

**O SUS que queremos:
sistema nacional de saúde ou
subsetor público para pobres?**

SUS that we want: national system of
health or public sub-section for poor?

*Célia Almeida*¹

Debater o artigo de Marta Arretche é um convite à reflexão, principalmente porque a autora trabalha com dimensões analíticas em especial políticas, relativamente pouco estudadas na literatura disponível sobre a gestão local da política de saúde no Brasil. Meus comentários pretendem contribuir com o debate, que considero necessário e bem-vindo, mas em nada diminuem o mérito de seu trabalho.

Comparto a opinião de que a reforma do sistema de serviços de saúde no Brasil já aconteceu, independentemente de consensos acadêmicos ou políticos sobre seu início, meio ou fim. Também concordo com seu principal argumento: a descentralização do sistema de serviços de saúde para o nível municipal, sobretudo da Atenção Básica e ambulatorial, é inegável; mas não são apenas os atributos da gestão local que garantem o cumprimento dos objetivos da reforma, pois controles e incentivos contidos no desenho institucional das políticas interferem na qualidade de ação dos governos. Entretanto, discordo de seu comentário final e penso que as evidências apresentadas são frágeis para respaldar a conclusão de que apenas necessitamos amadurecer e melhorar os mecanismos implementados.

Se não se trata mais de avaliar os resultados de um “processo de reforma”, como afirma Arretche, a partir de que premissas seriam analisados os mecanismos institucionalizados de gestão dessa política de mudança? A distinção (importante) entre reforma e mecanismos regulares de gestão de uma política mereceria ser um pouco mais discutida.

Considero que a análise do processo de reforma da saúde no Brasil ainda está para ser feita. Por outro lado, avaliar a gestão de uma política de reforma cujos mecanismos de operação institucionalizados foram o principal eixo de implementação da própria reforma pressupõe levar em consideração a concepção de reforma formulada, o legado das políticas passa-

das e analisar em que medida esses instrumentos e mecanismos estão, de fato, possibilitando o alcance dos objetivos reformistas formulados inicialmente.

É certo, como argumenta Arretche, que as estruturas estatais e o desenho institucional afetam o processo decisório a partir de mecanismos administrativos e políticos. Porém, a forma de implementação, os mecanismos e incentivos, os instrumentos de indução e controles escolhidos para operacionalizar e gerir determinada política, assim como as formas de medir seus resultados, refletem valores e escolhas políticas em momentos específicos, revelando os objetivos estratégicos de diferentes opções. Embora seja verdade que modificações nos instrumentos não significam, necessariamente, “modificação de paradigma, isto é, na hierarquia de objetivos de uma política pública”, os instrumentos escolhidos e a forma de operacionalização do desenho institucional podem, de fato, alterar os objetivos iniciais de uma política.

Uma vez implementadas, como se pretendem transformadoras e interferem com interesses constituídos, as políticas de reforma mudam a agenda pública e os padrões de conflito entre grupos que impulsionam as mudanças subsequentes (Skocpol & Amenta, 1986). Sendo assim, as causas e objetivos originais de uma determinada política não são necessariamente os mesmos que determinam os seus desenvolvimentos. E isto se dá não apenas pela resistência dos perdedores ou opositoristas, mas pela inerente dinâmica de sua operacionalização: frequentemente a implementação de uma política de reforma traz resultados inesperados ou não previstos por seus formuladores. Daí a necessidade de um processo contínuo e permanente de avaliação, revisão e correção de rota, desde que os objetivos iniciais se mantenham vigentes, assim como a vontade política de alcançá-los.

De fato, a reforma setorial e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) significaram, no plano legal, uma mudança bastante expressiva na política de saúde brasileira. Mas a pergunta a ser feita é: o direito legal de acesso universal e equitativo a ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade vem sendo assegurado a qualquer cidadão brasileiro, como registrado na Constituição de 1988? Ou, em outras palavras, em que medida o processo de implementação do SUS tende a caminhar nessa direção?

Concentrando a atenção na estrutura institucional formal da política de saúde (arcabouço

¹ Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. ENSP/Fiocruz. Almeida@ensp.fiocruz.br

legal e engenharia institucional) e seu desenvolvimento, objeto privilegiado na análise de Arretche, algumas questões suscitam debate. Entre as dimensões analíticas consideradas pela autora – influência do eleitor sobre decisões de governo; natureza das relações intergovernamentais; relações entre sociedade civil e governos; e autoridade sobre provedores dos sistemas de saúde – parece-me que a primeira não integra as instituições formais do SUS e as outras três interferem em sua implementação de forma diferenciada. Privilegiaremos apenas algumas questões.

Natureza das relações intergovernamentais

Parece-me difícil discutir essas relações sem levar em consideração a especificidade do novo pacto federativo brasileiro que começou a ser desenhado na década de 1980 e refletiu-se de forma particular na área da saúde, condicionando o ritmo de implementação da reforma e alguns de seus impasses.

O desenvolvimento histórico dos sistemas de saúde no século 20, nos distintos países, demonstra que o que muda em cada país, além da natureza do federalismo, é o caráter da política de saúde como política social (ordem e ritmo da intervenção estatal, escopo da legislação, formato institucional, esquema de financiamento), que condiciona o tipo de transferências e incentivos federais.

As relações entre federalismo e descentralização são sempre complexas, configurando uma específica dinâmica entre difusão e concentração de poder, espelhando um modelo compartilhado de nação e graus socialmente desejados (ou conseguidos) de integração política e equidade social (Almeida, 1996). No caso brasileiro, o compromisso federativo e o modelo subjacente não são claros e os formatos implementados são carregados de contradições, moldados inicialmente pela transição política e, posteriormente, pela dinâmica dos ajustes macroeconômicos. Os dois fatores – econômico e político – ainda que concomitantes, tiveram pesos e influências diversas, sendo que nos anos 80 os impulsos democratizantes foram mais importantes e, após 1988, os constrangimentos econômicos ganharam destaque (Almeida, 1995 e 1996; Melo, 1993; Melo & Azevedo, 1996).

O desenvolvimento peculiar do novo arranjo federativo forjado na Constituição de 1988 –

forte descentralização das competências tributárias, sem mecanismos de redistribuição horizontal; alta descentralização do gasto final de governo; e elevado nível de autonomia orçamentária, sem definição clara das respectivas competências dos níveis e governo – e o posterior aumento da carga e recentralização tributária (Afonso, 1994; Dain, 1995; Melo, 1996; Lesbaupin, 2000; Prado, 2001; Ferreira, 2002) tiveram duas conseqüências principais: não há qualquer orientação geral para a necessária adequação dos mecanismos de financiamento federativo, sendo que grande parte do processo de descentralização é comandado pela dinâmica desse financiamento, e inverte-se a relação de determinação: é a descentralização financeiro-orçamentária que define a descentralização dos encargos, ou em outras palavras – *a receita tende a gerar seus próprios gastos* (Prado, 2001). Embora alguns municípios tenham ampliado de forma importante suas receitas próprias e inovado de forma significativa a gestão local, os instrumentos que operam a distribuição dos recursos entre níveis de governo ganham especial importância, sendo essencial avaliar os mecanismos que determinam a capacidade de gasto dos governos subnacionais, especialmente os municípios.

No âmbito das políticas sociais, a descentralização teve motivações diversas daquelas que geraram a redefinição do pacto federativo e a falta de um centro de comando foi particularmente importante, além de que, nos anos 90, a área social foi negligenciada, em função das prioridades estabelecidas pelo ajuste macroeconômico. E a descentralização setorial está inserida nesse processo mais amplo de passagem de uma forma extrema de federalismo centralizado para alguma modalidade de federalismo cooperativo, ainda não completamente definido. Agora o fato de esse processo ter se iniciado antes de 1988 está mais vinculado à dinâmica da democratização e crise fiscal do Estado, do que especificamente à política de reforma setorial.

Portanto, o recurso às normas operacionais para implementar a descentralização na saúde foi a resposta do executivo setorial frente a essa situação federativa e a partir delas tem-se tentado estruturar uma descentralização planejada de encargos entre níveis de governo. O SUS, como política nacional e como opção de implementação da reforma na saúde, não partiu de um modelo acabado, mas foi se desenhando paulatinamente, ao sabor dos dirigentes no poder e das formas específicas encontradas para

superar os freqüentes impasses conjunturais, financeiros e políticos. Por outro lado, a arena decisória estruturada com a descentralização politizou de forma importante o processo de decisão. Daí os sucessivos ajustes que as diferentes normas proporcionaram. A forma anterior aos anos 90 de transferência de recursos aos estados e municípios teve características bastante diferentes daquelas verificadas ao longo da década. O importante é analisar os rumos que essas sucessivas correções de rota estão imprimindo à reforma.

Mencionam-se como traços negativos da descentralização setorial a excessiva normatização burocrática, redução do poder de decisão local e controles funcionais desvinculados da avaliação de resultados, levando à adesão formal aos requisitos para ter acesso aos recursos. As diferentes transferências financeiras para distintos programas ou atividades não são uma invenção brasileira nem um problema *per se*, podendo ser interpretadas como respostas específicas a distintos problemas. Mas a forma de condução do processo e os mecanismos de pagamento que balizam as transferências financeiras fazem toda a diferença.

O dilema que permanece é o da autonomia da gestão local *versus* implementação de políticas de escopo nacional: a autonomia plena seria desejável em nome da democracia e da heterogeneidade, mas é fortemente dependente da eficiência e competência dos sistemas decisórios locais e tendente a produzir mais fragmentação e perpetuar desigualdades; a vinculação condicionada transforma os municípios em “preenchedores de requisitos burocráticos”, inibe a criatividade e o desenvolvimento de capacidade local para enfrentar demandas diferenciadas (Goulart, 2001; Barros, 2001). Aparentemente essa dinâmica espelha, por um lado, a falta de confiança do nível central na capacidade de implementação local, que não é infundada, e o afã do executivo federal na definição de critérios “precisos”, que garantam o cumprimento de parâmetros de política nacional fixados centralmente.

Na experiência de diversos países em geral, os aportes federais (ou estaduais) priorizam atividades ou programas que induzem um nível de gasto superior ao que resultaria de decisão orçamentária local e se destinam à indução do cumprimento de determinados objetivos, definidos pelos governos de níveis superiores ou acordados no pacto federativo, normalmente com a finalidade de superar desigualdades e he-

terogeneidades, propiciar maior uniformidade nos padrões do gasto *per capita*, ou para atender situações emergenciais ou excepcionais. E para tal, as condicionalidades são necessárias e amplamente utilizadas para induzir a adesão.

Embora seja difícil estabelecer uma base lógica simples de recomendação de mecanismos que induzam maior ou menor autonomia, uma análise mais precisa dependeria de vários fatores, mas ressalta-se entre eles a necessidade de maior clareza sobre o padrão de autonomia municipal vigente na enorme diversidade da realidade local. Por outro lado, a vinculação é uma alternativa correta para o SUS, mas deve ser formatada para ajustar as transferências efetuadas de forma dinâmica e eficiente, mantendo coerência entre os instrumentos introduzidos e os objetivos da política que se quer implementar.

O sistema de transferência de recursos “em bloco” (*block grants*), utilizado pelo SUS, é independente da contribuição do nível local para a provisão de serviços, induz as áreas menos povoadas a gastarem menos com saúde e privilegia as áreas urbanas, estimulando a competição fiscal com municípios vizinhos; e o recurso a limites mínimos do gasto em saúde (EC 29) também tenderá a prejudicar aqueles municípios menores (menos de 10 mil habitantes), uma vez que os maiores já atingiram o patamar de gasto preconizado, além de praticamente pouco ou nada alterar em relação ao gasto atual (Ferreira, 2002; Médici, 2002). Uma alternativa, bastante utilizada em outros países, são as chamadas “transferências casadas” (*matching grant*), em que o governo central paga uma parcela fixa do total de gastos do nível local, regulado em função do seu interesse em incentivar um tipo específico de gasto, o que reduziria o custo marginal do gasto social e tenderia a superar a diminuição do gasto local. O problema seria que esse sistema exige um monitoramento rigoroso para coibir o incentivo às fraudes embutido na contabilização dos gastos (Prado, 2001; Ferreira, 2002).

Os incentivos, por sua vez, não necessitam ser exclusivamente financeiros, podendo estar direcionados para as *funções nobres* do nível federal (Barros, 2001), fundamentalmente redistributivas, isto é, destinadas a melhorar os níveis de equidade do sistema de serviços – investimento em capacidade instalada, avaliação tecnológica, suporte técnico, regulação e distribuição da força de trabalho, sistemas de informação e produção de indicadores de resultados etc.

Por fim, a revisão da tendência municipalista (NOAS 2001), com recuperação do papel do nível estadual e a organização de regiões é bem-vinda e quase tardia. Nas últimas décadas observa-se essa tendência à regionalização também nos distintos países, numa perspectiva de fortalecer a condução coordenada do sistema, vinculada a metas de maior responsabilização com a coisa pública e medidas de desempenho. Poder-se-ia aproveitar, portanto, para desencadear um processo amplo de revisão do SUS, seja das prioridades da política de reforma, seja das relações intergovernamentais, seja das formas de transferência e mecanismos de incentivos.

Priorização de atividades e programas

A priorização da Atenção Básica e o repasse de recursos *per capita* são recomendados para os países com níveis elevados de pobreza e desigualdade de distribuição de renda, na perspectiva de garantir níveis mínimos de atendimento de serviços básicos, não proporcionados por boa parte dos governos locais.

Com as mudanças na alocação de recursos para a Atenção Básica (PAB, 1998), observa-se alguma melhora na redistribuição de recursos. Entretanto, essa nova sistemática distributiva, apesar de igualar valores *per capita* para o financiamento de atividades ambulatoriais consideradas básicas, não leva em conta as desigualdades inter-regionais, seja no que se refere às necessidades de saúde, seja em relação à rede existente de serviços nas diferentes regiões. E as diferentes estratégias e incentivos para a Atenção Básica (PAC, PSF e PACS), por um lado, e dos demais procedimentos de maior complexidade e a atenção hospitalar, por outro, não estão direcionados para induzir a maior integração dos distintos níveis de complexidade da atenção e aumentar a resolutividade do sistema, configurando, de fato, um “pacote básico” e “gargalos” de acesso que dificultam a mobilidade do usuário entre distintos serviços no sistema. Tampouco alteram as assimetrias históricas entre o setor público e o privado, cujo *mix* de serviços é diferente em cada localidade, estruturado segundo uma lógica de oferta desordenada e casuística, sem relação com as necessidades de saúde da população, perpetuando as carências históricas. Portanto, o “efeito homogeneizador do PAB”, embora possa ser mais redistributivo pode não ser mais equitativo, uma vez que o alcance da equidade pressupõe a dis-

tribuição desigual de recursos, para compensar as desigualdades.

De uma maneira geral, quando a demanda e a necessidade podem ser quantificadas com alguma precisão, o que não é tarefa fácil, mas não é impossível, a vinculação entre o recurso financeiro repassado e atividades específicas tem grande chance de ser bem-sucedida, como por exemplo, no controle das endemias (e outros programas verticais). No caso brasileiro, esse controle historicamente era realizado de forma centralizada, com relativo grau de sucesso, e foi desorganizado tanto pelo *stress* fiscal quanto pelo processo de descentralização, com recrudescimento de epidemias (Reis *et al.*, 2001). E existem indícios de que a descentralização também afetou de forma importante esses programas, primeiro porque não foram contemplados nas primeiras normas, centradas fundamentalmente na assistência médica; e, segundo, pela desorganização local frente a retirada do nível central que comandava e operava os programas verticais localmente (Brito, 2002).

Penso que o SUS enfrenta tanto o problema da necessidade de garantir um mínimo básico, quanto de hierarquizar o sistema, assegurando a atenção integral – preventiva e curativa. Mas as políticas implementadas não têm apontado na direção nem de corrigir as distorções do sistema, nem de preservar o que funcionava bem, evitando o desmonte desordenado.

Relação com a sociedade civil e construção de espaços de negociação

De fato a estrutura decisória formal configurada com a reforma institucionalizou uma dinâmica inovadora que tem alterado a correlação de forças na arena decisória e permitido a negociação na formulação e implementação da política de saúde. E as diferentes normas operacionais que regulamentam o processo de descentralização restauraram o poder de comando do sistema pelo Ministério de Saúde, deslocando outras esferas de poder (como o Legislativo). Entretanto, essa dinâmica tem direcionado os movimentos de participação e expressão na área setorial para as Comissões Intergestoras (em nível federal e estadual), eminentemente tecnoburocráticas. E a CIT cumpre papel arbitral nas complicadas negociações relativas à descentralização política, administrativa e financeira do SUS, uma vez que reúne, em nível federal, os principais gestores da arena, e sua

pauta de discussão é praticamente elaborada pelo executivo central. Essa institucionalização resgata, em certa medida, o poder da tecnoburocracia setorial e traz para esse fórum de negociação entre gestores os conflitos inerentes às relações entre os diversos níveis de governo, tendendo a favorecer aqueles atores que historicamente já detinham maior poder de barganha, ou que passam de um cargo a outro, permanecendo na esfera de poder, não raro em diferentes níveis de governo. Mais ainda, essa dinâmica legitima as propostas de política do governo federal.

Isso se dá também por um certo desprestígio e em detrimento dos foros colegiados com participação paritária da sociedade civil, como os Conselhos de Saúde, nos diversos níveis, onde persistem muitos problemas, mencionados na literatura, desde a dificuldade de participação em discussões técnicas, falta de rotatividade das representações, até o desvirtuamento do papel dos Conselhos e inefetividade prática de suas discussões e decisões (Cortes, 1998; Valla, 1998; Carvalho, 1995; Labra, 2002).

Atualiza-se assim a discussão sobre os mecanismos mais adequados para o exercício da democracia participativa, além de suscitar a reflexão sobre a funcionalidade e pertinência desses arranjos institucionais (Santos, 1998; Lesbaupin, 2000). A maior politização das discussões sobre a reforma setorial, a complexificação das negociações e a obrigatoriedade de exposição ao debate de diferentes “projetos” e perspectivas na implementação da reforma é um ganho em si, mas não elimina ou minimiza a necessidade de ajustes e revisões de mecanismos.

Preferência do eleitorado (capacidade de veto aos governantes) e avaliação do impacto eleitoral na oferta de serviços

Estas são duas temáticas que podem ou não estar inter-relacionadas. Entretanto, os achados empíricos de Cheibub & Przeworski (1997), que não encontraram relação entre desempenho econômico dos governos e sobrevivência política dos governantes, citados pela autora e, por extensão, assumidos por ela como aplicáveis à área da saúde, não são confirmados por considerável literatura consagrada internacionalmente que analisa a política social em geral e a de saúde em particular. Skocpol & Amenta (1986) apresentam uma interessante resenha dessa literatura sobre a política social na qual

demonstram que os resultados da ação estatal podem ser analisados de forma mais refinada e dinâmica, desvendando as conseqüências políticas das políticas anteriormente institucionalizadas.

Mesmo entre nós, os regimes burocrático-autoritários instituíram políticas sociais, segmentadas e particularistas, manipulando e cooptando as “massas”, é verdade, mas que lhes garantiram construção de capacidade estatal e permanência no poder. Além disso, na vida real, o que vem acontecendo na Argentina e mesmo o recente processo eleitoral no Brasil (Fiori, 2002) tampouco confirmam os achados empíricos de Cheibub & Przeworski (1997).

Quanto à avaliação do impacto da competição eleitoral na oferta de serviços, o fato de numa determinada pesquisa não possibilitar a afirmação de que a primeira tenha tido qualquer efeito sobre a última não permite concluir que não exista correlação entre as preferências ideológicas do eleitor (ao eleger este ou aquele candidato) e a provisão de serviços em nível local. Embora não sejam fornecidos maiores detalhes metodológicos, talvez os indicadores utilizados para avaliar a provisão de serviços não sejam os mais sensíveis para apreender esse tipo de correlação. Ou será que inovações gerenciais como o Plano de Atendimento à Saúde-PAS, da gestão Paulo Maluf (PPR) em São Paulo (Cohn & Elias, 1999), e o Orçamento Participativo, introduzido na gestão Tarso Genro (PT) em Porto Alegre (Ramminger, 1997; Fedozzi, 1997), não têm nada que ver com determinadas concepções sobre o sistema de saúde, opções políticas, ideológicas e resultados? Seria necessário utilizar indicadores mais refinados e apropriados para avaliar os resultados da gestão local dos sistemas de saúde, em diferentes administrações de distintos partidos, e a preferência do eleitorado.

Controle do Estado sobre os provedores de serviços

Esta discussão a meu ver se vincula à questão das dimensões do sistema que não foram tocadas na reforma da saúde. Entre elas, algumas seguem sua própria dinâmica, como a natureza do *mix* público e privado de serviços, a produção e distribuição de insumos médico-hospitais, a regulação da força de trabalho (tamanho, distribuição, “dupla militância”, formas de remuneração, etc.); e outras estão sendo mexi-

das há pouco tempo, como a regulação dos planos de saúde privados, a vigilância sanitária e epidemiológica, a produção/distribuição de medicamentos. Essa assimetria entre o avanço no processo de descentralização e as áreas não tocadas não é casual, nem é uma questão menor e desvela a natureza da reforma de fato implementada.

Conclusão

Sem desqualificar os avanços conseguidos (que não são poucos) e a complexidade desse empreendimento, num país continental, com enorme heterogeneidade e imensas desigualdades, até o momento o resultado do processo de reforma não tem apontado para a construção do SUS tal como formulado na Carta Magna e nas leis que o instituíram. Inicialmente pensado como um sistema nacional de saúde, predominantemente público, que harmonizasse e regulasse o complexo *mix* público e privado de serviços (sua marca histórica e estrutural), o SUS é visto pela população, *policy makers*, analistas, pesquisadores e outros diferentes atores, como o “subsistema” público, ou a “alternativa” para os que “não podem pagar”, ou a “oportunidade” de uso de certos serviços para os que pagam por serviços privados, mas dispõem de acesso diferenciado ao SUS a partir de canais privilegiados. A fragmentação e dualidade do sistema têm sido confirmadas; a heterogeneidade e as desigualdades não têm sido superadas.

Na minha opinião, o grande desafio da reforma na saúde consiste em explicitar claramente o que se pretende com o SUS e dimensionar que tipo de ajuste é necessário. Na realidade nunca houve consenso sobre a “imagem-objetivo” do SUS entre os diversos atores. Mas ao olhar o lugar que ele ocupa hoje no sistema de saúde brasileiro constata-se que “vingou” a dualidade, a segmentação perversa e o *mix* público/privado desordenado. Isto não quer dizer que não caminhamos nada. Ao contrário, caminhamos bastante, mas numa direção diferente daquela preconizada pelo impulso inicial da reforma contido na Carta Magna. Talvez assumir essa constatação como real seja o primeiro passo para mudar. E nesse sentido tenho dúvidas se é apenas uma questão de *explorar plenamente* os instrumentos da estrutura institucional atual e *amadurecer o uso dos instrumentos existentes*, pois me parece que precisamos de mudanças mais profundas, de correção de rumo, e isso só

será possível repensando que sistema de saúde queremos e quais os mecanismos a ser privilegiados na sua implementação. Decidir “para quem” queremos o SUS. Se concordamos que é o subsistema público para os pobres, até que estamos indo bem, é só uma questão de aperfeiçoar mecanismos. Se queremos “outra coisa”, temos que repensá-lo.

Referências bibliográficas

- Afonso JRR 1994. *Dilemas da saúde: financiamento e descentralização*. Apresentado no Fórum “As novas políticas sociais: financiamento e gestão: Os desafios do Sistema Único de Saúde”. Ipea, Rio de Janeiro.
- Almeida MH 1995. Federalismo e políticas sociais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 10(28):109-122.
- Almeida MH 1996. Federalismo e políticas sociais, pp. 13-40. In RBA Afonso & PLB Silva. *Federalismo no Brasil – descentralização e políticas sociais*. Fundap, São Paulo.
- Barros E 2001. Implementação do SUS: recentralizar será o caminho? *Ciência & Saúde Coletiva* 6(2):307-310.
- Brito JS 2002. *A descentralização da gestão dos serviços de controle da malária no Brasil*. Projeto de dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Março de 2002 (mimeo).
- Carvalho AI 1995. *Conselhos e saúde no Brasil – participação cidadã e controle social*. Ibm/Fase, Rio de Janeiro.
- Cheibub JA & Przeworski A 1997. Democracia, eleições e responsabilidade política. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 12(35):49-60.
- Cohn A & Elias EP (coords.) 1999. *O público e o privado na saúde – o PAS em São Paulo*. Cortez-CEDEC, São Paulo.
- Cortes SMV 1998. Conselhos municipais de saúde: avaliações otimistas e pessimistas. *Ciência & Saúde Coletiva* 3(1):33-35.
- Dain S 1995. Seguridade social: As mudanças necessárias. *Saúde em Debate* 48:29-30.
- Fedozzi L 1997. *Orçamento participativo: reflexões sobre a experiência de Porto Alegre*. Tomo Editorial-Observatório de Políticas Urbanas – Fase/IPPUR, Porto Alegre-Rio de Janeiro.
- Ferreira SG 2002. Federalismo fiscal – municípios: despesas com saúde e transferências federais. *Informe-se – Boletim BNDES* 38, fevereiro.
- Fiori JL 2002. O governo já perdeu (Entrevista). *Revista Época* 217:13-17, 15 de julho.
- Goulart FAA 2001. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... – considerações sobre o processo de formulação das NOBs. *Ciência & Saúde Coletiva* 6(2):292-298.
- Labra ME 2002. *A qualidade da representação dos usuários nos Conselhos de Saúde do Rio de Janeiro e a dimensão associativa*. Pesquisa Estratégica, ENSP/Fiocruz. Relatório Final (mimeo).
- Lesbaupin I 2000. *Poder local x exclusão social – a experiência das prefeituras democráticas no Brasil*. Vozes, Petrópolis.
- Médecis AC 2002. *El desafío de la descentralización: financiamiento público de la salud en Brasil*. BID, Washington, D.C.

- Melo MA & Azevedo S 1996. Mudanças institucionais, re-forma do financiamento da seguridade social e a re-forma tributária no Brasil, 1990-1996. *Relatório Final de Pesquisa*, Programa de Dotação para a Pesquisa FORD/ANPOCS, 1995 (mimeo).
- Melo MA 1993. A anatomia do fracasso: intermediação de interesses e a reforma das políticas sociais na Nova República. *Dados* 36(1):119-163.
- Prado S 2001. Transferências fiscais e financiamento municipal no Brasil. In FA Resende. *Descentralização fiscal e cooperação financeira intergovernamental*. EBAP/K-Adenauer São Paulo (mimeo).
- Ramminger IMS 1997. *O orçamento participativo de Porto Alegre: uma experiência local de participação popular e controle social*. Dissertação de mestrado, apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- Reis COO, Ribeiro JAC & Piola SF 2001. Financiamento das políticas sociais nos anos 1990: o caso do Ministério da Saúde. *Texto para Discussão* 802. IPEA, Brasília.
- Santos WG 1998. A trágica condição da política social, pp. 33-64. In S Abranches; WG Santos & MA Coimbra. *Política social e combate à pobreza*. Jorge Zahar Ed., Rio de Janeiro.
- Skocpol T & Amenta E 1986. States and social policies. *Annual Review of Sociology* 12:131-157.
- Valla VV 1998. Comentários a Conselhos de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. *Ciência & Saúde Coletiva* 3(1):32-32.

lise do desempenho dos governos de uma maneira geral, qual seja, a busca de identificação dos fatores determinantes da eficiência, da efetividade e da qualidade da ação governamental, no sentido de produzir os resultados esperados quando da formulação de uma determinada política.

Focalizando os desdobramentos dessa questão na análise dos resultados do processo de descentralização do SUS, a autora, em primeiro lugar, sistematiza um conjunto de informações que permitem caracterizar a elevação da participação municipal no gasto em saúde, ao tempo em que ocorreu a municipalização da rede ambulatorial e, conseqüentemente, a municipalização da produção de serviços nesse nível assistencial. Fruto da “indução” operada pelo nível federal através das Normas Operacionais Básicas, durante a década de 1990, particularmente a NOB/96, a descentralização, ainda que apresentando resultados heterogêneos nos vários estados, é um “fato inquestionável”, definidor da configuração atual do sistema público de saúde no país.

Posto isso, a autora trata de reafirmar argumentos contrários às crenças amplamente difundidas com relação às “vantagens” da descentralização no sentido de gerar, por si mesma, a melhoria do desempenho institucional dos governos locais, chamando a atenção para o fato de que não há nenhuma garantia de que esse processo resulte em aumento de eficiência na gestão municipal do SUS ou implique, automaticamente, democratização do sistema. Concordo inteiramente com a distinção entre os processos de descentralização e democratização, que obedecem a lógicas distintas, embora possam estar, em algum momento, interligadas. Além disso, enfatizaria a possibilidade de que, em nosso contexto, o processo de descentralização venha a contribuir para reforçar práticas políticas patrimonialistas, clientelistas, e autoritárias, bem como gerar a reprodução de práticas administrativas burocratizadas e ineficientes que caracterizam nossa administração pública, em que pesem eventuais “ilhas de excelência”.

A autora, entretanto, ao assumir como hipótese que a “qualidade da ação dos governos depende – em grande parte – dos incentivos e controles a que estão submetidos”, se propõe a analisar, exatamente, os mecanismos de controle da gestão do SUS que vêm sendo criados e institucionalizados ao longo do seu processo de construção. Considerando, portanto, que o “de-

Determinantes do desempenho institucional do SUS municipal: controle de gestão ou capacidade de governo?

The health system (“SUS”) performance determinants at local level: management assessment or governability skills?

*Carmen Fontes Teixeira*¹

O artigo de Marta Arretche, “Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia” coloca em debate os resultados, desafios e perspectivas do processo de descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde, problematizando, especialmente, o papel desempenhado pelas instâncias de controle do processo de gestão municipal do SUS. Nesse sentido, traz à tona uma questão central na aná-

¹ Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. carment@ufba.br

sempenho dos governos locais é, em geral, resultado do desenho institucional dos sistemas nacionais”, Marta apresenta, em um diagrama, as quatro dimensões da estrutura institucional do SUS que incidem sobre a gestão municipal, quais sejam, o controle exercido pelos eleitores, as comissões intergestores (CIT, CIBES), os Conselhos de Saúde e as relações entre gestores e provedores de serviços. Pode-se perceber que a autora, embora admita que essas instâncias são responsáveis, apenas “em parte”, pela qualidade da gestão municipal, adota uma perspectiva que privilegia os controles “externos” ao sistema municipal de saúde, deixando de lado, pelo menos, por ora, a análise do governo municipal em si, aspecto que, particularmente, considero fundamental para se compreender o processo de gestão do sistema de saúde. Retomarei, posteriormente, este comentário, mas, em princípio, gostaria de dialogar com a autora nos seus termos, ou seja, a partir da sua proposta de análise das instâncias e mecanismos de indução e controle da gestão local do SUS.

Assim, creio que uma primeira distinção pode ser feita entre um controle “geral” sobre a gestão municipal, exercida pelos eleitores, no processo democrático de escolha dos seus governantes e representantes através das eleições periódicas, e as instâncias de controle “específico” sobre a gestão do sistema municipal de saúde, quais sejam, as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde; as primeiras, responsáveis pela negociação e pactuação das regras do processo de descentralização dos recursos e correspondente “responsabilização” das instâncias estadual e municipal do SUS com relação à organização da prestação de serviços, e os segundos, instâncias colegiadas de gestão, controle e avaliação da política e da gestão do sistema de saúde em cada nível de governo. Uma segunda distinção, a meu ver, deve ser feita entre essas instâncias de gestão do sistema e as relações estabelecidas entre gestores e provedores, já que embora todas essas relações sejam, de modo geral, “políticas”, as relações entre gestores e provedores têm um componente econômico pronunciado, principalmente as relações entre os gestores públicos e os prestadores privados (a rede contratada e conveniada).

Com relação ao controle “geral” sobre a gestão municipal exercido pelos eleitores, penso ser importante que se desenvolvam pesquisas na direção apontada pelo artigo de Marta, ou seja, que se investigue até que ponto as opções do eleitorado em torno dos distintos partidos

políticos que disputam as eleições nos vários níveis de governo, especialmente no nível municipal, refletem sua aprovação ou desaprovação com relação ao desempenho institucional do governo. Nesse sentido, é importante que se especifique o papel que tem desempenhado ou pode vir a desempenhar a expansão e reorientação da prestação de serviços de saúde no fortalecimento do poder político de determinados partidos. Se bem, é certo que, como a autora assinala, *na fase de implantação da municipalização, a expansão da oferta de serviços não possa ser associada a nenhuma corrente política em particular*, penso que podem existir diferenças significativas na prática político-gerencial do sistema de saúde ao nível local, a depender do partido ou da coalizão de forças políticas que ocupem o Executivo e Legislativo nesse nível, diferenças essas que podem implicar a legitimação (ou não) de projetos políticos partidários distintos.

Já com relação às instâncias de indução e controle criadas especificamente no processo de construção do SUS (Comissões Intergestores e Conselhos), gostaria de enfatizar alguns aspectos relevantes na análise efetuada no artigo de Marta, tomando a liberdade de acrescentar algumas inquietações e sugestões para outros estudos.

Em primeiro lugar, o reconhecimento do papel das Comissões Intergestores como espaços de pactuação política em torno das regras do processo de descentralização, cujos resultados se refletiram nas NOBs e na recente NOAS. Nesse sentido, duas questões merecem destaque e podem vir a ser objeto de estudos e pesquisas específicas: a) a problematização da NOAS, no sentido de sua capacidade de vir a promover ou não a redistribuição de recursos federais de modo a que sua implementação venha a contribuir para a promoção da equidade e a redução das desigualdades regionais e estaduais no que diz respeito à oferta de serviços de saúde; b) os limites e possibilidades do processo de implementação da NOAS induzir uma mudança significativa no perfil de oferta dos serviços ao nível local, de modo que não ocorra apenas uma racionalização da oferta de serviços em função da organização dos “módulos assistenciais” e “microrregiões de saúde”, mas também se estabeleça um processo de mudança e transformação do perfil de oferta dos serviços em função da heterogeneidade dos problemas e necessidades de saúde da população nas diversas regiões, nos diversos estados e municípios (Teixeira, 2002).

Em segundo lugar, cabe registrar a contribuição da autora na sistematização dos resultados de vários estudos sobre a atuação dos Conselhos de Saúde no Brasil. Em que pesem as distintas interpretações acerca dos seus determinantes, vários estudos apontam as limitações dos Conselhos como instância de efetivo controle social, o que não invalida, segundo a autora, a possibilidade de que venham a tornar-se efetivos, na medida em que ocorra sua consolidação. Como profissional que vem se envolvendo há mais de dez anos na capacitação de conselheiros de saúde, e em algumas pesquisas sobre seu funcionamento, concordo inteiramente que não se pode descartar sua potencialidade. Porém, como afirma Marta, é preciso analisar sua efetividade tomando como referência a “disposição dos governos para serem controlados”. Isso nos remete, novamente, à necessidade de investigar não apenas as instâncias e mecanismos de controle, mas também as características do governo municipal e das práticas de gestão do sistema de saúde desenvolvidas. Como já sugeria Paim (1992) há cerca de 10 anos, é necessário se investigar “como o governo governa”, o que pressupõe, em primeiro lugar, a identificação das forças político-partidárias nele representadas, seu projeto político e, essencialmente, suas práticas – em outras palavras, o “perfil” dos dirigentes e os “métodos de trabalho” utilizados para a tomada de decisão e condução político-institucional, em nosso caso, do sistema de serviços de saúde, principalmente ao nível municipal.

Concluindo o diálogo na perspectiva colocada por Marta, gostaria de tecer alguns comentários sobre a relação entre gestores e provedores de serviços, que, na minha opinião, não chega a se caracterizar como uma instância de “controle político” e sim como uma relação de mercado, especialmente entre os gestores públicos e os provedores privados, que me parece ser a relação que a autora problematiza ao chamar a atenção para a possibilidade de “captura dos governos locais por interesses privados”. Na verdade, o risco de que o processo de descentralização da gestão conduzisse a um fortalecimento do processo de privatização da assistência foi apontado desde os primórdios da municipalização, por autores como Paim (1991) e Mendes (1992), motivados, na época, pela crítica à lógica do financiamento estabelecida na NOB/91. Mendes apontava, mais propriamente, o risco de “inampização do SUS”, entendido como um processo que implicasse o fortalecimento do modelo médico assistencial privatista e hospitalocêntrico, característico do

antigo Inamps. De fato, esse risco permanece até hoje, desde que, mesmo com a mudança estabelecida na lógica do financiamento federal, com a NOB/96 – criação do PAB e transferência fundo a fundo – subsiste uma marcada ênfase na oferta de serviços médicos, ambulatoriais e hospitalares, não só em função da permanência da rede “contratada e conveniada” como parte do nível operacional do SUS, mas também pela reprodução desse modelo no âmbito da “rede própria”, mesmo ao nível básico de atenção. A mudança desse modelo, de modo a se criar um certo equilíbrio entre as ações de assistência médica, as ações de prevenção de riscos e agravos (vigilância epidemiológica e sanitária) e as ações de promoção da saúde, ainda é o maior desafio enfrentado no processo de construção do SUS, em que pesem os esforços que vêm sendo desencadeados com a implantação da Saúde da Família e a descentralização das ações de vigilância (Teixeira, 2002). Por outro lado, a implantação do sistema nacional de auditoria, controle e avaliação, bem como o fortalecimento das ações de regulação das relações de compra e venda de serviços, principalmente no que diz respeito à média e alta complexidade, em sua maior parte sob controle da rede privada, pode vir a contribuir para a reversão do modelo de atenção, mas isso ainda é uma esperança, um caminho a ser construído e não uma certeza.

Concordo com a autora acerca da necessidade de se desenvolver estudos que analisem os resultados alcançados até o momento com a implantação dessas ações e dessas propostas. Creio que podem vir a ser realizados tanto estudos de casos, em municípios que apresentem resultados relevantes e aspectos inovadores na gestão, quanto estudos comparativos entre municípios cujas administrações sejam distintas, tanto do ponto de vista político-partidário quanto das práticas de gestão do sistema municipal de saúde. Com isso, será possível articular a compreensão do papel desempenhado pelos mecanismos de “indução” e pelas instâncias de controle gerencial e controle social estabelecidas no desenho e no processo de construção do SUS, com a identificação da singularidade de cada experiência concreta, podendo-se até vir a investigar o papel desempenhado pelos “sujeitos” do processo de gestão, sejam os dirigentes e técnicos, sejam os profissionais e usuários envolvidos nas instâncias colegiadas de decisão, acompanhamento e avaliação da política municipal de saúde.

Nesse sentido, creio que a contribuição de Matus (1997; 2000), especificamente a noção de

“triângulo de governo” e a especificação dos componentes da “capacidade de governo” – perfil do dirigente, sistemas de trabalho e desenho organizativo –, bem como as reflexões mais recentes de autores como Rivera e Artmann (1999; 2001) acerca da questão da subjetividade na gestão, desenvolvidas a partir da revisão de autores que têm trabalhado a proposta de “organizações que aprendem”, podem vir a ser extremamente úteis no desenvolvimento de estudos e pesquisas que contribuam para o conhecimento e aperfeiçoamento das práticas de gestão do SUS em todos os níveis.

Referências bibliográficas

- Matus C 1997. *Los 3 cinturones del gobierno: gestión, organización y reforma*. Fondo Editorial Altadir, Caracas, Venezuela.
- Matus C 2000. *O líder sem estado maior*. Edições Fundap, São Paulo.
- Mendes EV 1992. O consenso do discurso e o dissenso da prática social: notas sobre a municipalização da saúde no Brasil, pp. 6-16. In ABEN, Comissão Permanente de Serviços de Enfermagem. *Descentralização em saúde e a prática de enfermagem* (Doc. III), Brasília.
- Paim JS 2002. Burocracia e aparato estatal: implicações para a planificação e implementação de políticas de saúde, pp. 149-162 In *Saúde, política e reforma sanitária*. CEPS-ISC, Salvador. (Publicado originalmente em SF Teixeira (org.) 1992. *Estado e políticas sociales en América Latina*. 1a ed. UAM, Xochimilco, México, pp. 293-311.
- Paim JS 2002. Quando a municipalização não é o caminho, pp.191-194. In *Saúde, política e reforma sanitária*. CEPS-ISC, Salvador. (Publicado originalmente em *Temas/Radis* 12:27-28, nov. 1991, Fiocruz).
- Rivera FJU & Artmann E 1999. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Ciência e Saúde Coletiva* 4(2):355-365.
- Rivera FJU & Artmann E 2001. Reflexões sobre a subjetividade na gestão a partir do paradigma da organização que aprende. *Ciência e Saúde Coletiva* 6(1):209-219.
- Teixeira CF 2002. Promoção e vigilância da saúde no SUS: desafios e perspectivas, pp. 101-125. In CF Teixeira (org.). *Promoção e vigilância da saúde*. CEPS-ISC.

O arcabouço institucional institui, mas também exclui

The institutional outline institutes, but it also excludes

Emerson Elias Merhy¹

Comentar o texto de Marta Arretche não é uma tarefa fácil. A autora consegue com bons argumentos e comprovações nos colocar diante de questões interessantes e pertinentes para quem quer pensar os sentidos das políticas públicas na área da saúde, no Brasil atual, no qual, desde 1988, vem se constituindo uma maquinaria estatal para operar projetos governamentais dentro do arcabouço do denominado Sistema Único de Saúde. Aponta para a idéia básica, ao final do seu texto, de que o principal da engenharia institucional já está feito, na saúde, para dar conta do que seria necessário na construção de políticas sociais universalizantes, equitativas e eficientes. E que o problema central seria a não utilização adequada desses arranjos nos casos em que tais políticas não são sinérgicas com estes princípios norteadores.

Arretche demonstra, desmitificando, o papel de certos atores nesse cenário da saúde. Mostra como a força dos eleitores, a ação dos conselhos ou mesmo a filiação partidária dos governos instituídos não parecem ter grandes pesos para a efetivação das ações governamentais. Há como que uma inércia operacional, não necessariamente negativa, que impõe uma agenda para a ação dos governos, nas várias esferas de atuação, que constribe suas ações na direção de certos desenhos organizacionais na saúde e não de outros; porém, dentro de certos graus de liberdade, como reconhece a autora ao dizer que o município não precisa se subordinar ao federal, pois na prática os diferentes níveis governamentais podem navegar em direções distintas. Uns podem, por exemplo, realizar ações mais privatizantes, enquanto outros podem fazer o oposto na construção de seus modos de fabricar a saúde.

Entretanto, instituir quem é importante nesse jogo e quais os seus poderes não é tão aberto assim, de tal modo que no arcabouço desenhado, hoje, alguns atores não podem simplesmente dizer que não aceitarão certas regras e atuarão em outras direções; mesmo para aque-

¹ Departamento de Planejamento e Administração de Serviços de Saúde/Unicamp. emerhy@mpc.com.br

les que pertencem ao bloco político que se coloca do lado de projetos sociais democratizantes e equitativos. Neste jogo é difícil escapar das imposições que o nível federal define para a agenda local, como, por exemplo, na construção da efetiva responsabilização do gestor local pela ação da rede básica convivendo com uma baixa capacidade de agir nos outros níveis.

Interessante essa dupla situação. De um lado, o constrangimento em certos modos de operar o setor saúde, com a legitimação de alguns atores como peças-chave; e de outro, a possibilidade de dar sentido para as ações de saúde de modos diferenciados, desde que consiga se afastar das principais determinações do arcabouço institucional, que o reconhece como ator central, mas dentro de certas agendas, e não de outras.

Qual a importância dessa situação que determina que o arcabouço institucional não sirva igualmente a senhores do mesmo campo, que portam modos diferentes de operar o sistema?

Aproveito, no momento, deste possível debate que o texto permite, sem desconsiderar que há muitos pontos instigantes a dialogar com a Marta. Por exemplo, seria possível perguntar sobre os vetos feitos pelo governo Collor às várias propostas para a Lei Orgânica da Saúde, que mereceria alguma lembrança e problematização em um texto deste tipo, para mostrar certos recuos, não sem conseqüências, a certas pretensões de construção do SUS; ou, ainda, poderia se perguntar de que modo certas NOBs foram negociadas e como as acirradas disputas em torno delas mostram que essa institucionalidade que a autora analisa não foi constituída sem sérias alterações de alguns projetos mais descentralizadores, e o que isso implica em termos de graus de ação e possibilidades finalísticas para as políticas implementadas. Porém, apesar dessas questões instigantes, volto à pergunta do parágrafo anterior.

Esse arcabouço que veio se desenhando vem contribuindo e respondendo à construção de que tipo de atores vitais para operarem o cenário da saúde? Há mudanças de alguns tradicionais? Aparecem novos? Como têm jogado? O que eles têm negociado entre si? O que de relevante podemos perceber do processo? Por que, ao olhar para todos esses anos, as avaliações são tão díspares, mesmo no interior de grupos que sempre estiveram apostando no processo de construção do SUS, no Brasil?

Estas questões não são escolhas gratuitas,

pois no texto a autora mostra que os atores que jogam com efetividade, neste momento, são: os agrupamentos governamentais dos vários níveis, com pesos significativos para o federal e os municipais, mas conformados principalmente pelos grupos dirigentes das máquinas governamentais da saúde; as tecnoburocracias médica e sanitária, que vêm gerando uma infinidade de projetos para organizar o SUS, em particular as do Ministério da Saúde; os setores médicos privados, que se apresentam sob as mais variadas formas organizacionais como prestadores, que não são homogêneos e não atuam de modo uniforme, o que, aliás, é uma marca de todos os atores deste cenário; e, finalmente, os empresários capitalistas do setor, que podem se confundir em alguns casos com grupos médicos, mas não obrigatoriamente. Isto é, vejo que a autora demonstra, mesmo não sendo esse seu objetivo, que não são muitos os atores, no Brasil, que foram instituídos por e neste arcabouço e que jogam estrategicamente no dia-a-dia da construção da política de saúde, e, felizmente ou não, é assim. O cenário é mais pobre do que desejaríamos, mas é nele que vêm se constituindo pequenas e grandes questões. E vale verificar que mesmo nessa pobreza ele não é nada uniforme, os atores básicos se diferenciam internamente e uns em relação aos outros.

Há grupos de secretários municipais que são totalmente sinérgicos com a tecnoburocracia federal do setor, há outros que dizem que houve "roubos" da autonomia municipal pela atual política vigente, mas apontam para responsabilidades sérias com a construção do SUS. Há grupos médicos que se colocam a favor de negociações estreitas com o sistema público, há outros que só se interessam nas agendas governamentais que lhes permitem construir mecanismos decisórios sob o modo de usar os fundos públicos. Há grupos que pedem a ação mais efetiva e reguladora dos governos sob os modos de agir do setor privado, há outros que dizem que isso é ir contra a regulação da lógica do mercado, que é quem deveria operar o setor.

Enfim, se há alguma coisa de consenso nesse cenário é que não é um cenário consensualizado entre os vários atores em cena, inclusive entre os que apostam quase na mesma direção: um SUS amplo, democrático, equânime e eficiente.

E, aí, o que disso podemos perceber mais, ou mesmo concluir?

No mesmo caminho da autora, podemos fazer várias perguntas sobre quem tem poder de ditar o que deve e pode ser feito, só que reduzi-

do ao que esses atores que nomeio podem comportar, mas olhando para algumas questões em particular, que, em parte, são de alguma forma também colocadas pela autora.

- Será possível a esses atores centrais construir modos mais democráticos de se produzirem e operarem as políticas públicas? Eles apostam, e como, na construção de um modo mais amplo de construir as arenas institucionais da saúde no Brasil? Será que apostam? Quais deles?
- Que tipo de práticas de saúde esses atores centrais estão indicando e o que eles têm negociado nessa direção? Podem agir em qualquer direção ou são determinados por parte do próprio arcabouço que os limita?
- Até onde o arranjo institucional comporta os vários projetos que esses atores bancam, em especial os que estão apontando para a construção da universalidade, equidade e eficiência na saúde?

Não é possível responder aqui a todas essas questões, mas dá para indicar algumas reflexões. E, nesta linha, entendo que não é semelhante o modo como jogam os quatro tipos de atores centrais, que identifiquei atrás – os agrupamentos governamentais, a tecnoburocracia médica e sanitária, os setores médicos privados e os empresários capitalistas do setor. Além de não serem blocos uniformes, como já apontei, o mais significativo, a meu ver, é que um mesmo dispositivo institucional, como por exemplo uma arena institucional específica, pode ser tão diferente na mão de alguns deles que ela em si não significa nada, em termos de desenho de política setorial. Isto é, não consigo pensar de modo separado o arranjo institucional dos sujeitos sociais e políticos específicos em suas ações, e o modo como se determinam mutuamente.

Só a título de aprofundamento específico do que estou escrevendo, proponho imaginarmos como esses atores centrais olham para os vários arranjos institucionais já cristalizados e vêem a construção das suas práticas, interrogando se estes arranjos lhes permitem fazer qualquer coisa.

Percebemos isso quando interrogamos o modo como o nível federal vem impondo, através de certos dispositivos instituídos, uma prática autoritária na construção do modelo de atenção à saúde, ou mesmo vem impondo certos dispositivos e modos de decidir sobre a política, que vem se chocando com as perspectivas de alguns atores governamentais ou frações da tecnoburocracia médica e sanitária. Esses se colocam como defensores de modelos mais des-

centralizados nos níveis loco-regionais, para os quais a construção de certos dispositivos institucionais, visando dar competência no operar as diferentes perspectivas, não consegue se enquadrar no que está desenhado hoje – na verdade uma prática do nível central que os exclui e os subordina como gestores da saúde no plano municipal, instituindo-os como restritos administradores de programas e projetos definidos e desenhados fora de seus âmbitos. E o interessante é constatar que eles se constituem atores centrais nesses mesmos arranjos.

Talvez, por isso, instiga a percepção de que apesar de esta ser uma queixa de muitos gestores locais, na prática, quando vemos sua ação por outros desenhos institucionais que lhes garantam mais governabilidade nos projetos que desejam, eles se colocam, na maioria das vezes, nesse lugar instituído e de modo subordinado às regras do jogo. Vemos centenas de secretários municipais pedirem mais verbas, mas não os vemos propondo novos arranjos que possam permitir novos campos de intervenções nesse cenário. Instiga-me pensar que dos milhares de municípios brasileiros só uma centena tem rede de serviços instalada, para dar conta de todos os níveis tecnológicos de ação, na saúde, e como os seus gestores não usam desse poder para criar novos mecanismos institucionais que lhes permitam negociar outros papéis dentro do sistema. Assumem o seu limite instituído e abrem mão de novas possibilidades de alterarem as regras do jogo, à semelhança da conclusão final da autora que diz que praticamente o arcabouço institucional desenhado é este que está aí, e o certo é operá-lo.

De fato, não creio nisso. O que está instituído hoje não serve para outros tipos de ações que não esse da subordinação que apontei, e isso se repete se olharmos para outras dimensões do debate, como o tipo de desenho que é possível para a construção das práticas de saúde no nível local. Entendo que um nível federal que controla a média e alta tecnologia e um local que opera através da rede básica não é o melhor desenho de um modelo gerencial para construir uma assistência adequada aos princípios da universalidade e equidade, para produzir modelos centrados nos usuários. O instituído obedece a certas regras do jogo e não admite outras. Por isso, vejo sob o mesmo ponto de vista o debate em torno da construção do Programa de Saúde da Família, que não entendo do jeito que o governo federal compreende hoje, como um novo modelo assistencial, neces-

sariamente contrário ao médico hegemônico. E, por tipos de argumentos, procuro indicar possibilidades de dialogar com a autora, questionando-a em torno de sua tese central: será que o arcabouço institucional construído para o SUS nesses anos está praticamente bem encaaminhado na direção de uma política mais eficiente, universal e equânime?

Avançando na gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde: a busca do federalismo cooperativo
Towards decentralized management of the Brazilian health system: searching for a cooperative federalism

Francisco Carlos Cardoso de Campos¹
Maria Helena de Carvalho Brandão¹

Introdução

O artigo da professora Marta Arretche, que nos coube comentar, representa mais uma contribuição dessa pesquisadora no entendimento do complexo federalismo brasileiro. A sua extração externa ao setor saúde, advinda do campo da ciência política, e sua relativamente recente aproximação a esse “subsistema de políticas” ainda lhe permitem um certo “olhar distanciado”, uma visão mais isenta dos movimentos nessa arena política tão ideologizada e conflitiva. Sua reflexão instiga a tentação de se tecer comentários a cada parágrafo, pela abrangência e profundidade que alcançou em sua análise. No reservado espaço dessas notas, limitamo-nos, com certo pesar, a focalizar apenas algumas das questões que julgamos relevantes para o momento político-institucional por que passa o sistema.

A descentralização do sistema de saúde: expectativas e limites

Os resultados do prolongado processo de descentralização da gestão do sistema de saúde brasileiro, que se iniciou na década de 1980, mesmo

antes da definição de seu arcabouço legal com a Constituição Federal de 1988 e as leis federais nº 8.080 e 8.142, ainda no bojo das Ações Integradas de Saúde (AIS), aguardam um balanço aprofundado e definitivo, pautado em avaliações empíricas mais isentas, como nos alerta Marta Arretche, não diferindo, nesse ponto, das experiências dos demais arranjos descentralizados de políticas públicas implementados em outros países. No nosso caso, observa-se uma clara contaminação das avaliações pelos variados vieses ideológicos e posicionamentos políticos dos autores que pretenderam envidar esse esforço avaliativo. A elevada conflitividade da “arena de políticas” que o SUS representa talvez possa explicar essa dificuldade analítica. A se aceitar a categorização proposta por Theodore J. Lowy (1964), o sistema de saúde brasileiro pode ser classificado como uma arena tipicamente “redistributiva”, a mais conflitiva de todas. Esse autor propõe a existência de “arenas de políticas”, *delimitadas pelos impactos de seus custos e dos benefícios que os grupos de interesse esperam de sua implementação* e as classifica em quatro categorias: 1) as **políticas regulatórias**, *formadas por normas e cuja coerção se exerce de forma direta e imediata sobre o comportamento individual*; 2) as **políticas distributivas**, *que consistem na repartição dos recursos mediante sua desagregação em pequenas unidades independentes umas das outras e livres de toda regra general*; 3) as **políticas redistributivas**, *que implicam o estabelecimento de critérios por parte do setor público, dando acesso a vantagens que se outorgam não a sujeitos específicos, mas a classes de casos ou de sujeitos*, sendo a “arena mais conflitiva de todas”; 4) as **políticas constitutivas**, *que traduzem em definições, por parte do poder público, das regras do jogo em geral, podendo significar reformas constitucionais, institucionais ou administrativas*, apresentando *um elevado grau de conflito* (idem).

As elevadas expectativas suscitadas pela descentralização das políticas públicas no contexto da redemocratização do país alçaram-na a verdadeira consigna política, como historia Maria Hermínia Tavares de Almeida (1995), pois se tratava de desmontar e reconstruir as estruturas centralizadas do regime autoritário anterior. O processo da Reforma Sanitária brasileira não ficou infenso a esse influxo e elegeu a descentralização do sistema de saúde como um princípio organizativo, conseguindo mesmo inseri-lo com uma diretriz constitucional. O alerta da professora Marta Arretche quanto aos efei-

¹ DDGA/SAS/MS.

tos adversos e as limitações dos processos de descentralização, expresso em diversas publicações, além desta que comentamos, induz a uma reflexão mais equilibrada sobre esse extenso movimento. A sua crítica ao automatismo entre a gestão descentralizada e o alcance de níveis superiores de responsabilidade, acesso e equidade, e a sua vigorosa defesa de arranjos institucionais adequados à indução de boas práticas de gestão, através de incentivos e controles pelos demais níveis de gestão, introduz uma visão diferenciada do discurso usual de uma relevante parcela dos atores da arena setorial.

Indução, resistências e curtos-circuitos na rede intergovernamental

A necessidade e a adoção de incentivos que promovam a indução de boas práticas de gestão pelos níveis subnacionais, defendida pela autora, são interpretadas, muitas vezes, por determinados atores constitutivos dessa arena, como uma tendência recentralizadora promovida pelo Ministério da Saúde. Por outro lado, reconhece-se que a excessiva decomposição dos recursos do custeio do sistema em incentivos financeiros com destinação específica resulta numa exagerada complexidade do modelo de financiamento, dificultando até mesmo sua compreensão pelos atores. A simplificação do modelo de financiamento, com a unificação de incentivos para áreas mais abrangentes, talvez seja uma questão a ser inserida na agenda de negociação intergestores num futuro próximo. Reforçando a linha de raciocínio apresentada por Arretche, aduzimos a contribuição de Robert Agranoff (1989) que relaciona entre os mecanismos de gestão intergovernamental, verificada em outros sistemas de políticas, a “administração de subvenções”, dentre outros mecanismos.

A gestão intergovernamental das políticas públicas pressupõe a utilização de diversos mecanismos ou técnicas de gestão. Muniz (1997) enumera várias de tais técnicas dentre as arroladas por Agranoff (1989): a “*regulação*”, bem como “*alterações das rotinas intergovernamentais*”, com a intenção de determinar o comportamento das outras unidades de governo; a “*administração de subvenções*”, tanto por parte de quem as recebe como de quem as concede, com o fim de canalizá-las para seus interesses; a “*negociação*” mediante mecanismos mais ou menos formais desde um enfoque, em que se concebem como perdas para as demais partes os benefícios alcançados

por uma delas; a “*resolução de problemas*”, implicando interesses comuns, uma relativa abertura ao intercâmbio de informação e a busca e seleção de alternativas que beneficiem a todas as partes; a “*gestão cooperativa*”, que supõe alguma forma de acordo, que vai desde os informais até convênios formalizados por escrito e, finalmente, o “*desenvolvimento das capacidades de cada nível de governo*”, que lhes permite adquirir as habilidades de prever e influir nas mudanças, para tomar decisões bem fundamentadas, atrair, absorver e gerir recursos e também para avaliar as atividades com vistas a adquirir referências para ações futuras.

Toda essa argumentação conflita com concepções bastante presentes no discurso de membros da “rede de assunto” que permanentemente discutem o financiamento do SUS, que aspiram por um modelo de transferências globais sem qualquer condicionamento, chegando alguns a propor o repasse da totalidade dos recursos pelo critério populacional, pura e simplesmente.

A experiência das transferências de recursos para cobertura das ações e serviços de Atenção Básica calculados sobre um valor *per capita* nacional (o Piso de Atenção Básica), embora vinculado a compromissos formais de execução de um rol de ações pactuado, demonstrou ser um mecanismo indutor frágil das práticas de saúde coletiva, como sugerem avaliações realizadas pelo Ministério da Saúde (dados não publicados). A debilidade dos mecanismos de acompanhamento e controle sobre a utilização adequada daqueles recursos, bem como a inexistência de dispositivos que garantam a responsabilização dos gestores, resultou muitas vezes no não cumprimento dos compromissos assumidos. A constatação dessas debilidades reforça as posições expressas pela autora, para quem *não seria suficiente confiar que os incentivos à gestão responsável dos governos possam advir exclusivamente da ameaça de punição dos eleitores*.

Por outro lado, há que se reconhecer os resultados positivos possibilitados pelas transferências fundo a fundo do PAB fixo que, de forma pioneira, aportou recursos significativos para a quase totalidade dos municípios desenvolverem ações de Atenção Básica (exceção de apenas 22 municípios ainda não habilitados em nenhuma forma de gestão), induzindo a estruturação dos órgãos gestores municipais, bem como o exercício pleno de suas capacidades de gestão sobre esses recursos.

Os citados questionamentos acerca da competência do nível federal em estabelecer meca-

nismos indutores de políticas, e do condicionamento de transferências a compromissos bem estabelecidos por parte dos gestores, demonstram a permanência de disputas quanto aos limites das competências e atribuições dos três níveis de governo, caracterizando ainda uma fase conflitiva nas relações intergovernamentais no setor, típica da transição de um modelo centralizado para um modelo descentralizado, ainda em construção. Essa tensão permanente parece indicar que, apesar da crescente consolidação dos mecanismos institucionais construídos no período, a Reforma Sanitária Brasileira apresenta-se como um processo ainda inconcluso. Temos, no entanto, de concordar com Marta Arretche, se passarmos a considerar essas mudanças nos mecanismos institucionais meramente tópicas, sem ameaçar os fundamentos do paradigma de política pública representado pelo SUS, considerada aqui uma abrangente política de bem-estar social, elaborada e implementada num contexto totalmente adverso, quando a maioria dos países se voltava para reformas inspiradas em propostas liberalizantes e “desestatizantes”.

A norma operacional da assistência e a busca de relações cooperativas entre os gestores

Se a descentralização da gestão do sistema implicou uma crescente participação relativa dos municípios na oferta dos serviços ambulatoriais e hospitalares, bem como um significativo incremento na participação dos recursos federais sobre o seu comando (como bem documenta a professora Arretche em seu artigo), esse movimento trouxe para a arena setorial um enorme contingente de novos atores. Atuando como agentes, muitos deles tendem a buscar maximizar seus benefícios, inclusive eleitorais, desviando-se muitas vezes dos objetivos gerais do sistema e ameaçando a necessária solidariedade com os demais gestores municipais. Apesar de sua elevada potência em promover a descentralização rápida da gestão do sistema, os dispositivos normativos representados pelas Normas Operacionais de 1993 e 1996, ao ampliar a autonomia local sem garantir instrumentos eficazes para a coordenação regional das políticas por parte dos estados federados, possibilitaram a intensificação do conflito redistributivo inerente ao sistema de relações intergovernamentais representado pelo SUS. As contradições

existentes entre municípios menores, desprovidos de estruturas assistenciais completas, e aqueles com estruturas mais completas (pólos de referência) se ampliaram de forma crescente, a ponto de comprometer, em muitos casos, as necessárias relações de cooperação, redundando em perigoso risco de fragmentação do sistema.

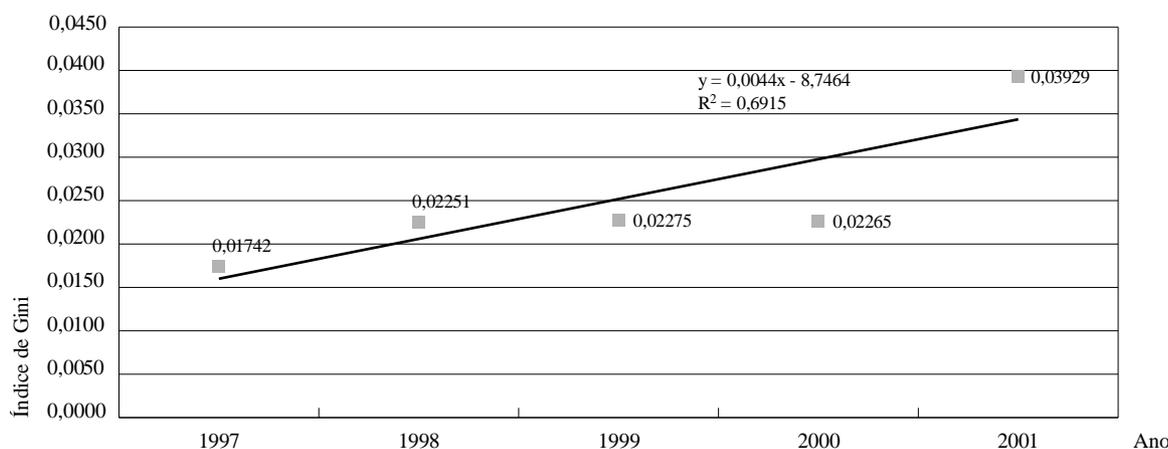
A revisão desses dispositivos, através das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/01 e NOAS SUS 01/02) foi, em grande parte, motivada pela tentativa de superação dos conflitos intergestores, que passaram a representar em dado momento, e ainda não podem se considerar plenamente equacionados, barreiras ao acesso dos usuários do sistema à totalidade dos serviços existentes nas suas regiões. O esforço de regionalização do sistema, com o desenho de redes funcionais hierarquizadas, perpassou ambas as normas, representando um mecanismo negociado de garantia de acesso a todos, através da indução de práticas solidárias entre os gestores públicos.

Análises preliminares dos Planos Diretores de Regionalização (PDR), Planos Diretores de Investimentos (PDI), e das Programações Pactuadas e Integradas (PPI) – instrumentos operacionais instituídos pelas NOAS – têm demonstrado avanços importantes na aproximação dos serviços aos cidadãos, condição inicial para se falar em garantia de acesso e busca de equidade. Estudos mais aprofundados já se encontram em andamento e, esperamos, possam comprovar categoricamente essa tendência redistributivista.

Em seu artigo, Arretche apresenta alguns dados sobre a evolução da produção ambulatorial, consultas básicas, visitas domiciliares, serviços de alta complexidade e gastos com AIHs e SIA, entre os anos de 1997 e 1999. Embora admita um crescimento da oferta de alguns desses blocos de serviços e dos gastos, conclui, através da verificação dos desvios padrão, que aumentaram no período, que teria havido uma maior concentração dos gastos e serviços entre os municípios. Seria mais adequado concluir, a nosso entender, apenas que tenha se verificado um alargamento da faixa de variabilidade dos valores *per capita* analisados. Ao se efetuar o cálculo dos Índices de Gini para a totalidade dos recursos federais transferidos a todos os municípios brasileiros, para um período semelhante, pode-se chegar a conclusão exatamente oposta: a de que houve, de fato, uma redistribuição, embora tímida, mas com uma tendência inequívoca de desconcentração dos recursos. Isso pode ser verificado na figura 1.

Figura 1

Evolução do índice de Gini para as transferências federais para os municípios brasileiros, 1997-2001.



Uma questão ausente no artigo de Arretche, mas que tem freqüentado a agenda intergovernamental, é a limitação da discussão dos recursos de financiamento aos recursos federais. Para a autora, a “concentração das funções de financiamento” no nível federal torna os governos locais fortemente dependentes das transferências do Ministério da Saúde. Cabe ponderar que a participação relativa dos demais níveis de governo no financiamento de custeio tem crescido, como demonstram diversos estudos. Ressalte-se a crescente participação relativa dos municípios no financiamento do sistema verificada nos últimos anos, que lamentavelmente não tem sido, em geral, acompanhada de maior participação dos estados. A edição da Emenda Constitucional n. 29, que vincula receitas orçamentárias para a saúde, não tem sido rigorosamente respeitada por alguns estados, com argumentações diversas, como a da não regulamentação da Emenda.

No entanto, o conhecimento dos montantes disponíveis para o custeio e investimento no sistema, e a instituição de mecanismos de discussão tripartite da destinação da totalidade dos recursos SUS, e não apenas dos montantes transferidos pelo nível federal, representaria um enorme salto qualitativo na relação intergestores. Tentativas empreendidas até o presente, no sentido de buscar a uniformização das aberturas orçamentárias dos três níveis, têm sido infrutíferas e dificultadas por concepções,

no mínimo equivocadas, expressas por alguns atores, de que o custeio da assistência à saúde seria uma atribuição exclusiva do nível federal.

O desenho institucional do SUS: inovação e debilidades

A grande inovação que a “engenharia institucional” do SUS traz para o conjunto das políticas públicas é o formato que adquire o processo de negociação das diretrizes e mecanismos da descentralização. As Comissões Intergestores (Comissão Intergestores Tripartite, no nível federal; e Comissões Intergestores Bipartite, no âmbito estadual), introduzidas pela NOB/93, constituem importantes dispositivos de tratamento e resolução dos conflitos inerentes ao sistema de relações intergovernamentais, impedindo muitas vezes que esses conflitos extrapolassem os limites do campo setorial para os outros espaços de resolução de conflitos do sistema político, como o Poder Legislativo e o Judiciário, aliviando as suas já sobrecarregadas agendas. Contribuiu, também, sobremaneira, para reduzir os espaços de poder discricionário de cada nível de gestão, realidade com a qual muitos atores não se conformam e tentam continuamente subverter, utilizando-se de estratégias as mais variadas. A negociação, como regra básica da convivência e da construção solidária da gestão do sistema de saúde, passou a

ser um pressuposto da relação entre os níveis de governo, até mesmo na elaboração das normas que regem essas mesmas relações.

Cabe aqui pontuar uma questão que constitui, a nosso ver, um fator limitante da eficácia do processo de negociação intergestores: a debilidade da representação municipal nos fóruns intergestores. Tanto o governo federal quanto os estados conseguem demarcar e unificar claramente suas posições. Os gestores estaduais sistematicamente se reúnem em assembléia para analisar as pautas da CIT. O relativamente reduzido número de estados e, portanto, de interlocutores, facilita e possibilita a tomada conjunta de posições e uma intervenção mais coerente nesse fórum. Já os municípios, embora absolutamente majoritários numericamente, tanto pelas suas contradições internas quanto pela óbvia dificuldade de comunicação e articulação entre os milhares de secretários municipais, tendem a apresentar uma representação menos uniforme. Essa debilidade estrutural da representação municipal nas instâncias intergestoras somente pode ser superada por um grande esforço de desenvolvimento e integração das redes intergovernamentais no âmbito dos estados, como defende Campos (2001), um dos autores desses comentários, em artigo anterior.

Quanto à relação dos gestores com os prestadores de serviço – públicos e privados –, não só a Norma Operacional da Assistência à Saúde – SUS 01/01 (NOB 01/01), mas também a sua revisão mais recente (NOAS 01/02) estabeleceram fortemente o princípio da unificação do comando sobre os prestadores, ao contrário do que sugere a autora: *embora esteja em curso uma mudança na concepção de qual nível de governo deva ter autoridade para regular quais tipos de provedores, permanece a concepção de que o Estado deve ter autoridade para regular os prestadores de serviço* (Arretche, 2002).

As “partilhas de gestão” entre os municípios e os estados foram possibilitadas pela NOB/96, que, embora reservando o comando único aos municípios na condição de Gestão Plena do Sistema, permitiu, nas suas disposições transitórias, que qualquer pacto acordado nas CIBs prevaleceria sobre os dispositivos da própria norma. Essa abertura engendrou verdadeiras aberrações na relação com os prestadores de serviços, observando-se divisões de comando entre estados e municípios (e fontes de pagamento diferentes, conseqüentemente) para uma mesma entidade. Os prestadores submetidos a duplo comando, na verdade, tendem a não se submeter a comando algum, ou talvez, passem mesmo a manipular

quem lhes cabe regular.

A idéia, portanto, de que a NOAS se orienta pela ampliação da *noção da Atenção Básica pela qual os municípios seriam responsáveis, e reservando à União e aos estados a gestão da média e alta complexidade*, como sustenta Barros (2001), não resiste, de nenhuma forma, a uma leitura mais cuidadosa da própria norma. Mesmo a NOAS/2002 não define essa partição de gestão da rede por nível de complexidade, muito pelo contrário: o comando único passa a ser exercido pelos municípios em condição de gestão Plena do Sistema e, em caso de acordo na CIB, pelos estados. Nunca, porém, o comando sobre os prestadores fica dividido, como permitido nas normas anteriores.

Conclusão

O SUS tem demonstrado um amadurecimento das práticas de negociação entre os gestores dos três níveis de governo e o aperfeiçoamento contínuo dos dispositivos institucionais que possibilitam a gestão cooperativa do sistema. No entanto, resta muito a ser feito e desenvolvido, principalmente na simplificação dos mecanismos de financiamento e melhoria dos mecanismos de controle e regulação das relações intergestores e das relações dos gestores com os prestadores de serviços de saúde. Mesmo se reconhecendo a legitimidade e oportunidade do estabelecimento de mecanismos de condicionamentos mínimos que induzam boas práticas de gestão e a execução de ações de saúde de forma uniforme em todo o território nacional, essas questões devem freqüentar a agenda dos dirigentes do SUS no futuro próximo. A simplificação dos mecanismos de financiamento, bem como a consolidação dos seus diversos componentes de custeio atualmente observados, apresenta-se como um desafio a ser enfrentado no futuro próximo, sob pena de sobrecarregar os gestores com os inúmeros procedimentos administrativos que lhes correspondem.

A elevada conflitividade da arena de políticas do setor dificulta o estabelecimento de relações mais cooperativas entre os três níveis de governo e, mesmo entre gestores municipais e estaduais que disputam por recursos e ampliação de seus benefícios. Os recursos financeiros envolvidos nas negociações têm se restringido àqueles arrecadados e transferidos pelo nível federal, não envolvendo a totalidade dos recursos do SUS, restringindo-se a transparência dos montantes envolvidos no financiamento solidário do sistema, con-

dição fundamental para a sua gestão cooperativa e a busca da desejada justiça distributiva.

Referências bibliográficas

- Agranoff R 1989. Managing intergovernmental process. In JL Perry (ed.). *Handbook of public administration*. Jossey-bass Publishers, Londres.
- Arretche M 2002. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 8(2).
- Almeida MHT 1995. Federalismo e políticas sociais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 28(10):88-108.
- Barros E 2001. Implementação do SUS: recentralizar será o caminho? *Ciência e Saúde Coletiva* 6(2):307-310.
- Campos FCC 2001. Gestão intergovernamental e financiamento do Sistema Único de Saúde: apontamentos para gestores municipais, pp. 79-109. In Brasil. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro.
- Lowy TJ 1964. American business, public policy, case studies and political theory. *World Politics* 16:677-715.
- Mandell M 1994. Gerência intergovernamental: uma perspectiva revisada. In B Kliksberg (org.). *Pobreza: uma questão inadiável; novas propostas a nível mundial*. Enap, Brasília.
- Muniz RM 1998. *Relaciones Intergubernamentales y política de medio ambiente en Brasil: un enfoque de gestión intergubernamental*. Tese de doutoramento. Universidad Complutense de Madrid.
- Muniz RM 1997. *El nuevo pacto federativo y la gestión intergubernamental: notas para un nuevo campo de investigación en Brasil*. CEPEAD/UFMG, Belo Horizonte. (Série "Ensaio de Administração - Texto 007).

Equilíbrio e ousadia: desafios atuais à gestão do SUS

Balance and daring: current
challenges to the management of SUS

*Alcindo Antônio Ferla*¹
*Maria Luiza Jaeger*²

Comentar o artigo escrito por Marta Arretche é um exercício prazeroso, não somente por seu rigor e consistência, senão também pela oportunidade da reflexão que coloca em circulação. A descentralização da gestão de políticas sociais, que vem amalgamando expectativa de tão "virtuosos" resultados, conforme registra a autora, vem demandando, igualmente, renovadas reflexões. A avaliação contínua e sistemática de resultados e condições de efetividade dos processos de mudança pode oferecer condições adequadas para fomentar tais reflexões.

Dos possíveis recortes para o difícil exercício de comentar a robusta reflexão apresentada, optamos por escolher algumas questões, seguramente marcadas pela recente experiência na gestão estadual do Rio Grande do Sul.

A primeira questão, recortada das considerações iniciais do artigo, refere-se à implementação do processo de reformas do setor saúde. Se é verdadeiro o fato de que há um resultado institucional, um arcabouço legal e um conjunto de iniciativas que constituem concretude ao ideário da reforma, será verdadeiro também que a reforma do setor saúde já aconteceu? Bastará visualizar alguns fluxos descentralizadores e/ou desconcentradores da instância federal de gestão e a existência de estruturas institucionais para compartilhamento da gestão de políticas para constatar a implementação da reforma do setor saúde?

Na nossa experiência de gestão e de reflexão sobre as políticas de saúde, temos alimentado a convicção de que há outro plano de avaliação que precisa ser considerado para fortalecer essa afirmação: as práticas institucionais, a operação concreta de fluxos e instrumentos da gestão descentralizada, particularmente pelas esferas estaduais e pela federal. Nesse plano de reflexão, nossa experiência reencontra uma das conclusões do artigo, de que o desafio atual "consiste

¹ Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde.
alcindo@saude.rs.gov.br

² jaeger@zaz.com.br

mais em amadurecer a utilização dessa estrutura institucional [criada no processo de reforma] e menos em redesenhá-la". Ainda há o que fazer, e muito, para efetivar/tornar concreta a reforma do setor saúde.

Mantendo apenas a "atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde" como o eixo da reflexão, segundo a definição de gestão que está registrada na NOB/96, é inegável que há mais do que resquícios autoritários e centralizadores na condução das políticas de saúde nas esferas estaduais e, principalmente, na federal. Não nos parece ser exatamente suficiente avaliar a implementação de normas federais para dimensionar a extensão da descentralização, se esta for entendida como um processo de mudanças institucionais e reordenamento dos modos de relação entre as três esferas de governo, com uma direcionalidade marcada pela idéia de horizontalidade. O volume de normas federais, publicadas com uma velocidade e uma regularidade de impressionar até mesmo as próprias estruturas federais de gestão da saúde, por si, já mostra o limite dessa vertente avaliativa. Mais do que alocar à idéia da descentralização uma marca contraditória, as normas infraconstitucionais têm criado, por vezes, tendências fortemente centralizadoras.

Tomando as disposições constitucionais como um marco fundamental do processo de reformas, é inegável perceber que os sucessivos recortes de caráter predominantemente burocrático produzidos pelos instrumentos normativos federais para a definição de responsabilidades e prerrogativas dos estados e municípios não vêm mostrando uma tendência compatível com as disposições da Carta Magna. A dimensão processual de implementação da reforma, por vezes, tem sido submetida a retrocessos importantes (Carvalho, 2001). Fazendo alusão às conclusões da autora, nos últimos anos, o processo de reforma tem sido mais marcado por sucessivas tentativas de redesenho dos mecanismos institucionais e fluxos de gestão do que propriamente pelo seu amadurecimento. Parece estar havendo uma tentativa de tutela do processo de descentralização da gestão, pasteurizando-a a uma simples operação desconcentrada de procedimentos e fluxos, inclusive no que se refere ao financiamento.

Por outro lado, também os outros dois pilares da tríade de diretrizes constitucionais, indissociáveis no ideário da reforma, têm sido atenuados. Participação da população e integralidade da atenção têm sido objeto de negligência

não somente na esfera municipal, mas particularmente entre os estados e a União.

Julgamos ser indispensável considerar um contexto mais amplo na análise dos mecanismos e fluxos da descentralização, já que a intencionalidade desse processo, como bem lembra a autora, já tem forte registro, inclusive na Constituição e na legislação complementar. A gestão do SUS, segundo as disposições legais, deve ter como objetivo principal a garantia do acesso equânime e universal às ações e serviços que proporcionem a atenção integral à saúde. Ora, sendo a integralidade da atenção um conceito que deve estar associado à vida das pessoas, seguramente é na dimensão local, com configurações tão heterogêneas quanto é a realidade, que tem melhores condições de ser auferida e planejada, devendo, portanto, ser expressa com particular intensidade no âmbito municipal (Righi, 2002). Seguramente partiu dessa premissa a disposição constitucional de que os estados e a União caracterizem sua atuação como de cooperação técnica e financeira com os municípios.

Conforme afirmam diversos autores, entre os quais Carvalho (1997), a remodelação institucional proposta de forma inovadora no processo de reforma tem por objetivo *tornar o Estado capaz de implementar os princípios finalísticos da Reforma Sanitária, como a universalidade, a equidade, a integralidade, expressivos do direito à saúde como um direito de cidadania*. Segundo o autor *o núcleo de idéias-força do pensamento reformador prescrevia que o Estado deveria ser aproximado da sociedade usuária e permeabilizado a suas demandas*. As diretrizes constitucionais de *participação da comunidade* e de *descentralização, com direção única em cada esfera de governo* (CF, Art. 198, I e III), com o objetivo de fortalecer a expressão e a legitimidade política das demandas da população e para aproximar dela a decisão sobre a aplicação de recursos e a execução de prioridades, são, na verdade, as idéias inovadoras fundamentais para o sistema de saúde tal como definido pela Constituição e pleiteado pela Reforma Sanitária.

Vistos dessa perspectiva, os problemas relativos ao equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia das instâncias municipais não podem ser identificados apenas pelo componente local: a permeabilidade ou não do município ao controle social; o nível de eficácia que demandas corporativas têm sobre as instâncias locais; a capacidade criativa para a proposição de soluções adequadas aos problemas

configurados em cada realidade; a maior ou menor resistência dos governos locais em implantar as normas verticais emanadas da gestão estadual e/ou federal; a capacidade ou não dos governos locais em utilizar os recursos em prol da população e de acordo com os princípios estabelecidos pela legislação; todos esses problemas têm equivalência nas esferas estaduais e federal. Não é razoável, por exemplo, colocar em questão a efetividade do processo de descentralização por decorrência da constatação de que alguns municípios são refratários ao controle social, dado que essa não é uma característica exclusiva dos municípios e, mais do que isso, as políticas estaduais e federais têm feito muito pouco para fortalecer a rede de controle social no país. Mesmo que se tenha de considerar algumas estratégias de capacitação de conselheiros e a definição formal de que alguns fluxos burocráticos para habilitação de estados e municípios devam ser aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde, há um descompasso importante entre o rigor que as normas ministeriais estabelecem para esse fluxo em comparação com outros rituais administrativos e burocráticos. Avaliações similares poderiam ser feitas com cada um dos aspectos citados.

Portanto, a constatação de que há problemas na regulação, responsabilidade e autonomia nas instâncias locais, no nosso entendimento, gera duas evidências e ambas dizem respeito diretamente à responsabilidade das esferas estaduais e federal no contexto do processo de descentralização: a expressão de uma cultura patrimonialista e tutelada de gestão pública e a incapacidade de gerar, de fomentar processos descentralizadores por parte da União e dos estados. Se é verdade que há muito o que aprender na operação de instrumentos e fluxos de gestão descentralizada, também é verdade que, antes e na mesma medida, há muito o que desaprender de gestão centralizada e burocrática, ainda visível, principalmente nas práticas da gestão estadual e federal. Novamente, nossa reflexão reencontra a conclusão já referida do artigo que está sendo comentado.

Dessa forma, mais do que identificar componentes equivalentes na gestão estadual e federal para os problemas verificados na gestão local, vai sendo aberto outro campo de possibilidades para analisar as condições de efetividade da gestão descentralizada e do processo de reformas que, no nosso entendimento, ainda está em plena efervescência, particularmente no seu componente de práticas institucionais

no interior do aparato desenhado nesse processo. Trata-se de analisar o contexto onde se desenvolveram as inúmeras experiências exitosas, mesmo em meio às adversidades já rapidamente referidas. Essa emergência, por si só, mostra a potência do processo de reformas.

Nesse plano de análise, não há como desconsiderar o fato de que, na sua maioria, essas experiências estão localizadas nos municípios, o que nos mostra o risco de analisar os limites e problemas do processo de descentralização apenas pela sua aparência local.

Nas análises que temos produzido acerca da nossa experiência na gestão estadual do Rio Grande do Sul no período de 1999 a 2002, que procurou fortalecer mecanismos, instrumentos e fluxos já configurados no processo de reforma da saúde, invariavelmente temos identificado evidências que reforçam a conclusão de que o território a ser "inventado" é, na realidade, de estratégias de aprofundamento dos mecanismos institucionais e do arcabouço legal que já estão desenhados. O desafio é, todavia, vencer a cultura instituída, que reforça a sedução dos controles burocráticos, da indução administrativa, da gestão fragmentada e a subordinação da participação da população à formalidade dos rituais tecnocráticos. Dos diversos projetos implementados durante nosso período à frente da gestão estadual da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS), que já foram objeto de diversas análises (Ferla & Martins Jr., 2001; Ferla, Jaeger & Pelegrini, 2002; Ferla & cols., 2002), queremos rapidamente destacar um dos primeiros a serem implementados – a Municipalização Solidária da Saúde –, que se caracterizou pela cooperação técnica e financeira da SES/RS, principalmente por meio das instâncias de gestão regional, com os municípios. Recursos financeiros estaduais foram repassados a todos os municípios habilitados, independentemente da modalidade formal de sua habilitação, fundo a fundo, sem qualquer definição prévia de sua utilização por parte da gestão estadual, para serem utilizados em projetos e atividades definidas pelo gestor municipal e aprovadas pelo respectivo Conselho de Saúde, tendo como instrumento de prestação de contas o Relatório de Gestão. Os valores repassados a cada município foram o resultado da aplicação de critérios técnicos, horizontais ao conjunto dos 497 municípios existentes. A ampliação (real) da autonomia do município foi acompanhada, na grande maioria deles, pelo fortalecimento da participação da população e

de impactos positivos na organização dos respectivos sistemas municipais de saúde. O cruzamento dos fluxos de acompanhamento e controle com outras estruturas e fluxos de participação, como o Orçamento Participativo Estadual, suscitou movimentos de tornar públicas as insuficiências no funcionamento dos sistemas de saúde e, particularmente, nos mecanismos de gestão, inclusive da gestão estadual, de forma potente para inserir a solução dos problemas identificados nas agendas dos principais atores envolvidos. Esse efeito, que é obtido muito raramente quando são utilizados os ainda comuns mecanismos burocráticos ou excessivamente formais de acompanhamento, tal qual reiteradamente “reinventados” nas sucessivas portarias ministeriais, confirma, novamente, a principal conclusão da autora.

Ou seja, se ainda há um caminho a ser percorrido relativamente ao desenvolvimento de metodologias adequadas para avaliação das políticas sociais com gestão descentralizada, processo que o artigo apresentado fortalece com rigor e qualidade, é indiscutível que já existem experiências que podem auxiliar nesse intento e, da mesma forma, os problemas identificados nas sucessivas aproximações feitas ao tema não permitem concluir que a estrutura institucional e os mecanismos e fluxos que derivaram do atual estágio do processo de reformas na saúde precisam ser redesenhados. É preciso amadurecer particularmente o componente das práticas no seu interior, conforme se afirmou.

Talvez devêssemos, sem receio de revisitar o passado, afirmar que a ousadia ainda é cumprir a lei. Antes que as análises, correntes em nosso meio, que procuram evidências para o redesenho dos impactos institucionais do processo de reformas, consigam gerar consensos discursivos suficientemente fortes para fazê-lo.

Referências bibliográficas

- Carvalho AI 1997. Conselhos de Saúde. Responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. pp. 93-111. In S Fleury (org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. Lemos Editorial, São Paulo.
- Carvalho G 2001. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de Normas operacionais. *Ciências & Saúde Coletiva* 6(2):435-444.
- Ferla AA & Martins Jr. FC 2001. Gestão solidária da saúde: a experiência de gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. *Divulgação em Saúde para Debate* 23: 8-20.
- Ferla AA, Jaeger ML & Pelegrini MLM 2002. A gestão da saúde no contexto do SUS: descentralização, integridade e controle social como desafios para os governos, pp. 23-30. In L Tavares (org.). *Tempo de desafios: a política social democrática e popular no governo do Rio Grande do Sul*. Vozes, Petrópolis.
- Ferla AA, Geyer LMC, Pritoluk LB & Breunig M 2002. Descentralização da gestão da saúde no Rio Grande do Sul: implementando a legislação para garantir saúde de verdade e com qualidade para todos os gaúchos, pp. 121-125. In Ministério da Saúde. *Experiências inovadoras no SUS: gestão de serviços de saúde*. Ministério da Saúde, Brasília (no prelo).
- Righi LB 2002. *Poder local e inovação no SUS: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul*. Tese de doutorado em saúde coletiva. Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A autora responde

The author replies

Marta Arretche

Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia

Só tenho a agradecer a Patrícia Lucchese e aos editores da revista *Ciência e Saúde Coletiva* pela oportunidade de escrever este artigo, bem como aos debatedores, profundos conhecedores da política de saúde no Brasil, pela densidade e profundidade dos comentários apresentados.

Será impossível nesta réplica responder a todos os comentários. Não apenas pelas limitações de espaço e tempo, mas também porque me falta competência para fazê-lo com relação a diversas das questões levantadas. Prefiro, assim, me concentrar em duas questões que me parecem centrais, seja em minha argumentação, seja nas críticas feitas pelos comentaristas. Estas dizem respeito à afirmação de que a reforma da saúde já se completou e de que, para atingir os objetivos da política nacional de saúde, trata-se menos de redesenhar a engenharia institucional do SUS e mais de aprofundar sua utilização.

Início pela distinção entre reforma e mecanismos regulares de gestão de uma política pública. Minha avaliação, de fato, toma como critério o cumprimento de requisitos de natureza formal, referentes à aprovação de uma legislação reformadora e sua efetiva implementação.

A reforma do setor elétrico, por exemplo, se concluiu com a aprovação parlamentar das privatizações e com a venda efetiva das respectivas estatais. O fato de que tenhamos sofrido uma brutal crise de energia não significa que a reforma não ocorreu. Significa que, tendo ocorrido, não foi capaz de cumprir suas promessas.

Portanto, concordo inteiramente com os argumentos de que a política de saúde mudou, mas “práticas institucionais conservadoras” permanecem, assim como “a participação da população e integralidade da atenção têm sido negligenciados”. E concordo inteiramente com os argumentos referentes à vital necessidade de “um processo contínuo e permanente de avaliação, revisão e [eventualmente] correção de rota” do SUS, assim como que “ainda há o que fazer, e muito, para efetivar e tornar concreta[s]” suas promessas. Penso apenas que avaliações dessa natureza – assim como outras tantas – e as medidas necessárias para enfrentá-las fazem parte dos mecanismos regulares de qualquer política pública. Apenas para efeito de comparação, tomemos o sistema de saúde inglês. Avaliações e recomendações dessa ordem foram feitas com relação ao NHS desde sua criação em 1948, com base no Plano Beveridge, até a reforma de seu paradigma de gestão em 1990, no governo Thatcher. No entanto, é difícil afirmar que uma reforma estivesse sendo implementada ao longo destes mais de 40 anos.

Concordo inteiramente com o argumento de que “instrumentos e a forma de operacionalização do desenho institucional podem alterar os objetivos iniciais de uma política”. Penso que talvez eu não tenha sido suficientemente clara com relação a esse ponto, pois meu argumento se referiu ao *critério* para avaliar uma mudança de paradigma e não, à *estratégia* adotada para efetivá-lo. Há estratégias de reforma – “revoluções silenciosas” ou “reformas sem reforma” (Kirkman-Liff, 1997) – que, como resultado de sucessivas e bem-sucedidas alterações nos mecanismos de gestão de uma política, acabam por alterar substantivamente a hierarquia de objetivos de um modelo anterior. Penso mesmo que este fenômeno no Brasil ocorreu com relação às políticas de habitação e saneamento no governo Fernando Henrique Cardoso. Mas não tenho informações que me autorizem a avaliar que um fenômeno dessa natureza esteja em curso no SUS.

Alguns comentaristas afirmam que há práticas autoritárias e centralizadoras dos níveis federal e estadual em relação aos governos lo-

cais e sugerem que essas práticas estariam em conflito (ou contradição) com os objetivos da reforma. Concordo com a primeira afirmação, mas discordo da segunda. O modelo de descentralização da saúde adotado no Brasil concentra autoridade no nível federal – isto é, no Ministério da Saúde – porque atribui a este último a função de principal financiador da política nacional, normatizador das regras nacionais e coordenador das relações intergovernamentais, o que, na prática, significa que pouco de normatização “resta” para os demais níveis. Combinadas ao processo centralizado de formação do Estado brasileiro – que historicamente concentrou capacidades estatais no nível federal –, estas características do SUS fazem com que o Ministério da Saúde seja simultaneamente a principal arena de formulação da política nacional de saúde e o ator mais poderoso desta mesma arena. A mesma assimetria de poder pode também se reproduzir no plano estadual. Assim, a possibilidade de práticas centralizadoras está inscrita no próprio modelo; neste sentido, elas não estão em contradição com o modo como o SUS foi construído.

Como resultado, as prioridades e o processo decisório da política nacional dependem em grande parte da orientação que venha a controlar a pasta da Saúde. O governo Collor parece ter sido até o momento o exemplo mais extremado de emprego dos instrumentos centralizadores do SUS para uma tentativa de reversão de seus objetivos principais. A reação a esta tentativa – via NOB/93 e fortalecimento da CIT, por exemplo –, na conjuntura favorável do governo Itamar Franco, institucionalizou direitos de participação política na política nacional de saúde, instituindo arenas federativas para sua formulação – a CIT e as CIBs. Se é verdade que este não é “um jogo aberto”, em vista de todos os recursos financeiros e institucionais de que dispõe o Ministério da Saúde – e, em outra medida, também os governos estaduais –, é igualmente verdade que ele é hoje menos fechado do que na “era Collor”, dada precisamente a bem-sucedida estratégia de institucionalização da participação dos governos locais no processo decisório. Entretanto, não há nenhuma garantia de que tentativas de reversão dos princípios do SUS não possam ocorrer no futuro, pois as orientações e as práticas do Ministério da Saúde – e, por conseqüência, de todo o sistema – tendem e tenderão a variar de acordo com a coalizão política que estiver no poder no executivo federal.

Na verdade, esta possibilidade não diz respeito apenas à política de saúde, mas às demais políticas que envolvem relações intergovernamentais no Brasil. Não compartilho da visão – largamente difundida na literatura – de que nosso modelo de federalismo, tal como desenhado em 1988, dispersa autoridade política e constrange a capacidade de iniciativa do governo federal. Penso que essa avaliação minimiza recursos de poder do executivo federal, como o revelaram a aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal, da Emenda Constitucional nº 29/2000, do Fundef, para citar apenas alguns exemplos. O que ocorre na área da saúde, entretanto, é que essa concentração de autoridade está também inscrita no próprio modelo de gestão da política.

Passo ao argumento referente à “defesa” da estrutura institucional do SUS. Argumentei que penso que esta foi instituída entre 1988 e 1993, período em que através da CF, da LOAS e da NOB/93 foram institucionalizados os princípios de formulação das regras do SUS. Procurei demonstrar ainda que os principais atores desse processo decisório são os eleitores, os governos locais, os governos estaduais e o Ministério da Saúde. Distintas orientações com relação ao SUS se distribuem desigualmente entre essas categorias de atores e se expressam através do voto, dos cargos no executivo e da representação nos diversos conselhos. Procurei demonstrar ainda – e penso que não fui suficientemente clara a esse respeito – que *estes distintos atores têm peso distinto* na estrutura institucional do SUS, o que não necessariamente determina, mas condiciona tanto as decisões tomadas como sua implementação.

Penso, assim, que os resultados eleitorais têm conseqüências, sim, sobre os rumos do SUS, na medida em que determinam quem controlará os cargos no executivo dos diversos níveis de governo. A estrutura do SUS e a natureza do presidencialismo brasileiro – válida para qualquer nível de governo – permitem a alavanca-gem da orientação política que controla esses cargos, *em detrimento* das orientações de política não representadas no poder executivo. Em uma eventual situação de conflito, a orientação do primeiro *tende* a prevalecer, dada a superioridade relativa dos recursos de poder do executivo.

Não pretendi entretanto afirmar que não existe nenhuma relação entre preferências partidárias, resultados eleitorais e as políticas efetivamente implementadas. Ao contrário, Edu-

ardo Marques e Renata Bichir (2002), ao examinar os investimentos da Secretaria de Vias Públicas do Município de São Paulo, concluíram que *a inclinação político-ideológica do prefeito (...) torna previsível para os eleitores o encaminhamento das políticas públicas a serem implementadas*. Mais que isso, como bem chamaram a atenção os comentaristas, experiências de gestão municipal e estadual confirmam uma relação entre orientação político-ideológica do executivo e suas políticas públicas. Entretanto, essa relação varia de acordo com as políticas, mais particularmente da autonomia decisória do executivo local em cada política particular. Se esta é razoável na área de obras públicas, por exemplo, é bem mais reduzida na área da saúde, como concordamos todos.

Assim, na fase de implantação da reforma, os incentivos contidos nas sucessivas NOBs – isto é, as regras do Ministério da Saúde – e o cálculo dos potenciais benefícios eleitorais a serem obtidos com base na ampliação de serviços de saúde pesaram mais decisivamente do que a inclinação político-ideológica dos prefeitos. Uma vez implantada a reforma, a estrutura institucional do SUS restringe a autonomia decisória dos governos locais, ao regulamentar com detalhe as condições para a efetivação das transferências federais, reduzindo assim a importância das preferências político-ideológicas na gestão dessa política particular.

Pretendi argumentar, entretanto, que os eleitores têm instrumentos *mais limitados* do que os demais tipos de atores, seja para fiscalizar a implementação da política, seja para influir na formulação de suas regras de operação. Isso ocorre porque preferências e avaliações com relação à política de saúde não são o único componente da decisão do voto, porque o eleitor médio tende a ser menos informado do que os “participantes ativos” com relação ao desempenho de uma política e, finalmente, porque a participação episódica do voto é menos efetiva do que a participação regular via representação.

Penso que – diferentemente das demais políticas sociais que envolvem relações intergovernamentais no Brasil – a política de saúde foi a única em que o “jogo das regras” operou no sentido de institucionalizar – de direito e de fato – um sistema decisório que garante representação e “voz” aos diferentes atores e interesses diretamente envolvidos nesta política. Este sistema combina concentração de autoridade com mecanismos de contrapeso a esta mesma concentração de autoridade. Como observadora da

política de saúde, constato que há majoritária *aceitação das instâncias* decisórias do SUS, embora haja um certo desapontamento quanto a seu modo de operação e divergência quanto ao *conteúdo* das decisões tomadas.

Ainda assim, considero justa a ressalva de que minha afirmação de *que se trata mais de aprofundar e amadurecer o uso dos instrumentos existentes e menos de redesenhar esta estrutura* foi inconsistente, no sentido de que ela não pode ser deduzida da argumentação que a antecede. Na verdade, minha afirmação decorre não apenas de um reconhecimento da superioridade da estrutura institucional do SUS, mas também de questões de princípio.

Penso que não temos no Brasil uma tradição de respeito pelas regras do jogo. Nossa história política é abundante de exemplos de adesão instrumental a princípios e instituições políticas. Wanderley Guilherme Santos (1978) mostra a adesão instrumental ao liberalismo por parte de nossas elites políticas no Império e na Primeira República, bem como o autoritarismo instrumental do pensamento político da primeira metade do século 20. Ao analisar o golpe de 64, Argelina Figueiredo (1993) demonstrou que *todas* as correntes políticas em disputa tinham uma visão instrumental da democracia,

isto é, cada ator considerava que as regras do jogo só eram respeitáveis na medida em que permitissem alavancar os seus próprios objetivos. O reconhecimento mútuo dessa prática implicou a generalização da desconfiança e a impossibilidade de uma solução negociada para os conflitos. Assim, se os atores agem de modo a reduzir a credibilidade nas regras instituídas para solução de conflitos porque estas não conduzem à realização de suas próprias preferências, a própria possibilidade de uma solução negociada de conflitos tende a ser inviabilizada a médio prazo.

Referências bibliográficas

- Arretche M 2002. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma dos programas sociais. *Dados* 45(3):431-57.
- Figueiredo A 1978. *Democracia ou reformas*. Paz e Terra, São Paulo.
- Marques E & Bichir R 2002. Clivagens ideológicas e empresas privadas nos investimentos públicos urbanos – São Paulo 1978-1998. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 17(50):71-88.
- Kirkman-Liff B 1997. The United States. In C Ham (ed.). *Health Care Reform. Learning from international experience*. Open University Press, Buckingham.
- Santos WG 1978. *Ordem burguesa e liberalismo político*. Duas Cidades, São Paulo.