de modo a permitir a ampliação do número de trabalhadores do SUS, o cumprimento da emenda constitucional que possibilita o acúmulo de empregos dos profissionais de saúde, a garantia de estabilidade e a diminuição do tempo de aposentadoria para os trabalhadores do SUS.

Em relação à regularização dos vínculos se propõe implementar uma política de fim da precarização do trabalho no âmbito do SUS, envolvendo todas as categorias, com asseguração de repasse de recursos federais aos municípios e a garantia de contratação pública para os 180 mil agentes comunitários através de alteração na constituição.

As deliberações relativas às relações de trabalho e a saúde do trabalhador dão destaque à melhoria dos ambientes e das condições de trabalho e a implementação de ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação dos trabalhadores do SUS, sob o enfoque da saúde do trabalhador.

Merece destaque, entre as proposições relativas à regulação das profissões, o posicionamento contrário ao projeto de lei que regula o ato médico, marcado por intensa polêmica e disputa inter-corporativa, e a defesa da regulamentação profissional dos agentes de saúde ambiental, dos agentes de redução de danos e agentes indígenas de saúde.

A gestão da educação na saúde é foco da atenção dos delegados. Dentre as deliberações se realça a recomendação para a criação de coordenações de educação em saúde nas três esferas de governo; a implementação articulada de uma política e de

⁴ Fundo de Desenvolvimento da Educação Fundamental, criado por emenda constitucional para regulamentar o financiamento da educação fundamental, que assegurou melhorias na remuneração dos professores desse nível de ensino.

programas de educação permanente; a avaliação continuada sobre os impactos produzidos pela capacitação dos profissionais de saúde; a criação de fóruns para a formulação de políticas de educação em saúde; e a defesa de incentivos às instituições públicas de ensino superior envolvidas com uma formação adequada às necessidades do SUS.

A ampliação e implantação dos fóruns de educação permanente em saúde – política prioritária da Secretaria de Gestão do Trabalho do MS – em todos os estados, consta da primeira deliberação sobre formação dos profissionais de saúde, mais além desta sublinhamos as propostas referentes a modificação do modelo de formação dos profissionais de saúde, a defesa de restrições para a abertura de novos cursos na área de saúde e da profissionalização técnica na saúde. Constatam ainda do relatório um conjunto de propostas para a promoção e implementação da educação permanente como estratégia de qualificação dos trabalhadores do SUS.

Percebemos aqui a preocupação dos delegados com os temas da gestão, manifesta na defesa da integração entre os entes federados, na reafirmação da proposta de regionalização, na utilização dos instrumentos de gestão, no aprimoramento da normatização e no fortalecimento da autonomia dos municípios, refletindo a posição dos gestores municipais. No mesmo sentido se propõe uma integração entre as instâncias de controle social – os conselhos de saúde – e as comissões intergestores. Reforça-se a necessidade de ampliar as formas de participação com a criação das ouvidorias. E enfatiza-se a importância da gestão do trabalho e da educação, reforçando-se as políticas em construção no Ministério.

As mudanças desejadas apontam para a racionalização dos processos de gestão inter-governamental, mas a construção das deliberações ainda se orienta por uma lógica corporativa, em que os gestores explicitam suas propostas, os conselheiros defendem o fortalecimento do controle social e os trabalhadores da saúde inserem suas reivindicações, conformando um mosaico da gestão em que se mantém um compartilhamento funcional.

A racionalização assistencial no SUS

O tema é introduzido com uma afirmação sobre a mudança no modelo de atenção no mínimo questionável, pois atribui essa dificuldade a

a intensa luta por preservar o Sistema Único de Saúde, na contramão das reformas neoliberais e diante das fortes restrições financeiras, impossibilitou que o modelo de atenção à saúde fosse substancialmente modificado para atender aos princípios e às diretrizes de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social.

Entendimento que reduz o movimento da mudança aos condicionantes gerais da política sem considerar as determinações de ordem particular e singular a cada contexto do SUS, que explicam melhor as diferentes configurações que o sistema assumiu em várias localidades.

Implementar o direito à saúde no cotidiano dos serviços de saúde se apresenta como o maior desafio, e a construção da equidade como o grande objetivo estratégico que está a exigir, segundo o documento: conhecimento das desigualdades; aporte de recursos e ações diferenciadas; a intersetorialidade das ações de promoção e proteção da saúde; a humanização do atendimento, e; a elevação da qualidade da atenção à saúde.

Sintonizados com os anseios por mudança no modelo de atenção entende-se que

os pressupostos da organização dos serviços são o estabelecimento de processos e práticas que garantam a universalidade do acesso e do acolhimento aos usuários; a responsabilização com geração de vínculo entre profissionais e população; a integralidade na atenção, considerando as diversidades de gênero, idade, raciais, étnicas e culturais; o aumento da resolutividade; e a democratização com ampla participação de trabalhadores e usuários na gestão. Além disso, deve-se observar a estratégia da hierarquização e regionalização conformando redes de serviços, a descentralização e a melhoria da gestão pública com adequação às realidades locais.

As diretrizes gerais para a organização das ações e dos serviços de saúde dão destaque à ampliação da cobertura em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, priorizando a estratégia de saúde da família e a mudança de orientação do modelo de atenção, baseada na demanda, para o atendimento por responsabilidade sanitária, com adscrição de clientela e trabalho em equipe. Preconiza-se a criação de centros de referência de especialidades de média e de alta complexidade por parte dos estados e municípios como forma de assegurar o atendimento integral, com aumento da capacidade instalada da rede pública e garantia dos insumos necessários. Enfatiza-se ainda a importância de se definir a responsabilidade sanitária das instituições que integram o sistema de referência e contra-referência em cada localidade. E defende-se a implementação de práticas alternativas de saúde, reconhecidas oficialmente, como direito de cidadania a outras opções terapêuticas.

A defesa de uma política de humanização a ser implementada em todos os serviços e de uma nova cultura de atenção ao usuário que incorpore o direito à informação, práticas de acolhimento, avaliação de riscos, direito a acompanhante – todos integrantes da política de humanização –, ampliação do acesso às ações de saúde bucal, mental e dos trabalhadores, são outras proposições contidas nesse item.

Ainda no campo da organização dos serviços ganham relevo as propostas de fortalecimento do processo de regionalização e de hierarquização da atenção com base no planejamento e gestão descentralizados, efetivação dos instrumentos de programação (PPI) e dos planos diretores de regionalização (PDR), e implantação de processos regulatórios, com apoio técnico e financeiro aos estados e municípios.

Nesse eixo merecem destaque as deliberações relativas à Vigilância em Saúde que propõem a organização do Sistema de Vigilância em Saúde nas três esferas de governo através da articulação das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, alimentar e nutricional, e a vigilância dos ambientes do trabalho e da saúde do trabalhador. Proposta que se complementa com a defesa de políticas para essas áreas e financiamento adequado.

Integram ainda este eixo um conjunto de deliberações relativas à atenção básica e à saúde da família, à assistência farmacêutica, às ações de média e alta complexidade, saúde mental, saúde bucal, visual e auditiva, saúde do trabalhador, alimentação e nutrição,

saúde ambiental e aquelas relativas às questões étnicas, raciais e de gênero, e aos diversos ciclos de vida e aos portadores de deficiências e de doenças específicas, além de propostas relativas à saúde suplementar e a relação entre o SUS e os serviços privados.

Percebe-se no conjunto das propostas para racionalizar a atenção à saúde uma visão paradoxal, que é reflexo da fragmentação instituída. Pois ao tempo em que se defende a integralidade da atenção e a integração de práticas, se legitimam propostas de organização de projetos e programas fundados na segmentação.

A racionalização do conhecimento e da informação no SUS

A abordagem da relatoria, expressa na introdução, percebe a política de pesquisa em saúde como um componente da política nacional de saúde a ser incorporada na agenda da reforma sanitária, devendo ocupar outro patamar político orçamentário e financeiro com a construção de uma política de ciência e tecnologia em saúde. Entende-se que a criação de uma secretaria específica no Ministério representou um passo nesse sentido.

Destaca-se o processo de inovação tecnológica em saúde como um problema a ser enfrentado pelo país pelas repercussões que traz ao sistema de saúde decorrentes do aumento de custos, formação e capacitação dos trabalhadores da saúde, atualização dos instrumentos de regulação e investimentos em infra-estrutura. Adverte-se que “a incorporação acrítica e o uso inadequado das tecnologias implicam riscos à população e comprometem a efetividade do sistema de saúde”. Assinala-se que a debilidade dos mecanismos de coordenação e cooperação intragovernamental tem sido um fator de perda de eficiência das ações nesse campo e que os esforços devem ser dirigidos para a busca da auto-suficiência na produção de insumos essenciais e indispensáveis à promoção, à prevenção, ao controle, reabilitação e a recuperação da saúde. Constata-se que apesar dos enormes gastos do SUS com equipamentos e insumos, ofertados predominantemente pelo mercado privado, não se produz uma regulação pública dessa oferta nem do consumo.

As deliberações incorporam um amplo leque de preocupações dentre as quais assinalamos: a defesa da divulgação dos resultados das pesquisas para potencializar sua utilidade social; a permeabilidade do sistema de C&T à participação popular e ao controle social; a destinação de recursos específicos para o setor; o incentivo à aplicabilidade das pesquisas; o fomento à descentralização da produção científica e tecnológica, visando corrigir desigualdades e aproximar a pesquisa dos contextos diversificados em que se produzem a saúde e a doença; priorizar o apoio às instituições públicas de C&T em saúde; primar pelos padrões éticos nas pesquisas; o questionamento e a defesa de revisão dos acordos de patentes, considerando de utilidade pública os conhecimentos de interesse essenciais a preservação da vida; o combate a biopirataria; a regulamentação quanto ao uso de transgênicos; a consideração dos saberes populares, e; a avaliação, incorporação e utilização dos avanços biotecnológicos na saúde que resguardem os cuidados de biossegurança e as implicações éticas e bioéticas de seu uso.

Há um reconhecimento do crescimento acelerado no trabalho conjunto da União, dos estados e dos municípios, nos últimos anos, para a construção de sistemas de informação em saúde, no entanto avalia-se que a orientação para atender demandas centralizadas não conseguiu melhorar sua operação nos serviços de saúde, que continuam utilizando, em sua maioria, métodos tradicionais. Enfatiza-se a necessidade de se produzir informação adequada ao processo de descentralização e para a gestão participativa. Reconhece-se que ainda é pequena a contribuição que a área vem prestando aos conselheiros de saúde, aos gestores, aos trabalhadores e à população usuária do SUS, daí a importância de se desenvolver uma política e processos de capacitação para uso da informação na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde. Espera-se que a construção de uma política de informação, comunicação e informática em saúde para o SUS, integrando informações geradas pelo sistema e a infra-estrutura de informática e comunicação, possa produzir informações de maior confiabilidade e uso para a gestão, prestação de serviços, geração de conhecimentos, controle social e articulação intersetorial.

As deliberações reforçam a necessidade de se democratizar a informação e a comunicação nas três esferas de governo procurando dar maior visibilidade as diretrizes do SUS, da política de saúde, das ações e da utilização de recursos contribuindo para ampliar a

participação e o controle social, viabilizando a rede de informação em saúde de âmbito nacional. Cobra-se a implementação das diretrizes de “Informação, Educação e Comunicação recomendadas na 11ª CNS, reforçadas na 12ª, com incorporação do campo da educação popular. Para isso se reivindica financiamento específico para ações e projetos da área, e a aplicação de recursos do FUST na viabilização de recursos para a instalação e funcionamento da rede de comunicação, informação e documentação em todos os municípios. Propõe-se implantar e implementar um plano permanente de informação, educação e comunicação em saúde na mídia e conformação de redes de comunicação dos conselhos de saúde para qualificar a participação popular e fortalecer as ações de controle social no SUS.

Define-se pela necessidade de agilizar e ampliar a informatização da rede SUS com tecnologia de informação apropriada, infra-estrutura e capacitação profissional para possibilitar a interligação dos serviços de saúde, a integração dos sistemas de informação, a disseminação de informações, a agilização dos processos de gestão e a simplificação e facilitação, com a implantação do cartão SUS, dos processos associados aos cuidados dos pacientes.

Reforça-se a importância de se produzir indicadores com base nas informações geradas e a promoção e estímulo aos gestores para o uso analítico das informações na avaliação e no planejamento das ações dando mais racionalidade ao processo de gestão. Pretende-se que as informações sobre custos da atenção sejam disponibilizadas aos usuários e que se realizem pesquisas de satisfação junto aos usuários e trabalhadores do SUS, tomando seus resultados como elemento de avaliação da gestão, e utilizando-os para divulgação e premiação das boas experiências. Há ainda um conjunto de propostas aprovadas para ampliar a comunicação social em saúde, inclusive a defesa da criação de um canal de TV aberto, em rede nacional para divulgação e informação sobre saúde em todo país.

Revela-se neste campo o déficit de racionalidade que ainda impera, tanto na produção científica, como no uso da informação e apontam-se as iniciativas para superar esses déficits. Dentre essas se enfatiza a democratização do acesso e da produção da informação e do fazer científico, com reconhecimento de outras formas de saberes sobre a

saúde, a utilização social dos resultados da pesquisa e a descentralização dos incentivos à produção científica e tecnológica.

Uma avaliação contingente

O relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde como expressão dos debates realizados no evento mostra que do ponto de vista da mudança não tivemos surpresas subjetivas que apontassem para um novo ciclo no SUS. Talvez a marca do evento seja a repetição do discurso e a reiteração de propostas.

Uma primeira orientação da análise sugere a confrontação dessas deliberações com as expectativas de mudanças avaliadas no capítulo anterior. E o resultado desse confronto genérico é revelador da convergência das análises e das proposições entre os documentos apreciados e o relatório da 12ª Conferência. Afinal as matrizes discursivas comuns são expressão da produção das “comunidades epistêmicas” que formulam o discurso sanitário e sinal da existência de um conjunto de “redes sociais” atuantes, que se identificam com um conjunto de idéias políticas e sanitárias que conformam o discurso da reforma sanitária brasileira. Além do mais o processo de formulação e sistematização das propostas nas várias etapas da Conferência recebeu grande influência dos formuladores vinculados à tecnoburocracia sanitária dos serviços e da academia, também representados nos documentos coletivos analisados.

Sob o aspecto da racionalização manifestam-se os paradoxos, pois mesmo aprovando várias propostas que apontam para a racionalização do sistema, como se percebe na leitura dos eixos, o volume de demandas e as exigências postas ao Estado para efetivá-las não parece racional no contexto político social do país. A inviabilidade de implementação desse universo vasto de propostas e a indefinição sobre prioridades espelham esse déficit de racionalidade. Assim temos um discurso abrangente e totalizante com resposta para todos os problemas, mas impotente para se concretizar.

Esta discrepância entre as expectativas dos participantes e as experiências do cotidiano de gestão do SUS, cria um fosso entre os anseios e os horizontes de possibilidades, que ameaça a crença nas possibilidades de concretização de uma “utopia realista” (SANTOS, 2000).

Uma segunda linha de análise revela que a atenção dos delegados esteve centrada no debate das questões macro-estruturais assentada na crença em um estado nacional integrado e onipotente, e na idéia do poder normativo para mudar a realidade.

E aí se evidencia o paradoxo no pensamento dos delegados, pois se por um lado debitam todas as mazelas do SUS ao Estado, pela inação de seus poderes, principalmente o executivo, e dos governos nas 03 esferas, principalmente da esfera federal, denotando um descrédito na ação estatal, por outro depositam toda confiança na solução dos problemas do SUS na ação desse mesmo Estado.

Manifesta-se aí uma ilusão sobre o Estado como uma totalidade, fundado na ética, a serviço do bem comum, desconhecendo suas contradições, sua fragmentação institucional, os interesses que o permeiam, e sua baixa capacidade operacional em termos de eficiência econômica e eficácia social, nos 03 poderes e nas 03 esferas de governo. A pequena capacidade de articulação e coordenação das ações em qualquer das esferas de governo é só um sintoma dessa incapacidade.

Esse sonho de uma política social redistributiva assegurada por um Estado protetor e interventor, sem atentar para o caráter desse Estado e dos interesses que lhe permeiam, foi criticado por Vianna (1992) que julgou-o como ilusão e voluntarismo que não se viabiliza; e tem levado a perplexidade dos agentes reformadores e seus intelectuais.

Ilusão que, como discutiu Elias (1993), se funda numa visão autoritária em que o Estado é o agente central da democratização e do desenvolvimento social, e no caso o sustentáculo do processo de reforma sanitária, desconsiderando as formas de representação de interesses que permeiam a relação Estado-Sociedade.

Essa ilusão também alimentou a crença de que o novo governo, pela vinculação histórica da maioria de seus membros e do principal partido da coligação governamental com essas idéias, poderia alterar significativamente as formas de intervenção estatal no setor saúde, desconsiderando os condicionamentos estruturais, a história institucional e a orientação programática explicitada na campanha, que já se mostrava destoante em relação a muitas dessas proposições. E, mais, não levou em conta que o agir dos sujeitos é sempre relacional e situacional.

Articulado a esse pensamento estrutural está a idéia, já referida anteriormente, de que o setor saúde teria o poder de determinar a agenda do Estado, quando sabemos que apesar da saúde aparecer entre os principais problemas nas sondagens de opinião pública e no debate eleitoral, não significa que tenha prioridade na agenda de intervenção do Estado. E talvez, nem no imaginário social, como se pode depreender das recentes pesquisas sobre o desempenho do governo, em que o desempenho econômico se mostrou como o principal fator na avaliação positiva deste. A economia continua determinando a agenda política e concentrando as atenções dos agentes sociais. Fortalece-se a idéia de que o crescimento econômico, a distribuição de renda, e os programas de distribuição de renda e de acesso a melhores condições de vida fazem mais pela saúde do que o SUS, que se mantém centralmente preso à atenção curativa.

Se assumirmos a perspectiva analítica proposta por Santos (2000) ao analisar o paradigma sócio-cultural da modernidade, podemos afirmar que o pensamento dominante entre os delegados está orientado pelo “princípio do Estado”, sem considerar que o princípio dominante na moderna sociedade capitalista é o “princípio do mercado”, que se apóia nas “racionalidades cognitivo instrumental” da ciência moderna e do direito estatal. Contraditoriamente não se aposta na força da “emancipação”, no “princípio da comunidade”, nem se potencializa outros saberes e racionalidades no campo do direito, como caminho para as transformações do sistema de saúde.

Em outra perspectiva podemos observar em relação à participação social, mais um paradoxo, pois toda a defesa de seu fortalecimento está apoiada no poder da lei e nos recursos do Estado para promovê-la, sinalizando a fragilidade dos sujeitos coletivos que a sustentariam. E assim expõe-se a contradição entre o controle social do Estado pela população e a dependência deste para efetivá-lo.

Contradição que se reflete na atitude dos delegados frente às decisões assumidas na Conferência. A postura de cobrança das responsabilidades do Estado não se traduz em responsabilização com as decisões tomadas, pois não se pondera os custos e conseqüências das decisões para a gestão do SUS nas três esferas de governo, nem se estabelece, ao votar, formas de compromisso coletivo com a implementação dessas decisões, inclusive dos gestores. Nesse sentido o título da apresentação do relatório feita

pelo ministro da saúde, “aqui é permitido sonhar”, pode reforçar uma idéia corrente no meio sanitário de que as deliberações da conferência não passam de sonhos que não ganham materialidade no mundo da gestão, tão grande é a distância entre as proposições e os constrangimentos da realidade do sistema.

O jogo de forças e o tipo de negociação que consolidou as deliberações da 12^a Conferência, dadas as condições em que foi organizada, não contribuiu para definir uma agenda estratégica que apontasse os rumos das reformas na institucionalidade do SUS, frustrando as expectativas dos que a convocaram. O relatório da conferência assumiu em caráter hipertextual, ou de composição tipo colcha de retalhos, sem a hierarquização de prioridades ou definição de estratégias. Foi resultado da composição de propostas acordadas entre os protagonistas com maior capacidade de influência, dentre os gestores, usuários e trabalhadores, que definiram, a partir das discussões dos grupos e dos destaques apresentados em plenário, as polêmicas que foram a voto dos delegados.

Destacamos como última questão, que a maior riqueza da conferência foi a ampla mobilização e a discussão que se fez nos quase 5000 municípios que realizaram conferências e a produtiva interação durante o evento que contribuiu de maneira significativa para fortalecer a crença e o ativismo entre seus participantes, com repercussões que não se pode mensurar.

Entretanto as conseqüências das deliberações do evento para o cotidiano de gestão do SUS no enfrentamento de suas mazelas e dos emperramentos decorrentes de uma institucionalidade engessada não se mostram promissoras. Pois pouco contribuem para impulsionar mudanças nas organizações de saúde e nas práticas políticas de gestão, ainda marcadas pelo clientelismo, pelo patrimonialismo e pelo descompromisso com a cidadania e a democracia. Nem apontam para o enfrentamento do conflito federativo que está a emperrar as inovações requeridas nos arranjos de gestão do SUS.

A nossa experiência no cotidiano de gestão do MS e no espaço da CIT, testemunha esse entendimento, pois em poucas oportunidades ao longo de 2004, se levou em conta as deliberações da 12^a Conferência. E não vale a justificativa de que o relatório não havia sido votado, pois a votação dos destaques trouxe poucas alterações à essência das

deliberações. Talvez uma exceção tenha sido o processo de elaboração do Plano Nacional de Saúde, que tomou o relatório provisório como uma das referências para o trabalho de formulação das propostas.

CAPÍTULO 5
ACORDOS E CONFLITOS
NO ESPAÇO DA CIT

As relações inter-governamentais no âmbito do setor saúde no Brasil sofreram grandes transformações a partir dos anos 90 como decorrência do processo de reforma que se operou na atuação do Estado frente à saúde, após a promulgação da Constituição de 1988.

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde foi instituída como arranjo de negociação e pactuação permanente entre os gestores das três esferas de governo visando contribuir com a implementação da política de saúde instituída com a nova constituição.

As comissões inter-gestores do Sistema Único de Saúde no Brasil se tornaram o espaço privilegiado de relações inter-governamentais setorial envolvendo as 03 esferas de governo no âmbito nacional (a Comissão Intergestores Tripartite - CIT) e os estados e municípios no âmbito estadual (a Comissão Intergestores Bipartite - CIB). Responderam a uma demanda por negociação e pactuação diante do desafio de implementar a descentralização na gestão do sistema num cenário marcado por grandes resistências a sua efetivação e de baixa mobilização dos atores sociais em defesa da reforma, e têm cumprido um papel destacado na viabilização do processo de descentralização efetivado no país.

A decisão de sua criação tomada pelo Conselho Nacional de Saúde, por influência dos gestores municipais e estaduais, foi uma reação à condução centralizada do Ministério da Saúde na regulamentação dos procedimentos relativos à descentralização e objetivava criar um canal institucional de interlocução dos gestores junto ao Ministério da Saúde para influenciar na definição da normatização do processo de descentralização no sistema de saúde (MIRANDA, 2003).

A CIT, instituída por portaria ministerial, tinha como atribuições: desenvolver a integração inter-governamental, gerenciar a descentralização do SUS, assistir ao Ministério da Saúde, discutir e elaborar propostas de operacionalização e implantação do SUS, estando subordinada ao Conselho Nacional de Saúde, ao qual deveria submeter as suas deliberações (MIRANDA, 2003).

É composta por 15 integrantes, sendo 05 dirigentes do Ministério da Saúde, 05 Secretários Estaduais de Saúde, que representam o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e 05 Secretários Municipais de Saúde, que representam o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, e suas decisões são acordadas com base no consenso. É coordenada pelo Ministério da Saúde, através do Secretário Executivo ou dirigente delegado, e reúne-se com periodicidade mensal. Seu funcionamento é apoiado em uma Secretaria Técnica, vinculada à Secretaria Executiva do Ministério, mas o processo de pactuação é subsidiado por uma câmara técnica com representação do Ministério e dos Secretários Estaduais e Municipais, que produzem, em interação, as propostas a serem submetidas à apreciação da comissão.

E para operar a negociação e a pactuação entre os gestores municipais e o gestor estadual na organização do sistema de saúde no território estadual, se instituiu, em cada estado, as Comissões Inter-gestores Bipartite - CIB, também paritárias e orientadas para a construção de consensos, cujas decisões servem de suporte para o processo de pactuação nacional ao mesmo tempo que estão condicionadas pelas decisões emanadas da Comissão Tripartite.

Para Ribeiro (1996), as Comissões Intergestores, pela sua composição exclusivamente governamental, ganham agilidade decisória e sofrem forte influência da tecno-burocracia estatal que produz um tensionamento da política pela especialização técnica de seus componentes, mas acarretam conflitos de competências com os Conselhos de Saúde que aglutinam na sua representação interesses sociais difusos no campo da política de saúde.

O exercício da representação na composição das Comissões Intergestores produziu uma dinâmica política de mobilização permanente dos gestores municipais e estaduais que através de seus Conselhos organizam encontros prévios de direção, a cada reunião, onde se constroem, no debate interno, as posições a serem assumidas no processo de pactuação; decisões essas referenciadas em congressos e encontros periódicos que realizam.

Vencida a resistência inicial, o processo de negociação e pactuação no SUS se institucionalizou, mesmo apoiado em frágil regulamentação legal¹, e a CIT se transformou no espaço de discussão e concertação em torno das mudanças que seriam implementadas no sistema de saúde, produzindo acordos sobre: normas que regulamentaram a descentralização; definições sobre a distribuição de recursos federais para investimento e custeio das ações de saúde; estabelecimento de critérios para a habilitação de municípios e estados à condições de gestão do sistema de saúde; homologação dos pleitos de habilitação de estados e municípios; proposições sobre modelos assistenciais e programas, (ALMEIDA e CALDAS, 1996; MIRANDA, 2003).

A pretensão de equilíbrio nas relações inter-governamentais incorporada na arquitetura da Comissão Tripartite não se efetivou, em face de condicionamentos assinalados por Miranda (2003), que constata

[...] a persistência da assimetria de recursos e prerrogativas de poder, inclusive simbólico; preponderando a dominância da esfera federal de governo, que controla a maior parte de recursos políticos, técnicos e administrativos (notadamente a prerrogativa da unidirecionalidade normativa) (MIRANDA, 2003).

Esse autor que analisou o funcionamento da CIT desde sua criação até o ano de 2002, afirma que:

A constituição de estratégias de mediação política para a produção de acordos na Comissão Tripartite buscou essencialmente a preservação e legitimação do estatuto de poder dos gestores de saúde frente a outros espaços de decisão, como os Conselhos de Saúde. Mesmo com dificuldades e problemas para a constituição destes acordos inter-governamentais, a pactuação de decisões foi um modo de garantir o protagonismo destes atores no cenário político, como também, uma maneira de coibir ou constringer as interferências políticas externas e as intervenções unilaterais de qualquer esfera de governo. De um lado, interessou aos representantes governamentais com menos recursos de poder institucional (político, administrativo e

¹ A CIT foi criada pela portaria ministerial – GM nº 1180, publicada no D.O. de 23/07/91.

técnico) constringer iniciativas unilaterais de quem dispunha de mais recursos de poder. Por outro lado, interessou aos representantes governamentais das esferas de governo que dispunham de mais poder institucional, a legitimação de suas iniciativas a partir de acordos inter-governamentais (MIRANDA, 2003).

Essa dinâmica de relações mediadas pelo governo federal é avaliada positivamente por Costa (2003b) que conclui que:

A criação dos Comitês Intergestores Tripartite (governos federal, estaduais e municipais) e Bipartites (estaduais e municipais) foi um avanço coerente com o desenho institucional do SUS. Desde seu início o processo de descentralização coordenado pelo Ministério da Saúde procurou levar em consideração as diferentes capacidades de gestão dos municípios e estados. Embora os comitês reúnam agentes muito heterogêneos, eles constituíram ao longo dos últimos anos importantes espaços de negociação e arbitragem de conflitos. Isto ocorreu porque,...., os dois lados têm uma meta comum e um agente coordenador do processo, o Ministério da Saúde, com capacidade para induzir a colaboração entre os demais entes de governo (COSTA, 2003b).

Uma avaliação das relações inter-governamentais no setor saúde, instituídas através das comissões intergestores, com base nas dimensões sugeridas por Simeon (2003:153-178) permite constatar que a CIT:

- guarda semelhança com a maioria das experiências internacionais no que diz respeito à formalização, pois não estar amparada em estatuto legal, mas mesmo assim alcançou legitimidade institucional e perenidade;
- se inclui no que o autor designa por inter-governamentalismo executivo, no caso de caráter setorial, mas mantém uma relação de subordinação formal com os órgãos de controle social do SUS;
- mesmo estruturada em uma relação de caráter horizontal, que permite estabelecer negociação e pactuação em bases cooperativas, se vê atravessada pelo conflito de interesses e pela competição num sistema de

relações com fortes assimetrias de poder;

- ao exigir consenso nas deliberações em sistema cuja arquitetura preserva a autonomia dos entes e exige interdependência na ação, contribui para posturas orientadas pelo entendimento;
- resolve seus conflitos postergando as decisões e dando continuidade a negociação com vistas a construção do entendimento, e raramente apela aos Conselhos de Saúde;
- assume a feição de uma instituição inter-governamental setorial que negocia e pactua decisões que são normatizadas por atos do Ministro de Estado da Saúde; muitas delas também apreciadas pelo órgão de controle social – o Conselho Nacional de Saúde;
- propicia uma relação triangular entre os entes federados e uma participação paritária dos municípios;

A mudança de direção no Ministério com a assunção do novo secretário executivo, coordenador da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, produziu mudanças no funcionamento da comissão com a substituição da coordenadora da Secretaria Técnica e atribuição, pelo Secretário Executivo, ao recém criado Departamento de Apoio à Descentralização da tarefa de apoiar a condução do processo de negociação e pactuação na CIT. A representação política do Ministério no fórum passou a ser assumida pelos titulares, ou seus suplentes, da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e da Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), além da Secretaria Executiva.

Em decorrência dessas mudanças se propôs e foi aprovado na primeira reunião do ano de 2003 uma dinâmica de funcionamento da comissão com repercussões no processo de negociação e pactuação. Reativou-se a Câmara Técnica, com representação tripartite, como instância de coordenação técnica do processo de negociação, que passou a mobilizar, em função dos temas pautados, as comissões técnicas específicas para

apreciação e formulação conjunta de propostas sobre os temas em pactuação. As pautas das reuniões passaram a ser definidas conjuntamente e o conteúdo dos resumos das reuniões apreciados na câmara técnica antes de sua divulgação. Na prática isto significa que, antes do assunto ser discutido na reunião mensal com os gestores, ele é objeto de discussão e construção conjunta por especialistas das três esferas de gestão, e ainda pelas plenárias de secretários que se realizam na véspera da reunião da CIT, oportunidade em que se formam as posições das representações dos gestores estaduais e municipais.

O diálogo no espaço das reuniões e o debate político assumiram um significado diferenciado em função da destinação de um maior tempo para as discussões e da participação regular do Ministro em algum momento da reunião, criando um espaço de interlocução direta do Ministro com os dirigentes estaduais e municipais. Espaço geralmente utilizado para o compartilhamento de problemas na gestão do SUS, para o questionamento de atitudes do Ministério e para apresentação de pleitos relevantes quanto a implementação de políticas de interesse dos estados e municípios.

Ao fim de 2003 esse funcionamento foi avaliado como positivo mas foram aprovadas algumas alterações na dinâmica de funcionamento da Comissão com destaque para a estruturação da pauta que passou a ter um item para apresentação e debate de propostas, a ser objeto de pactuações futuras, a definição de que os temas a serem pactuados deveriam ter sido processados nos grupos de trabalho da câmara técnica até o dia de fechamento da pauta, e a reorganização da câmara técnica que passou a funcionar com 09 grupos temáticos² permanentes que deveriam incorporar os assuntos afins a cada um deles, articulados pela coordenação tripartite da câmara técnica.

A reunião mensal ordinária da CIT transcorre entre às 10 e às 17 horas e a pauta consta dos seguintes itens: a) **homologações** de habilitações à gestão de estados e municípios, certificações para o recebimento de incentivos e pactuações em torno de projetos e ações programáticas específicas; b) temas para **pactuação**; c) temas em **debate**, e; d) **Informes**.

² São os seguintes os GT: Vigilância em Saúde; Vigilância Sanitária; Assistência Farmacêutica; Atenção em Saúde, com uma comissão de Atenção Básica; Gestão; Financiamento; Informação e Informática; Gestão do Trabalho e da Educação; Ciência e Tecnologia em Saúde.

Resultados do processo de pactuação

Uma apreciação dos assuntos que foram objeto de pactuação ou discussão no âmbito da CIT, nesses dois anos, nos dá uma idéia das motivações e das prioridades dos gestores na implementação do SUS. E também nos possibilita fazer um cotejamento com as mudanças desejadas pelos atores sociais em relação à organização e gestão do SUS, na atual conjuntura política social do país. Permite ainda discutir, numa perspectiva racionalizadora, qual a prioridade conferida às inovações nos arranjos organizativos e de gestão do sistema nas relações inter-governamentais.

Analizamos na seqüência os temas que emergiram nos vários momentos de interação entre os gestores, iniciando pelos temas pactuados ou apresentados ao debate.

O processo de pactuação e o debate realizado acerca de projetos, ações e propostas de gestão a serem implementadas no SUS se fizeram fundamentalmente a partir de proposições do MS, confirmando uma tradição incorporada, inclusive pelos gestores municipais e estaduais, do papel de formulação do gestor federal. A análise desse processo possibilita, a partir dos posicionamentos no debate, alguma visibilidade dos conflitos de gestão do SUS na relação entre os entes federados, que em alguns momentos, dependente dos interlocutores em cena, assumiram um tom de confrontação.

Um balanço dos assuntos pactuados e negociados nesse período revela a assimetria de poder entre os atores. O MS assume um quase monopólio da pauta e se constitui no formulador por excelência de projetos, programas e propostas e receptáculo de cobranças e reclamações por parte dos secretários municipais e estaduais. Mas adota a seletividade na discussão dos temas sempre postergando os assuntos que não sejam tidos como prioritários na agenda da alta direção do Ministério ou que, segundo avaliação desta, não tenham solução factível em termos de recursos ou de poder.

O CONASS e o CONASEMS se apresentam no debate como peticionários e reclamantes em relação a temas da gestão, do financiamento, da reorganização de ações, e de compromissos não efetivados, e entram como colaboradores no processo de formulação coordenado pelo Ministério. Em suas intervenções têm reiterado o questionamento à

dinâmica de gestão “tutelada” e defendido teses de radicalização da descentralização com o fortalecimento da autonomia dos estados e municípios, mas sempre a espera de propostas do ministério, para após apreciação, referendá-lo ou reformulá-la em função dos seus interesses.

O jogo da negociação revela o uso do poder de indução financeira, por parte do Ministério, para obter a adesão à suas políticas, e os gestores estaduais e municipais barganham vantagens financeiras, influenciando à normatização para ganhar maior autonomia na gestão, valendo-se da prerrogativa de serem os executores das ações, com isto alcançando acordos mais adequados aos seus interesses. Mas há sempre uma ameaça temporal que constrange a aprovação de projetos sob risco de perdas na utilização de recursos orçamentários anuais destinados a fins específicos. No entanto em algumas situações o uso da obstrução ao processo de pactuação é usado como barganha para o atendimento de pleitos do segmento. Isso ocorreu em algumas situações em que os Secretários estaduais se negaram a pactuar propostas apresentadas pelo Ministério para forçar a discussão sobre a alocação de recursos para os “tetos” dos Estados.

Uma análise dos projetos pactuados e dos temas em debate no espaço de negociação, no período 2003-2004, sinaliza as prioridades de ação do ministério no período e a percepção dos gestores municipais e estaduais sobre essas iniciativas e acerca da gestão do SUS.

A atenção básica ocupou espaço privilegiado na agenda de pactuação e discussão que resultou no seguinte:

- adesão da maioria dos municípios com mais 100.000 habitantes ao programa de expansão e qualificação da atenção básica – PROESF; em execução até 2007;
- aumentos significativos no financiamento das ações básicas, através da correção da base populacional para o cálculo das transferências, com aumentos no valor do PAB fixo e dos incentivos, com aumento para as equipes de saúde bucal, e acréscimo de 50%, em média, para municípios

pequenos, de IDH abaixo de 0,70, e para populações especiais – quilombolas e assentados -, na perspectiva de correção de desigualdades na distribuição de recursos e como mecanismo de estímulo a fixação de profissionais nessas localidades;

- flexibilização dos parâmetros de cobertura do Agente Comunitário de Saúde para a Amazônia Legal, atendendo parcialmente antigo pleito dos representantes da região, aumentando o número de agentes comunitários de saúde na região;
- instituição do incentivo para equipes de saúde da rede básica tradicional que adotassem diretrizes organizativas do programa de saúde da família; não aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde;
- flexibilização das normas de habilitação e depois extinção da modalidade de habilitação para gestão da atenção básica, considerando que esta era uma etapa vencida e que a quase totalidade dos municípios já estava apta a assumir esta responsabilidade legal;
- regulamentação do trabalho dos médicos das equipes de Saúde da família em Hospitais de pequeno porte;
- revisão do pacto de indicadores da atenção básica e discussão de se caminhar para a integração deste num pacto de gestão mais amplo;
- implantação da vigilância alimentar e nutricional com a utilização do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN.

As repercussões desses acordos sobre a organização da atenção básica à saúde nos municípios merece ser acompanhada no tempo para ponderar seus efeitos em termos de alteração das práticas e dos resultados assistenciais.

Os temas da gestão dos sistemas, em seu sentido mais amplo, apareceram com muita força no debate pela intervenção dos gestores municipais e estaduais que criticam a racionalidade burocrática vigente e reclamaram da fragmentação e excessiva normatização, burocratização e controle por parte do Ministério em relação à gestão descentralizada do SUS.

O pleito por mais autonomia na gestão dos recursos, por parte dos entes subnacionais, atravessou todo o debate e se traduziu em pleitos pelo fim das normas que limitam essa autonomia. A exemplo de algumas portarias que restringem a utilização dos recursos transferidos para estados e municípios em gestão plena bem como o repasse de recursos direto aos prestadores sem regulação do gestor local, como no caso do incentivo do INTEGRASUS³.

O ministério assumiu no debate a defesa de suas prerrogativas na formulação, normatização, regulação e financiamento do sistema, argumentando que toda autonomia é relativa num sistema interdependente e que não pode ser visto como um mero financiador das ações e serviços de saúde.

As tensões da disputa federativa setorial emergiram com força nesse debate e apontaram as dificuldades no avanço da pactuação em torno de decisões cruciais à uma maior racionalidade na organização e gestão do sistema. Os conflitos se manifestaram em diferentes polaridades, seja entre os entes subnacionais e a União como já mencionada, seja entre os estados e os municípios, seja entre os estados mais ricos e os mais pobres, ou entre os municípios maiores e os menores, ou ainda entre entes federados de diferentes regiões.

Ainda nesse campo da gestão outros temas se destacaram no debate:

- a demanda dos municípios e dos estados para que o Ministério assuma iniciativa de criar solução para a utilização do código 7 como modalidade de pagamento aos médicos, em face dos problemas trabalhistas e previdenciários que recaem sobre os gestores municipais e estaduais, visto que essa foi uma herança do antigo INAMPS, repassada aos estados e municípios, portanto de responsabilidade federal;
- a cobrança do Ministério para que estados e municípios efetuem a contratação dos prestadores de serviços privados, com base nas exigências legais;

³ Incentivo concedido aos Hospitais Filantrópicos vinculados ao SUS, com base numa classificação instituída por portaria ministerial, transferido diretamente para a conta corrente dos prestadores.

- a polêmica em torno da regionalização na discussão sobre a qualificação das micro-regiões nos moldes da norma operacional de assistência à saúde (NOAS), que teve oposição do Ministério;
- a redefinição do programa nacional de avaliação de serviços de saúde;
- o monitoramento da utilização dos recursos transferidos para as ações de controle da AIDS;
- o fim da habilitação em gestão da atenção básica, com a definição de mecanismos de responsabilização e acompanhamento dos municípios;
- e a discussão sobre um “novo” pacto de gestão do SUS.

O financiamento foi o tema que recebeu maior atenção nos debates da parte dos gestores estaduais e municipais, sempre ávidos por mais recursos. O ministério anunciou uma série de medidas, algumas visando incentivar a adesão a seus projetos, outras com intuito de corrigir distorções e outras para atualizar valores de tabela de procedimentos, atendendo a pressão de prestadores. Com isso foram atendidos parcialmente alguns pleitos dos gestores. O debate perpassou a apreciação de todos os projetos aprovados no período, e emergiu na forma de: reajuste no valor da consulta especializada para o setor público, equiparando aos valores pagos aos prestadores privados, apenas para os estados e municípios habilitados em gestão plena; reajuste no custeio dos procedimentos da Terapia Renal Substitutiva, e persistência da discussão sobre os mecanismos de custeio dessa ação; financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS; alocação de novos recursos de custeio, da média e alta complexidade (MAC), aos “tetos” estaduais orientado para a correção das desigualdades, aprovada com base na média per capita, beneficiando os estados com menor média; forma de alocação dos recursos do IntegraSUS - recursos de incentivo a prestadores; reajuste na tabela de procedimentos, corrigindo aqueles de menor valor médio; descentralização de recursos para diagnóstico em HIV; criação de GT para estudar proposta de alterar a alocação de recursos, que não cumpriu seu objetivo; realocação de recursos do PROESF para ações do pacto de redução da mortalidade materna e neonatal; revisão do financiamento dos procedimentos cirúrgicos de média complexidade,

com substituição dos mutirões; incentivo de custeio para as casas de apoio para pacientes com AIDS. E culminou na última reunião de 2004 com um debate em torno de estudo feito pelo CONASS que evidencia a situação de subfinanciamento do setor, mesmo com o cumprimento da emenda 29. Com base no estudo, propõe-se ampla mobilização sobre o Congresso Nacional para assegurar aumento no volume orçado para o setor no orçamento de 2005, iniciativa que sensibilizou o relator setorial, mas que não foi incorporado no texto final da lei orçamentária.

Também nesse terreno, em função do grau de divergências, não se produziu alteração da lógica geral de alocação de recursos e os acordos ficaram restritos a definição de montantes e formas de gasto nos programas e projetos pactuados. Manteve-se uma lógica considerada por todos como irracional para reorganizar o sistema. Realça-se, no entanto, um maior aporte de recursos para a atenção básica com crescimento real no volume de recursos transferidos, a destinação de uma fração de recursos para iniciar a correção de desigualdades no custeio de serviços de média e alta complexidade entre os estados, a utilização da modalidade de transferência fundo-a-fundo para investimentos - caso do PROESF e dos incentivos para o centros de especialidade odontológicas e SAMU - e o início do uso dessa forma de transferência para atividades de educação permanente, no caso da formação dos agentes comunitários de saúde.

A reorganização dos serviços e das redes assistenciais de média e alta complexidade também mereceu destaque na agenda de debates tripartite com a formalização de pactos ou discussão em torno dos seguintes assuntos: projeto para reorganização dos serviços de urgência e emergência, incluindo o serviço de atenção móvel às urgências - SAMU; aprovação de uma proposta integrada para a atenção à saúde bucal, cobrada pelo CONASS e formulada pelo Ministério, com participação do CNS; expansão e readequação dos leitos de UTI; projeto para hospitais de pequeno porte, com integração à rede básica; reorganização dos serviços de alta complexidade em Cardiologia, Traumatologia-ortopedia, e atenção ao doente renal; introdução da atenção ao tabagista na rede do SUS; introdução do projeto de redução de filas para cirurgias de média complexidade, em substituição aos mutirões de cirurgias; reorganização da atenção à saúde auditiva e dos serviços especializados em otorrinolaringologia, cirurgia cervical e facial; e o projeto

QUALISUS voltado para a qualificação da atenção à saúde no SUS com foco inicial nos serviços hospitalares de urgência e emergência em 05 regiões metropolitanas⁴.

Uma análise primeira dessas iniciativas mostra que apesar da importância do processo de reorganização das ações de média e alta complexidade, e da busca de integralidade interna dessas ações, estas ainda se mantêm segmentadas em relação ao conjunto das ações assistenciais, dificultando o processo de integração das redes assistenciais e a busca utópica de um modelo de atenção integral.

A assistência farmacêutica talvez tenha sido a questão mais reiterada no debate tripartite e com resultados menos palpáveis no processo de pactuação, nesses quase dois anos, apesar de ter as diretrizes da política aprovada pelo Conselho Nacional, através da resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. A problemática dos medicamentos de alto custo, de dispensação em caráter excepcional, foi sistematicamente pautada pelo CONASS e discutida sob o enfoque jurídico, em decorrência das freqüentes decisões judiciais, e do seu financiamento. O único avanço nesse campo foram os acordos sobre a compra centralizada de alguns medicamentos de alto custo e os mecanismos de acerto de contas entre os estados e o ministério. Ocorreu também um aumento significativo nos gastos orçamentários do ministério nesta rubrica, mas segundo os gestores estaduais muito aquém dos gastos dos estados. Em relação aos medicamentos para a atenção básica podemos concluir que até o momento pouco avançou, pois o debate sobre a partição de responsabilidades pelo suprimento de listas específicas de medicamentos, feita pelo ministro, não foi aceita pelas representações do CONASS nem do CONASEMS, que continuaram defendendo o princípio da descentralização dos recursos e da aquisição. O registro nacional de preços, em processo de implementação, que possibilitará redução no custo de aquisição dos medicamentos, pelos estados e municípios, se apresenta como uma resposta do Ministério às sucessivas cobranças do CONASS.

O campo da vigilância em saúde, em processo de unificação da gestão no âmbito do Ministério, teve uma presença secundária no debate tripartite. Houve repetidos questionamentos por parte do CONASS e do CONASEMS em relação ao processo de

⁴ O projeto previa a inclusão de hospitais de urgência do Rio de Janeiro, Porto Alegre, Recife, Goiânia e Manaus.

negociação e construção das propostas na área, pois, segundo os mesmos, a Secretaria de Vigilância se utilizaria de uma relação direta com os coordenadores de vigilância em saúde dos estados e grandes municípios sem levar em conta os gestores, que só tomariam conhecimento das propostas às vésperas da pactuação, apesar do funcionamento regular do GT de vigilância em saúde da CIT. Talvez um reflexo do corporativismo setorial.

Foi objeto de pactuação nesse terreno: o acordo sobre a reorganização das ações de vigilância sanitária, com inserção dos municípios no processo de pactuação, que protestaram contra a criação de mais uma “caixinha” para alocar recursos; a dinamização do controle da Tuberculose nos municípios de maior incidência; a reformulação da programação pactuada de vigilância em saúde; a reorganização das ações de controle da Hanseníase; a reestruturação do financiamento e das ações de vigilância em saúde com alteração nos critérios de distribuição de recursos por meio da revisão da portaria que regulamenta o tema, e; a criação do sub-sistema de vigilância epidemiológica hospitalar. Apesar dos avanços alcançados com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde no Ministério, que proporcionou a coordenação do conjunto de ações antes dispersas, e com a incorporação de novas ações no campo da vigilância (V. ambiental), percebe-se que ainda há muito a percorrer nesse caminho, pois a cultura fragmentar e centralizadora ainda resiste com muita força e se revela no processo de normatização.

O processo de integração ainda é parcial e limitado às ações de vigilância, portanto endógeno à área, e mesmo assim não articulou a Vigilância Sanitária que continua atuando de forma autônoma.

O tema da gestão de pessoal no SUS assume grande relevância no debate entre os gestores que trazem à tona os problemas de contratação dos agentes comunitários e das equipes de saúde da família assim como a reposição do pessoal descentralizado. Mas, dada à ausência de alternativas de solução para tais problemas, tem se mantido como um discurso impotente, sem tradução em propostas de ação. Neste caso as iniciativas estão submetidas a pressão do Ministério Público do Trabalho que tem ameaçado sanções caso não seja resolvido o problema da contratação desses profissionais. A educação permanente como estratégia para a qualificação do pessoal do SUS ganha apoio no debate e se traduz na aprovação das diretrizes organizativas dos pólos de educação permanente e dos critérios de

financiamento das ações de educação na saúde, mas recebe críticas quanto ao processo de implementação, dado a burocratização do processo de gestão que exacerbou os conflitos e emperrou o processo decisório, como constata Goulart (2004) ao comentar:

[...] o andamento do projeto dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, lançado com estardalhaço pelo Ministério da Saúde há alguns meses, corre um risco [...] Ao tentar fazer o casamento historicamente desejável entre quem prepara as pessoas para o trabalho - a Academia - e quem os emprega - os órgãos gestores do SUS - parece associar o que há de pior nos dois lados: burocracia, morosidade, voluntarismo, auto-suficiência, ignorância quanto à realidade - para dizer o mínimo! (GOULART, 2004)

Além deste acordo mais geral se pactuaram alguns outros assuntos: o processo de formação dos agentes de vigilância em saúde, através do PROFORMAR; as diretrizes para a formação dos ACS e a modalidade de transferência fundo-a-fundo para custeio das ações de formação; a reorientação na organização, financiamento e avaliação da política de educação permanente – PEP, com a criação da comissão nacional de avaliação.

Foram ainda objeto de acordos na CIT alguns projetos especiais como a redefinição das ações de atenção à saúde da população do sistema prisional; das ações de atenção à saúde do adolescente privado de liberdade; o pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal; a proposta de revisão normativa no SUS; a adesão do setor saúde à campanha do desarmamento e a política de humanização da atenção e da gestão do SUS - o HumanizaSUS. A saúde suplementar apareceu episodicamente no debate, na discussão sobre a qualificação da atenção, apresentado por um dos diretores da agência, na tentativa de motivar os gestores para as possibilidades de intercâmbio no processo de avaliação de serviços.

Um balanço das principais propostas que foram objeto de pactuação revela que muitas delas decorreram de implementação, revisão ou ajuste de projetos vigentes, representando a continuidade de ações, outras podem ser tidas como iniciativas inovadoras, sejam reformulação de ações tradicionais, sejam novos projetos. Dentre as primeiras podemos listar: a reorganização do programa nacional de avaliação dos serviços de saúde; a

reorganização das ações e do financiamento da vigilância em saúde, incluído o processo de pactuação em vigilância sanitária; a reorganização das ações de controle da tuberculose e hanseníase; a redefinição do PROESF que incorporou todos os municípios elegíveis que se candidataram. Já os novos projetos incluem: a proposta de reorganização da atenção às urgências e emergências com a criação do serviço de atenção móvel às urgências – SAMU; a política de atenção integral à saúde bucal, através do programa “Brasil sorridente”; a política de humanização do SUS, o humanizaSUS; o projeto de qualificação da atenção à saúde, o QualiSUS; a política de educação permanente (PEP) na saúde; a adoção de alguns critérios na alocação de recursos para corrigir desigualdades; os projetos para hospitais de pequeno porte e a proposta de reorganização da atenção hospitalar no SUS; o pacto pela redução da mortalidade materna e neo-natal; as propostas para reorganizar a atenção em algumas especialidades médicas; a política de informação e informática; a flexibilização na organização da atenção básica, bem como o incremento nos recursos, com prioridade para populações com maior dificuldade de acesso aos serviços e; o início da discussão de um novo pacto de gestão no SUS que teve como medida inicial o fim da habilitação para a gestão da atenção básica.

Inúmeras propostas, como o fim do código 7, a assistência farmacêutica básica, a programação integrada, novas formas de alocação de recursos, dentre outras, caíram na “malha fina” da pactuação em função das divergências ou das dificuldades inerentes a tais processos.

Outra dimensão do processo de pactuação que merece comentários é aquela referente à homologação de processos de habilitação e certificação que pode ser vista como um analisador do padrão de interação na gestão descentralizada do SUS, ainda marcada por um caráter cartorial e burocrático, que tem sido merecedor de renovadas críticas de muitos atores.

Nesses dois anos se mantiveram os processos de habilitação de Estados e Municípios com base na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/2002, a certificação dos municípios para o recebimento do incentivo em Epidemiologia e Controle de doenças, a qualificação para o recebimento de incentivos no programa nacional de DST/AIDS; e se instituiu a qualificação dos projetos de municípios e estados para receber

recursos do Projeto de Expansão e Qualificação da Atenção Básica – PROESF, e a homologação das programações pactuadas de vigilância sanitária. Os pedidos de desabilitação de municípios e do DF, foram motivados por denúncias e auditorias que revelaram malversação de recursos, mas no caso do DF como não houve consenso na CIT a questão foi remetido ao Conselho Nacional, pelo Ministério da Saúde, que aprovou a desabilitação, mas esta não se efetivou por motivo de decisão judicial. A polêmica em torno da desabilitação de municípios diante de questionamentos sobre tais decisões em período eleitoral, e de divergências entre as representações, suscitou um acordo, proposto pelo Ministério para avaliação in loco dessas situações que redundaram na proposta de termos de compromissos para ajuste de condutas.

O processo de habilitação no período mostra um crescimento significativo da habilitação de municípios em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada motivada pelo acréscimo per capita de recursos associados à habilitação. Nesse período passou de 132 para 1783 municípios. Enquanto a habilitação em Gestão Plena do Sistema totalizou 650 municípios, sendo 217 com base na NOAS e 433 com base na NOB 96; poucos municípios em GPSM pela NOB 96 transitaram para a gestão plena pela NOAS, em função das exigências de ajuste do comando único. Vale registrar que ainda temos mais de 70 municípios com mais cem mil habitantes, inclusive 07 capitais não habilitados em gestão plena do sistema.

A pactuação em torno da Vigilância Sanitária baseada em contrato de metas teve como diferencial no processo, negociado a partir de 2003 e formalizado em 2004, a inclusão dos municípios no processo de pactuação e o recebimento de recursos em função das ações que realiza.

Dois outros processos de qualificação ocuparam um bom espaço nas discussões neste item de pauta: a qualificação dos estados e municípios para o recebimento de incentivos relativos à descentralização das ações de DST e AIDS e a qualificação para os projetos do PROESF. No primeiro caso a discussão principal girou em torno da utilização dos recursos e das responsabilidades pelo suprimento de insumos entre os estados e os municípios. No segundo caso, além do debate sobre os recursos, surgiram questões relacionadas aos critérios de habilitação dos municípios e a participação dos estados no processo de seleção.

Outro fato marcante do período foi a conclusão do processo de habilitação dos estados, induzida pela política de privilegiar os estados habilitados ao recebimento de certos recursos financeiros, como o do reajuste das consultas especializadas. Processo também facilitado pela disposição política de negociar acordos entre municípios e estados em torno do exercício do comando único sobre os prestadores e também por uma conduta flexível na avaliação dos critérios normativos, associado à presença de equipes do Ministério em apoio aos estados no processo de atendimento dos requisitos para se habilitar.

A apreciação de recursos de apelação para reformar decisões das comissões bipartite serviu para revelar o teor dos conflitos entre estados e municípios, entre diferentes municípios, e os tipos de coalizão que se fazem nos estados no processo de pactuação. Os processos apelatórios se referiram a: pedido de revisão na alocação de recursos nas CIB, onde alguns municípios se sentiram prejudicados; retardo na efetivação de decisões da CIB sobre habilitação de municípios e relativas a correção de limites financeiros municipais, e; suspensão no repasse de recursos a municípios. Evidenciou também os limites da CIT para julgar tais situações em face da dificuldade de avaliar às situações *in loco* e das posturas corporativas que não admitem rever posições assumidas por seus pares, no caso do CONASS.

O processo de homologação, mesmo preso ao ritual burocrático, propicia a discussão em torno de alguns conflitos que emergem no processo. Um deles se referiu aos critérios de habilitação de municípios na atenção básica, vistos como burocráticos e pouco efetivos na qualificação da atenção, traduzem o anseio por autonomia dos estados e municípios no processo de gestão, sem ficarem presos ao controle burocrático do Ministério. O conflito em torno da habilitação de municípios em gestão plena do sistema e a correção dos limites financeiros municipais, revela a disputa latente ou explícita entre os municípios e os estados pelo controle dos recursos financeiros repassados pela União. A polêmica em torno do comando único instituído pelas normas é uma manifestação desse conflito.

A discussão em torno da qualificação de micro-regiões prevista na NOAS, foi outro ponto de polêmica que não redundou em pactuação, pois o Ministério propôs retomar a discussão sobre regionalização orientada por novas diretrizes, mas o CONASS e o CONASEMS se posicionaram em defesa do cumprimento da norma.

Os conflitos entre os estados e os municípios para além da disputa por recursos e controle sobre os serviços locais, expressam o mascarado jogo político partidário que atravessa a gestão do SUS. Em vários estados algumas decisões cruciais da CIB são tomadas em função de critérios políticos eleitorais e não é incomum o uso de barganhas com a representação dos municípios para a construção de acordos. Exemplo de predomínio de uma racionalidade partidária em detrimento da racionalidade republicana. Mas esse é um tema tabu que não se explicita no debate da CIT, é um não dito, que só pode ser captado em escutas paralelas junto a gestores e técnicos que acompanham os estados.

A presença do Ministro na quase totalidade das reuniões da CIT se constituiu num espaço de interlocução política privilegiado, mesmo que restrito no tempo, onde se processaram discussões de temas conjunturais do setor saúde de interesse dos gestores. Este momento também foi utilizado pelo ministro para anunciar projetos, defender propostas do Ministério ou do governo, apelar aos gestores, esclarecer situações e contestar algumas posições no debate setorial. Os gestores municipais e estaduais aproveitaram o espaço para apresentar pleitos coletivos, cobrar respostas do Ministério, manifestar apoio a iniciativas anunciadas, prestar solidariedade e também apresentar questionamentos a algumas posições do Ministério.

Um tema freqüente nesse debate foi o da dispensação de medicamentos de alto custo, que para os gestores, assumiu o que poderíamos caracterizar como a judicialização do direito à saúde em face das decisões judiciais obrigando os gestores a dispensar medicamentos e pagar tratamentos, trazendo a discussão sobre a necessidade de regulamentar o direito à saúde e de abrir o debate com o Ministério Público e o Poder Judiciário sobre a questão. A política de assistência farmacêutica também é objeto de várias discussões sem que se tenha chegado a acordos sobre a divisão de responsabilidades pelo suprimento do conjunto de medicamentos.

O debate sobre os efeitos da reforma tributária, em discussão no Congresso em 2003, na vinculação dos recursos para a saúde, ameaçados de redução em função da proposta de desvinculação de receitas para estados e municípios, foi outro tema que unificou e mobilizou os gestores contra a proposta e a favor de iniciativas junto ao Congresso para barrar a iniciativa.

O tema da normatização apareceu no debate, em 2003, a partir do pleito do CONASS por uma nova norma operacional que foi respondido com a argumentação de que a discussão da 12ª conferência deveria nortear os rumos do SUS e fornecer subsídios para um novo pacto de gestão no SUS.

O financiamento do SUS aparece inúmeras vezes, nesse espaço, na cobrança dos Secretários pela recomposição dos “tetos” financeiros dos estados e municípios, e o Ministro responde pedindo tempo para avaliar o impacto orçamentário das políticas em implementação e exigindo o cumprimento da emenda 29 como contrapartida. Em outro momento fala de iniciativa junto aos parlamentares para discussão das emendas de investimento no sentido de dar racionalidade a essa alocação. Intenção não materializada em face do predomínio da lógica partidária e dos interesses particulares dos parlamentares na destinação dos recursos orçamentários.

O CONASS participa do debate ecoando as proposições da carta de Sergipe, em que reafirma o papel e os compromissos dos estados na gestão do SUS, propõe ao COSEMS o debate em torno das polêmicas que travam o processo de descentralização para se buscar construir consensos que contribuam para o avanço na gestão descentralizada, e destaca o compromisso com a discussão da Atenção Básica e dos Recursos Humanos no SUS. O CONASEMS se dispõe ao debate e convida o ministro para reunião do CONARES em que se discutirá suas proposições, procurando chamar a atenção para sua agenda.

A discussão sobre o cumprimento da EC 29 vem à baila no momento de discussão do orçamento 2004, em que o governo fica na defensiva. A fala do ministro assume a defesa do governo na polêmica e justifica a destinação de recursos para ações de saneamento em saúde e a transferência de renda associada às condicionalidades, pelo seus vínculos com a saúde. O CONASS e o CONASEMS defendem em várias oportunidades a mobilização junto ao Congresso pela regulamentação da emenda constitucional 29.

O tema da solidariedade na gestão do SUS surge na reação do ministro a postura de alguns secretários estaduais que teriam assumido atitudes pouco solidárias com o SUS ao responsabilizar o MS pela crise de atenção, quando o MS tem feito todos os esforços para equilibrar a distribuição de recursos de forma transparente em discussão tripartite. Apela por uma atitude solidária e cooperativa na construção do SUS.

Outra novidade na fala do ministro foi o anúncio de um projeto de monitoramento sobre a utilização dos recursos transferidos a estados e municípios.

O teor das falas ministeriais e do debate em torno delas, esteve centrado no anúncio e discussão da reestruturação de projetos e programas do Ministério e na implementação de novas iniciativas como as de saúde bucal e do SAMU. Também mereceu destaque os reajustes e a criação de novos incentivos e novas formas de contratação de serviços. A defesa da regulamentação da EC 29 foi destacada pelo CONASS e o CONASEMS que anunciaram mobilização em defesa de seu cumprimento e de sua regulamentação junto ao governo e ao congresso. Paradoxalmente não se evidenciou mobilização junto aos governos estaduais e municipais para o cumprimento da emenda.

Uma avaliação do debate nessa interlocução entre os gestores, permite-nos constatar um diálogo estratégico em que os atores procuram intervir na defesa de seus interesses, assumindo atitudes colaborativas, sem explicitar os agudos conflitos da relação com o Ministério. Desta forma o “auditório” assume neste momento, em função do caráter relacional dos atores, um aspecto de opacidade que não deixa vir à tona o potencial conflitivo latente, na relação. A assimetria de poder já discutida por Miranda (2003) explica em parte as atitudes estratégicas dos atores na cena.

Conteúdo e significado das propostas pactuadas

Uma interpretação da produção discursiva e dos acordos construídos na CIT no período em apreço permite-nos sustentar uma argumentação de que não se produziram mudanças significativas na lógica das relações inter-governamentais, nem as decisões relativas à lógica de gestão integrada do sistema contribuíram para alterar os padrões institucionais que se consolidaram ao longo dos últimos anos.

Essa compreensão pode ser apoiada na apreciação das decisões relativas ao uso dos instrumentos de racionalização da gestão tradicionalmente usados pelo Sistema como a Normatização, o Financiamento e o Planejamento e Programação, que se alterados poderiam produzir movimentos de inovação institucional tendentes a produzir mudanças na organização do sistema.

Em relação ao Planejamento e a programação de ações, apesar dos posicionamentos favoráveis a integração dos processos e dos instrumentos, numa defesa do resgate do planejamento ascendente, não se produziram decisões que superassem a lógica de programação fragmentada por área, com a utilização de vários instrumentos, com lógicas e objetivos distintos, como o pacto da atenção básica e outros pactos específicos, os termos de ajustes de metas e as programações pactuadas e integradas (PPI) da vigilância e da assistência, esta última ainda restrita às ações de média e alta complexidade, centrada principalmente na definição da alocação dos recursos federais transferidos a estados e municípios. Em inventário feito em 2003, no Ministério, se identificaram mais de 15 instrumentos utilizados com finalidades de programação ou avaliação de resultados, que não se articulavam entre si nem estavam socializados no processo de gestão. Na discussão desse tema, presente em vários momentos, o CONASEMS reverberou contra a fragmentação e em favor da integração do processo de planejamento e programação, que em tese todos concordavam, mas esse entendimento não se traduziu em ação institucional transformadora; até aqui prevaleceu a força do instituído.

O debate relativo ao financiamento, mais voltado para a alocação e as modalidades de transferência de recursos, questionou a fragmentação e a destinação específica (carimbada) nas transferências de recursos que, segundo os gestores estaduais e municipais, tolhia à autonomia e dificultava a utilização desses recursos segundo prioridades sanitárias loco-regionais. O questionamento às formas de pagamento por procedimentos também apareceu com força no discurso dos gestores. No entanto as decisões pouco avançaram nestas questões. Em relação ao primeiro tema nada aconteceu. Em relação ao segundo tivemos a aprovação da modalidade de contratação dos Hospitais Universitários e dos Hospitais de pequeno porte, que supera o pagamento por procedimento, e encontra-se em processo de implantação. Com isso se inicia uma mudança

na lógica de custeio das ações assistenciais que pode contribuir para mudanças na relação dos hospitais com o Sistema de Saúde. Contudo a prerrogativa ministerial de elaborar e executar o orçamento da saúde, mesmo aprovado pelo CNS e pelo Congresso Nacional, lhe confere um poder de direcionalidade na alocação de recursos de difícil controle por parte dos demais atores.

O processo de normatização das atribuições de gestão se manteve dentro dos padrões vigentes, orientado pelas normas operacionais e a definição das responsabilidades por ações e programas continuou a ser feita por portarias regulamentadoras de cada projeto ou ação, negociadas com a representação dos gestores. Se reconhece uma diminuição no “furor normativo” vigente na conjuntura do governo anterior, mas não se alteraram os padrões de normatização, marcados pela extensividade, detalhismo e uniformidade, sem reconhecer as diversidades loco-regionais, com pretensões controlistas por parte do gestor federal. A idéia da revisão normativa foi aprovada mas não ocupou o centro do debate, apesar da constante denúncia dos gestores contra o excesso normativo.

Com isso não tivemos medidas de impacto que pudessem contribuir com o processo de integração do sistema, de forma a integrar as várias esferas de gestão e viabilizar a coordenação de ações e serviços sob gestão de estados e municípios possibilitando a integralidade da atenção.

E assim a diretriz da regionalização, cujo modelo estava regulamentado pela NOAS, não conseguiu ter prioridade no debate tripartite, fato que contribuiu para manter o tema em suspenso, pois, apesar da existência dos planos diretores de regionalização nos estados, a indefinição sobre o financiamento e os modos de operar o processo de regionalização, como algo vivo, manteve o processo inalterado.

Não foi diferente em relação ao tema da responsabilidade sanitária que só veio emergir nos debates a partir da discussão sobre um novo pacto de gestão do SUS, que não produziu, até agora, resultados palpáveis. E assim a tão desejada mudança do modelo de atenção, dependente de mudanças nos processos de gestão, também não conseguiu deslanchar.

A abertura de discussões em torno da proposição de um novo pacto de gestão no SUS foi uma tentativa de organizar o debate em torno de um conjunto de questões apontadas pelos gestores como entraves ao avanço da organização e da qualificação do sistema com vistas a se promover inovações institucionais que superassem esses entraves.

O documento de orientação da discussão sobre o pacto, aprovado em oficina de trabalho tripartite, em agosto de 2004, sinalizou os desafios postos ao processo de gestão descentralizada:

Tais dificuldades podem ser reportadas a uma série de fatores conjugados, particularmente referidos a: escassez crônica de recursos para o setor; ausência de definição sobre responsabilidades sanitárias; persistência de iniquidades referentes ao acesso a serviços de saúde entre municípios, pequenas e grandes regiões, e estados; inadequação dos mecanismos e instrumentos regulatórios existentes; condução normativa excessivamente rígida e burocrática; ordenação institucional compartimentalizada e fragmentada; debilidade e desintegração das práticas institucionais de planejamento, programação e avaliação; desintegração e fragmentação dos sistemas de informação em Saúde; financiamento e organização enfocados excessivamente na oferta e na dimensão assistencial dos serviços; indefinição de meios e modos para a gestão de políticas de saúde no âmbito regional, entre outros (BRASIL, 2004).

Com base nesse diagnóstico se definiu um conjunto de temas que deveriam integrar a agenda do pacto de gestão, a saber:

- Responsabilidade Sanitária de governo, de gestão e de respostas dos sistemas e serviços de saúde, incluindo-se a Organização da Atenção;
- Regionalização das ações e serviços;
- Financiamento e alocação de recursos;
- Planejamento, Programação e Avaliação;
- Regulação e Normalização do Sistema;
- Participação Social e Controle Público do Sistema;

- Gestão do Trabalho em Saúde.

No entanto o processo de debate tem revelado as dificuldades na negociação em torno desses temas em função do conflito federativo setorial que se expressa na peleja em defesa de prerrogativas e de autonomia de cada um dos entes. A pugna em torno da diretriz do comando único e pela coordenação do processo de regionalização tem polarizado as posições das representações de estados e municípios. As idéias cristalizadas no seio da tecnoburocracia sanitária, presentes no processo de negociação, assentada nas crenças instituídas no SUS, tem funcionado como mais um fator limitante na negociação de inovações.

Uma conclusão preliminar acerca das decisões produzidas na interação intergestores no SUS, nesses 02 anos, é de que prevaleceu o incrementalismo na implementação da política e na gestão inter-governamental, pois mesmo os novos projetos pactuados obedeceram à lógica de implementação tradicional, com exceção da proposta de contratualização dos hospitais de pequeno porte e dos hospitais universitários. A acomodação ao instituído, o temor diante da incerteza trazida pela mudança, a falta de ousadia e a defesa corporativa de posições frente a prerrogativas estabelecidas contribuiu para a manutenção do *status quo* nesse campo.

Avaliamos que nesse jogo, em que todos os parceiros jogaram na retranca, o Ministério da Saúde pelo seu reconhecido peso institucional na formulação da política, poderia ter contribuído para desbloquear o jogo e avançar na negociação do pacto de gestão. Mas a opção por uma ação estratégica orientada para o alcance de resultados com visibilidade pública para o governo, e seus dirigentes, direcionou suas prioridades para a implementação de projetos e programas no leito da institucionalidade existente.

A falta de unidade interna, entre a alta direção, acerca das mudanças necessárias na institucionalidade do SUS se traduziu numa atitude de cautela e na postergação do debate e das decisões.

Desta forma o sonho de mudanças significativas e de alteração nos modos de implementação da política foi esquecido ou postergado, e as mudanças assumiram o caráter pontual e fragmentado, associado a alguns projetos isolados.

Os acontecimentos em torno da negociação do pacto de gestão revelaram o conflito entre as múltiplas racionalidades que permeiam a gestão do SUS, em que a racionalidade dos interesses das partes prevalece sobre os interesses dos usuários, potenciais beneficiários de transformações na racionalização do Sistema de Saúde.

A crise institucional resultante da demissão do Secretário Executivo do Ministério paralisou o processo de negociação em torno do pacto de gestão, culminou na suspensão da reunião da CIT de novembro de 2002 e na saída da equipe dirigente do Departamento de Apoio a Descentralização trazendo dúvidas quanto à continuidade da discussão sobre o pacto, apesar do Ministro ter se manifestado em favor da continuidade da mesma. Porém o debate foi adiado para o ano de 2005, conduzido por novos protagonistas.

Interação subjetiva no processo de negociação e pactuação

O entendimento da dinâmica de negociação e pactuação estruturada nas comissões intergestores (CIT e CIB) se torna parcial se não consideramos as interações subjetivas que se produzem nos múltiplos encontros que se realizam nos interstícios do processo. Afinal, as instituições não se reduzem as suas estruturas e processos, são produtos da intenção e da interação humana que se faz apoiada em crenças e valores que modelam e são modificadas pelos sujeitos. Mas a instituição também é espaço de realização de desejos e interesses, dos sujeitos individuais e coletivos, onde se combinam componentes funcionais e simbólicos (CAMPOS, 2000:110-117).

Assim, podemos compreender as posturas e atitudes dos indivíduos nas relações que se estabelecem no processo de negociação e pactuação, tanto a partir de valores e crenças políticas e sociais convergentes ou divergentes, por exemplo, em relação a prática da democracia, como em função dos interesses grupais ou pessoais.

Muitas dessas interações se fazem apoiadas em afinidades pessoais e, ou grupais, e de relações sociais construídas ao longo da vida profissional dos sujeitos envolvidos no processo de construção e gestão do SUS, gerando cumplicidades e alianças em torno de objetivos e interesses gerais, particulares e singulares, conformando as redes sociais com atuação setorial (MARQUES, 1999).

Estas afinidades e cumplicidades podem facilitar ou dificultar os processos de negociação e pactuação em função da identificação em torno de interesses regionais, partidários, corporativos e de segmento. A atitude mais erística ou dialógica dos indivíduos na discussão também explica o sucesso ou insucesso de muitos processos. E a necessidade subjetiva de afirmação de muitas lideranças pode explicar muitas das atitudes que se apresentam na cena.

Mas essas afinidades eletivas que se constroem no processo de interação entre os sujeitos envolvidos no processo de gestão inter-governamental também são utilizadas para facilitar a barganha em defesa de interesses dos representantes na busca de atendimento de pleitos particulares dos estados e municípios que representam.

Contudo, podemos concluir que os processos de interação subjetiva nos espaços de negociação e pactuação, têm contribuído para a produção de sujeitos com maior capacidade de diálogo e assim fortalecido os processos de negociação e cooperação no SUS.

Significado do processo de pactuação para a gestão do Sistema de saúde

Sem pretender estabelecer uma relação de causa e efeito entre o funcionamento da CIT e os avanços do processo de descentralização na gestão do sistema de saúde no Brasil não podemos deixar de reconhecer a contribuição que esta modalidade de relação inter-governamental teve na construção dos instrumentos de gestão e das normas que orientaram a reorganização do sistema de saúde no Brasil.

Um primeiro resultado dessa experiência foi à institucionalização desses arranjos de pactuação, que mesmo não estando assegurados por lei, são hoje reconhecidos e legitimados pelo conjunto dos atores governamentais e sociais que atuam no campo da saúde. Desta forma se asseguraram mecanismos de contrapeso as decisões unilaterais por parte dos gestores com maiores recursos de poder (MIRANDA, 2003).

É bastante significativo ter se produzido uma crença positiva no processo de negociação e pactuação entre os atores do sistema aumentando as possibilidades de solução dos conflitos de interesses pela via da negociação e reforçado as perspectivas de construção de relações cooperativas no processo de gestão compartilhada.

Pode-se atribuir também a essa interação permanente entre gestores a conformação de um lobby setorial que em articulação com os Conselhos de Saúde tem se mobilizado junto aos parlamentos, ao Ministério Público e ao poder judiciário na defesa de prerrogativas e interesses setoriais, particularmente na garantia de recursos orçamentários no confronto com a área financeira do Estado, nas três esferas de governo.

Porém, um resultado secundário e indesejado do processo, foi um relativo esvaziamento dos Conselhos de Saúde como instâncias de decisão sobre a implementação da política de saúde nos âmbitos estadual e nacional acirrando o conflito entre Gestores e os Conselhos de Saúde. Considerando a experiência desses dois anos de acompanhamento da CIT, podemos julgar que a relação da CIT com o Conselho Nacional de Saúde foi marcada por um quase isolamento das duas instâncias, com cada uma mantendo uma dinâmica autônoma sem a instituição de fluxos de comunicação permanente entre essas instâncias.

Contudo podemos arrematar com a afirmação de Miranda (2003) que entende:

A Comissão Tripartite como uma inovação política e tecnológica de concertação federativa, de modulação e regulação para o processo de desconcentração e delegação inter-governamental das políticas setoriais de saúde, para a produção de consensos normativos pautados por demandas sistêmicas tem se constituído como uma referência de avanço, tanto para a consolidação do Sistema Único de Saúde quanto para a redefinição dos modos de governança no Brasil (MIRANDA, 2003).

Limites, dificuldades e contradições do processo

O reconhecimento dos avanços nas relações inter-governamentais no setor saúde exige que se explicitem as contradições, as dificuldades e os limites desse processo.

Uma primeira dificuldade refere-se à definição da agenda de pactuação. A multiplicidade de interesses sociais e institucionais a serem contemplados na agenda setorial mobiliza diferentes grupos técnico-burocráticos na defesa de projetos e ações dirigidos a segmentos ou grupos populacionais e nem sempre as prioridades são definidas com base em critérios racionais ou de necessidades. Isso se expressa na prioridade dada à discussão sobre a organização da assistência à saúde em detrimento do debate sobre as políticas de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos.

Uma contradição latente se manifesta na defesa dos interesses dos entes federados em função de suas marcantes diferenças sócio-políticas. Assim os municípios de pequeno porte, que são a maioria, mas têm menor poder de mobilização que os municípios de médio e grande porte, nem sempre se sentem contemplados nos pactos negociados, da mesma maneira os estados mais pobres e menos populosos questionam as formas de alocação de recursos concentradas nos centros mais desenvolvidos. Aqui o viés da representação, assumida majoritariamente pelos dirigentes dos Estados e Municípios mais mobilizados e desenvolvidos, pode por em cheque a representatividade e a legitimidade dos representantes.

Esta dificuldade em contemplar o conjunto de interesses em disputa, quando se associa ao uso dos recursos de poder assimétricos para forçar a pactuação (MIRANDA, 2003), redundando na baixa legitimidade do pacto e compromete o sucesso na sua implementação.

Outro limite do processo refere-se à possibilidade dos agentes em assegurar o compromisso com a efetivação dos pactos negociados, pois é bastante diferenciada a governabilidade dos atores no processo de gestão. Enquanto o gestor federal, pela sua singularidade, reúne as condições de imprimir uma unidade na sua ação de governo, apesar de nem sempre conseguir, o mesmo não se dá com os gestores estaduais e municipais, seja em função da diversidade de interesses, seja pela pluralidade da representação e dos contextos de gestão em cada unidade federada, que condiciona a governabilidade dos gestores da saúde no interior dos governos.

Outro aspecto que deixa a desejar no processo de pactuação setorial tem sido a inexistência de instrumentos e de uma sistemática permanentes de monitoramento e avaliação dos resultados pactuados. Situação agravada pelo quase desconhecimento do que se acorda nas instâncias de gestão por parte dos Conselhos de Saúde.

Com isto não se instituiu procedimentos regulares de sanções, positivas ou negativas, como meio de estimular o cumprimento dos compromissos assumidos por parte dos três entes federados. Sanções que só se aplicam em resposta a denúncias formuladas pelos sujeitos prejudicados.

Um limite considerável dessa relação inter-governamental está dado pelo seu recorte setorial que em muitas situações traz dificuldades à efetivação dos compromissos selados, dada a condicionalidade da autonomia do setor saúde no jogo de forças na arena governamental, em cada esfera de governo e em cada unidade federada. A experiência tem mostrado que a organização institucional e a mobilização dos atores sociais no campo da saúde somada a influência e a legitimidade pessoal do dirigente setorial pode ser decisiva na definição de prioridades na agenda governamental.

A inexistência de uma regulamentação legal e o pequeno tempo de vigência da relação, diante de um cenário de mudanças periódicas nos sujeitos que governam, decorrentes do processo democrático, dá margem a uma relativa instabilidade nas relações inter-governamentais que ficam dependentes da renovação de acordos, sem consolidar-se como relações integrantes de uma política de estado.

Outro ponto frágil das relações inter-governamentais no setor saúde é a ainda frágil interação horizontal entre municípios e destes com o estado na organização de sistemas regionais de saúde.

No entanto a ação organizada dos gestores e a solidariedade na defesa dos princípios e diretrizes do Sistema têm conseguido assegurar a institucionalidade da relação e manter vivo o processo de negociação e pactuação permanentes na ausência de garantias legais.

Contudo não podemos esquecer que nessa relação se disputa poder e projetos sócio-sanitários. Assim a interação entre gestores é atravessada pela pugna entre os projetos partidários que disputam o poder na sociedade e pelo conflito federativo entre os entes. Fato observado na recusa em pactuar certos assuntos em função de momentos conjunturais.

Avaliamos que apesar do reconhecimento da contribuição dos arranjos intergestores no processo de descentralização se instituiu uma lógica de funcionamento que tem servido mais à reprodução de uma dinâmica institucional e de uma relação estabilizada que talvez não dê conta de enfrentar os desafios da mudança na institucionalidade do SUS. Os mecanismos de pactuação baseado no consenso entre representações que assumem posições construídas de forma corporativa pode, em muitas situações, representar um entrave às decisões relevantes para desencadear processos de mudança. Os resultados do processo de discussão em torno do pacto de gestão indica os limites e as possibilidades desses arranjos.

No campo das relações inter-governamentais os desafios apontam a necessidade de estender e ampliar seu campo de ação, qualificando as relações nas Comissões intergestores bipartites nos estados, intensificando as relações entre os estados, destes com os municípios e entre os municípios construindo redes de interação setorial na gestão em saúde fortalecendo as formas de associação e cooperação nos territórios regionais, rompendo o monopólio da representação e de decisão das cúpulas hoje legitimadas.

Em outra direção exige-se uma extrapolação do âmbito setorial para a promoção de relações governamentais mais integradas em torno da coordenação da ação de governo e das políticas sociais do Estado. Repto que exige a superação da segmentação e da fragmentação de nossas instituições estatais em busca de um maior grau de integração de governo, e entre os governos.

CAPÍTULO 6
A AGENDA E AS DELIBERAÇÕES DO
CNS NA PERSPECTIVA DA MUDANÇA

O Conselho Nacional de Saúde, regulamentado pela lei 8.142/1990, e instituído por decreto presidencial durante o governo Collor, representa a instância máxima de participação dos vários segmentos sociais na “formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde”, se constituindo em mecanismo formal de viabilização da idéia de democracia participativa integrante do discurso reformista.

Uma avaliação de sua atuação com base no referencial analítico neocorporativo observa que:

[...] o Sistema Único de Saúde (SUS) institucionaliza, através dos Conselhos de Saúde, a ação dos grupos de interesses e confere ao pacto local e nacional funções de difusão de informações, vocalização política de demandas sociais, estabelecimento de parâmetros para a gestão do sistema e promoção de seu equilíbrio (RIBEIRO, 1997).

Ao tomar o processo de formação de agenda como elemento de análise levando em conta a participação dos agentes o autor conclui que o CNS

[...] demonstra seu caráter de pactuação decorrente do alto grau de estruturação de sua agenda. Os temas aí tratados se mostraram abrangentes, com nítido predomínio de diagnósticos e soluções de caráter institucional, além da tendência a um tratamento mais técnico e especializado dos conflitos. Notamos, por exemplo, o modo como o Ministério da Saúde elaborou, no período, uma “agenda SUS” e colocou assessores graduados para debater com os conselheiros cada ponto destacado. São exemplos de acordos em torno de questões conflitivas a apreciação de resoluções da comissão tripartite, reajustes na tabela de pagamentos, formação de inúmeros grupos temáticos, organização da X Conferência Nacional de Saúde, elaboração da Norma Operacional Básica- SUS de 1996, pleito pela aprovação da Contribuição Provisória de Movimentação Financeira (CPMF) pelo Congresso Nacional, entre outros. [...] A tendência à pactuação deve, portanto, ser entendida como um compromisso mútuo de institucionalização das soluções propostas e não como de superação de divergências (idem).

Apesar dessa avaliação consideramos que a postura dominante no Conselho Nacional de Saúde, na era SUS até o final de 2002, foi de resistência e defesa das proposições reformistas em crítica aberta à atuação dos governos que se sucederam, e a relação com o Ministério da Saúde se diferenciou em função da conduta do Ministro e de sua equipe dirigente. Mas a postura crítica do Conselho não se traduziu em poder de interferência real sobre a efetivação do SUS, pois sua capacidade de controle sobre as ações do executivo sempre foi limitada e o cumprimento de suas deliberações não era a regra.

Essa atuação crítica se explica pela articulação de um conjunto de conselheiros em redes nacionais com capacidade de vocalização, mobilização e trânsito junto às organizações da sociedade, ao Legislativo, ao Ministério Público e a outros órgãos do Estado. A convergência de idéias e saberes e a identificação em torno de projetos políticos sócio-sanitários fundamentavam uma intervenção articulada. No entanto a heterogeneidade e diversidade da representação possibilitavam ao governo ganhar a adesão a muitos de seus projetos.

Já em relação ao período em estudo, temos a opinião de que a atitude da maioria do Conselho tem sido mais colaborativa do que confrontacionista, apesar de posicionamentos críticos frente a alguns projetos e da postura intransigente de defesa da EC 29 que deixou o governo em situação política difícil em alguns momentos. Situação também explicada pela convergência de idéias e expectativas entre a maioria dos conselheiros em relação aos dirigentes do MS pelos vínculos históricos constituídos em redes de interação sociais comuns. Fato que contribui para o estabelecimento de um grau de confiança quanto ao respeito às deliberações do colegiado. Esse entendimento foi explicitado por um conselheiro que destacou, em uma das reuniões, o papel de resistência do conselho nas conjunturas passadas e a expectativa de que no contexto do novo governo houvesse mudança de postura em relação ao Conselho.

Inspirados na proposição de tomarmos a formação da agenda como elemento de análise da atuação do Conselho Nacional de Saúde, no período em apreço, procuramos confrontar as deliberações e as principais discussões que ocuparam a pauta deste colegiado com as expectativas de mudança na implementação da política de saúde tendo por referência as categorias analíticas relativas à racionalização da organização e da gestão do SUS.

Um olhar panorâmico da agenda do Conselho nos mostra que sua atuação pode ser esquematizada, para fins de análise em alguns eixos principais, que dão uma idéia da prioridade das discussões. Agrupamos os assuntos discutidos em 10 eixos principais apresentados a seguir em uma seqüência não hierárquica:

1. Participação e controle social no SUS, incluindo as discussões sobre as conferências de saúde;
2. Reorganização e funcionamento do Conselho Nacional de Saúde;
3. Discussão de temas conjunturais da saúde, geralmente pautados pela mídia, relativos à crise da atenção ou a situações da gestão do SUS;
4. Participação em debates e posicionamentos do Conselho frente a situações da conjuntura sanitária;
5. Apresentação e debate das políticas, projetos e programas do Ministério da Saúde ou de projetos governamentais com interface com a Saúde;
6. Financiamento da Saúde, com ênfase no cumprimento da EC 29 e na discussão orçamentária do Ministério da Saúde;
7. Debate sobre saúde suplementar, com destaque para a conversão dos planos de saúde e o tratamento dado aos segmentos de maior faixa etária;
8. Discussão e aprovação do Plano Plurianual da saúde do governo federal (PPA 2004-2007), e do Plano Nacional de Saúde;
9. Gestão do trabalho, formação e regulamentação profissional no SUS;
10. Organização e gestão do Sistema;

A discussão dos temas conjunturais coincidiu na maioria das vezes com a participação do Ministro nas reuniões, oportunidade em que informava ao conselho o andamento do trabalho do Ministério, anunciava projetos e realizações, e esclarecia temas abordados pela mídia. O debate, na maioria das vezes, assumiu o tom de petição e prestação

de contas sobre o cotidiano da gestão, seguido de manifestações de apoio aos posicionamentos do Ministro, mas também se revestiu, em algumas oportunidades, de cobranças frente a atitudes do Ministério em relação a algumas das situações apresentadas. A discussão do contexto do SUS frente à conjuntura política e econômica do país foi objeto da atenção dos conselheiros. Nesse debate se destacaram alguns temas prioritários, que na visão dos conselheiros, são essenciais para promover mudanças no SUS: o tema da qualificação da gestão e o controle social, a alteração do modelo de atenção e a garantia do financiamento estável.

A Apresentação e debate das políticas, projetos e programas do Ministério da Saúde ou de projetos governamentais com interface com a Saúde teve boa acolhida dos conselheiros e oportunizou o enriquecimento de alguns projetos com a contribuição dos conselheiros. O conselho sentiu-se valorizado com a iniciativa do Ministério em submeter seus principais projetos à apreciação do colegiado e assumiu uma atitude crítica e propositiva aprovando praticamente todos eles. A exceção foi o projeto de incentivo à conversão das unidades básicas às diretrizes assistenciais do Programa de Saúde da Família que sofreu restrições por parte da representação dos profissionais de saúde não médicos, com questionamentos às diferenças salariais, a possibilidade de flexibilizar a jornada de tempo integral para os profissionais e a vinculação da proposta ao Programa de Saúde da Família. E até a reunião de outubro de 2004 não havia sido aprovado.

O tema do financiamento assumiu grande relevo nos debates, com foco na defesa do cumprimento da emenda constitucional 29 e na execução orçamentária, sempre monitorada em função desse objetivo. Os posicionamentos em defesa do cumprimento da emenda e a articulação com o congresso nacional e o Ministério Público cumpriram um papel decisivo para que o governo recuasse de posições assumidas pelo Ministério do Planejamento que comprometiam o cumprimento da emenda. Podemos considerar que nesse aspecto o Conselho tem tido um papel de guardião da conquista da vinculação de recursos para a saúde. Em parte essa proatividade foi sustentada na atuação da Comissão de Financiamento que se reuniu com regularidade e produziu relatórios com proposições de deliberações sucessivas relativas ao tema.

Relacionado ao tema também tivemos a defesa da alimentação do SIOPS como instrumento de acompanhamento da aplicação dos recursos em saúde, a resistência em alterar a disposição normativa que condicionava a habilitação de municípios ao cumprimento da emenda, e a defesa de mobilização pelo seu cumprimento, por parte dos governos nas três esferas de gestão.

Ainda nesse campo tivemos a homologação pelo ministro da resolução que estipula o que se considera gasto em saúde, celebrada como uma vitória do conselho, que contribuiu para fortalecer a confiança dos conselheiros.

Importante assinalar que essa proatividade em relação ao financiamento do SUS foi sustentada por um pequeno número de sujeitos movidos pela “causa” que investiram afetos nessa luta, se qualificaram para o debate e ganharam referência e respeito no Conselho, no trânsito com o parlamento e junto ao Ministério Público.

Talvez possamos afirmar que o tema do financiamento foi o principal assunto da agenda política gerada no seio do Conselho. Contudo tivemos pouca discussão em torno da alocação e da utilização dos recursos, seja em termos de prioridades no custeio seja no tocante aos investimentos. A propósito não se verificou discussão no plenário relativa à questão das emendas parlamentares no orçamento da saúde. A discussão acerca do controle sobre a utilização dos recursos veio à tona em função de denúncias recebidas e na discussão do projeto de Monitoramento sobre a utilização dos recursos do SUS apresentado pelo Ministério, que recebeu apoio dos conselheiros.

O debate sobre saúde suplementar foi outro eixo gerado no seio do conselho que ganhou destaque com a aprovação do estatuto do idoso e motivou reação do plenário a posicionamento do ministro da saúde que assumiu, na oportunidade, a defesa de veto presidencial a cláusulas do estatuto que protegem os idosos de reajustes com base na idade. A presença de uma representação ativa dos aposentados e a adesão da maioria de conselheiros, contrários à ótica mercantil no setor saúde, estimulou a discussão e inseriu o tema na pauta permanente do Conselho que reativou uma comissão antes inativa, além de ter produzido deliberações sobre o tema.

A área de gestão de pessoal e educação na saúde se constituiu noutra área com forte presença no debate e na atuação do Conselho, motivada pela presença de uma ativa representação dos trabalhadores do SUS e por demandas dos gestores. Nesse terreno duas polêmicas marcaram o debate entre os conselheiros, a primeira referente ao projeto de lei do ato médico que opôs representantes dos médicos aos representantes dos trabalhadores não médicos num conflito ainda não sanado, a segunda pôs o governo na defensiva e se referiu a abertura de novos cursos na área de saúde sem a aprovação do conselho. A defesa da implementação da NOB de RH como diretriz para a política de desenvolvimento de pessoal do SUS mereceu a atenção dos conselheiros e redundou na aprovação de resolução com essa proposição. Ainda nesse terreno, mereceu apoio do conselho a implementação da mesa nacional de negociação permanente e de iniciativas semelhante nos estados, e a implantação da nova política de formação e de educação permanente na Saúde.

O Plano Plurianual e o Plano Nacional de Saúde foram objeto de debates e de questionamentos quanto ao método de elaboração, mas, após algumas sessões em discussão, foram aprovados com propostas de ajustes. No entanto as evidências indicam que não se constituíram em tema central da agenda do Conselho, haja vista que não voltaram a pauta para avaliação de sua execução em reuniões subseqüentes. A participação na discussão do Plano Nacional de Saúde apontou à necessidade de explicitar melhor suas diretrizes políticas mas as proposições de muitos conselheiros tiveram como foco a defesa de propostas de caráter corporativo dos segmentos. O debate e o processo de aprovação do Plano evidenciaram as fragilidades do processo de formulação do mesmo, ainda marcado pela fragmentação e pela setorialização por áreas, revelando a dificuldade de coordenação da ação no Ministério, e a pouca importância dada ao processo e às instâncias de planejamento na instituição.

O tema da participação e do controle social ocupou nestes dois anos uma parcela significativa do tempo de discussão nas reuniões do Conselho para dar conta das definições prévias e posteriores relativas à 12^a Conferência Nacional de Saúde e as três conferências temáticas que ocorreram nesse período. Além disso, se reviu a resolução sobre diretrizes para organização dos conselhos de saúde, se discutiu o projeto de capacitação de conselheiros, o cadastramento dos conselhos, as plenárias de conselheiros e as denúncias de

desrespeito ao controle social nos estados e municípios. Não aparece nos debates os limites e as debilidades da participação social, tais como a baixa representatividade e a pouca legitimidade da representação, nem se discute à racionalidade que impera na relação entre os representantes no conselho, suas entidades de representação e o universo social que deveriam representar.

O posicionamento do Conselho frente a temas conjunturais também absorveu as energias dos conselheiros e nesse campo merece ser realçado o protesto e a exigência de mudanças na campanha educativa da AIDS no carnaval de 2003 (recomendação 001/2003) e contra a mudança na lei de propaganda do tabaco (recomendação nº 005/2003), alterada pelo governo em função da realização da corrida automobilística de fórmula 1 no Brasil – o grande prêmio de São Paulo (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2003). Nesse item também se incluem resoluções sobre ética em pesquisa, contra a criação de novos cursos na área de saúde sem apreciação do CNS, em defesa da mobilização dos gestores no combate a Hanseníase, além da mobilização junto ao STF contra ação direta de inconstitucionalidade impetrada pelo governo do Rio de Janeiro.

A reorganização da composição do Conselho, o planejamento das ações para 2004 e a dinâmica de funcionamento das comissões também ocuparam um tempo considerável na agenda dos debates. Destacam-se neste item a aprovação da nova composição do conselho agora integrado por 40 membros com respeito à paridade legal na proporção de 50% para os usuários, 25% para os trabalhadores da saúde e 25% para governo e prestadores de serviços.

Em relação ao processo de reorganização do Conselho transparece a lógica corporativa e de preservação dos espaços por parte dos segmentos organizados e já representados no Conselho, denotando a capacidade de reprodução do instituído e de defesa dos interesses e das prerrogativas dos sujeitos que representam os segmentos e corporações. A nova composição do Conselho, de 40 membros, espelha uma pluralidade de representação, mas está restrita aos segmentos organizados e mobilizados, distante do universo de usuários do SUS.

Podemos interpretar que nessa relação de poder tem se operado um distanciamento entre o espaço da comunidade e o espaço da cidadania e uma submissão da política a uma racionalidade cognitiva e instrumental da ciência e do direito estatal (SANTOS, 2000), pela via do corporativismo e da fragmentação do universo social, inclusive na definição das categorias de representação com base em doenças.

Em relação às prioridades de atuação para o ano de 2004, o Conselho definiu, orientados pelas deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, quatro grandes eixos de atuação, que sinalizam as preocupações dos conselheiros, a saber: Política Nacional de Saúde; organização, gestão e funcionamento do CNS; financiamento da Saúde; e fortalecimento do controle social.

Com isso, sobrou pouco tempo e energia para discutir os temas mais diretamente ligados à organização e a gestão do sistema, que provocaram algum debate nos momentos de informe sobre as reuniões da CIT ou na discussão de algumas propostas do MS. Dentre esses se destacam: o pedido de desabilitação do DF em gestão plena do sistema, encaminhado pelo MS; a redefinição dos critérios de habilitação dos municípios em gestão plena da atenção básica ampliada; a criação de um grupo de trabalho para discutir a relação das OSCIP com o SUS, que até a última reunião analisada (outubro de 2004) não havia apresentado conclusões; a discussão sobre compras e licitações do MS em função das investigações de fraudes na compra de hemoderivados – a chamada “operação vampiro”. Temas como a NOAS, a regionalização, a alocação de recursos, as novas modalidades de contratação de serviços, a utilização dos instrumentos de programação, a definição de responsabilidade sanitária e a regulamentação do SUS, não entraram na agenda ou o fizeram marginalmente.

A relação entre as comissões intergestores e os conselhos de saúde foi lembrada como tema a ser discutido, durante um dos informes da CIT junto ao Conselho, mas mesmo tendo sido objeto de resolução da 12ª Conferência Nacional de Saúde nunca foi pautado. Evidencia-se aqui mais um paradoxo.

Avaliando essa relação podemos considerar que há uma relativa autarquização dessas duas instâncias de gestão, pois não se instituiu até agora como se previa um fluxo regular e contínuo de encaminhamento dos acordos pactuados na CIT para a apreciação do Conselho de Saúde. O que ocorreu neste período em apreço foi que o próprio Ministério submeteu diretamente ao Conselho os principais projetos pactuados na CIT, antes ou depois do processo de pactuação, com isso evitando cobranças do Conselho.

Parece-nos que se conformou uma divisão de atribuições onde o Conselho assume uma agenda de caráter macro-estrutural relativa à política de saúde e a CIT cuida das rotinas de gestão, apesar dos questionamentos do Conselho quanto à usurpação de funções por parte dos gestores. As prioridades estabelecidas no plano de ação para 2004, anteriormente mencionadas, reforçam essa hipótese.

Em referência à análise proposta sobre a congruência entre as deliberações do conselho e às expectativas de mudança na implementação da política de saúde, podemos deduzir que o conselho produziu debates e resoluções sobre os temas da agenda sanitária explicitada nos documentos apreciados no capítulo III. Dentre os temas destacaram-se: o Financiamento, a Saúde Suplementar, a Gestão do trabalho, a Formação e Regulamentação do trabalho na saúde, e o Controle Social.

Porém, a discussão sobre o financiamento não priorizou o tema da alocação e da adequada utilização dos recursos como reclamada no documento do CNS (2002) que apontou os desafios do SUS. A discussão sobre a descentralização também não mereceu a atenção dos Conselheiros a não ser em debates momentâneos que não redundaram em resoluções. O debate sobre as mudanças do modelo de atenção reclamada em todos os discursos reformistas entrou em discussão quando da apresentação dos projetos assistenciais do ministério e na aprovação do Plano Nacional de Saúde, que também incorporou o tema da equidade e as estratégias de consolidação do SUS. O debate mais geral sobre a mudança nas políticas econômicas e sociais para assegurar o direito à saúde e a integração da política de saúde às políticas sociais do governo se fez pelo recorte de integração de programas como o FOME ZERO e o bolsa família, e também na discussão do PPA 2003-2007.

Mas podemos inferir que o trabalho de formulação de diretrizes para a implementação da política de saúde por parte do Conselho se fez mais efetivo, nesse período, através das Comissões Intersetoriais que se debruçaram sobre os assuntos de sua área e conseguiram produzir recomendações e tomar deliberações que fortaleceram ou sugeriram reorientação para as ações em implementação. O fato dessas comissões contarem com a participação de representantes das áreas técnicas do Ministério e de instituições afins ao tema, qualifica o debate e a produção dessas comissões e possibilita a construção de viabilidade para algumas propostas. O desempenho dessas comissões depende do protagonismo dos sujeitos que as integram, onde os laços institucionais e pessoais destes, e as estratégias utilizadas na interação com a burocracia gestora são decisivas.

Duas comissões se destacam pela sua atuação. A comissão de orçamento e finanças – COFIN, como guardiã do cumprimento da emenda constitucional 29 e da execução orçamentária do MS, mantém grande poder de articulação junto ao Legislativo através da Comissão de Seguridade social da Câmara e da Comissão da Ordem social no Senado. E a comissão interinstitucional de recursos humanos em saúde – CIRH, na defesa de uma política de RH condensada na NOB-RH que mobilizou a representação dos servidores da saúde. As demais comissões têm um recorte mais específico das políticas em que atuam. Destaque especial para a Comissão de Ética e Bioética que tem preenchido um espaço importante na regulamentação da pesquisa com seres humanos em saúde.

Desta forma, se configura uma atuação plural do Conselho que intervém sobre temas macroestruturais, com ênfase no financiamento, temas conjunturais e temas específicos ligados aos projetos e programas do SUS. Podemos configurar o padrão de intervenção do Conselho na implementação da política de saúde, também de caráter incremental, pois suas deliberações vão influenciando pontualmente sobre um conjunto de decisões da gestão sendo que as decisões sobre políticas específicas tem mais visibilidade sobre a organização dos serviços.

O CNS tem priorizado o acompanhamento e a vigilância na execução de algumas ações, especialmente a execução orçamentária, vinculadas à atuação das comissões. E mantém uma ativa articulação com o congresso nacional junto às comissões que legislam sobre a saúde, bem como com outros órgãos do Estado, como o Ministério

Público e o Tribunal de Contas da União em função da defesa dos interesses setoriais, com destaque no último período para a defesa do cumprimento da emenda constitucional 29.

No entanto, podemos interpretar, com base em Santos (2000) que essa atuação deliberativa do Conselho evidencia um conflito de racionalidades entre as formas de direito que circulam nesse campo, em que se manifesta o conflito entre o direito particular construído nos espaços de decisão setorial e o direito estatal dominante. Nesse conflito, o direito particular, na ausência de suporte no direito estatal, se afirma pelo seu poder simbólico junto aos agentes e sujeitos com atuação no campo da saúde. Exemplo disso é o reconhecimento pelos atores sociais e por alguns agentes públicos das resoluções do Conselho, que no entanto são questionadas por outros agentes junto aos tribunais, invocando o direito estatal inscrito na ordem jurídica do país.

Em relação ao recorte que propusemos de olhar as mudanças com o filtro das categorias racionalizadoras do sistema e avaliar as decisões dos fóruns de gestão quanto ao uso dos recursos e instrumentos de gestão para modelar um sistema integrado e regionalizado com responsabilidade sanitária definida utilizando a regulação normativa, o financiamento e os instrumentos de programação podemos concluir que esses assuntos não foram prioridade nos debates do Conselho. Apareceram tangencialmente no debate do Plano Nacional de Saúde e na recente apresentação feita pelo Ministério sobre o pacto de gestão e a regionalização no SUS.

Mas consideramos que a discussão sobre os problemas da modelagem e da integração do SUS como um sistema descentralizado atravessado pelo conflito federativo não tem ganhado destaque na agenda do Conselho. Acreditamos que por um lado pode refletir o distanciamento ou a dificuldade da maioria dos conselheiros em lidar com os meandros da gestão, ou a crença estabelecida de que os arranjos estabelecidos dariam conta de equacionar os problemas desde que aplicados corretamente. Por outro lado, reflete também a falta de prioridade dos gestores em levar esses temas à discussão do Conselho por preferir mantê-los na alçada de discussão dos gestores, no fórum da CIT.

Enfim, podemos também interpretar essa atuação como orientada por outras racionalidades, ditadas pelos interesses corporativos dos segmentos representados, que nem sempre convergem com os pressupostos de uma racionalidade sistêmica orientada pela lógica universalista. Interpretação que se apóia na análise da conflitividade das relações entre as representações participantes do Conselho em que sobressaem as disputas inter-corporativas.

Porém a força e a fragilidade do Conselho no contexto das relações entre as instituições da sociedade civil e as instituições estatais no campo setorial está condicionada pela tradição organizativa das corporações e pelo conflito entre os interesses particularistas dos segmentos representados frente aos interesses universalistas num contexto de cidadania regulada (COSTA, 1994). Isso se reflete na falta de sintonia entre o discurso de defesa de SUS e a baixa capacidade de mobilização das categorias mais organizadas para fazer valer seus preceitos.

Ademais, temos de reconhecer a pequena tradição participativa na sociedade brasileira, como constatou recente pesquisa sobre participação social na América Latina, em que ficamos em último lugar num conjunto de 07 países com o agravante de que entre os brasileiros que responderam ter alguma participação social, somente 5,8% participavam de ações ligadas a partidos ou a gestão pública (FOLHA DE SÃO PAULO, 12 dezembro 2004).

Essa constatação encontra respaldo nas idéias de Morin (2004) que vislumbra uma invasão da esfera política pela tecno-ciência que ao tecnificar o debate torna-o privativo dos especialistas e desqualifica os cidadãos para a tomadas de decisões, degradando a democracia. Para o autor *“existe la necesidad de una toma de conciencia política de la necesidad de obrar por una democracia cognitiva, es decir de una reforma en el seno de la democracia”*. Assim conclui pela falta de vitalidade cívica para efetivar a participação e aprofundar a democracia:

[...] no basta con instituciones democráticas justas y buenas que permitan la participación de los ciudadanos, hace falta una vitalidad democrática, lo único que garantiza el civismo, o sea la conciencia de la responsabilidad y de la solidaridad hacia la comunidad. Si el

civismo languidece, la democracia languidece. La no participación en la vida ciudadana, a pesar del carácter democrático de las instituciones, conlleva una debilitación de la democracia. Se producen, correlativamente, una debilitación de la democracia y una debilitación del civismo. Ahora bien, la degradación de la responsabilidad y de la solidaridad a la cual nos hemos referido degrada el civismo y la democracia (MORIN, 2004).

CAPÍTULO 7
UMA ANÁLISE ENTRELAÇADA SOBRE
OS PARADOXOS DA MUDANÇA NO SUS

Apresentamos a seguir um esboço de interpretação sobre a situação de implementação da política de saúde no contexto atual retomando algumas hipóteses e questões de pesquisa apresentadas no capítulo 2 e confrontando-as com os juízos parciais que fizemos da leitura e análise do material de pesquisa.

Essa análise terminal, porém contingente, pretende reiterar algumas questões já discutidas e ampliar a abordagem, com o apoio das contribuições teóricas explicitadas, operando um olhar transversal sobre os paradoxos e contradições do SUS, mesmo ciente de que não estamos isentos deles.

A discussão acerca das hipóteses ou pressupostos, anunciados na pesquisa, parte da premissa que as conclusões a que chegamos na análise parcial dos vários momentos do estudo dão validade as assertivas que destacamos a seguir.

A constatação inicial é que as mudanças na implementação da política de saúde, no período, não se fizeram conforme as expectativas proclamadas pelos atores sociais no debate eleitoral e nos espaços das conferências de saúde.

Essas expectativas se mostraram discrepantes das experiências de organização e gestão e do imaginário social da população em relação ao sistema de saúde.

Assim, reafirmamos o padrão incremental de mudança na organização e na gestão do SUS em contraposição aos anseios por mudanças radicais na condução do sistema.

Da mesma forma, pudemos estimar que há evidências de que os arranjos e os mecanismos de gestão inter-governamental vigentes no SUS apresentam sinais de esgotamento e não são suficientes para responder aos reclamos de qualificação da gestão do SUS.

Em consonância com essas assertivas também se assevera que a racionalização do sistema não consegue atender aos requisitos de racionalidade econômica nem de racionalidade sanitária. Utiliza mal os dispositivos normativos e as formas de alocar recursos e os instrumentos de planejamento e programação se mostram inadequados. Com isso não conseguiu alterar os padrões de responsabilidade sanitária vigentes, nem avançar na regionalização e na integração do sistema.

Reiteramos ainda, que a conflitividade das relações inter-governamentais, como expressão do conflito federativo, se apresenta como entrave na construção de acordos que possam superar alguns problemas de organização e gestão do sistema.

Portanto, admitimos a tese de inconclusividade da reforma mas consideramos que o discurso sanitário hegemônico não tem potencial utópico para orientar as reformas necessárias no sistema.

Pudemos também firmar o entendimento de que a Conferência Nacional de Saúde não conseguiu produzir uma avaliação consistente da situação de saúde e nem propor diretrizes pragmáticas para a política de saúde, e assim teve pequena repercussão na condução da política de saúde e na gestão do sistema.

Na mesma linha constatamos que o Conselho Nacional de Saúde tem dificuldades de controlar a execução da política nacional de saúde e de atuar na formulação de estratégias para reorientar seus rumos, exercendo pequena influência na formulação dos projetos, na fiscalização da execução da política e nos processos de gestão. Porém cumpre um papel importante de legitimação da política e de advocacia em defesa dos princípios e diretrizes do SUS.

Consolida-se desta forma a idéia de centralidade dos espaços de gestão, em torno dos executivos, como terreno privilegiado de produção e implementação de políticas, porém condicionados à dinâmica institucional das organizações setoriais e das organizações públicas.

Destarte, a unidade discursiva em torno dos princípios e diretrizes do SUS se defronta no cotidiano institucional com a disputa de interesses entre grupos, frações e corporações que disputam a orientação da política, os recursos e a condução das organizações setoriais dificultando a conformação de projetos orientados pelos interesses universais proclamados. Neste caso os projetos de mudança também estão permeados pelos distintos interesses que dificultam a construção de unidade em torno de objetivos pretensamente comuns.

Recapitulemos os argumentos que sustentam a validade dessas proposições.

Em referência à tese do incrementalismo, encontramos respaldo na história recente de implementação da política de saúde no Brasil que nos últimos 30 anos operou inúmeras mudanças de maneira incremental, tais como os programas de extensão de cobertura, as AIS e o SUDS. Tendência que se manteve mesmo após a votação do texto constitucional e da lei orgânica da saúde, e se manifestou no processo de descentralização do SUS pautado pela edição de sucessivas normas operacionais. Esse padrão não se alterou no período analisado.

A análise da conjuntura recente do processo de implementação do SUS nos sugere que a dinâmica setorial de mudanças não tem se feito com base em rupturas ou processos abrangentes, porém pautada pelo incrementalismo e por mudanças pontuais, nos moldes da institucionalidade vigente.

As iniciativas implementadas durante o governo Lula, sob a coordenação do Ministério da Saúde, negociadas com os gestores e com o Conselho Nacional de Saúde, mantiveram coerência com o programa “minimalista” apresentado ao debate no período eleitoral, e não se produziram iniciativas políticas, por parte da direção do Ministério, que alterassem esse padrão de implementação da política.

Os projetos destacados pela divulgação oficial – SAMU, QUALISUS, FARMÁCIA POPULAR e BRASIL SORRIDENTE – e as demais iniciativas incluídas no Plano Nacional de Saúde, apesar de orientados para a ampliação do acesso e para a melhoria da qualidade nessas áreas, não têm potencial para produzir repercussões de monta na prestação de serviços e para modificar o padrão de atendimento. Pois mesmo contribuindo para o avanço da racionalização e para a consolidação do sistema, fortalecendo algumas áreas de atuação, como a atenção básica, a saúde bucal e o atendimento às urgências, não alteram os padrões institucionais vigentes. Assim, ao não se investir na alteração dos mecanismos de formulação e de implementação de projetos e ações não se conseguiu produzir alterações de impacto na organização e na gestão do sistema, nem no atendimento aos usuários, para reverter à percepção negativa em relação ao desempenho do SUS dominante na opinião pública.

Permanece a essência centralizadora na definição das prioridades, na formulação e na regulamentação dos projetos, com forte acento uniformizante e controlista, e se continua a privilegiar a indução financeira para obtenção de adesão dos estados e municípios.

Esse julgamento nos permite sustentar a afirmação de que essa dinâmica incremental de implementação do SUS, baseada na indução financeira segmentada, na normatização extensiva e uniformizadora, e na programação fragmentada, assentada num tipo de relação inter-governamental pautada pela disputa política e pela competição por recursos, conformou um padrão de organização e gestão do SUS que mostra sinais de esgotamento e clama por reformas na sua institucionalidade.

Os sucessivos questionamentos à ordem instituída no terreno da organização e gestão do SUS, tanto no debate entre os gestores, como nas discussões da 12ª Conferência Nacional de Saúde, sinalizam os problemas do modelo vigente. A pauta de assuntos estabelecida para orientar a discussão em torno de um novo pacto de gestão delimita, para os gestores, os horizontes de reforma da institucionalidade setorial que se pretende.

A dissociação entre os discursos da maioria dos atores e entes coletivos a favor de mudanças racionalizadoras, como se demonstrou na análise dos documentos, e os resultados das decisões e acordos produzidos nos espaços de gestão, no período analisado, revelam o paradoxo e as contradições associadas ao processo de mudança. Observando a produção normativa e discursiva sob a ótica da racionalização do sistema não se percebe decisões institucionais ou movimentos instituintes que apontem para a superação dos déficits de racionalidade assinalados.

O olhar sobre a racionalização do sistema se utilizou das categorias analíticas - responsabilidade sanitária, integração e regionalização -, como meio para compreender a lógica de organização e gestão do SUS.

A definição legal e normativa da responsabilidade sanitária e dos meios de integração de ações e serviços de saúde, dois pilares básicos para uma organização racional sistêmica, têm se mostrado insuficientes, mesmo com os pactos aprovados em negociação intergestores, para assegurar eficácia, efetividade e eficiência no funcionamento do sistema.

Os problemas de integração horizontal e vertical se mostram como entraves à organização racional do sistema. A integração das redes de atenção dos municípios e dos estados como mecanismo de viabilização da integralidade da atenção continua distante. A proposta de regionalização que possibilitaria essa articulação nos territórios não ganhou vida e continua obstaculizada pela falta de priorização e pela resistência das representações dos gestores, associadas ao conflito federativo. A integração de ações e serviços no âmbito institucional de cada esfera de governo, inclusive do MS, continua problemática diante da “cultura” segmentar instituída. A atuação integradora do gestor federal e dos gestores estaduais se mostra capenga e insuficiente para promover a coordenação do sistema nacional e dos sistemas estaduais. A cobrança de alguns gestores estaduais junto ao Ministério da Saúde pela implantação de uma programação interestadual revelam essa insuficiência, assim como às reclamações dos municípios em relação ao gestor estadual. A regulação do sistema privado de atenção que presta serviços ao SUS e a sua integração à lógica de gestão do SUS continua como um desafio.

A integração do sistema é um problema que se apresenta em várias dimensões. A falta de integração das práticas, das redes assistenciais, dos serviços, e entre os subsistemas municipais e os subsistemas estaduais comprometem a continuidade do cuidado e a idéia de integralidade. No campo da gestão, a incapacidade dos gestores estaduais para promover a integração entre os municípios e entre as redes assistenciais municipais e estaduais, estatais e contratadas, tem trazido problemas de acesso e comprometido à universalidade e a equidade. Situação semelhante ocorre no plano nacional, sem que o Ministério tenha conseguido equacionar todas as situações e construir mecanismos de integração entre os estados e entre as redes de base estadual com serviços de abrangência nacional. Hoje existem alguns mecanismos que cumprem parcialmente esse objetivo. E neste caso os mecanismos de destinação de recursos dificultam esse processo de integração.

A regionalização, como já mencionado, se mantém congelada nos termos da normatização e bloqueada pelos conflitos de poder que permeiam as relações federativas.

Os impasses em torno da regionalização que emergiram no debate sobre o Pacto de Gestão refletem o conflito federativo na saúde, no qual estados e municípios disputam recursos e a direção do sistema, e o gestor federal continua exercendo a unidirecionalidade normativa, mesmo negociada, formulando políticas e definindo as formas de financiamento a serem executadas pelos estados e municípios, evidenciando a tensão entre controle e autonomia no processo de descentralização.

A responsabilidade sanitária continua sem uma definição precisa que possibilite ao cidadão de cada município saber a quem cobrar pelo atendimento de suas necessidades, diante das inúmeras situações de partilhamento de responsabilidades, associadas às condições de gestão. As imprecisões legais não foram superadas pelas normas nem pelos acordos entre gestores, deixando os usuários desorientados em circunstâncias de conflito em que prevalece o empurra-empurra. Nessa indefinição ganha corpo o processo de judicialização do direito à saúde em que os cidadãos, mais informados e com recursos, buscam na justiça assegurar a prestação de serviços, criando conflitos de ordem ética e social quanto ao preceito da equidade.

Predomina entre analistas de gestão pública e ecoa na opinião pública uma avaliação de que temos uma dispersão de responsabilidades e um baixo grau de responsabilização sanitária nas atividades de direção do sistema, de gerência e de prestação dos serviços, denotando um baixo grau de formação de compromisso entre gestores, gerentes e equipes profissionais no SUS (CAMPOS, 2004). Fato que se traduz na opinião prevalente entre políticos, profissionais de saúde, formadores de opinião e especialistas da administração, que a gestão do sistema de saúde é amadora, ineficiente e ineficaz, contribuindo para o desperdício de recursos e a baixa produtividade do sistema. Os estudos têm apontado a insuficiente utilização dos instrumentos de planejamento e gestão disponíveis e a quase ausência de avaliação, tanto na gestão do sistema quanto na gerência dos serviços, denotando a pouca ênfase à lógica de racionalização econômica da gestão (BANCO MUNDIAL, 2004).

E nesses dois anos pouco se conseguiu avançar no enfrentamento dessas questões tidas como essenciais ao processo de racionalização do sistema.

Em relação aos instrumentos de planejamento e gestão e aos dispositivos de regulação e normatização, já comentados, também não se deu passos significativos para alterar a inadequação verificada. A elaboração do Plano Nacional de Saúde se constitui em iniciativa interessante, mas não foi suficiente para influenciar na mudança da lógica de programação segmentada vigente. O projeto regulaSUS, em andamento, aponta a possibilidade de racionalizar o processo de normatização da gestão descentralizada, mas colide com a dinâmica de produção normativa instituída no MS, em que cada Secretaria do Ministério goza de poderes de regulamentar suas ações. E o tema da regulação, no âmbito assistencial, tem se restringido às iniciativas de regulação de fluxos de pacientes através da instalação de centrais de regulação. A contratualização dos serviços privados que prestam serviços ao SUS como instrumento para induzir uma nova relação entre gestores e prestadores e dos prestadores com os usuários, permitindo uma regulação e avaliação de resultados só foi implementada por poucos estados e municípios. Nos demais estados e municípios mantém-se o padrão tradicional em que o prestador de serviços determina as condições de oferta e se mantém imune à regulação do gestor.

A troca de experiências e a potencialização dos recursos de regulação da oferta de serviços privados entre os gestores do SUS, a ANVISA e a Agência Nacional de Saúde Suplementar ainda se mostra incipiente.

O conflito federativo como óbice às mudanças tem se manifestado, no âmbito da saúde, na disputa inter-governamental em torno do processo de formulação, normatização e definição sobre a alocação de recursos. Aparece na polarização entre autonomia e controle entre os gestores municipais e estaduais versus o gestor federal ou na competição entre os estados e municípios em torno da direção do sistema. Essa contenda, hoje, está condicionada, em certa medida, pelo modelo de descentralização implementado, calcado na “municipalização insular”, sem a correspondente integração dos subsistemas municipais, e sem uma coordenação de âmbito regional e estadual que promovesse a integração de ações e serviços. Esse modelo de descentralização que foi bem sucedido em inúmeros aspectos, ao consolidar interesses e delimitar campos de disputa tem dificultado a gestão da mudança com vistas à redefinição de responsabilidades, a busca de integração e à efetivação do processo de regionalização.

A contradição entre um federalismo partilhado pautado pela delimitação de funções, espaços e recursos, como especificado na legislação, e a necessidade de se instituir processos de co-gestão fundados na solidariedade e na cooperação entre os entes e voltados para a integração do sistema se constitui num desafio a ser vencido.

O entendimento sobre a incompletude da reforma se torna evidente nos discursos proferidos pelos sujeitos nos vários espaços de interlocução analisados – a conferência, o conselho e a CIT – onde se manifestam as demandas por mudanças na condução da política. Essa busca de acabamento do processo da reforma, expresso nas demandas de muitos sujeitos, está orientada pelo resgate original do projeto da reforma sanitária inscrito na legislação sanitária do país. Porém não considera as transformações ocorridas no campo da saúde, no Estado e na Sociedade Brasileira, inclusive os problemas decorrentes da institucionalização do SUS no leito de uma institucionalidade que lhe antecedeu, nem questiona os limites do projeto.

Outra via para explicitarmos que as mudanças não se fizeram conforme as expectativas dos atores sociais é confrontar a “agenda síntese” da mudança no SUS, apresentada no capítulo III, com a produção normativa dos espaços institucionais de gestão, no período.

Invertendo a ordem das questões, podemos dizer que em relação à descentralização, pouco mudou no sentido de fortalecer a autonomia de gestão dos estados e municípios, como se pleiteou, pois a essência das normas e os padrões de relação entre os entes federados se mantiveram quase inalterados. E questões que estavam bloqueadas, como o processo de regionalização do sistema, não deslançaram, mesmo com a reabertura do debate.

A modalidade de financiamento manteve suas características básicas, inclusive na alocação de recursos para investimento, que continua em sua quase totalidade amarrado a emendas parlamentares e dependente do jogo político estabelecido na relação do parlamento com o executivo. Adotaram-se medidas para alocação de recursos de custeio visando iniciar a correção de desigualdades, mas ainda restritas a correção de diferenças per capita entre os estados da federação, que se mantém bastante desiguais . Algumas decisões

que apontam para alterar a lógica de pagamento como os contratos de gestão com os Hospitais Universitários e os Hospitais de pequeno porte, públicos e filantrópicos, ainda estão em fase de implantação. E continua a batalha para regulamentar e assegurar o cumprimento da emenda 29 nas três esferas de governo.

As medidas anunciadas na área de pessoal, como as mesas de negociação do trabalho e a política de educação permanente, não conseguiram produzir resultados em termos de fim da precarização do trabalho, que continua sem solução à vista, nem alterou a lógica de gestão do trabalho no setor. A PEP, apesar da boa receptividade nas instâncias de gestão e controle social, ainda não produziu os efeitos esperados. A proposta de criar mecanismos alternativos de contratação de pessoal que apontassem para a busca de equidade na distribuição de pessoal e a criação de formas alternativas de remuneração, nos moldes do FUNDEF proposto na 12ª Conferência, não tiveram prioridade no debate decisório.

A mudança do modelo de atenção e das práticas assistenciais, questão central da agenda da reforma, não foi objeto de decisão que desencadeasse um movimento coordenado e articulado para interferir nos modos de fazer saúde no SUS. As iniciativas nesse terreno, mesmo com alguma busca de integração, ainda mantiveram uma lógica fragmentada, obedecendo aos ditames da reprodução institucional. A reorganização de algumas “políticas” especializadas, a flexibilização de algumas regras na atenção básica, a revisão das normas da vigilância em saúde e iniciativas inovadoras como o HumanizaSUS ou o QualiSUS não conseguiram produzir impacto ou movimentos instituintes, em escala ampliada, capazes de alterar os padrões dominantes nas formas de produzir saúde nos serviços.

A participação e o controle social, nesse período, tiveram como marca a realização da 12ª Conferência Nacional, que suscitou o debate na maioria dos municípios e nos estados, a realização de três conferências temáticas e a recomposição do Conselho Nacional de Saúde. Porém consideramos que não se produziram iniciativas com repercussão no conjunto do sistema que contribuíssem para qualificar a participação e o controle público sobre os serviços e a gestão, como se vislumbrou com a criação de uma Secretaria específica na estrutura do Ministério para desenvolver ações orientadas para fortalecer esses processos.

E por fim, não tivemos mudanças radicais na orientação da política econômica e das políticas sociais do governo no rumo que pretendiam os entes coletivos que se manifestaram no debate.

A reflexão acerca desse conjunto de proposições permite-nos deduzir que, apesar dos muitos diagnósticos sobre os problemas organizativos, assistenciais e gerenciais do SUS não temos um projeto atual de reforma setorial com apoio e viabilidade, no contexto sócio-político do país, para promover às reformas institucionais necessárias à superação dos muitos gargalos que se tem identificado na garantia do direito à saúde.

Constata-se que nem o governo, através do MS, nem os demais atores sociais possuem projetos de transformação ou inovação na organização e nos arranjos de gestão do SUS que superem os problemas identificados. Observa-se uma tendência à estabilização de um padrão de política que reproduz o instituído com melhorias incrementais e uma certa acomodação da sociedade nas lutas pela conquista do direito à saúde.

O relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde mesmo versando sobre as mais variadas questões do sistema não se consubstancia num projeto de “reforma da reforma”, apesar de conter subsídios importantes para sua construção e contar com a legitimidade dos atores sociais.

Assim podemos concluir, no âmbito de uma análise “endógena”, portanto de alcance limitado, que a “agenda” da reforma encontra-se pendente e os discursos que assumiram sua defesa não se viabilizaram em projetos instituintes. Contudo podemos arrematar que a via para promover as mudanças no SUS não passa pela mera reafirmação do projeto original da reforma nem pela simples aplicação de seus preceitos.

Na ausência de projetos com sustentação política e social para promover transformações profundas na atuação do Estado no campo das políticas sociais vislumbramos que as possibilidades de mudança no SUS situam-se no campo setorial. Dependeriam de uma convergência dos sujeitos políticos e dos atores sociais, com atuação no campo da saúde, em torno de um programa de mudanças institucionais na organização e

na gestão que ao promoverem a racionalização da organização e da gestão possam aumentar a eficácia e a efetividade do sistema e ampliar sua legitimidade junto aos usuários. Com isso se aumentaria a adesão e a sustentação política para a política universalista. A agenda de discussão para um “novo pacto de gestão” no SUS poderia ser o ponto de partida para a mobilização do conjunto de atores no campo setorial.

Com isso não desconhecemos a importância das lutas pela construção da cidadania no país, nem a importância destas para a construção do SUS, mas temos que reconhecer que essa é uma tarefa de toda a sociedade.

Uma análise prospectiva em relação ao tema da mudança no SUS com base na leitura da produção discursiva dos espaços de gestão retratados, nos marcos do paradigma dominante no setor saúde, e orientada pela lógica da racionalização, nos leva a apontar algumas possibilidades de ação para efetivar algumas mudanças. Exercício retórico que sugere mudança das práticas e das idéias dos que propugnam mudanças.

O ponto de partida para a argumentação é o de que a produção de mudanças nas instituições tem que mexer, simultaneamente, nas estruturas e nos sujeitos, lidando com crenças, valores e idéias, e nas relações que os produzem (CAMPOS, 1994).

Ao refletir sobre a 12ª Conferência acreditamos ser necessário alterar o modelo de organização e composição das conferências e precisar melhor seus objetivos. Estipular diretrizes que possam garantir uma maior diversidade na representação que espelhe o universo dos usuários do SUS e possibilite a inclusão de representantes dos “desorganizados”. Alterar a orientação e o método do debate para que as múltiplas falas sejam escutadas, rompendo o monopólio dos discursos pré-elaborados. Canalizar o debate para formar um júízo coletivo sobre os principais problemas do sistema, as prioridades para enfrentá-las, os recursos a serem mobilizados, os responsáveis pela efetivação das ações e os mecanismos de acompanhamento; definindo um número máximo de diretrizes que funcionaria como um programa mínimo de ação, assumido pelo conjunto de atores sociais, movimentos, organizações setoriais e governos. O princípio da responsabilização, inclusive dos delegados, deveria nortear o processo deliberativo.

A mudança na atuação do Conselho passaria pela redefinição de sua agenda orientando-a para a discussão permanente dos graves problemas não equacionados na implementação do SUS. Pressupunha uma avaliação continuada da execução dos programas e ações considerando seus resultados e impactos na situação de saúde e no atendimento das necessidades da população. Significaria estabelecer uma maior articulação com os processos de gestão e ampliar o olhar para as variadas dimensões desse processo, para as três esferas de governo e para os distintos territórios.

A análise do relatório da 12ª Conferência para definição das questões principais a serem objeto de discussão, deliberação e acompanhamento poderia ser o início desse processo. E na mesma direção uma avaliação da execução do Plano Nacional de Saúde, recém aprovado pelo Conselho, compatibilizando-o com as deliberações da Conferência, complementaria essa tarefa.

Em consonância com essa orientação se recomendaria a inserção na agenda de debates do conselho da discussão sobre o pacto de gestão em debate na CIT, que poderia oportunizar a construção de um acordo, regulamentado, sobre as atribuições de competências entre essas instâncias e sobre os fluxos no processo de deliberação.

No escopo desse debate, destaca-se o tema da revisão normativa do SUS que demandaria um debate e uma atualização da lei orgânica da saúde, da legislação correlata e dos instrumentos normativos que têm regulamentado os vários aspectos da gestão e da organização do sistema. Parece-nos que o temor que paira em relação a essa iniciativa devido aos riscos de retrocesso não mais se sustenta dada a ofensiva legislativa que vem alterando vários aspectos da legislação do SUS, que culminou na aprovação do projeto, já referido, que institui a opção por atendimento diferenciado no SUS.

As mudanças no âmbito da CIT seriam mais de ordem política que organizativa pois pressuporia trazer para o centro da discussão as principais questões políticas e organizativas que emperram a melhoria do desempenho do sistema, se referenciando também nas deliberações da 12ª Conferência e nas diretrizes do Plano Nacional de Saúde. A agenda definida para a discussão sobre um novo pacto de gestão deveria ser o referencial para essa reorientação. Contudo essa viragem estaria condicionada pela mudança na atitude

dos atores em cena no espaço de gestão. Os gestores estaduais e municipais teriam que assumir uma maior protagonismo e responsabilidade na construção de propostas e na efetivação dos acordos e o Ministério teria que redefinir as bases da unidirecionalidade normativa que tem assumido.

Estaria posta, aos estados e ao Ministério, a tarefa de repensar suas responsabilidades em termos de formulação, regulação, financiamento e coordenação do sistema no âmbito estadual e nacional, redefinindo suas estruturas e lógica de gestão. O objetivo seria superar as práticas de gestão burocratizadas, segmentadas, clientelistas e ineficazes que levam a desumanização e a desesperança. A ênfase nas atividades de avaliação e a construção de mecanismos de petição e prestação de contas pela sociedade, e o uso dos resultados desses processos para induzir a responsabilização dos gestores, dos conselheiros, do legislativo e do Ministério Público criando as condições para um julgamento informado sobre o desempenho do sistema e de seus gestores, é uma tarefa inadiável.

Mas essas são prescrições normativas, tecnocráticas e voluntaristas que só ganharão sentido se assumidas pelos sujeitos e se conseguirem produzir alterações nas práticas político-institucionais, condicionadas pelo habitus social (ELIAS, 1994) dos atores, e pelas contingências das relações sociais.

E já que estamos a especular, julgamos oportuno fazê-lo problematizando, ainda que de maneira superficial e assistemática, as expectativas e as experiências relativas a dinâmica de mudança e conservação na organização e na gestão do SUS, como tentativa de ampliar a compreensão do processo e talvez sugerir reflexões alternativas sobre os caminhos da mudança.

Argüindo a discrepância entre expectativas e experiências

A tentativa de compreender os paradoxos na implementação da política de saúde nos conduz a especular acerca das discrepâncias entre as expectativas e as experiências concretas de institucionalização do SUS, e a inquirir os discursos e as racionalidades que têm orientado esse processo.

O entendimento desse processo e o questionamento das propostas de mudança e de alguns dos seus fundamentos pode ajudar a pensar caminhos alternativos para as reformas que se reivindicam no sistema de saúde brasileiro.

Uma das razões que podemos avocar para esse descompasso situa-se na excessiva confiança que foi depositada nas instituições e nos agentes do Estado brasileiro como promotores da reforma setorial, denotando o pouco crédito nos atores sociais como promotores da mudança. Crença que se sustenta numa visão da dominância do Estado frente à Sociedade na tradição brasileira e latino-americana.

A atuação estatal frente à saúde no Brasil pode ser caracterizada como de cunho setorial, englobando funções de regulação, financiamento e prestação de serviços, e produção de insumos. Está distante de uma visão que pensa essa atuação integrada e abrangente, orientada pela idéia da seguridade social inscrita na constituição, que coordenaria um conjunto de políticas voltadas para assegurar qualidade de vida e saúde. Poderíamos afirmar, com base na análise de Dâmaso (1989) que o Estado tem privilegiado a organização social da prática médica em detrimento de uma intervenção global sobre o processo saúde-doença.

Essa atuação fragmentada do Estado tem raízes históricas e está em consonância com o ajuste estrutural do Estado contemporâneo que tem colocado a agenda econômica como centralidade de sua ação e a atuação social como subordinada a esta, em desacordo com o discurso dominante no meio sanitário, que pensa essa equação invertida, como assinalamos na leitura do relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Esse discurso não considera a seletividade estrutural (OFFE e LENHARDT, 1984) do Estado nem as contradições constitutivas de sua ação, assim caracterizadas por Santos (2000).

A actuação do Estado é um fluxo contínuo de ações e omissões, decisões e ausências de decisões, discursos e silêncios, e só num determinado grau de agregação é possível encontrar a combinação específica de estratégias que preside a actuação do Estado em determinado período (SANTOS, 2000, pg. 177).

Assim configura-se, apesar da unificação legal das instituições setoriais, uma atuação estatal no setor saúde, marcada pela segmentação, pelo baixo grau de integração e dificuldade de coordenação das ações, que reproduz a lógica institucional que as conformou em desacordo com a idéia vigente no discurso sanitário de uma atuação integrada e coordenada. Além do que na conformação do sistema descentralizado que hoje temos se mantiveram antigas segmentações e se instituíram novas separações ditadas pela divisão de atribuições e pelo conflito entre os entes federados, que muitas vezes são abstraídos na discussão sobre a ação estatal. Essa pluralidade institucional do Estado se traduz em diferentes lógicas de ação que podem ser observadas na dinâmica institucional dos serviços municipais, estaduais e nos órgãos federais de coordenação, bem como na prática legislativa, judiciária e do Ministério Público, referentes aos assuntos de saúde, nas 03 esferas de governo. Portanto bem distante da idéia de um estado harmônico, integrado e ordenado como previsto na ordem jurídica estatal.

Evidencia-se assim uma falta de sintonia entre as propostas de macro-racionalização da ação estatal no campo da saúde e das políticas sociais, como preconizam as deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, orientadas por uma visão “maximalista” dessa atuação e a atuação limitada do Estado brasileiro na esfera social, constringido pelos imperativos da crise fiscal, pela dependência à lógica econômica capitalista e pelos condicionantes de uma ordem social desigual, moldada por um sistema político que preserva os interesses estabelecidos.

Assim se estabelece uma discrepância inconciliável entre experiência e expectativa, pois entre a atuação real do Estado e aquela imaginada existe uma distância ponderável, levando a riscos de frustrações e de conformismo pela esmaecimento da esperança numa espera sem fim de ver concretizadas as “promessas” (SANTOS, 2000). E com isso as estratégias elaboradas para implementar a reforma têm se mostrado eivadas de contradições.

O dilema, presente desde os primórdios da reforma, entre uma transformação setorial inserida no contexto das reformas do Estado e um “reformismo político”, que via na reforma sanitária o motor de transformações políticas na sociedade, tem se apresentado em diferentes versões. Outra manifestação dessas contradições se apresentou nas opções

estratégicas escolhidas para viabilizar as mudanças, entre a via de ocupação do Estado e a via da mobilização popular.

As várias análises, explicitadas anteriormente, têm nos mostrado que a reforma se manteve nos limites da ordem como uma mudança setorial na atuação do Estado, que a ocupação do Estado teve efeitos limitados e que o movimento social não produziu a mobilização política necessária para avançar nas conquistas sanitárias.

A crença no potencial de mobilização social em torno do direito à saúde pelo seu “valor universal” se constituiu noutra quimera do discurso reformista que não se traduziu em ação político social que inserisse a saúde no centro da agenda social do Estado e da Sociedade. O fato de existir uma relativa capacidade de mobilização setorial em torno das conferências de saúde e a existência de mais de 5000 conselhos municipais de saúde, com milhares de conselheiros participantes, não tem significado potencial de mobilização social mais amplo com capacidade de interferir de maneira mais ampla na atuação do Estado. Essa organização setorial tem se afirmado como um ativo grupo de pressão no plano nacional, mas se mostra débil no âmbito dos espaços subnacionais de governo. Parece que o ativismo na luta pelo direito à saúde, baseado numa cultura cívica reclamado por Morin (2004), não se espalhou no conjunto da sociedade.

Esse fato tem sido reconhecido por vários autores (CASTRO, 1992; COSTA, 1994; RIBEIRO, 1996) que constatarem o pequeno arco de forças sociais que tem sustentado a reforma.

Avaliação que explicita os equívocos de uma aposta na vitalidade da cidadania para conquistar os direitos sociais no Brasil. Aposta que desconsidera o processo de “modernização seletiva” da sociedade brasileira que legou uma ordem social fundada na dominação e na subordinação consentida e conformou relações sociais assentadas na subcidadania da maioria da população (SOUZA, 2000). Ao comentar a seletividade do processo social no Brasil, Souza (2000) destaca que esta não é uma questão recente “mas um elo numa corrente mais longa” que acompanha a nossa modernização desde o início do século XIX. Para ele, a seletividade

[...] cria, pelo abandono, um exército de párias urbanos e rurais sem lugar no processo produtivo e na comunidade política. Também será apenas aquele trabalhador cidadão regulado, ou seja, o trabalhador reconhecido, bem qualificado e organizado que se imporá, nas últimas décadas do século XX, como um interlocutor que exige ser ouvido na arena política (SOUZA, 2000).

O questionamento ao potencial de mobilização social em torno da saúde, se funda na apreciação da agenda social e política da Sociedade e do Estado, num cenário em que a mídia pauta o debate na opinião pública e influencia a ação do governo, do legislativo e do judiciário. O fato de a saúde aparecer, nas pesquisas de opinião, como um dos principais problemas do cotidiano de vida da população não lhe assegura lugar no topo da agenda. Esses problemas têm sido utilizados para por em xeque a capacidade do SUS de responder às necessidades de saúde da população, afetando seu potencial de legitimação social. Legitimação que é ameaçada pela hegemonia da ideologia de mercado que se estabeleceu no campo da saúde e exerce grande influência no imaginário social, dos profissionais, que a tem como referência de exercício liberal, e de amplos segmentos da população que a vê como forma privilegiada para garantir acesso ao consumo de serviços.

A relevância da economia e da política, na sua dimensão partidária, parlamentar e de disputa na condução do Estado, e a violência social espetacularizada têm recebido a maior atenção dos meios de comunicação e polarizado a atenção da opinião pública. As recentes pesquisas de opinião que associam a melhora na avaliação do governo ao crescimento da economia reforçam essa compreensão.

A desigualdade social e a exclusão de milhões de pessoas do acesso ao consumo de bens essenciais a uma vida digna, no Brasil, reforçam a idéia de que a prioridade da ação estatal deveria se direcionar para melhorar as condições de vida das pessoas, com políticas de distribuição de renda e de infra-estrutura, principalmente moradia e saneamento, que mudassem a cara da miséria social. E essas políticas, mesmo inseridas no escopo da garantia do direito à saúde, assumem lugares específicos na organização do Estado e no campo das políticas sociais, além de concorrerem com o setor saúde na destinação dos recursos disponíveis para o investimento ou gasto social.

Ademais é bom lembrar que essa tese encontra respaldo em teorias político-econômicas e teorias médico-sociais (SCLIAR, 1987) que tributam as melhorias sanitárias a melhorias das condições econômicas e sociais. Posição que também se sustenta diante das teses sobre os sistemas de bem estar social que advogam a inviabilidade desses sistemas em situações de extrema desigualdade social gerada pelo mercado e na ausência de condições políticas que assegurem o exercício da cidadania, fundada na solidariedade social (VIANNA, 1992). E convenhamos, esse continua a ser o grande desafio político da sociedade brasileira. Em um contexto social em que as esperanças e os sonhos se esvanecem, como constata melancólico Chico Buarque em recente entrevista

Como não se vê perspectiva de mudança a curto ou mesmo a médio prazo, a sociedade toda é levada a um certo conformismo, ou mesmo a um cinismo. Na alta classe média, assim como já houve um certo esquerdismo de salão, há hoje um pensamento cada vez mais reacionário, com tintas de racismo e de intolerâncias impressionantes (FOLHA DE SÃO PAULO, 26 dezembro 2004).

Esse imaginário social, frente ao contexto social e aos condicionamentos da ação estatal, antes mencionados, contribui para explicar a diferença de percepção sobre essa ação frente à saúde. O confronto da visão dos atores sociais que atuam no campo da saúde com as vozes hegemônicas no governo, principalmente os porta vozes da área econômica, evidenciam as contradições desses discursos e revelam uma tendência hegemônica na atuação do Estado no campo sanitário. Tanto na esfera federal como nos estados a saúde é vista mais como sorvedouro de recursos e fonte de crises, que afetam à imagem do governo, do que como uma política pública prioritária.

Essa crença na onipotência do governo como promotor da transformação setorial, mesmo manifestando-se em contradição com a crença na força da participação social no campo da saúde, abstrai a história e os limites estruturais do setor, tanto em sua dimensão econômica, como na dimensão político-cultural, materializados em instituições que realizam interesses dos grupos dominantes, por meio do exercício dos poderes que mobilizam.

De passagem, podemos citar a capacidade que o hoje chamado “complexo produtivo” tem na fixação de fronteiras e na abertura de novos horizontes (SANTOS, 2000) nas práticas de saúde. Tanto pelo desenvolvimento e incorporação de tecnologias médicas, materializadas em equipamentos, medicamentos e insumos, como pela criação de novas formas de organizar e gerir as práticas de saúde (MERHY, 2002b) e pela mercantilização das relações de consumo de produtos e serviços. Em uma situação de baixa capacidade de regulação por parte do Estado.

No plano político cultural destacamos o potencial de mobilização e vocalização das corporações profissionais, com hegemonia da corporação médica, que, apoiadas na tradição, no domínio dos saberes, na autonomia profissional, na legitimidade social e no reconhecimento pelo direito estatal exercem, na intimidade com o mercado da saúde, grande influência sobre a conformação da política e a organização dos serviços e das práticas de saúde.

E estes setores têm capacidade de mobilização e poder de influenciar a agenda do Estado, e se fazem representar em espaços estratégicos através dos mecanismos de permeabilidade (MARQUES, 1999) que o Estado propicia. As maneiras de agir podem ser diversificadas, muitas vezes silenciosa. Nessa conjuntura recente podemos notar alguns movimentos nesse campo: pressão dos prestadores pelo reajuste de tabelas; pressão de entidades médicas especializadas para influir na definição das políticas de atenção especializada; articulação junto a setores específicos do Ministério para incorporar novas tecnologias de diagnóstico e terapia; manipulação da concorrência, com corrupção de funcionários, na aquisição de produtos; articulação junto ao poder legislativo para vocalizar assuntos e aprovar atos de interesses desses grupos. A recente aprovação na Comissão de Seguridade Social da Câmara de projeto de lei 3.268/04 que "dispõe sobre a opção de acomodação particular de pacientes no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS", que legaliza a cobrança de adicional por serviços e honorários profissionais, é apenas um exemplo desse poder. E não podemos esquecer que essa permeabilidade dos interesses privados se exerce com muita intensidade também no âmbito dos municípios e dos estados, criando em muitas situações uma situação de subordinação inversa, em que o gestor fica refém de corporações e dos prestadores de serviços. O caso do estado do Espírito Santo em

que os médicos organizados em cooperativas têm imposto ao gestor as condições e o valor da prestação de serviços nos serviços públicos em que atuam serve de exemplo dessa situação.

Outra expectativa sobre a mudança que se mostra problemática no debate refere-se à crença cognitiva e normativa na idéia do sistema de saúde como uma totalidade ordenada e integrada. Crença que se fundamenta na racionalidade da ciência e do direito estatal, modernos, como modeladores da realidade social (SANTOS, 2000). E em que medida essa crença interfere no processo de mudanças no SUS? Primeiro no conflito que se esboça entre a busca de ordenamento, baseada numa razão geral, e a pluralidade de ordens que se apresentam no campo da saúde. Segundo pela disputa em torno da regulação de atribuições dos entes e da regulamentação de procedimentos e ações que põem em confronto os vários princípios de regulação (do mercado, corporativo profissional, pública) e a busca de uniformidade frente à defesa da diversidade numa peleja entre controle central e as autonomias locais. Terceiro em relação ao exercício de governo do sistema, em que se defrontam as várias modalidades de poder na interação com os poderes estatais.

Mendes (2004) tem destacado o divórcio entre o princípio legal do Sistema Único e a pluralidade de sistemas que convivem no país, regidos por lógicas distintas. O autor destaca pelo menos 03 sistemas: o sistema público, composto pelos serviços estatais e contratados; o sistema de saúde suplementar e; o sistema de pagamento direto.

No mesmo sentido podemos apontar os múltiplos subsistemas verticais e horizontais que operam dentro do SUS sem a necessária integração e coordenação que a lógica sistêmica preconiza. Seriam exemplos: os vários sistemas municipais isolados; os sistemas de vigilância, sanitária e epidemiológica; o sistema de atenção de “alta complexidade”.

Mas talvez tenhamos que repensar nossa concepção de sistema para entendê-lo não como um modelo para a ação e mais como um recurso analítico que possibilita evidenciar as modalidades de relação, as características e propriedades das organizações, e a racionalidade dos atores em interação (FRIEDBERG, 1993). E com base nessa concepção interrogar as explicações endógenas sobre o funcionamento do sistema que, ao eludir a interação com outros sistemas de ação, dificulta a percepção da necessidade de mudanças (FRIEDBERG, 1993).

A visão macro-estrutural em que se combina a preponderância do estado e a noção de sistema, duas categorias totalizantes, tende a concentrar sua atenção na totalidade do sistema e nas suas relações essenciais, e a relegar as unidades e as relações secundárias a um plano inferior de análise. Pensamos que este é outro aspecto a ser refletido na discussão da mudança. Identificamos uma concentração do debate na dimensão nacional do sistema e na relação centrípeta das unidades federadas com o Ministério da Saúde, desconsiderando as relações horizontais entre os municípios, destes com os estados e entre estes. Mas gostaríamos de destacar um outro aspecto dessa questão. Como pensar a mudança do sistema sem mudar as suas organizações singulares e as instituições que as atravessam, sem falar nas práticas que aí se desenvolvem. E nesse sentido imagino que somos poucos os que têm se preocupado com a mudança nas práticas, na organização e na gestão, do hospital, da unidade básica, do serviço especializado, do subsistema de vigilância em saúde, e das formas de articulação e interação entre esses serviços conformando redes interativas e coordenadas. As propostas de intervenção sobre a produção dos saberes, a formação profissional e a educação profissional, por parte do Ministério da Saúde, apontam nessa direção, mas a condução do processo tem se mostrado problemática.

E pensar a mudança somente pela definição da política, pela alocação de recursos e pela normatização de ações e procedimentos, que serão executados em milhares de unidades em que circulam saberes, se exercem poderes e se operam práticas, é apostar no imponderável. Daí que a racionalização do sistema assentada em regras gerais e uniformizadoras tenha tanta dificuldade de se efetivar e se mostre tão distante do cotidiano dos serviços.

As organizações de saúde possuem características particulares que precisam ser levadas em conta ao pensar sua gerência e sua articulação ao sistema de saúde (DUSSAULT, 1994). São atravessadas por múltiplas instituições com destaque para as instituições profissionais que ditam regras e influenciam a conformação das práticas. E como organizações públicas se submetem aos ditames legais e a interferência do sistema político. O cotidiano da gestão do SUS é permeado por variadas racionalidades, fundadas em interesses corporativos, de trabalhadores, prestadores de serviços, produtores de insumos e equipamentos, e pelos interesses próprios dos agentes governamentais,

parlamentares e usuários. Expõe as contradições e os paradoxos de um projeto de racionalização sanitária assentado em princípios universalistas e nas diretrizes da integração, da descentralização e da democratização.

Desta forma, trazemos ao debate o tema da gestão pública, geralmente pouco considerado quando se pensa a racionalização e a mudança do sistema.

A “crônica” incapacidade gerencial do Estado para ofertar, com oportunidade e qualidade, os serviços e as ações legalmente asseguradas se constitui em mais uma discrepância entre os anseios reformistas e a ação corriqueira das organizações estatais. Incapacidade associada à conformação burocrática do Estado, nas três esferas de governo e no conjunto dos poderes, que o engessa e compromete sua eficiência, eficácia social e efetividade na realização de sua função social. Problemas que são abstraídos em alguns discursos e proposições de mudanças na organização e na gestão do sistema de saúde que depositam todas as possibilidades na ação estatal, sem questionar o Estado que temos, os interesses que o dominam e os agentes que o operam. Pois tendemos a pensá-la combinando a racionalidade econômica, centrada na eficiência, com a racionalidade social, baseada na ética e no direito universal, sem considerar a racionalidade política baseada nos interesses.

Questão discutida por Przeworski (2004) ao mostrar que não há uma correspondência entre os interesses universalistas atribuídos ao Estado com os interesses particularistas dos partidos e os interesses pessoais de governantes, parlamentares e magistrados, ao lembrar que os políticos têm metas universais, partidárias e pessoais. Ao analisar o governo nos Estados democráticos e interrogar como pode os que são eleitos partidariamente governar em nome de todos, chega a conclusão que:

El ideal de una “administración racional al servicio del interés público” es atractivo: pero no es una vara realista para evaluar el comportamiento de los gobiernos democráticos. No se puede eliminar la política de la administración pública: eso es un proyecto con visos autoritarios. Lo único que podemos hacer es controlar las formas que dicha utilización asume e moderar su magnitud (Przeworski, 2004, p.212).

Discussão que nos instiga a pensar a gestão pública e o formato do estado brasileiro, pouco considerados no processo de implementação da política de saúde e na construção dos arranjos institucionais de gestão do SUS, pelo potencial de interferência sobre a conformação do sistema e de seus resultados.

Estado que mantém características patrimonialistas, clientelistas, centralizadoras e autoritárias, e condicionam uma relação com a sociedade ainda marcada pelo pouco respeito à cidadania em que os grupos com maior poder social se utilizam da sua inserção nas instituições estatais para fazer valer seus interesses (LUZ, 2000). E as reformas do Estado, inspiradas pelas idéias neoliberais, orientadas para a busca de eficiência através das teorias gerencialistas não superaram essa herança. Apostaram no enxugamento do Estado e na transferência de atribuições para os governos subnacionais e para o setor privado, terceirizando funções, no caso do SUS principalmente na contratação de pessoal, e dificultando a transparência e o controle público sobre as ações e a utilização dos recursos. Luz (2000) avalia que:

a proposta política do Estado com essa estratégia é encolher-se ao nível mínimo, deixando em mãos privadas, filantrópicas ou voluntárias, às quais faz apelos constantes e incisivos de participação e parceria, atividades concernentes ao setor social secularmente definidas como funções públicas essenciais (LUZ, 2000).

A gestão pública, nesse Estado, tem sido influenciada pela racionalidade da política eleitoral e partidária orientada para a preservação do poder dos grupos dominantes e entra em contradição com uma racionalidade orientada pela eficiência e eficácia social das ações do Estado. Essa lógica de gestão reproduz nas instituições setoriais o autoritarismo, o verticalismo das decisões, a pouca transparência no processo decisório e a exclusão da participação social.

Nesse campo da gestão pública sobressai na análise um aspecto pouco considerado nos processos de mudança do SUS - as formas de lidar com as pessoas na ação institucional. E as tradições de vários matizes ideológicos têm sustentado uma relação, governante versus governado, ou, dirigente versus dirigido, de mando e subordinação com exclusão dos trabalhadores do processo decisório contribuindo para a alienação e a baixa

responsabilização com os objetivos do trabalho e para a formação de atitudes desrespeitosas para com os usuários. O discurso democrático cai no vazio e no descrédito e reforça o conformismo e a inação burocrática de muitos trabalhadores.

A ruptura desse círculo vicioso de instituições burocratizadas e sujeitos alienados tem se feito através de experiências que mexem na arquitetura organizacional, na lógica de gestão e nos modos de inclusão dos trabalhadores no processo decisório com base na redefinição dos objetivos organizacionais para produzir valores de uso para a sociedade e novos sujeitos; com repercussões na dinâmica de funcionamento dessas organizações. O SUS tem possibilitado inúmeras experiências orientadas por esses propósitos, mas estas ainda têm pouca visibilidade e nem sempre tem tido tempo para maturação, em função das discontinuidades associadas à alternância de governo.

Essas características do Estado brasileiro e a lógica de gestão que as sustentam se apresentam como limites a várias mudanças reivindicadas pelos atores nos debates setoriais. E contraditoriamente os atores sociais que defendem as mudanças no SUS têm se colocado contra a reforma do Estado, sem fazer a distinção entre as várias possibilidades de reforma, e sem questionar o caráter desse Estado, lapidado segundo os interesses privados dos grupos dominantes.

A discussão sobre o Estado, o sistema e as instituições suscita outra questão paradoxal no debate sobre a mudança no SUS, trata-se do papel dos atores sociais. E aqui as crenças consolidadas se mostram problemáticas. Primeiro, por que passam a idéia de que teríamos a quase unanimidade dos atores sociais, sujeitos políticos e agentes públicos pelejando pela efetivação do SUS e desconsideram que existem atores sociais e sujeitos políticos com outros interesses, e capacidade de ação, que influenciam a orientação da política e disputam os recursos públicos setoriais noutra direção. Segundo, porque avaliam mal a força política e a capacidade de mobilização desses atores, superestimam a força e a capacidade de mobilização dos atores favoráveis ao SUS e subestimam o potencial dos atores que defendem projetos corporativos e orientados para o mercado. Terceiro porque não levam em conta que a institucionalização da participação social no Estado através dos arranjos neo-corporativos alterou o padrão de relação dos movimentos e organizações sociais frente ao Estado e as formas de luta pelo direito à saúde.

A institucionalização trouxe uma crescente burocratização dessa relação, as organizações criaram uma dependência dos recursos estatais, se estabeleceu um distanciamento entre representação e representados minando o potencial de mobilização, e como em qualquer instituição os interesses dos representantes vão assumindo destaque na agenda política dessas instâncias. Além do que, a forma corporativa de composição dos conselhos tende a privilegiar os interesses dos segmentos representados frente aos interesses universais. Talvez a adaptação dos atores às regras do “sistema” de saúde expliquem a crença que assumem quanto a capacidade do Estado promover as mudanças que almejam.

E aqui, a conformação de redes sociais e o papel do conhecimento e do aprendizado de política tem funcionado como fator de construção de uma unidade discursiva e de articulação em defesa de princípios e diretrizes do sistema, mas também tem contribuído para o estabelecimento de crenças cristalizadas que funcionam como barreiras ao processo de mudança.

Uma outra questão nesse debate pode ser posta na indagação sobre o papel dos gestores no processo de mudança no SUS. Afinal estamos (nós, defensores do SUS !), nesse momento, em muitas cidades a lamentar e em outras a comemorar a mudança na gestão da saúde, pelos prejuízos que se antevêm e pelas perspectivas que se anunciam. Mas qual tem sido mesmo a capacidade das equipes dirigentes dos sistemas de saúde em promover mudanças diante dos limites estruturais e da capacidade de reprodução das práticas institucionais, que compõem o sistema de saúde? Os exemplos mais realçados sobre a influência da equipe de gestão na promoção de mudanças têm sido na esfera municipal.

Penso que temos oscilado entre a descrença e uma crença exagerada. As experiências têm mostrado que a viabilização das mudanças no rumo desejado pelos atores sociais dependem da coincidência de projetos, e da capacidade do gestor em mobilizar o conjunto dos atores em torno desse projeto, aglutinando forças para tensionar o instituído e vencer as resistências à mudança. Mas o sucesso também está associado ao tipo de inserção do projeto setorial no projeto de governo e aos condicionamentos estruturais do setor saúde.

No plano nacional do sistema essa equação se complexifica pois as instituições são mais consolidadas, o poder estatal se mostra mais concentrado, os atores estão mais organizados e as mudanças dependem de acordo com os gestores das outras esferas de governo. Assim, a capacidade de articulação e negociação é decisiva para conformar projetos que contemplem interesses diversificados e para construir sua viabilidade. No entanto o poder de veto, de alocar recursos, e de definir prioridades reserva um poder discricionário ao dirigente setorial que pode ser utilizado como barganha para viabilizar projetos específicos. Em geral se evidencia o conflito, assinalado por Przeworski (op. Cit.) entre os interesses pessoais do dirigente, particulares do partido e os interesses universais vocalizados pelos entes coletivos.

Nesse “oceano de contingências”, o sucesso do dirigente em promover a mudança dependeria da capacidade de construir projetos que contemplem interesses diferenciados dos atores, e da negociação para viabilizá-los.

Avaliamos que, nesses dois anos estudados, a direção do Ministério da Saúde não apostou na construção de um projeto de reforma setorial que alterasse os arranjos e os mecanismos institucionais e a lógica de formulação, de financiamento e de gestão da política de saúde. E assim prevaleceu o incrementalismo como lógica de implementação das ações que trilharam as regras e os procedimentos instituídos.

Essa breve reflexão sobre os paradoxos da mudança no SUS permite-nos especular que a discrepância entre as expectativas e as experiências tem haver com a dinâmica social no campo da saúde e com as crenças dos atores sociais acerca do processo de mudanças.

Uma dessas crenças já evidenciada é a crença numa razão totalizante e ordenada, tendo o Estado como o grande regulador da ordem social, e no nosso caso do Sistema de Saúde, fundado no poder estatal, em contradição com uma visão que explica a sociedade com base em várias formas de poder social que se mesclam em constelações contingentes (SANTOS, 2000).

E estas crenças, como pudemos perceber, estão apoiadas na busca de racionalização da vida social anunciadas pelo paradigma da modernidade ocidental capitalista que, segundo Santos (2000), se assentaria na busca de equilíbrio entre o pilar da regulação e o pilar da emancipação, com seus princípios e suas lógicas correspondentes.

Com base nessa perspectiva analítica, podemos imaginar que o discurso sanitário que orientou a reforma sanitária está fundado na racionalidade cognitiva instrumental da ciência moderna em entrelaçamento com a racionalidade moral prática do direito, que lhe complementa, no estabelecimento de uma ordem social regulada pelo conhecimento científico e pelo direito. E nesse pensamento se privilegiou o pilar da regulação em detrimento do pilar da emancipação. E dentre os princípios da regulação prevaleceu o princípio do Estado, desconsiderando o princípio do mercado, hegemônico na nossa sociedade, e o princípio da comunidade.

Esta concepção científica do processo social da reforma privilegiou a atuação no espaço estrutural da cidadania, onde impera o poder e o direito estatal, e secundarizou a ação que se desenrola nos demais espaços estruturais de poder, com seus saberes e suas formas de direito particular, e seus poderes caósmicos em conflito com o poder cósmico do Estado (SANTOS, 2000). Assim, o espaço da comunidade, o espaço da produção, nos serviços de saúde, e o espaço do mercado, da saúde, foram relegados a segundo plano, na análise.

E o entendimento da dinâmica social que se processa entre continuidade e mudanças no processo de reforma setorial pode ser analisado, ainda segundo Santos (2000), como decorrente de uma luta entre os sujeitos sociais num “oceano de contingências” dentro de limites estruturais em que se busca a abertura de novos caminhos com o deslocamento de fronteiras fixadas por esses limites.

Mas então, se a reforma está inconclusa, se os mecanismos de gestão mostram sinais de esgotamento, se o conflito federativo se mostra como óbice às mudanças, se a racionalização está em contradição com a racionalidade dos atores, se os atores interessados na mudança não dispõem de força política para tal, se a dinâmica incremental tem se mantido, e se o discurso sanitário não tem potencial utópico para orientar a mudança, qual alternativa trilhar ?

O debate em torno dos caminhos a trilhar na construção das mudanças desejadas na implementação do SUS, vistos numa perspectiva dialética, talvez não aponte para uma síntese e sim para uma aporia, como sugere Onocko (2001). Tendemos a caminhar indefinidamente entre a idealização e o pragmatismo, entre a integração e a fragmentação, entre o momento da formulação e o da implementação, entre os preceitos da política e a realidade da gestão, enfim entre intenção e gesto, numa mediação marcada por contradições insolúveis.

Portanto, pensamos que ainda conviveremos com a busca de mudanças dentro do paradigma dominante, perseguindo a racionalização do sistema, e a procura de alternativas para superar os padrões de organização da gestão e das práticas de saúde, orientadas por outras racionalidades voltadas para a emancipação social.

No campo das lutas pela racionalização direcionadas para compensar os déficits identificados e avançar nos gradientes de racionalidade no sentido que lhe atribui Morin (2004), pensamos que se coloca aos interessados na mudança do Sistema de Saúde a tarefa de interrogar o que se produziu nos últimos quatorze anos no campo da organização do sistema, das instituições, das práticas de condução e de gestão e os resultados que proporcionou no atendimento das necessidades de saúde da população. Tomar os inúmeros diagnósticos e proposições para formular projetos alternativos de reforma do reformado para “mudar o mundo mudado”.

Em termos da concepção sobre a organização dos modelos e das práticas, em vez de uma razão única ordenada pela lógica científica e racional do planejamento e da Epidemiologia termos uma pluralidade de saberes e crenças que, portadas por sujeitos coletivos, possam configurar múltiplas modalidades assistenciais talvez mais próximas dos anseios e das necessidades dos que produzem, em interação, essas práticas.

E no campo das lutas paradigmáticas, procedermos a “descanonização” dos discursos e das práticas (SANTOS, 2000) sanitárias. Escavar nas inúmeras experiências de construção de modos diversos de lidar com a saúde com o intuito de reconstruir práticas e discursos e possibilitar, usando o recurso da “tradução”, a troca e a interação entre as múltiplas experiências locais, regionais e nacionais que têm operado mudanças no fazer em

saúde e produzido novos sujeitos, em espaços públicos, estatais e não estatais. O desafio seria multiplicar essas experiências e produzir redes de interação com potencial para influir nas lógicas centralizadas. Tais experiências teriam que se orientar pela busca de equilíbrio entre o princípio da comunidade e o princípio do Estado, estimulando uma interação mais produtiva entre os vários espaços estruturais de práticas sociais.

***7- REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

ABRUCIO, L. F; SOARES, M. M. **Redes Federativas no Brasil**: cooperação intermunicipal no grande ABC. São Paulo: Fundação Konrad Adenaur, Série Pesquisas, n. 24, 2001.

ALMEIDA, C. Reforma do Estado e Reforma dos Sistemas de Saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.4, n. 2, p.263-86, 1999.

ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cad. Saúde Pública**, vol.18 supl, p.23-36, 2002.

ALMEIDA, C. As três esferas de governo e a construção do SUS: uma revisão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, vol.27, n. 65, p 207-20, set./dez. 2003.

ALMEIDA, L. L.; CALDAS, N. C. **Intergestão no SUS** – uma análise do processo no âmbito nacional. Brasília, 1996. (Monografia – Curso de Especialização em Saúde Coletiva – UNB).

ARRETCHE, M. Relações federativas nas políticas sociais. **Educ. Soc.**, set. 2002, vol.23, no.80, p.25-48.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.8, no.2, p.331-45, 2003.

BANCO MUNDIAL. **Resultado preliminar de pesquisa sobre o gasto em saúde**, apresentado no colegiado do MS, set. 2004.

BELMARTINO, S. Políticas de salud: Formulación de una teoria o construcción de un problema por investigar ? In: **Estado y Politicas Sociales en America Latina**. México/Rio de Janeiro: U.A.M.-Xochimilco/FIOCRUZ-ENSP, 1992.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência**: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, **Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 15 a 19 de Dezembro de 2000, Série Histórica do CNS; n. 2, Série D. Reuniões e Conferências; n. 16 – MS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília, 2002a.

BRASIL. Documento de Campanha. Coligação Lula presidente. **Saúde para a família brasileira**. 2002b. Disponível em <http://www.pt.org.br/>. Acesso em: 13 de outubro de 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, **Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde**, Conferência Sérgio Arouca, Brasília, 07 a 11 de Dezembro de 2003b. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>. Acesso em: 15 de dezembro de 2004.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. **Documento base para o processo de trabalho de discussão e elaboração de propostas para a construção do pacto de gestão**. Brasília, mimeo, 2004.

CAMPOS, G. W. S. A Reforma Sanitária necessária. In: **Reforma Sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1988.

CAMPOS, G.W.S. Contribuições sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 29-87.

CAMPOS, G.W.S.. **Reforma da Reforma** - repensando a saúde. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1997.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2000.

CAMPOS, G.W.S. Responsabilidade sanitária e programas vinculatórios. **Rev Conasems**, ago., ano I, nº 7, 2004.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Editora Cultrix, 1982.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciênc saúde coletiva**, vol.6, no.2, p.435-44, 2001.

CASTRO, M. H. G. Conflitos e interesses na implementação da Reforma das Políticas de Saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, nº 35, jul. 1992.

CEBES/ABRASCO. Documentos. Em defesa da saúde dos brasileiros. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, vol.26, n. 62, p 290-94, set./dez., 2002.

CECILIO, L.C.O . Contribuições para uma teoria da mudança no setor público. In: CECILIO, L.C.O (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994, cap 6, p. 235-333.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Recomendação Nº 001, de 15 de abril de 2003. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/docs/Reco_001_2004.doc. Acesso em: 10 de outubro de 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Recomendação Nº 005, de 07 de outubro de 2003, in: http://conselho.saude.gov.br/docs/Reco_005_2004.doc. Acesso em: 10 de outubro de 2004.

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e importância do discurso médico**. São Paulo, Brasiliense, 1983.

COELHO, V. S. P. Interesses e Instituições na Política de Saúde. **Rev brás Ci Soc**, Jun 1998, vol.13, no.37, p.115-28. ISSN 0102-6909

CONASS. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. **Carta de Sergipe**. Brasília: CONASS, mimeo, 2003a.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. **A saúde na opinião dos brasileiros**. Brasília: CONASS, 2003b.

CONASEMS . Documentos. Carta de Blumenau aos candidatos à presidência da República e aos governos dos Estados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, vol.26, n. 62, p 347-8, set./dez., 2002.

CONASEMS. **Carta de Natal – documento político do XX Congresso Nacional dos Secretários Municipais de Saúde**. Natal, março, 2004. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=107&codPagina=251>. Acesso em: 10 de outubro de 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Reformar o Sistema de Saúde: uma utopia para sair de um *status quo* inaceitável. **Saúde em Debate**, nº 49/50, Dez,1995-Mar,1996, p 58-64.

CORDEIRO, H. **Bases e estratégias para a Reforma Sanitária** – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, Brasília, MPAS, 1987.

COSTA, N. R. Políticas Públicas, Direitos e Interesses: Reforma Sanitária e Organização Sindical no Brasil. **Saúde em Debate**, Londrina, nº 45, Dez. 1994.

COSTA, V. Relações Intergovernamentais no Brasil: Desenvolvimentos Recentes e Perspectivas. In: MEEKISON, J.P. **Relações Intergovernamentais em Países Federais: Uma Série de Ensaio sobre a Prática de Governança Federal**. Ottawa: Fórum das Federações, 2003a, p 77 a 89.

COSTA, V. **Relatório Síntese do Seminário Internacional “Mecanismos de Articulação e Gestão Intergovernamental: Experiência Internacional e Desafios para o Brasil”**. Brasília, mimeo, 2003b.

DÂMASO, R. Saber e praxis na Reforma Sanitária - avaliação da prática científica do movimento sanitário. In: FLEURY, S.(Org.). **Reforma Sanitária - em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortês editora/ABRASCO, 1989.

DEBATEDORES. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.6, no.2, 2001, p.292-318.

DINIZ, E. Globalização, reforma do estado e teoria democrática contemporânea. **São Paulo Perspec**, out./dez. 2001, vol.15, no.4, p.13-22.

DRAIBE, S.; VIANA, A. L.; SILVA, P. L. B. **Desenvolvimento de Políticas de Saúde nos anos 80**: o caso brasileiro. Campinas: Acordo NEPP/UNICAMP-OPS, mimeo, 1990.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: Características e exigências. **Revista de Administração pública**, Rio de Janeiro, 26(2):8-19, abr/jun, 1992.

ELIAS, N. Mudanças na Balança Nós-Eu. In: ELIAS, N. **A Sociedade dos Indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed., 1994, 197-93.

ELIAS, P. M. E. Análises sobre a reforma sanitária e concepções políticas subjacentes a visão autoritária do ideário progressista. **Saúde e Sociedade**, v. 2, nº 1, 1993.

ELIAS, P. M. E. **Das propostas de descentralização da saúde ao SUS**: as dimensões técnica e político-institucional. São Paulo, 1996. (Tese - doutorado - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).

ELSTER, J. **Peças e engrenagens nas ciências sociais**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994.

FARIA, C.A.P. Idéias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Rev bras Ci Soc**, vol.18, no.51, fev. 2003, p.21-30.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P.J. A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. **DADOS - Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, V. 33, nº 2, 1990.

FIGUEIREDO M.F.; FIGUEIREDO, A.M.C. Avaliação política e avaliação de política. **Análise e Conjuntura**, Belo Horizonte, set/dez, 1986.

FLEURY, S. O dilema da reforma sanitária. In: FLEURY, S. (Org.). **Reforma Sanitária - Itália e Brasil**. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1988.

FLEURY, S. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: FLEURY, S. (Org.). **Reforma Sanitária** - em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez editora/ABRASCO, 1989.

FLEURY, S. Equidade e Reforma Sanitária: Brasil. **Saúde em Debate**, Londrina, nº 43, jun. 1994.

FLEURY, S. Seguridade Social: a agenda pendente. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, vol.27, n. 65, p. 414-24, set./dez. 2003.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Brasil ocupa último lugar em lista de participação social**. São Paulo, 12 dezembro 2004. Caderno A – Nacional, p.14.

FOLHA DE SÃO PAULO. **“Querem exterminar os pobres do Rio”**. Folha de São Paulo, São Paulo, 26 dezembro 2004. O tempo e o Artista, entrevista com Chico Buarque, Folha Ilustrada. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrad/fq2612200409.htm>. Acesso em: 26 dez. 2004.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária, 1977.

FRIEDBERG, E. **O poder e a regra: dinâmicas da ação organizada**. Lisboa, Instituto Piaget, 1993.

GALLO, E. & NASCIMENTO P.C. Hegemonia, Bloco Histórico e Movimento Sanitário. In: FLEURY, S. (Org.). **Reforma Sanitária** - em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez editora/ABRASCO, 1989.

GARNIER, L. El espacio de la política em la gestión pública. **Política y gestión pública**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Econômica/CLAD, 2004, p. 91-138.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa** - um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro, Fio-Cruz, 1995.

GERSCHMAN, S. **Public sector and social and health policy reforms: An inventory on the eve of the new millennium.** *Cad. Saúde Pública*, vol.15, no.2, abr./jun. 1999, p.293-302.

GOULART, F. Polos de Educação Permanente em Saúde: desvios e ilusões do que poderia ter sido uma boa idéia. Disponível em: www.conasems.org.br. Acesso em: 22 de dezembro de 2004.

HENRIÓN, C. T. Actores sociales: una herramienta para el análisis de las políticas públicas? In: **Estado y Políticas Sociales en America Latina**. México/Rio de Janeiro: U.A.M.-Xochimilco/FIOCRUZ-ENSP, 1992.

ILLICH, I. **A expropriação da Saúde - Nêmesis da Medicina**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

KULGEMAS, E.; SOLA, L. Recentralização/Descentralização – dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90. **Tempo Social: Rev Sociol USP**, S. Paulo, 11(2): 63-81, out. 1999.

LEUCOVITZ, E.; NORONHA, J. C. AIS - SUDS - SUS: Os caminhos do direito à saúde . In: GUIMARÃES, R. & TAVARES, R. (Org.) **Saúde e Sociedade no Brasil - anos 80** . Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc saúde coletiva**, vol.6, no.2, 2001,p.269-91.

LUZ, M. T. *As conferências nacionais de saúde e as políticas nacionais de saúde da década de 80*. In: Guimarães, R.,; Tavares, R. (Org.) **Saúde e Sociedade no Brasil – anos 80**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994.

LUZ, M. T. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciênc saúde coletiva**, vol.5, no.2, 2000, p.293-312.

MARQUES, E. C. **Redes sociais e instituições na construção do Estado e da sua permeabilidade.** *Rev bras Ci Soc*, vol.14, no.41, out 1999, p.45-67.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde:** o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. **Texto sobre o SUS** - elaborado para o CONASS. Brasília, mimeo, 2003.

MENDES, E. V. O dilema do SUS . **RADIS** comunicação em saúde, n. 25, set., 2004.

MERHY, E. E. **SAÚDE** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora Hucitec, 2002a.

MERHY, E. E. **O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido.** Campinas, arquivo eletrônico Word, outubro de 2002b.

MILLS, W. C. **A imaginação sociológica.** (tradução de Waltensir Dutra). Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1965.

MINAYO, M. C. S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.6, no.1, 2001, p.07-19.

MIRANDA, A. S. **Análise estratégica dos arranjos decisórios na Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde.** Salvador, 2003. (Tese – Doutorado - Instituto de Saúde Coletiva/UFBA).

MORIN, E. **¿Podemos reformar la administración pública?.** IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Madrid, España, 2 – 5 Nov. 2004. CD-ROM.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciênc saúde coletiva*, vol.6, no.2, 2001, p.445-50.

OFFE, C.; LENHARDT, G. Teoria do Estado e Política Social. In: OFFE, Claus. **Problemas Estruturais do Estado Capitalista.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

OFFE, C. A democracia contra o Estado de bem estar ? In; **Capitalismo Desorganizado**. São Paulo: editora brasiliense, 2ª edição, 1994.

ONOCKO CAMPOS, R. **O planejamento no labirinto**: Uma viagem hermenêutica. . Campinas, 2001. (Tese – Doutorado - UNICAMP/FCM).

PRÉ-SOCRÁTICOS. Coleção *OS PENSADORES*. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

PRZEWORSKI, A. Política y Administración. In: **Política y gestión pública**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Econômica/CLAD, 2004, p. 195-215.

RIBEIRO, J. M. Estruturas tecno-burocráticas e instâncias colegiadas do SUS – uma abordagem dos fundamentos da política setorial. **Política de Saúde e Inovação Institucional**. Rio de Janeiro: ENSP, 1996.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad Saúde Pública**, vol.13, no.1, jan./mar. 1997, p.81-92.

ROSEN, G. O cameralismo e o conceito de polícia média. In: **Da Polícia Médica a Medicina Social**: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980, cap. V.

SANTOS, B. S. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. . Rio de Janeiro: Graal, 1989.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice** – o social e o político na pós-modernidade. São Paulo, Cortez, 1995.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente** – contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

SANTOS, N. R. O Sistema Único de Saúde: realizando a utopia, sem perder a utopia. **Saúde em Debate**, Londrina, nº 43, jun. 1994.

SCLIAR, M. **Do mágico ao Social** - história das práticas sanitárias. São Paulo: LP&M editores, 1987.

SIMEON, R. Conclusão. In: MEEKISON, J.P. (Org.). **Relações Intergovernamentais em Países Federais: Uma Série de Ensaio sobre a Prática de Governança Federal**. Ottawa: Fórum das Federações, 2003. Págs. 153 a 178.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciênc saúde coletiva**, vol.7, no.3, 2002, p.431-442.

SOUZA, J. Uma interpretação alternativa do dilema brasileiro. In: SOUZA, J. **A modernização seletiva – Uma interpretação do dilema brasileiro**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000, cap 8, p. 205-70.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, vol.27, n. 65, set./dez. 2003, p 257-277.

VASCONCELOS, C. M. **Atores e interesses na implementação da Reforma Sanitária no Rio Grande do Norte**. Natal, 1997. (Dissertação – Mestrado –UFRN).

VIANA, A. L. D. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, volume 30, nº 2. Rio de Janeiro, FGV, 1996.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. ; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.7, no.3, 2002, p.493-507.

VIANNA, M. L. W. El papel de la política en la institucionalización del bienestar: notas para el debate, In: **Estado y Políticas Sociales en America Latina**. México/Rio de Janeiro: U.A.M.-Xochimilco/FIOCRUZ-ENSP, 1992.