

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

**GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO: A  
QUESTÃO DA AUTONOMIA**

Dissertação de Mestrado

Luciana Leite Lima

Porto Alegre, maio de 2005

Luciana Leite Lima

## **GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO: A QUESTÃO DA AUTONOMIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Orientadora: Professora Dra. Soraya Vargas Côrtes  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre

Pós-Graduação em Sociologia

2005

Luciana Leite Lima

GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO: A QUESTÃO DA  
AUTONOMIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Aprovado em 2005.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Janice Dornelles de Castro  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/ UNISINOS

---

Dr. Alcindo Ferla

---

Prof. Dr. Marcelo Kunrath  
PPGS/IFCH/UFRGS

## **Agradecimentos**

Aos professores e funcionários do PPGS/UFRGS e, especialmente, à Professora orientadora Soraya Côrtes pela parceria no desenvolvimento deste estudo. Sou grata aos entrevistados por disporem de seu tempo e sua atenção. Agradeço, também, à Professora Janice Dornelles de Castro e ao Professor Renato de Oliveira pelo auxílio e colaboração.

## Resumo

Este trabalho foi desenvolvido no município de Porto Alegre e analisa qual a possibilidade de autonomia do gestor municipal da saúde, para definir prioridades para a área, frente à trajetória institucional da política de saúde brasileira. Duas características do desenvolvimento do sistema de saúde no Brasil foram consideradas de maior relevância neste estudo: a centralização decisória e financeira no governo federal e a posição que conquistaram as organizações privadas prestadoras de serviços de saúde na gestão e operacionalização do sistema. Considerando as características citadas, dois foram os objetivos principais que nortearam a pesquisa: (a) verificar a autonomia do gestor municipal na gerência dos recursos financeiros da saúde e (b) verificar a capacidade de ação do gestor municipal frente à influência das instituições privadas prestadoras de serviços de saúde.

Observou-se que a autonomia dos gestores municipais da saúde na gestão dos recursos setoriais é limitada, por um lado, pela prévia estruturação dos recursos de transferências federais, e, por outro lado, pela estrutura dos gastos fixos com os quais estão comprometidos os recursos próprios municipais. Apesar da regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) garantir ao gestor municipal a prerrogativa de regular os serviços prestados pelo setor privado, esse mostra resistência em se submeter à gestão pública. O que acaba por configurar uma tensão entre as tentativas do gestor público de expandir seu espaço de ação na gestão dos serviços privados e as tentativas do setor privado de manter sua posição no sistema de saúde.

Palavras-Chave: política de saúde, autonomia, legado institucional.

## **Abstract**

The dissertation aims to analyse whether it is possible to have municipal autonomy in the management public health services as well as in the decision-making process that establishes policy priorities, given the institutional features of Brazilian public health system. Two features of this system were considered as the most relevant for this study regarding the limitation of autonomy: the centralization of resources in the federal government and the private sector historical influence in the area. The two main aims of the dissertation are: to analyse municipal autonomy on resources management; to analyse the municipal autonomy on facing the influence of the private sector. On one hand, the municipal autonomy of the resources management is limited by the importance of federal government in the financing of public health, in Brazil. On the other hand, the private sector resists to allow public regulation over services they provide.

Key words: autonomy, health policy, institutional features.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1 POLÍTICAS PÚBLICAS: QUESTÕES CONCEITUAIS.....</b>	<b>15</b>
1.1 Introdução.....	15
1.2 A Centralidade do Estado.....	19
1.3 A perspectiva Neo-Institucional e o Processo Decisório das Políticas Públicas..	25
1.4 Considerações Finais .....	31
<b>2 A POLITICA DE SAÚDE NO BRASIL .....</b>	<b>34</b>
2.1 Introdução.....	34
2.2 O Modelo Biomédico: Crise e Alternativas .....	35
2.3 A Constituição do Sistema de Saúde no Brasil .....	38
2.4 A Política de Saúde nos Anos 90 .....	45
2.5 Considerações Finais .....	50
<b>3 GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO: CAPACIDADES E LIMITAÇÕES .....</b>	<b>52</b>
3.1 Introdução.....	52
3.2 A Municipalização da Saúde em Porto Alegre.....	54
3.3 Objetivos de Gestão Municipal da Política de Saúde.....	56
3.4 Autonomia Municipal na Gestão dos Recursos da Saúde .....	60
3.5 O Papel dos Prestadores Privados na Gestão da Política Municipal de Saúde ....	71
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>81</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>97</b>

**LISTA DE QUADROS**

Quadro 1- Gestores.....53

Quadro 2- Assesores de Gestão.....53



## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1- Participação Percentual da Despesa com Recursos Próprios Municipais em Saúde e da Despesa com Recursos de Transferências para a Saúde em Relação à Despesa Total com Saúde em Porto Alegre de 1998 a 2003.....63
- Gráfico 2- Participação Percentual dos Recursos de Transferências Federais para Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Atenção Básica e Ações Estratégicas em relação ao total dos Recursos de Transferências Federais de 1998 a 2004.....64
- Gráfico 3- Participação Percentual da Despesa com Pessoal e Encargos Sociais e da Despesa com Investimentos em relação à Despesa Total com Saúde em Porto Alegre de 1998 a 2003.....69
- Gráfico 4- Participação Percentual da Despesa com Pagamento de Serviços Ambulatoriais e Hospitalares em relação à Despesa Total com Saúde em Porto Alegre de 1999 a 2003.....78

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem por objetivo verificar qual a possibilidade de autonomia do gestor municipal da saúde de Porto Alegre, na definição de prioridades para o setor, em um contexto de gestão permeado pelo legado institucional da política de saúde brasileira precedente ao Sistema Único de Saúde (SUS). A trajetória institucional da política de saúde no Brasil foi marcada por centralização decisória e financeira no governo federal, pela consolidação de um sistema de prestação de serviços no qual a atenção terciária ou complexa<sup>1</sup> constituiu-se em prioridade de financiamento no setor e pelo desenvolvimento deste tipo de atenção sob gestão, principalmente, de empresas privadas<sup>2</sup>. Este cenário foi estruturado a partir de 1930 e consolidado durante o regime militar. Na década de 70, inúmeras foram as críticas a este padrão de gestão da política de saúde, considerado ineficaz e iníquo. Esta conjuntura modifica-se, nos anos 70, quando iniciam os debates sobre a descentralização dos serviços de saúde em um contexto de crise fiscal e econômica dos Estados.

No início dos anos 80, foram implementadas as primeiras ações visando reformular o sistema de saúde no Brasil e, em 1988, a Constituição Federal determina que a descentralização passa a ser um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS). O processo de descentralização do sistema de saúde brasileiro representou

---

<sup>1</sup> No desenvolvimento deste estudo a denominação atenção complexa se refere aos serviços de média e alta complexidade ou serviços ambulatoriais e hospitalares.

<sup>2</sup> Estas organizações são, também, denominadas, no decorrer deste trabalho, como prestadores privados ou setor privado prestador de serviços de saúde e representam as instituições filantrópicas e privadas que prestam serviços de saúde para o sistema público.

a transferência da gestão setorial, dos níveis federal e estadual de governo, para os municípios, ampliando sua autonomia.

A partir do texto constitucional de 1988 o município passa a ser considerado um ente federado com autonomia de gestão frente às demais esferas de governo. Com isso, o gestor municipal da saúde depara-se com um novo cenário no qual tem suas atividades e responsabilidades ampliadas. Para exercer suas prerrogativas, entretanto, necessita expandir seu espaço de ação em um contexto de histórica centralização do governo federal e autonomia dos prestadores privados de serviços de saúde em relação à gestão pública. O estudo da autonomia de um governo local possibilita verificar como este ator político constrói seu espaço de ação, o que limita e o que potencializa sua autonomia.

Um governo, neste caso uma Secretaria Municipal de Saúde, para que possa exercer sua prerrogativa de gestão<sup>3</sup>, deve dispor de um certo grau de autonomia frente os interesses e influências que atuam no processo de definição e formulação de uma política pública. Neste estudo, a ênfase está na influência que exerce o legado histórico institucional da política de saúde na capacidade de agir de forma autônoma de um governo municipal.

O principal problema desta pesquisa é verificar qual a possibilidade de autonomia do gestor municipal da saúde, na definição das prioridades para a área, frente à trajetória institucional da política de saúde brasileira. Duas características, da consolidação do sistema de saúde no Brasil, foram consideradas como de maior relevância neste estudo: a centralização administrativo-financeira no governo federal e a posição que ocuparam as instituições privadas prestadoras de serviços de saúde na gestão e operacionalização do sistema. Considerando essas, dois foram os objetivos principais que nortearam a pesquisa: (a) verificar qual a perspectiva do gestor municipal quanto a sua autonomia na gestão dos recursos financeiros da saúde e (b) verificar a capacidade de ação do gestor municipal frente à influência do setor privado prestador de serviços de saúde.

---

<sup>3</sup> O termo 'gestão' é utilizado conforme definição constante na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1996 (NOB-SUS/1996). "[...], gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997, p. 7).

Analisar a possibilidade de autonomia da Secretaria Municipal de Saúde na gestão da política setorial e, principalmente, na gestão dos recursos financeiros, remete a questão da ampliação do espaço e da importância dos governos locais nos processos decisórios das políticas públicas. Considerando a escassez de recursos públicos e os conseqüentes problemas de financiamento das políticas sociais, o processo que define quais políticas ou ações serão priorizadas adquire especial importância. A política de saúde representa uma importante parcela das despesas totais dos municípios. Em Porto Alegre, no ano de 2002, os recursos destinados ao financiamento do sistema de saúde local representaram 37,39% das receita total do município (fonte: SIOPS). O estudo do processo de decisão de prioridades de alocação de recursos em saúde pode, também, contribuir para a reflexão acerca dos mecanismos e ferramentas de gestão.

Argumenta-se que o gestor municipal da saúde tem um espaço limitado de autonomia na gestão do sistema. Esta autonomia relativa deriva do fato de que o município é em grande parte dependente de transferências federais para operacionalizar o sistema local. Em 2003, do total de recursos para a política de saúde em Porto Alegre, 60,67% eram provenientes de transferências, dessas 99,61% eram de origem federal (fonte: SIOPS). Esta situação daria prerrogativas ao governo central na definição das prioridades em saúde no município. A tal consideração acrescenta-se a importância do setor privado na prestação de serviços de saúde, expressa no fato de administrarem, em 2005, 62,45% dos estabelecimentos de saúde (fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), em 2003, 28,38%<sup>4</sup> dos leitos hospitalares e 39,13%<sup>5</sup> dos hospitais (fonte: DATASUS).

Para alcançar os objetivos propostos foram utilizados dados secundários e primários. Os dados secundários se compõem de informações sobre o financiamento da política de saúde em Porto Alegre e sobre a rede assistencial. Os dados sobre financiamento foram coletados *on line*, no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), no DATASUS e no Ministério da Saúde (MS). As informações sobre a rede assistencial foram coletadas *on line* no DATASUS e no

---

<sup>4</sup> Em 2003, segundo dados do DATASUS, 3,63% dos leitos hospitalares em Porto Alegre eram públicos, 28,38% privados e 67,98% universitários.

<sup>5</sup> Em 2003, segundo dados do Ministério da Saúde, 8,69% dos hospitais de Porto Alegre eram públicos, 39,13% privados e 52,17% universitários.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Estes dados foram analisados para identificar a participação do governo federal e do governo municipal no financiamento do sistema de saúde de Porto Alegre e para verificar quais ações, principalmente, são financiadas com estes recursos.

Os dados primários foram coletados através de entrevistas do tipo semi-estruturado realizadas entre maio e julho de 2004. Os informantes foram selecionados levando em conta o seu nível de envolvimento no processo de gestão da política de saúde em Porto Alegre. Foram selecionados gestores e assessores de gestão que ocuparam cargos-chave no que tange as decisões sobre a gestão, definição de prioridades e a operacionalização da política de saúde entre 1993 e 2004, totalizando nove entrevistas. Foram realizadas cinco entrevistas com gestores públicos da saúde, secretários de saúde e secretários adjuntos, e quatro com assessores de gestão, profissionais da Secretaria de Saúde de Porto Alegre. O objetivo das entrevistas foi verificar como os informantes viam o processo de definição das prioridades em saúde e a atuação do gestor municipal, quais eram as possibilidades de ação autônoma e quais eram as limitações.

A técnica utilizada para análise dos dados primários foi a análise de conteúdo. Esta técnica para Bardin (1979) “procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça” (BARDIN, 1979, p. 44). Assim, o seu objeto de trabalho são as mensagens e seu objetivo é a manipulação dessas, “para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a da mensagem” (BARDIN, 1979, p. 46). A combinação da análise de dados secundários, quantitativos, e primários, qualitativos, permitiu a realização de triangulação, no sentido empregado por Bulmer (1984). A triangulação, segundo o autor, refere-se a tentativa de fortalecer a validade da evidência empírica com a utilização de duas ou mais estratégias de análise que se complementam (BULMER, 1984, p. 32).

O presente trabalho é composto de três capítulos e considerações finais. O primeiro capítulo está dividido em três subcapítulos. O primeiro versa sobre questões conceituais acerca de políticas públicas considerando a centralidade do Estado nos processos decisórios. O segundo centra-se justamente no papel do Estado nestes

processos e na relevância das características institucionais da política em questão. O terceiro trata da perspectiva neo-institucional e suas ramificações. As perspectivas teóricas desenvolvidas neste capítulo são as de “autonomia relativa do Estado” que gera a capacidade de ação governamental para implementar mudanças, e a neo-institucional, com foco no neo-institucionalismo histórico que enfatiza a influência das características institucionais de políticas prévias na configuração de novas políticas.

O segundo capítulo está dividido em três temas. Primeiro, é apresentado o modelo biomédico, suas características, fatores que levaram a necessidade de sua superação e as alternativas a este modelo. Segundo, é feita uma retrospectiva histórica da política de saúde no Brasil, com a descrição de seu desenvolvimento desde a década de 30 até a criação do Sistema Único de Saúde em 1988. A política de saúde nos anos 90 é o terceiro tema, no qual é exposto o processo de implementação do SUS.

O terceiro capítulo se compõe da apresentação e análise dos dados coletados. Primeiramente, são apresentados o sistema de saúde de Porto Alegre, sua atual estrutura assistencial e o processo de municipalização da saúde. Em seguida, são discutidos os objetivos de gestão para a política de saúde no município após o início do processo de descentralização do sistema. Os dois tópicos seguintes expressam duas tensões na ampliação da autonomia do gestor municipal na condução do sistema local de saúde, primeiro em relação à influência do governo federal e, segundo, em relação à atuação do setor privado. Nas considerações finais são sistematizados alguns pontos expostos no capítulo três e procede-se a uma reflexão das possibilidades de autonomia dos gestores municipais da saúde na condução do sistema local.

## 1 POLÍTICAS PÚBLICAS: QUESTÕES CONCEITUAIS

### 1.1 Introdução

A política é a arte de governar. Através da política se exerce o governo. Se *governar* é uma arte, e também uma ação, o governo é o lócus onde se exerce esta função. Um governo é uma realidade empírica que, através do sistema político, operacionaliza o Estado, esse uma abstração, uma realidade histórica, que não se confunde com a existência efêmera dos governos. Se governar é fazer política, as políticas formuladas e implementadas pelos governos que têm como alvo sua população são chamadas *políticas públicas*.

Nas últimas décadas, o estudo das políticas públicas recebeu escassa atenção em virtude da agenda de pesquisas não estar voltada para estudos relativos ao Estado e suas ações (SOUZA, 2003-a, EVANS, 1993; EVANS, RUESCHEMEYER, SKOCPOL, 1985). Evans (1993, p. 107-8-9) sistematiza a decadência e o ressurgimento do Estado nos debates acadêmicos, utilizando-se do que chama de primeira, segunda e terceira ondas de reflexão sobre o papel do Estado.

Na primeira onda (anos 50 e 60) o principal objetivo do Estado era a mudança estrutural, ou seja, acelerar a industrialização, modernizar a agricultura e fornecer infraestrutura à urbanização. A imagem do Estado “enquanto problema surgiu, em parte, devido ao seu fracasso em realizar as tarefas estabelecidas [...]” (EVANS, 1993, p.107). A segunda onda se caracteriza pela conjuntura de crise dos anos 70 que trouxe a tona o debate sobre a amplitude da intervenção estatal, “teorias minimalistas do Estado, que

enfaticamente limitavam o âmbito de ação efetiva deste ao estabelecimento e manutenção de relações de propriedade privada, voltavam a entrar em voga [...]” (EVANS, 1993, p.108). Segundo Evans, estas idéias eram defendidas pela perspectiva “neo-utilitarista” que se harmonizava ao “receituário econômico ortodoxo” da época. A terceira onda cristaliza-se no final dos anos 80 com o reconhecimento da importância da capacidade de ação do Estado. Isso ocorreu em virtude da inevitabilidade do protagonismo dos Estados como implementadores dos programas de ajuste. “A aplicação consistente de quaisquer políticas, quer visem ‘corrigir preços’ ou implantar a indústria local, exige a institucionalização permanente de um conjunto complexo de mecanismos políticos” (EVANS, 1993, p.109). A resposta não estava no enfraquecimento do Estado, mas sim no fortalecimento de suas instituições.

Desta forma, o Estado volta a ser um elemento importante nos debates, assim como as políticas implementadas por ele. Souza (2003-a) atribui o ressurgimento da importância do campo de conhecimento denominado Políticas Públicas às “restrições financeiras e políticas que estão sendo impostas aos governos, gerando demandas pela elaboração de políticas públicas eficientes e efetivas” (SOUZA, 2003-a, p.3). Neste sentido, a área de políticas públicas “tem como objeto específico o estudo de programas governamentais, particularmente suas condições de emergência, seus mecanismos de operação e seus prováveis impactos sobre a ordem social e econômica” (ARRETCHE, 2003, p.8). Existem diversas definições para o termo *política pública*, algumas complexas e outras muito simples, mas todas convergem em alguns pontos como na concordância de que as políticas públicas resultam de decisões do governo (HOWLLET E RAMESH, 1995, p.4).

Souza (2003-c) conceitua política pública como um

campo de conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação [...] e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações e/ou entender por que e como as ações tomaram certo rumo em lugar de outro [...]. [...] o processo de formulação de política pública é aquele através do qual os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados ou as mudanças desejadas no mundo real [...] e sua essência é o embate em torno de idéias e interesses (SOUZA, 2003-c, p.13).



O governo é o *locus* onde são produzidas as políticas públicas, neste espaço são debatidas as idéias e os interesses que as permeiam, assim como administrados os conflitos advindos de seus objetivos. Entende-se que, em um processo de definição e formulação de uma política pública, diversos agentes, como grupos de interesse, burocratas, agências internacionais, com interesses diversos interagem, influenciam-se mutuamente e são influenciados pelas características institucionais já consolidadas da política. No entanto, nas conceituações de políticas públicas está explícita a centralidade do governo e por isso é o governo, também, central neste estudo.

A política pública é a ação governamental que visa modificar uma dada realidade para atingir determinados fins. De forma mais pragmática pode-se também entender as políticas públicas como ferramentas que visam atender e/ou resolver demandas e problemas da sociedade. Para Viana (1996, p.5) é a forma de operar ou agir do Estado frente a determinado problema. Ou ainda, “o governo em ação” (SOUZA, 2003-b, p.18), ou seja, as práticas governamentais ou ações públicas que representam a intervenção estatal em uma dada área da sociedade.

Muller e Surel (2002, p. 17-9) alertam que os conceitos usuais de políticas públicas colocam em foco a dimensão pragmática da análise. Para suprir esta lacuna, complementar e especificar mais a noção de política pública, os autores relacionam os seguintes elementos:

- a) uma política pública constitui um quadro normativo de ação; o caráter normativo “significa que toda política governamental se definirá, antes de tudo, como um conjunto de fins a se atingir [...]” (MULLER E SUREL, 2002, p.17);
- b) uma política pública combina elementos de *força pública* e de competência (*expertise*); uma decisão do governo é uma expressão do poder público, a implantação de uma política governamental “compreende elementos de decisão ou de alocação de recursos de natureza mais ou menos autoritária ou coercitiva” (MULLER E SUREL, 2002, p.19) e modifica o ambiente jurídico, econômico e social dos indivíduos;

- c) a política pública constitui uma ordem local; isto é, um “constructo” político autônomo que no seu nível de atuação regula as relações de conflito interorganizacionais assegurando a articulação e a harmonização dos interesses envolvidos.

Os conceitos sintetizados acima destacam a centralidade do governo no processo de definição e formulação de uma política pública, salientando a importância dessa como ferramenta de modificação de uma determinada realidade. Se o objetivo principal de uma política pública é a transformação de uma situação existente ou a resolução (ou não) de problemas e, se estas políticas são debatidas, definidas e formuladas no espaço de discussão do governo, acabam por formar a própria ação desse, gerando expectativas por parte dos grupos alcançados por seus efeitos.

As políticas públicas sociais, por exemplo, geram grande expectativa da sociedade, pois as demandas sociais são amplas e numerosas, no entanto, os recursos públicos destinados à sua consecução são limitados e escassos. Por isso, o processo de decisão que define quando e onde serão alocados os recursos públicos torna-se de interesse da coletividade. O processo de decisão que está implícito na definição e formulação de políticas públicas é um processo de decisão sobre recursos públicos escassos. Este ponto é enfatizado por Souza (2003-a) quando argumenta que o cerne da formulação destas políticas é a luta pelo poder e por recursos entre os grupos sociais.

Lindblom (1981) propõem separar os componentes do processo decisório político para melhor analisá-los e apreender suas complexidades. No mesmo sentido, Howlett e Ramesh (1995, p. 11) denominam “ciclo da política” a seqüência de estágios, cujas fases são as seguintes:

- (a) formulação da agenda: refere-se ao processo pelo qual problemas tornam-se alvo da atenção dos governantes;
- (b) formulação da política: processo de formulação de opções de políticas no governo;

- (c) *decision-making*: processo pelo qual os governantes adotam um curso particular de ação, ou seja, é nesta fase que são definidas as prioridades alocativas da política pública;
- (d) implementação da política: operacionalização das políticas;
- (e) avaliação da política: monitoramento dos resultados e processos da política.

Fragmentar um processo político complexo como a definição e a formulação de uma política pública é torná-lo passível de análise, já que impedimentos operacionais não permitem o exame do processo como um todo. No entanto, tomar uma parte do processo e estudá-la em profundidade não exclui a necessidade de pensá-la em relação ao todo, já que a parte não se explica por si só.

Desta primeira reflexão acerca dos conceitos de políticas públicas salienta-se que o estudo dessas implica conhecer o espaço que cabe aos governos na sua definição e formulação. Ressalta-se, também, que uma política pública não nasce em um vácuo institucional, mas o legado de políticas prévias impacta nos resultados da nova política e na capacidade do governo para implementá-la.

## **1.2 A Centralidade do Estado**

A partir do momento em que um problema é identificado, o governo deve decidir como agir em relação a ele. Desta forma, Walt (1994, p. 73) demarca o primeiro estágio da definição e formulação de políticas públicas. A autora conceitua *public policy making* como um processo político de negociação, barganha e acomodação de diversos interesses que reflete a ideologia do governo que está no poder.

A afirmação de Gill Walt remete à necessidade de um enfoque centrado no Estado se o objetivo for estudar a formulação de políticas públicas. Evans (1993) salienta que no século XX aumentou a influência do Estado como instituição e como ator social, e, por isso, a importância de atentar para suas capacidades de ação, “no sentido da perícia

e perspicácia dos tecnocratas no interior do aparelho do Estado” e de uma “estrutura institucional que seja durável e efetiva” (EVANS, 1993, p. 109).

Conforme argumenta Souza (2003-c, p. 14), na busca por uma abordagem que considere a centralidade do Estado na formulação de políticas públicas não se pode aquiescer, por exemplo, com a perspectiva pluralista que vê o Estado como produto da interação entre grupos de interesse e totalmente permeável a esses e a sua competição, sendo o conteúdo de uma política o resultado das diferentes pressões exercidas pelos grupos envolvidos (MULLER e SUREL, 2002, p. 36). Ou, com a tese elitista que propugna a existência de uma elite detentora de papéis estratégicos no governo e responsável pelas “decisões-chave” (SCHWARTZENBERG, 1979, p. 674). Nestas abordagens o Estado é visto exclusivamente como arena onde são estabelecidos os conflitos por interesses econômicos e sociais e, desta forma, tanto o pluralismo quanto o elitismo, não dão conta de iluminar o entendimento do papel do Estado no processo de formulação de uma política pública.

Neste contexto, utiliza-se o conceito de “autonomia relativa do Estado”, no mesmo sentido empregado por Souza (2003-a, 2003-c, p. 14), como um caminho para compreender as complexidades do processo de definição e formulação de políticas públicas. Esta abordagem defende que o Estado tem um espaço próprio de atuação, e mesmo permeável a influências internas e externas, molda os processos políticos e sociais (EVANS, RUESCHEMEYER e SKOCPOL, 1985). Os Estados, quando concebidos como organizações que clamam controle sobre territórios e pessoas, podem formular e perseguir objetivos que não são simplesmente reflexos de demandas ou interesses de grupos sociais, classes ou da sociedade. E isso é o que usualmente entende-se por *autonomia do Estado* (SKOCPOL, 1985, p. 9). No entanto, a afirmação de que existe uma autonomia estatal “não pressupõe a racionalidade do Estado como ator, mas apenas sua não-subordinação a interesses presentes na sociedade, como afirmam autores marxistas e pluralistas” (MARQUES, 1997, p.80).

Souza (2003-a, p. 6) acredita que a perspectiva defendida por Skocpol é a mais adequada para pensar o processo de definição e formulação de políticas públicas. Pois, a autonomia relativa suscita determinadas capacidades que criam as condições para a

implementação dos objetivos das políticas. Esses só podem ser alcançados com a ingerência da organização administrativa do governo, que se torna imprescindível, principalmente, quando as políticas necessitam de forte intervenção governamental para serem implementadas (SKOCPOL e FINEGOLD, 1982, p. 260).

Na abordagem apresentada, o Estado é visto como um conjunto de organizações administrativas e coativas que fazem parte dos sistemas políticos em geral (SKOCPOL, 1984, p. 61).

Estos sistemas también pueden contener instituciones a través de las cuales están representados los intereses sociales en la política del Estado, así como instituciones por las cuales se movilizan los actores que no pertenecen al Estado, para participar en la puesta en vigor de la política. Sin embargo, las organizaciones administrativas e coactivas son la base del poder del Estado, como tal (SKOCPOL, 1984, p. 61).

A autora sustenta que além destas organizações serem potencialmente autônomas ao controle direto da classe dominante, mas com graus de autonomia que variam de um caso a outro, também competem com essa na destinação dos recursos advindos da economia e da sociedade. A destinação destes recursos pode não corresponder aos interesses da classe dominante, podendo ser empregados para fortalecer a composição e a autonomia do Estado (SKOCPOL, 1984, p. 62).

[...] la verdadera extensión y la consecuencias de la autonomía del Estado sólo pueden analizarse y explicarse en términos específicos de tipos particulares de sistemas sociopolíticos y de conjuntos particulares de circunstancias históricas internacionales (SKOCPOL, 1984, p. 61).

A abordagem da autonomia relativa do Estado é inserida por Badie e Birnbaum (1994, p. 190) na corrente da “sociologia histórica do Estado”. Em oposição às críticas ao Estado forte, que se revelou fraco e incapaz de impor sua autoridade, se constituíram “ilhas de força estatal” capazes de afrontar com sucesso as resistências das intervenções privadas e, em contraponto a todas as resistências internas, impor uma verdadeira autonomia política. Contudo, as relações sócio-econômicas influenciam e limitam as estruturas e atividades do Estado, ou seja, a autonomia é potencial e não uma característica fixa, sendo definida em cada situação histórica (SKOCPOL, 1985, p.14).

A autonomia relativa do Estado, em relação às influências e pressões que operam em um processo de definição e formulação de políticas públicas, gera a capacidade de agir no sentido de implementar as políticas de acordo com objetivos próprios. Skocpol (1985, p. 16) faz algumas considerações para elucidar a compreensão sobre a capacidade estatal. Primeiramente as condições necessárias para que se possa formular e implementar políticas são a integridade soberana absoluta e o controle administrativo-militar estável sobre um dado território. Além disso, funcionários qualificados e disponibilidade de recursos financeiros são essenciais para a eficácia estatal em alcançar seus objetivos.

A autora esclarece que os fatores determinantes dos recursos financeiros do Estado podem ser manipulados com o passar do tempo, embora isso não ocorra sempre. Os montantes e as formas de receita e crédito disponíveis para um Estado provêm de negociações, entre Estados e entre um Estado e classes sociais, e do equilíbrio político, os quais são condicionados estruturalmente, ainda que historicamente sofram mudanças. Skocpol atenta, ainda, para alguns estudos sobre capacidades estatais que envolvem as fontes e montantes de receitas do Estado e o grau de flexibilidade possível em sua arrecadação e alocação. A autora conclui que os arranjos institucionais internos e as situações internacionais dificultam a mudança de limites dentro dos quais as elites estatais devem manobrar para arrecadar impostos e obter crédito. Desta forma, Skocpol afirma que os meios pelos quais os Estados aumentam e alocam recursos financeiros diz mais do que qualquer outro fator, sobre a existência de capacidades de criar ou fortalecer as organizações do Estado, empregar recursos humanos, formar bases políticas, subsidiar empresas e financiar programas sociais.

A capacidade de ação de um Estado está diretamente ligada a sua robustez estrutural. Para Evans (1995, p. 3) são as estruturas que definem o alcance dos papéis que o estado é capaz de jogar. Por robustez estrutural entende-se uma estrutura institucional eficaz e estável, que permite ampliar o espectro de ação do Estado tornando-o efetivamente capaz de influenciar os processos políticos de forma relativamente autônoma. Quanto mais robustas forem as estruturas governamentais, mais permitirão a ampliação do escopo de ação, isto é, a capacidade de implementar

objetivos próprios, que, por sua vez, possibilita a criação e o fortalecimento das organizações do Estado.

O Estado potencializa sua capacidade de ação na medida em que dispuser de funcionários hábeis e, como diz Evans (1995, p. 5), relativamente insulados das influências de grupos sociais; assim como deve dispor de estruturas institucionais fortes, capazes de moldar as relações entre os indivíduos e de possibilitar certas políticas e punir quem não cumpra com as determinações institucionais. Mas, ainda assim, a capacidade de ação das organizações do Estado está condicionada pelo desenvolvimento econômico, pela estrutura de classes e também por acontecimentos internacionais (SKOCPOL, 1984, p. 65).

Em seu estudo sobre o desenvolvimento do poder nas sociedades humanas Michael Mann (1992) declara que se pode encontrar dois sentidos diferentes “pelos quais os Estados e suas elites podem ser considerados poderosos” (MANN, 1992, p. 168). O primeiro sentido refere-se ao que o autor denominou de *poder despótico* da elite estatal, esse tipo de poder corresponde à intervenção do Estado na sociedade sem negociação institucionalizada e pode ser observado nos Estados históricos.

O segundo sentido é denominado de *poder infra-estrutural*, que é bem desenvolvido nas sociedades industriais e remete à capacidade do Estado de introduzir-se na sociedade civil e implementar as decisões políticas por todo o seu domínio, o que se torna possível através das estruturas institucionais. Para Mann os Estados infra-estruturalmente poderosos, incluindo as democracias capitalistas, “são fortes em relação aos indivíduos e aos grupos mais fracos da sociedade civil, mas os Estados democráticos capitalistas são fracos em relação aos grupos dominantes, ao menos em comparação com a maioria dos Estados históricos” (MANN, 1992, p. 171).

O poder autônomo do Estado deriva da necessidade da existência de regras fixadas monopolisticamente. “As atividades de seus funcionários são necessárias para a sociedade como um todo e/ou para os vários grupos que se beneficiam das estruturas existentes de regras que o Estado impõe” (MANN, 1992, p.178). O autor enfatiza que “a necessidade é a mãe do poder do Estado” (MANN, 1992, p.179). Com isso, ressalta que o poder autônomo do Estado se mantém pela imprescindibilidade de seus serviços, das

regras e das políticas que são formuladas e só podem ser implementadas com o apoio das estruturas institucionais estatais.

Desta forma, existem tarefas que só podem ser desenvolvidas pelo Estado em virtude da centralização. Isso acaba por torná-lo indispensável, na medida em que o habilita a intervir em um amplo território. Estas tarefas

jogam o Estado em relações funcionais com grupos diversos, algumas vezes com interesses diametralmente opostos, entre os quais há um espaço de manobra. O espaço pode ser explorado. Qualquer Estado envolvido em uma multiplicidade de relações de poder pode jogar os grupos de interesse uns contra os outros (MANN, 1992, p.181).

Assim, o poder infra-estrutural deriva da “utilidade social das formas de centralização territorial que não podem ser fornecidas pelas forças da sociedade civil” (MANN, 1992, p.187).

Para Theda Skocpol (1984, p. 61) a centralização de organizações coercivas, fiscais, judiciais e administrativas no aparelho governamental faz com que o Estado adquira expressiva importância nas explicações sobre desenvolvimento de políticas públicas. Compreender as estruturas e as capacidades dos Estados significa entender como são formados e reorganizados e como afetam a sociedade através de suas intervenções- ou abstenções- e através de seu relacionamento com a sociedade (EVANS, RUESCHEMEYER e SKOCPOL, 1985, p. 351).

Segundo Skocpol (1985, p.730) os Estados afetam os processos políticos, principalmente, de duas formas. Na primeira, o Estado pode ser o *locus* de ação autônoma oficial, não podendo ser reduzido às demandas e preferências dos grupos sociais. No entanto, deve-se atentar para a inevitabilidade das influências sociais e do ambiente econômico no comportamento dos atores sociais envolvidos nos processos políticos. Além disso, políticos e funcionários públicos são também engajados em disputas entre eles, e devem buscar a resolução dessas usando as capacidades das organizações das quais fazem parte. Se uma dada estrutura de Estado não fornece capacidades de implementar uma certa linha de ação, os funcionários do governo provavelmente não a seguirão, e políticos que aspiram cargos provavelmente não a proporão. Por outro lado, funcionários do governo ou políticos aspirantes podem tomar



novas iniciativas políticas- possivelmente bem adiante das demandas sociais- se houver capacidades estatais as quais possam ser facilmente adaptadas ou retrabalhadas para realizações que possam trazer-lhes vantagens em suas disputas com competidores políticos.

Na segunda forma, as estruturas organizacionais do Estado, indiretamente, influenciam os significados e os métodos dos processos políticos de todos os grupos na sociedade. Definições de o que é viável ou desejável nos processos políticos dependem em parte das capacidades e qualidades que os vários grupos atribuem às organizações do Estado e aos funcionários e políticos que as operam. (SKOCPOL, 1984, p. 731).

Observa-se que, apesar do Estado protagonizar o processo decisório de políticas públicas, ele não está isolado e sofre diversas influências. Dentre as quais, encontram-se suas próprias instituições, suas características e seu contexto histórico. Evans (1998, p. 61) declara que as decisões tomadas pelos governos “dependem de contextos institucionais complexos, com interações historicamente enraizadas e incorporadas em estruturas sociais aceitas pelos indivíduos que trabalham no próprio Estado”, ou seja, “[...] os padrões institucionais históricos definem os interesses individuais e restringem a maneira como esses são perseguidos [...]” (EVANS, 1998, p. 62).

### **1.3 A perspectiva Neo-Institucional e o Processo Decisório das Políticas Públicas**

A autonomia estatal não é uma característica estrutural do Estado capitalista que possa ser definida *a priori*, visto que é estabelecida em cada conjuntura histórica pelas ‘potencialidades estruturais’ que cercam as ações autônomas do Estado, pelas estratégias dos vários atores presentes e pelas mudanças implementadas pelo próprio Estado na organização administrativa e na coerção (Marques, 1997, p. 80). As instituições estatais operam papel importante na potencialização desta ação, elas podem atuar gerando incentivos ou dificultando a ação do Estado.

A abordagem neo-institucionalista discute a importância das instituições estatais no processo de definição e formulação de políticas. Na medida em que,

remete não somente às limitações de racionalidade do processo de decisão como consequência de uma falta ou de um excesso de informações, mas salienta a existência de regras gerais e entendimentos fundamentais que prevalecem em cada sociedade e que exerceriam uma influência decisiva sobre as interpretações e o próprio agir das pessoas (FREY, 2000, p. 232).

Por instituições entendem-se “regras formais, procedimentos consentidos, práticas operacionais padronizadas que estruturam a relação entre os indivíduos nas várias unidades da política e da economia” (MARQUES, 1997, p. 76), facilitando e regulando os recursos de poder (LEVI, 1991, p. 83). As instituições atuam dando forma às estratégias dos atores e suas metas, mediando suas relações de cooperação e conflito, estruturando as situações políticas e deixando suas marcas nas consequências da política (LEVI, 1991).

As instituições não são somente um reflexo de necessidades individuais ou sociais, mas também “padrões regularizados de interação, conhecidos, praticados e, em geral, reconhecidos e aceitos pelos atores sociais, se bem que não necessariamente por eles aprovados” (FREY, 2000, p.231-2). O neo-institucionalismo postula que os atores sociais na arena pública agem não somente por interesses pessoais, mas também as “regras, deveres, direitos e papéis institucionalizados influenciam o seu comportamento nos processos de decisão política” (FREY, 2000, p. 233). Sendo as estruturas institucionais mais eficientes as que materializam um sistema normativo de regras informais internalizadas (LEVI, 1991, p. 85).

Segundo March e Olsen (1984, p. 738) os neo-institucionalistas reclamam o reconhecimento de um papel mais autônomo para as instituições políticas. Pois, a democracia política não depende somente das condições sociais e econômicas, mas também do desenho das instituições políticas. A reivindicação da autonomia é necessária para estabelecer que as instituições políticas são mais do que simples reflexos das forças sociais. Os autores declaram que observações empíricas parecem indicar que processos internos das instituições políticas, embora possivelmente desencadeados por eventos externos, afetam o curso da história.

Comparar as instituições com as regras de um jogo é a forma com que Douglass North (1990, p. 4) explica estas restrições ou coações que moldam a interação humana. Essa se conforma pela imposição de restrições formais, como as leis, ou informais, como as convenções e códigos de comportamento. As instituições incluem também os mecanismos que tentam garantir sua eficácia, abrangendo especificações sobre o que os indivíduos são proibidos de fazer e sob que condições alguns têm permissão para empreender certas atividades. A importância das instituições está na sua função: reduzir a insegurança inerente aos processos de decisão políticos através do estabelecimento de uma estrutura estável (mas não necessariamente eficiente) para a interação humana. Entende-se, então, que as instituições resolvem conflitos sociais, onde há instituições eficientes há ordem social, mesmo que o poder de barganha dos indivíduos e o acesso a recursos coercitivos sejam desiguais (LEVI, 1991, p. 79).

As estruturas institucionais propiciam um contexto de ação no qual serão elaboradas as estratégias, terão lugar as relações e serão resolvidos conflitos entre indivíduos e grupos que participam da definição de uma política pública (MULLER e SUREL, 2002, p. 26). Para North (1992, p. 1), considerando que a estrutura institucional constitua um contexto de ação no qual são tomadas as decisões sobre políticas públicas e, na medida em que define as regras formais e normas de conduta para este processo, ela deve possibilitar aos atores sociais meios de solucionar os problemas que se apresentam no campo e não dificultar ou impossibilitar esta solução.

Alguns autores como Hall e Taylor (2003), Marques (1997) e Théret (2003) alertam para as diferenças entre os estudos empreendidos por autores neo-institucionalistas e apontam para a coexistência de diferentes correntes dentro da perspectiva. Abaixo estão relacionados de forma sintética os “três neo-institucionalismos” identificados por Hall e Taylor: o institucionalismo histórico, o institucionalismo da escolha racional e o institucionalismo sociológico.

Em resposta às teorias de grupos e ao estrutural-funcionalismo desenvolveu-se o institucionalismo histórico. Mesmo surgindo como um contraponto às estas teorias o institucionalismo histórico foi por elas influenciado. O legado das teorias de grupos está no enfoque de que o conflito entre grupos rivais por recursos escassos é o centro dos

processos políticos. Entretanto, os autores consideram esse o limite da teoria, tornado-se necessário procurar melhores explicações para as peculiaridades dos resultados das políticas nacionais e para as desigualdades que marcam estes resultados. Os históricos, como Marques (1997, p. 78) chama os estudiosos desta corrente, encontram estas explicações na forma como a organização institucional das estruturas políticas e econômicas entra em conflito, de tal modo que privilegiam certos interesses enquanto desmobilizam outros. Já, a contribuição do estrutural-funcionalismo reside no entendimento de que as instituições políticas são um sistema global de partes que interagem, sendo a organização institucional o principal fator que estrutura o comportamento coletivo e gera distintos resultados (HALL e TAYLOR, 2003, p. 195).

Em comparação com as outras duas correntes, os institucionalistas históricos caracterizam-se por olhar mais atentamente para o Estado, visto não somente como um agente neutro que arbitra entre interesses concorrentes, mas como um complexo de instituições capazes de estruturar o caráter e os resultados do conflito entre os grupos. Para os teóricos desta corrente, as instituições são procedimentos formais ou informais, rotinas, normas e convenções inseridas na estrutura organizacional das instituições políticas (HALL e TAYLOR, 2003, p. 200)

Hall e Taylor (2003, p. 194-201) apontam quatro características que distinguem esta vertente dos demais neo-institucionalismos. Primeiro, os institucionalistas históricos tendem conceituar a relação entre instituições e comportamento individual em termos relativamente amplos. Segundo, enfatizam as assimetrias de poder associado com a operação e o desenvolvimento das instituições. Terceiro, vêem o desenvolvimento institucional enfatizando a *path dependence* e as conseqüências imprevistas. Ou seja, os “[...] indivíduos criam instituições que, por sua vez, constroem as escolhas subseqüentes destes mesmos indivíduos ou de gerações futuras” (LEVI, 1991, p. 80). A *path dependence* ou trajetória dependente refere-se à influência de políticas prévias na configuração de novas políticas. Quarto, estão preocupados em integrar a análise institucional com outras contribuições que outros tipos de fatores, como as idéias, podem ter nos resultados políticos.

Marques diferencia o institucionalismo histórico do institucionalismo da escolha racional, afirmando que

os históricos discordam que os atores sejam maximizadores bem-informados e egoístas de preferências, como considera a escolha racional, afirmando que os agentes, na maior parte do tempo, tentam seguir as regras e normas sociais sem pensar sobre o seu próprio interesse. [...], as instituições [...] não apenas constroem as interações sociais, mas também alteram a conformação das preferências dos atores. Enquanto para [...] os neo-institucionalistas da escolha racional as preferências são exógenas ao modelo, para os históricos as preferências são endógenas, sendo construídas social e politicamente no bojo dos processos sob estudo (MARQUES, 1997, p. 77).

Immergut (1998, p. 16-20) acrescenta que para esta corrente do neo-institucionalismo as instituições não determinam o comportamento dos participantes do processo político, somente fornecem um contexto para a ação que auxilia no entendimento de por que os agentes sociais fazem determinadas escolhas. As decisões políticas emergem da combinação extremamente complexa de fatores que incluem tanto as características do sistema político quanto os ‘acidentes’ das disputas por poder.

O segundo institucionalismo, da escolha racional, “considera as instituições fundamentais para a definição das estratégias dos atores” pois “representam constrangimentos à escolha estratégica, alterando o comportamento auto-interessado” (MARQUES, 1997, p. 77). Hall e Taylor (2003, p. 205-6) elencam quatro pontos comuns nas análises ligadas a este enfoque. Os teóricos desta vertente empregam uma série de pressupostos comportamentais. Consideram que os participantes dos processos políticos compartilham preferências e interesses, comportando-se de modo inteiramente utilitário. Vêm a vida política como uma série de dilemas de ação coletiva, ou seja, os indivíduos agem de modo a maximizar a satisfação das suas próprias preferências mesmo que exista a possibilidade de produzir um resultado sub-ótimo para a coletividade. Salientam a função da interação estratégica na determinação das situações políticas. Utilizam um enfoque ‘calculador’ para explicar a influência das instituições na ação individual. Enfatizam que o processo de criação de instituições é centrado na noção de acordo voluntário entre os participantes. Se uma instituição está “submetida a algum processo de seleção competitiva, ela, desde logo, deve sua sobrevivência ao fato de oferecer mais benefícios aos atores interessados do que as formas institucionais concorrentes” (HALL e TAYLOR, 2003, p.206).

Em relação ao institucionalismo sociológico, Hall e Taylor destacam três aspectos que imprimem originalidade ao enfoque. A definição de instituições é mais ampla, abarca “os sistemas de símbolos, os esquemas cognitivos e os modelos morais que fornecem ‘padrões de significação’ que guiam a ação humana” (HALL e TAYLOR, 2003, p. 208-9). Ao estudo das instituições é agregado o enfoque culturalista. O desenvolvimento de instituições está relacionado com a legitimidade social que oferecem. “[...] as organizações adotam formas e práticas institucionais porque elas têm um valor largamente reconhecido num ambiente cultural mais amplo” (HALL e TAYLOR, 2003, p. 211).

Por considerar a contingência da história e a trajetória dependente das políticas, o enfoque que mais se aproxima dos objetivos deste estudo é o neo-institucionalismo histórico. Pois, atentar para a importância da trajetória dependente significa aceitar que a capacidade de um governo de assumir novas políticas é determinada por políticas anteriores, que geraram “certas capacidades administrativas, definiram uma distribuição de recursos, incentivaram alianças e consolidaram procedimentos burocráticos” (COELHO, 1998, p. 6).

A estabilidade e a durabilidade são duas características fundamentais das instituições, embora elas apresentem um caráter de imobilidade, podem ser transformadas, o que ocorre através de processos políticos. No entanto, “transformar ou destruir instituições é geralmente uma tarefa árdua” (LEVI, 1991, p. 79).

Para Levi (1991) uma mudança institucional é a alteração nas regras e nos seus procedimentos de implementação. Sendo as instituições um reflexo da distribuição de poder dentro de uma sociedade

tornam-se suscetíveis à mudança na medida em que esta distribuição muda. A mudança é mais provável quando se verifica um aumento da eficiência de indivíduos que buscam a mudança e uma diminuição no poder de veto de indivíduos cujos interesses são servidos pelos arranjos institucionais correntes (LEVI, 1991, p. 84).

Entretanto, a autora argumenta que a maioria das mudanças institucionais implementadas representa processos incrementais, acabando por não reconstruir ou

destruir a instituição e “uma vez estabelecidas, as instituições tendem a desenvolver uma vida própria” (LEVI, 1991, p. 91).

A importância de valorizar o papel das instituições como fatores que podem influenciar a trajetória e os resultados de uma política pública está no fato de que elas têm condições de potencializar ou dificultar a capacidade de ação do Estado. Souza (2003-a, p. 12) entende que as instituições tornam o curso de certas políticas mais fáceis do que outras. Além disso, as instituições e suas regras podem possibilitar a redefinição das alternativas políticas e mudanças na posição dos atores. Apesar de, muitas vezes, as instituições estarem associadas à inércia, muita política pública é formulada e implementada. Assim, a contribuição da teoria neo-institucionalista está no esclarecimento que não só os indivíduos ou grupos que têm força relevante influenciam as políticas públicas, mas também as regras formais e informais que regem as instituições (SOUZA, 2003-a, p. 11).

#### **1.4 Considerações Finais**

Formular uma política pública, com certeza, não é uma tarefa fácil. Atribui-se ao governo sua formulação e implantação. No entanto, na etapa de formulação, dificilmente o governo tomará as decisões isoladamente em relação a políticas como a de saúde, na qual a participação do setor privado na prestação de serviços é bastante forte. Estes interesses não se absterão de participar e tentar influenciar o processo decisório, já que os resultados desse certamente influenciarão o contexto em que está situada sua atividade. Também os sindicatos de trabalhadores na saúde, organizações e movimentos sociais tentarão imprimir no processo sua presença, tentando, de uma forma ou de outra, defender seus interesses e melhorar sua posição e situação no arranjo institucional. Neste processo, então, o governo será mais um participante, o que, no entanto, não obscurece sua importância e seu protagonismo.

Na etapa de implementação a preponderância do governo é mais visível, porque nele estão centralizadas as estruturas que serão capazes de efetivamente concretizar a

política. Somente o governo tem a competência, por exemplo, de ditar normas e regras que permitirão a implementação de uma dada política, além de deter os mecanismos capazes de garantir o cumprimento dessas.

A partir do momento em que se considera a multiplicidade de interesses que atua no processo de formulação de uma política pública, e que esses circundam o governo em virtude de sua importância no sentido de legitimar as decisões assim como de concretizá-las, cabe salientar que os atores sociais não tomam suas decisões em um contexto neutro, nem se defende aqui que eles agem somente visando maximizar seus interesses. De acordo com a perspectiva neo-institucional histórica as características institucionais de uma determinada política influenciam a atuação dos participantes do processo de decisão político, na medida em que formam o contexto no qual são tomadas as decisões e no qual agem os atores sociais. Essas características são construídas historicamente, sendo sua mudança de difícil consecução no curto prazo. Desta forma, enfatiza-se o que Souza (2004) chama de rota dependente, ou seja, a herança institucional de políticas anteriores impacta (1) na capacidade de ação dos governos, já que pode limitar ou ampliar essa, e, conseqüentemente, (2) nos resultados da nova política.

Para exercer um certo grau de autonomia no processo de definição e formulação de uma política pública o governo deve, primeiramente, dispor de mecanismos institucionais capazes de preservar esta autonomia relativa, ou seja, dificultar a manipulação das agências governamentais por interesses privados. Precisa também que estes mecanismos possibilitem a efetivação de sua ação de acordo com os objetivos da política implementada, resultante do processo decisório. Pois, uma ação governamental efetiva será dificultada, se, por exemplo, existir uma legislação prévia que vá de encontro com as novas determinações, ou se o governo não dispor de meios de impor sua política junto aos interesses privados que operam no setor em questão. No entanto, capacidade de ação do governo pode ser potencializada se existirem regras e normas eficazes que permitam ao governo estabelecer sua política, contudo, essas só atingirão seus objetivos se houver reconhecimento por parte da sociedade de sua importância. Esta conjuntura torna-se crucial quando uma nova política contrapõe-se aos interesses de grupos poderosos que atuam no setor, como no caso da política de saúde.



Assim, interessa verificar qual o grau de autonomia de um governo municipal no processo de definição e formulação de uma política pública frente à influência, no processo político, do legado histórico institucional da política em questão. Esta influência pode atuar possibilitando ou limitando a autonomia do governo e, conseqüentemente, sua capacidade de agir no sentido de implementar mudanças.

A capacidade de agir de forma relativamente autônoma de um governo está na sua competência de dispor e gerenciar suas estruturas institucionais, no entanto, contextos institucionais historicamente construídos e enraizados afetam a capacidade de ação. Portanto, é importante conhecer o processo de construção da política que se pretende estudar se o objetivo é saber porque a implementação de uma dada política pública toma certo rumo e porque o governo toma determinadas decisões, que muitas vezes parecem contraditórias.

## **2 A POLITICA DE SAÚDE NO BRASIL**

### **2.1 Introdução**

Toda política pública representa a intervenção do governo em um dado setor da sociedade, sendo assim, tem-se, por exemplo, políticas econômicas, políticas externas, políticas sociais. As políticas sociais são “instrumentos de ação do Estado, a partir dos quais seus titulares definem formalmente as orientações, formas de controle e de intervenção diante de determinados setores de atividades sociais” (NEVES, 1993, p. 47), ou seja, é uma estratégia de intervenção e regulação do Estado no que diz respeito à questão social (CUNHA e CUNHA, 2002). Draibe (1995, p.203) esclarece que as funções das políticas sociais são ampliar as oportunidades básicas (como educação e saúde) e corrigir, parcialmente, a ação do mercado.

Nem tanto para corrigir a ação do mercado, mas para assegurar o desenvolvimento da industrialização, com esta função nascem as políticas sociais no Brasil. Na década de 1930, com Getulio Vargas, observa-se a estruturação e a institucionalização do sistema de proteção social e nos governos militares sua expansão e consolidação.

As políticas sociais brasileiras nascem e desenvolvem-se em um contexto autoritário o que lhes acarretou como legado institucional as características específicas deste tipo de governo: centralização decisória, política e administrativo- financeira no governo federal. A política de saúde exibiu estes traços, assim como desenvolveu

características próprias como a histórica oposição entre saúde pública e medicina previdenciária.

Tem-se, de um lado, ações coletivas, e de outro a assistência individual. Essa configuração permaneceu praticamente intacta até o final dos anos 70. A partir daí tem início um intenso debate acerca das condições de saúde da população e da ineficácia das políticas de saúde do regime militar. A estratégia para a resolução destes problemas seria a construção de um sistema de saúde universal e descentralizado, no qual as ações de atenção básica seriam privilegiadas frente às ações chamadas “curativas”.

No entanto, argumenta-se que características históricas de uma política perpassam mudanças institucionais, permeiam o contexto no qual estão inseridos os atores sociais responsáveis por operar tal reorganização e cristalizam-se em seus atos. Para entender de que forma o legado institucional de políticas prévias impacta na configuração da nova política, deve-se conhecer o desenvolvimento e as características da política em questão. No caso da política de saúde brasileira, optou-se por, primeiramente, explicitar o chamado “modelo biomédico”. Esse foi o alicerce de uma prática médica especializada e individual que caracterizou a formação e consolidação das ações de saúde no Brasil.

## **2.2 O Modelo Biomédico: Crise e Alternativas**

Influenciada pela medicina urbana<sup>6</sup> surge, no final do século XIX, a medicina científica, intimamente ligada às necessidades do processo de formação do capitalismo monopolista: aumentar a acumulação de capital e legitimar a ordem social (MENDES, sd, p. 16). Neste contexto, a prática médica não poderia se centrar, somente, nas práticas coletivas, mas deveria preocupar-se com os cuidados necessários para manter a força de trabalho ativa.

---

<sup>6</sup> Denominação de Foucault (2003) à medicina surgida na França no fim do século XVIII. A medicina urbana nasce em virtude das preocupações suscitadas pelo crescimento da estrutura urbana e objetiva organizar o espaço da cidade para controlar a disseminação de doenças.

O modelo biomédico constituiu-se sob a influência do pensamento cartesiano, e é considerado o alicerce conceitual da moderna medicina científica (CAPRA, 1996, p. 116). A partir de uma concepção que separa corpo e mente, os médicos passaram a se concentrar no ‘corpo’. Esse é comparado a uma máquina e a doença a um mau funcionamento dessa ou de alguma de suas partes. O paradigma da medicina científica, assim, pressupõe uma prática médica que desvincula o indivíduo de seu meio-ambiente.

Mendes (sd) expõe que a medicina científica sustenta-se sobre a tecnificação do ato médico como forma de mediar a relação entre o homem e as doenças. “A medicina científica erigiu, [...], como parâmetro de qualidade, o grau de densidade tecnológica da prática médica, em detrimento da capacidade da medicina em promover ou restaurar a saúde e prevenir doenças” (MENDES, sd, p. 22). A descoberta de novos medicamentos, na década de 1920, contribuiu para a consolidação de uma prática médica cada vez mais medicamentosa, assim como, propiciou incremento da prática cirúrgica.

A prática médica torna-se cada vez mais dependente da tecnologia de ponta. A introdução de novas e caras tecnologias afeta, particularmente, países pobres ou em desenvolvimento. Primeiro, porque o custo desta tecnologia é muito alto e, segundo, estes países dependem da importação destes equipamentos, o que torna ainda mais onerosos seus sistemas de saúde. Além disso, uma prática médica voltada para a assistência individual opõe-se às necessidades de saúde de países que têm grande número de habitantes em situação de pobreza e vulnerabilidade social.

Os interesses da saúde pública estão geralmente isolados da educação e da prática médicas, as quais são severamente desequilibradas pela excessiva ênfase dada aos mecanismos biológicos. Muitas questões que são fundamentais para a saúde- como a nutrição, emprego, densidade populacional e habitação- não são suficientemente discutidas nas escolas de medicina; por conseguinte, há pouco espaço para a assistência preventiva à saúde na medicina contemporânea (CAPRA, 1996, p. 133).

Tal consideração vincula-se a questão do crescimento dos custos com sistemas de saúde. Mélici (2002, p. 57) salienta que há uma desproporção entre os custos da moderna assistência médica e sua eficácia na resolução dos problemas de saúde das populações. “Apesar do considerável aumento nos gastos com saúde nas últimas décadas, e, em meio aos pronunciamentos dos médicos acerca do valor da ciência e da tecnologia, a saúde da população não parece ter apresentado uma melhora significativa”

(CAPRA, 1996, p. 127). Pelo menos não uma melhora que possa ser diretamente relacionada aos progressos médicos tecnológicos. Os progressos mais significativos na saúde das populações, expressos, por exemplo, pelo aumento na expectativa de vida, pelo declínio das doenças infecciosas e da mortalidade infantil, são resultados, principalmente, de melhorias nas condições de higiene e saneamento, de nutrição e outros fatores relacionados aos avanços nas condições de vida das populações (ABEL-SMITH, 1994, p. 7).

Os gastos com o setor saúde cresceram a partir da década de 50, especialmente, nos países desenvolvidos. Médici (2002, p. 54-57) relaciona a elevação dos custos com saúde, dentre outros fatores, às “mudanças no campo da tecnologia médica”. Para o autor, o desenvolvimento de novas tecnologias de saúde não representa um decréscimo nos custos da atenção médica, como ocorre na área industrial. Pois, a absorção de tecnologias na área da saúde não é substitutiva, demanda maiores investimentos na qualificação de recursos humanos e, necessariamente, não pressupõe maior produtividade no serviço médico.

Desta forma, Mendes (1999-a, p 16) afirma que a orientação de gastos para procedimentos custosos e de baixo impacto nos padrões sanitários das populações torna os sistemas de saúde ineficientes e ineficazes. Assim, configura-se uma crise no modelo biomédico que acaba por relacionar-se com a crise macroeconômica e fiscal pela qual passaram os governos a partir de 1970.

Neste cenário, de “crise ideológica” do modelo biomédico (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989), de crescentes custos do setor saúde e de crise fiscal dos Estados, a tentativa de racionalização dos gastos se deu através da discussão de novas formas de organizar os sistemas de saúde. Como a Medicina Comunitária, um projeto de organização da prática médica que “traz consigo uma concepção da medicina como conjunto de recursos técnico-científicos voltados para a realização de níveis progressivamente elevados de bem-estar social; uma concepção social centrada nas noções de necessidade de saúde, carência ou pobreza, direito à saúde e ao bem-estar [...]” (DONNANGELO, 1976, p.13).

Em 1978 foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, conhecida como a Conferência de Alma-Ata. Nessa, foi reconhecida a importância da atenção primária de saúde como forma de atingir a meta “saúde para todos no ano 2000”. Os cuidados primários de saúde compreendem, entre outras atividades, a “educação sanitária, a assistência nutricional, o saneamento básico, a assistência materno-infantil, as imunizações, a assistência curativa para os problemas comuns” (DALLARI, 1985, p. 23). Assim, novas formas de assistência foram propostas para reorganizar os sistemas de saúde e torná-los mais eficientes e acessíveis.

O desenvolvimento da medicina contemporânea, baseada no modelo biomédico, trouxe para a prática médica uma concepção reducionista da doença e a dependência tecnológica. Estes fatores colaboraram para a conformação de um tipo de política de saúde que se desenvolverá no Brasil em meados da década de 50 e que estava em consonância com a estratégia do Estado brasileiro para o contexto histórico do período. Este processo encontrará respaldo na histórica e estrutural dicotomia entre saúde pública e medicina previdenciária que existe no Brasil desde o início do século XX.

### **2.3 A Constituição do Sistema de Saúde no Brasil**

Até 1930, no Brasil, as ações governamentais voltadas para as áreas sociais eram fragmentadas e pontuais. A política de saúde compreendia, basicamente, o combate a grandes endemias e o saneamento dos portos. A assistência médica era oferecida por estabelecimentos filantrópicos e as ações de saúde pública eram desenvolvidas pelos governos locais. No entanto, neste período, são criados e implementados serviços e programas de saúde no nível federal, como as “campanhas sanitárias”. Destinadas ao combate de epidemias urbanas e rurais, as campanhas sanitárias se caracterizavam pela concentração de decisões no governo federal e pelo estilo repressivo de intervenção médica.

A partir da Revolução de 1930 inicia-se um processo de ampliação da ação estatal e centralização de poder no governo central. Esse, visando efetivar o comando nacional

das políticas de saúde, passa a encampar as unidades de saúde pública sob a responsabilidade dos estados, dando início a um processo de redução de autonomia estadual nos serviços de saúde. Teixeira (1990) observa que a crescente centralização e intervenção estatal, na América Latina, foram necessárias para promover o desenvolvimento do capitalismo, “seja por necessidade de resguardar a soberania nacional ou de realizar os maiores investimentos, ou ainda porque se constitui na principal fonte de geração de emprego urbano” (TEIXEIRA, 1990, p. 79).

A história política e econômica mais recente, de 1930 até a década de 60, reforçou a tradição centralista ao atribuir ao Estado, no nível central, o papel principal no planejamento do desenvolvimento econômico. Para isso, foram realizadas reformas administrativas em vários países, com o objetivo de fortalecer o governo central, dotando-o de condições técnicas para intervir de maneira mais planejada e eficaz (TEIXEIRA, 1990, p. 79).

A crescente intervenção do Estado nas políticas assistenciais e previdenciárias se manifestou na criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs)<sup>7</sup>, no interior dos quais surgiu a chamada ‘medicina previdenciária’ (BRAGA e PAULA, 1981). Essa era oferecida aos trabalhadores formais vinculados aos IAPs e compreendia uma assistência médica chamada “curativa” que privilegiava uma abordagem individualista dos problemas de saúde e negligenciava a relação da doença com as condições de vida do indivíduo. Neste momento passam a coexistir dois setores ligados à saúde no aparelho do Estado, um ao estilo das “campanhas sanitárias”, que, pode-se dizer, representavam ações de saúde coletiva, e outro compreendia um atendimento individual e curativo, disponível somente aos trabalhadores formais urbanos (LUZ, 1991, p. 80).

A criação de um mercado nacional de trabalho, consequência do desenvolvimento do processo de industrialização, acarretou a expansão da atenção à saúde para o interior do país. Neste período a prioridade do governo federal era garantir a ampliação e a extensão da atividade industrial. A assistência à saúde desenvolvida estava de acordo com as necessidades deste incipiente processo. Ou seja, ações de ‘saúde pública’ que visavam diminuir os perigos das epidemias urbanas e rurais, e ações de saúde individual

---

<sup>7</sup> Os IAPs eram institutos de seguridade social que sucederam as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs). Essas eram organizadas por empresas, administradas por representantes das empresas e dos trabalhadores com pouca intervenção do Estado e financiadas com recursos dos empregados e empregadores. Já os IAPs eram organizados por categorias profissionais e regulados pelo Estado com financiamento tripartite (estado, empresas e empregados).

voltadas para o crescente mercado da força de trabalho, essencial para o desenvolvimento industrial.

Desde 1930, a ampliação da ação governamental na esfera social caminhou junto com a centralização política e a concentração de poder decisório no Executivo federal. Mais do que isso, o sistema brasileiro de proteção social nasceu, expandiu-se e ganhou suas feições características durante os dois ciclos autoritários- o de Vargas (30/45) e o dos militares (64/84)-, quando o federalismo deu lugar, de fato, a um Estado quase unitário [...]. Em consequência, as políticas sociais não só estiveram associadas à crescente atividade da esfera federal –[...]–, mas exibiram as marcas de concepções autoritárias, que consagraram o predomínio do Executivo federal, dos processos fechados de decisão e da gestão centralizada em grandes burocracias (ALMEIDA, 1995, p. 88).

Durante o regime militar ocorreu uma grande reorientação institucional na administração estatal com o objetivo de garantir a unicidade do sistema de governo. A Constituição outorgada de 1967 e os atos constitucionais representaram mecanismos de regulação que limitaram a autonomia dos estados e municípios nos planos legislativo, judiciário e administrativo. Houve uma redistribuição de competências a favor da União, possibilitando o controle dos planos e programas administrativos estaduais e municipais através de mecanismos de dependência financeira e da centralização decisória no governo federal (NETO, 1991, p. 58-9). A reforma fiscal da década de 60 promoveu uma centralização financeira dos principais tributos no governo federal e, mesmo que tenha ampliado o volume de receitas disponíveis aos municípios, as transferências estavam sujeitas ao controle do governo central (ARRETCHE, 1999, p. 3). “Esta forma de Estado moldou uma das principais características institucionais do Sistema Brasileiro [de Proteção Social]: sua centralização financeira e administrativa” (ARRETCHE, 1999, p. 3).

No setor saúde ocorreu uma reorganização na assistência. A nova configuração institucional da política de saúde caracterizou-se pela “predominância de um sistema de atenção médica ‘de massa’ [...] sobre a proposta de medicina social e preventiva”, pelo crescimento do setor privado prestador de serviços de saúde e pelo “desenvolvimento de um ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica e dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares” (LUZ, 1991, p. 82).



Arretche (1999) expõe que a política de saúde, assim como as demais políticas sociais, era formulada e implementada sob as diretrizes da centralização financeira e administrativa. “Tal formato institucional era compatível com o tipo de Estado vigente durante a ditadura militar, para o qual estados e municípios eram agentes da expansão do Estado e da execução local de políticas centralmente formuladas” (ARRETCHE, 1999, p. 4).

A orientação excludente e privatista dada à política pública de saúde permitiu conciliar interesses diversos: foram atendidas, parcialmente, as demandas sociais e, ao mesmo tempo, os recursos gerados na contribuição compulsória sobre o salário foram utilizados como instrumento de sustentação da atividade do setor privado (POSSAS, 1986). Essa estratégia expressou-se no Plano de Ação para a Previdência Social (PAPS), de 1966, que manifestou a preferência pelo estabelecimento de convênios com as modalidades privadas de atenção médica na prestação de serviços de saúde.

A consolidação institucional desta política deu-se com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS)<sup>8</sup> em 1967, resultado da fusão dos IAPs. O INPS ampliou a cobertura da previdência aos trabalhadores rurais e domésticos. Na prestação de serviços de saúde atuou através de contratos e convênios com os prestadores privados.

O financiamento público impulsionou a expansão do setor privado prestador de serviços de saúde na década de 70. Através do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em 1975, o governo financiou diretamente, a juros negativos, a construção de hospitais privados e a compra de equipamentos médicos, o que ampliou significativamente a oferta de serviços deste setor (OCKÉ REIS, 2000, p. 134). Consolidou-se, no Brasil, um novo modelo de atenção à saúde, o chamado “modelo assistencial estatal-privatista, sustentado numa concepção de saúde curativa, individual, assistencialista e com alto grau de complexidade tecnológica, tendo o

---

<sup>8</sup> Diferente dos Institutos de Aposentadoria e Pensão, o INPS não conta com representação dos trabalhadores e empresários na gestão. Constituiu um órgão governamental, subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, e marcou a expansão da ação do Estado nas políticas previdenciárias e assistenciais (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989).

hospital como o lócus central do processo de produção de serviços médicos” (OCKÉ REIS, 2000, p.134).

O final da década de 70 caracterizou-se pela crise econômica mundial e pela crise do Estado autoritário. Almeida (1995, p. 91) salienta que os debates sobre a democratização do Estado e a crise fiscal foram dois importantes determinantes das transformações no sistema federativo brasileiro. Neste cenário, sobressaiu-se a discussão sobre a redefinição das competências e atribuições entre as esferas de governo na área social.

O setor saúde foi marcado, neste período, pelo aparecimento dos sintomas da crise previdenciária que se agravaria nos próximos anos. A tal conjuntura acrescia-se a deteriorização dos serviços prestados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)<sup>9</sup> e o crescente aumento de preços dos serviços médicos. Esse cenário provoca a deteriorização dos preços pagos pelo INAMPS fazendo com que os hospitais rompessem vários convênios e contratos com o governo (OCKÉ REIS, 2000, p. 135).

Tem início uma intensa discussão sobre as distorções do modelo da política de saúde da ditadura, a ineficácia do sistema foi atribuída, principalmente, à centralização do regime militar, fazendo emergir o debate sobre a descentralização (CASTRO, 1991, p. 105; TEIXEIRA, 1990, p. 80). “Ambos os fatores estruturais, o endividamento regional, [...], e a transição para a democracia, concorrem para mostrar a necessidade de uma profunda reforma do Estado, na qual surge a questão da descentralização” (TEIXEIRA, 1990, p. 80).

Castro (1991, p. 105) aponta a participação e incorporação de novos atores sociais na arena decisória e a descentralização como formas de superar as distorções do modelo da política de saúde. Assim, a proposta de descentralizar o sistema de saúde expressou-se na ampliação da autonomia municipal.

---

<sup>9</sup> Com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1974, o INPS foi reordenado e dirigido para pagamento de benefícios previdenciários e o INAMPS foi criado para responsabilizar-se pelas ações de saúde (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989).

Oliveira e Teixeira (1989) argumentam que, no início dos anos 80, o sistema de saúde brasileiro passava por três crises: ideológica, financeira e político-institucional. A crise ideológica caracterizava-se pela necessidade de reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, sendo expressa na formulação do PREV-SAÚDE. Este projeto incorporou os pressupostos de hierarquização, participação comunitária, integração de serviços, regionalização e extensão de cobertura.

A crise financeira era decorrente de um crescente déficit. Por um lado, tem-se um sistema em expansão pela crescente absorção de faixas mais extensas da população cobertas pela proteção social e, por outro lado, a manutenção da base de financiamento sem alteração. Além disso, o regime de financiamento estava calcado em relações contratuais que se prestavam a fraudes e superfaturamentos dos prestadores de serviços.

A crise político-institucional foi marcada pela criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981. O objetivo do CONASP, segundo Lucchese (1996), era analisar o sistema de saúde com o objetivo de racionalizar os recursos. Foi iniciado um processo de revisão da política de assistência médico-hospitalar do INAMPS e sugerida a integração de todas as instituições de saúde. O resultado foi a formulação, em 1982, do plano de reorganização da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social. Este documento propõe a hierarquização, regionalização, descentralização e a integração de serviços. Sugere a plena utilização da capacidade instalada dos serviços públicos de saúde, incluindo os estaduais e municipais (CUNHA e CUNHA, 1998). Com o CONASP inicia-se um processo de mudança consubstanciado nas Ações Integradas de Saúde (AIS).

As AIS, implementadas pelo INAMPS no período 1983/1986, consistiam em uma estratégia de integração programática entre as instituições públicas de saúde federais, estaduais e municipais, no âmbito de cada unidade federada, com o objetivo de desenvolver os sistemas estaduais de saúde, sob coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde e em consonância com a Política Nacional de Saúde. Visavam, ainda, promover a reorganização e hierarquização das ações e serviços de saúde, com ênfase na assistência básica e na definição de mecanismos de referência e contra-referência, com adscrição de clientela (LUCCHESI, 1996, p. 85). As AIS transformaram-se em

eixo fundamental da política de saúde na primeira fase do governo de transição democrática, a partir de 1985, constituindo-se em importante estratégia no processo de descentralização do sistema de saúde (NETO,1991, p. 60).

Em 1986 foi realizada, em Brasília, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), essa significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor, feitas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Este movimento tinha como articuladores centrais um grupo de médicos sanitaristas inseridos no PMDB e nos Partidos Comunistas, com atuação em governos locais e estaduais, tendo suas bases organizacionais em universidades e centros de pesquisa (MELO, 1993, p. 130). O documento final produzido pela VIII Conferência Nacional de Saúde serviu de base para as negociações na Assembléia Nacional Constituinte (CUNHA e CUNHA,1998).

Durante o processo de elaboração da Constituição Federal outra iniciativa de reformulação do sistema foi implementada: os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Seus objetivos eram a descentralização do sistema de saúde, a valorização do setor público na execução da política de saúde, a participação da população e dos profissionais de saúde na gestão e controle orçamentário e a priorização de contratos com serviços filantrópicos para atender as necessidades de complementação da cobertura assistencial prestada por serviços próprios (LUCCHESI, 1996, p. 87).

A Constituição Federal de 1988 “definiu um novo arranjo federativo, com significativa transferência de capacidade decisória, funções e recursos do governo nacional para os estados e, especialmente, para os municípios” (ALMEIDA, 1995, p. 92). Aprovou a criação do Sistema Único de Saúde pautado pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com a participação da comunidade. A participação do setor privado de prestação de serviços de saúde deveria ocorrer de forma complementar ao SUS, seguindo suas diretrizes (BRASIL, 1988).

Apesar da Constituição ter apontado a reorganização do sistema de saúde e de seu modelo assistencial, Mendes (1999-b) argumenta, “a Constituição de 1988 incorporou um conjunto de conceitos, princípios e diretivas extraídos da prática corrente e

hegemônica, mas reorganizando-os na nova lógica referida pelos princípios da reforma sanitária” (MENDES, 1999-b, p. 49).

No entanto, Marques e Mendes (2002) destacam que a política de saúde desenvolvida durante a década de 90 caracterizou-se pela ênfase nos cuidados primários de saúde. “Esta preocupação, contudo, não exime o Estado brasileiro da responsabilidade de prover o conjunto das ações e serviços que integram os cuidados com saúde” (MARQUES e MENDES, 2002, p. 7).

A descentralização era uma alternativa ao estilo centralizado de prestação de serviços de saúde que se desenvolveu a partir de 1930 e mostrou esgotamento por volta da década de 70. A problemática da descentralização está na distribuição de poder e da atribuição de competências às diferentes esferas de governo. Assim, após a promulgação da Constituição Federal, foi desenvolvido o arcabouço legal necessário à implementação do processo de descentralização do sistema de saúde.

#### **2.4 A Política de Saúde nos Anos 90**

A descentralização da política de saúde brasileira foi expressão e consequência da crítica ao padrão centralizado, fragmentado institucionalmente e iníquo das políticas sociais dos governos militares (ALMEIDA, 1995, p. 91). A política de descentralização tratava de “redistribuir competências e funções de forma a incrementar o acesso da população aos serviços sociais, propiciando-lhe maiores oportunidades de controle” (ALMEIDA, 1995, p. 92). No entanto, Marques e Arretche (2003, p. 61) salientam que o desenho institucional do Sistema Único de Saúde é legado do modelo de política de saúde desenvolvido durante o período militar, que influenciou a estratégia de descentralização setorial.

Mello (1991, p. 199, 200) alerta que a descentralização é um conceito político, implica autonomia às esferas as quais se atribuem as ações descentralizadas. O autor lista alguns requisitos necessários para que um governo local possa ser considerado

autônomo, dentre os quais são destacados, a competência do governo local para administrar os serviços descentralizados, receitas suficientes para que possam desempenhar as atribuições e ausência de subordinação administrativa às esferas superiores (MELLO, 1991, p. 203-4).

No entanto, os governos locais necessitam de incentivos para aderir ao processo de descentralização e assumir, efetivamente, as funções de gestão das políticas públicas. Arretche (1999, p. 4) demonstra que diferentemente do período autoritário, no Brasil pós Constituição de 1988, constituiu-se um Estado federativo no qual estados e municípios são dotados de autonomia política e fiscal. Neste contexto, são necessárias estratégias de indução para obter a adesão dos governos locais às políticas de descentralização. Isso acontece porque

[...], nas condições brasileiras atuais, a adesão dos governos locais à transferência de atribuições depende diretamente de um cálculo no qual são considerados, de um lado, os custos benefícios fiscais e políticos derivados da decisão de assumir a gestão de uma dada política e, de outro, os próprios recursos fiscais e administrativos com os quais cada administração conta para desempenhar tal tarefa (ARRTECHE, 1999, p. 5).

Desta forma, a política federal da década de 90 foi centrada na “indução e na criação de condições para reconstituir responsabilidades gerenciais regionais ou locais” (VIANA et al, 2002, p. 2). A legislação federal visava reorganizar a organização dos sistemas de saúde locais determinando as diretrizes para a descentralização setorial.

Assim, após a promulgação da Constituição Federal foi iniciado um processo de elaboração e aprovação de legislação visando detalhar princípios, diretrizes gerais e condições para a organização do sistema. A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde– LOS), dispôs em relação à direção, gestão, competências e atribuições de cada esfera de governo no SUS e instituiu o Plano de Saúde como base das atividades e programação de cada nível de governo para a saúde.

Os conflitos advindos das primeiras regulamentações do SUS referem-se, principalmente, a problemática da descentralização. O Ministério da Saúde (2000) admite que a “descentralização traz, em si, um potencial conflituoso: repartir poder e responsabilidades requer, primeiramente, o amadurecimento político”; por isso, “não

foi pequena a resistência em relação à descentralização”, resistência que se embasava, na perspectiva do nível central de governo, “na miopia que colocava óbices à transferência de poder aos níveis estaduais e municipais que, por sua vez, sempre se incomodaram diante da possibilidade de assumir novas responsabilidades ou atribuições” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p.8).

A LOS foi complementada pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõem sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (descentralização de recursos fundo a fundo). Esta lei cria, ainda, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.

Para cumprir as disposições da LOS estruturou-se a gestão do SUS a partir dos seguintes órgãos, organismos colegiados e instrumentos, em cada esfera do governo: Órgão Executivo (órgão do Poder Executivo responsável pela direção do SUS), a Conferência de Saúde, o Conselho de Saúde e o Fundo de Saúde. Em 1993, com a edição da Norma Operacional Básica do SUS 01/1993, um novo organismo foi acrescentado à estrutura de gestão do SUS nas esferas federal e estadual: as Comissões Intergestores.

A regulamentação dos dispositivos constantes nas leis 8.080 e 8.142 ocorreu com as edições das Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS) de 1991, 1993, 1996, 1998 e da Norma Operacional de Assistência à Saúde do SUS (NOAS-SUS) de 2001 e 2002.

A primeira NOB (de 1991) foi alvo de diversas críticas pois previa a formalização de convênios entre o INAMPS e os estados, bem como acordos com os municípios dotados de conselho, plano e fundo de saúde. Ou seja, mantinha inalteradas práticas como o atrelamento dos estados e municípios ao governo federal, através do INAMPS, na condição de prestadores de serviço sem autonomia na gestão dos recursos. “Este procedimento gerou margem para inúmeras fraudes, além de ser entendido à época como uma recentralização em relação ao processo de construção do SUS” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p.9).

Em 1993 foi editada a NOB-SUS/93 com o objetivo de disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde (NOB-SUS,1993, p.1). Esta NOB prevê mecanismos de transferências de recursos fundo a fundo com base nos diferentes níveis de gestão. Este repasse, no entanto, somente foi posto em prática a partir do final de 1994 (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2000).

Com a NOB-SUS/93 o governo tentou normatizar o cumprimento da lei em relação à descentralização criando as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite<sup>10</sup> e as habilitações quanto aos níveis de gestão para os estados – Gestão Parcial e Gestão Semiplena- e para os municípios- Gestão Incipiente, Gestão Parcial e Gestão Semiplena. Com a Gestão Semiplena o município assumia a totalidade das responsabilidades gerenciais e do reordenamento do modelo assistencial, era a situação mais avançada, com descentralização da gestão financeira, através da transferência direta e automática dos recursos federais.

Até o final de 1997 vigoravam as determinações da NOB-SUS/93, embora, em novembro de 1996 tivesse sido editada a NOB-SUS/96. Essa prevê novas formas de gestão para estados- Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual- e municípios- Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal-, cria o Piso Assistencial Básico (PAB) e dispõem, também, sobre as responsabilidades e fontes de financiamento das ações e serviços de saúde além de redefinir as atribuições de cada nível de governo na gestão do SUS. Para regulamentar os “conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de municípios, estados e do Distrito Federal às novas condições de gestão” (MINISTÉRIO DA SAÚDE,1998, p.1) criadas pela NOB-SUS/96, o Ministério da Saúde edita a Instrução Normativa nº 01/98.

Em 2001 é publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Essa amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de

---

<sup>10</sup> As Comissões Intergestores Bipartite são de âmbito estadual e constituem um espaço de negociação entre cada estado e seus respectivos municípios. Já a Comissão Tripartite é de âmbito nacional composta por representações dos estados, municípios e União.



estados (Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual) e municípios (Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal) (NOAS-SUS/01,2001).

A NOAS-SUS 01/2002, publicada em 27 de fevereiro de 2002, “procura oferecer as alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 2) da implementação da NOAS-SUS de 2001. A NOAS de 2002 define a condição de Gestão Plena do Sistema Municipal para os municípios e a Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual para os estados.

O processo de descentralização do sistema de saúde, concretizado através da municipalização dos serviços, não contemplava a rede hospitalar, neste caso, o que foi descentralizado foi a “autoridade para gerir” (MARQUES e ARRETICHE, 2003, p. 65). Assim, de acordo com os pressupostos constitucionais e das regulamentações que os seguiram, a participação do setor privado prestador de serviços de saúde no SUS deveria ocorrer de forma complementar aos serviços públicos, seguindo as orientações do gestor municipal da saúde. No entanto, considerando o papel e o lugar que estes prestadores ocupam no sistema de saúde, fruto do legado histórico institucional do sistema de saúde, a implementação desta diretriz constitucional foi permeada por algumas dificuldades. Uma delas refere-se ao fato de que, em 1999, 41,27% dos estabelecimentos de saúde brasileiros e 66,01% do total de leitos hospitalares (DATASUS) estavam sob administração de organizações privadas, isso coloca o setor privado de saúde em uma posição privilegiada, e não complementar, no sistema.

Marques e Arretche (2003, p. 60) esclarecem que, no modelo de descentralização do sistema de saúde desenvolvido no Brasil, a distribuição de funções entre níveis de governo, estabelecida na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, atribui ao governo federal as prerrogativas de financiamento, formulação da política nacional de saúde e coordenação das ações intergovernamentais. Em decorrência disso, o Ministério da Saúde “está encarregado de tomar as decisões mais importantes da política nacional de saúde. A concentração das funções de financiamento no governo federal significa

que as políticas dos governos locais são fortemente dependentes das transferências deste Ministério” (MARQUES e ARRETCHE, 2003, p. 60).

Utilizando os requisitos citados por Mello (1991), para que um governo local possa ser considerado autônomo, observa-se que os municípios assumiram a gestão dos sistemas locais de saúde demonstrando competência para exercer tais atribuições. Em relação aos recursos financeiros, mesmo considerando os percalços de sua evolução histórica<sup>11</sup>, também foram criados instrumentos para garantir sua transferência, assim como regulamentações para a alocação de recursos pelas três esferas de governo, como a Emenda Constitucional 29<sup>12</sup>. Tratando-se da questão da subordinação administrativa pode-se observar ingerência do governo federal na medida em que grande parte dos recursos destinados para a saúde no nível local, na maioria dos municípios brasileiros, é oriundo de transferências federais, e essas destinam-se para programas e ações determinados pelo nível central de governo.

## **2.5 Considerações Finais**

No decorrer deste capítulo pôde-se atentar para duas características do sistema de saúde brasileiro que irão balizar as análises feitas no capítulo que segue. A primeira é a questão da centralização administrativa e financeira no governo federal e, a segunda, refere-se ao papel que cumprem os prestadores privados no Sistema Único de Saúde.

Estas duas características influenciam de formas distintas a gestão da política de saúde na esfera municipal de governo. Deve-se salientar, no entanto, que a centralização já não é uma característica manifesta. A descentralização do sistema de saúde efetivamente transferiu a gestão da rede de serviços para os governos municipais. O que se pode observar é uma forte regulação federal expressa nos incentivos financeiros, na medida em que os recursos transferidos pelo governo federal são sujeitos a

---

<sup>11</sup> Ver Marques e Mendes (1999, p. 213-238).

<sup>12</sup> Esta emenda assegura um valor mínimo que deve ser alocado pelas três esferas de governo para a saúde, assim como prevê o aumento progressivo destes recursos (BRASIL, 1988).

determinações desta esfera de governo não permitindo sua definição de alocação por parte dos governos locais.

Já, a influência dos prestadores privados não é latente. A posição que ocupam no sistema de saúde, em razão da configuração histórica institucional do sistema e dos serviços que disponibilizam, é privilegiada. A rede hospitalar assim como os serviços de apoio e diagnóstico, em sua maioria, são privados. Por estarem sob gestão de instituições privadas a lógica que opera neste setor difere da que opera no setor público. A orientação para o lucro, muitas vezes, pode opor-se aos princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS.

Desta forma, destacam-se aqui duas tensões, principalmente, que atuam na capacidade de ação do governo municipal na gestão do sistema local de saúde: as relações com o governo federal, no que tange a gestão dos recursos para a saúde, e a influência dos prestadores privados na gestão e operacionalização do sistema. A forma como este legado institucional da política de saúde precedente atua na capacidade de ação do governo municipal na execução dos princípios do SUS é o tema dos capítulos que seguem.

### **3 GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO: CAPACIDADES E LIMITAÇÕES**

#### **3.1 Introdução**

Este capítulo está subdividido em quatro tópicos. O primeiro apresenta o processo de municipalização do sistema de saúde em Porto Alegre e descreve a rede assistencial do município. O segundo, os objetivos dos gestores municipais da saúde após o processo de municipalização. O terceiro, a autonomia na gestão dos recursos do setor e o quarto tópico discute a influência do setor privado prestador de serviços de saúde na gestão da política setorial.

Na construção deste capítulo foram utilizados, tanto dados primários, como dados secundários. Os dados primários são oriundos de entrevistas semi-estruturadas feitas com a utilização de roteiro, posteriormente transcritas, com a duração média, por entrevista, de 50 minutos. Foram selecionados gestores e assessores de gestão que detinham poder de decisão, ou conhecimento detalhado, sobre o modo como eram alocados os recursos financeiros e estabelecidas as prioridades políticas da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre desde a segunda metade da década de 90. Os quadros abaixo apresentam os entrevistados por função e período de atuação.

**Quadro 1- Gestores**

Gestor	Função	Período de atuação
Gestor 1	Secretário Adjunto de Saúde	1993-1997
Gestor 2	Secretário de Saúde	1996
Gestor 3	Secretário de Saúde	1996-2000
Gestor 4	Secretário de Saúde	2001-2003
Gestor 5	Secretária Adjunta de Saúde	2001-2004

**Quadro 2- Assessores de Gestão**

Assessor	Função	Setor	Período de atuação
Assessor 1	Coordenador do Fundo Municipal de Saúde	Fundo Municipal de Saúde	1996-2002
Assessor 2	Assessora técnica	Assessoria Técnica	1998-1998
Assessor 3	Coordenador da Assessoria de Planejamento	Assessoria de Planejamento	2001-2003
Assessor 4	Coordenadora da Assessoria de Planejamento	Assessoria de Planejamento	2003-2005

Os dados secundários referem-se a informações financeiras e da rede assistencial. Estes dados foram coletados *on line* na página eletrônica do Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e no DATASUS.

### 3.2 A Municipalização da Saúde em Porto Alegre

A descentralização, concretizada através da municipalização da saúde, é um processo de transferência da gestão financeira, política, administrativa, além da transferência de pessoal, equipamentos, estrutura física, ações e serviços, dos níveis federal e estadual para a esfera municipal da administração pública. Em Porto Alegre a discussão da municipalização dos serviços de saúde iniciou em 1987, quando a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) criou uma comissão especial para elaborar o plano de municipalização. Até 1996, quando efetivamente o município aderiu a uma das condições de descentralização dispostas na NOB-SUS/93, diversos serviços de saúde já haviam sido municipalizados.

A partir de 1990 a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS) assumiu a gestão de uma série de serviços e a competência de desenvolver um conjunto de ações que anteriormente eram de responsabilidade dos níveis federal ou estadual de governo. Em 1990, o município assumiu a gerência do Pronto Atendimento localizado no Posto de Atendimento Médio 3 (PAM 3). Em 1992, foi municipalizada a Unidade de Saúde Nazaré e serviços de controle de zoonoses. Em 1994, há prosseguimento no processo de municipalização das unidades de saúde. Assim como, passaram para o âmbito do município a assistência hospitalar para os acometidos de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho e a vigilância sanitária da comercialização de alimentos. Neste ano, ainda, foi criada a UACSS, responsável pela regulação do SUS, encarregada da programação, contratação e auditoria dos serviços ligados ao sistema. Em 1995, foram implantadas seis Gerências Distritais e a Secretaria Municipal de Saúde assumiu o gerenciamento do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM); a contratação e autorização do cadastro de prestadores; a recepção e análise dos Boletins de Notificação Compulsória; a vigilância sanitária das creches, dos estabelecimentos de saúde (hospitais, laboratórios, clínicas, asilos, consultórios odontológicos) e de radiações ionizantes, a vigilância sanitária de comercialização de medicamentos, de cosméticos e saneantes; a programação e autorização das AIHs e dos procedimentos ambulatoriais; o gerenciamento da unidade sanitária Bom Jesus e a instalação, no 2º pavimento do PAM 2, da Unidade Municipal de Referência em Saúde (CÔRTEZ, et al, 1999, p. 23-4).

A municipalização do sistema de saúde foi viabilizada por um acordo que envolveu o gestor municipal da saúde e o Ministério da Saúde. Nesse, o município propunha um *mix*, que não correspondia a nenhuma das três formas de descentralização propostas na NOB-SUS/1993 (GESTOR 1, 2004).

Em 1996, Porto Alegre adere a condição de Gestão Semiplena do Sistema de Saúde, disposta na NOB-SUS/93. Com isso, o gestor municipal passou a responsabilizar-se por 95 serviços: postos de saúde, ambulatórios e serviços especializados, antes sob gestão federal ou estadual, assim como assumiu as tarefas de regular e efetuar os pagamentos dos procedimentos realizados por prestadores privados ao sistema público de saúde (HEIDRICH, 2002, p. 74).

Os prestadores privados contratados, até a municipalização da saúde, tinham suas relações com o SUS administradas pelo Ministério da Saúde. Com a descentralização, coube ao município a gerência dos serviços privados contratados ou conveniados, o que estabeleceu uma situação de tensão. De um lado, o gestor municipal que buscou exercer suas prerrogativas na gestão da política de saúde local, ampliando sua capacidade de ação, expressa, num primeiro momento, na tentativa de estabelecer um teto para o pagamento dos serviços contratados. De outro lado, o setor privado contratado que procurou manter sua posição no sistema de saúde. Para os prestadores privados não era interessante limitar sua prestação de serviços ao um teto estabelecido pelo governo, já que os recursos que recebiam eram por produção.

[...] com o anúncio da municipalização houve um nocaute das filantrópicas, Santa Casa, Beneficência, Espírita, enfim, que procuraram romper o princípio da universalidade, criando uma triagem sócio-econômica e dizendo que eles não tinham como manter o atendimento pelo SUS e que, portanto, eles iriam cobrar [...]. Isso durou alguns dias, num conflito aberto que resultou num enfrentamento duro. Nós tivemos que ir para dentro destas filantrópicas, chamar o Ministério Público, às vezes chamar a polícia [...] ficou então caracterizado que quem assumia a gestão era o município (ASSESSOR 3, 2004).

Com a edição da NOB-SUS/96 novas formas de gestão descentralizada foram criadas: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. Porto Alegre enquadrou-se, em 1998, na segunda modalidade. O processo de municipalização da saúde em Porto Alegre ampliou a rede municipal de serviços assim como atribuiu novas competências em relação a gestão dos serviços privados contratados.

Assim, novas estruturas gerenciais foram criadas para dar conta das novas responsabilidades advindas com a descentralização. Em 2003, a rede assistencial da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre contava com 115 estabelecimentos de atenção primária de saúde, 33 serviços da rede especializada, 11 serviços da rede de urgência/emergência, a rede pública municipal hospitalar contava com dois hospitais: o Hospital de Pronto Socorro e o Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (PORTO ALEGRE, 2003).

Em fevereiro de 2005, Porto Alegre contava com 482 estabelecimentos de saúde desses, 19 eram federais, 19 eram estaduais, 143 eram municipais e 301 eram privados (Fonte: Cadastro de Estabelecimentos de Saúde- Ministério da Saúde). Em relação ao número de hospitais e leitos hospitalares, os dados disponibilizados pelo DATASUS são de 2003, neste período o município contava com 23 hospitais, sendo 2 públicos, 9 privados e 12 universitários. Estas instituições dispunham de 6.462 leitos hospitalares, dos quais 235 eram públicos, 1.834 eram privados e 4.393 universitários.

### **3.3 Objetivos de Gestão Municipal da Política de Saúde**

Considerar que um gestor público, no caso, uma Secretaria Municipal de Saúde, tem autonomia para gerir um sistema de saúde local significa dizer que o gestor municipal da saúde tem um espaço próprio de ação e, mesmo sofrendo influências, seja do contexto econômico ou das características institucionais da política precedente, é capaz de formular e perseguir objetivos próprios. Os gestores da saúde de Porto Alegre, integrantes do movimento sanitário, eram críticos em relação ao modelo biomédico e defendiam a consolidação de um sistema de saúde que promovesse a ampliação da atenção básica ao mesmo tempo em que a tornasse mais resolutiva garantindo, também, que serviços de média e alta complexidade estivessem disponíveis para os cidadãos. Isso significava incidir na rede de prestadores de serviços de média e alta complexidade, em sua maioria pertencentes ao setor privado. O crescimento da rede básica e a regulação do setor privado, dois principais objetivos de gestão, também representavam a



ampliação da autonomia e, conseqüentemente, de capacidade de ação na gestão do sistema municipal.

O objetivo de ampliar e qualificar a rede assistencial básica refere-se às prioridades do gestor municipal, após a municipalização, relacionadas com a consolidação da gestão pública no sistema de saúde municipal (GESTOR 1, 2004). Isso aconteceria com a descentralização das unidades de saúde federais e estaduais e com a expansão da rede própria, já que com a universalização haveria um aumento na demanda por serviços de saúde.

A nossa prioridade número um era a reestruturação, qualificação e ampliação da nossa rede de atenção básica. Porque nós tínhamos uma visão [...] de que a estruturação de uma rede básica forte e resolutiva é aquela que pode efetivamente garantir mais racionalidade e qualidade ao sistema de saúde pública. Porque, evidentemente, nós não podemos abrir mão das ações curativas de nível terciário, de nível de alta complexidade, quando elas se fazem necessárias, mas nós sabemos que uma boa parte dessas necessidades podem ser evitadas se nós tivermos uma ação forte do ponto de vista da rede básica (GESTOR 2, 2004).

Foi na rede de assistência básica que os gestores de saúde, primeiramente, instauraram a municipalização. A organização e o fortalecimento desta rede eram essenciais para a implantação do SUS, pois o processo de reorganização da política de saúde dependia da qualificação de uma rede básica que pudesse organizar e orientar a demanda para os hospitais. Além disso, a rede hospitalar, em grande parte, era privada enquanto a totalidade da rede básica era pública. Isso habilitou a ampliação da capacidade de ação municipal, primeiramente, naquela rede que já estava submetida ao controle público. Neste contexto, a prioridade do gestor era “tentar fazer com que os nossos serviços fossem mais resolutivos e não apenas quantitativos” (GESTOR 4, 2004).

No entanto, a escolha de ações ou políticas prioritárias é, também, influenciada pela disponibilidade financeira. “[...] há uma forte tendência, não só no Brasil, de se fazer um planejamento em saúde que parte do modelo de gestão. Então, eu faço um planejamento em cima do dinheiro disponível e em cima da estrutura disponível, da oferta disponível” (ASSESSOR 3, 2004). Assim, a decisão por uma ação, ou a definição de uma prioridade de ação, dependia do dimensionamento de seu custo.

[...] ao definir uma vontade política em relação a alguma das ações, nós já sabíamos o valor de financiamento que isso trazia embutido [...]. Ou sabíamos o valor, ou conhecíamos a arena na qual era necessário disputar se este valor seria no seu limite inferior ou [...] superior, dentro de uma previsão legal (GESTOR 1, 2004).

A disponibilidade financeira não é o único critério para a escolha de ações e serviços prioritários. O Gestor 4 (2004) aponta que a definição de prioridades de ação para a política saúde também é determinada por critérios epidemiológicos e por situações manifestas, isto é, necessidades constatadas que pedem uma intervenção imediata.

Essa foi a regra fundamental, qual é a necessidade maior, a mais gritante[...]. É lá que nós vamos atuar, porque lá é o pior local no momento. [...]Mas o objetivo sempre foi esse: onde é que estão as dificuldades maiores. Vinha o hospital X me dizer que tinha mais cirurgia do coração para oferecer, eu não quero nem falar. Tu tens varizes eu vou te comprar varizes, vou fazer mutirão, vou fazer o que puder, trabalhar um pouco com políticas de mutirão de estrangulamentos, de repente vou pegar o recurso e dizer assim: bom, está ficando insuportável a pressão, como com as cataratas, aquilo ali foi uma coisa resolvida por mutirão. O tempo de espera era de dois anos e a gente reduziu para uma semana. A custa de contratar um serviço permanentemente e jogar dinheiro lá até que aquilo ali se resolvesse (GESTOR 4, 2004).

A autonomia de um governo para implementar ações ou promover mudanças não é uma característica fixa, sendo definida em cada contexto histórico. Frente às necessidades epidemiológicas manifestas da população o gestor tem capacidades de implementar ações. Isso demonstra que, muitas vezes, a capacidade de ação do gestor é potencializada em momentos de ‘crise’.

Conforme exposto, as prioridades estavam voltadas para a expansão e qualificação da rede de atenção básica como forma de operar a reorganização do sistema municipal de saúde e ampliar a autonomia do gestor na administração da rede assistencial. Esta estratégia implica aumento nos recursos financeiros e autonomia na sua gestão. No entanto, modificar padrões institucionais históricos não é uma tarefa fácil. “[...] é muito difícil, mesmo que tu tentes alocar recursos para a área de promoção à saúde, enquanto tu tens a área de atenção direta pressionando é muito difícil fazer isso, [...]” (GESTOR 4, 2004).

Os gastos com saúde historicamente caracterizaram-se pela priorização de ações e serviços de média e, principalmente, de alta complexidade. Em um contexto de recursos públicos escassos, os gestores municipais defendiam a reorganização do sistema de saúde através da inversão do modelo de gastos, com a priorização da assistência básica. Esta estratégia, no entanto, não significa a desvalorização dos demais níveis de atenção. O SUS contempla a prática da integralidade nas ações e serviços de saúde, para tanto, os gestores devem disponibilizar serviços de todas as complexidades.

O problema não é diminuir a assistência hospitalar, nós temos que manter, alguns casos ampliar, qualificar, tornar mais eficaz, mais eficiente em muitos aspectos, tornando mais efetiva socialmente a atenção especializada hospitalar, mas dentro de um marco muito maior. [...]Entendo que quando a gente fala de um contraponto ao hospitalismo, ao assistencialismo, não é a eliminação dos hospitais, nem eliminação do atendimento a doença, porque se a gente fizer isso nós nos deslegitimamos como setor (ASSESSOR 3, 2004).

A racionalização dos serviços mais complexos permitiria progressivo aumento de recursos para a atenção básica e para ampliação da rede pública de serviços de saúde. Contudo, para efetivar este processo o gestor municipal deveria exercer ingerência nos serviços de maior complexidade, que se encontram, em grande parte, sob gestão de organizações privadas. Por sua histórica autonomia frente à gestão pública e por sua relevante participação no financiamento do sistema nacional de saúde tornava-se importante expandir a capacidade de regulação e intervenção nos serviços prestados pelo setor privado, o que constitui um segundo objetivo dos gestores, articulado com o primeiro. O processo de regulação do setor privado contratado, no entanto, foi permeado por dificuldades, na medida em que a expansão da gestão pública neste segmento significava modificar a forma como historicamente produziam seus serviços e se relacionavam com a esfera pública.

[...] quando entramos em Gestão Plena se fez uma negociação, se fez um histórico daquilo que cada prestador recebia por ano, quanto ele produzia de serviço, se fez uma média e este recurso passou a entrar no Fundo Municipal de Saúde. [...], quando eu entrei na secretaria, tínhamos uma dívida com os prestadores porque [...] todos eles trabalhavam com aquela lógica [...] eles produziam aquilo que eles achavam que era interessante para eles produzirem [...] nessas circunstâncias a secretaria, em muitos aspectos, era um pólo passivo [...]. Então a gente começou a fazer este processo de renegociar com os prestadores. [...]. Nós tentamos rediscutir a questão dos contratos, que é para aonde vai a grande massa de dinheiro, é na compra de serviços de média e alta complexidade, ambulatorio e hospital [...]. Então, essa foi a grande tentativa que a gente fez [...] (GESTOR 3, 2004).

Deste modo, os dois objetivos dos gestores municipais, com a municipalização da saúde, eram a edificação de uma rede básica resolutive e a ampliação de sua capacidade de ação nos serviços prestados por instituições privadas. Para tanto, seriam necessárias: (1) autonomia na gestão dos recursos financeiros do setor e a (2) regulação dos serviços privados.

### **3.4 Autonomia Municipal na Gestão dos Recursos da Saúde**

Como foi visto no segundo capítulo, a política de saúde que precedeu a criação do Sistema Único de Saúde caracterizava-se, principalmente, no âmbito gerencial, pela centralização no governo federal e, no âmbito operacional, pela importância de organizações privadas na prestação de serviços de saúde de média e alta complexidade. Com a descentralização do sistema de saúde as prerrogativas federais de gestão foram, parcialmente, eclipsadas. No entanto, o governo federal foi o indutor do processo de descentralização e hoje é, ainda, o grande financiador dos serviços de saúde. Neste cenário interessa, aqui, verificar como o município exerce a autonomia na gestão dos recursos do sistema de saúde local na busca pela concretização de seus objetivos.

A autonomia municipal na gestão da política de saúde depende, em grande parte, da autonomia na gerência dos recursos financeiros do setor. Pois, a forma como um governo aloca seus recursos financeiros expressa a existência de capacidades de exercer prerrogativas de gestão. O texto constitucional estabelece que o SUS será financiado com recursos das três esferas de governo (BRASIL, 1988). Em Porto Alegre, do total de despesas com saúde em 2003, 60,44% foi financiado com recursos de transferências federais, 0,42% com recursos estaduais e 39,14% com recursos próprios municipais (fonte: SIOPS, Ministério da Saúde).

Os recursos repassados para a saúde pelas três esferas de governo devem ser depositados no Fundo Municipal de Saúde (FMS). Embora atrelado institucionalmente à Secretaria Municipal de Saúde, para que possa dispor destes recursos o gestor deve negociar com a administração municipal central.

Existem determinados fóruns de negociação interna e de regulação das despesas. Eu me lembro do famoso GAPLAN, o Gabinete de Planejamento, e a junta financeira, que eram órgãos com os quais nós tivemos que tensionar durante todo o tempo, embora nós compreendêssemos que eles eram necessários, porque se eles não existissem seria uma selvageria, quer dizer, não haveria um espaço transparente de negociação dos gastos e despesas. [...]. Então era um espaço limitado. Mesmo em relação aos recursos do Fundo Municipal de Saúde, eles eram debatidos com essa esfera (GESTOR 1, 2004).

Os órgãos internos da Prefeitura Municipal contribuem para, de um lado, diminuir as incertezas do processo de tomada de decisão e, por outro lado, representam uma limitação à gestão autônoma da SMS em relação aos seus recursos. Nesta situação, a ingerência da administração municipal central na utilização dos recursos do Fundo Municipal de Saúde representa uma medida de controle, necessária para a gestão do município com um todo. Contudo, para o gestor municipal da saúde estas estruturas tornam-se limitantes do exercício de autonomia e, conseqüentemente, impedem a expansão da capacidade de ação na gestão dos recursos do setor.

Uma limitação na utilização do recurso é o Fundo Municipal de Saúde não ser administrado diretamente pela Saúde [SMS] e ficar vinculado à lógica da Secretaria da Fazenda, isso é um limitante por um lado, e que as prefeituras têm mais dificuldade de entender a modernidade a organização da saúde que se diferencia do conjunto das secretarias [...] (ASSESSOR 4, 2004).

[...] estávamos presos por duas coisas, uma era a pressão dos hospitais e do serviço privado e outra porque o orçamento, a gestão financeira e a liberação de recursos estavam centralizadas num gabinete do governo. Neste aspecto, hoje, ainda a saúde não tem autonomia que prega a lei da instituição, da municipalização e dos fundos, ele ainda não é gerido totalmente, ele depende ainda do aval do governo central para liberação e para a execução das despesas, ele não tem autonomia plena sobre (ASSESSOR 1, 2004).

Além da necessidade de negociar a liberação de seus próprios recursos, os gestores encontram outra limitação no que diz respeito à alocação desses. Pois há limitações institucionais impostas pela esfera federal de governo. Essa determina que os recursos financeiros transferidos sejam destinados para a compra de serviços assistenciais definidos. Portanto, há uma fragmentação no financiamento das ações e serviços de saúde.

O que vinha do Ministério, em tese, se destina à compra de serviços de saúde, ou próprios ou não próprios. Quer dizer, pagamento de consulta de internação, de exame de laboratório, de medicamento, etc. Eu não posso comprar veículo, eu não posso informatizar a rede, não posso construir novo posto, isso tem que ser com recurso municipal (GESTOR 4, 2004).

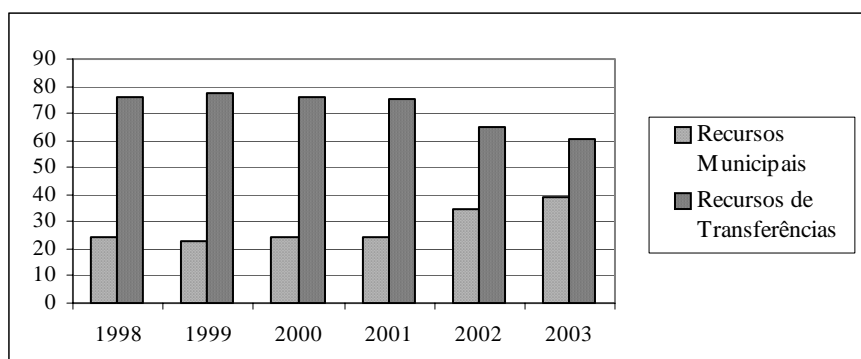
Na descrição do Gestor 4 “o que vem para atenção é o que vem do Ministério da Saúde, o resto para investimento é o que vem do município” (GESTOR 4, 2004). Isto é, os recursos destinados ao pagamento de serviços assistenciais são de origem federal e os recursos municipais destinam-se a investimentos na rede de atenção. “Primeira questão, ampliação dos serviços de saúde. [...] era definida pelo Orçamento Participativo. A construção de novos postos de saúde, ampliação de postos, ampliação de recursos, às vezes até o detalhamento de compra de equipamentos [...] quem decidia era o Orçamento Participativo” (GESTOR 4, 2004). Enquanto as decisões sobre investimentos na rede assistencial eram tomadas neste fórum,

[...] a compra de serviços dos hospitais e dos serviços contratados é ditada, infelizmente, pela demanda. Embora a gente direcione dentro de um certo limite, a gente não consegue escapar da pressão da demanda. Se eu tenho uma demanda reprimida numa determinada área, até causada pelo interior, que não tem nenhum recurso para fazer aquilo e manda tudo para Porto Alegre, eu acabo inevitavelmente tendo que atender aquilo ou parcial ou integralmente e direcionar recursos para isso (GESTOR 4, 2004).

As situações emergenciais potencializam a autonomia e, por conseguinte, a capacidade de ação dos gestores municipais da saúde na condução do sistema local. Se há uma “demanda reprimida” em alguma área assistencial ou, se há necessidades manifestas de determinado grupo populacional ou região do município, os gestores demonstram capacidade de interferir buscando alternativas para solucionar os problemas.

Considerando o exposto acima, a análise dos dados coletados que segue busca verificar a autonomia dos gestores municipais da saúde na gerência dos recursos do setor, tanto os recursos provenientes de transferências quanto os recursos próprios do município. O Gráfico 1 traz informações da participação dos recursos de transferências e recursos próprios municipais no total da despesa com saúde em Porto Alegre.

**Gráfico 1- Participação Percentual da Despesa com Recursos Municipais em Saúde e da Despesa com Recursos de Transferências para a Saúde em Relação à Despesa Total com Saúde em Porto Alegre de 1998 a 2003**



Fonte: SIOPS

Primeiramente, a análise será centrada na trajetória dos recursos de transferências (Anexo B). O Gráfico 1 aponta uma progressiva diminuição percentual dos recursos de transferências para o financiamento das ações e serviços de saúde em Porto Alegre em relação à despesa total com saúde. Mesmo com este decréscimo, no período, os recursos de transferências federais são, ainda, predominantes no financiamento das despesas totais com saúde em Porto Alegre<sup>13</sup>. Um dos entrevistados comenta que a situação de proeminência de recursos de transferências, principalmente federais, habilita o Ministério da Saúde a ter prerrogativas no processo de definição de prioridades de alocação dos recursos no município, pois “quem tem dinheiro sempre tem uma maior proeminência na hora de definir as prioridades” (ASSESSOR 3, 2004).

De acordo com o Gráfico 1 mais de 60% das despesas com saúde em Porto Alegre são financiadas, principalmente, com recursos do governo federal. Com isso, nas palavras do Assessor 3, “o gestor municipal fica muito atrelado à estruturação do recurso federal, e o recurso federal é o grosso do dinheiro que entra na saúde” e a ingerência municipal nestes recursos é limitada “sempre tem uma margem pequena” (ASSESSOR 3, 2004). A margem pequena, de que fala o entrevistado, se deve, na opinião do Gestor 4, ao fato de que “de um modo geral, os recursos já vem carimbados”

<sup>13</sup> A participação percentual de recursos de transferências federais em relação ao total de transferências foi de 79,13% em 1998, 95,89% em 1999, 87,61% em 2000, 94,39% em 2001, 93,91% em 2002 e 99,61% em 2003 (fonte: SIOPS).

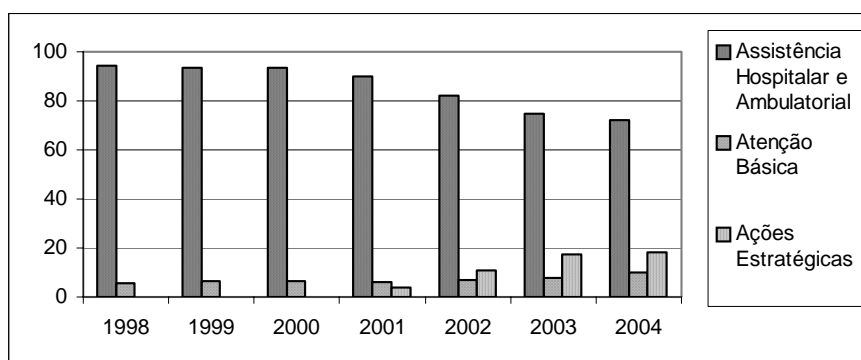
(GESTOR 4, 2004), isto é, “[...] vêm com objetivos bem definidos” (ASSESSOR 3, 2004). Desta forma, os recursos aportados pelo governo federal são repassados para ações específicas e a autonomia do gestor municipal em relação à gestão destes recursos é limitada por sua prévia estruturação.

A questão da centralização decisória e financeira no governo federal, característica da gestão das políticas sociais no Brasil, expressa-se na ingerência do Ministério da Saúde na definição das prioridades do município.

[...] o problema é o seguinte, é que o Ministério tem as suas definições e as suas prioridades, que ele define como tais. [...]. Evidente que o Ministério sempre faz uma coisa, [...] ele induz a política dele, a prioridade dele, com dinheiro. [...]. Quer dizer, este recurso já vem, todo ele, praticamente definido para pagar média e alta complexidade [...] (GESTOR 3, 2004).

Já que a maior parte dos recursos para a saúde no município é proveniente de transferências federais, torna-se interessante verificar quais são as ações e serviços financiados pelo governo central. Os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde destinam-se para os seguintes grupos de ações: Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Atenção Básica e Ações Estratégicas, conforme gráfico abaixo.

**Gráfico 2- Participação Percentual dos Recursos de Transferências Federais para Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Atenção Básica e Ações Estratégicas em relação ao Total dos Recursos de Transferências Federais de 1998 a 2004**



Fonte: Ministério da Saúde



Os recursos federais transferidos são destinados, principalmente, aos serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Estes serviços compõem as áreas mais caras dos sistemas de saúde, pois sua operacionalização depende de suporte tecnológico de ponta e mão-de-obra especializada. No entanto, observa-se que o percentual de transferências destinado à Assistência Hospitalar e Ambulatorial decresceu enquanto aumentaram as transferências para Atenção Básica e para Ações Estratégicas.

O aumento dos recursos para Atenção Básica, de 1999 a 2004, foi respectivamente de 31,90%, 7,34%, 3,62%, 6,89%, 4,41% e 18,01%. Observa-se que não há regularidade nesta trajetória. Além disso, em 2001 um novo grupo de ações é criado e, em 2002, 2003 e 2004, os recursos destinados a esse superam os recursos para Atenção Básica.

Em 2001, o Ministério da Saúde inicia transferências para o grupo de ações denominado de 'Ações Estratégicas', que era composto, em 2004, pelas seguintes ações, de acordo com denominação do Ministério da Saúde: AIDS, acompanhamento pós-transplantes, câncer de colo uterino, próstata, queimados, reabilitação, transplantes, tuberculose, varizes, pré-natal, gastroplastia- AIH, acompanhamento de paciente- SIA, assistência pré-natal- AIH, leucemia mielóide- SIA, neurocirurgia- AIH, terapia renal substitutiva- SIA, epilepsia- AIH, registro civil e nascimento- AIH, angioplastia endovascular, tabagismo- SIA, assistência domiciliar- SIA, fisioterapia- SIA, patologia clínica- SIA, psicodiagnóstico- SIA, terapia e psicoterapia- SIA, central de regulação- AIH, retinopatia diabética- AIH, acompanhamento saúde mental- SIA e central de regulação- SIA. Para o Gestor 3, o expressivo aumento dos recursos para as Ações Estratégicas representa uma forma do governo federal interferir na gestão da política de saúde local.

O fundo estratégico [representa] uma certa recentralização no sistema. [...]. É uma forma, grosso modo, de destruir a organização, porque te coloca numa saia justa. Tu estás gerenciando teu município, organizando, com recursos, gente e tal, aí entra um troço campanhista, entra com uma campanha. Tu tens que dirigir energias para isso, te desestrutura todo e depois o seguimento não tem garantia nenhuma, [...], via de regra é uma forma da União manter um certo nível de ingerência nos estados e municípios, entre outras coisas o FAEQ [Fundo Estratégico] é uma delas [...] (GESTOR 3, 2004).

O grupo Ações Estratégicas é composto por um extenso número de programas. Esses não são fixos, isto é, a cada ano novas ações podem ser acrescentadas, assim como, uma ação contemplada em um ano pode não ser no período seguinte. Por isso, o gestor enfatiza que “dirigir energias para isso” acaba por interferir negativamente na gestão da saúde. Pois, sendo estas ações pontuais e, por vezes, descontínuas, dificultam o processo de planejamento. Além disso, torna-se difícil avaliar a eficácia de ações e programas desenvolvidos em um curto período de tempo.

Se os gastos realizados por uma determinada esfera de governo em um conjunto fixo de ações expressam os projetos desta, o Gráfico 2 aponta a crescente priorização do grupo de Ações Estratégicas, o que não contribui para a ampliação do escopo de ação do gestor municipal, conforme exposto anteriormente. Mas representa uma tentativa do governo federal de manter sua ingerência na definição de prioridades para a saúde no município. Entretanto, deve-se atentar, também, para o aumento dos recursos federais para a Atenção Básica, mesmo que não mostre regularidade no período estudado. Em relação aos recursos para Assistência Hospitalar e Ambulatorial, o decréscimo apresentado aponta para a tendência de diminuição no total de transferências federais para o sistema de saúde de Porto Alegre, conforme exposto, também, no Gráfico 1. Contudo, para este grupo de ação convergem os maiores montantes, seja por seu elevado custo de operação, seja por sua histórica participação no financiamento da saúde.

Considerando a progressiva diminuição dos recursos de transferências federais, a priorização na alocação desses para ações de Assistência Hospitalar e Ambulatorial e a tendência de crescimento dos recursos para as Ações Estratégicas, que superaram os recursos para Atenção Básica no período analisado, pode-se aferir que são limitados os incentivos federais à qualificação da rede assistencial básica. Em contraste, esta estratégia se constituiu em um dos principais objetivos dos gestores municipais para exercer sua autonomia e ampliar seu escopo de ação na gestão do sistema local de saúde. Esta situação acaba por limitar a possibilidade de ampliação da capacidade de ação do gestor municipal da saúde, pois coloca o município na dependência dos recursos próprios para alcançar o objetivo de ampliar e qualificar a rede básica.

[...] o gestor municipal, a maior parte dos recursos que ele gerencia, ele depende de um repasse, [...]. Mas, mesmo assim as grandes decisões que vão dizer se nós vamos ter 1 bilhão ou 2 bilhões a mais para a saúde pública no país, elas são tomadas no nível federal e no nível dos estados, porque o tamanho dos orçamentos municipais é pequeno, então isso é o que mais limita a autonomia do município (GESTOR 2, 2004).

A fala do entrevistado expressa uma contradição do modelo de descentralização do sistema de saúde brasileiro, no qual o governo federal centraliza as decisões mais importantes no que se refere ao financiamento do setor, tornando os municípios, em grande parte, dependentes de transferências federais. E, na medida em que o governo federal passa a se 'retirar' do financiamento da saúde, os municípios buscam novas fontes de recursos, principalmente do orçamento municipal. Desta forma, o progressivo decréscimo daqueles recursos para o financiamento das ações e serviços de saúde em Porto Alegre constitui um limitante para a ampliação da capacidade de ação dos gestores municipais. O Gestor 4 (2004) considera que a autonomia para gerir os recursos da saúde é “de média pra baixo porque o recurso que eu posso mobilizar é pequeno”.

Que autonomia que nós tínhamos? Vou te dar uns exemplos. Por exemplo, as campanhas de inverno que a gente faz anualmente. A gente sabia que no inverno haveria um aumento de demanda de internações, de antibióticos, então a gente reservava um recurso que quando chegava nos meses de inverno a gente direcionava para isso. Então eu vou comprar mais leitos e direcioná-los exclusivamente para doenças respiratórias de inverno, acoplado ao nosso sistema. São os nossos postos que vão indicar os pacientes que vão usar isso e não os hospitais. Então eu tinha autonomia para conseguir fazer (GESTOR 4, 2004).

Frente às limitações financeiras o gestor municipal procura espaços para exercer sua autonomia. Essa pode ser potencializada em determinados contextos, como exemplificou o Gestor 4. Contudo, a disponibilidade financeira limitada impõe algumas restrições aos gestores. Os Gestores 1, 3, 4 e 5 consideram que os recursos destinados à saúde são insuficientes para a operacionalização dos objetivos do SUS. “[...] existia uma insuficiência de recursos difícil de quantificar pois está ligada a questão da má aplicação” (GESTOR 3, 2004).

[...] as demandas da sociedade são muito superiores às demandas que efetivamente o gestor pode prover, então tem que estar sempre numa grande priorização e seletividade [...]. Eu tenho que fazer uma análise de custo-benefício do impacto que aquele gasto ou aquele investimento que eu vou fazer vai ter na saúde da população, porque em princípio tudo é necessário, mas eu não tenho dinheiro para tudo [...] (GESTOR 2, 2004).

Para enfrentar a carência de recursos os gestores, no período, buscaram expandir as receitas. Mas o Gestor 1 (2004) entende que “mesmo com todas as disputas que nós fizemos por ampliação dos recursos, e fomos vitoriosos em larga medida, isso não era infinito”. Neste contexto de insuficiência de recursos e com limitadas possibilidades de ampliação desses, os gestores buscaram reorganizar gastos (GESTOR 1, 2004). Racionalizar os gastos e ampliar as receitas para a saúde foram as estratégias dos gestores para contornar as limitações financeiras.

Então, esse é um problema porque tu tens que aumentar a capacidade com dinheiro novo e por outro lado tu tens que reestruturar o gasto que tu já tens, porque têm coisas que estão mal gastas [...] e como nós ainda temos uma dívida assistencial importante, quer dizer, nós estamos sempre trabalhando no limite, com filas de espera em várias áreas e tal, nunca sobra este dinheiro pra esse outro tipo de investimento. Então, nós ficamos presos numa lógica assistencialista, por isso é que no debate contínuo que nós fizemos com os órgãos do próprio governo, nós sempre procurávamos mostrar a necessidade de captar mais dinheiro, produzir mais recursos para poder modificar a própria forma como nós estávamos trabalhando (ASSESSOR 3, 2004).

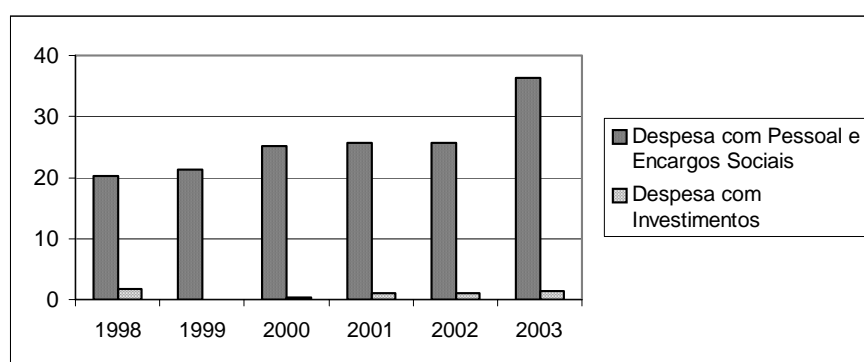
Neste contexto, torna-se relevante observar a evolução dos recursos próprios do município para a saúde (Anexo B). O crescimento progressivo do percentual dos recursos municipais no financiamento da saúde local, em relação á despesa total com saúde, conforme expõe o Gráfico 1, contribui para a potencialização da capacidade de ação do gestor de saúde. São recursos que não estão comprometidos com determinações de outras esferas de governo podendo ser manejados com relativa autonomia para o fortalecimento da rede municipal de saúde e, conseqüentemente, para o fortalecimento das instituições de saúde locais. Além disso, com a diminuição dos recursos de transferências federais, abre-se para o gestor municipal um espaço de ação que só pode ser explorado com o incremento do aporte de recursos municipais. Porém, os recursos municipais também apresentam certo comprometimento. Um deles está relacionado com a questão da rede de referência.

Segundo dados da Secretaria Municipal da Saúde, em 1999 e 2000, respectivamente, 47,7% e 48,4% das autorizações para internações hospitalares foram emitidas para pessoas que não residiam em Porto Alegre. “Isso ocorre porque o nosso município tem vocação para a alta complexidade, porque ele é o município de maior referência para o Rio Grande” (ASSESSOR 3, 2004). Esta situação, para o Gestor 4 (2004), “é o que estoura o orçamento de Porto Alegre [...]. E isso é progressivo”.

[...] nós recebemos recursos para atender gente de outros municípios, mas é insuficiente, não tem uma rede bem estruturada nos municípios vizinhos, coisas que não deveriam vir mais para cá como assistência na atenção básica, [...], mas nós damos consultas de ginecologista, de clínico, consulta de pediatria aqui em Porto Alegre para gente dos municípios vizinhos, e isso ainda é um problema porque deveria vir par cá o que é de média e alta complexidade [...] (GESTOR 5, 2004).

Outro comprometimento dos recursos próprios é com o pagamento dos trabalhadores da saúde. “Ocorre o seguinte, 90% ou quase 100% desse recurso próprio ele é utilizado para pagar pessoal, o que sobra para investimento [...] é muito pouco [...]” (GESTOR 3, 2004). O Gráfico 3 apresenta a participação das despesas com pessoal e com investimentos na rede municipal de saúde para verificar quanto representam em relação às despesas totais com o setor em Porto Alegre.

**Gráfico 3- Participação Percentual da Despesa com Pessoal e Encargos Sociais e da Despesa com Investimentos na Despesa Total com Saúde em Porto Alegre de 1998 a 2003**



Fonte: SIOPS

O Gráfico 3 aponta crescimento das despesas com pessoal e encargos sociais, que representavam, em 2003, 36,42% do total das despesas com saúde. O aumento destas despesas decorre, principalmente, da expansão da rede municipal de saúde e relaciona-se, também, com uma característica da política de saúde, a necessidade de um numeroso quadro de trabalhadores para a operacionalização dos serviços assistenciais. “[...] pessoal em saúde é o que mais pesa, [...], acho que a grande massa de recursos destina-se para pessoal, tanto para contratar, quanto para manter e capacitar” (GESTOR 3, 2004).

As despesas com investimentos mostram crescimento irregular, embora apresentem aumento no ano de 2003. Estes recursos destinam-se, principalmente, para ampliação da rede assistencial e para gastos daí decorrentes. No entanto, despesas com investimentos, normalmente, requerem outras despesas. “O problema não é criar um serviço, mas sim mantê-lo” (GESTOR 4, 2004).

Por exemplo, nós vamos construir um novo posto de saúde, eu tenho que calcular quanto custa manter aquele posto, para equipá-lo, mas, especialmente, quanto custa para manter aquele posto funcionando, com a contratação de médicos, enfermeiros, auxiliares. Uma gestão responsável sempre tem que levar em conta isso, normalmente o custeio anual de um posto de saúde equivale a quase duas ou mais vezes o custo daquela obra (GESTOR 2, 2004).

Assim, quando o gestor decide ampliar a rede de assistência, necessita não só de recursos para a área física, mas para equipar a unidade e manter despesas continuadas. Qualquer investimento na rede de saúde acarreta outras despesas relacionadas com sua operacionalização. Entretanto, a decisão sobre investimentos na rede de assistência é tomada nos fóruns do Orçamento Participativo. Já, as decisões sobre contratação de pessoal são discutidas com os órgãos centrais da Administração Municipal e somente com sua aprovação poderão vir a serem efetivadas.

Por exemplo, o secretário decide que precisa alocar recursos humanos para um novo serviço. Mas a Prefeitura diz ‘não’. Mas o Orçamento Participativo definiu recursos para construir o serviço, agora para manter o serviço tem recurso? Não. Porque tu não podes contratar, o Orçamento Participativo não me autoriza contratar recursos humanos. Mas se os recursos humanos estão esgotados tu ficas engessado naquilo que tu tens (GESTOR 4, 2004).

A lei de responsabilidade fiscal também foi citada como um entrave à ampliação da rede básica de saúde. Pois limitaria a capacidade de ação do gestor municipal no que se refere à contratação de trabalhadores (GESTOR 3, GESTOR 5, 2004).

Um limitador para aplicar mais recursos em assistência direta é a necessidade de destinar recursos para recursos humanos. O que eu quero dizer, eu não acho a lei de responsabilidade fiscal um problema em si, mas talvez ela seja um pouco rígida para algumas áreas de políticas públicas, portanto é um limitador real. Nós hoje freamos o crescimento da nossa rede de atenção básica, em parte, por conta da legislação que não nos deixa crescer na contratação de recursos humanos e por falta de recursos financeiros para investir mais (GESTOR 5, 2004).

O Gestor 4 (2004) sistematiza as limitações, que considera mais relevantes, impostas aos gestores municipais no processo de definição das prioridades de alocação de recursos para a saúde em Porto Alegre.

Primeiro, a exigüidade dos recursos. Segundo, o fato de que a maior parte destes recursos já virem carimbados. Terceiro, as deficiências existentes na oferta de alguns tipos de serviços. Quarto, a perversidade da situação de todas as capitais brasileiras, que por mais que a gente faça mais vem pra capital isso não é problema só de Porto Alegre. [...]. Então isso as vezes anula todo o esforço que a gente consegue fazer. Quinto, a grande dificuldade de recursos humanos, que está inserida na exigüidade de recursos, mas especialmente do ponto de vista do custeio do sistema, não tanto da construção do sistema mas do custeio do sistema. Tem-se um sistema extremamente caro (GESTOR 4, 2004).

No desenvolvimento deste tópico foram apontadas algumas limitações e algumas possibilidades de autonomia do gestor municipal na gestão dos recursos da saúde. Primeiramente, em relação aos recursos de transferências, principalmente, federais, em seguida, em relação aos recursos próprios municipais. Pôde-se observar que os gestores municipais têm limitadas possibilidades de gerir de forma autônoma os recursos para a saúde. O que se deve, de acordo com as informações apresentadas, ao fato de os recursos de transferências federais serem previamente determinados para grupos de ações definidos pelo Ministério da Saúde e os recursos próprios municipais estarem comprometidos, principalmente, com despesas com pessoal. No entanto, a ampliação da capacidade de ação, na gestão dos recursos da saúde, também se relaciona com as possibilidades de regular os serviços privados contratados pelo SUS.

### **3.5 O Papel dos Prestadores Privados na Gestão da Política Municipal de Saúde**

O sistema de saúde brasileiro caracterizou-se, historicamente, pela existência de instituições públicas e privadas que se complementam na oferta de ações e serviços de saúde. Enquanto as ações de saúde pública e os serviços de atenção básica estiveram, tradicionalmente, a cargo do setor público, a rede assistencial hospitalar e de alta complexidade cresceu sob gestão de instituições privadas. Este processo foi viabilizado

por incentivos governamentais e sem a constituição de formas eficientes de regulação destes serviços. Assim, o setor privado prestador de serviços de saúde consolidou sua participação no sistema nacional de saúde e conquistou autonomia frente o gestor público.

A importância do setor privado no sistema de saúde reside no fato de uma parte considerável da rede de alta complexidade encontrar-se sob sua gerência. Este segmento conquistou histórica autonomia frente à gestão pública em virtude das características do desenvolvimento da política de saúde no país. Os serviços de média e alta complexidade constituem os setores mais caros do sistema de saúde, por isso sua relevância quando se discute a gestão dos recursos.

A média e alta complexidade, uma boa parte desta rede, está nas mãos de [prestadores] filantrópicos ou privados [...] isso cria um problema para o sistema porque eles têm uma lógica mercantil, [...], quer dizer, ele tem um hospital, ou um equipamento de saúde, [...], ele quer ganhar dinheiro [...]. Então, como a gente tem um sistema único, para poder garantir o mínimo de atendimento à população, tem que comprar o serviço do privado. O que acontece: [...] eles querem te vender aquilo que eles acham que é do interesse deles vender [...] (GESTOR 3, 2004).

A municipalização da saúde representou a descentralização da rede assistencial, a transferência da prerrogativa de gestão do nível federal e estadual de governo para a esfera municipal. Em relação aos serviços comprados da rede privada, a municipalização se referiu a gestão dos contratos estabelecidos com os prestadores e a regulação destes serviços, não sua estatização. Isso significou uma modificação na atuação, tanto do gestor público, quanto do gestor privado. As experiências de regulação pública destes serviços desenvolveram-se de forma esparsa até a década de 90, o que possibilitou um considerável grau de autonomia e liberdade na produção de serviços privados de saúde contratados pelo sistema público.

Assim, duas formas de atuação, duas lógicas de atenção, estavam institucionalmente consolidadas e, cada uma, regida por objetivos distintos que se confrontam e se tensionam. Por um lado, a lógica mercantil do prestador privado visando ampliar a oferta de serviços mais lucrativos, que são, em geral, os de alta complexidade. Por outro lado, há a estratégia do SUS de qualificar a rede básica para que possa responder de forma mais eficaz aos problemas de saúde da população para



que seja atenuada a ‘utilização indevida de tecnologia’. A consequência disso, no longo prazo, é a diminuição ou racionalização da utilização dos serviços hospitalares. Entretanto, o SUS é um importante comprador de serviços da rede privada, que busca manter sua posição no sistema de saúde incentivando a conservação do modelo assistencial calcado na atenção complexa. Esta estratégia é comentada pelo Gestor 2 e pelo Assessor 1.

[...] uma pressão que o gestor da saúde sofre é que evidentemente o atendimento chamado curativo e de alta complexidade tem um poder de mobilização social muito grande. [Estes grupos têm] poder de *lobby* e de influência [...], os interesses empresariais, evidentemente, não vão lá te incentivar a construir um posto de saúde para fazer atenção básica de saúde, eles vão te incentivar a colocar mais tomógrafo, por exemplo [...] (GESTOR 2, 2004).

Então, por pressão da imprensa e de outros agentes se direcionou mais recursos para o pagamento dos prestadores de serviços. Então estamos pagando um valor significativo em relação à proporção do que a gente tinha no bolo da receita ao invés de tentar qualificar a rede própria de serviço e mantê-la (ASSESSOR 1, 2004).

A posição que ocupam os prestadores privados de serviços de saúde no sistema público é uma consequência da estratégia de expansão da rede assistencial implementada, principalmente, nas décadas de 60 e 70. A capacidade do segmento privado de saúde influenciar na política setorial é herança institucional da forma como se desenvolveu o sistema de saúde no Brasil, com a priorização de um setor privado encarregado pela prestação de serviços de saúde de média e alta complexidade. O poder de influência do setor privado contratado é anterior à municipalização da saúde e tem relação com duas questões ressaltadas pelos entrevistados. Uma refere-se ao padrão de gastos com saúde.

Estruturalmente o gasto do SUS é um gasto fundamentalmente na hospitalização e na alta complexidade. Então aí vai muito do recurso, te sobram para atenção primária e média complexidade pouco. Então, na própria estrutura assistencial, tu não tens muita liberdade [...] (ASSESSOR 3, 2004).

A outra questão diz respeito ao padrão de consumo dos serviços de saúde.

[...] há culturalmente uma tendência também das pessoas de buscarem a emergência e o hospital como o local onde as coisas se resolvem. Quer dizer, o posto é pra vacina, para puericultura, se tu tens um problema mais agudo, uma dor, por mais banal que seja, eu não vou no posto de saúde, eu acho que o que resolve é a emergência ou o hospital [...] (GESTOR 3, 2004).

[...] historicamente a medicina curativa intra-hospitalar conquistou uma hegemonia muito grande e que está inclusive na cabeça do nosso cidadão mais simples [...] ele quer que peçam exame, que dêem remédio, e tal. Então, esta luta contra a utilização indevida de tecnologia ele é uma luta processual (GESTOR 2, 2004).

Quando efetivamente o gestor municipal assume prerrogativas de gestão, os prestadores privados já têm um espaço próprio de ação consolidado. Os gestores municipais, ao contrário, necessitam expandir sua capacidade de gestão através do fortalecimento das estruturas institucionais, regulando a prestação de serviços do setor privado e edificando uma rede de atenção básica resolutive, efetivando assim a gestão pública no sistema de saúde. No entanto, isso significa, para o setor privado, uma perda de prerrogativas, devendo submeter-se aos desígnios da gestão municipal. Assim, tem-se, de um lado, o gestor público tentando ampliar seu espaço de ação e, de outro, o gestor privado buscando manter sua posição, evitando, e as vezes até dificultando, a estratégia do primeiro. “[...] eles [o setor privado] querem te vender aquilo que eles acham que é interessante para eles vender, e para eles o sistema público funciona como [...] como um ente que existe para servi-los, [...], o serviço público, o Estado, está aí para servi-los [...]” (GESTOR 3, 2004).

Normalmente, hoje, nós podemos dizer, em Porto Alegre, que os procedimentos caros, de alta complexidade, o SUS atende na integralidade, não é aí que tem estrangulamento. Tem estrangulamento [...] nos procedimentos que a gente não consegue comprar porque não interessa ao prestador [privado] prestar este serviço (GESTOR 4, 2004).

Neste aspecto, observa-se um conflito de interesses entre as necessidades do sistema público que, para garantir a integralidade das ações de saúde, precisa dispor dos serviços da rede privada, e os interesses do gestor privado que procura influenciar na gestão da política de saúde regulando a oferta de serviços, incentivando uma sobre oferta dos procedimentos mais lucrativos. O gestor municipal depara-se com uma situação já consolidada e com as resistências do setor privado às mudanças advindas com a municipalização. A autonomia do gestor privado frente à gestão pública conforma o contexto de ação do gestor público, que deve implementar ações para modificar este cenário.

Então, não tem como romper, nem dizer que esta parte da alta complexidade é menos importante que os cuidados da atenção básica. O que a gente tem visto nos últimos tempos é uma destinação de recursos, que vem aumentando

cada vez mais, para que os municípios organizem a atenção básica, como foi os PSFs, para a gente também ter um aporte maior de recursos e buscar o equilíbrio e a equidade [...] (ASSESSOR 4, 2004).

A capacidade de ação está diretamente ligada à solidez institucional. No entanto, os gestores municipais ainda não conseguiram fortalecer suas instituições e, por isso, é limitada sua capacidade de ação. A qualificação da rede básica constitui um dos principais objetivos dos gestores municipais após a descentralização do sistema de saúde. O incremento da resolutividade desta rede representa, também, uma estratégia de interferir na gestão dos serviços contratados. Pois permitiria um controle da demanda para estes serviços, assim como racionalizaria sua utilização. Contudo, o Gestor 5 argumenta que esta tarefa ainda não apresenta os resultados necessários.

[...] a resolutividade das nossas unidades ainda é aquém do que nós esperamos. Mas isso começou a mudar quando vieram os PSFs, porque eles têm uma resolutividade comprovada de 85% dos problemas da região [...]. Então a gente está investindo nisso. [...], nós temos que mudar a lógica provando que a nossa rede de atenção básica e de apoio diagnóstico podem dar conta de uma série de coisas que não precisam chegar aos hospitais e aí paramos de comprar serviço hospitalar e aí nós vamos provar para a esfera estadual e federal que nós não precisamos mais comprar determinadas coisas e que este recurso precisa vir para outras coisas (GESTOR 5, 2004).

A ingerência nos serviços de maior complexidade, através da qualificação da rede básica, torna-se importante para os gestores municipais. Pois, considera-se que uma parcela significativa da utilização destes serviços é indevida. Isto é, muitos atendimentos ou procedimentos efetuados nos níveis de maior complexidade poderiam ser resolvidos na rede assistencial básica. Mas, na medida em que os gestores não conseguem interferir de forma eficaz na demanda por serviços de média e alta complexidade, esses ainda ocupam um lugar privilegiado no sistema de saúde. O que habilita os prestadores privados a influenciar, com considerável eficiência, na gestão da política de saúde. “[...] o conjunto dos hospitais durante muitos anos trabalhou com a lógica ‘nós é que dizemos quais são as prioridades [...]’ (GESTOR 5, 2004).

Além dos investimentos na rede assistencial básica, os gestores municipais procuraram conquistar um espaço de ação, na gestão dos serviços contratados, através de medidas de controle na utilização destes serviços. Uma das medidas criadas com este objetivo foi a Central de Regulação de Leitos (GESTOR 3, 2004).

Existe uma tentativa da SMS de aproximar as autorizações desses procedimentos mais complexos, e conseqüentemente mais caros, aproximar quem autoriza do próprio prestador de serviços. Então está tendo uma iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde de descentralização das autorizações de APACs [Autorização de Procedimentos de Alto Custo] e AIHs [Autorização de Internação Hospitalar]. Colocar técnicos nossos nestas instituições hospitalares para fazer as autorizações em tempo em que o paciente ainda esteja lá. E não depois que ele saiu e que a SMS recebeu essa informação. Isso é uma estratégia pelo lado do controle. Mas tem outra questão que é de evitar que o paciente chegue na necessidade de ter este procedimento. É muito mais complexo do que a gente pode imaginar (ASSESSOR 2, 2004).

Juntamente com a estratégia de controle dos serviços contratados, o gestor público procurou criar serviços para amenizar a dependência dos serviços prestados pelo setor privado. O Gestor 3 comenta esta iniciativa.

Nós conseguimos, aqui em Porto Alegre, montar um laboratório público que tem hoje uma capacidade muito grande para fazer exames no nível molecular [...]. Nós assumimos a municipalização do [hospital] Presidente Vargas e nós ampliamos o Pronto Socorro, [...], foram construídos 4000 ou 5000 m2 de prédio para liberar a área assistencial, se ampliou a rede básica [...] e os pronto atendimentos [...]. [...] conseguimos reduzir a mortalidade infantil. Então uma de nossas metas era qualificar e ampliar o pré-natal, da política de saúde da mulher e da criança. [...] outra questão que enfrentamos foi a questão da saúde mental, inauguramos o pronto atendimento 24 horas que também foi um processo de ampliação das formas de tratamento de saúde mental não hospitalares [...] (GESTOR 3, 2004).

Os gestores municipais procuraram aumentar seu espaço na gestão dos serviços de saúde contratados que se encontram sob administração de organizações privadas, assim como, buscaram criar estruturas para substituir alguns serviços. Contudo, esta tarefa é dificultada pela posição que os prestadores privados ocupam na oferta de serviços de saúde. Cabe salientar que a 'hegemonia' dos prestadores privados contratados é uma contingência histórica do desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro. E o segmento privado, dificilmente, teria conquistado este papel de destaque na oferta de serviços se não tivesse recebido importante incentivo governamental. Um dos entrevistados fala desta situação e questiona até que ponto a Secretaria Municipal de Saúde poderia modificar a estrutura de prestação de serviços e de gastos com saúde.

Acho que no longo prazo sim, mas no curto prazo, de se modificar essa realidade que é histórica, o que envolve isso? Será que é a conscientização da comunidade para procurar atendimento, em vez de procurar os hospitais procurar os postos de saúde? Bom daí significa que a rede toda tem de estar capacitada para receber esta demanda maior. Então, talvez se encontrou numa situação posta e que não tinha muita margem para modificar isso pelo menos inicialmente (ASSESSOR 1, 2004).

O entrevistado aponta que a ação do gestor para reorganizar o sistema de saúde, como forma de implementar os objetivos do SUS, é uma tarefa complexa que envolve uma série de fatores. Dentre os quais, alguns envolvem um componente cultural, e outros requerem disponibilidade financeira e autonomia na gestão dos recursos da saúde.

A efetivação de instrumentos de regulação dos serviços prestados pelo setor privado reflete uma tentativa de ampliação do espaço de ação do gestor municipal ao mesmo tempo em que contribui para o fortalecimento institucional da Secretaria Municipal de Saúde. Pois representam a extensão da ação do gestor público da saúde em setores antes não regulados e que apresentam resistências em relação à subordinação de suas atividades à gestão pública municipal.

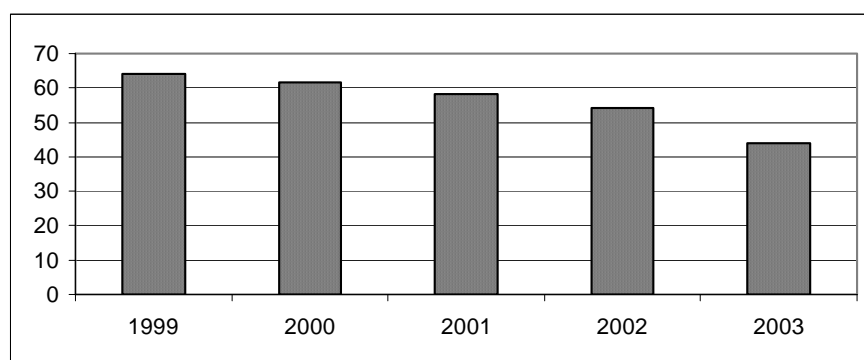
[...] um aspecto, talvez o mais importante para construir um sistema universal de saúde é este enfrentamento que se tenha que ter com a chamada área privada ou filantrópica. E eu acho que isso não é feito de uma forma adequada. Acho que a gente não tem dado a devida importância e acho que quem 'manda no pedaço' ainda é o setor privado e filantrópico [...] (GESTOR 3, 2004).

Ampliar a gestão pública nos serviços contratados torna-se uma tarefa importante porque o padrão de gastos do sistema brasileiro de saúde caracteriza-se pela predominância de recursos para o financiamento de serviços de alta e média complexidade. O lugar que estes serviços ocupam no sistema de saúde e no seu financiamento são conquistas que datam da formação da política nacional de saúde e as conseqüências advindas são contingências. Neste sentido, as características da política de saúde precedente influenciam a possibilidade dos gestores da saúde de expandir sua capacidade de ação nos serviços privados contratados.

Quando tu és gestor [...], tu assume um determinado quadro da situação. Então a chamada atenção de saúde curativa [...], dentro dela a curativa de alta complexidade, tomou conta de uma parcela do orçamento e é muito difícil para o gestor fazer recuar aquela parcela, até porque aquela parcela, de qualquer modo, não supre todas as necessidades da população. Então tu tens falta dos dois lados. Nós procurávamos garantir que a maior parte dos recursos novos que nós conquistávamos para a saúde de Porto Alegre fosse destinada para a atenção básica de saúde, para ir progressivamente revertendo resultados e modelo (GESTOR 2, 2004).

O comentário do Gestor 2 relaciona-se com o que é exposto no gráfico abaixo. O Gráfico 4 expõe a participação percentual da despesa com pagamentos de serviços ambulatoriais e hospitalares em relação à despesa total com saúde em Porto Alegre.

**Gráfico 4- Participação Percentual da Despesa com Pagamentos de Serviços Ambulatoriais e Hospitalares em relação à Despesa Total com Saúde em Porto Alegre de 1999 a 2003**



Fonte: SIOPS

O Gráfico 4 mostra a expressiva participação das despesas com pagamentos de serviços hospitalares e ambulatoriais em relação à despesa total com saúde, conforme demonstrado pelos entrevistados. Porém, aponta a tendência de decréscimo das mesmas no período analisado. Isso pode estar relacionado com o que Marques e Mendes (2002) denominam de “desfinanciamento” da média e alta complexidade. Fala-se em desfinanciamento porque, aparentemente, os recursos para a alta e média complexidade não diminuem em virtude do aumento da resolutividade da rede básica.

Considerando que a autonomia dos gestores municipais na gestão dos recursos não é plena, e a ingerência nos serviços privados é permeada por conflitos e tensões. A gestão do sistema de saúde se converte em uma tarefa na qual a capacidade de ação do gestor, de implementar mudanças necessárias para empreender a reorganização do sistema, é limitada por entraves estruturais e por dificuldades advindas de características históricas da política de saúde.

A sensação que se tinha dentro de algum nível de decisão, [...], era de que não havia como interferir nesse fluxo financeiro para os prestadores. Nós não

tínhamos muita margem para gerir, como se nós não fossemos os gestores do município, que os gestores fossem os hospitais e nós aqueles que tinham de pagar. Era essa a sensação, de não ter muita margem de manobra (ASSESSOR 1, 2004).

A fala do Assessor 1 remete à questão de que a inversão de um modelo assistencial construído historicamente implica grande capacidade de ação do gestor municipal. Pois envolve não só a superação da dicotomia entre ações básicas e ações complexas.

[...] isso é um processo de longa duração . [...] é uma questão cultural, a nossa população raciocina a saúde em termos hospitalocêntricos. Achem que o posto de saúde é para consultar para resfriado. Para doença um pouco maior, não, você tem que consultar no hospital, porque no hospital já tem o exame, já tem isso, já tem aquilo, e tudo no hospital é mais caro do que é no posto de saúde, então não é só a alta complexidade como a média complexidade no nível hospitalar que consome o resto (GESTOR 4, 2004).

As limitações impostas ao gestor público são contingências do legado histórico institucional da política de saúde brasileira. Para exercer autonomia na gestão da política de saúde local é necessária a expansão da capacidade de ação do gestor público em setores que tradicionalmente não se submetiam ao controle da esfera municipal. Neste processo, atualmente, observa-se que o contexto da gestão municipal do sistema de saúde, por vezes, mostra-se problemático, embora tentativas de implementar mudanças necessárias à reorganização do sistema estejam na agenda do gestor.

[...] sempre os investimentos na área de saúde, tradicionalmente, [...], eram investimentos muito maiores na área hospitalar, na área de alta complexidade e especialidades do que na atenção básica. [...]. Aqui mudou muito, há 10 anos trabalhávamos, fundamentalmente, com os hospitais regrando o sistema [...] e isso mudou. Hoje se faz gestão pública, ainda com problemas, mas se diz o que se quer e, se os hospitais não querem oferecer aquilo porque não é o que paga mais, então não se compra daquele prestador, se compra de outro. E claro, nós temos alguns estrangulamentos importantes no SUS, em algumas especialidades que ainda vêm fruto dessa filosofia, dessa linha de trabalho. Algumas especialidades são um problema da formação das universidades, [...]. Só que muitas especialidades eu tenho na cidade, mas eu não consigo comprar no sistema público. (GESTOR 5, 2004).

Considerar que os gestores municipais têm autonomia significa dizer que, mesmo sofrendo influências, neste caso, do setor privado que atua na prestação de serviços de saúde para o sistema público, consegue formular e perseguir objetivos próprios. Entretanto, ainda hoje é grande o poder de barganha dos prestadores privados no sistema de saúde. Apesar das tentativas de ampliação da capacidade do gestor

público na regulação dos serviços privados contratados. Verificou-se uma tensão entre as estratégias de extensão do espaço de ação do gestor municipal da saúde e as tentativas, das instituições privadas de saúde, de preservar seu papel e seu lugar no sistema público de saúde.



## CONCLUSÕES

A Constituição Federal de 1988 alçou os municípios a condição de entes federados com autonomia na condução das políticas locais. Assim como, criou o Sistema Único de Saúde regido por três diretrizes organizativas: a descentralização, a integralidade na assistência, com prioridade para as ações de prevenção, e a participação da comunidade. A descentralização é a diretriz que se relaciona mais diretamente com a questão da autonomia de gestão, pois promoveu a ampliação das responsabilidades dos Secretários Municipais de Saúde na gerência do sistema local, ampliando seu espaço de ação e possibilitando-lhes prerrogativas de gestão.

Contudo, após dezessete anos da implantação do SUS os gestores municipais da saúde necessitam, ainda, consolidar sua autonomia e seu espaço de ação na gerência do sistema local. Isso ocorre porque, historicamente, foram limitadas as prerrogativas dos municípios na gestão do sistema de saúde, em contraste com o protagonismo do governo central. Além disso, o setor privado conquistou uma importante posição na prestação de serviços assistenciais de maior complexidade, assim como, desenvolveu autonomia na sua relação com o setor público, apresentando resistências para submeter-se à regulação que, em princípio, poderia ser exercida por gestores públicos municipais.

A importante presença do governo federal na gestão da política de saúde no município está no fato do sistema de saúde brasileiro ter sido desenvolvido e consolidado durante períodos de governos autoritários, o que imprimiu na política de saúde a característica da centralização decisória no governo central. Esse foi o grande incentivador da expansão do setor privado, em um contexto de ampliação dos serviços

de média e alta complexidade. Além dos incentivos financeiros, o crescimento destes serviços ocorreu sem a implementação de mecanismos eficientes de regulação, o que permitiu expressiva autonomia dos prestadores privados na sua relação com o gestor público e na produção de seus serviços.

A municipalização do sistema de saúde desenhou um novo cenário de gestão para o setor. Em Porto Alegre, como foi visto no capítulo três, para assegurar a implantação da gestão pública municipal no sistema local, os gestores municipais de saúde traçaram dois objetivos principais: ampliar e qualificar a rede de atenção básica e regular os serviços prestados pelo setor privado.

A expansão da rede básica ocorreu, em um primeiro momento, com o município assumindo a gestão das unidades de saúde federais e estaduais, no contexto de descentralização do sistema. A partir daí tornava-se necessária a ampliação e qualificação desta rede. Além disso, esta estratégia estava ligada a questão da regulação dos serviços privados contratados. Pois a qualificação e o incremento da resolutividade da rede assistencial básica possibilitariam regular e orientar a utilização dos serviços mais complexos. Desta forma, os dois objetivos estavam articulados e visavam consolidar o espaço dos gestores municipais da saúde na direção e no financiamento do sistema local.

A municipalização das unidades de saúde federais e estaduais promoveu a expansão do espaço e da capacidade de ação dos Secretários Municipais da Saúde. Este processo consolidou-se, primeiramente, na rede de atenção básica. Essa já era pública: federal, estadual e municipal. A partir do início dos anos noventa, ela passou, em sua totalidade, para a gestão pública municipal.

Já, em relação aos serviços contratados do setor privado, o cenário era diferente. Pois a forma de relacionamento institucionalizada com este setor permitia um limitado espaço de ação ao gestor público na oferta e organização desses no sistema municipal. Neste contexto, as ações possíveis eram a gestão dos contratos e a regulação dos serviços. Este processo foi permeado por dificuldades, já que a ingerência pública nestes serviços, historicamente, se deu de forma esparsa e, muitas vezes, ineficiente.

O fortalecimento das instituições municipais permitiria a ampliação do espaço de ação do gestor municipal de saúde. Isso significaria edificar uma rede assistencial básica resolutive, exercer autonomia na gestão dos recursos da saúde e criar e consolidar mecanismos eficientes de regulação dos serviços contratados. Estas ações não constituem estratégias diferenciadas e isoladas, mas fazem parte de uma estratégia única na qual os resultados de uma ação refletem nos de outra. Assim, a autonomia na gestão dos recursos permitiria fortalecer a rede de atenção básica, o que produziria impacto na eficácia das iniciativas de regulação dos serviços prestados pelo setor privado.

Enfatizaram-se, aqui, duas principais limitações da autonomia dos gestores municipais de saúde na gestão do sistema local: a ingerência federal, na definição das prioridades de alocação de recursos da política de saúde local, e a influência que exercem os prestadores privados de serviços de saúde, na gestão da política setorial. Estas características legadas da política de saúde que precedeu o SUS, perpassaram a mudança institucional, ocorrida ao longo das décadas de oitenta e noventa, e permeiam o contexto atual de gestão do sistema de saúde.

Em relação à primeira limitação, considerou-se que a autonomia dos gestores municipais da saúde pode ser expressa, em grande parte, pela autonomia na gestão dos recursos financeiros setoriais. Os recursos para a política de saúde são repassados, pelas três esferas de governo, para o Fundo Municipal de Saúde (FMS). Os recursos de transferências federais e os recursos próprios do município representaram, no período estudado, a quase totalidade dos recursos para o financiamento do sistema de saúde em Porto Alegre.

Os recursos de transferências federais destinam-se, principalmente, para o financiamento dos serviços assistenciais. O Ministério da Saúde definiu três grupos para os quais destina os recursos transferidos, quais sejam: Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Atenção Básica e Ações Estratégicas. O Ministério da Saúde determina o montante a ser alocado para cada um destes grupos. Assim, os recursos federais são repassados para ações e serviços previamente definidos pela esfera central de governo. Conseqüentemente, a possibilidade de autonomia dos gestores municipais na gerência destes recursos é limitada. Desta forma, a autonomia dos gestores municipais da saúde

no município de Porto Alegre, ainda é limitada por características da política de saúde precedente, pois é grande a influência do governo federal na definição de prioridades para a saúde.

O modelo de descentralização da saúde implementado no Brasil, mesmo que reconheça a importância da autonomia do gestor local, ainda retém importantes tarefas no nível central de governo. O Ministério da Saúde, sendo o indutor do processo de descentralização, assegura para si as decisões sobre os recursos que transfere para o financiamento dos serviços assistenciais municipais. Mais do que exercer controle, o Ministério da Saúde define as ações para as quais serão empregados os recursos, impossibilitando que as decisões das prioridades de financiamento sejam tomadas pela esfera municipal.

Deve-se atentar, para o progressivo decréscimo dos recursos de transferências federais em relação à despesa total com saúde no período estudado. A diminuição destes recursos implica que os gestores municipais da saúde busquem outras fontes de receitas e a racionalização dos gastos existentes. Uma das formas de manter o padrão de despesas com saúde é aumentar o aporte de recursos próprios do município. Esses apresentam progressivo crescimento no período estudado. O aumento dos recursos próprios do município para o financiamento da saúde representa, também, a expansão do espaço do município no financiamento do sistema local, o que permite prerrogativas no processo de definição das ações e serviços de saúde.

Estando os recursos de transferências definidos para o pagamento dos serviços assistenciais, principalmente de alta complexidade, os gestores municipais da saúde se vêm dependentes dos recursos próprios municipais para investimentos na rede assistencial e na qualificação da atenção básica. Observou-se que, também, os recursos municipais encontram-se comprometidos, com o pagamento dos trabalhadores em saúde e com os investimentos na rede assistencial. Sendo que o primeiro representou, em 2003, 36,42% das despesas totais com saúde no município. Embora os recursos próprios sejam aqueles nos quais os gestores têm maior autonomia de alocação, os limites que se colocam na sua gestão referem-se aos gastos fixos municipais com saúde, tais como as

despesas com pessoal. Neste contexto, as ações dos gestores municipais foram no sentido de ampliar o montante de recursos próprios municipais e reorganizar os gastos.

Além das limitações impostas pela atuação da esfera central de governo, outro obstáculo que se apresenta, para a ampliação da autonomia dos gestores municipais na gerência dos recursos, é a existência de órgãos, na administração municipal central, que atuam no gerenciamento dos recursos do Fundo Municipal de Saúde. Embora subordinado à Secretaria Municipal da Saúde, a utilização dos recursos do FMS deve ser negociada com instâncias da administração central. Isso expressa a existência de ingerência na gestão dos recursos para o setor saúde. Se, por um lado, a administração municipal central busca controlar a utilização dos recursos da Secretaria de Saúde, em uma estratégia mais ampla de administração do município, por outro lado, limita a autonomia do gestor da saúde na utilização destes recursos.

Mesmo considerando as limitações que se apresentam na gestão dos recursos da saúde, em determinados momentos ou situações os gestores municipais têm possibilidade de ampliar sua autonomia. O que ocorre, por exemplo, em situações emergenciais, quando uma ação ou intervenção imediata torna-se necessária. Contextos de crise no setor saúde potencializam a capacidade de ação dos gestores municipais. Entende-se que a autonomia não é uma característica fixa, mas que é potencializada em determinados contextos, quando da imprescindibilidade da ação do gestor público local.

Em relação à segunda limitação, observou-se que o setor privado prestador de serviços de saúde detém algumas prerrogativas no sistema público de saúde, devido à sua posição e importância na operacionalização do sistema e ao seu padrão histórico de autonomia frente o gestor público. Em virtude destes fatores, submeter-se à gestão pública municipal, que busca reorganizar o sistema segundo novas diretrizes, dentre as quais a priorização das atividades preventivas, significaria perder algumas prerrogativas. Neste sentido, observou-se uma tensão entre as tentativas dos gestores públicos municipais da saúde de ampliar seu espaço de ação na gerência dos serviços privados contratados e a resistência das organizações privadas em permitir esta interferência. Os gestores públicos criaram instrumentos de regulação e os prestadores privados construíram estratégias de influenciar na oferta de serviços, disponibilizando

os que trariam maiores retornos financeiros, os quais, nem sempre constituíam as necessidades da rede pública.

Assim, tanto as prerrogativas do governo federal na definição de prioridades de alocação dos recursos de transferências, quanto, a atuação, muitas vezes de oposição às iniciativas do gestor público municipal, do setor privado prestador de serviços de saúde, implicam limitações da autonomia do gestor municipal da saúde. As estratégias dos gestores municipais recaem, principalmente, nos setores nos quais podem exercer maior autonomia, ou seja, na rede de atenção básica, que se encontra totalmente sob gestão pública municipal, e nas tentativas, ainda em andamento, de regulação dos serviços privados contratados.

Se a autonomia de um governo pode ser expressa na existência de um espaço próprio de ação e na capacidade de agir de acordo com objetivos próprios, observou-se que, na gestão dos recursos e na definição de prioridades para a política de saúde municipal, o espaço de ação e, conseqüentemente, a autonomia dos gestores municipais da saúde é limitada pelo espaço que ainda ocupa o governo federal neste processo. A autonomia na gestão dos recursos da saúde, no entanto, pode ser ampliada via crescimento dos recursos próprios municipais.

Já, a capacidade de ação do gestor municipal da saúde, na regulação dos serviços contratados prestados pelo setor privado, é limitada pela posição que ocupam, os serviços, na operacionalização do sistema e pelo padrão histórico de autonomia, do setor, na saúde, legado da política de saúde precedente. As tentativas de ampliação do espaço dos gestores municipais da saúde e, conseqüentemente, da capacidade de regular os serviços contratados, depende da constituição de mecanismos eficazes de ingerência nestes serviços e da edificação de uma rede assistencial básica forte e resolutiva. Isto é, depende do fortalecimento das instituições de saúde municipais.

A autonomia dos gestores municipais de saúde é, muitas vezes, limitada pelas características históricas consolidadas da política precedente ao Sistema Único de Saúde. Aqui, ressaltou-se duas delas, a ingerência do governo federal na gestão municipal e a influência dos prestadores privados de serviços de saúde. Este legado

institucional permeia o contexto de gestão e influencia a atuação dos gestores municipais da saúde.

## BIBLIOGRAFIA

ABEL-SMITH, Brian. **An Introduction to Health. Policy, Planning and Financing.** London: Longman, 1994.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. **Federalismo e Políticas Sociais.** Revista Brasileira de Ciências Sociais, n. 28, ano 10, p. 88-108, junho 1995.

ARRETCHE, Marta. **Dossiê Agenda de Pesquisa em Políticas Públicas.** Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 7- 10, fevereiro 2003.

ARRETCHE, Marta. **Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo.** Revista Brasileira de Ciências Sociais [on line]. Junho 1999, vol. 14, n. 40, p. 111-141. Disponível na World Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=arttext&pid>. Acesso em 25 de janeiro de 2005.

ASSESSOR 1. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Transcrita, Porto Alegre, 2004.

ASSESSOR 2. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Transcrita, Porto Alegre, 2004.

ASSESSOR 3. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Transcrita, Porto Alegre, 2004.



ASSESSOR 4. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Transcrita, Porto Alegre, 2004.

BADIE, Bertrand; BIRNBAUM, Pierre. **Sociologie de l'État Revisitée**. Revue Internationale des Sciences Sociales, n. 140, p. 189-203, junho 1994.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1979.

BRAGA, José Carlos, PAULA, Sergio Góes de. **Saúde e Previdência- Estudos de Política Social**. São Paulo: Hucitec, 1981.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.412 de 28 de Dezembro de 1990**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BULMER, Martin. **Introduction: Problems, theories and methods in sociology- (How) Do they interrelate?** In: BULMER, Marin (org.). *Sociological Research Methods. An Introduction*. London: Macmillan, 1984.

CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 1996.

CASTRO, Maria Helena Guimarães de. **Descentralização e Política de Saúde: Tendências Recentes**. Planejamento e Políticas Públicas, Brasília, n. 5, p. 105- 110, junho 1991.

COELHO, Vera Schattan P. **Interesses e Instituições na Política de Saúde**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 13, n. 37, p. 115-128, 1998.

CÔRTEZ, Soraya, PEREIRA, Luiza Helena, RÉOS, Janete. **Proposta de Plano Municipal de Saúde**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, 1999.

CUNHA, Edite da Penha, CUNHA, Eleonora Schettini M. **Políticas Públicas Sociais**. In: CARVALHO, Alysso, et al (orgs). *Políticas Públicas*. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

CUNHA, João Paulo Pinto da, CUNHA, Rosani Evangelista da. **Sistema Único de Saúde – princípios**. In: CAMPOS, Francisco Eduardo de; OLIVEIRA JÚNIOR, Mozart de; TONON, Lídia Maria. *Planejamento e gestão em saúde*. Belo Horizonte: COOPMED, 1998.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Municipalização dos Serviços de Saúde**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DRAIBE, Sônia Miriam. **Repensando a Política Social: Dos anos 80 ao início dos 90**. In: SOLA, Lourdes, PAULANI, Leda M. *Lições da Década de 80*. São Paulo: EDUSP, 1995.

EVANS, Peter B. **O Estado como Problema e como Solução**. Lua Nova, n. 28/29, 1993.

\_\_\_\_\_. **Embedded Autonomy: States and Industrial Transformation**. Princeton: Princeton University Press, 1995. Excertos disponíveis na World Wide Web: <http://sociology.berkeley.edu/faculty/evans/ea-excerpts.html>. Acesso em 09 de fevereiro de 2004.

\_\_\_\_\_. **Análise do Estado no mundo neoliberal: uma abordagem institucional comparativa**. Revista de Economia Contemporânea, n. 4, jul-dez. 1998.

EVANS, Peter B., RUESCHEMEYER, Dietrich, SKOCPOL, Theda. **Bringing the State Back In**. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. São Paulo: Graal, 2003.

FREY, Klaus. **Políticas Públicas: Um Debate Conceitual e reflexões Referentes à Prática da Análise de Políticas Públicas**. Planejamento e Políticas Públicas, Brasília, n. 21, junho 2000.

GESTOR 1. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Transcrita, Porto Alegre, 2004.

GESTOR 2. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Transcrita, Porto Alegre, 2004.

GESTOR 3. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Transcrita, Porto Alegre, 2004.

GESTOR 4. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Transcrita, Porto Alegre, 2004.

GESTOR 5. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Transcrita, Porto Alegre, 2004.

HALL, Peter A., TAYLOR, Rosemary C. R. **As Três Versões do Neo-Institucionalismo**. Lua Nova, n. 58, 2003.

HEIDRICH, Andréa Valente. **O Conselho Municipal de Saúde e o Processo de Decisão sobre a Política de Saúde Municipal**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

HOWLETT, Michael, RAMESH, M. **Studying Public Policy**. Canadá: Oxford, 1995.

IMMERGUT, Ellen M. **The Theoretical Core of the New Institutionalism**. Politics & Society, v. 26, n. 1, p.5-34, março 1998.

LEVI, Margaret. **Uma Lógica da Mudança Institucional**. Dados- Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 79- 99, 1991.

LINDBLOM, Charles Edward. **O Processo de Decisão Política**. Brasília: UNB, 1981.

LUCCHESI, Patrícia. **Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil: A Implementação do Sistema Único de Saúde- Retrospectiva**

**1990/1995.** Planejamento de Políticas Públicas, Brasília, n. 14, p. 75-152, dezembro 1996.

LUZ, Madel T. **Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de ‘Transição Democrática’- Os Anos 80.** PHYSIS- Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n. 1, p.77-96, 1991.

MANN, Michael. **O Pode Autônomo do Estado: Suas Origens, Mecanismos e Resultados.** In: HALL, Joan (Org.). *Os Estados na História.* Rio de Janeiro: Imago, 1992.

MARCH, James G., OLSEN, Johan P. **The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life.** The American Political Science Review, v. 78, n. 3, p. 734-749, setembro 1984.

MARQUES, Eduardo César. **Notas Críticas à Literatura sobre Estado, Políticas Estatais e Atores Políticos.** BIB, Rio de Janeiro, n. 43, p. 67-102, 1997.

MARQUES, Eduardo César, ARRETCHE, Marta. **Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde.** Caderno CRH, Salvador, n. 39, p. 55-82, jul./dez. 2003.

MARQUES, Rosa Maria, MENDES, Áquilas. **A Política de Incentivos do Ministério da Saúde para a Atenção Básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?** Cadernos de Saúde Pública. [online]. 2002, vol.18 supl., p.163-171. Disponível na World Wide Web: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid). Acesso em 01 de março 2005.

MÉDICI, André César. **Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde.** In: PIOLA, Sérgio Francisco, VIANNA, Sólon Magalhães (orgs.). *Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde.* Brasília: IPEA, 2002.

MELO, Marcus André B. C. de. **Anatomia do Fracasso: Intermediação de Interesses e a Reforma das Políticas Sociais na Nova República.** DADOS- Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 119-163, 1993.

MELLO, Diogo Lordello de. **Descentralização, Papel dos Governos Locais no Processo de Desenvolvimento Nacional e Recursos Financeiros necessários para que os Governos Locais possam cumprir seu papel.** Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, n. 25, v. 4, p. 199-217, out./dez. 1991.

MENDES, Áquilas, MARQUES, Rosa Maria. **Financiamento: A Doença Crônica da Saúde Pública Brasileira.** Anais do V Encontro Nacional de Economia da Saúde, Salvador, novembro 1999.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O Paradigma da Medicina Científica.** S.d. Fotocopiado.

\_\_\_\_\_. **Uma Agenda para a Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1999-a.

\_\_\_\_\_. **O Sistema Único de Saúde um Processo Social em Construção.** In: SANTANA, José Paranaguá de, CASTRO, Janete Lima de. *Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde.* Natal, 1999b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **NOB – SUS/93: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

\_\_\_\_\_. **NOB – SUS/96: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. **Instrução Normativa nº 01/98 de 02 de Janeiro de 1998.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

\_\_\_\_\_. **SUS – Descentralização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. **NOAS - SUS 01/2001: Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde/ SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. **NOAS - SUS 01/2002: Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde/ SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MULLER, Pierre; SUREL, Yves. **A Análise das Políticas Públicas.** Pelotas: Educat, 2002. Traduzido por: Agemir Bavaresco, Alceu R. Ferraro. Tradução de: *L'analyse des politiques publiques.*

NETO, Júlio S. Miller. **Políticas de Saúde no Brasil: A Descentralização e seus Atores.** Saúde em Debate, São Paulo, n. 31, 1991.

NEVES, Delma Pessanha. **Políticas Públicas: Intenções Previstas e Desdobramentos Inesperados.** Ciências Sociais Hoje, p. 46-85, 1993.

NORTH, Douglass. **Institutions, Institutional Change and Economic Performance.** Cambridge: Cambridge: 1990.

\_\_\_\_\_. **Custos de Transação, Instituições e Desempenho Econômico.** Rio de Janeiro: Instituto Liberal, 1992. Traduzido por Elizabete Hart.

OCKÉ Reis, Carlos. **O Estado e os Planos de Saúde no Brasil.** Revista do Serviço Público, ano 51, n. 1, p. 125-148, Jan- Março 2000.

OLIVEIRA, Jaime de A. , TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. **Previdência Social 60 anos de historia de previdência brasileira.** Petrópolis: Vozes, 1989.

PORTO ALEGRE. **Relatório de Gestão 2003.** Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2003.

POSSAS, Cristina de Albuquerque. **Descentralização e Democratização do Sistema de Saúde.** Anais da VIII Conferencia Nacional de Saúde, Brasília, 1986.

RÉOS, Janete Cardoso. **Participação em Saúde na Gerência Distrital 5 de Porto Alegre: Glória/Cruzeiro/Cristal (1980-2000)**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

SCHWARTZENBERG, Roger- Gerard. **Sociologia Política**. São Paulo: Difel, 1979.

SKOCPOL, Theda. **Los Estados y Las Revoluciones Sociales**. México: Fondo de Cultura Económica, 1984.

\_\_\_\_\_. **Bringing the State Back: Strategies of Analysis in Current Research**. In: EVANS, Peter B., RUESCHEMEYER, Dietrich, SKOCPOL, Theda. *Bringing the State Back In*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

SKOCPOL, Theda, FINEGOLD, Kenneth. **State Capacity and Economic Intervention in the Early New Deal**. *Political Science Quarterly*, v. 97, n. 2, p. 255-278, 1982.

SOUZA, Celina. **Estado da Arte da área de Políticas Públicas: Conceitos e principais Tipologias**. XXVII Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (ANPOCS), Caxambu, 21-25 de outubro de 2003-a.

\_\_\_\_\_. **“Estado de Campo” da Pesquisa em Políticas Públicas no Brasil**. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 18, n. 51, p. 15- 20, fevereiro 2003-b.

\_\_\_\_\_. **Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa**. Caderno CRH, Salvador, n. 39, p. 11-24, jul./dez. 2003-c.

\_\_\_\_\_. **Neo-institucionalismo e a formulação de políticas públicas**. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, maio 2004. Palestra proferida no Programa de Pós-Graduação em Sociologia.

TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. **Descentralização dos Serviços de Saúde: Dimensões Analíticas**. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, v. 2, n. 24, p. 78-99, fev./abr. 1990.

THÉRET, Bruno. **As Instituições entre as Estruturas e as Ações**. Lua Nova, n. 58, p. 225-254, 2003.

VIANA, Ana Luiza. **Abordagens metodológicas em políticas públicas**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-43, mar.-abr. 1996.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila, HEIMANN, Luiza S., LIMA, Luciana Dias de et al. **Mudanças significativas no Processo de Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública. [on line]. 2002, v. 18 supl., p. 139-151. Disponível na World Wide Web: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid) . Acesso em 20 de janeiro de 2005.

WALT, Gill. **Health Policy: an introduction to process and power**. London: Zed Books, 1994.



## **ANEXOS**

## ANEXO A- Roteiro da Entrevista

### 1. Identificação do Entrevistado

Nome

Cargo

Período de atuação

### 2. Roteiro

- 1- Quando você foi coordenador/gestor quais eram as prioridades de ações para a área de saúde?
- 2- Como foram definidas estas prioridades as quais você se referiu, ou seja, como se deu o processo que levou à definição dessas prioridades?
- 3- O que mais influenciou a definição dessas prioridades, ou seja, quais foram os fatores que levaram a essas decisões, porque se decidiu fazer isto e não aquilo?
- 4- Quem teve mais poder na definição dessas prioridades, ou seja, em última instância, quem decidiu?
- 5- No momento de decidir quanto seria o gasto em pessoal, em pagamento de prestadores, em vigilância em saúde, que parâmetros, que critérios foram seguidos, como se chegava a um valor, um número, qual era o ponto de partida desse processo de definição das prioridades?
- 6- Existia alguma filosofia, concepção de saúde que influenciava as decisões sobre o quanto gastar em serviços complexos, atenção básica ou vigilância em saúde?
- 7- Qual o nível de autonomia do município na definição das prioridades políticas e de ação em saúde? Explique sua resposta.
- 8- Como se caracterizavam as relações da Secretaria Municipal de Saúde com o Ministério da Saúde na definição das prioridades da política de saúde?
- 9- Como se caracterizavam as relações da Secretaria Municipal de Saúde com a Secretaria Estadual de Saúde na definição de prioridades da política de saúde?

- 10- Qual a autonomia municipal na gestão dos recursos da saúde? Explique sua resposta.
- 11- Quais fatores limitavam a gestão autônoma municipal dos recursos da saúde?
- 12- Como a SMS lidou com esta situação?
- 13-** Considerando que o SUS propõe transpor o modelo “hospitalocentrico” e implementar a priorização das ações básicas como se pode explicar o grande montante de gastos com ações de alta complexidade? Quais foram as ações e iniciativas neste sentido?

## ANEXO B

TRANSFERÊNCIAS TOTAIS (EM R\$) PARA A SAÚDE EM PORTO ALEGRE  
DE 1998 À 2003

<b>Período</b>	<b>Transferências Totais (R\$)</b>
1998	273.107.771,00
1999	260.765.999,00
2000	305.675.099,99
2001	341.733.740,63
2002	313.402.923,29
2003	267.452.694,40

Fonte: SIOPS

DESPESA COM RECURSOS MUNICIPAIS (EM R\$) COM SAÚDE EM  
PORTO ALEGRE DE 1998 À 2003

<b>Período</b>	<b>Despesas com Recursos Municipais (R\$)</b>
1998	86.988.023,00
1999	77.162.563,00
2000	96.658.517,71
2001	110.650.385,25
2002	165.853.129,42
2003	172.533.692,82

Fonte: SIOPS

## DESPESA TOTAL COM SAÚDE (EM R\$) EM PORTO ALEGRE DE 1998 À 2003

<b>Período</b>	<b>Despesa Total (em R\$)</b>
1998	360.095.794,00
1999	337.928.562,00
2000	402.333.617,70
2001	452.384.125,88
2002	480.367.462,37
2003	440.830.725,91

Fonte: SIOPS